



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

**CONVENIO MARCO PARA EL CONTROL DEL TABACO  
DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.  
IMPLEMENTACIÓN EN MÉXICO, 2000 – 2006.**

**TESINA**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
LICENCIADA EN RELACIONES INTERNACIONALES**

**PRESENTA:**

**ALEJANDRA PÉREZ DE LEÓN**

**ASESOR:**

**DR. EDUARDO JARAMILLO NAVARRETE**



**MÉXICO, D.F. 2008**



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.

**JHWH**

**Solo Tú lo haces posible, por Ti y para Tí**

**En memoria de mis abuelas Olga y Toñita.  
Por fin Olga, te cumplí.  
Espero verte pronto,  
mi corazón y el tuyo seguirán unidos.  
Raúl ¡que bendición tenerte! Llenas mis  
días de alegría**

**Con infinito agradecimiento a mis  
padres Alicia y Rodolfo.  
Alice y Rudy,  
desde la cuna, hasta la tumba.**

**A César, mi amor, mi compañero.  
Gracias por ser y estar. Te amo.**

**Eduardo, gracias por tu apoyo,  
tiempo, enseñanzas y paciencia.  
Esto también es tuyo.**

**Cristóbal gracias por creer en mí,  
enseñarme e impulsarme.  
Pepe, gracias por tu confianza.  
Paco, tu ejemplo me ha inspirado,  
Gracias por contagiarme la pasión  
en este esfuerzo por la protección  
de la salud.**

**A mis amigos y compañeros de trabajo de la  
Sociedad Mexicana de Salud Pública y del  
Consejo Nacional contra las Adicciones, gracias,  
han sido grandes maestros y fuente de apoyo.**

**CONVENIO MARCO PARA EL CONTROL DEL TABACO  
DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.  
IMPLEMENTACIÓN EN MÉXICO, 2000 – 2006**

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL CONSUMO DE TABACO</b>	<b>9</b>
<b>2. PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DEL TABAQUISMO</b>	<b>18</b>
<b>3. ECONOMÍA DEL TABAQUISMO</b>	<b>25</b>
<b>4. CONVENIO MARCO PARA EL CONTROL DEL TABACO (CMCT) DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)</b>	<b>42</b>
<b>4.1. EL PAPEL DE LA OMS EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MUNDIAL</b>	<b>42</b>
<b>4.2. ANTECEDENTES Y PROCESO DE NEGOCIACIÓN</b>	<b>53</b>
<b>4.3. PRIMERA CONFERENCIA DE LAS PARTES</b>	<b>58</b>
<b>4.4. SEGUNDA CONFERENCIA DE LAS PARTES</b>	<b>62</b>
<b>5. POLÍTICA NACIONAL CONTRA EL TABAQUISMO</b>	<b>67</b>
<b>5.1. LEGISLACIÓN Y DEFINICIÓN DE COMPETENCIAS EN MATERIA DE REGULACIÓN DEL TABACO EN MÉXICO</b>	<b>67</b>
<b>5.2. IMPLEMENTACIÓN DEL CONVENIO MARCO EN MÉXICO (2000-2006)</b>	<b>81</b>
<b>5.3. PERSPECTIVAS PARA EL CONTROL DEL TABAQUISMO EN MÉXICO (2007-2012)</b>	<b>122</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>141</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>143</b>

**CONVENIO MARCO PARA EL CONTROL DEL TABACO  
DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.  
IMPLEMENTACIÓN EN MÉXICO, 2000 – 2006**

**Introducción**

La definición de globalización ha sido un punto controversial, para algunos es un concepto meramente económico, para otros, tecnológico y en general resulta difícil etiquetarlo pues se confunde con el término mundialización.

En este sentido, cabe hacer referencia a ambos conceptos. De acuerdo con la Enciclopedia de Relaciones Internacionales del Dr. Edmundo Hernández- Vela Salgado, la globalización es un “proceso reciente de desarrollo y despliegue de un conjunto de fenómenos y sucesos de naturaleza física o material, que abarcan todo el globo terráqueo, como el de las telecomunicaciones, la informática y las redes de información y observación, y la financiera, que es la base del pretendido mercado global”.<sup>1</sup>

Por lo tanto, la globalización forma parte de un concepto mayor, de carácter mucho más complejo, denominado mundialización, el cual va más allá del desarrollo tecnológico, es un proceso histórico integral en el que se ha profundizado la interconexión entre regiones, Estados, sociedades, grupos e individuos, generando interacciones sociales, económicas, culturales y políticas.

De esta manera, se entiende por mundialización el “proceso permanente, continuo y crecientemente complejo, inherente a la humanidad y por lo tanto característico de su evolución y desarrollo, de extensión y generalización progresivas a todo el

---

<sup>1</sup> Edmundo Hernández-Vela Salgado, “Globalización”, *Enciclopedia de Relaciones Internacionales*, [en línea], 4 de junio de 2008, Dirección URL: <hvela@servidor.unam.mx>, [consulta realizada el 4 de junio de 2008], archivo del mensaje: [ale\\_pdeleon@yahoo.com](mailto:ale_pdeleon@yahoo.com)

mundo de fenómenos y sucesos de naturaleza eminentemente humana de muy diversa índole conforme surgen en alguna parte del planeta”.<sup>2</sup>

Aunque la mundialización se ha enfocado principalmente en dos vertientes, la economía y la política, tiene otras dimensiones puesto que este proceso se ha visto favorecido por la globalización, la cual implica el rápido avance tecnológico, especialmente en las áreas de la información y las comunicaciones. De manera que ha impactado los estilos de vida de la población, favorecido el acercamiento entre países y también la transferencia de riesgos a la salud.

Con respecto a la economía, puede mencionarse la proliferación de acuerdos comerciales para favorecer el intercambio entre naciones, así mismo destaca la parte política involucrada en estos acuerdos que han avanzado en algunos casos hasta la integración regional como en el caso de la Unión Europea.

En este sentido, se ha observado que ambas áreas tienen incidencia en aspectos sociales. Hoy se puede hablar de una sociedad internacional, de individuos y de la sociedad civil organizada que en su mayoría se preocupa por asuntos relativos a los derechos de la persona y su defensa.

En este punto de la historia, no es un secreto que el Estado ha cambiado su imagen tradicional marcada por un paternalismo que se acercaba al control absoluto de cuanto sucedía dentro de su componente territorial y con sus ciudadanos. Ahora podemos ver que la apertura comercial y las fronteras cada vez menos marcadas, generan que el Estado ceda espacios que en el pasado se encontraban bajo su control.

---

<sup>2</sup> Edmundo Hernández-Vela Salgado, “Mundialización”, *Enciclopedia de Relaciones Internacionales*, [en línea], 4 de junio de 2008, Dirección URL: <hvela@servidor.unam.mx>, [consulta realizada el 4 de junio de 2008], archivo del mensaje: [ale\\_pdeleon@yahoo.com](mailto:ale_pdeleon@yahoo.com)

La realidad nos indica la importancia de mirar otros actores de las relaciones internacionales que influyen en los Estados, como las instituciones intergubernamentales.

En este escenario, encontramos a la Organización de las Naciones Unidas (ONU), creada tras la Segunda Guerra Mundial, sucesora de la Sociedad o Liga de las Naciones, y heredera del propósito de contribuir a mantener la paz y la seguridad internacionales.

Esta organización que pretendía ser el auténtico garante de la estabilidad mundial, también ha sufrido reveses y severas críticas porque a pesar de sus esfuerzos no es ni será jamás un gobierno mundial que traiga paz y prosperidad a la humanidad. Así, resulta muy importante ver a la ONU en su justa dimensión, es decir como un instrumento mediante el cual las naciones pueden cooperar entre sí para solucionar o mejorar algunos de sus problemas comunes.

En este renglón, destaca la acción que la ONU ha tenido en el tema de la salud a través de su órgano especializado en tal materia, la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La OMS en su papel rector de la salud mundial, ha colaborado con las naciones del orbe para formular políticas sanitarias que favorezcan la salud de los individuos y de las comunidades. De esta forma, ha escuchado a la sociedad a nivel mundial, que mostró preocupación por el tabaquismo y su impacto en la salud de fumadores y de no fumadores expuestos al humo de tabaco.

Lo anteriormente señalado, muestra la pertinencia de este ejercicio para las Ciencias Sociales, en específico para las Relaciones Internacionales, dado que este problema de salud que afecta al mundo entero, dio origen al primer tratado internacional en materia de salud pública.



Por ello, esta tesina pretende aportar información a la sociedad en general acerca del tabaco y los efectos dañinos que su consumo ocasiona, así como difundir la importancia de este acuerdo internacional que representa como su nombre lo indica, un marco para promover acciones para que cada vez sean menos las personas que mueren por causas atribuibles a la exposición del humo de tabaco y con ello, lograr también menores costos en la atención médica de enfermedades relacionadas con el tabaquismo.

La importancia de esta movilización mundial para el control del tabaco, radica en que uno de los retos más importantes para la salud pública mundial, es el tabaquismo. Actualmente, el consumo de tabaco se relaciona con un tercio de las defunciones por cáncer y enfermedades cardiovasculares. De acuerdo con las proyecciones de la Organización Panamericana para la Salud (OPS), para el año 2030, siete de cada diez defunciones asociadas con el tabaco ocurrirán en los países en desarrollo<sup>3</sup>.

Así pues, no es de extrañar que los expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), plantean como necesidad urgente el establecimiento de medidas económicas, legislativas y de apoyo a la investigación en este tema, que reviertan gradualmente el escenario actual del consumo de tabaco.

El tabaquismo es responsable de alrededor de 4 millones de muertes al año, y si los patrones de consumo actuales continúan, para el año 2030 la proporción será de uno de cada seis adultos (alrededor de 10 millones de muertes al año)<sup>4</sup>. Esto

---

<sup>3</sup> Mirta Roses Periago, "El Convenio Marco para el Control del Tabaco: un hito en la historia de la salud pública", *Revista Panamericana de Salud Pública*, [en línea], abril 2003, no.4, vol.13, s/lugar edición, 4 de julio de 2006, Dirección URL: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102049892003000300001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102049892003000300001&lng=en&nrm=iso), [consulta: el 13 de septiembre de 2006].

<sup>4</sup> Banco Mundial. Organización Panamericana de la Salud. *La epidemia del tabaquismo. Los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco. Publicación científica No 577*, [en línea], Estados Unidos, 2000, Dirección URL: <http://www.paho.org/Spanish/DBI/pc577.htm>, [consulta: 20 de octubre de 2006].

significa que alrededor de 500 millones de personas que en la actualidad están vivas, eventualmente morirán por causas relacionadas al consumo de tabaco<sup>5</sup>.

Desde la década de 1950, en diversos artículos científicos fue planteado que el consumo de tabaco es una causa importante de mortalidad prematura e incapacidad alrededor del mundo.

La OMS, refiere que en 1994, el Banco Mundial estimó que el tabaquismo da como resultado pérdidas económicas globales netas de US\$200,000 millones al año, y que la mitad de estas ocurre en los países en desarrollo. Estos costos fueron calculados tomando en cuenta los costos médicos directos por enfermedades relacionadas al consumo de tabaco, las pérdidas por incendios, ausentismo laboral, reducción de la productividad y por los ingresos no generados debido a una mortalidad prematura<sup>6</sup>.

No obstante los impactos negativos del consumo de tabaco a nivel mundial, existen una serie de obstáculos importantes para controlarlo. En primer lugar, las propiedades adictivas de la nicotina hacen difícil que la gente deje de fumar; en segundo término, debemos considerar que la industria tabacalera utiliza su poder económico y político (por ejemplo, en 1996 los ingresos de la Philip Morris, fueron de \$ 55,000 millones de dólares<sup>7</sup>) para fines de promoción, y así mantener leales a sus consumidores actuales e integrar nuevos consumidores, especialmente niños, jóvenes y mujeres.

Por otro lado, algunos gobiernos se preocupan porque piensan que las políticas de control del tabaquismo pueden tener consecuencias económicas dañinas; por ejemplo, creen que el control del tabaco produciría pérdidas permanentes de

---

<sup>5</sup> R. Peto, *et al.*, *Mortality from Smoking in Developing Countries 1950–2000*, United States, Oxford University Press, 1994, p. 21.

<sup>6</sup> World Health Organization, *Guidelines for Controlling and Monitoring the Tobacco Epidemic*, Switzerland, World Health Organization, 1998, Direction URL: <http://www.who.int/whr/1999/en/pdf/Chapter5.pdf>, [consulted: August 13 of 2006].

<sup>7</sup> Philip Morris, "Informe Anual de la Philip Morris para 1996", *Fortune*, "Las 500 corporaciones más grandes en los Estados Unidos", 28 de abril de 1997, pp. 5, 11

trabajo y que la aplicación de mayores impuestos llevaría al aumento masivo del contrabando. De igual forma, se teme a la reacción social pues el aumento de los impuestos tendría un mayor impacto sobre los consumidores pobres.

Sin embargo, estudios del Banco Mundial han demostrado que los miedos son infundados y que los beneficios para los gobiernos son mayores al controlar la epidemia del tabaquismo.

El Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), representa un hito en la historia de la salud pública internacional, pues simboliza el consenso mundial acerca de las mejores prácticas, políticas y estrategias para enfrentar la pandemia que hoy significa el tabaquismo en todos los puntos del orbe.

En el caso de México, las encuestas reportan que hay más de 16 millones de fumadores<sup>8</sup>; sin embargo, si añadimos a los fumadores involuntarios, resulta que 48 millones de personas están expuestas a los daños producidos por el tabaco<sup>9</sup>.

Por lo anterior, nuestro país, aceptó con beneplácito el compromiso de adherirse a este pacto internacional mediante la firma (12 de agosto de 2003)<sup>10</sup> y posterior ratificación (14 de abril de 2004)<sup>11</sup> del CMCT; su publicación en el Diario Oficial de la Federación hace que a partir del día 13 de mayo de 2004<sup>12</sup>, este Convenio sea ley vigente a nivel nacional. El 28 de mayo de 2004, se hizo entrega del

---

<sup>8</sup> Secretaría de Salud: Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría, Dirección General de Epidemiología; Instituto Nacional de Geografía y Estadística, *Encuesta Nacional de Adicciones* México, 2002. p.15.

<sup>9</sup> Cristóbal Ruiz Gaytán López, "Intervención de la Delegación de México en el segmento de alto nivel", discurso presentado en la Primera Reunión de la Conferencia de las Partes del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco", [en línea], Ginebra, Suiza, Febrero 6 2006, Dirección URL: [http://www.sre.gb.mx/oi/2B04d\\_OMS\\_26.htm](http://www.sre.gb.mx/oi/2B04d_OMS_26.htm), [consulta: 13 de marzo de 2006].

<sup>10</sup> Francisco J. López Antuñano, "Firma y ratificación del Convenio Marco para el Control del Tabaco, de la Organización Mundial de la Salud", [en línea], México, *Salud Pública de México*, vol. 46, núm. 3, mayo-junio de 2004, Dirección URL: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342004000300020&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342004000300020&lng=es&nrm=iso), [consulta: 30 de septiembre de 2006].

<sup>11</sup> *Idem*

<sup>12</sup> *Idem*

documento de ratificación en la sección de tratados de la Organización de Naciones Unidas<sup>13</sup>.

Mediante la ratificación del CMCT por parte del Ejecutivo Federal con aprobación del Senado de la República, se institucionaliza el compromiso del Estado mexicano y se brinda el apoyo necesario para las iniciativas nacionales para el control del tabaco, tales como aquellas contenidas en el Programa Nacional de Salud y el Programa Nacional contra el Tabaquismo correspondientes al periodo 2001- 2006.

Por lo anteriormente expuesto respecto a la pertinencia de este ejercicio, a continuación se hará referencia a la organización de este trabajo que se divide en cinco partes. La primera, se refiere a los antecedentes históricos del consumo de tabaco y hace recuento desde los primeros estudios sobre el uso de este producto hasta las investigaciones más renombradas del siglo XX que dan cuenta de los daños a la salud provocados por el tabaco.

En segundo término, se encuentra el apartado dedicado a los aspectos epidemiológicos del tabaquismo, es decir, refiere características sobre el consumo a nivel mundial y especialmente en nuestro país.

La tercera parte hace referencia a cuestiones económicas de esta enfermedad. Destacan datos sobre el cultivo de la hoja de tabaco y el proceso productivo del mismo, aspectos publicitarios y de promoción de la industria tabacalera, así como los costos de atención sanitaria, la pérdida de años de vida saludable y de productividad tanto de las personas como de las empresas.

En cuarto lugar, se presenta la unidad correspondiente al Convenio Marco para el Control del Tabaco, en donde se realiza un breve análisis sobre el papel de la OMS en la promoción de la salud mundial y se hace un resumen de los

---

<sup>13</sup> *Idem*

antecedentes y el proceso de negociación de este tratado. De la misma forma, se retoman los principales puntos discutidos durante la Primera y la Segunda Conferencias de las Partes de dicho Convenio.

El último capítulo se refiere al Programa Nacional contra el Tabaquismo. En este sentido, se explican cuestiones sobre la legislación y la definición de competencias en materia de regulación del tabaco en México. Finalmente, se anotan las actividades principales que llevó a cabo nuestro país en cuanto a la implementación del CMCT, durante el periodo 2001-2006.

Asimismo, cabe hacer notar que aunque el contenido de esta investigación se centra en el análisis de la implementación en México del Convenio Marco para el Control del Tabaco y que por cuestiones metodológicas, fue necesario dividirlo en capítulos temáticos, debo señalar que a lo largo de esta tesina, recurrentemente se aborda la cuestión de la salud en virtud de que es el asunto central en materia de tabaquismo, por lo que difícilmente se puede desligar de los temas específicos planteados en cada capítulo.

## 1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL CONSUMO DE TABACO

Algunos estudios señalan que la planta de tabaco, tal como se conoce hoy, comenzó a crecer en el continente americano alrededor del año 6,000 A.C., y que el uso del tabaco se inició alrededor del año 1 A. C.<sup>14</sup>.

En sus inicios, el consumo de tabaco se daba en un contexto ceremonial y religioso. Los usos tradicionales del tabaco, se relacionaban también con aspectos médicos, se utilizaba como alucinógeno en ceremonias religiosas, y como ofrenda a los espíritus que los sacerdotes prehispánicos adoraban<sup>15</sup>.

Conforme a un estudio histórico del Departamento de Salud y Servicios Sociales de Estados Unidos, “los métodos de ingestión incluían: mascar trozos de tabaco, tomar jugo y jarabe de tabaco, chupar pasta de tabaco, administrar supositorios y enemas de tabaco, usar rapé, fumar, inhalar el humo de tabaco en el aire y aplicar productos de tabaco en la piel y [los] ojos”<sup>16</sup>. De acuerdo con lo anterior, se considera que mascar y beber tabaco son los métodos más antiguos de consumo de tabaco mientras que fumar es el método más frecuente en la actualidad<sup>17</sup>.

De igual forma, se indica que los rituales de iniciación de los sacerdotes o líderes espirituales de los indígenas, en muchas ocasiones incluían el consumo de tabaco<sup>18</sup>. Según Jonathan Samet, la búsqueda de estados de trance durante los rituales de iniciación, se relacionaba con el tabaco, lo que producía una intoxicación severa con nicotina. La intoxicación con nicotina puede llegar a provocar “nauseas, vómitos, debilidad, mareos, transpiración y dolor de cabeza;

---

<sup>14</sup> Gene Borio, “Tobacco Timeline”, [on line], *Tobacco.org Tobacco News and Information*, 1993, Direction URL: [http://www.tobacco.org/History/Tobacco\\_History.htm](http://www.tobacco.org/History/Tobacco_History.htm), [consulted: November 20 of 2006].

<sup>15</sup> Departamento de Salud y Servicios Sociales de Estados Unidos, *Tabaquismo y Salud en las Américas. Informe de la Cirujana General*, Estados Unidos, Oficina de Imprenta del Gobierno de los Estados Unidos en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud, 1992, p. 13.

<sup>16</sup> *Idem*

<sup>17</sup> *Idem*

<sup>18</sup> *Idem*

los grados más extremos de intoxicación producen convulsiones, presión sanguínea baja e incluso paro respiratorio”<sup>19</sup>.

Las referencias señalan que fue Cristóbal Colon quien al regresar de su primer viaje al Nuevo Mundo en 1492, introdujo en Europa las hojas y semillas de tabaco provenientes del Caribe<sup>20</sup>. En contraste con el consumo de tabaco vinculado a cuestiones religiosas por parte de nativos del continente americano, en Europa, se desarrolló una cultura de tabaco basada en el comercio y el consumo por placer<sup>21</sup>.

Durante el siglo XVI, el tabaco español, cultivado principalmente en el Caribe, dominaba el mercado europeo<sup>22</sup>.

Fueron los marineros tanto portugueses como españoles quienes llevaron el tabaco en sus viajes hacia África del Norte, el Lejano Oriente, Filipinas, India, China y Japón<sup>23</sup>.

El embajador de Francia en Portugal, Jean Nicot de Villemain, escribió acerca de las propiedades medicinales del tabaco, describiéndolo como panacea y envió rapé a Catalina de Medici, reina de Francia, para tratar las jaquecas de su hijo. Rápidamente, el tabaco se hizo muy popular en la corte y más adelante se usó el nombre nicotina en referencia a Nicot<sup>24</sup>.

Los españoles introdujeron exitosamente el tabaco en Europa y lograron que fumar pipa se convirtiera en una costumbre popular en la aristocracia inglesa.

---

<sup>19</sup> Jonathan M. Samet, “Health Effects of Tobacco Use by Native Americans”, *Tobacco Use by Native Americans: Sacred Smoke and Silent killer*, Civilization of the American Indian Series, vol. 236, United States, JC Winter, University of Oklahoma Press, 2000, p. 339.

<sup>20</sup> Gene Borio, *op. cit.*

<sup>21</sup> Departamento de Salud y Servicios Sociales de Estados Unidos, *Tabaquismo y Salud en las Américas. Informe de la Cirujana General*, p. 27.

<sup>22</sup> *Idem*

<sup>23</sup> Gene Borio, *op. cit.*

<sup>24</sup> *Idem*

Posteriormente, el cultivo de tabaco se convirtió en la base económica de las primeras colonias inglesas en América del Norte. Borio refiere que fue alrededor de 1612, cuando John Rolfe, un colono de Virginia que aprovechando la popularidad que había adquirido el fumar pipa en Inglaterra, plantó semillas de tabaco importadas en Roanote, Virginia<sup>25</sup>. Ya para 1622, los campesinos de Virginia se habían convertido en los proveedores exclusivos de tabaco para los mercados inglés e irlandés, reemplazando al tabaco que se producía en las colonias españolas. En ese momento, el tabaco se usaba como “dinero local” en las colonias y así siguió siendo durante los siglos XVII y XVIII<sup>26</sup>.

De acuerdo con Walter Reed, el aumento de la producción de tabaco en las colonias dio como resultado un aumento de la esclavitud y una destrucción de las tierras vírgenes. De hecho, refiere que entre 1700 y 1770, los productores del área de la bahía de Chesapeake importaron más de 100,000 africanos para plantar y cosechar tabaco<sup>27</sup>.

En la enciclopedia Fumar y Tabaco, Hirschfelder indica que el 30 de abril de 1884 se conoce como el día del “nacimiento” de los cigarrillos modernos ya que fue entonces cuando la máquina Bonsack funcionó exitosamente durante todo un día, fabricando 120,000 cigarrillos, lo cual equivale a lo que hubieran producido 40 trabajadores enrollando cinco cigarrillos por minuto durante 10 horas. Antes de este hecho, los cigarros se fabricaban a mano<sup>28</sup>.

También apunta Hirschfelder que en 1892 se inventaron los fósforos portátiles, permitiéndole a los fumadores encender sus cigarros cuando y donde quisieran. Así se hizo cómodo fumar y quedaron establecidas las bases que permitirían la popularización de este hábito.

---

<sup>25</sup> Gene Borio, *op. cit.*

<sup>26</sup> *Idem*

<sup>27</sup> Walter Reed, “Brief History of Tobacco Use and Abuse”, [on line], Estados Unidos, *Army Medical Center, Online Patient Education*, 1998, Direction URL: [www.wramc.amedd.army.mil/education/tobaccohistory.htm](http://www.wramc.amedd.army.mil/education/tobaccohistory.htm), [consulted: June 12 of 2006].

<sup>28</sup> Arlene B. Hirschfelder, *Encyclopedia of Smoking and Tobacco*, United States, Oryx Press, 1999, p.34.



Tocando el tema de lo popular, cabe señalar que la literatura coincide en que los tiempos de guerra han sido testigos del aumento en el consumo de cigarrillos.

Por ejemplo, a mediados del siglo XIX, el consumo del tabaco se popularizó entre los hombres ya que, durante la guerra civil en Estados Unidos, se entregaban cigarrillos junto con las raciones de comida<sup>29</sup>.

Al respecto, Huber y Pandina apuntan que los militares estadounidenses, la Cruz Roja Internacional, la Asociación Cristiana de Jóvenes (YMCA) y el Ejército de Salvación distribuían cajetillas de cigarrillos gratis durante la Primera Guerra Mundial. De esta manera, grandes segmentos de la sociedad estadounidense y europea que no habían sido previamente expuestos al tabaco, empezaron a consumirlo<sup>30</sup>.

La Primera Guerra Mundial también hizo que el consumo de cigarrillos, que una vez fuera una costumbre principalmente femenina, se convirtiera en un acto de “hombres”; anteriormente, los “hombres de verdad” fumaban puros o pipa, o mascaban tabaco. El consumo de cigarrillos creció a un ritmo exponencial durante la Segunda Guerra Mundial. Se glorificó el consumo de cigarrillos, especialmente entre los hombres uniformados<sup>31</sup>.

También durante la Segunda Guerra Mundial, la comercialización y la distribución gratuita de cigarrillos al personal militar fue importante<sup>32</sup>.

La expansión en el consumo de tabaco a fines del siglo XIX, se debió en gran medida a factores como el desarrollo de las máquinas enrolladoras de cigarrillos que al producir grandes cantidades de este producto, redujeron los precios; la

---

<sup>29</sup> Gene Borio, *op. cit.*

<sup>30</sup> G.L. Huber, R.J. Pandina, “The economics of tobacco”, *The Tobacco Epidemic. Progress in Respiratory Research*, vol. 28, Switzerland, C.T. Bolliger, K.O. Fagerström, S. Karger Publishing, 1997, pp. 12–63.

<sup>31</sup> *Idem*

<sup>32</sup> D.M. Burns, *et al.*, “Cigarette Smoking Behavior in the United States”, *Changes in Cigarette-related Disease Risks and their Implication for Prevention and Control*, Smoking and Tobacco Control Monograph (8), NIH Publication No. 97-4213, United States, US Department of Health and Human Services (USDHHS), Public Health Service, and National Cancer Institute (NCI), U.S. Government Printing Office, 1997, pp. 13-42.

comercialización masiva; la invención de los fósforos y el transporte que permitió su mayor distribución y un amplio acceso.

El 21 de octubre de 1913, la empresa *R.J. Reynolds* lanzó la primera campaña nacional de publicidad para *Camel*, el primer cigarro moderno<sup>33</sup>. En 1915, *Ligget & Myers* reconstituyeron la marca *Chesterfield* y en 1916 la compañía *American Tobacco* introdujo el *Lucky Strike*, las cuales eran las tres marcas estándar en el mercado estadounidense<sup>34</sup>.

El consumo de cigarrillos entre las mujeres aumentó a comienzos de la década de 1920, reflejando una comercialización dirigida y apoyada en los cambios sociales que aceptaban la liberalización de los comportamientos de las mujeres. Las mujeres se convirtieron en el blanco de la industria tabacalera. *Philip Morris* introdujo el *Marlboro*, un cigarrillo para mujeres “Suave como Mayo” y la *American Tobacco* introdujo el lema “Busque un *Lucky* en vez de un dulce”<sup>35</sup>. Más aún, George Washington Hill, Director de la *American Tobacco Company*, contrató al experto en relaciones públicas Edward Bernays para que lo ayudara a promover el consumo entre las mujeres. Bernays lanzó una campaña en contra de los dulces y contrató a expertos en moda, médicos y profesores de baile que apoyaban los beneficios de una figura esbelta. Cuando Hill expresó su preocupación porque las mujeres sólo fumaban en privado, Bernays montó una “marcha por la libertad” durante el desfile de Pascua de Resurrección en la ciudad de Nueva York<sup>36</sup>.

El objetivo de ese evento fue generar historias sobre mujeres que fumaban en las calles por primera vez. Treinta modelos fueron contratadas para caminar por la Quinta Avenida de Nueva York con cigarrillos encendidos que representaban “antorchas de libertad”. El evento recibió una cobertura amplia por parte de la prensa. En los días subsiguientes, se vieron mujeres fumando en las calles de las

---

<sup>33</sup> Arlene B. Hirschfelder, *op. cit.*, p. 36.

<sup>34</sup> Gene Borio, *op. cit.*

<sup>35</sup> *Idem*

<sup>36</sup> Larry Tye, “Chapter 2: Lighting up America”, *The Father of Spin: Edward L. Bernays & the Birth of Public Relations*, United States, Henry Holt, fourth edition, 2002, pp. 23–50.

ciudades más importantes de Estados Unidos<sup>37</sup>. Algunos expertos en el tema del tabaquismo, todavía citan esta campaña como un ejemplo de análisis creativo y manipulación de los símbolos sociales.

Jonathan Samet en su participación dentro del Taller de estrategias para el control del tabaquismo en América Latina y el Caribe, comentó que en 1934, cuando las encuestas de la *American Tobacco Company* mostraron que las mujeres no fumaban *Luckies* porque el color del paquete (verde) no hacía juego con sus ropas, Bernays decidió introducir el color verde a la sociedad. Planeó un evento de caridad llamado el “Baile Verde” y se aseguró que todo (ropa, decoración, comida) en ese día fuera verde. El verde se convirtió en el color de moda ese año<sup>38</sup>.

A lo largo del siglo XX, el aumento en el consumo de cigarros fue visible. Más que la producción masiva y su fácil acceso, fue la falta de legislación la que ayudó a promover el consumo. Las diversas estrategias de comercialización y publicidad, originadas en Estados Unidos, ayudaron a expandir el consumo de tabaco en los mercados extranjeros. Subraya Borio que *Marlboro* es probablemente el mejor ejemplo de esto ya que ha sido el cigarro de mayor venta en el mundo desde 1972<sup>39</sup>.

En lo que respecta a la regulación del tabaco, los investigadores han documentado los esfuerzos por controlar el consumo desde 1604 cuando el Rey Jaime I de Inglaterra publicó “Un Contragolpe al Tabaco” (*A Counterblaste To Tobacco*)<sup>40</sup>.

Existen referencias que expresan que durante el siglo XVII, varios países ya hacían esfuerzos para controlar el consumo de tabaco. Por ejemplo, en 1624 el Papa Urbano VIII amenazó con excomulgar a los usuarios de rapé, y en 1633 el

---

<sup>37</sup> *Idem*

<sup>38</sup> Jonathan Samet, “Estrategias para el control del tabaco”, ponencia presentada en el *Taller de estrategias para el control del tabaquismo en América Latina y el Caribe*, México, Instituto Nacional de Salud Pública, 31 de julio al 4 de agosto de 2006.

<sup>39</sup> Gene Borio, *op. cit.*

<sup>40</sup> *Idem*

sultán Murad IV de Turquía, ordenó que se ejecutara a los usuarios de tabaco como infieles, pero la prohibición fue revocada en 1647<sup>41</sup>.

En 1634 el zar Alexis de Rusia, creó un castigo para los fumadores; para la primera ofensa, azotes, un corte en la nariz y transporte a Siberia; la segunda ofensa se castigaba con ejecución, pero nuevamente la prohibición fue revocada en 1676<sup>42</sup>. En 1657 se prohibió el consumo de tabaco en Suiza y en 1729, en Bután, se promulgó la primera legislación que no permitía el consumo de tabaco en todos los lugares religiosos, medida que aún permanece vigente<sup>43</sup>.

Posteriormente surgieron otros estudios que relacionaban el consumo de tabaco con algunas enfermedades. En 1761, el Dr. Hill efectuó el primer estudio clínico de los efectos del tabaco y publicó un trabajo llamado “Advertencia contra el uso excesivo de rapé” (*Caution Against the Immoderate Use of Snuff*) en el que describía seis casos de úlceras nasales relacionadas al consumo de dicho producto<sup>44</sup>.

A pesar de que muchos creen que los estudios hechos en Estados Unidos y Reino Unido fueron los primeros en vincular el cáncer de pulmón al tabaco, fueron los investigadores en la Alemania nazi los primeros que demostraron esta asociación en las décadas de 1930 y 1940.

En 1921, J.F. Lehman, solicitó a todos los médicos alemanes que combatieran el consumo de tabaco por el daño que le hacía al cuerpo y por las consecuencias económicas que afectaban a un país que ya se encontraba empobrecido por la guerra<sup>45</sup>.

---

<sup>41</sup> *Idem*

<sup>42</sup> *Idem*

<sup>43</sup> *Idem*

<sup>44</sup> E.A. Whelan, *Smoking Gun: How The Tobacco Industry Gets Away With Murder, United States*, Stickley Co., 1994, p.35, citado por Arlene B. Hirschfelder, *Encyclopedia of Smoking and Tobacco*, United States, Oryx Press, 1999, p. 158.

<sup>45</sup> Robert N. Proctor, “Chapter 6: The Campaign against Tobacco”, *The Nazi War on Cancer*, United States, Princeton University Press, 1999, pp. 173-247

En un artículo titulado “Consumo de Tabaco y Longevidad” divulgado en la revista “Ciencia” (*Science*) el 4 de marzo de 1938, el profesor Raymond Pearl, publicó un estudio estadístico acerca de los efectos del consumo de tabaco sobre la esperanza de vida<sup>46</sup>. Pearl concluyó que los fumadores excesivos (más de 10 cigarros al día) no vivían tanto como los que fumaban menos cigarros, y que los no fumadores sobrevivían a los dos anteriores<sup>47</sup>. Concluyó así que fumar estaba asociado con la esperanza de vida.

Diversos estudios publicados en la década de 1950, vincularon el consumo de cigarros con el cáncer de pulmón. En la Revista de la Asociación Estadounidense de Medicina, Morton Levin publicó un importante estudio al respecto. En el mismo número de la revista, Ernest Wynder y Evarts A. Graham de Estados Unidos, encontraron que 96.5% de los pacientes con cáncer de pulmón entrevistados eran fumadores moderados a excesivos<sup>48</sup>.

En 1954 fue publicado en la reconocida revista médica británica, *British Medical Journal*, el concluyente estudio de Richard Doll y Bradford Hill, el cual señala que existe un fuerte vínculo entre fumar y el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y cáncer de pulmón<sup>49</sup>.

Hacia fines de la década de 1950 y comienzos de la década de 1960, la creciente evidencia sobre los efectos del consumo de tabaco sobre la salud recibió una revisión formal y una evaluación de varios comités gubernamentales.

En el Reino Unido, el informe de 1962 del Colegio Real de Médicos (*Royal College of Physicians*), concluyó que el consumo de tabaco era una causa de cáncer y

---

<sup>46</sup> Gene Borio, *op. cit.*

<sup>47</sup> *Idem*

<sup>48</sup> Ernest L. Wynder, Evarts A. Graham, “Tobacco smoking as a possible etiologic factor in bronchiogenic carcinoma. A study of six hundred and eighty four proved cases”, United States, *Journal of American Medical Association*, 1950, pp. 329–336.

<sup>49</sup> Caroline Richmond, “Sir Richard Doll, epidemiólogo que demostró que el tabaco causa cáncer y enfermedades del corazón”, [en línea], México, *Salud Pública de México*, vol. 47, núm. 4, julio-agosto de 2005, Dirección URL: [http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342005000400010&lng=es&nrm=iso](http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342005000400010&lng=es&nrm=iso), [consulta: 17 de diciembre de 2006].

bronquitis y un factor que contribuye a las enfermedades coronarias<sup>50</sup>. En Estados Unidos, el informe de 1964 del Comité Asesor del Cirujano General, concluyó que el consumo de cigarrillos es una causa de cáncer y de bronquitis crónica<sup>51</sup>.

El informe del Colegio Real de Médicos, recibió una gran publicidad. Sus principales recomendaciones se avocaron a establecer restricciones sobre la publicidad del tabaco; promover el aumento en los impuestos a los cigarrillos; prohibir la venta de cigarrillos a niños y el consumo de tabaco en lugares públicos; brindar más información acerca de los contenidos de alquitrán y nicotina de los cigarrillos<sup>52</sup>.

Así pues, vemos que a pesar de los esfuerzos a favor del control del tabaco desde 1604, no fue sino hasta mediados de la década de 1960, cuando se publicaron datos científicos asociando el tabaco con enfermedades específicas, que se fortalecieron los esfuerzos por controlar el consumo de tabaco en diversos países.

En relación a los efectos del humo de tabaco en los llamados “fumadores pasivos”, en 1981, el profesor Takeshi Hirayama publicó un estudio realizado a mujeres japonesas no fumadoras cuyos maridos si fumaban. Evaluó la mortalidad de las mujeres no fumadoras durante 14 años. Se examinó el riesgo de cáncer de pulmón en relación al nivel de consumo de cigarrillos de los esposos y se encontró una relación estadísticamente significativa entre exposición y mortalidad. Este fue el primer estudio que evaluó la posible importancia de la exposición al humo de tabaco ajeno como uno de los factores causales de cáncer de pulmón<sup>53</sup>.

---

<sup>50</sup> Royal College of Physicians, *Smoking and Health. A Report of the Royal College of Physicians of London on Smoking in relation to Cancer of the Lung and Other Diseases*, United Kingdom, Pitman Medical Publishing Co. Ltd., 1962, p. 63.

<sup>51</sup> US Department of Health, Education and Welfare. *Smoking and Health: Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service*. United States, US Government Printing Office, 1964. pp. 229-235, 300-302

<sup>52</sup> Action on smoking and health (ASH), Key Dates in the History of Tobacco. Archive, [on line], June 2000, Direction URL: [http://www.ash.org.uk/ash\\_xgh343k0\\_archive.htm](http://www.ash.org.uk/ash_xgh343k0_archive.htm), [consulted: March 5 of 2006].

<sup>53</sup> Takeshi Hirayama, “Non-smoking Wives of Heavy Smokers Have a Higher Risk of Lung Cancer: A Study from Japan”, *British Medical Journal. Clinical Research Edition*, vol. 282 (6259), United Kingdom, British Medical Journal, January 17 of 1981, pp. 183–185.

## 2. PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DEL TABAQUISMO

En el ámbito internacional, la evidencia epidemiológica muestra que de acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), del total de la población del orbe, aproximadamente el 30% de los adultos son fumadores y de éstos, 4.9 millones fallecen al año, lo que equivale a la muerte de casi 13,400 personas diarias por causas relacionadas con el consumo de este producto<sup>54</sup>.

Con base en las tendencias actuales, se espera que en 2020, las muertes se incrementarán a 8.4 millones y lamentablemente 70% de esa muertes sucederán en países en vías de desarrollo. De igual forma, en estos países se encuentran el 50% de los hombres fumadores del mundo<sup>55</sup>.

Respecto a la proyección que se hace para 2020, según Jonathan Samet, se estima que el tabaco causará el 12% del total de muertes a nivel mundial, lo cual significa que provocará más muertes que la suma de los decesos relacionados con el sida, la tuberculosis, la mortalidad materna, los accidentes de tráfico, suicidios y homicidios<sup>56</sup>.

Samet indica que cada día 80 mil a 100 mil jóvenes en el mundo, se convierten en fumadores regulares. Un quinto de los fumadores jóvenes empezó a fumar antes de cumplir 10 años y las proyecciones indican que el tabaco matará a 250 millones de niños y adolescentes que viven actualmente<sup>57</sup>. Esto tiene que ver con que 700 millones de niños a nivel mundial, están expuestos al humo del tabaco<sup>58</sup>.

---

<sup>54</sup> Organización Mundial de la Salud, *El período de vida sana puede prolongarse entre cinco y diez años, según la OMS*, [en línea], Suiza, 30 de octubre de 2002, Dirección URL: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/pr84/es/index.html>, [consulta: 12 de junio de 2007]

<sup>55</sup> Jonathan Samet, "Estrategias para el control del tabaco".

<sup>56</sup> *Idem*

<sup>57</sup> G. Emmanuel Guindon; David Boisclaira, *Documento de trabajo de salud, nutrición y población*, Suiza, Iniciativa "Liberarse del Tabaco", Organización Mundial de la Salud, Serie: Aspectos económicos del control del tabaco, tendencias pasadas, presentes y futuras del consumo de tabaco, 2004, p. 9.

<sup>58</sup> *Idem*

De acuerdo con un documento de la OMS en el cual se analizan aspectos económicos del control del tabaco, así como tendencias, el consumo mundial per cápita de cigarrillos aumentó hasta mediados de los años ochenta y se ha mantenido estable desde mediados de los años noventa, después de una ligera disminución<sup>59</sup>. Sin embargo, debido principalmente al crecimiento de la población, el consumo mundial total de tabaco ha aumentado durante los últimos 30 años.

El mismo estudio muestra información sobre la producción, importaciones y exportaciones de cigarrillos por país para los años de 1970, 1980, 1990 y de 1995 a 2000, así como las tendencias de consumo total y per cápita por país. Al respecto, se observa que las regiones con el consumo más elevado de cigarrillos per cápita son Europa<sup>60</sup> y desde fines de los años ochenta, el continente americano<sup>61</sup>. La región del Pacífico Occidental<sup>62</sup>, se encontraba en la delantera en los años setenta.

Para el caso del Mediterráneo Oriental<sup>63</sup> y África<sup>64</sup>, aún cuando no existen muchos datos al respecto, se percibe un descenso considerable a fines de los años

---

<sup>59</sup> *Idem*

<sup>60</sup> De acuerdo con la clasificación de la OMS, los países que conforman la región de Europa, son: Albania, Alemania, Andorra, Armenia, Austria, Azerbaiyán, Belarús, Bélgica, Bosnia y Herzegovina, Bulgaria, Chipre, Croacia, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Ex República Yugoslava de Macedonia, Federación de Rusia, Finlandia, Francia, Georgia, Grecia, Hungría, Irlanda, Islandia, Israel, Italia, Kazajstán, Kirguistán, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Mónaco, Montenegro, Noruega, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, República Checa, República de Moldova, Rumanía, San Marino, Serbia, Suecia, Suiza, Tayikistán, Turkmenistán, Turquía, Ucrania, Uzbekistán. Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa, [en línea], Suiza, Dirección URL: <http://www.who.int/about/regions/euro/es/index.html>, [consulta: 25 de abril de 2007].

<sup>61</sup> En el caso de la región de las Américas, la OMS considera a los siguientes países: Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Surinam, Trinidad y Tobago, Uruguay, Venezuela (República Bolivariana de). Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para las Américas, [en línea], Suiza, Dirección URL: <http://www.who.int/about/regions/amro/es/>, [consulta: 25 de abril de 2007].

<sup>62</sup> La OMS señala que la región del Pacífico Occidental, está conformada por los países que se mencionan a continuación: Australia, Brunei Darussalam, Camboya, China, Fiji, Filipinas, Islas Cook, Islas Marshall, Islas Salomón, Japón, Kiribati, Malasia, Micronesia (Estados Federados de), Mongolia, Nauru, Niue, Nueva Zelanda, Palau, Papua, Nueva Guinea, República de Corea, República Democrática Popular Lao, Samoa, Singapur, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Viet Nam. Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para el Pacífico Occidental, [en línea], Suiza, Dirección URL: <http://www.who.int/about/regions/wpro/es/>, [consulta: 25 de abril de 2007].

<sup>63</sup> Para la Organización Mundial de la Salud, dentro de la región del Mediterráneo Oriental se encuentran: Afganistán, Arabia Saudita, Bahrein, Djibouti, Egipto, Emiratos Árabes Unidos, Irán (República Islámica del), Iraq, Jamahiriya Árabe Libia, Jordania, Kuwait, Líbano, Marruecos, Omán, Pakistán, Qatar, República Árabe



ochenta y principios de los años noventa, seguido de un aumento ligero y una relativa estabilidad posterior<sup>65</sup>. En Asia Sudoriental<sup>66</sup>, ha disminuido el consumo de cigarrillos pero no así de otras formas de tabaco, desde los años setenta<sup>67</sup>.

Aún cuando el consumo per cápita es mayor en el mundo desarrollado que en los países en desarrollo<sup>68</sup>, las investigaciones indican que la situación es peor en la actualidad. Por lo anterior, no puede considerarse que el tabaquismo solo es problema de los países desarrollados.

El documento citado muestra que durante los últimos años, el consumo total de cigarrillos ha aumentado en el mundo en desarrollo así como entre las economías en transición. Así pues, en los 20 últimos años, el consumo de tabaco es menor en los países desarrollados<sup>69</sup>.

Al referirse a la prevalencia del consumo de tabaco y el número de fumadores adultos por regiones de la OMS y niveles de desarrollo para el año 2000, la investigación citada indica que los hombres tienen una probabilidad aproximadamente cinco veces mayor que las mujeres de consumir tabaco<sup>70</sup>. En

---

Siria, Somalia, Sudán, Túnez, Yemen. Organización Mundial de la Salud, *Oficina Regional para el Mediterráneo Occidental*, [en línea], Suiza, Dirección URL: <http://www.who.int/about/regions/emro/es/>, [consulta: 25 de abril de 2007].

<sup>64</sup> *Los países de África de acuerdo con la clasificación de la OMS, son: Angola, Argelia, Benin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Camerún, Chad, Comoras, Congo, Costa de Marfil, Eritrea, Etiopía, Gabón, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Guinea Ecuatorial, Kenya, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Malí, Mauricio, Mauritania, Mozambique, Namibia, Níger, Nigeria, República Centroafricana, República Democrática del Congo, República Unida de Tanzania, Rwanda, Santo Tomé y Príncipe, Senegal, Seychelles, Sierra Leona, Sudáfrica, Swazilandia, Togo, Uganda, Zambia, Zimbabwe.* Organización Mundial de la Salud, *Oficina Regional para África*, [en línea], Suiza, Dirección URL: <http://www.who.int/about/regions/afro/es/>, [consulta: 25 de abril de 2007].

<sup>65</sup> G. Emmanuel Guindon; David Boisclaira, *op. cit.*, p. 9.

<sup>66</sup> *La OMS indica que la región de Asia Sudoriental se compone por: Bangladesh, Bhután, India, Indonesia, Maldivas, Myanmar, Nepal, República Popular Democrática de Corea, Sri Lanka, Tailandia, Timor-Leste.* Organización Mundial de la Salud, *Oficina Regional para Asia Sudoriental*, [en línea], Suiza, Dirección URL: <http://www.who.int/about/regions/searo/es/>, [consulta: 25 de abril de 2007].

<sup>67</sup> G. Emmanuel Guindon; David Boisclaira, *op. cit.*, p. 9.

<sup>68</sup> Cabe señalar que de acuerdo con Guindon y Boisclaira, se consideran países desarrollados: Japón, Canadá, Estados Unidos, Nueva Zelanda y Europa Occidental. Mientras que "los países en transición de una economía planificada centralmente a una economía de mercado" se denominan en transición. Todos los demás países se integran a la categoría "en desarrollo".

<sup>69</sup> G. Emmanuel Guindon; David Boisclaira, *op. cit.*, p.10.

<sup>70</sup> *Idem*

tanto, en las regiones de las Américas y de Europa, más del 18 por ciento de las mujeres son fumadoras<sup>71</sup>.

Las cifras muestran que la mayoría de los usuarios de tabaco residen en países en desarrollo, dado que de los 1,220 millones de usuarios de tabaco, más de mil millones viven en países en desarrollo o en economías en transición<sup>72</sup>.

De acuerdo con dos ejercicios de proyección para las cifras de consumo de tabaco, en el supuesto de que no hubiera ningún cambio en la prevalencia, se predice que, en 2010, habrá cerca de 1,450 millones de fumadores y, en 2025, más de 1,700 millones. En el segundo supuesto, en el cual se considera que la prevalencia disminuyera de forma anual en 1 por ciento y de que hubiera un aumento moderado de los ingresos, de 2 por ciento, el número total de fumadores ascendería a más de 1,300 millones en 2010 y 2025<sup>73</sup>.

Es más, aunque se considerara el escenario más optimista, de una reducción sostenida de 2 por ciento anual en la prevalencia en todos los países durante 10 y 25 años consecutivos, todavía habría 1,200 millones de fumadores en 2010 y más de 1,100 millones en 2025<sup>74</sup>.

En cuanto a otros datos internacionales sobre el consumo, el Atlas del Tabaco en su segunda edición, cita que 1,000 millones de hombres fuman tabaco; el 35% de ellos viven en naciones desarrolladas y 50% en países en vías de desarrollo<sup>75</sup>. De hecho, existe especial preocupación en el caso de China dado que en ese país, el consumo representa al 30% de los cigarrillos del mundo y el 70% de los hombres chinos fuman<sup>76</sup>.

---

<sup>71</sup> *Ibid.*, p.13.

<sup>72</sup> *Idem*

<sup>73</sup> *Ibid.*, p.15.

<sup>74</sup> *Idem*

<sup>75</sup> Judith Mackay; Michael Eriksen; Omar Shafey, *El atlas del tabaco*, Estados Unidos, American Cancer Society, 2006, segunda edición, p.22.

<sup>76</sup> *Idem*

En el mundo, 250 millones de mujeres fuman todos los días; de ellas 22% habitan en países desarrollados y solo el 9% en naciones en vías de desarrollo<sup>77</sup>. Asimismo señala que el 11% de las mujeres del mundo son fumadoras<sup>78</sup>.

En México, hay más de 17 millones de fumadores; alrededor de 60 mil personas mueren al año por enfermedades asociadas al tabaquismo, lo que se traduce en 165 defunciones diarias<sup>79</sup>.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2002, en México más de 16 millones de personas, es decir, 23.5%, son fumadoras; el 17.4% ex fumadoras y más de la mitad 59.1% manifestaron ser no fumadoras<sup>80</sup>. Cabe mencionar que esta encuesta es hasta ahora la encuesta publicada más reciente a nivel nacional, aunque existen diversos estudios locales, sobre todo en estudiantes y la ENA 2008, que se encuentra en fase de resultados preliminares.

La ENA 2002, aporta datos sobre el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas entre la población mexicana de 12 a 65 años de edad y por primera vez incorpora además del área urbana, al área rural.

En relación al género, se observa que en los grupos de fumadores y ex fumadores, el género masculino representa la mayoría, mientras que las mujeres representan casi el 70% en el grupo de no fumadores. Tenemos así que el 69.4% son hombres fumadores, 60.5% son ex fumadores y 30.7% son hombres no fumadores. En el caso de las mujeres el 30.6% son fumadoras, 39.5% ex fumadoras y 69.3% son no fumadoras<sup>81</sup>.

---

<sup>77</sup> *Ibid.*, p.24.

<sup>78</sup> *Ibid.*, p.25.

<sup>79</sup> Pablo Antonio Kuri Morales, *et al.*, "Epidemiología del tabaquismo en México", [en línea], México, *Salud Pública de México*, vol. 48 supl.1, 2006, Dirección URL: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342006000700011&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000700011&lng=es&nrm=iso), [consulta: 10 de octubre de 2006], p.96

<sup>80</sup> Secretaría de Salud: Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría, Dirección General de Epidemiología; Instituto Nacional de Geografía y Estadística, *op. cit.*, p.15.

<sup>81</sup> *Idem*

En la ENA de 2002 se identificó que 1.4% de la población entrevistada se clasificó como fumador dependiente, lo que representa más de un millón de personas que requieren de atención especializada para resolver su problema de tabaquismo. El siguiente grupo, es decir, aquellas personas que fuman a diario pero sin presentar síntomas de dependencia, y que requieren de una intervención breve, constituye el 11%. Aquellos que fuman ocasionalmente y los ex fumadores que requieren de observación representan el 28.5%. El 59.1% de las personas encuestadas, manifestaron ser no fumadores y es a este grupo a quienes se tienen que dirigir las campañas preventivas<sup>82</sup>.

De acuerdo con esta misma encuesta, la edad de inicio de la mayoría de los hombres que alguna vez ha fumado (35.46%) y de las mujeres que iniciaron el hábito tabáquico (13.51%) se ubica entre los 15 y 19 años<sup>83</sup>.

El grupo de edad más afectado por la dependencia al tabaco es el de 35 a 65 años, que alcanza casi el 72% de fumadores dependientes, pero resulta preocupante que el 2.5% de menores de 18 años, requieren de atención especializada para dejar de fumar a pesar de su corta edad<sup>84</sup>.

Con respecto a los adolescentes, fuman el 10.1% de los jóvenes entre 12 y 17 años en zonas urbanas, de los cuales 15.4% son hombres y 4.8% mujeres<sup>85</sup>, esto a pesar de la legislación vigente que prohíbe la venta de cigarros a menores de 18 años.

Los resultados del grupo de fumadores pasivos o consumidores del humo de tabaco ajeno, representa según la ENA 2002 a 17'860,537 personas. Resulta interesante observar que de este grupo, el 70.5% son mujeres y el 29.5% son hombres. La mayoría es población urbana y se encuentra en un rango de edad de

---

<sup>82</sup> *Ibid.*, p.17.

<sup>83</sup> Pablo Antonio Kuri Morales, *et al.*, *op. cit.*, p. 93

<sup>84</sup> Secretaría de Salud: Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría, Dirección General de Epidemiología; Instituto Nacional de Geografía y Estadística, *op. cit.*, p.20.

<sup>85</sup> Pablo Antonio Kuri Morales, *et al.*, *op. cit.*, p.94.

18 a 34 años. El 41.8% de los fumadores pasivos percibe como muy grave el hecho de permanecer expuestos al humo de tabaco<sup>86</sup>, lo cual es real.

---

<sup>86</sup> Secretaría de Salud: Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría, Dirección General de Epidemiología; Instituto Nacional de Geografía y Estadística, *op. cit.*, p.30.

### 3. ECONOMÍA DEL TABAQUISMO

La economía del tabaco cubre diversos ámbitos, desde el cultivo de la hoja de tabaco, y todo el proceso productivo del mismo. Contempla también aspectos publicitarios y de promoción de la industria tabacalera. De igual forma, la parte económica se encuentra en los costos de la atención sanitaria para fumadores y no fumadores expuestos al humo que presentan enfermedades relacionadas con el tabaco. La pérdida de años de vida saludable y de productividad de las personas que enferman o mueren por causas del consumo de tabaco también tiene consecuencias económicas para el país, las empresas y los individuos.

Por lo anterior, a continuación se realiza una breve descripción de algunos aspectos relevantes de la economía del tabaco, aunque nos centraremos en la economía del tabaquismo y los costos sanitarios que produce.

La industria tabacalera genera 5.6 billones de cigarrillos cada año, esto representa 900 cigarrillos anuales por cada hombre, mujer y niño en el mundo<sup>87</sup>. Para ello, el tabaco se cultiva en aproximadamente 120 países y se utilizan más de 4 millones de hectáreas de tierra para tal fin<sup>88</sup>.

La producción total de tabaco en el mundo durante 2004, representó 6,496 millones de toneladas<sup>89</sup>. Los principales productores de tabaco en ese mismo año, fueron China (2,410 t), Brasil (928 t), India (598 t) y Estados Unidos (399 t), quienes produjeron dos tercios del tabaco mundial<sup>90</sup>.

Durante el período mencionado arriba, China como primer productor, cultivó un 37% del tabaco en el mundo<sup>91</sup>.

---

<sup>87</sup> Judith Mackay; Michael Eriksen; Omar Shafey, *op. cit.*, p.32.

<sup>88</sup> *Ibid.*, p.48.

<sup>89</sup> *Idem*

<sup>90</sup> *Idem*

<sup>91</sup> *Ibid.*, p.49.

Las cuotas regionales de las ventas mundiales de cigarros durante 2004 se distribuyen de la siguiente manera<sup>92</sup>:

Asia y Australia 56%

Europa Oriental y antigua Unión Soviética 13%

América 12%

Europa Oriental 10%

África y próximo Oriente 8%

Con respecto a nuestro país, durante el año 2005, la producción nacional de tabaco fue de 2,407 millones de cajetillas, esto de acuerdo con lo reportado en el informe 2006 de México acerca de los progresos realizados en torno a la implementación del CMCT<sup>93</sup>. Es pertinente aclarar que a la producción nacional deben sumarse las importaciones que para ese año constituyeron 525,604 kg<sup>94</sup>.

En tanto, a nivel mundial, las exportaciones de tabaco durante 2003, representaron un total de \$5'950,973 dólares estadounidenses, mientras que los principales exportadores fueron Brasil (\$1,052 dólares), Estados Unidos (\$1,040 dólares), Zimbabwe (\$464 dólares) y Turquía (\$329 dólares)<sup>95</sup>.

La fabricación de productos de tabaco emplea aproximadamente a 1.5 millones de adultos en el mundo<sup>96</sup>, aunque existen también lugares en donde trabajan niños, no se tienen reportes exactos de ello. Como ejemplo de un país donde se tienen datos al respecto, está el caso de la India donde cerca de 6 millones de niños entre 4 y 14 años<sup>97</sup>, trabajan en la elaboración de bidi<sup>98</sup>.

---

<sup>92</sup> *Ibid.*, p.33.

<sup>93</sup> Secretaría de Salud: Consejo Nacional contra las Adicciones, *Instrumento de Presentación de Informes del Convenio Marco para el Control del Tabaco*, México, Documento no publicado, 2006, p. 5

<sup>94</sup> *Idem*

<sup>95</sup> Judith Mackay; Michael Eriksen; Omar Shafey, *op. cit.*, p.49

<sup>96</sup> *Ibid.*, p.50.

<sup>97</sup> *Ibid.*, p.51.

<sup>98</sup> De acuerdo con Mackay, Eriksen y Shafey, el bidi consiste en un poco de tabaco, envuelto a mano en una hoja seca y sujeto con un cordel.

Para los detractores del control del tabaco y del propio Convenio, el argumento sobre las pérdidas económicas provocadas por estas medidas es la excusa perfecta para atacar los esfuerzos internacionales en referencia al tema. Sin embargo, de acuerdo con los resultados sobre estudios de proyección del consumo de tabaco, resulta evidente que la reducción en el número de fumadores y en general del consumo durante los próximos 20 años, sería gradual, aún cuando se tomaran cifras conservadoras de crecimiento en los ingresos y la población, así como en el supuesto de la aplicación inmediata en todo el mundo de las medidas de control del tabaco<sup>99</sup>.

Por ello, los agricultores y otros trabajadores de la industria tabacalera no se verán afectados por el control del tabaco en estos momentos, toda vez que la transición hacia otros cultivos o medios de subsistencia será un proceso lento que podría abarcar varias generaciones.

En el documento de la OMS acerca de los aspectos económicos del control del tabaco, y las tendencias pasadas, presentes y futuras del consumo de tabaco, se indica que “no se pretende afirmar que los trabajadores de la industria tabacalera no sean económicamente vulnerables. El control del tabaco es sólo uno entre muchos factores que determinan la rentabilidad del cultivo y procesado del tabaco. Además existen otros factores que pueden repercutir de modo significativo sobre los empleos de esta industria”<sup>100</sup>.

Un ejemplo, es el caso de Malawi, donde se suscitó la caída en los precios de subasta del tabaco durante 2000 y 2001, provocando pérdidas para los pequeños propietarios de tierras dedicadas al cultivo de dicho producto, esto redujo su margen de utilidad hasta en 50% respecto al año anterior<sup>101</sup>.

---

<sup>99</sup> G. Emmanuel Guindon, David Boisclaira, *op. cit.*, p. 18.

<sup>100</sup> *Idem*

<sup>101</sup> *Idem*



En referencia a este tema, la FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación) señaló que:

Una menor demanda de exportación y la participación de agricultores inexpertos, con la consecuente merma en la calidad del producto, son las principales causas de dichos cambios, que tuvieron lugar en un mercado favorable a los compradores. Aunque se compensa parcialmente por una reducción en los costos de producción, en ausencia de reformas, este proceso ha llevado a muchos agricultores a dejar el cultivo del tabaco, o puede llevarlos en el futuro, independientemente de cualquier intervención gubernamental en los sectores agrícola o comercial<sup>102</sup>.

En el caso de China, uno de los principales productores de tabaco, la fabricación de cigarrillos aumentó un 700% entre 1960 y 2003, pasando de 225,000 millones a 1.8 trillones de unidades anuales<sup>103</sup>. De esta producción se consume el 97%<sup>104</sup>.

Ahora bien, en cuanto al porcentaje de beneficios atribuibles a las ventas de tabaco, obtenidos por las principales tabacaleras transnacionales en 2004, se distribuyó de la siguiente manera<sup>105</sup>:

*British American Tobacco (BAT)* 100%

*Imperial Tobacco Group Limited (ITL)* 100%

*Gallaher Group Plc (GLH)* 100%

*Japan Tobacco, Inc. (JTI)* 81%

*Altadis* 77%

*Altria/ Philip Morris (PM)* 64%

Las cifras muestran que *Altria Group, Inc.*, firma matriz de *Philip Morris* Estados Unidos y *Philip Morris* Internacional, es la empresa líder en el ramo del tabaco, y la

---

<sup>102</sup> *Idem*

<sup>103</sup> Judith Mackay; Michael Eriksen; Omar Shafey, *op. cit.*, p.51.

<sup>104</sup> *Idem*

<sup>105</sup> *Ibid.*, p.53.

propietaria de la marca *Marlboro*, el cigarro más vendido en el mundo. Para el año 2004, *Philip Morris* fue beneficiada con la venta de sus productos en la sexta parte del mercado global, con presencia en 160 países, con ventas de cigarros en el mundo por más de 57,000 millones de dólares<sup>106</sup>.

La segunda tabacalera del mundo, la *British American Tobacco*, controló la séptima parte del mercado durante 2004, con una venta de 853,000 millones de unidades<sup>107</sup>.

Cabe mencionar que también para el caso del tabaco, existe un mercado negro y las ventas de cigarros ilegales son un problema que impide el control en la comercialización de este producto.

La Organización Mundial de Aduanas señala que China es uno de los principales proveedores de cigarros falsos destinados para la venta en Europa; así también indica que en ese país, cada año se fabrican cerca de 190,000 millones de unidades falsas<sup>108</sup>.

Se calcula que para 2000, la cantidad estimada de cigarros de contrabando en todo el mundo, fue de 607, 000 millones<sup>109</sup>. Para nuestro país, la cifra de cigarros decomisados durante 2004, fue de 10' 250, 000 unidades<sup>110</sup>.

Como ya se ha señalado, otro punto a considerar dentro de los aspectos económicos relacionados con el tabaco, es el de la comercialización. Entorno a esto, los datos promedio para los rubros de publicidad y promoción en Estados Unidos durante 2002, suman 15,100 millones de dólares<sup>111</sup>, esto tomando en consideración que a partir de la puesta en marcha del Convenio Marco para el

---

<sup>106</sup> *Ibid.*, p.52.

<sup>107</sup> *Idem*

<sup>108</sup> *Ibid.*, p. 56.

<sup>109</sup> *Ibid.*, p. 57.

<sup>110</sup> Secretaría de Salud: Consejo Nacional contra las Adicciones, *Instrumento de Presentación de Informes del Convenio Marco para el Control del Tabaco*, p. 6.

<sup>111</sup> Judith Mackay; Michael Eriksen; Omar Shafey, *op. cit.*, p. 60.

Control de Tabaco, se instó a los países a reducir hasta prohibir la publicidad del tabaco en medios electrónicos y otras formas de promoción como los obsequios y ofertas especiales.

Al respecto, los expertos señalan que la prohibición total de la publicidad puede reducir hasta el 6% anual en cuanto cifras de consumo se refiere<sup>112</sup>. Asimismo, los propios fumadores consideran que las etiquetas de advertencia motivan el abandono del hábito tabáquico, por ejemplo, en Canadá durante 2002, un 45% de los fumadores declararon que las etiquetas de advertencia motivaban el abandono<sup>113</sup>.

Desafortunadamente, además de estas cuestiones, deben considerarse los costos económicos y en salud derivados del consumo de tabaco, los cuales están aumentando en la mayoría de los países del mundo. Por ello, es de vital importancia comprender la magnitud de este costo y sus tendencias futuras en la población para poder planear e implementar programas apropiados de intervención y para determinar los gastos en salud y la asignación adecuada de los recursos.

Para darle seguimiento a la epidemia y a los cambios en el costo de las enfermedades relacionadas al consumo de tabaco, se necesita obtener datos de manera sistemática, incluyendo información sobre patrones de consumo de tabaco, exposición involuntaria al humo de tabaco, tendencias de las enfermedades relacionadas al consumo de tabaco y tasas de mortalidad. Lamentablemente, esta información no está disponible a nivel mundial puesto que resulta difícil y costosa de obtener, especialmente en países en desarrollo donde no se dispone de datos de seguimiento de indicadores de salud.

---

<sup>112</sup> *Ibid.*, p. 76.

<sup>113</sup> *Ibid.*, p. 78.

Según la OMS, el tabaco es responsable de más de 10,000 muertes diarias alrededor del mundo<sup>114</sup> y a nivel mundial, el consumo de cigarrillos para 2002, fue de 5,604 miles de millones de unidades<sup>115</sup>.

En Estados Unidos, cada año mueren 38,000 personas por enfermedades cardíacas y cáncer de pulmón atribuibles al consumo del humo de tabaco ajeno<sup>116</sup>. El Atlas del Tabaco, señala que entre las personas que se exponen al humo de segunda mano, el riesgo de desarrollar cáncer de pulmón y enfermedades cardíacas aumenta un 20 al 30% y un 25%, respectivamente<sup>117</sup>.

Mientras tanto, en el Reino Unido dentro de los reportes de muertes ocasionadas por el consumo pasivo de tabaco entre personas de 20 y más años durante 2003, 1,372 individuos fallecieron por cáncer de pulmón, 5,239 por dolencia cardíaca isquémica y 4,074 por derrame cerebral<sup>118</sup>.

Se reporta también que el tabaco mata a la mitad de quienes lo consumen de por vida; de esas muertes, el 50% ocurre entre los 30 y 69 años de edad<sup>119</sup>.

De hecho, el hábito tabáquico se relaciona con el 12% de la mortalidad en adultos del mundo<sup>120</sup>. Las cifras indican que el mayor número de defunciones, afecta a hombres fumadores de países en desarrollo. En el año 2000, las muertes prematuras ocasionadas por el tabaco en todo el mundo sumaron 4.8 millones, de las cuales 3.8 millones fueron hombres y 1 millón mujeres; 2 millones de esos hombres vivían en países en desarrollo y 1.8 en países industrializados<sup>121</sup>. Para el caso de las mujeres, 0.4 millones pertenecían a países en desarrollo, mientras que 0.6 millones habitaban en países industrializados<sup>122</sup>.

---

<sup>114</sup> World Health Organization, *Guidelines for Controlling and Monitoring the Tobacco Epidemic*, p. 30.

<sup>115</sup> Judith Mackay; Michael Eriksen; Omar Shafey, *op. cit.*, p.32.

<sup>116</sup> *Ibid.*, p.36.

<sup>117</sup> *Idem*

<sup>118</sup> *Idem*

<sup>119</sup> *Ibid.*, p.38.

<sup>120</sup> *Idem*

<sup>121</sup> *Idem*

<sup>122</sup> *Idem*

El costo económico no lo es todo, las personas que fallecen a mediana edad pierden más de 20 años de esperanza de vida<sup>123</sup>, lo cual, es irrecuperable.

Durante 2005 los costos atribuibles al uso de tabaco, considerados como costos totales, es decir, aquellos que incluyen la atención sanitaria más la carga económica directa, que comprende pérdida de productividad, ausentismo y costos socioeconómicos para algunos países del orbe se presentaron de la siguiente manera<sup>124</sup>:

Estados Unidos: 184,540 millones de dólares

Alemania: 24,380 millones de dólares

Francia: 16,440 millones de dólares

Canadá: 12,890 millones de dólares

Algunos otros países solo reportan los costos directos de atención sanitaria, por ejemplo<sup>125</sup>:

India: 63,160 millones de dólares

Nueva Zelanda: 17,030 millones de dólares

China: 4,290 millones de dólares

Los costos de enfermedad y muerte, son tanto individuales como familiares y por supuesto, representan también un cargo al sistema sanitario en general. Los gastos de bolsillo que impactan directamente al enfermo y a su familia, se acompañan de la pérdida de años de vida saludable y las pérdidas en materia de productividad del enfermo y de quienes se dediquen a su cuidado, así que no solo se trata del costo de medicamentos, estudios paraclínicos y en algunos casos, estancia en el hospital, uso de salas quirúrgicas, terapia intensiva, etc.

---

<sup>123</sup> *Idem*

<sup>124</sup> *Ibid.*, p.42-43.

<sup>125</sup> *Ibid.*, p.38.

Los costos del consumo de tabaco afectan considerablemente al sector laboral de un país, no solo porque en general se encuentran asociados a otros factores de riesgo, como obesidad, exceso de consumo de alcohol, colesterol elevado e hipertensión arterial. Todo esto incrementa la utilización y los costos de atención médica por las implicaciones en términos de aseguramiento, el ausentismo laboral, las compensaciones y los gastos de las primas de los seguros de vida.

El tabaquismo en los lugares de trabajo resulta en costos para los empleados y en la salud de los empleados no fumadores, cuando se encuentran expuestos al humo de tabaco, ya que ellos también presentan un elevado ausentismo laboral, mayor número de visitas al médico y mayor consumo de medicamentos<sup>126</sup>.

En Estados Unidos, entre 1997 y 2001, el consumo de tabaco provocó pérdidas de productividad estimadas en 92,000 millones de dólares anuales<sup>127</sup>, mientras que en 2001 el promedio de días de baja por enfermedad para fumadores, fue de 6.16; 4.53 para los ex fumadores y 3.86 para las personas que nunca han fumado<sup>128</sup>. Cifras como las anteriores, son evidencia de la relación entre el consumo de tabaco y diversas enfermedades que se traducen en el ámbito laboral como pérdida de productividad.

Dentro de los estudios que se han efectuado al respecto, podemos destacar el de Bertera, quien realizó una investigación en la compañía *Dupont* y encontró que entre 1984 y 1988 los empleados fumadores tenían en promedio más pérdida de productividad comparados con los no fumadores (3.7 días vs 2.8 días)<sup>129</sup>.

---

<sup>126</sup> Luz Miriam Reynales-Shigematsu, "Impacto económico del tabaquismo", ponencia presenta en el *Taller de estrategias para el control del tabaquismo en América Latina y el Caribe*, Instituto Nacional de Salud Pública, 31 de julio al 4 de agosto de 2006.

<sup>127</sup> Judith Mackay; Michael Eriksen; Omar Shafey, *op. cit.*, p.43

<sup>128</sup> *Ibid.*, p.42.

<sup>129</sup> Robert L. Bertera, "Du Pont: The effects of workplace health promotion on absenteeism and employment costs in a large industrial population", [on line], United States, *American Journal of Public Health*, vol. 80, no. 9, September 1990, Direction URL: <http://www.bmjournals.com/cgi/reprint/9/2/187.pdf>, [consulted: August 3 of 2006] pp. 1101-1105.

Robbins y otros, realizaron un estudio en 1997 en la población activa de la fuerza aérea de los Estados Unidos, a través del seguimiento por un periodo de un año y utilizando un modelo económico, compararon los gastos de atención médica y los días por pérdida de productividad de los fumadores y los nunca fumadores. Los autores estimaron que los costos directos de atención médica representaban el 5.8% del total de gastos médicos de esa población<sup>130</sup>.

Finalmente, Burton evaluó a fumadores que permanecían trabajando, encontrando que estas personas perdían en promedio 4.1 horas por semana por concepto de ausentismo, discapacidad de corto plazo y disminución de la productividad<sup>131</sup>.

En cuanto a la pérdida de productividad de trabajadores fumadores, de acuerdo con expertos en el tema, la experiencia ha demostrado que existen medidas de control de tabaco costo-efectivas que pueden ser utilizadas en diferentes ámbitos logrando así la disminución del consumo de tabaco. Una de estas medidas más costo-efectivas es la implementación de una política de espacios libres de humo de tabaco<sup>132</sup>.

De acuerdo con la publicación, el Atlas del Tabaco, el costo del consumo de tabaco en el lugar de trabajo, expresado en euros de acuerdo a su valor en el año 2000, para una empresa que tiene 10,000 empleados, de los cuales 3,000 fuman en promedio 6 cigarros diarios en horas de trabajo, considerando una pausa para fumar de cinco minutos, serían 30 minutos desperdiciados al día por trabajador fumador. Si se toma en cuenta que por jornada laboral un trabajador cobra 8.64 euros por hora, los 3,000 trabajadores fumadores le cuestan a la empresa 3'100,000 euros anuales<sup>133</sup>.

---

<sup>130</sup> A. S. Robbins, *et al.*, *Costs of Smoking Among Active Duty U.S. Air Force Personnel*, [on line], United States, 1997, Direction URL: <http://www.medscape.com/viewarticle/413901>, [consulted: August 3 of 2006].

<sup>131</sup> Wayne N. Burton, "The Association of Health Risks With On-the-Job Productivity", [on line], United States, *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 47(8), August 2005, Direction URL: <http://www.joem.org/pt/re/joem/abstract.00043764-200508000-00002.htm;jsessionid=GTIR2DKph4IGYswMLxPhnB9Z5zSNJpw0QhjQ3TVPtTznFZwWVz30!370594218!181195629!8091!-1>, [consulted: August 3 of 2006], pp.769-777.

<sup>132</sup> Luz Miriam Reynales-Shigematsu, "Impacto económico del tabaquismo".

<sup>133</sup> Judith Mackay; Michael Eriksen; Omar Shafey, *op. cit.*, p.74.

Para el caso de los trabajadores de restaurantes y bares, la prohibición de fumar en este tipo de lugares, sin duda alguna, sería un punto a favor de su salud, sin embargo, la percepción que se tiene por parte de dueños y empresarios es que medidas como el establecimiento de ambientes libres de humo de tabaco, provocaría pérdidas económicas en el sector.

Esta percepción, resulta errónea ya que la evidencia muestra que los restaurantes y bares no pierden ventas. De acuerdo con el reporte de ventas del primer trimestre, antes y después de la prohibición de fumar (de 1992 a 2004) en bares y restaurantes de California que sirven bebidas alcohólicas y comidas, de 1992 a 1995 se tuvieron ventas anuales por 1,800 millones de dólares, mientras que en 1996 cuando se estableció la prohibición de fumar en restaurantes, se reportaron ventas por 2,000 millones de dólares. Para 1998 cuando se prohibió fumar en bares, las ventas registradas fueron por 2,100 millones de dólares. Las ventas continuaron aumentando y en 2004 se reportaron ventas por 3,000 millones de dólares<sup>134</sup>.

Al respecto de la economía del tabaco, cabe mencionar que la metodología de la atribución de los costos de enfermedades relacionadas con el tabaquismo, se basa en el concepto epidemiológico de causa-efecto donde un factor de riesgo (consumo de tabaco) se asocia con la ocurrencia de un evento (enfermedad o muerte)<sup>135</sup>.

Alrededor de veinticinco enfermedades han sido identificadas como relacionadas al consumo de cigarros, incluyendo: enfermedad coronaria, enfermedad aterosclerótica vascular periférica, cáncer de pulmón y de laringe, bronquitis crónica, cáncer de esófago, y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, entre otras. El consumo de cigarros también afecta la salud de los no-fumadores: los bebés de madres fumadoras tienen menor peso al nacer, tienen más riesgos de

---

<sup>134</sup> *Ibid.*, p.75.

<sup>135</sup> Luz Miriam Reynales-Shigematsu, "Impacto económico del tabaquismo".



enfermedades respiratorias y más posibilidades de morir de síndrome de muerte súbita del lactante que los hijos de madres no fumadoras<sup>136</sup>.

Como se mencionó, para el año 2020, el consumo de tabaco causará más muertes alrededor del mundo que la suma de los fallecimientos relacionados con el SIDA, la tuberculosis, la mortalidad materna, los accidentes automovilísticos, los suicidios y los homicidios; representando el 12% de todas las muertes<sup>137</sup>. Esta epidemia afectará más que nada a los países en desarrollo y sólo el 15% de los fumadores del mundo vivirán en países desarrollados<sup>138</sup>. El mayor costo de las enfermedades se espera en China e India, donde en este momento el consumo de tabaco es más elevado. Basado en las tendencias actuales, 50 millones de niños y jóvenes menores de 20 años que viven en China morirán prematuramente de enfermedades relacionadas al uso de tabaco<sup>139</sup>.

Alrededor del 50% de los fumadores que continúan fumando a lo largo de la vida morirán de una causa relacionada al consumo de cigarrillos. La mitad morirá en una edad intermedia (35-69 años) y la otra mitad morirá después de los 70 años<sup>140</sup>.

Datos de mediados de la década de 1990 mostraron que alrededor de 25% de las muertes de hombres en países desarrollados se debieron al consumo de cigarrillos (cerca de 1,5 millones de muertes). Entre los hombres de 35-69 años, más de un tercio de las muertes son causadas por el consumo de cigarrillos<sup>141</sup>.

Para las mujeres en el mismo grupo etáreo en los países desarrollados, el porcentaje de muertes causadas por el consumo de cigarrillos aumentó más de seis veces, de 2% en 1955 a 13% en 1995<sup>142</sup>.

---

<sup>136</sup> World Health Organization, *Guidelines for Controlling and Monitoring the Tobacco Epidemic*, p. 36.

<sup>137</sup> Jonathan Samet, "Estrategias para el control del tabaco".

<sup>138</sup> World Health Organization, *The Tobacco Epidemic: A crisis of startling dimensions*, [on line], Switzerland, 1998. Direction URL: [http://www.who.int/archives/ntday/ntday98/ad98e\\_3.htm](http://www.who.int/archives/ntday/ntday98/ad98e_3.htm), [consulted: June 8 of 2000].

<sup>139</sup> *Idem*

<sup>140</sup> *Idem*

<sup>141</sup> J. R. Menchaca, *Tobacco or health: A global status report*, Switzerland, World Health Organization, 1997, p. 37.

<sup>142</sup> *Ibid.*, p.39.

Como muestra la OMS, se estima que en los países desarrollados, el consumo de cigarrillos explica la mitad de las muertes por cáncer, el 94% de las muertes por cáncer de pulmón, el 82% de las muertes por enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el 35% de las muertes por enfermedad cardiovascular en los hombres de 35-69 años<sup>143</sup>.

Varios estudios efectuados en países de mediano y alto ingreso sugieren que las enfermedades relacionadas al tabaco generan costos considerables y evitables. Estos costos pueden ser gastos directos debidos a las enfermedades relacionadas al tabaco, o costos indirectos a causa de la morbilidad, invalidez y muerte prematura.

Un estudio del Banco Mundial titulado “Los Costos Económicos y los Beneficios de las Inversiones en Tabaco” (*The Economic Costs and Benefits of Investing in Tobacco*), de marzo de 1993, estimó que el consumo de tabaco da como resultado una pérdida global neta de \$200,000 millones de dólares al año, de la cual la mitad ocurre en los países en desarrollo<sup>144</sup>.

En Canadá, se estimó que en 1995 los consumidores de tabaco le costaron a sus empleadores \$2,565 dólares estadounidenses por fumador al año. Esto incluye \$230 dólares por el aumento en el ausentismo, \$2,175 dólares por la disminución de la productividad como resultado del tiempo que utilizan los empleados para salir a fumar, \$75 dólares por el aumento de las primas en los seguros de vida y \$85 dólares por la creación y mantenimiento de áreas para fumar<sup>145</sup>.

Durante el año 2000, en Estados Unidos, los costos médicos anuales relacionados con el consumo de cigarrillos, constituyeron aproximadamente 6-8% de los gastos

---

<sup>143</sup> *Idem*

<sup>144</sup> World Bank, *World Development Report 1993: Investing in Health*, United States, Oxford University Press, 1993, p.52.

<sup>145</sup> The Conference Board of Canada, *Smoking and the bottom line: The costs of smoking in the workplace*, [on line], Canada, January 1997, Direction URL: [http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/tobaccoreduction/publications/workplace/bottom\\_line/refer.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/tobaccoreduction/publications/workplace/bottom_line/refer.htm), [consulted: August 3 of 2006].

personales de salud<sup>146</sup>. Como se describió previamente, este costo incluye los gastos médicos más la pérdida de productividad debida a la morbilidad, invalidez y muerte prematura relacionada al consumo de cigarros.

Con respecto a México, de acuerdo con los datos proporcionados por la Secretaría de Salud, se estima que los costos brutos asociados al tabaquismo se encuentran en el rango de 0.10% y 1.1% del PIB<sup>147</sup>. A través de un estudio económico realizado en 2002, se estima de manera preliminar que este problema representa actualmente un costo aproximado a los 29 mil millones de pesos a nuestro Sistema de Salud, lo que equivale al 0.5% del PIB de México<sup>148</sup>.

Los datos de la Encuesta Nacional de Adicciones 2002, indican que el 26.4% de la población entre 12 y 65 años de edad de área urbana, son fumadores activos, lo que representa casi 13 millones de personas, 55.4% son no fumadores y 18.2% son ex fumadores<sup>149</sup>.

En México, la transición demográfica y el consumo de tabaco son probablemente, los principales factores a los que se atribuye la tasa de mortalidad por cáncer.

De igual forma, la Secretaría de Salud indica que se hizo un análisis de tendencias de mortalidad para cada tipo de cáncer asociado con el tabaco entre 1989 y 1997 y se encontró que la razón de género para las tasas de mortalidad por cáncer de laringe, esófago, cavidad oral y faringe fue de 2.10 hombres por cada mujer, lo cual puede cambiar al ir aumentando el consumo entre mujeres<sup>150</sup>.

En 2004 se realizó un estudio en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

---

<sup>146</sup> Banco Mundial. Organización Panamericana de la Salud. *La epidemia del tabaquismo. Los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco. Publicación científica No 577.*

<sup>147</sup> Javier Montiel Perdomo, "Información sobre costos y tendencias de mortalidad en México relacionados con el Tabaquismo", [en línea], 10 de noviembre de 2006, Dirección URL: <montieljavier@salud.gob.mx>, [consulta realizada el 10 de Noviembre de 2006], archivo del mensaje: ale\_pdeleon@yahoo.com

<sup>148</sup> *Idem*

<sup>149</sup> Secretaría de Salud: Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría, Dirección General de Epidemiología; Instituto Nacional de Geografía y Estadística, *op. cit.*, p.82.

<sup>150</sup> Javier Montiel Perdomo, *op. cit.*

por destacados investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), donde se calculó en México la fracción atribuible al consumo de tabaco para cada enfermedad asociada, misma que se usó para atribuir los costos al tabaco.

Los costos de la atención médica atribuibles al consumo de tabaco en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) corresponden a 7,114 millones para el infarto agudo del miocardio, 3,424 millones para la enfermedad vascular cerebral, 1,469 millones para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y 102 millones para el cáncer pulmonar. El costo total anual para el IMSS por estas cuatro enfermedades, solo una parte de las causadas por el tabaco, asciende a 12,100 millones de pesos. Los costos atribuibles al consumo de tabaco corresponden a 7,100 millones de pesos, lo cual equivale a 4.3% del gasto de operación de la institución en el año 2004<sup>151</sup>.

Además de los costos sanitarios, se reportan datos sobre los costos de incendios ocasionados en el mundo por el uso de tabaco. Para el año 2000, el porcentaje de todas las muertes en incendios ascendió al 10%; el total de los fallecidos en incendios provocados por el uso de tabaco fue de 300,000 personas y el costo total de incendios ocasionados por el uso de tabaco representó 27,000 millones de dólares<sup>152</sup>.

En Estados Unidos el costo de incendios por el uso de tabaco en 2002, provocó el fallecimiento de 520 personas, 1,330 heridos y representó un costo de 371 millones de dólares por daños a las viviendas<sup>153</sup>. En Reino Unido durante 2005 el daño medio ocasionado por un incendio de vivienda fue de 25,300 libras<sup>154</sup>.

---

<sup>151</sup> Luz Myriam Reynales-Shigematsu; Sergio Arturo Juárez-Márquez; Raydel Valdés-Salgado, "Costos de atención médica atribuibles al tabaquismo en el IMSS, Morelos", [en línea], México, *Salud Pública de México*, vol. 47, núm. 6, 2005, Dirección URL: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342005000600010&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342005000600010&lng=es&nrm=iso), [consulta: 10 de octubre de 2006], pp. 451-457.

<sup>152</sup> Judith Mackay; Michael Eriksen; Omar Shafey, *op. cit.*, p.43.

<sup>153</sup> *Idem*

<sup>154</sup> *Idem*

Asimismo, se puede referir la basura que produce el tabaco. En 2003 se recogieron más de 1,6 millones de colillas en y a lo largo de las costas y vías acuáticas del mundo. Del total de basura recogida a lo largo de las costas del mundo, el 34% eran restos de cigarrillos (paquetes y colillas)<sup>155</sup>.

Ya hemos hablado de los grandes costos económicos que desde diversas perspectivas genera el consumo de tabaco; sin embargo, falta mencionar los costos para el fumador más allá de los costos por enfermedad.

El Dr. Bill O'Neill, secretario de la Asociación Médica Británica de Escocia, señaló que "el tabaco empobrece aún más al pobre, le cuesta la salud y el dinero"<sup>156</sup>. La aseveración anterior se comprueba al revisar la comparación que hace el Atlas del Tabaco en algunos países. Dicha comparación, pone por un lado el costo promedio de 20 cigarrillos *Marlboro* o de una marca internacional equivalente en 2004 y por el otro, diversos productos alimenticios. Así tenemos que en Sri Lanka pueden comprarse dos pescados y medio; en Argelia dos litros de leche; cinco a ocho kilogramos de manzanas en Armenia; siete kilogramos de tomates en Jordania y nueve kilogramos de papas en Armenia y Uruguay<sup>157</sup>.

En Estados Unidos, un fumador promedio gasta \$1,600 dólares anuales en cigarrillos. Si esos fondos fueran invertidos en una cuenta de jubilación al 9% de interés durante 30 años, los ahorros obtenidos ascenderían a más de 250,000 dólares<sup>158</sup>.

En otros países como Etiopía y Armenia, que se encuentran en vías de desarrollo, la población fumadora gasta más en tabaco que en otras cosas. Por ejemplo, en Etiopía un paquete de cigarrillos importados cuesta casi cuatro días de salario y en Viet Nam, los fumadores promedio, gastan 3.6 veces más en tabaco que en

---

<sup>155</sup> *Idem*

<sup>156</sup> *Ibid.*, p.44.

<sup>157</sup> *Idem*

<sup>158</sup> *Idem*

educación, 2.5 veces más que en ropa y 1.9 veces más que en atención sanitaria<sup>159</sup>.

Otro aspecto importante es la relación del precio del tabaco con el consumo. La OMS concluye que “por cada 10% de aumento real del precio en forma de impuestos, el consumo de tabaco suele disminuir entre un 2% y un 10%”<sup>160</sup>.

En el Atlas del Tabaco se subraya que entre los factores que afectan el consumo de tabaco, el precio es el más importante. Se considera como se cita arriba, que el incremento de 10% en el precio del cigarro reduce el consumo en aproximadamente 4% en los países ricos y un 8% en los países de ingresos bajos y medios<sup>161</sup>.

El aumento del precio es un elemento disuasivo para el consumo de niños, jóvenes y personas de bajos ingresos. Cuando los cigarros son más caros, este tipo de población, que generalmente es también la más vulnerable, abandona o reduce el consumo de tabaco. Un estudio realizado en Sudáfrica, que compara los precios reales del tabaco y su consumo en ese país de 1961 a 2001, refleja que el consumo baja cuando sube el precio<sup>162</sup>.

Generalmente la industria tabacalera y grupos a favor del consumo de tabaco, señalan que las medidas fiscales y otras que den como resultado el incremento en el precio del producto, favorecen el contrabando. Esto no está comprobado, aunque si se sabe que las ventas y el consumo disminuyen.

---

<sup>159</sup> *Ibid.*, p.45.

<sup>160</sup> Organización Mundial de la Salud, *El período de vida sana puede prolongarse entre cinco y diez años, según la OMS.*

<sup>161</sup> Judith Mackay; Michael Eriksen; Omar Shafey, *op. cit.*, p. 84.

<sup>162</sup> *Idem*

## 4. CONVENIO MARCO PARA EL CONTROL DEL TABACO (CMCT) DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

### 4.1 El papel de la OMS en la promoción de la salud mundial

La Organización Mundial de la Salud, es la agencia especializada del sistema de Naciones Unidas en el tema. Fue creada el 7 de abril de 1948 y de acuerdo con el artículo 1 de su Constitución, tiene como objeto “alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud”<sup>163</sup>, entendiendo por salud, como es señalado en el preámbulo del instrumento citado, como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”<sup>164</sup>.

Esta organización está constituida por 192 Estados Miembros que forman parte de la Asamblea Mundial de la Salud, órgano supremo de la OMS. Este órgano decisorio, se reúne en Ginebra, Suiza, sede de la Organización, cada año en el mes de mayo para discutir y determinar las políticas de la OMS. Asimismo, la Asamblea se encarga del nombramiento del Director General, de supervisar las políticas financieras de la Organización, examina y aprueba el proyecto de presupuesto por programa. La Asamblea estudia los informes del Consejo Ejecutivo, al que instruye sobre los asuntos en que se requiera la adopción de medidas, alguna investigación o informe<sup>165</sup>.

También se conforma por el Consejo Ejecutivo, el cual está integrado por 34 representantes de los países con probadas capacidades técnicas en materia de salud. Los integrantes de este Consejo son elegidos para un mandato de tres años. Dentro de las principales funciones del Consejo Ejecutivo, se encuentra el

---

<sup>163</sup> Organización Mundial de la Salud, *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*, [en línea], Suiza, Dirección URL: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf), [consulta: 13 de mayo de 2007].

<sup>164</sup> *Idem*

<sup>165</sup> Organización Mundial de la Salud, *Gobernanza*, [en línea], Suiza, Dirección URL: <http://www.who.int/governance/es/>, [consulta: 13 de mayo de 2007].

dar efecto a las decisiones y políticas de la Asamblea de la Salud, asesorarla y en general, facilitar su trabajo<sup>166</sup>.

Durante el mes de enero, se realiza la principal reunión del Consejo, en la cual se decide la orden del día para la siguiente Asamblea de la Salud y se adoptan resoluciones para someterlas a dicha Asamblea. Posteriormente, se reúne en mayo, después de la reunión de la Asamblea Mundial de la Salud, para tratar asuntos administrativos<sup>167</sup>.

En el transcurso de la 58ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada del 16 al 25 de mayo de 2005, se eligió a 10 Estados miembros facultados para designar un experto que formaría parte del Consejo Ejecutivo. Los miembros elegidos de acuerdo con las seis regiones de la OMS, fueron: Azerbaiyán, Bután, Irak, Japón, Liberia, Madagascar, México, Namibia, Portugal y Rwanda<sup>168</sup>.

México representa a la región para ser miembro del Consejo por el período 2005-2007. Durante la reunión de coordinación del Grupo de la Región de América (GRUA), celebrada en Ginebra el 16 de mayo de 2005, se eligió a México para completar el grupo de países de la región americana con Bolivia, Brasil, Canadá, Ecuador y Jamaica. El Lic. Mauricio Bailón González, Director General de Relaciones Internacionales de la Secretaría de Salud hasta 2007, fue la persona designada para asistir al Consejo Ejecutivo de la OMS a partir de su 116ª sesión llevada a cabo del 26 al 28 de mayo de 2005. El Sr. Bailón fue designado Relator de dicha sesión<sup>169</sup>.

---

<sup>166</sup> *Idem*

<sup>167</sup> *Idem*

<sup>168</sup> Organización Mundial de la Salud, *Gobernanza. Miembros del Consejo Ejecutivo*, [en línea], Suiza, Dirección URL: [http://www.who.int/governance/eb/eb\\_members/es/index.html](http://www.who.int/governance/eb/eb_members/es/index.html), [consulta: 13 de mayo de 2007].

<sup>169</sup> Misión Permanente de México ante Organismos Internacionales con sede en Ginebra, *116ª Sesión del Consejo Ejecutivo*, [en línea], Suiza, Dirección URL: [http://www.sre.gob.mx/oi/zB04d\\_OMS\\_00.htm](http://www.sre.gob.mx/oi/zB04d_OMS_00.htm), [consulta: 30 de julio de 2005].



La Organización cuenta con seis oficinas regionales; en el caso de América es la Organización Panamericana de la Salud (OPS), cuya oficina sede se encuentra en Washington D.C.

La OMS está dirigida por el Director General, que es designado por la Asamblea de la Salud a propuesta del Consejo Ejecutivo. El Director General actual es la Dra. Margaret Chan, quien asumió el cargo a partir del 9 de noviembre de 2006 y hasta junio de 2012, tras una elección extraordinaria derivada del sensible fallecimiento del Dr. Lee Jong-wook, presidente anterior de la OMS.

La Dra. Margaret Chan, nacional de la República Popular China, es médica por la Universidad Occidental de Ontario, Canadá. A partir de 1978 forma parte del Departamento de Salud de Hong Kong y en 1994, fue nombrada Directora, colaborando en esa posición durante nueve años.

Dentro de sus logros destacan el haber puesto en marcha nuevos servicios para prevenir la propagación de enfermedades y promover la salud, e impulsar nuevas iniciativas para mejorar la vigilancia y respuesta a las enfermedades transmisibles, reforzar la formación de los profesionales de la salud pública y perfeccionar los mecanismos de colaboración local e internacional. Además combatió con eficacia los brotes de gripe aviar y de síndrome respiratorio agudo severo.

A continuación se citan los nombres de los Directores Generales anteriores de la OMS, así como una breve semblanza biográfica-curricular de estos funcionarios<sup>170</sup>:

El Dr. Anders Nordstrom, de nacionalidad sueca, asumió el cargo de Director General interino de la OMS desde el 23 de mayo de 2006 hasta el 3 de enero de 2007. Lo anterior, a raíz del repentino fallecimiento del Dr. Lee Jong-wook.

---

<sup>170</sup> Organización Mundial de la Salud, *Antiguos Directores Generales*, [en línea], Suiza, Dirección URL: <http://www.who.int/dg/former/es/>, [consulta: 20 de mayo de 2007].

Antes de dicho nombramiento, el Dr. Nordstrom ocupaba el cargo de Subdirector General de Administración General, desde julio de 2003. Previo a su trabajo en la OMS, se desarrolló en el campo de la política sanitaria mundial, especialmente en temas relacionados con los sistemas de salud y los recursos humanos.

El Dr. Lee Jong-wook, de Corea del Sur, asumió el cargo de Director General de la OMS el 21 de julio de 2003, siendo elegido por los Estados miembros para tal fin.

Además de su trabajo ante la OMS, se le recuerda como uno de los líderes mundiales de la lucha contra la tuberculosis y las enfermedades infantiles prevenibles mediante vacunación. Falleció el 22 de mayo de 2006.

La Dra. Gro Harlem Brundtland, ciudadana noruega, asumió el cargo de Directora General de la Organización Mundial de la Salud el 21 de julio de 1998, concluyendo su mandato el 21 de julio de 2003.

Dentro de su labor al frente de la OMS, consideró como puntos fundamentales el “asumir el papel de conciencia moral y de autoridad técnica para mejorar la salud de la población del mundo”. Privilegió el papel de la OMS como promotora de sistemas de salud sostenibles y equitativos.

El Dr. Hiroshi Nakajima, japonés, egresado de la Universidad Médica de Tokio, colaboró en la Oficina Regional de la OMS para el Pacífico occidental hasta 1988, cuando fue electo Director General de la Organización Mundial de la Salud.

En 1993, el Dr. Nakajima fue reelegido para un segundo periodo como Director General, aunque para 1997, él mismo anunció que no buscaba otra reelección y que su periodo al frente de la oficina terminaría en julio de 1998.

El Dr. Halfdan T. Mahler de Dinamarca, en 1951, se sumó al equipo de trabajo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y pasó casi diez años en la India como

oficial mayor del programa contra la tuberculosis. A partir de 1962, él era Jefe de la Unidad contra la Tuberculosis en Ginebra hasta 1969, cuando lo designaron Director del Proyecto para Sistemas de Análisis.

En 1970, asume el cargo de Director General Auxiliar de la OMS. En 1973, fue electo Director General. Ocupó esa posición durante dos periodos de cinco años sucesivos hasta 1988. Bajo su mandato se lanzó la estrategia global “Salud para todos para el año 2000”.

El Dr. Marcolino Gomes Candau, brasileño, inició su labor en la OMS en Ginebra, en 1950 como Director de la División de Organización de los Servicios Médicos. En 1952, se trasladó a Washington como Director Auxiliar de la Oficina Sanitaria Panamericana.

En 1953, mientras ocupaba esa posición, lo eligieron como Director General de la OMS. En 1958, 1963 y 1968, el Dr. Candau fue reelegido para dirigir a la Organización Mundial de la Salud hasta 1973.

El Dr. George Brock Chisholm, médico canadiense y el primer Director General de la Organización Mundial de la Salud, colaboró dentro de la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Interina de la OMS, como uno de los 16 expertos internacionales consultados en el bosquejo de la primera constitución de la agencia internacional.

La OMS se convirtió en parte de la Organización de las Naciones Unidas en abril de 1948, y Chisholm como primer Director General de la agencia, pugnó para que se reconociera a nivel internacional la importancia de la salud mental y física de las personas. Rechazando la reelección, ocupó el cargo hasta 1953.

Tras haber descrito la parte administrativa y de organización de esta agencia especializada de Naciones Unidas, es momento de ahondar en el tema del papel de la OMS en la promoción de la salud a nivel global.

Al respecto de lo anterior, es importante indicar que el concepto de salud como un estado completo de bienestar que incluye las esferas física, mental y social de la persona, parece corto ante los nuevos retos que impone la mundialización. En la actualidad, además de la salud individual, es necesario contemplar la salud colectiva y sobre todo entender la dimensión global de este concepto.

De acuerdo con la percepción de la profesora Ilona Kickbush, aún no existe un consenso sobre el concepto de “salud global [sic]”; sin embargo, destaca que tal definición obedece a un nuevo contexto emanado de la conciencia acerca del impacto de la interdependencia que existe entre todas las naciones ante la transferencia de riesgos para la salud y las políticas de respuesta tanto de países como de organizaciones internacionales y otros actores<sup>171</sup>.

Como se expresó, la *salud global* se enfoca en las relaciones de interdependencia que trascienden la división de fronteras nacionales y sectores políticos e incorpora dos aspectos<sup>172</sup>:

1. Los estilos de vida y factores como las nuevas formas de transportación y comunicación que además de reducir distancias, favorecen la transferencia de riesgos para la salud de la población, los cuales no solo se refieren a enfermedades infecciosas, incluyen la contaminación, el uso de sustancias tóxicas y otros productos o servicios no seguros para el consumo.
2. La construcción de la capacidad del mundo en desarrollo para influir en el contexto mundial así como el fortalecimiento de respuestas locales ante los nuevos riesgos sociales, del comportamiento, ambientales o biológicas que pueden influenciar negativamente la salud de las personas (e.g. sida, violencia, bioterrorismo).

---

<sup>171</sup> Ilona Kickbush, *Global Health*, [on line], Switzerland, Fulbright New Century Scholars Program 2001/2002, Direction URL: <http://www.ilonakickbusch.com/global-health/index.shtml>, [consulted: September 11 of 2007].

<sup>172</sup> *Idem*

Estos aspectos dan cuenta de los nuevos retos que se presentan a nivel mundial pero también de la importancia de las respuestas locales para enfrentarlos, dado que la salud es un derecho humano básico y en tal medida la búsqueda del mismo es condicionante para el bienestar y el desarrollo de las personas y los pueblos.

Por ello, la OMS toma en serio la promoción de la salud y muestra claramente su liderazgo en documentos como la Declaración de Alma Ata de 1978, en donde se consigna la importancia de la acción colectiva mundial para proteger y promover la salud de todas las personas<sup>173</sup>.

Dicha Declaración contempla la desigualdad en el estado de salud de las personas y entre la población de países desarrollados y en vías del mismo, calificándola de inaceptable, pero sobre todo, remarca que “implica de manera común a todos los países”<sup>174</sup>.

En virtud de lo anterior, aún cuando existen soluciones técnicas, es decir tratamientos y medicamentos para muchos de los problemas de salud, para cerrar las brechas entre los que pueden acceder a las soluciones y los que no, se requiere del compromiso político y financiero entre países desarrollados tanto como en economías emergentes y en vías de desarrollo. De igual forma, se requiere la reorientación de políticas públicas y estrategias para atender los problemas de salud pública mundial.

Por lo tanto, las respuestas a este reto, deben incrementar la capacidad de todos los actores para que trabajen juntos en la promoción de la salud, la cual, según la Carta de Ottawa de 1986, consiste en “proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para

---

<sup>173</sup> Organización Panamericana de la Salud, *Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*, [en línea], Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas, 6-12 de septiembre de 1978, Dirección URL: [http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm), [consulta 7 de octubre de 2007].

<sup>174</sup> *Idem*

alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente”<sup>175</sup>.

La Carta de Ottawa provee una estrategia integrada para todas las dimensiones de la definición de salud de la OMS y fue emanada de la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud; le siguieron las conferencias efectuadas en: Adelaide, Australia en 1988, Sundsvall, Suecia en 1991, Jakarta, Indonesia en 1997<sup>176</sup>, Ciudad de México en 2000<sup>177</sup> y Bangkok, Tailandia en 2005<sup>178</sup>.

La Resolución 51.2 de la Asamblea Mundial de la Salud, referente al tema de la promoción de la salud, establece que la gente tiene que estar en el centro de las acciones de promoción y en el proceso de toma de decisiones. Así también, reconoce que el acceso a la educación y a la información, son vitales para alcanzar la participación efectiva así como el empoderamiento de la gente y las comunidades.

Esa Resolución, se refiere de igual forma a las obligaciones de los Estados, las cuales son<sup>179</sup>:

- a) Promover la responsabilidad social para la salud;

---

<sup>175</sup> Organización Mundial de la Salud, *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*, [en línea], Canadá, 21 de noviembre de 1986, Dirección URL: <http://www.cepis.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/conf1.pdf>, [consulta: 7 de octubre de 2007].

<sup>176</sup> Organización Mundial de la Salud, Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud *WHA51.12 – Promoción de la Salud*, [en línea], Suiza, 16 de Mayo de 1998, Dirección URL: <http://www.who.int/healthpromotion/wha51-12/en/print.html>, [consulta: 7 de octubre de 2007].

<sup>177</sup> Organización Mundial de la Salud, *Declaración ministerial de México para la Promoción de la Salud*, [en línea], México, 5 de junio de 2000, Dirección URL: <http://who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/statement/en/print.html>, [consulta: 7 de octubre de 2007].

<sup>178</sup> Organización Mundial de la Salud, *Sexta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado*, [en línea], Tailandia, 11 de agosto de 2005, Dirección URL: [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP\\_es.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf), [consulta: 7 de octubre de 2007].

<sup>179</sup> Organización Mundial de la Salud, *Resolución 51.2 de la Asamblea Mundial de la Salud*, [en línea], Suiza, Dirección URL: <http://www.who.int/healthpromotion/wha51-12/en/print.html>, [consulta: 7 de octubre de 2007].

- b) Incrementar las inversiones para el desarrollo en salud;
- c) Consolidar y expandir el apoyo entre los países para mejorar las condiciones de salud;
- d) Incrementar la capacidad de la comunidad y empoderar a los individuos en cuestiones de salud;
- e) Considerar los requerimientos de salud en todas las políticas;
- f) Adoptar métodos basados en la evidencia, en las políticas y la práctica de la promoción de la salud, utilizando metodologías cuantitativas y cualitativas.

La citada Resolución, especifica lo que las organizaciones intergubernamentales, las organizaciones no gubernamentales, las fundaciones, donadores y la comunidad internacional, deben hacer; a saber<sup>180</sup>:

- a) Movilizarse y cooperar;
- b) Formar redes para la promoción de la salud a nivel mundial, regional y local;
- c) Fortalecer la capacidad de la OMS,
- d) Implementar estrategias para la promoción de la salud durante las diversas etapas de la vida, con particular atención en los grupos vulnerables.

De esta forma, aún cuando la promoción de la salud y el desarrollo social son una responsabilidad central de los gobiernos, todos los sectores de la sociedad y a nivel personal, se asume este compromiso compartido.

Si bien, las enfermedades nuevas y re-emergentes han afectado los progresos hechos en materia de salud, también han propiciado el fortalecimiento de los mecanismos de colaboración para la promoción de la salud.

La promoción de la salud en el mundo de hoy, debe buscar romper barreras entre los sectores políticos e incluir a la salud como asunto de seguridad mundial,

---

<sup>180</sup> *Idem*

elemento importante de las relaciones internacionales y parte del desarrollo económico y social de las naciones.

Así también, es importante el desarrollo de redes de apoyo que incorporen al sector privado y actores no gubernamentales, así como de sistemas de salud inclusivos que tomen en cuenta el rol cambiante de los gobiernos que fungían como únicos responsables de la salud de sus gobernados y el de las organizaciones internacionales, especialmente la OMS, cuyo papel rector de la salud en el mundo entero debe ser fortalecido.

A pesar de que las resoluciones de la OMS han mostrado relevancia, la Organización ha tenido problemas al traducir dicha importancia en el presupuesto.

Anteriormente se habló del reto que hoy representa la preservación de la salud a nivel mundial ya no como un asunto donde solo el gobierno es responsable; ahora nos enfrentamos a una responsabilidad de cada individuo; del Estado, entendido como población, territorio y gobierno; de los países en su conjunto; de las organizaciones internacionales, gubernamentales y no gubernamentales; y del sector privado.

Esta concepción obliga al Estado a proporcionar el marco normativo, el ambiente propicio para favorecer la salud de su población, la protección contra riesgos sanitarios, la inversión en sistemas de salud tanto en programas preventivos como en infraestructura, equipo y personal calificado para la atención y el tratamiento, y el acceso a medicamentos como parte de la seguridad social.

Al individuo le corresponde tomar conciencia de su responsabilidad primaria en el proceso de su salud, en la generación y mantenimiento de un entorno saludable para él y su familia, su comunidad, su entorno laboral. Así mismo, es la población, la sociedad civil organizada quien puede exigir que el gobierno cumpla su tarea en el tema de salud como en muchos otros.



El mundo entero, los Estados en su conjunto con el apoyo de la OMS como organismo rector de la salud mundial, deben trabajar de la mano precisamente para evitar que la transferencia de riesgos para la salud afecte a la población mundial.

Hoy en día podemos ver como la rápida respuesta de los sistemas de salud puede evitar la mayor propagación de virus como la gripe aviar; asimismo, una respuesta ineficaz o mal coordinada, podría traer consecuencias fatales para todos.

De ahí, la importancia y la necesidad de actuar de manera conjunta en cuestiones de salud, favoreciendo el papel rector de la OMS en el tema. Específicamente dentro del asunto que nos ocupa, puede verse la acción de la Organización Mundial de la Salud para amalgamar los esfuerzos de las naciones con el objeto de controlar y disminuir el avance del tabaquismo en el mundo.

Mucho se ha escrito sobre la trascendencia del Convenio Marco para el Control del Tabaco como el primer tratado de salud pública mundial, lo cual *per se* representa un gran logro de la comunidad internacional; sin embargo, además no debe perderse de vista que es resultado de la labor de muchas personas durante varios años, que fue impulsado en primer instancia por la evidencia científica que deja claro los daños a la salud que provoca el consumo del tabaco y la exposición al humo del mismo. En segundo término, la demostración acerca de los daños económicos causados a los sistemas de salud, al bolsillo de las personas y a las empresas a quienes afecta la pérdida de productividad y los años de vida saludables de quienes enferman y mueren por causas relacionadas al consumo de tabaco.

El tabaquismo, literalmente, produce un cáncer que acaba a las personas y a las naciones de forma lenta y silenciosa, por lo cual, celebramos que la OMS tome en este tema el papel que le corresponde para proteger la salud de las personas del mundo mediante el establecimiento de normas mínimas para el control del tabaco.

## 4.2 Antecedentes y proceso de negociación

Desde los inicios de la discusión, el proceso de negociación y la puesta en marcha del Convenio Marco para el Control del Tabaco, estas acciones se han considerado como un hito en la historia de la Salud Pública internacional. Este Convenio representa el primer acuerdo que busca regular en el mundo entero un producto cuyo consumo y la exposición al humo provocado por la combustión del mismo, han demostrado ser perjudiciales para la salud de las personas.

Como señala Eduardo Jaramillo, el CMCT representa “la primera ocasión en la que se hace patente el poder que tienen las naciones en su conjunto, a través de la acción colectiva, para luchar contra una amenaza global como lo es la epidemia del tabaquismo”<sup>181</sup>.

Los antecedentes de este tratado, se remontan a mayo de 1995 cuando la Asamblea General de la OMS, adoptó la resolución WHA48.11, en la que se solicita al Director General que informara en la siguiente reunión de la propia Asamblea, acerca de la viabilidad de desarrollar un acuerdo internacional en materia de control de tabaco<sup>182</sup>.

El estudio correspondiente fue presentado durante la 97<sup>o</sup> Reunión del Consejo Ejecutivo, cuyos miembros adoptaron la resolución EB97.R8 para la elaboración de un “Convenio Marco Internacional para la Lucha Antitabáquica”<sup>183</sup>.

La 49<sup>o</sup> Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA49.17, relacionada con el citado convenio, solicitando al Director General que se iniciara la redacción de ese acuerdo<sup>184</sup>.

---

<sup>181</sup> Eduardo Jaramillo Navarrete, *Los bienes públicos globales. Definición y políticas para su implantación: El Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud. El caso de México*. Tesis presentada para obtener el grado de Doctor en Ciencias Políticas y Sociales con orientación en Ciencias Políticas en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2005, p.118.

<sup>182</sup> *Ibid.*, p.119.

<sup>183</sup> *Idem*

En la 52ª Asamblea Mundial de la Salud, realizada en mayo de 1999, este órgano estableció dos grupos para la redacción del CMCT, el primero se avocaría al trabajo técnico y la integración de información en cuanto a los aspectos médicos, epidemiológicos, y el segundo, el Órgano de Negociación Intergubernamental (ONI) sería el responsable de redactar y negociar el proyecto del Convenio<sup>185</sup>.

En este punto, resulta pertinente apuntar que este documento refleja en cierta medida la experiencia del Dr. Eduardo Jaramillo, tutor y asesor en este trabajo, que en su carácter de Director General de Asuntos Internacionales de la Secretaría de Salud, durante los años 1999 a 2002, y posteriormente como Coordinador de la Delegación Mexicana como Director General de Cooperación y Difusión en Adicciones y Salud Mental (2003), vivió de cerca este proceso, siendo pieza clave de la participación de México en el desarrollo de este acuerdo internacional.

Retomando el curso de esta investigación, se apunta que el mecanismo designado para la redacción del Convenio Marco contra el Tabaquismo, fomentó la negociación multilateral puesto que tanto el grupo de trabajo como el ONI quedaron abiertos a la participación de los países miembros y las organizaciones de integración económica regional.

Como subraya el Dr. Jaramillo, “antes de que el ONI iniciara la consulta a los Estados Miembros, se llevó a cabo una consulta pública”<sup>186</sup>. La convocatoria incluía a diversos actores de la comunidad de la salud pública, grupos de agricultores y a la industria tabacalera.

La 1ª Reunión del ONI, celebrada en octubre de 2000, eligió como presidente al Embajador de Brasil, Celso Amorin y se encargó de la redacción del primer

---

<sup>184</sup> *Idem*

<sup>185</sup> *Ibid.*, p. 121.

<sup>186</sup> *Idem*

borrador del CMCT que fue presentado en la 107<sup>o</sup> Reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS<sup>187</sup>.

La 2<sup>a</sup> Reunión del ONI, fue efectuada del 30 de abril al 5 de mayo de 2001 y a partir de este momento, se realizaron reuniones de carácter regional para que posteriormente los co-presidentes de los grupos regionales fusionaran su documento con el texto del presidente. En el Grupo Latinoamericano (GRULAC), resaltó el trabajo y compromiso de Brasil, Cuba y México<sup>188</sup>.

En la 3<sup>a</sup> Reunión del ONI, se tuvo como resultado el documento base para la discusión de la 4<sup>a</sup>. Reunión, celebrada del 18 al 23 de marzo de 2002, cuando el Emb. Seixas Correa, también de Brasil, sustituyó al Emb. Amorin y se encargó de preparar el documento que sería discutido en la 5<sup>a</sup> Reunión del ONI (14-25 de octubre de 2002)<sup>189</sup>.

A partir de su lectura en sesión plenaria, se concluyó la formación de grupos de composición abierta, a saber<sup>190</sup>:

1. Publicidad, promoción y patrocinio
2. Recursos financieros
3. Comercio Ilícito
4. Responsabilidad e indemnización
5. Empaquetado y etiquetado
6. Comercio y salud

Finalmente, el 15 de enero de 2003 se presentó el texto revisado del CMCT<sup>191</sup>. La 6<sup>a</sup> Reunión de ONI, fue el escenario para que los representantes de los gobiernos pudiesen ratificar su compromiso para el control del tabaco.

---

<sup>187</sup> *Ibid.*, p.122.

<sup>188</sup> *Idem*

<sup>189</sup> *Idem*

<sup>190</sup> *Ibid.*, p.123.

<sup>191</sup> *Idem*

Nuestro país participó activamente en las seis rondas de negociación del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT), en donde la Dra. Gro Harlem Brudtland, ex Directora General de la OMS, por el periodo de 1998 a 2003, desempeñó un papel fundamental al incluir el tabaco como una de sus prioridades en la agenda de salud, iniciando así la primera actividad legislativa de esa Organización y específicamente, a través de la “Iniciativa Liberarse el Tabaco”<sup>192</sup>.

La Organización Mundial de la Salud, como órgano rector de la salud pública mundial y los países miembros, preocupados por las consecuencias dañinas en la salud de las personas que son provocadas por consumo de tabaco en todas sus formas así como la exposición voluntaria o involuntaria al humo del mismo, iniciaron estudios para desarrollar este acuerdo que ahora sirve como marco para todos los países en materia de control del tabaco.

En el contexto de la 56a Asamblea Mundial de la Salud, los 192 miembros de la OMS adoptaron el 21 de mayo del 2003 por unanimidad, el CMCT. Para su entrada en vigor eran necesarias 40 ratificaciones. México lo firmó en Nueva York el 12 de agosto de 2003 y lo ratificó el 28 de mayo de 2004, siendo el primer país latinoamericano en haber cumplido con todas las etapas<sup>193</sup>.

En el caso de nuestro país, por instrucciones del Presidente de la República, a partir del día 19 de noviembre del 2004 se reunió el Grupo Intersectorial para Seguimiento del Convenio Marco, cuyo objeto es dar seguimiento a los avances de ese instrumento internacional en el país. El grupo se encuentra constituido por representantes de las Secretarías de Economía, Hacienda y Crédito Público, Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación, Educación Pública y Salud, a través de los Institutos Nacionales de Cancerología y de Enfermedades

---

<sup>192</sup> *Idem*

<sup>193</sup> *Idem*

Respiratorias, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios y el Consejo Nacional contra las Adicciones, instancia que lo coordina<sup>194</sup>.

Desde esa fecha hasta el presente se han llevado a cabo diversas reuniones, en las que se han definido importantes acciones; destacan entre ellas, plantear otras estrategias para aumentar el control de productos de tabaco, aumentar los recursos para clínicas para dejar de fumar, analizar el proceso productivo con el fin de desincentivar el cultivo de tabaco; realizar una investigación referente a los antecedentes de utilización del tabaco como plaguicida, plantear estrategias para la reconversión de cultivo de tabaco, realizar una Reunión Nacional de Clínicas para Dejar de Fumar, la cual ya fue llevada a cabo del 27 al 29 de septiembre de 2006; además de garantizar la motivación para la educación, concientización, realización de campañas y denuncia, desarrollar el proceso para definir sanciones en el Reglamento sobre Consumo de Tabaco, realizar un análisis jurídico sobre el término “Light” en el país y desarrollar operativos con la autoridad sanitaria para desalentar la venta de tabaco a menores<sup>195</sup>.

Cabe señalar nuevamente que la entrada en vigor del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) es un momento histórico para la salud pública, toda vez que el tabaquismo es una de las principales causas de muerte en el mundo.

El CMCT entró en vigor el día 27 de febrero de 2005 luego que fue ratificado por más de 40 naciones, entre ellas México. En el momento de su entrada en vigor, había 57 Estados Parte del Convenio y 168 países lo habían firmado. Al 31 de agosto de 2005, un total de 76 países habían pasado a ser Parte en el Convenio<sup>196</sup>.

---

<sup>194</sup> *Ibid.*, p.124.

<sup>195</sup> Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, *Minutario del Grupo Intersectorial*, Documento no publicado, México, 2006.

<sup>196</sup> World Health Organization, *Updated status of the WHO Framework Convention on Tobacco Control*, [on line], Switzerland, August 31 of 2005, Direction URL: <http://www.who.int/tobacco/framework/countrylist/en/index.html>, [consulted: April 3 of 2007].

En febrero de 2006 tuvo lugar en Ginebra, Suiza, la primera reunión de la Conferencia de las Partes para supervisar la aplicación del Convenio.

#### **4.3 Primera Conferencia de las Partes**

Cabe señalar que quien escribe, tuvo la oportunidad de participar en la primera reunión de la Conferencia de las Partes (COP1) del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco y que mucho de lo que aquí se plasma, fue tomado de las notas realizadas durante la reunión.

Este encuentro se celebró del 6 al 17 de febrero de 2006 en Ginebra, Suiza, bajo la presidencia del Embajador de Chile Juan Martabit.

El Reglamento Interior y el Reglamento Financiero de la COP, fueron adoptados por consenso. De igual forma se determinaron plazos y planes de trabajo para la elaboración de directrices sobre la aplicación de los artículos 8 al 13 del Convenio Marco, relativos a la protección contra la exposición al humo de tabaco; la reglamentación del contenido de los productos del tabaco; la reglamentación de la divulgación de información sobre los productos de tabaco; el empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco; la educación, comunicación, formación y concientización del público; y la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco.

La Conferencia también inició la elaboración de protocolos sobre publicidad transfronteriza, promoción, patrocinio y sobre comercio ilícito de productos de tabaco y comunicó que se convocaría a grupos de expertos para que elaboren los modelos de dichos protocolos.

Durante la Primera Reunión se adoptó provisionalmente un proyecto de instrumento de presentación de informes para que las Partes puedan cumplir sus obligaciones a ese respecto en la Segunda Reunión de la Conferencia de las Partes.

La Conferencia de las Partes decidió establecer una Secretaría del Convenio, integrada en la OMS y con sede en Ginebra. La Secretaría del Convenio será responsable ante la Conferencia de las Partes, e informará a ésta, de las actividades técnicas y del tratado; además, será responsable ante el Director General de la OMS, rendirá cuentas a éste, de los asuntos administrativos, de gestión del personal y de las actividades técnicas según convenga.

La Conferencia adoptó por consenso el presupuesto y el plan de trabajo de la Secretaría del Convenio para el ejercicio 2006-2007. El presupuesto fue financiado de acuerdo con un plan de contribuciones de carácter voluntario de las Partes en el Convenio. Específicamente, las contribuciones fueron determinadas conforme a la tasa de contribución de los países miembros de la OMS, la cual fue previamente aceptada. Sin embargo, dado que el texto del Convenio Marco no prevé la obligación de que las Partes Contratantes paguen una contribución, todas las aportaciones deben ser voluntarias.

En tanto, en referencia a las reuniones posteriores a la COP1, las cuales pretenden dar seguimiento a los acuerdos emanados de la misma, se realizó la Primera Reunión entre la Secretaría Interina del Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud, la Iniciativa Liberarse del Tabaco (TFI) y las Partes Contratantes que se han ofrecido a colaborar en la redacción de directrices para aplicar el Artículo 8 del Convenio, realizada en Dublín, Irlanda, a principios de noviembre de 2006.

Como su nombre lo indica, la reunión giró en torno al desarrollo de directrices del Artículo 8, el cual se refiere a la protección de los no fumadores. En tal sentido, la presentación de México giró en torno a la implementación de las disposiciones de dicho artículo en nuestro país. De la misma manera, el Dr. Cristóbal Ruiz Gaytán López, Secretario Técnico del CONADIC en ese momento, participó en el debate



sobre la redacción idónea del proyecto de directrices, que sería presentada ante la Segunda Conferencia de las Partes (COP2).

Entre los puntos principales del proyecto, destacan los siguientes<sup>197</sup>:

- a) Con el propósito de proteger la salud pública se necesitan leyes que impongan como obligatorios los entornos sin humo, no políticas de medidas voluntarias;
- b) La legislación debe ser simple, clara y exhaustiva, y se ha de poder vigilar su cumplimiento;
- c) Es fundamental prever la oposición que ejercerá la industria tabacalera, a menudo a través de terceros, y responder a ella;
- d) La participación de la sociedad civil es crucial para conseguir una legislación efectiva;
- e) La educación y las consultas son necesarias para que la aplicación transcurra sin problemas;
- f) Debe existir un plan de aplicación de las leyes y de vigilancia de su cumplimiento, y una infraestructura coercitiva que garantice que se cumpla;
- g) Hay que seguir de cerca la implantación de los entornos sin humo, y a ser posible medir sus repercusiones y documentar las experiencias.

De igual forma, los días 26, 27 y 28 de octubre de 2006, en la ciudad de Ottawa Canadá, se llevó a cabo la 3ª Reunión de Facilitadores, el Secretariado interino y algunos países (México, Gran Bretaña, Brasil, Finlandia) que ofrecieron colaborar en la elaboración de guías para la implementación de los artículos 9 y 10 del Convenio Marco para el Control del Tabaco (contenidos y emisiones de productos de tabaco) y Organizaciones de la Sociedad Civil (OSCs).

---

<sup>197</sup> Gemma Vestal, "Draft Guidelines for Article 8 of the WHO FCTC", [en línea], 7 de febrero de 2007, Dirección URL: <[vestalg@who.int](mailto:vestalg@who.int)>, [consulta realizada el 26 de Febrero de 2007], archivo del mensaje: [alejandra1109@yahoo.com](mailto:alejandra1109@yahoo.com)

Por parte del Consejo Nacional contra las Adicciones y con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud, acudió el Dr. José Ángel Prado quien participó tanto en las plenarias como en los talleres programados.

Al finalizar la reunión se llegó a los siguientes acuerdos<sup>198</sup>:

- a) No se elaborarán aún guías para la implementación de los artículos en cuestión, sino un reporte de avance del grupo constituido; lo anterior, debido a que aún no se cuenta con una metodología estandarizada a nivel internacional mejor que la que en la actualidad existe (ISO126).
- b) Se pretende estandarizar la metodología Massachussets o la que opera en Canadá para lo cual se debe contar con por lo menos ocho laboratorios a nivel internacional a los que apoyaría el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos.
- c) Faltan laboratorios en América Central y América del Sur, Asia y África, actualmente Brasil se encuentra desarrollando uno.
- d) Los expertos se ocuparán por el momento, sólo de cigarros y posteriormente sobre otros productos de tabaco.
- e) Se trabajó fundamentalmente con definiciones y aún no se discutirán límites máximos de emisiones o contenidos ya que esto puede confundir a la población.
- f) Se discutiría en la siguiente reunión de la Conferencia de las Partes.

---

<sup>198</sup> Ángel Prado García, "Información sobre la Reunión de Seguimiento del Convenio Marco para el Control del Tabaco", [en línea], 10 de noviembre de 2006, Dirección URL: <[jap88mx@yahoo.com](mailto:jap88mx@yahoo.com)>, [consulta: 29 de Noviembre de 2006], archivo del mensaje: ale\_pdeleon@yahoo.com

#### 4.4 Segunda Conferencia de la Partes

Como se informó, la Segunda Reunión de la Conferencia de las Partes dio continuidad a los trabajos y acuerdos establecidos en la Primera Reunión, adoptando las siguientes decisiones<sup>199</sup>:

- a) Adopción de directrices para la aplicación del Artículo 8: Protección contra la exposición al humo de tabaco, elaboradas por el grupo de trabajo convocado para desarrollarlas.
- b) Para apoyar las directrices citadas anteriormente, se elaboró también la “Declaración de principios y definiciones pertinentes que subyacen a la protección contra la exposición al humo de tabaco”, dichos principios buscan brindar orientación para la aplicación del Artículo 8 del Convenio y a continuación se describen:

**Principio 1.** La aplicación de las medidas eficaces de protección contra la exposición al humo de tabaco, previstas en el Artículo 8 del Convenio Marco de la OMS, comporta [sic] la abstención total del acto de fumar y la completa eliminación del humo de tabaco en un espacio o ambiente determinado a fin de lograr un entorno absolutamente libre de humo de tabaco.

No existe un nivel inocuo de exposición al humo de tabaco, y hay que rechazar conceptos tales como el valor de umbral para la toxicidad del humo ajeno, puesto que los datos científicos no los corroboran.

Se ha demostrado en repetidas ocasiones la ineficacia de las soluciones que se apartan del objetivo de lograr entornos completamente libres de tabaco, entre ellas la ventilación, la filtración de aire y el uso de zonas destinadas a los fumadores

---

<sup>199</sup> Organización Mundial de la Salud, *Conferencia de las Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Segunda Reunión. A/FCTC/COP/2/DIV/9*, [en línea], Tailandia, 20 de septiembre de 2007, Dirección URL: [http://www.who.int/gb/fctc/PDF/cop2/FCTC\\_COP2\\_DIV9-sp.pdf](http://www.who.int/gb/fctc/PDF/cop2/FCTC_COP2_DIV9-sp.pdf), [consulta: 7 de octubre de 2007].

(tanto con sistemas de ventilación independientes como sin ellos), y existen datos científicos y de otra índole que demuestran de forma concluyente que los métodos basados en soluciones técnicas no protegen contra la exposición al humo de tabaco.

**Principio 2.** Todas las personas deben estar protegidas contra la exposición al humo de tabaco. Todos los lugares de trabajo interiores y lugares públicos cerrados deben estar libres de tabaco.

**Principio 3.** Se necesita una legislación que proteja a las personas contra la exposición al humo de tabaco. Se ha demostrado en repetidas ocasiones que la adopción voluntaria de políticas encaminadas al logro de entornos sin tabaco es ineficaz y no ofrece una protección adecuada. Para ser eficaz, la legislación debe ser simple, clara y de obligado cumplimiento.

**Principio 4.** Una buena planificación y recursos adecuados son esenciales para la aplicación y observancia satisfactorias de una legislación que propicie entornos libres de humo de tabaco.

**Principio 5.** La sociedad civil tiene un papel decisivo a la hora de apoyar y asegurar el cumplimiento de las medidas encaminadas a lograr entornos sin tabaco, y debe participar como asociado activo en el proceso de elaboración, aplicación y observancia de la legislación.

**Principio 6.** Es preciso vigilar y evaluar la aplicación, la observancia y las repercusiones de una legislación que propicie entornos sin tabaco. Esto debe incluir la vigilancia y respuesta a las actividades de la industria tabacalera que socavan la aplicación y la observancia de la legislación, como se prevé en el Artículo 20.4 del Convenio Marco de la OMS.

**Principio 7.** En caso necesario, hay que fortalecer y ampliar la protección de las personas contra la exposición al humo de tabaco; tales medidas pueden incluir la promulgación de nuevas leyes o la modificación de las vigentes, la mejora de la observancia y otras medidas que reflejen los nuevos datos científicos y las experiencias extraídas del estudio de casos.

Cabe resaltar el señalamiento de la COP con respecto a los términos: humo de tabaco ajeno o humo de tabaco ambiental para describir el tipo de humo mencionado en el Artículo 8 del CMCT, debiendo evitar el uso de términos como tabaquismo pasivo y exposición involuntaria al humo de tabaco, ya que estos dan lugar a la idea de que la exposición voluntaria es aceptable.

Indica también que se entenderá como fumar, el hecho de estar en posesión de un producto de tabaco encendido. Lugares públicos son lugares accesibles al público en general, o lugares de uso colectivo, independientemente de quien sea su propietario o del derecho de acceso a los mismos; lugar interior o cerrado, se considera todo espacio cubierto por un techo o cerrado entre una o más paredes o muros, independientemente del material utilizado para el techo, las paredes o los muros, y de que la estructura sea permanente o temporal.

Se protegerá también a las personas en su lugar de trabajo, el cual debe definirse como todo lugar utilizado por las personas durante su empleo o trabajo con tal amplitud que abarque no solamente el trabajo remunerado, sino también el trabajo voluntario, considerando también los lugares de trabajo que al mismo tiempo son viviendas o lugares de residencia de determinadas personas.

Las definiciones incluyen el transporte público, el cual comprende todo vehículo utilizado para transportar al público, con fines comerciales o para obtener una remuneración, abarcando los taxis.

Estas directrices apoyan a los Estados para cumplir con la obligación de brindar protección universal en el plazo de cinco años contados a partir de la fecha de entrada en vigor del Convenio Marco de la OMS para cada Parte.

Las directrices enfatizan la observancia de la ley para lo cual se requiere imponer responsabilidades legales con respecto al cumplimiento tanto por los establecimientos mercantiles como por los fumadores, previendo sanciones para las infracciones, que se aplicarán a los establecimientos y, en su caso, a los fumadores.

La movilización y la participación de la comunidad son importantes para vigilar el cumplimiento, y además reduce las necesidades de recursos destinados a esta labor.

La Conferencia de las Partes, decidió establecer un grupo de trabajo encargado de elaborar un proyecto de directrices para la aplicación de las disposiciones nacionales y transfronterizas sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco, contenidas en el Artículo 13 del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco; así como presentar recomendaciones para la elaboración de un protocolo sobre estos temas, para la consideración por la Conferencia de las Partes en su tercera reunión.

La Conferencia de las Partes, determinó otorgar a la Secretaría del Convenio, con apoyo técnico de la iniciativa de la OMS Liberarse del Tabaco y asesoramiento del grupo conformado para tal fin, el mandato de revisar el formato del formulario para presentar informes para mejorar el intercambio de información.

Se acordó pedir a la Secretaría del Convenio que busque activamente contribuciones extrapresupuestarias de las Partes y otros donantes internacionales, para ayudar a las Partes que lo requieran a realizar evaluaciones

de necesidades y desarrollar propuestas de proyectos y programas de asistencia financiera de todas las fuentes de financiamiento disponibles.

Se adoptó el presupuesto y se estableció el plan de trabajo para 2008-2009.

Con respecto a la elaboración de un protocolo sobre comercio ilícito de productos de tabaco, se consideró apropiado que el Órgano de Negociación Intergubernamental (ONI), celebre su primera reunión en Ginebra a principios de 2008, la cual se realizó del 11 al 16 de febrero de 2008.

El “Grupo de estudio sobre alternativas económicamente sostenibles al cultivo de tabaco”, proseguirá su labor y presentará un informe a la Conferencia de las Partes en su tercera reunión; el cual se basará en las pruebas científicas sobre el cultivo de tabaco.

Sobre la elaboración de directrices para la aplicación de los Artículos 5.3, 9 y 10, 11, 12 y 14, se decidió con respecto al Artículo 5.3, establecer un grupo de trabajo que elabore directrices para la aplicación de este punto; en referencia a los Artículos 9 y 10, se solicitará al grupo de trabajo establecido que presente a la Conferencia de las Partes (COP) en su tercera reunión un informe sobre los progresos realizados.

Para los artículos 11 y 12, la COP decidió establecer un grupo de trabajo que elabore directrices sobre la aplicación de los mismos. Para avanzar en el artículo 14, se pedirá a la Secretaria del Convenio que elabore, un primer informe sobre dependencia y abandono del tabaco, para su presentación a la Conferencia de las Partes en su tercera reunión, teniendo como colaboradores a México y Uruguay.

La COP, decidió que su tercera reunión se celebraría en Sudáfrica en el último trimestre de 2008.

## **5. POLÍTICA NACIONAL CONTRA EL TABAQUISMO**

### **5.1. Legislación y definición de competencias en materia de regulación del tabaco en México**

En este capítulo se describe la respuesta del gobierno mexicano para el control del tabaco, la cual se basa en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que consagra en su Artículo 4º la garantía de la protección a la salud.

A partir de tal mandato, la Ley General de Salud (publicada en el Diario Oficial de la Federación DOF, el 7 de febrero de 1984, última reforma 12 de enero de 2006), en su Título décimo primero, sobre los Programas contra las Adicciones, dentro del Artículo 184 Bis, establece que<sup>200</sup>:

Se crea el Consejo Nacional Contra las Adicciones, el cual, tendrá por objeto promover y apoyar las acciones de los sectores público, social y privado tendientes a la prevención y combate de los problemas de salud pública causados por las adicciones [...], así como proponer y evaluar los programas [contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas, contra el Tabaquismo y contra la Farmacodependencia. Así mismo, indica que] dicho Consejo estará integrado por el Secretario de Salud, quien lo presidirá, por los titulares de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal cuyas atribuciones tengan relación con el objeto del Consejo y por representantes de organizaciones sociales y privadas relacionadas con la salud.

El Secretario de Salud podrá invitar, cuando lo estime conveniente, a los titulares de los gobiernos de las entidades federativas a asistir a las sesiones del Consejo. La organización y funcionamiento del Consejo se regirán por las disposiciones que expida el Ejecutivo Federal.

---

<sup>200</sup> *Ley General de Salud*, [en línea], México, 1 de julio de 1984, Dirección URL: <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/tcfed/169.htm?s=>, [consulta: 4 de noviembre de 2007].



Es así que en nuestro país se ha establecido un marco normativo que busca proteger a los mexicanos de las consecuencias negativas del tabaco. Desde 1986, el sector salud cuenta con un programa de acción específico para el tema del tabaquismo, el cual ha sido actualizado en 1992 y en el año 2000<sup>201</sup>.

De acuerdo con el Programa de Acción de Adicciones: Tabaquismo, vigente para el periodo 2001-2006, “el marco legal donde se inscribe [dicho programa,] se deriva de la Ley General de Salud, del Programa Nacional de Salud 2001-2006, de los Reglamentos de Control Sanitario de Productos y Servicios (9 de agosto de 1999), de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad (4 de mayo de 2000) y Reglamento sobre Consumo de Tabaco (julio 2000) y de las Normas Oficiales Mexicanas 168-SSA1-1998 del Expediente Clínico (30 de septiembre de 1999) y la 028-SSA2-1999 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones”<sup>202</sup>.

Como se describió, la Secretaría de Salud se encarga a través del Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) de promover y proteger la salud de los mexicanos en materia de prevención y tratamiento de las adicciones, para lo cual, se sirve de un Secretariado Técnico.

De acuerdo con el Artículo 33 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud en el que se apuntan las atribuciones del Secretariado Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones, le corresponde proponer al Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, el contenido de la política y estrategias nacionales en materia de atención a los problemas de adicciones; elaborar y participar en la instrumentación de los programas específicos de prevención, tratamiento y control de las adicciones; llevar a cabo la planeación, supervisión y evaluación de los servicios de atención de las adicciones, mediante el establecimiento y desarrollo

---

<sup>201</sup> Secretaría de Salud: Consejo Nacional contra las Adicciones, *Programa de Acción: Adicciones Tabaquismo*, [en línea], México, 2001, Dirección URL: [http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/programas/tabac\\_present.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/programas/tabac_present.pdf), [consulta: 4 de noviembre de 2007], p.13.

<sup>202</sup> *Idem*

de modelos de organización y operación de servicios en los diferentes niveles de atención<sup>203</sup>.

Así también, le atañe elaborar y expedir normas oficiales mexicanas en materia de prevención, tratamiento y control de las adicciones, formular respuestas a los comentarios recibidos en torno a los proyectos de dichas normas, así como vigilar su cumplimiento; plantear reformas a las disposiciones legales sobre la producción, comercialización y consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y otras sustancias psicoactivas, en coordinación con las unidades administrativas competentes<sup>204</sup>.

En materia de vinculación, deberá propiciar la celebración de convenios y acuerdos de coordinación con los gobiernos de las entidades federativas y municipios, para impulsar su apoyo y participación en el desarrollo de las acciones para prevenir las adicciones; promueve mecanismos para fomentar la participación de la sociedad civil y, en lo general de la comunidad, así como de los sectores público y privado en las acciones en materia de adicciones<sup>205</sup>.

En este mismo sentido, colabora con la Dirección General de Relaciones Internacionales en el seguimiento de los compromisos de carácter internacional que los Estados Unidos Mexicanos hayan suscrito en relación con la materia de su competencia, y fomenta la cooperación y la coordinación técnica de las instituciones y organizaciones nacionales con agencias e instituciones regionales e internacionales en relación con las adicciones con la colaboración de las demás unidades administrativas correspondientes<sup>206</sup>.

Con respecto a cuestiones de investigación, divulga los diagnósticos sobre la situación prevaleciente relacionada con el uso y abuso de sustancias psicoactivas;

---

<sup>203</sup> Secretaría de Salud, *Artículo 33 del Reglamento Interior. Atribuciones del Secretariado Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones*, [en línea], México, 4 de julio de 2007, Dirección URL: <http://www.conadic.salud.gob.mx/interior/atrib.html>, [consulta: 3 de septiembre de 2007].

<sup>204</sup> *Idem*

<sup>205</sup> *Idem*

<sup>206</sup> *Idem*

fija criterios, promueve y coordina investigaciones y desarrollo tecnológico en relación con las adicciones, en coordinación con las demás unidades administrativas correspondientes<sup>207</sup>.

De la misma forma, instrumenta y coordina un sistema estadístico nacional sobre adicciones que apoya el diagnóstico acerca del uso y abuso de sustancias psicoactivas, la atención preventiva y de rehabilitación de los adictos; colabora en el ámbito de su competencia, en la definición y desarrollo del Sistema de Protección Social en Salud, por lo que se refiere a los Servicios de Salud a la Comunidad, en coordinación con las unidades administrativas competentes; establece las especificaciones técnicas del equipo e insumos que se utilizan en los programas a su cargo; propone o define, según sea el caso, los mecanismos que permitan el control en el suministro y distribución oportuna, suficiente y de calidad de los insumos utilizados en los programas a su cargo<sup>208</sup>.

El Secretariado Técnico del CONADIC, también participa en la definición, instrumentación, supervisión y evaluación de las estrategias y contenidos técnicos de los materiales de comunicación social en el ámbito de adicciones, así como de los materiales didácticos y metodologías que se utilizan para la capacitación, actualización y desarrollo humano del personal que opera los programas a su cargo, en coordinación con las unidades administrativas competentes<sup>209</sup>.

En relación a la normatividad, habrá de colaborar en la definición de los requerimientos para la acreditación de unidades prestadoras de servicios de atención de adicciones inscritos en el Sistema de Protección Social en Salud; promover la certificación de las unidades de atención de las adicciones de los sectores público, social y privado del país; certificar el desempeño de las localidades, jurisdicciones sanitarias, entidades federativas, regiones, comunidades o establecimientos, según sea el caso, en relación con los

---

<sup>207</sup> *Idem*

<sup>208</sup> *Idem*

<sup>209</sup> *Idem*

programas del ámbito de su competencia, e imponer sanciones y aplicar medidas de seguridad en la esfera de su competencia<sup>210</sup>.

Como instancia rectora del tema de la prevención y tratamiento de las adicciones en México, CONADIC se encarga de coordinar, supervisar y evaluar la calidad de la prestación de los servicios en materia de adicciones; emitir los lineamientos y procedimientos técnicos para la organización, programación y presupuestación relacionados con los programas a su cargo; definir criterios para la evaluación operativa en las entidades federativas de los programas en la materia de su competencia; coadyuvar en la operación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en relación con la información vinculada a las adicciones supervisar y evaluar la información generada por los sistemas institucionales de información y de investigación en salud, relacionada con las actividades de los programas a su cargo<sup>211</sup>.

De manera específica, el CONADIC coordina las acciones entre los sectores público, social y privado, para reducir el consumo de tabaco y la exposición involuntaria a la combustión de sus productos, además de lo propio en cuanto al uso indebido del alcohol y las drogas ilegales. En el caso del tabaco, estos importantes objetivos, se encuentran plasmados en el Programa Nacional contra el Tabaquismo 2001-2006, cuyos ejes fundamentales son<sup>212</sup>:

- a) Lograr que menos personas inicien en el fumar
- b) Lograr que los que fuman abandonen más temprano esta dependencia
- c) Mejorar los servicios de tratamiento para quienes desean dejar de fumar
- d) Proteger a los no fumadores de la exposición al humo del tabaco

Para lograr las metas derivadas de estos ejes rectores se aplica el “Programa de Acción contra el Tabaquismo 2001-2006” en el plano nacional, a través de los 32

---

<sup>210</sup> *Idem*

<sup>211</sup> *Idem*

<sup>212</sup> Secretaría de Salud, *Programa de Acción: Adicciones Tabaquismo*, p.58.

Consejos Estatales contra las Adicciones (CECAS). Las vertientes del programa se refieren a tareas de prevención, como información, orientación, comunicación social, movilización social, capacitación, formación y actualización profesional, tratamiento, rehabilitación, investigación, normatividad, así como acciones de control de la comercialización y consumo de productos de tabaco. En este programa intervienen profesionales y técnicos de la salud, usuarios de servicios, voluntarios e integrantes de las organizaciones civiles<sup>213</sup>.

Una vez descritas las funciones del Secretariado Técnico del CONADIC, de modo análogo, habremos de referirnos al Artículo 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, el cual establece que dentro de las atribuciones de la Secretaría de Salud, se encuentra actuar como autoridad sanitaria y ejercer las facultades en materia de salubridad general que las leyes le confieren al Ejecutivo Federal, vigilar el cumplimiento de la Ley General de Salud, sus reglamentos y demás disposiciones aplicables<sup>214</sup>.

La Ley General de Salud, establece en el Artículo 17 bis las facultades de la Secretaría de Salud, que ejerce a través de la Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) para la regulación, el control y el fomento sanitarios entre otros, en materia de: establecimientos de salud, tabaco, materias primas y aditivos, así como los establecimientos dedicados al proceso o almacenamiento de éstos, efectos nocivos de los factores ambientales en la salud humana, salud ocupacional, importaciones y exportaciones, publicidad y promoción de las actividades, productos y servicios a que se refiere la Ley y demás disposiciones aplicables, sanidad internacional y en general, los requisitos de condición sanitaria que deben cubrir los procesos, productos, métodos, instalaciones, servicios o actividades relacionados con las materias anteriormente

---

<sup>213</sup> Secretaría de Salud, *Programa de Acción: Adicciones Tabaquismo*, pp.13, 14.

<sup>214</sup> Secretaría de Salud: Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios, *Marco Jurídico*, [en línea], México, Dirección URL: <http://www.cofepris.gob.mx/mj/mj.htm>, [consulta: 3 de septiembre de 2007].

descritas, lo anterior de conformidad con lo establecido en el Artículo 3 de su Reglamento<sup>215</sup>.

Así, conforme al citado reglamento, a la COFEPRIS le corresponde identificar, analizar, evaluar, regular, controlar, fomentar y difundir las condiciones y requisitos para la prevención y manejo de los riesgos sanitarios; expedir certificados oficiales de la condición sanitaria de procesos, productos, métodos, instalaciones, servicios o actividades relacionadas con las materias de su competencia; emitir, prorrogar o revocar las autorizaciones sanitarias que les correspondan, así como ejercer aquellos actos de autoridad que para la regulación, control y fomento sanitarios se establecen o derivan de la Ley y sus reglamentos, las normas oficiales mexicanas, su Reglamento y las demás disposiciones aplicables<sup>216</sup>.

De igual forma, la COFEPRIS se encarga de llevar a cabo estrategias de investigación, evaluación y seguimiento de riesgos sanitarios, conjuntamente o en coadyuvancia con otras autoridades competentes; imponer sanciones administrativas por el incumplimiento de disposiciones de la Ley, sus reglamentos y demás ordenamientos aplicables, así como determinar medidas de seguridad, preventivas y correctivas, en el ámbito de su competencia<sup>217</sup>.

La Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios, también tiene la encomienda de ejercer las acciones de control, regulación y fomento sanitario correspondientes, para prevenir y reducir los riesgos sanitarios derivados de la exposición de la población a factores químicos, físicos y biológicos y participar, en coordinación con las unidades administrativas correspondientes de la Secretaría de Salud, en la instrumentación de las acciones de prevención y control de enfermedades, así como de vigilancia epidemiológica, cuando éstas se relacionen

---

<sup>215</sup> Secretaría de Salud: Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios, *¿Qué es COFEPRIS?*, [en línea], México, Dirección URL: <http://www.cofepris.gob.mx/quees/cofepris.htm>, [consulta: 3 de septiembre de 2007].

<sup>216</sup> *Idem*

<sup>217</sup> *Idem*

con los riesgos sanitarios derivados de los procesos, productos, métodos, instalaciones, servicios o actividades, entre otras<sup>218</sup>.

En este sentido, la COFEPRIS ha emitido diversos Reglamentos de los cuales se mencionan a continuación aquellos relacionados con el control del tabaco<sup>219</sup>:

- El Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios que tiene por objeto la regulación, control y fomento sanitario del proceso, importación y exportación, así como de las actividades, servicios y establecimientos, relacionados con diversos productos, entre ellos el tabaco, así como las sustancias asociadas con su proceso, así como el envase, envasado e irradiación de los diferentes productos.
- El Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad, que tiene por objeto reglamentar el control sanitario de la publicidad de los productos, servicios y actividades a que se refiere la Ley General de Salud.
- El Reglamento sobre Consumo de Tabaco, cuyo objeto se refiere a la protección de la salud de las personas de los efectos nocivos causados por la exposición al humo del tabaco, con la reducción del consumo de éste, principalmente, en lugares públicos cerrados.

En especial y por ser parte importante del análisis de este trabajo, a continuación se retoman algunos puntos del Reglamento de Consumo de Tabaco, que fue publicado en el Diario Oficial de la Federación (DOF), el 31 de mayo de 2000<sup>220</sup> y que permanecerá vigente hasta que sean emitidas las disposiciones

---

<sup>218</sup> *Idem*

<sup>219</sup> *Idem*

<sup>220</sup> Secretaría de Salud, *Reglamento sobre Consumo de Tabaco*, [en línea], México, Secretaría de Salud, julio de 2000, Dirección URL: <http://cofepris.gob.mx/mj/documentos/reg/reglamento%20sobre%20consumo%20de%20tabaco.pdf>, [consulta: 3 de enero de 2006].

reglamentarias de la Ley General para el Control del Tabaco, vigente desde el 28 de agosto de 2008.

El Artículo 3 del Reglamento sobre Consumo de Tabaco, establece lo siguiente en relación con la salvaguarda de la salud con respecto a las consecuencias perjudiciales del humo de tabaco<sup>221</sup>:

- I. El derecho de las personas no fumadoras a no estar expuestas al humo del tabaco en los sitios cerrados que comparten con fumadores;
- II. La orientación a la población para que se abstenga de fumar en el hogar, los centros de trabajo y en lugares públicos;
- III. La prohibición de fumar en los edificios públicos que se señalan en este Reglamento;
- IV. El apoyo a los fumadores, cuando lo soliciten, para abandonar el tabaquismo con los tratamientos correspondientes, y
- V. La información a la población sobre los efectos nocivos del consumo de tabaco y la promoción de su abandono.

El Reglamento referido indica que corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas, la aplicación del mismo. Asimismo, señala en su Artículo 6, que “la prevención del tabaquismo tiene carácter prioritario, principalmente en la infancia y la adolescencia”<sup>222</sup>, contemplando los siguientes puntos<sup>223</sup>:

---

<sup>221</sup> *Idem*

<sup>222</sup> *Idem*

<sup>223</sup> *Idem*



- I. La promoción de la salud, que considerará el desarrollo de actitudes y conductas que favorezcan estilos de vida saludables en la familia, el trabajo y la comunidad;
- II. La orientación a la población sobre los riesgos a la salud por el consumo de tabaco;
- III. La inclusión de contenidos acerca del tabaquismo en programas y materiales educativos;
- IV. La orientación a la población para que se abstenga de fumar en el hogar, centro de trabajo y en los lugares públicos;
- IV. La detección temprana del fumador;
- V. La promoción de espacios libres de humo de tabaco;
- VI. El fortalecimiento de la vigilancia sobre el cumplimiento de la regulación sanitaria relativa a las restricciones para la venta de tabaco, y
- VII. El establecimiento de políticas tendientes a disminuir el acceso al tabaco.

Las acciones orientadas a brindar tratamiento del tabaquismo, de acuerdo con el Artículo 7 del Reglamento, deberán<sup>224</sup>:

Conseguir que las personas que lo deseen puedan abandonar el hábito; reducir los riesgos y daños causados por el consumo de tabaco; abatir los padecimientos asociados al consumo de tabaco; atender y rehabilitar a quienes tengan alguna enfermedad atribuible al consumo de tabaco, [e]

---

<sup>224</sup> *Idem*

incrementar el grado de bienestar físico, mental y social tanto del consumidor de tabaco como de su familia y compañeros de trabajo.

En tanto, el Artículo 8, indica las observaciones que habrán de tomarse en cuenta en relación a la investigación sobre el tabaquismo. Señala que se considerarán<sup>225</sup>:

- I. Sus causas, que comprenderá, entre otros:
  - a. Los factores de riesgo individuales y sociales,
  - b. Los problemas de salud y sociales asociados con el consumo de tabaco,
  - c. La magnitud, características, tendencias y alcances del problema,
  - d. Los contextos socioculturales del consumo,
  - e. Los efectos de la publicidad sobre el consumo,
  
- II. El estudio de las acciones para controlarlo, que comprenderá, entre otros:
  - a. La valoración de las medidas de prevención y tratamiento;
  - b. La información sobre:
    1. La dinámica del problema del tabaquismo,
    2. La prevalencia del consumo de tabaco,
    3. Las necesidades y recursos disponibles para realizar las acciones de prevención y control del consumo de tabaco,
    4. La conformación y tendencias de la morbilidad y mortalidad atribuibles al tabaco,
    5. El cumplimiento de la regulación sanitaria en la materia,
    6. El impacto económico del tabaquismo,
  - c. El conocimiento de los riesgos para la salud asociados al consumo de tabaco.

Cabe destacar que los datos a los cuales se refiere el Artículo 8, tendrán que incorporarse al sistema de información sobre adicciones.

---

<sup>225</sup> *Idem*

Ahora bien, el consumo de tabaco se regula principalmente en el Artículo 9, en el que se establecen los lugares en donde se prohíbe fumar, a saber<sup>226</sup>:

- A. El interior de los edificios que a continuación se enumeran:
- I. Edificios públicos propiedad de la Federación, entendidos todos aquellos, del dominio público o privado de la Federación, que ésta haya adquirido por cualquier título jurídico;
  - II. Edificios que alberguen oficinas o dependencias de la Federación, así como de sus organismos públicos autónomos, que comprende a los utilizados por: la Cámara de Diputados, la Cámara de Senadores, la Suprema Corte de Justicia de la Nación, el Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación, los tribunales colegiados y unitarios de circuito, los juzgados de distrito, el Consejo de la Judicatura Federal, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, el Instituto Federal Electoral, el Banco de México, el Tribunal Superior Agrario, el Tribunal Fiscal de la Federación, la Presidencia de la República, las secretarías de Estado, la Consejería Jurídica del Ejecutivo Federal, la Procuraduría General de la República, los organismos descentralizados, las empresas de participación estatal y los fideicomisos públicos, y
  - III. Edificios en los que se prestan servicios públicos de carácter federal, tales como: aeropuertos y terminales aéreas, centrales camioneras, estaciones de ferrocarril, terminales e instalaciones portuarias, e instituciones educativas.
- B. Las unidades hospitalarias y clínicas de los sectores público, social y privado que constituyen el Sistema Nacional de Salud, que incluye:

---

<sup>226</sup> *Idem*

Institutos Nacionales de Salud; Hospitales; Sanatorios; Clínicas; Unidades Médicas; Centros de Salud; Consultorios Médicos, Dentales y de otras disciplinas relacionadas, y Laboratorios Clínicos, Gabinetes de Diagnóstico y Tratamiento.

- C. Cualquier otra instalación en la que se presten servicios públicos federales, ya sea directamente por instituciones públicas o por los particulares.

En los sitios mencionados, tendrá que señalarse de forma visible la prohibición de fumar, desde la entrada y en todas las áreas en donde se aplique esta disposición.

A pesar del logro obtenido con lo dispuesto en el Artículo 9, el número 10, establece que en los edificios e instalaciones señalados, “se destinará un área para que los trabajadores, visitantes o usuarios, que así lo deseen, puedan fumar”<sup>227</sup>.

Aún cuando se reconoce que la dependencia al tabaco es una enfermedad y por tanto, aquel que la padece, deberá considerarse como un enfermo a quien se deben brindar las opciones necesarias para su tratamiento y rehabilitación, también es cierto que el humo de tabaco causa graves consecuencias en la salud del fumador y por supuesto de quienes se encuentran expuestos al mismo. De igual forma, de acuerdo con el Dr. Jonathan Samet, existen estudios que demuestran que las partículas del humo de tabaco, quedan impregnadas en el pelo, la ropa, alfombras y paredes, causando también contaminación<sup>228</sup>. También pueden citarse los casos de incendios en hogares, oficinas y parques, cuyo origen es un cigarro.

Por lo anterior, que el Artículo décimo establezca que existirán áreas para fumar en los edificios libres de humo de tabaco, resulta una contradicción. Sin embargo, una vez definida la reglamentación de la Ley General para el Control del Tabaco,

---

<sup>227</sup> *Idem*

<sup>228</sup> Jonathan Samet, “Estrategias para el control del tabaco”.

se espera que las áreas para fumar sean establecidas de forma totalmente aislada de los ambientes libres de humo de tabaco y que deberían contar con sistemas apropiados para la ventilación y la extracción del humo, garantizando que este no contamine los espacio libres de tabaco.

Lo señalado, se debe a que está claro que fumar, mata y la tendencia a nivel internacional se apega a buscar espacios públicos libres de humo de tabaco, porque permitir zona de fumar y no fumar en la misma área, es tan absurdo como encontrarse en una alberca y pretender dividir el agua contaminada de la inocua con un letrero, una cadena o una línea imaginaria.

El humo se mezcla en el aire con el oxígeno y a pesar de que se indica que el área para fumar tendrá que “estar aislada de las áreas de trabajo; tener ventilación hacia el exterior o un sistema de extracción o purificación de aire; ubicarse, de acuerdo con la distribución de trabajadores, por piso, área o edificio, y estar identificada como área de fumar, con señalización clara y visible”<sup>229</sup>, debe quedar muy claro que no será un lugar de recreación y que “los superiores jerárquicos [...] facilitarán el apoyo en tiempo que soliciten [sus subordinados] para asistir a terapias que lo ayuden a dejar de fumar”<sup>230</sup>.

Cuando los superiores jerárquicos o sus subordinados noten que alguna persona está fumando fuera de las áreas reservadas para ello, “deberán exhortarla a dejar de fumar o a cambiarse a las áreas identificadas para tal propósito”<sup>231</sup>. Ya que el incumplimiento de lo señalado en el Artículo 9, hará que la persona sea “sancionada con amonestación, con apercibimiento y cuando se trate de reincidencia por tercera ocasión y sucesivas, con multa de una a cinco veces el salario mínimo general diario vigente en la zona económica de que se trate”<sup>232</sup>.

---

<sup>229</sup> Secretaría de Salud, *Reglamento sobre Consumo de Tabaco*.

<sup>230</sup> *Idem*

<sup>231</sup> *Idem*

<sup>232</sup> *Idem*

La falta de áreas destinadas para fumar y/o la ausencia de señalización de la prohibición de fumar, “se sancionará con multa hasta cincuenta veces el salario mínimo general diario vigente en la zona económica de que se trate”<sup>233</sup>.

## **5.2. Implementación del Convenio Marco en México (2001-2006)**

En materia de salud, el objetivo principal a largo plazo de los programas de control global del tabaquismo es reducir el consumo de tabaco en todos los países a fin de disminuir los costos de las enfermedades causadas por el mismo.

El control del tabaquismo, como lo indica el programa nacional al respecto, se puede lograr a través de una serie de actividades que incluyen<sup>234</sup>:

- 1) ayudar a los que no consumen tabaco a que no comiencen a hacerlo
- 2) promover que los fumadores dejen de fumar
- 3) proteger la salud y los derechos de los no fumadores impidiendo la exposición involuntaria al humo de tabaco.

A continuación se anotan algunas de las actividades más importantes que México ha desarrollado en materia de reducción de la demanda y control del tabaco, relacionadas con el número de artículo correspondiente al CMCT, lo cual, da cuenta de las labores efectuadas por nuestro país para implementar el Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud.

Es propicio indicar que existen artículos que describen por ejemplo, expresiones utilizadas, objetivo y otras cuestiones de tipo administrativo. En ellos, son solo mencionados los títulos y se incluye una breve descripción de su contenido; sin embargo, en estos casos, no es posible referir acciones concretas para la implementación de dichos artículos en nuestro país.

---

<sup>233</sup> *Idem*

<sup>234</sup> *Idem*

## **PARTE I: INTRODUCCIÓN**

### **Artículo 1. Lista de expresiones utilizadas**

Se incluyen los términos que se emplean a lo largo del Convenio.

### **Artículo 2. Relación entre el presente Convenio y otros acuerdos e instrumentos jurídicos**

El CMCT establece que el ser parte contratante del mismo, no afectará el derecho para concretar acuerdos bilaterales, multilaterales, regionales o subregionales que sean compatibles con el objetivo del Convenio, aunque deberán notificar a la Secretaría de los acuerdos que se constituyan.

## **PARTE II: OBJETIVO, PRINCIPIOS BÁSICOS Y OBLIGACIONES GENERALES**

### **Artículo 3. Objetivo**

Este acuerdo mundial busca “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”<sup>235</sup>.

---

<sup>235</sup> Organización Mundial de la Salud, *Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco*, 56<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud WHA 56.1, [en línea], Suiza, International Non Governmental Coalition Against Tobacco, 21 de mayo de 2003, Dirección URL: <http://www.ingcat.org/linked%20files/FCTCsp.pdf>, [consulta: 7 de septiembre de 2007], p.7

#### **Artículo 4. Principios básicos**

El presente artículo señala que<sup>236</sup>:

- Todos deben estar informados de las consecuencias y contemplar medidas de control.
- Se debe tener un firme compromiso político para establecer y respaldar las medidas que propone el Convenio.
- Habrá de fomentarse la cooperación internacional.
- Es necesario establecer medidas multisectoriales integrales y una respuesta coordinada.
- La responsabilidad es una parte importante para el control del tabaco.
- Se busca reconocer la importancia de la asistencia técnica y financiera para la transición económica de cultivadores y trabajadores.
- La sociedad civil es esencial para conseguir el objetivo del Convenio.

#### **Artículo 5. Obligaciones generales**

El artículo 5 establece que “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”<sup>237</sup>.

En este sentido, en México, en el año 2002 fue creada por mandato presidencial una Comisión Nacional para estudiar el texto propuesto del Convenio Marco para el Control del Tabaco, la cual se reunió nuevamente en el año de 2003 para dar el seguimiento respectivo. De esta forma, la Secretaría de Salud, a través del Consejo Nacional contra las Adicciones, coordinó la participación de las

---

<sup>236</sup> *Idem*

<sup>237</sup> *Ibid.*, p. 8-9.



Secretarías de Economía, de Educación Pública, de Hacienda y Crédito Público, de Relaciones Exteriores y de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación; de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS, Secretaría de Salud), de la Procuraduría Federal del Consumidor, de los Institutos Nacionales de Enfermedades Respiratorias (INER), de Salud Pública (INSP), de Cancerología y de Cardiología. Todo ello con la finalidad de instrumentar estrategias en diversas áreas para dar la implementación del CMCT en México<sup>238</sup>.

Asimismo, México cuenta con el Programa de Acción contra el Tabaquismo, el cual rige el rumbo que han de tomar las acciones anti-tabaco en el país. De igual manera, en el Comité Interinstitucional que se formó para organizar la celebración del Día Internacional sin Fumar, el 31 de mayo, además de instancias gubernamentales, participan organizaciones de la sociedad civil (OSCs).

En el marco de dicho Comité, las OSCs han hecho el reclamo de que a pesar de los esfuerzos, no se tienen los fondos necesarios para realizar investigaciones que permitan evaluar en forma sistemática el cumplimiento de las disposiciones legales contra el tabaco ya vigentes; por ejemplo, venta a menores, cumplimiento de leyes que prohíben fumar en edificios públicos y el respeto de áreas de no fumar en los inmuebles que contempla el Reglamento sobre Consumo de Tabaco.

Asimismo, señala que “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”.

Al respecto, cabe mencionar que la Secretaría de Salud, promovió un polémico acuerdo con la industria tabacalera para imponerle obligaciones adicionales a las previstas en la legislación. Lo anterior se logró cuando la industria suscribió estos

---

<sup>238</sup> Secretaría de Salud: Consejo Nacional contra las Adicciones, *Instrumento de Presentación de Informes del Convenio Marco para el Control del Tabaco*, p.15.

compromisos el 24 de junio de 2002<sup>239</sup>. Este acuerdo fue severamente atacado, de manera especial por las OSCs, ya que se consideró que violaba lo dispuesto en este Artículo.

Los compromisos adicionales, que en un principio estaban incluidos en el Acuerdo de Partes, fueron posteriormente incorporados en la Ley General de Salud, mediante reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 19 de enero de 2004<sup>240</sup>.

Una vez integrados en la Ley General de Salud los puntos descritos, la Secretaría de Salud promovió otra vez obligaciones adicionales que asumió la industria tabacalera, suscribiendo nuevos compromisos el 18 de junio de 2004<sup>241</sup>.

### **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**

Este tipo de medidas son reconocidas como la forma más eficaz para desalentar el consumo de tabaco entre niños y jóvenes así como entre los más pobres. Por tal motivo, son un punto importante dentro del CMCT, el cual indica que cada parte, con arreglo a su legislación nacional, definirá su política fiscal y tributaria al respecto del tabaco y sus productos relacionados.

A partir del año 2000, la política de salud en nuestro país, relacionada con precios e impuestos para reducir la demanda de tabaco, impulsó acciones administrativas y legislativas.

---

<sup>239</sup> Secretaría de Salud: Consejo Nacional contra las Adicciones; Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, *México contra el Tabaquismo, Documento Ejecutivo*, México, Secretaría de Salud, Febrero de 2006, Dirección URL: [http://www.sre.gob.mx/oi/Documentos/zB=\\$d\\_OMS\\_25\\_OI.doc](http://www.sre.gob.mx/oi/Documentos/zB=$d_OMS_25_OI.doc) [consulta: 3 de marzo de 2007], pp. 16, 20-21.

<sup>240</sup> *Ibid.*, p. 19.

<sup>241</sup> *Idem*

En torno a estas medidas, durante el periodo de 2001 a 2006, se logró el aumento progresivo del Impuesto Especial sobre Productos y Servicios (IEPS). Para 2006 se estableció una tasa de 110% a los cigarros y de 20.9% a los puros y otros tabacos labrados; sin embargo, a partir de la reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 27 de diciembre de 2006, en su artículo 2, fracción I, inciso C, se establece que en la enajenación o, en su caso, en la importación del tabaco se aplicarán las siguientes tasas impositivas<sup>242</sup>:

1. Cigarros.	160 %
2. Puros y otros tabacos labrados.	160 %
3. Puros y otros tabacos labrados hechos enteramente a mano	30.4 %

Durante los ejercicios fiscales de 2007 y 2008, el aumento de las tasas sería gradual; en el caso de los cigarros, la tasa para 2007, fue de 140% y de 150% para 2008. Para los puros y otros tabacos labrados, en 2007 la tasa fue de 140%, en 2008 de 150%. Los puros y otros tabacos labrados hechos enteramente a mano, presentarían una carga fiscal para 2007 de 26.6% y en 2008 de 28.5%<sup>243</sup>.

Con respecto a los compromisos suscritos el 18 de julio de 2004 y en adición al incremento del IEPS que ya había alcanzado el 110%, se establecieron los acuerdos que en materia económica representan ingresos extraordinarios para cubrir los gastos derivados de aquellos tratamientos y medicamentos asociados a enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco.

Las aportaciones de los fumadores que retuvo la industria tabacalera, se hicieron efectivas a partir del 1º de agosto de 2004 por un periodo de 29 meses que concluyeron en diciembre de 2006, a razón de 2.5 centavos hasta 5 centavos por

---

<sup>242</sup> *Ley del Impuesto Especial sobre Productos y Servicios (IEPS)*, [en línea], México, Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Centro de Documentación, Información y Análisis, 27 de diciembre de 2007, Dirección URL: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/78.pdf>, [consulta: 10 de enero de 2008].

<sup>243</sup> *Idem*

cigarro mediante incrementos paulatinos, lo que representó al final del sexenio (2000 – 2006) \$1.00 (un peso mexicano) por cajetilla de 20 cigarros<sup>244</sup>.

Además de los impuestos señalados, se aplica en el precio final del producto el Impuesto al Valor Agregado (IVA), que equivale al 15%.

### **Artículo 7. Medidas no relacionadas con los precios para reducir la demanda del tabaco**

El Convenio indica la importancia de aplicar medidas integrales para conseguir la reducción de la demanda del tabaco, las cuales podrán ser legislativas, administrativas, ejecutivas, etc. De igual forma, insta a las partes a colaborar entre sí y con organizaciones internacionales para tal fin.

Por ello, una de las estrategias fundamentales del programa contra el tabaquismo, es la aplicación de programas preventivos basados en la evidencia científica. A este respecto el Consejo Nacional contra las Adicciones conformó un Grupo Interinstitucional de Evaluación de Modelos Preventivos, integrado por 11 organizaciones que destacan por su trayectoria en el tema de la prevención de adicciones<sup>245</sup>.

Teniendo como marco la celebración del Día Mundial sin Fumar, el 31 de mayo de cada año, fecha propuesta por la Organización Mundial de la Salud, se ha celebrado en México una serie de jornadas nacionales intensivas de información, orientación, movilización social, identificación y referencia de casos, en las que participan instituciones gubernamentales, sociales y privadas, así como organizaciones de la sociedad civil de las 32 entidades federativas. Estas jornadas

---

<sup>244</sup> Secretaría de Salud: Consejo Nacional contra las Adicciones; Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, *México contra el Tabaquismo. Documento Ejecutivo*, pp.20-21.

<sup>245</sup> *Ibid.*, p.9.

son organizadas y coordinadas por el Consejo Nacional y los Consejos Estatales contra las Adicciones<sup>246</sup>.

Cerca de 50 instituciones participan en las actividades del Día Mundial sin Tabaco, entre dependencias del Gobierno Federal, organizaciones empresariales, sindicales, de la sociedad civil y de profesionales; así como centros de educación superior. Además, en cada una de las 32 entidades federativas, participan también diversos organismos, los cuales realizan distintas actividades, como cursos de capacitación, conferencias magistrales y a distancia, foros con especialistas, marchas de conscriptos y grupos infantiles, festivales artísticos, deportivos, culturales y recreativos, cine-debates, concursos de lema, cartel, sociodrama, y propuestas juveniles; encuentros juveniles, estudiantiles, y de personal de salud<sup>247</sup>.

A nivel nacional se realiza el programa Marchas contra las Adicciones con la participación de 60 mil jóvenes conscriptos del Servicio Militar Nacional, en donde se incorporan como temas centrales la prevención del tabaquismo y la protección contra la exposición al humo de tabaco<sup>248</sup>.

En materia de prevención en el ámbito laboral, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) inició el Programa para la Participación de las Comisiones Mixtas de Seguridad e Higiene en el Trabajo en Materia de Adicciones, que integra la prevención del tabaquismo<sup>249</sup>.

Algunas otras secretarías de estado, órganos desconcentrados y descentralizados de la Administración Pública Federal, así como otras organizaciones, han incorporado acciones preventivas. En este sentido, pueden mencionarse las Secretarías de Comunicaciones y Transportes, de la Defensa Nacional y de Marina, Petróleos Mexicanos, los Institutos Nacionales de Enfermedades

---

<sup>246</sup> *Idem*

<sup>247</sup> *Idem*

<sup>248</sup> *Ibid*, p. 10.

<sup>249</sup> *Idem*

Respiratorias, de Cancerología, de Salud Pública y de Psiquiatría; Centros de Integración Juvenil, la Confederación Revolucionaria de Obreros y Campesinos, la Confederación de Trabajadores de México, la Cámara Mexicana de la Industria de la Construcción y el Instituto Nacional para la Educación de los Adultos<sup>250</sup>.

Durante 2006, el total de las entidades ya contaban con algún ordenamiento relativo al control del tabaco. Para este punto, existían 9 Leyes estatales específicas sobre la protección a los no fumadores y otras medidas para reducir la demanda, 12 leyes no específicas pero que incorporaban el tema en el cuerpo de las mismas y 11 reglamentos estatales específicos<sup>251</sup>.

### **Artículo 8. Protección contra la exposición al humo de tabaco**

En este apartado, se insta a los países a establecer “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”<sup>252</sup>.

Según la Encuesta Nacional de Adicciones de 2002, el 36.1% de la población entre los 12 a 65 años, mencionó estar expuesta al humo de tabaco, el 57.4% de dichas personas se encuentran entre los 12 y 29 años de edad<sup>253</sup>.

Aunque ya se han desarrollado y establecido ordenamientos jurídicos sobre la regulación del consumo de tabaco en lugares públicos cerrados y como ya se describió, los ordenamientos, alcanzaron ya la totalidad de las entidades federativas, en el Reglamento para el Control del Tabaco, no existía la prohibición total de fumar en todos los lugares públicos y en sitios de trabajo cerrados.

---

<sup>250</sup> *Idem*

<sup>251</sup> *Idem*

<sup>252</sup> Secretaría de Salud: Consejo Nacional contra las Adicciones, *Instrumento de Presentación de Informes del Convenio Marco para el Control del Tabaco*, p. 10.

<sup>253</sup> Secretaría de Salud: Consejo Nacional contra las Adicciones; Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, *México contra el Tabaquismo. Documento Ejecutivo*, p.8.

A finales de 2006, se habían registrado más de 540 edificios que lograron su reconocimiento como “Libres de Humo de Tabaco” lo cual impactó directamente en la salud de más de 50,000 trabajadores<sup>254</sup>.

En relación a este Artículo, podemos señalar que aunque diversos reglamentos incluían la protección contra exposición al humo de tabaco en lugares públicos, estos no establecían que en todos estos sitios cerrados se prohibiera fumar y en algunos sitios en los que si se estableció tal señalamiento, esto no se cumplía.

Como se ha dicho, los lugares donde se prohibió fumar, eran principalmente edificios gubernamentales, hospitales, escuelas, edificios culturales y sitios de trabajo del sector público. En el caso de empresas privadas, éstas decidían al respecto, pero se prohibió fumar en lugares como bancos y tiendas departamentales, aunque de facto, se violaba la norma tanto en sitios públicos como privados.

Tampoco se había logrado establecer ambientes 100% libres de humo de tabaco en restaurantes, bares, *discoteques*, o clubes nocturnos. En el caso de los restaurantes, la mayoría contaba con áreas para fumadores y no fumadores, pero como ya se ha descrito, no hay una barrera real para el humo del tabaco al colocar un letrero o una cadena.

Por lo tanto la aprobación de la Ley General para el Control del Tabaco, cuya entrada en vigor se llevó a cabo el 28 de agosto de 2008, indica que se prohíbe el consumo de cualquier producto del tabaco en todo lugar cerrado de acceso al público, salvo en los lugares permitidos específicamente para ello.

---

<sup>254</sup> *Ibid.*, p.23.

## **Artículo 9. Reglamentación del contenido de los productos de tabaco**

El Convenio Marco para el Control del Tabaco, establece que “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 [el] análisis y [las] mediciones [para la] reglamentación [del contenido de los productos de tabaco]”<sup>255</sup>.

En México no se ha realizado el análisis y medición de las emisiones de los productos de tabaco, ni la reglamentación de las mismas. De acuerdo con lo estipulado en los compromisos a los que se obligó la industria tabacalera en 2004, la información al consumidor sobre el contenido y emisiones de los productos del tabaco, se haría pública y se difundiría en sus portales electrónicos, vinculándola con los de la Secretaría de Salud; sin embargo, esto no se ha llevado a cabo.

Hasta ahora tampoco existen estándares aprobados por la Conferencia de las Partes, la que en consulta con los órganos internacionales competentes, propondrá directrices sobre el análisis y la medición del contenido, las emisiones de los productos de tabaco y sobre la reglamentación de esos contenidos y emisiones.

Como fue descrito al citar las reuniones de seguimiento de la Primera Reunión de la Conferencia de las Partes del CMCT, en lo referente al Artículo 9, aún no se determina una metodología reconocida por las Partes para la medición de estas emisiones y los asistentes coincidieron en no manejar niveles mínimos, puesto que ningún nivel es seguro. Todo consumidor o persona expuesta al humo del tabaco, corre riesgos, desde irritación de garganta y ojos, secreción nasal hasta otros muy graves como cáncer, infartos, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), etc.

---

<sup>255</sup> Secretaría de Salud: Consejo Nacional contra las Adicciones, *Instrumento de Presentación de Informes del Convenio Marco para el Control del Tabaco*, p. 10.



## **Artículo 10. Reglamentación de la divulgación de información sobre los productos de tabaco**

El CMCT indica que se deberán establecer medidas eficaces para que la industria tabacalera aporte información a los gobiernos sobre el contenido y las emisiones de los productos de tabaco. También se debe dar a conocer al público, información sobre los componentes tóxicos de los productos de tabaco y las emisiones que éstos pueden producir.

Nuevamente, dentro de los compromisos adicionales suscritos el 18 de junio de 2004, la industria del tabaco, debería entregar la información sobre ingredientes empleados en dichos productos, a la Secretaría de Salud para hacer pública tal información. Aunque en las páginas electrónicas de empresas como *British American Tobacco* se presenta información al respecto, esta no se encuentra vinculada con la página de la Secretaría de Salud.

## **Artículo 11. Empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco**

Este artículo señala que<sup>256</sup>:

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, [...] medidas eficaces para conseguir lo siguiente:
  - a) que en los paquetes y etiquetas de los productos de tabaco no se [incluyan términos engañosos] como «con bajo contenido de alquitrán», «ligeros», «ultra ligeros» o «suaves»; y

---

<sup>256</sup> *Ibid.*, pp.10-11.

- b) que en todos los paquetes y envases [...] y en todo empaquetado y etiquetado externos [se deben incluir] advertencias sanitarias [sobre] los efectos nocivos del consumo de tabaco [...]

[Las advertencias] deberían ocupar el 50% o más de las superficies principales expuestas y [no] menos del 30% de las superficies principales expuestas; 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.

Para la implementación en México de estas medidas, entre las obligaciones adicionales de la industria, asumidas en 2002 y relacionadas con el empaquetado y etiquetado de los productos del tabaco, se estableció que las leyendas de advertencia ocuparían el 25% de la cara trasera de las cajetillas, envases y empaques de cigarrillos<sup>257</sup>, con lo cual no se daba cabal cumplimiento al CMCT.

---

<sup>257</sup> Secretaría de Salud: Consejo Nacional contra las Adicciones; Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, *México contra el Tabaquismo. Documento Ejecutivo*, p.16.

En tanto, los compromisos adicionales de 2004 marcan que se incluiría una leyenda de advertencia, aumentando al 40% el porcentaje del espacio que ocupa la leyenda de la cara trasera a partir de la producción de junio de 2004, y se incrementaría al 50% a partir de junio de 2005<sup>258</sup>.

Asimismo, a partir de junio de 2004, se incluyó una nueva leyenda de advertencia que indica que no existe un cigarro seguro; esta leyenda referida se encuentra en la parte lateral de la cajetilla<sup>259</sup>.

Sin embargo, a pesar de estas disposiciones, no se ha cumplido aún con lo señalado en el Convenio. Por citar un aspecto, en las cajetillas mexicanas todavía aparecen los términos “ligero” y/o “suave”, los cuales desorientan a los consumidores, quienes de forma errónea, podrían pensar que dichos cigarrillos generan menores riesgos para la salud.

Otro punto, es que las advertencias que contienen las cajetillas acerca de los daños a la salud que provoca el consumo del cigarro, se encuentran en la parte trasera y lateral. Las letras de tales advertencias, son medianas y se utilizan colores poco notorios. En nuestro país no se han incluido imágenes ni pictogramas, cuando se ha demostrado que las imágenes impactan más al público que los mensajes por sí solos.

## **Artículo 12. Educación, comunicación, formación y concientización del público**

De acuerdo con este artículo, se busca promover y fortalecer la concientización del público con respecto al control del tabaco, para lo cual se deben utilizar de forma apropiada los instrumentos de comunicación disponibles.

---

<sup>258</sup> *Ibid.*, p.19.

<sup>259</sup> *Ibid.*, p.20.

[También se buscará] aplicar medidas para lograr el acceso del público a programas integrales y eficaces de educación y concientización sobre los riesgos para la salud del consumo de tabaco [,] la exposición al humo del mismo, así como de los beneficios que reportan el abandono de dicho consumo; el acceso a información sobre la industria tabacalera; 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 comunidad, asistentes sociales, profesionales de la comunicación, educadores, responsables de las políticas, administradores y otras personas interesadas; la concientización y la participación de organismos públicos [,] 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 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<sup>260</sup>.

Así como ya fue descrito, en México existen programas de prevención universal con modelos basados en la evidencia científica. Los cuales han sido evaluados por el Grupo Interinstitucional de Evaluación de Modelos Preventivos, conformado por expertos en las áreas teórica y metodológica en materia de prevención.

Como medida de prevención y promoción de la salud, la comunicación social promueve la participación y la movilización comunitaria. En este sentido, destacan las siguientes acciones de comunicación social que buscan la prevención del consumo de tabaco, a saber<sup>261</sup>:

En 2001 inició la campaña “Ubícate”, que continuó hasta 2006. Posteriormente, se lanzó la campaña “El Paraíso de los Fumadores”.

---

<sup>260</sup> Secretaría de Salud: Consejo Nacional contra las Adicciones, *Instrumento de Presentación de Informes del Convenio Marco para el Control del Tabaco*, p. 11.

<sup>261</sup> *Ibid.*, pp. 15-16.

Como comentario personal, se puede mencionar que “El Paraíso de los Fumadores”, generó polémica entre algunos expertos en el tema por parte de la sociedad civil, quienes la consideraron como promotora de un mensaje ambiguo, pues pareciera que motivaba el hábito tabáquico en lugar de desalentarlo aún cuando se remataba con las palabras “fumar mata”.

Durante el periodo 2001-2006, se difundió la impresión de 20,000 ejemplares del Programa contra el Tabaquismo; así como 6 campañas de radio en 1,200 emisoras, en un lapso de 35 días, cada una con 12 impactos diarios.

De igual forma, se lanzaron 3 campañas de *spots* de televisión sobre el daño que genera el consumo y la exposición al humo del tabaco. Se reprodujeron también materiales impresos y audiovisuales con información preventiva y disuasiva en tarjetas postales, folletos, trípticos, posters, tarjetas Ladatel, espectaculares, mensajes en radio y televisión, cines, tortillerías, telebus y parabuses.

Los principales productos de difusión reportados fueron: 2 *spots* de televisión (TV) de 30 segundos; 4 *spots* de radio de 30 segundos; 1 cineminuto (comercial transmitido en el cine); carteles para exhibición en centros comerciales y parabuses.

Los mensajes fueron transmitidos de la siguiente forma: en televisión nacional, mediante los canales 2,4,5 y 9, un total aproximado de 114 impactos; TV de paga MVS (Multivisión), con un total aproximado de 552 impactos; 54 estaciones de radio, con un total aproximado de 18,900 impactos; presencia en Internet en 10 portales durante tres meses; cuatro semanas en 235 salas cinematográficas del país; 1,770 dovelas del metro, por mes; espectaculares, 47 carteleras por mes, en 9 ciudades capitales, por tres meses; parabuses en el Distrito Federal 250 caras por catorcena, 4 catorcenas; racks en supermercados, un total de 355 en plazas comerciales del D.F. y provincia; pantallas electrónicas en diversas ciudades de la República con un total de 21 pantallas con 720 *spots* por día, por un promedio de

52 días; inserciones en prensa en periódicos del D.F., Veracruz, Jalisco, Guanajuato; inserciones en revistas para adultos y para niños.

Cabe mencionar que el costo de la campaña publicitaria fue absorbido por el Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud, a partir del cual se autorizó la asignación de recursos para el “Programa de Prevención contra Riesgos Sanitarios Provocados por Tabaco y de la Línea de la Salud”.

Asimismo, se realizó la publicación del Reglamento de Consumo de Tabaco, carteles, folletos, trípticos, postres, cuadernillos, carpetas, libros estadísticos, manuales, y se difundieron mensajes preventivos en tortillerías y mediante tarjetas Ladatel (tarjetas telefónicas).

En este mismo sentido, destaca la campaña “Escuelas Libres de Humo de Tabaco”, llevada a cabo en 134,000 escuelas primarias y secundarias, apoyada principalmente con material impreso, la cual involucró a 24 millones de estudiantes durante los años 2005 y 2006.

En cuanto a los temas de capacitación y formación de recursos humanos, se han llevado a cabo diplomados y especialidades sobre la prevención y el tratamiento del tabaco. Desde 1999 se realizan cursos nacionales y estatales para operadores de las clínicas de tabaquismo, con apoyo del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), del Hospital General de México, de la Facultad de Medicina de la UNAM y del propio Consejo Nacional contra las Adicciones.

También como se planteó anteriormente, se ha desarrollado el programa “Escuelas Libres de Humo de Tabaco”, el cual además de haber sido diseñado para proteger a los menores de los riesgos de la exposición al humo de tabaco, busca evitar que los menores repliquen la conducta de padres y maestros fumadores.

Este programa de carácter integral, propone que cada vez sean más las escuelas de educación básica que culminen este proceso de reconocimiento como libres de humo de tabaco, y así izar la bandera blanca como señal de ser una “escuela saludable”.

### **Artículo 13. Publicidad, promoción y patrocinio del tabaco**

Las evidencias hacen notar que la prohibición total de la publicidad, la promoción y el patrocinio reducirían el consumo de productos de tabaco, por lo tanto, las Partes, harán lo propio de acuerdo a su legislación nacional. Lo mismo para el caso de publicidad, promoción y patrocinio transfronterizo, 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 apropiadas e informará sobre el particular a la COP.

Si algún Estado Parte no puede realizar la prohibición total por disposiciones legales de su país, buscará aplicar restricciones.

Este artículo establece que como mínimo, y de conformidad con su legislación, cada Parte<sup>262</sup>:

- 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 [...]
- exigirá que toda publicidad de tabaco y, según proceda, su promoción y patrocinio, vaya acompañada de una advertencia o mensaje sanitario [...]

---

<sup>262</sup> *Ibid.*, p.12.

- restringirá el uso de incentivos directos o indirectos que fomenten la compra de productos de tabaco por parte de la población;
- 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. [...]
- procederá dentro de un plazo de cinco años a una prohibición total [...]
- prohibirá o, [...] restringirá el patrocinio de acontecimientos y actividades internacionales o de participantes en las mismas por parte de empresas tabacaleras.

El propio Convenio, insta a ir más allá de estas obligaciones y a colaborar para la elaboración de un protocolo en el tema de la publicidad, la promoción y el patrocinio transfronterizo.

En la implementación de estas medidas en México, encontramos que en las obligaciones adicionales a las previstas en la legislación de 2002 e incorporados a la Ley General de Salud (LGS) en 2004, se establece que no se transmitirá publicidad de tabaco en radio o televisión.

Así también, la publicidad no deberá<sup>263</sup>:

- Dirigirse a menores de edad ni ser atractiva para ellos
- Contener dibujos animados o caricaturas

---

<sup>263</sup> Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, *México contra el Tabaquismo*, p.16.



- Mostrar celebridades o tener el auspicio implícito o expreso de ellas
- Sugerir popularidad, éxito atlético o deportivo, éxito sexual o profesional

Otras disposiciones contenidas en la LGS, señalan que<sup>264</sup>:

- En medios impresos no se colocará publicidad a menos de que existan bases para asegurar que al menos 75% de los lectores son adultos.
- Ninguna publicidad se colocará en el empaque, portada, contraportada o cuarta de forros de una revista, periódico o cualquier publicación impresa.
- No se colocará publicidad en paradas o estaciones de transportes a menos de 200 metros de cualquier punto del perímetro de escuelas de nivel preescolar hasta bachillerato o de un parque de recreo.
- No se colocarán murales o espectaculares a menos de 200 metros de cualquier punto del perímetro de escuelas de nivel preescolar hasta bachillerato o de un parque de recreo, y a menos de 300 metros del perímetro de un hospital.
- No se podrá localizar publicidad en anuncios exteriores que excedan en su tamaño total 35 metros cuadrados, ya sea de manera individual o en combinación intencional con otra publicidad.
- Sólo podrá difundirse publicidad de tabaco en películas para adultos, correspondientes a las clasificaciones “C” y “D”.
- Ninguna publicidad deberá ser colocada en Internet, en cualquiera de sus modalidades, hasta que se disponga de la tecnología para que cada

---

<sup>264</sup> *Ibid.*, p.16-19.

persona que busque acceso al sitio de Internet provea la verificación de que se trata de un adulto.

- Ninguna publicidad deberá ser incorporada en video, casete de audio, discos compactos, disco de video digital o medios similares, a no ser que se asegure que quienes reciben este material sean adultos.
- No deberá haber de manera directa o indirecta pago o contribución alguna para la colocación de productos de tabaco, publicidad o artículos que tengan marcas de tabaco en:
  - Películas cinematográficas,
  - Programas de televisión,
  - Producciones teatrales u otras funciones en vivo,
  - Funciones musicales en vivo o grabadas,
  - Videos o filmes comerciales,
  - Juegos de video o
  - Cualquier medio similar, cuando dicho medio esté dirigido al público en general
- Las ofertas promocionales deben dirigirse exclusivamente a adultos fumadores; los no fumadores y los menores de edad serán excluidos de los correos directos; los sobres y cubiertas de correo directo no deben incluir marcas de productos de tabaco; la participación en este tipo de ofertas debe condicionarse a la acreditación de que la persona es adulta y fumadora.
- No puede distribuirse, venderse u ofrecerse, directa o indirectamente ningún artículo promocional (por ejemplo, camisetas, gorras, sudaderas, viseras, mochilas, gafas de sol, paraguas) que muestre el nombre o el logotipo de una marca de cigarrillos, incluyendo cualquier referencia o elemento de una actividad de mercadotecnia relacionada con la marca, de

modo que resulten visibles para otros cuando se utilicen. (Excepciones: cigarrillos, encendedores u otros artículos para fumadores siempre que el nombre, logotipo o referencia a una marca no sea superior a 25 centímetros cuadrados y el artículo contenga la advertencia sanitaria).

- No debe mostrarse ningún nombre o logotipo de una marca de cigarrillos, incluyendo cualquier referencia o elemento de una actividad de mercadotecnia relacionada con la marca, en los artículos que puedan ser utilizados por menores de edad (por ejemplo, material deportivo, juguetes, muñecas, réplicas en miniatura de vehículos de competición, juegos, videojuegos, dulces).
- No se incluirá publicidad de tabaco en bolsas de compra.
- No serán ofrecidas muestras de producto a menores de edad o a no fumadores. El personal empleado para ofrecer muestras de productos de tabaco debe ser mayor de 21 años.
- Sólo patrocinarán eventos cuando todos los participantes sean adultos, o todas las personas patrocinadas sean adultos.
- Se patrocinarán eventos sólo cuando al menos el 75% de asistentes sean adultos; o cuando el evento no tenga atractivo particular para menores de edad. Todo patrocinio y evento promocional deberá incluir la leyenda “patrocinado por...” o “promocionado por...”.
- Publicidad de patrocinios: Todos los individuos autorizados a llevar publicidad, logotipos o nombres de marca de productos de tabaco en los eventos o actividades patrocinados o promocionados deberán ser adultos.
- La publicidad que se coloque en el sitio del evento patrocinado, la transmisión fortuita de eventos patrocinados o promocionados por televisión o radio y las aplicaciones de marcas registradas o de logotipos a personas

o equipos participantes en eventos patrocinados iniciará su vigencia desde el 1º de diciembre de 2006.

- La leyenda de advertencia de anuncios publicitarios debe ocupar el 10% de éstos.

Los compromisos adicionales de 2004, incluían que la industria tabacalera en caso de contratar publicidad transfronteriza que tuviera como objetivo ser difundida en el territorio nacional, tendría que asegurarse que cumpla con el ordenamiento jurídico mexicano<sup>265</sup>.

La industria tabacalera también se comprometería a no participar en la fabricación y comercialización de dulces, chocolates, artículos promocionales dirigidos a menores de edad y cualquier objeto que tenga forma de productos de tabaco y pudiera resultar atractivo para éstos<sup>266</sup>.

También debe mencionarse que ante la prohibición de espectaculares, se ha dado la proliferación de publicidad de productos del tabaco en la ciudad de México a la altura visual de las personas, en vallas, paraderos de camiones y en el transporte público; sin ninguna diferencia entre jóvenes, adultos o niños.

En este asunto, una vez más encontramos obstáculos ya que aunque en México se han logrado implementar varias restricciones a la publicidad y promoción de los productos del tabaco, como la publicidad directa en radio y televisión, ésta continúa en forma indirecta en programas denominados como *reality shows*, telenovelas y otras emisiones televisivas. Además, hasta este punto no se señalaba una prohibición total de todo tipo de publicidad como sugiere el Convenio. Tampoco se lleva a cabo la exigencia de que se revelen a las

---

<sup>265</sup> *Ibid.*, p.20.

<sup>266</sup> *Idem*

autoridades gubernamentales competentes los gastos efectuados por la industria tabacalera en actividades de publicidad, promoción y patrocinio no prohibidas.

#### **Artículo 14. Medidas de reducción de la demanda relativas a la dependencia y al abandono del tabaco**

Los países tendrán que adoptar medidas eficaces para promover el abandono del consumo de tabaco y el tratamiento adecuado de la dependencia del tabaco. Para ello, habrán de crear y aplicar programas eficaces de promoción de estos servicios e 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.

Se tendrá que establecer en los centros de salud y de rehabilitación programas de diagnóstico, asesoramiento, prevención y tratamiento de la dependencia del tabaco; y colaborar con otras Partes para facilitar la accesibilidad y asequibilidad de los tratamientos de la dependencia del tabaco, incluidos productos farmacéuticos.

En toda la República Mexicana, a través de las Jurisdicciones Sanitarias, se aplica el consejo médico para controlar, eliminar y evitar el consumo de tabaco, para lo cual se ha incorporado a la Norma Oficial Mexicana para el Expediente Clínico la obligatoriedad de interrogar sobre el consumo de tabaco en cualquier acción realizada por el médico<sup>267</sup>.

En el año 2000, sólo operaban 36 clínicas para dejar de fumar. En febrero de 2006, ya existían 250 clínicas en México<sup>268</sup>, en donde se utiliza el tratamiento integral basado en la evidencia de acuerdo a las necesidades de dependencia del fumador y a las consecuencias clínicas de su adicción, el tratamiento incluye

---

<sup>267</sup> *Ibid.*, p.13.

<sup>268</sup> *Idem*

apoyo médico, psicológico y farmacológico (con o sin nicotina según sea el caso)<sup>269</sup>.

En septiembre de 2006 durante la Reunión de Clínicas de Tabaquismo, se realizó el análisis comparativo de las mejores prácticas de las clínicas más reconocidas que desarrollan tratamientos para dejar de fumar. A partir de diversos encuentros previos a dicha Reunión, se llegó a la “definición de los mejores procesos y de la mejor infraestructura para lograr y mantener la abstinencia del tabaco y la recuperación de la salud integral, a fin de ser aplicados en las unidades de segundo y tercer niveles de atención”<sup>270</sup>.

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

##### **Artículo 15. Comercio ilícito de productos de tabaco**

De acuerdo con el Artículo 15 del Convenio, las Partes reconocen que la eliminación de todas las formas de comercio ilícito de productos de tabaco, como el contrabando, la fabricación ilícita, la falsificación, la elaboración y la aplicación a este respecto de una legislación nacional y de acuerdos subregionales, regionales y mundiales, son componentes esenciales del control del tabaco.

En referencia al tema, es posible mencionar que ya se ha avanzado en la elaboración de un modelo de protocolo sobre comercio ilícito, propuesto por el grupo de expertos establecido con arreglo a la decisión FCTC/CP1(16) adoptada por la Conferencia de las Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco en su primera reunión, el cual contempla los siguientes puntos<sup>271</sup>:

---

<sup>269</sup> *Idem*

<sup>270</sup> *Ibid.*, p.14.

<sup>271</sup> Organización Mundial de la Salud, *Elaboración de Protocolos (decisión FCTC/COP1(16)). Elaboración de un modelo de protocolo sobre comercio ilícito de productos de tabaco*, Suiza, 19 de abril de 2007, Dirección URL: [http://www.who.int/gb/fctc/PDF/cop2/FCTC\\_COP2\\_9-sp.pdf](http://www.who.int/gb/fctc/PDF/cop2/FCTC_COP2_9-sp.pdf) , [consulta: 1 de mayo de 2007].

- Expedición de licencias
- Disposiciones encaminadas a combatir el blanqueo de capitales
- Seguimiento y localización
- Mantenimiento de registros
- Medidas de seguridad y prevención
- Ventas por Internet
- Mejora de la capacidad de hacer cumplir la ley
- Delitos
- Sanciones y penas
- Búsqueda, confiscación e incautación
- Destrucción y eliminación
- Beneficios derivados de actividades delictivas e incautación de bienes
- Técnicas especiales de ejecución de la ley
- Jurisdicción
- Cooperación internacional
- Marco institucional internacional
- Mecanismo financiero
- Mecanismos de aplicación

El propio modelo, establece que por comercio ilícito se entiende “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”<sup>272</sup>.

Por tanto, algunas recomendaciones para tratar el tema, indican que se esperaría que los productos del tabaco tengan el nombre del país que los produce y el nombre del país de destino claramente marcado en cada paquete; se debería asegurar que todo el equipo de manufactura confiscado, cigarrillos y otros productos del tabaco sean destruidos; monitorear, documentar y controlar el tránsito del

---

<sup>272</sup> *Idem*

tabaco; y fomentar la cooperación con otros países y agencias para controlar el contrabando.

En México, el contrabando es menor al 5% del comercio total<sup>273</sup> y con respecto a los cigarros decomisados durante 2004, se reportaron 10 millones 250 mil unidades<sup>274</sup>. Un punto importante a considerar, es que en nuestro país no se han establecido normas que obliguen a la industria tabacalera a incluir leyendas en el empaque de los cigarros, para indicar el país donde está aprobada la comercialización del tabaco y se carece también de medidas legislativas para reducir el comercio ilícito.

A este respecto, los avances de nuestro país podrían encaminarse a fortalecer el sistema de impuestos en México que debe mejorar y requerir sellos de seguridad con diferentes aspectos de identificación para rastreo. Es lamentable que la iniciativa del timbre fiscal para identificar productos ilícitos fue rechazada. Sin embargo, existen otras opciones como la utilización del marbete, tinta indeleble y el escaneo.

#### **Artículo 16. Venta a menores y por menores**

El CMCT prohíbe la venta de productos de tabaco a menores de edad y los mismos tampoco podrán vender dichos productos. Asimismo, este Convenio promueve etiquetar las cajetillas aclarando que la venta de productos del tabaco esta prohibida a menores de edad, y que se necesita una identificación y/o prueba de la edad requerida. Otro punto importante, es la vigilancia acerca del cumplimiento de la prohibición de la publicidad del tabaco en los puntos de venta donde estos productos estén accesibles directamente, así como la prohibición de la manufactura y venta de cigarros de chocolate, dulces y otros productos atractivos a los menores de edad.

---

<sup>273</sup> Red México sin Tabaco, et al., *Reporte sobre los avances de México en la instrumentación del Convenio Marco para el Control del Tabaco. Informe de Organismos no Gubernamentales, México, 2006*, p. 15.

<sup>274</sup> Secretaría de Salud: Consejo Nacional contra las Adicciones, *Instrumento de Presentación de Informes del Convenio Marco para el Control del Tabaco*, p.6



Es necesario hacer cumplir y asegurarse que las máquinas dispensadoras de cigarros no estén accesibles a los menores de edad; prohibir la distribución de productos gratis al público en especial a menores de edad, sobre todo dejar muy claro y avocarse al cumplimiento de medidas enfocadas a prohibir la venta de cigarros fuera de la cajetilla (suelos) o de paquetes pequeños porque esto facilita el acceso a la adicción al tabaco a jóvenes y niños.

Es claro que aunque en este país las ventas a menores de 18 años, están prohibidas por la ley, esto no siempre se cumple y se ha demostrado que en la práctica se venden cigarros a menores y al por menor (suelos). Estudios confirman la realidad, niños entre 10 y 15 años, son capaces de comprar cigarros fácilmente, 79% en México D.F. y 98% en Ciudad Juárez<sup>275</sup>.

Existe adicionalmente la práctica de la venta al por menor de cigarros (suelos), con lo que la compra y consumo del producto por parte de niños y adolescentes es más fácil. Dicha venta unitaria está prohibida por la legislación sanitaria vigente, pero no se han logrado instrumentar acciones ante la venta de cigarros a menores ni por venta unitaria.

México tampoco ha podido hacer efectiva la prohibición de la venta y manufactura de dulce o chocolate en forma de cigarro.

### **Artículo 17. Apoyo a actividades alternativas económicamente viables**

Este artículo señala que “las Partes, en cooperación entre sí y con las organizaciones intergubernamentales internacionales y regionales competentes, promoverán según proceda alternativas económicamente viables para los

---

<sup>275</sup> Red México sin Tabaco, *et al.*, *op. cit.*, p. 16.

trabajadores, los cultivadores y eventualmente, los pequeños vendedores de tabaco”<sup>276</sup>.

México aún no ha desarrollado estrategias para la promoción de opciones económicamente viables para los trabajadores, cultivadores y pequeños vendedores de tabaco. Aunque puede señalarse que se fomentado la discusión del tema dentro de la Comisión Interinstitucional establecida para favorecer la aplicación del CMCT en nuestro país.

## **PARTE V: PROTECCIÓN DEL MEDIO AMBIENTE**

### **Artículo 18. Protección del medio ambiente y de la salud de las personas**

Este Artículo señala que “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”<sup>277</sup>.

De acuerdo con el “Instrumento de presentación de Informes 2006”, el gobierno de México, aún no reportó acciones para la atención a la protección ambiental y a la salud de las personas en relación con el medio ambiente<sup>278</sup>; sin embargo, existen estudios académicos y esfuerzos de la sociedad civil para conocer más de los efectos nocivos en la salud de los trabajadores que se dedican al cultivo de tabaco y por ello están expuestos a químicos, plaguicidas y fertilizantes. Destaca entre dichos estudios, el trabajo de Patricia Romo sobre los daños que causa en la

---

<sup>276</sup> Secretaría de Salud: Consejo Nacional contra las Adicciones, *Instrumento de Presentación de Informes del Convenio Marco para el Control del Tabaco*, p. 16.

<sup>277</sup> *Idem*

<sup>278</sup> *Ibid.*, p.19.

salud de los jornaleros huicholes de Nayarit, la utilización de insecticidas tóxicos en el proceso de cultivo del tabaco<sup>279</sup>.

De hecho, a continuación se retoman algunos puntos planteados por la Dra. Romo, quien de acuerdo con sus labor señala que los trabajadores del campo que se dedican al cultivo de este producto, aquellos que realizan el corte y ensarte de las hojas de tabaco, son generalmente subcontratados por los ejidatarios o propietarios de la tierra y en su mayoría son población vulnerable que realiza este trabajo de forma temporal. Los describe como campesinos indígenas que trabajan en estos campos y prácticamente se mudan a las plantaciones con toda la familia, esposa e hijos, quienes en algunas ocasiones colaboran en las labores de cosecha. La familia duerme en el campo, come allí y bebe el agua de los pozos cercanos, exponiéndose permanentemente a los químicos y plaguicidas.

Están también los jornaleros mestizos que residen cerca de la zona de plantación y que se exponen a las mismas sustancias, no duermen al aire libre y tienen alguna pequeña casa o habitación. Sin embargo, algunas de estas personas se encargan de la mezcla y aplicación de los plaguicidas.

Los ejidatarios y sus familias muchas veces guardan los plaguicidas en sus casas y se encargan de aplicarlos, así que también se exponen a sus efectos dañinos. En general los involucrados en este proceso, sufren desde intoxicación leve hasta aguda con síntomas variados, dependientes del grado y tiempo de exposición. La Dra. Romo ha referido estudios que asocian el contacto con los plaguicidas con la malformación de hijos de mujeres expuestas y con daños en el control de la transmisión de impulsos nerviosos de los trabajadores.

---

<sup>279</sup> Patricia Díaz Romo; Samuel Salinas Álvarez, *Huicholes y Plaguicidas*. México, 1994. Video documental, 27 minutos.

## PARTE VI: CUESTIONES RELACIONADAS CON LA RESPONSABILIDAD

### Artículo 19. Responsabilidad

De acuerdo con este artículo, “las partes del Convenio 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”<sup>280</sup>.

Asimismo, los países miembros de la Conferencia de las Partes cooperarán entre sí mediante el intercambio de información sobre aspectos relacionados con los efectos en la salud, ocasionados por el consumo de tabaco y la exposición al humo de éste, tanto como información relativa a la legislación vigente y jurisprudencia relacionada con el control del tabaco.

En Estados Unidos, en 2004, la empresa tabacalera *British American Tobacco* (BAT) tenía pendientes de resolución 14 demandas colectivas relacionadas con daños a la salud producidos por el tabaco; mientras que la compañía *Philip Morris* gastó 933 millones de dólares en cuestiones judiciales durante el periodo 2002 a 2004<sup>281</sup>.

Empero, para el caso de nuestro país, no se reporta actuación alguna en cuanto a demandas legales contra la industria tabacalera por gastos de salud, entabladas por parte del gobierno. Tampoco se conoce de casos particulares, aunque se sabe del interés de las OSCs vinculadas con la lucha antitabáquica tanto en nuestro país como a nivel internacional, que buscan sustentar casos para iniciar la batalla judicial contra las tabacaleras.

---

<sup>280</sup> Secretaría de Salud: Consejo Nacional contra las Adicciones, *Instrumento de Presentación de Informes del Convenio Marco para el Control del Tabaco*, p. 17.

<sup>281</sup> Judith Mackay; Michael Eriksen; Omar Shafey, *op. cit.*, p.86.

## PARTE VII: COOPERACIÓN TÉCNICA Y CIENTÍFICA Y COMUNICACIÓN DE INFORMACIÓN

### Artículo 20. Investigación, vigilancia e intercambio de información

De acuerdo con lo establecido en el CMCT, “las Partes se comprometen a elaborar y promover investigaciones nacionales y a coordinar programas de investigación regionales e internacionales sobre control del tabaco”<sup>282</sup>.

De esta manera, establecerán 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 del mismo.

Se buscará también establecer progresivamente sistemas nacionales de vigilancia epidemiológica del consumo de tabaco, de los indicadores sociales, económicos y de salud relacionados; cooperar con organizaciones intergubernamentales internacionales y regionales así como con otros órganos competentes, incluidos organismos gubernamentales y no gubernamentales.

Al respecto, México incluyó en la Encuesta Nacional de Adicciones 2002, el rubro sobre consumo de tabaco, y fue realizada bajo la coordinación de CONADIC, por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INP), la Dirección General de Epidemiología (DGEPI) y el Instituto Nacional de Geografía, Estadística e Informática (INEGI). De igual manera, se realizó la Encuesta de Estudiantes de Enseñanza Media y Media Superior en el Distrito Federal 2003, llevada a cabo en conjunto por el (INP) y la Secretaría de Educación Pública (SEP)<sup>283</sup>.

---

<sup>282</sup> Secretaría de Salud: Consejo Nacional contra las Adicciones, *Instrumento de Presentación de Informes del Convenio Marco para el Control del Tabaco*, p. 17

<sup>283</sup> Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, *México contra el Tabaquismo*, p.11.

Durante 2003, el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), realizó en nuestro país la Encuesta sobre Tabaquismo en Jóvenes (GYTS), como parte de un estudio internacional que investiga el consumo de tabaco entre los jóvenes, además de la percepción de riesgo y otros temas relacionados. Durante 2005 se realizó la segunda edición de la encuesta en 10 ciudades del país.

A partir de 2002, CONADIC incluyó en el Observatorio Mexicano en Tabaco, Alcohol y Otras Drogas, una sección específica en la que se integran los resultados de las investigaciones epidemiológicas más recientes sobre consumo de tabaco. Además, con el propósito de aportar herramientas a las instituciones y profesionales encargados de detección de casos y proporcionar tratamiento, se han publicado y difundido los manuales “Consejería en Tabaquismo” y “Mejores Prácticas en la Prestación de Servicios para Dejar de Fumar”<sup>284</sup>.

México también cuenta con el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), cuya “importancia radica en la capacidad de generar información actualizada del comportamiento epidemiológico de las adicciones para su difusión en el ámbito del Sistema Nacional de Salud [así como a nivel internacional] y su utilización para los programas de prevención y protección de salud de los padecimientos, adicciones o situaciones de riesgo que afectan a la comunidad en forma grave y frecuente, como es el caso del tabaquismo”<sup>285</sup>.

## **Artículo 21. Presentación de informes e intercambio de información**

Cada uno de los Estados parte deberá presentar a la Conferencia de las Partes, por conducto de la Secretaría, informes periódicos sobre la aplicación del Convenio.

---

<sup>284</sup> *Ibid.*, p.12.

<sup>285</sup> Secretaría de Salud: Consejo Nacional contra las Adicciones, *Instrumento de Presentación de Informes del Convenio Marco para el Control del Tabaco*, p.20.

En su primera reunión, celebrada en febrero de 2006, la Conferencia de las Partes (COP1) decidió adoptar provisionalmente el formato para la presentación de informes nacionales y fue examinado nuevamente en la COP2.

En dicho formato para la presentación de informes por las Partes, existen tres grupos de preguntas. El grupo 1 se centra en las medidas legislativas, impositivas y financieras adoptadas; los grupos 2 y 3 contienen preguntas más complejas y detalladas sobre otros aspectos de la implementación del CMCT.

Cada Parte informará sobre las preguntas centrales del grupo 1 en un plazo de dos años a partir de la entrada en vigor del Convenio para esa Parte, México ya envió el informe respectivo al periodo 2001- 2006. Acerca de las preguntas del grupo 2, se habrá de reportar información en un plazo de cinco años a partir de la entrada en vigor del Convenio para esa Parte; y sobre las preguntas del grupo 3 en un plazo de ocho años a partir de la entrada en vigor del Convenio para esa Parte<sup>286</sup>.

La Conferencia de las Partes evaluará los progresos realizados a nivel regional y mundial basándose en los informes recibidos. Las Partes debieron presentar sus informes a más tardar el 27 de febrero de 2007.

## **Artículo 22. Cooperación científica, técnica y jurídica y prestación de asesoramiento especializado**

El CMCT señala que las Partes cooperarán entre sí o por conducto de organismos internacionales. La Conferencia de las Partes promoverá y facilitará la transferencia de conocimientos técnicos, científicos, jurídicos y de tecnología con apoyo financiero.

---

<sup>286</sup> Organización Mundial de la Salud, *Asuntos señalados en decisiones adoptadas por la Conferencia de las Partes que requieren adopción de medidas en el intervalo entre sus reuniones primera y segunda. Presentación de informes e intercambio de información (decisión FCTC/COP1(14))*, Suiza, 9 de mayo de 2007, Dirección URL: [http://www.who.int/gb/fctc/PDF/cop2/FCTC\\_COP2\\_6-sp.pdf](http://www.who.int/gb/fctc/PDF/cop2/FCTC_COP2_6-sp.pdf), [consulta: 12 de mayo de 2007].

México, a través del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), reportó la prestación de asesoramiento técnico a fin de cooperar en el fortalecimiento de estrategias, planes y programas de control del tabaco en otros países, como a continuación se detalla<sup>287</sup>:

- En octubre de 2006 se realizó una asesoría en control del tabaco en espacios abiertos para la Asociación Argentina de Cardiología.
- En octubre de 2003, el INER proporcionó asistencia a una institución gubernamental en salud de Indianápolis, Estados Unidos, en la modalidad de visita académica de 2 a 3 días para conocer el método de tratamiento integral de la adicción a la nicotina.
- Durante el periodo de enero-abril de 2003, se realizó una visita académica de 4 meses a la Universidad de las Palmas de Gran Canaria, España.
- Fue efectuada una visita académica de orientación de dos días, sobre el tratamiento integral de la adicción a la nicotina a la Secretaría de Salud de Uruguay en octubre de 2003.
- El INER, fue invitado por la Secretaría de Salud de Ecuador y la Sociedad Ecuatoriana de Neumología para impartir un curso taller sobre el tratamiento para dejar de fumar a 70 profesionales de la salud, en agosto de 2003.

---

<sup>287</sup> Secretaría de Salud: Consejo Nacional contra las Adicciones, *Instrumento de Presentación de Informes del Convenio Marco para el Control del Tabaco*, pp. 23, 24.



Con respecto a la asistencia recibida, México dio a conocer la siguiente información<sup>288</sup>:

- Estados Unidos, a través de la Escuela de Salud Pública *John Hopkins Bloomberg*, el Centro Internacional *Fogarty* y el Programa Internacional de Investigación y Construcción de Capacidades sobre Tabaco y Salud (*International Tobacco and Health Research Capacity Building Program*), brindó al Instituto Nacional de Salud Pública de México, el Curso de Verano “Perspectivas de Control del Tabaquismo”, por parte del Instituto para el Control Global del Tabaco (*Institute for Global Tobacco Control*), durante el periodo 2000-2006;
- Taller de capacitación para los países pertenecientes al Plan Puebla-Panamá, intitulado: “Metodología para la estimación de Costos de Atención Médica atribuibles al consumo de drogas”, realizado en San José, Costa Rica con apoyo de la Secretaría de Relaciones Exteriores (SRE), en 2004;
- Taller “Datos para la acción”, celebrado del 12 al 15 de Octubre de 2005 en Cuernavaca, Morelos.

De igual forma, dentro del aspecto de cooperación internacional, desde el 2006, el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, está desarrollando guías de tratamiento a la adicción a la nicotina con la Sociedad Latinoamericana del Tórax, con la finalidad de enseñar a los médicos la aplicación de un tratamiento efectivo.

---

<sup>288</sup> *Ibid.*, pp. 19,20

## **PARTE VIII: ARREGLOS INSTITUCIONALES Y RECURSOS FINANCIEROS**

### **Artículo 23. Conferencia de las Partes**

Por medio de este Artículo, se establece una Conferencia de las Partes, la cual se reunió por primera vez en febrero de 2006 en Ginebra, Suiza, en donde se acordó que las reuniones subsecuentes se celebrarían regularmente.

También se estableció que se podrán llevar a cabo reuniones extraordinarias cuando 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<sup>289</sup>.

Durante la Primera Reunión de la Conferencia de las Partes (COP), se adoptó su Reglamento Interior, sus normas de gestión financiera, así como las disposiciones financieras que regirán el funcionamiento de la Secretaría. Se adoptó un presupuesto para el ejercicio financiero del año, el cual se establecerá en cada una de las siguientes reuniones de la COP.

La COP se encarga en general, de la vigilancia del cumplimiento del Convenio y su brazo operativo es la Secretaría.

### **Artículo 24. Secretaría**

Se designará una secretaría permanente, las funciones de secretaría estarán a cargo de la OMS entre las funciones están: adoptar disposiciones para la reunión, preparar y transmitir los informes, recopilar y transmitir la información, así como asegurar la coordinación necesaria de las partes entre sí y con las organizaciones intergubernamentales internacionales y regionales y otros órganos competentes.

---

<sup>289</sup> *Ibid.*, pp. 20-21.

## **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”<sup>290</sup>.

## **Artículo 26. Recursos financieros**

Cada Parte procurará el financiamiento necesario para sus actividades nacionales encaminadas al cumplimiento del Convenio. Las Partes se comprometen a establecer un fondo u otros mecanismos financieros apropiados para canalizar recursos financieros adicionales, sobre todo para los países en desarrollo y las economías en transición.

## **PARTE IX: SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS**

### **Artículo 27. Solución de controversias**

Si surge una controversia, se procurará resolver la controversia por vía diplomática mediante negociación o cualquier otro medio pacífico de elección de las Partes en conflicto, por ejemplo buenos oficios, mediación o conciliación.

Al ratificar su adhesión al CMCT, cualquier Estado u organización de integración económica regional podrá declarar que en caso de controversia no resuelta, acepta como obligatorio un arbitraje especial de acuerdo con los procedimientos que adopte por consenso la Conferencia de las Partes.

---

<sup>290</sup> *Ibid.*, p.22.

## **PARTE X: DESARROLLO DEL CONVENIO**

### **Artículo 28. Enmiendas del presente Convenio**

Cualquiera de las Partes podrá proponer enmiendas del presente Convenio, las cuales serán examinadas por la Conferencia de las Partes.

Las enmiendas serán adoptadas por la Conferencia. La Secretaría comunicará a las Partes el texto del proyecto de enmienda al menos seis meses antes de la reunión, comunicando toda enmienda adoptada al Depositario, y éste la hará llegar a todas las Partes para su aceptación. 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.

### **Artículo 29. Adopción y enmienda de los anexos del presente Convenio**

Los anexos se propondrán, adoptarán y entrarán en vigor de acuerdo con este Artículo. Los anexos del Convenio formarán parte integrante del mismo.

## **PARTE XI: DISPOSICIONES FINALES**

### **Artículo 30. Reservas**

No podrán formularse reservas a este Convenio.

### **Artículo 31. Denuncia**

Después de dos años a partir de la fecha de entrada en vigor, alguna Parte podrá denunciar el Convenio, previa notificación por escrito al Depositario.

La denuncia surtirá efecto al cabo de un año contado desde la fecha en que el Depositario haya recibido la notificación correspondiente o en la fecha que se indique en dicha notificación.

### **Artículo 32. Derecho de voto**

Cada Parte en el Convenio tendrá un voto, excepto las organizaciones de integración económica regional, que 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**

Cualquier Parte podrá proponer protocolos. Dichas propuestas serán examinadas y adoptadas por la Conferencia de las Partes, de preferencia por consenso; de no ser así, será adoptado por una mayoría de tres cuartos de las Partes presentes y votantes.

### **Artículo 34. Firma**

El Convenio está abierto a la firma de los Miembros de la OMS, de los miembros de la Organización de las Naciones Unidas, así como de las organizaciones de integración económica regional en la sede la OMS 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**

Este Convenio está 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.

### **Artículo 36. Entrada en vigor**

El presente Convenio entrará en vigor al nonagésimo día desde la fecha en que haya sido depositado el cuadragésimo instrumento de ratificación, aceptación, aprobación, confirmación oficial o adhesión.

Respecto de cada Estado que ratifique, acepte, apruebe el Convenio o se adhiera a él, 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.

### **Artículo 37. Depositario**

El Secretario General de las Naciones Unidas es 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 encuentra en poder del Secretario General de las Naciones Unidas.

### 5.3. Perspectivas para el control del tabaquismo en México (2007-2012)

Una vez hecho el recuento de las acciones realizadas por México con el propósito de implementar las disposiciones contenidas en el Convenio Marco para el Control Tabaco, resulta pertinente revisar las propuestas del gobierno mexicano en el periodo 2007 a 2012. Al respecto, a continuación se retoman las reflexiones sobre las acciones futuras que habrán de emprenderse bajo los lineamientos del Programa Nacional de Promoción y Prevención para una mejor Salud, el cual se basa en el Programa Nacional de Salud 2007-2012<sup>291</sup>.

En este sentido, se reconoce la necesidad de que gobierno y sociedad trabajemos de manera conjunta para lograr la implementación del CMCT en nuestro país y avanzar de manera sustancial en el control del tabaquismo.

Para ello, se ha reformado la legislación nacional con el propósito de fortalecer las medidas para reducir el consumo de tabaco, así como proteger la salud de fumadores y no fumadores promoviendo espacios 100% libres de humo de tabaco. De la misma manera, esta legislación busca avanzar en las cuestiones pendientes como la inclusión de pictogramas o imágenes en las cajetillas, cubriendo ambas caras del paquete; prohibir los términos engañosos como: light, ligeros, suaves; formular los lineamientos para que la industria tabacalera informe sobre los contenidos de sus productos; prohibir la publicidad y el patrocinio de cualquier actividad, así como la venta de juguetes o golosinas que promuevan los productos del tabaco o imiten su forma, el obsequio de muestras o promociones; e incentivar la creación de una política fiscal específica para los productos del tabaco<sup>292</sup>.

De esta manera, como parte de estas propuestas, durante 2007 se discutió la “Iniciativa con proyecto de decreto por el que se crea la Ley General para el

---

<sup>291</sup> Mauricio Hernández-Ávila, *et al.*, “Perspectivas para el control del tabaquismo en México: reflexiones sobre las políticas actuales y acciones futuras”, [en línea], México, *Salud Pública de México*, vol. 49, sup. 2, 2007, Dirección URL: <http://www.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=001989>, [consulta: 30 de enero de 2008], p. 306.

<sup>292</sup> *Idem*

Control del Tabaco, se derogan y se reforman diversos artículos de la Ley General de Salud”, que fue presentada por un grupo de legisladores<sup>293</sup> comprometidos con la protección de la salud de los mexicanos.

Dicha iniciativa fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de mayo de 2008 y entrará en vigor a partir del 28 de agosto del mismo año<sup>294</sup>. Cabe señalar que dicha Ley, contiene sólidos apartados de exposición de motivos y justificación, los cuales se basan evidencias científicas ya por demás conocidas acerca de los problemas de enfermedad y muerte que ocasiona el tabaco.

Por su importancia como la primera propuesta de una Ley General para el Control del Tabaco, a continuación se describen sus aspectos principales y su articulado.

Como se ha escrito, esta iniciativa es un primer acercamiento a la normatividad específica para el tema del tabaco en un sentido general, integral, facultativo y flexible, lo cual, a saber por la propia propuesta, quiere decir que es<sup>295</sup>:

- General: Por que se pretende incidir válidamente en todos los ordenamientos jurídicos secundarios.
- Integral: Es integral porque aborda en una única ley una amplia gama de temas sobre el control del tabaco.

---

<sup>293</sup> Iniciativa presentada por: el Diputado Éctor Jaime Ramírez Barba (Partido Acción Nacional, PAN), el Senador Ernesto Saro Boardman (PAN), la Diputada Oralia Vega Ortiz (Partido Revolucionario Institucional, PRI), Senador Javier Orozco Gómez (Partido Verde Ecologista de México, PVEM), Diputado Fernando Mayans Canabal (Partido de la Revolución Democrática, PRD), Senador Andrés Galván Rivas (PAN), Diputado Juan Abad de Jesús (Partido Convergencia), Senador Humberto Andrade Quezada (PAN), Diputado Efraín Morales (PRD), Senador Ricardo Torres Origel (PAN), Diputada Patricia Chozas y Chozas (Pvem), Diputados del Partido Acción Nacional Efraín Arizmendi Uribe, Adriana Vieyra Olivares, José Antonio Muñoz Serrano, Margarita Arenas Guzmán, Martín Malagón Ríos y el Diputado Roberto Mendoza Flores (PRD). Los Senadores Guillermo Enrique Marcos Tamborrel (PAN) y Lázaro Mazón Alonso (PRD).

<sup>294</sup> *Ley General para el Control del Tabaco*, [en línea], México, Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Centro de Documentación, Información y Análisis, 30 de mayo de 2008, Dirección URL: <http://www.cdhcu.gob.mx/LeyesBiblio/doc/LGCT.doc>, [consulta: 1 de julio de 2008].

<sup>295</sup> *Ibid.*, p. 9.



- Facultativo: Es facultativo ya que la legislación sólo faculta la fabricación, la promoción, la venta y el uso de productos del tabaco dónde, cuándo y cómo lo autorice la ley y las normas que de ella se deriven.
- Flexible: Es flexible por que permite la modificación eficaz de los reglamentos en respuesta a aspectos como los siguientes:
  - una necesidad de cerrar escapatorias no intencionales o lagunas jurídicas;
  - una necesidad de combatir estrategias de incumplimiento, evasión o impugnación de la Ley o Reglamentos de Control del Tabaco;
  - una evaluación de las repercusiones de la legislación que indican la necesidad de mejoras;
  - nuevas pruebas científicas acerca de medidas eficaces, y
  - un progreso en la opinión pública o la voluntad política que permitan la aplicación de medidas más estrictas.

Si bien no es una ley acabada que integre todos los aspectos contenidos en el CMCT, si brinda el soporte para las acciones de control del tabaquismo en sentido enunciativo pero no de forma limitativa. Cabe señalar que aunque este esfuerzo es perfectible, es un magnífico comienzo para implementar el Convenio Marco en México a partir de una estrategia jurídica de aplicabilidad en todo el territorio nacional.

Se debe también considerar que aunque celebramos la aprobación de esta iniciativa, serán necesarios reglamentos específicos para aspectos como<sup>296</sup>:

- características físicas de los espacios 100% libres de humo
- la reglamentación de la venta;

---

<sup>296</sup> *Ibid.*, p.11.

- la reglamentación de productos del tabaco, de sus componentes, incluidos los sistemas de medición y su estandarización, etc.;
- la revelación de ingredientes e incluso;
- la rotulación y etiquetado de dichos productos; y
- todos aquellos que el CMCT y los descubrimientos científicos, tecnológicos, epidemiológicos y en materia de políticas públicas sean útiles en el control del tabaco.

Cabe señalar que todo lo anterior se encuentra previsto en el propio CMCT y se está trabajando para desarrollar protocolos específicos. El reto entonces se convierte en lograr que estas disposiciones sean efectivas y que controlen con eficacia el tabaco. Pero sobre todo, se debe cuidar que no queden huecos para que la ley pueda ser burlada o la corrupción ensombrezca su cumplimiento.

Esta iniciativa pretende que la Ley sea aplicable en aspectos como el control sanitario de los productos del tabaco, de su importación y exportación; y la protección contra la exposición al humo de tabaco de segunda mano<sup>297</sup>.

En su Artículo segundo, plantea que “las disposiciones son de orden público e interés social y de observancia general en todo el territorio nacional y las zonas sobre las que la nación ejerce su soberanía y jurisdicción”<sup>298</sup>. Sin embargo, para los efectos de concurrencia en la prestación de servicios [de salud] la Federación y las entidades federativas celebrarán los convenios de coordinación que sean necesarios para la aplicación de [esta] Ley<sup>299</sup>.

Para la concurrencia en la prestación de servicios, tendrán que celebrarse los convenios respectivos entre la Federación y las entidades federativas con el propósito de aplicar la Ley General para el Control del Tabaco<sup>300</sup>.

---

<sup>297</sup> *Ibid.*, pp. 33-34.

<sup>298</sup> *Ibid.*, p. 34.

<sup>299</sup> *Idem*

<sup>300</sup> *Idem*

De acuerdo con lo propuesto en el Artículo 4 de la citada Ley, “la orientación, educación, prevención, producción, distribución, comercialización, importación, exportación, consumo, publicidad, promoción, patrocinio, muestreo, verificación y en su caso la aplicación de medidas de seguridad y sanciones relativos a los productos del tabaco serán reguladas bajo los términos establecidos en esta ley”<sup>301</sup>.

Las finalidades primordiales en esta legislación, se enfocan en la protección de la salud de la población de los efectos nocivos del tabaco. Para lograr tal fin, será necesario trabajar en los aspectos que a continuación se mencionan<sup>302</sup>:

- Establecer las bases para la protección contra el humo de tabaco de segunda mano;
- Establecer las bases para la producción, etiquetado, empaquetado, promoción, distribución, venta, consumo y uso de los productos del tabaco;
- Instituir medidas para reducir el consumo de tabaco, particularmente en los menores;
- Fomentar la promoción, la educación para la salud, así como la difusión del conocimiento de los riesgos atribuibles al consumo y a la exposición al humo de tabaco de segunda mano;
- Establecer los lineamientos generales para el diseño y evaluación de legislación y políticas públicas basadas en evidencia contra el tabaquismo;
- Establecer los lineamientos generales para la entrega y difusión de la información sobre los productos del tabaco y sus emisiones; y
- Las demás que sean necesarias para el cumplimiento de sus objetivos.

En este sentido, parece aún abierta la legislación, es decir, quedan huecos, no queda claro cómo o cuáles son las bases que tendrán que establecerse para

---

<sup>301</sup> *Idem*

<sup>302</sup> *Ibid.*, pp.34-35.

lograr la protección del humo de tabaco ajeno, así como las cuestiones relativas a la cadena productiva (desde la producción hasta la venta y promoción del tabaco).

El Artículo 6 ofrece la descripción de términos utilizados en el texto de la Ley General para el Control del Tabaco.

Es importante también considerar cuáles son las atribuciones del Ejecutivo Federal que se plantean en esta iniciativa. Se considera que “la aplicación de esta Ley estará a cargo de la Secretaría [de Salud] en coordinación con los titulares de la Secretaría de Educación Pública, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la Secretaría de Economía, la Procuraduría General de la República y otras autoridades competentes”<sup>303</sup>.

La Secretaría de Salud coordinará al Consejo Nacional contra las Adicciones y a la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios para la implementación de esta Ley, sus reglamentos y demás disposiciones aplicables<sup>304</sup>. De la misma forma, la Secretaría coordinará las acciones que se desarrollen contra el tabaquismo<sup>305</sup>, asimismo establecerá los lineamientos para la ejecución y evaluación del Programa contra el Tabaquismo<sup>306</sup>.

Dentro de las facultades de la Secretaría, se encuentran las siguientes<sup>307</sup>:

- Coordinar todas las acciones relativas al control de los productos del tabaco y los productos accesorios del tabaco;
- Establecer disposiciones de buenas prácticas de manufactura de los productos del tabaco;
- Establecer métodos de análisis para evaluar la conformidad de la fabricación de productos con las disposiciones aplicables;

---

<sup>303</sup> *Ibid.*, p. 38.

<sup>304</sup> *Ibid.*, p. 39.

<sup>305</sup> *Idem*

<sup>306</sup> *Idem*

<sup>307</sup> *Ibid.*, pp. 40-41.

- Regular sobre la información que los fabricantes deben proporcionar a las autoridades correspondientes y al público acerca de los productos del tabaco y sus emisiones;
- Regular todo lo relativo a las características, especificaciones y procedimientos relacionados con el envasado y etiquetado de los productos del tabaco, incluyendo lo relativo a paquetes individuales, cajetillas y al mayoreo;
- Emitir las autorizaciones correspondientes para la producción, venta y distribución de los productos del tabaco;
- Emitir las disposiciones para la colocación y contenido de los letreros que se ubicarán en lugares donde haya venta de productos del tabaco;
- Formular las disposiciones relativas a los espacios libres de humo de tabaco;
- Regular sobre la importación de productos del tabaco para lograr el seguimiento de la cadena de distribución de los productos importados;
- Promover espacios 100% libres de humo de tabaco y programas de educación para un medio ambiente libre de humo de tabaco;
- Promover la participación de la sociedad civil en la ejecución del Programa contra el Tabaquismo; y
- Proponer al Ejecutivo Federal las políticas públicas para el control del tabaco y sus productos con base en evidencias científicas y en determinación de riesgo sanitario.

En su Artículo 13, esta Ley se refiere a la obligación de la industria tabacalera de entregar a la Secretaría de Salud, quien posteriormente la hará pública, información sobre el contenido de los productos de tabaco, ingredientes utilizados, sus emisiones y sus efectos en la salud<sup>308</sup>. Lo anterior será reglamentado, por ello resulta importante que las disposiciones complementarias sean cuidadosamente elaboradas para evitar que el ingenio malintencionado pueda socavar los efectos

---

<sup>308</sup> *Ibid.*, p. 42.

de la legislación que tiene como fin último la protección de la salud de la población.

De acuerdo con el Título Segundo de la Ley, el cual se refiere al comercio, distribución, venta y suministro de los productos del tabaco, “todo establecimiento que produzca, fabrique, distribuya o suministre productos del tabaco requerirá licencia sanitaria”<sup>309</sup>, también requerirá dicha licencia “quien comercie, venda, distribuya o suministre [tales] productos”<sup>310</sup> debiendo exhibirla dentro del establecimiento.

Quien venda productos del tabaco, tendrá que “mantener un anuncio situado al interior del establecimiento con las leyendas sobre la prohibición de comercio, venta, distribución o suministro a menores [así como] las leyendas de advertencia, imágenes y pictogramas autorizados por la Secretaría. Exigir[á también] a la persona que se presente a adquirir productos del tabaco identificación oficial con fotografía, sin la cual no podrá realizarse lo anterior”<sup>311</sup>.

Esta Ley contempla la prohibición de la venta de “cigarros por unidad o en empaques, que contengan menos de catorce o más de veinticuatro unidades, o tabaco picado en bolsas de menos de diez gramos”<sup>312</sup>.

Resulta interesante también que el Artículo 16 indica que queda prohibido “exhibir productos del tabaco en los sitios y establecimientos autorizados para su comercio, venta, distribución y suministro”<sup>313</sup>, lo anterior puede ser positivo dado que el hecho de que los productos no sean exhibidos haría menos probable la compra de los mismos.

---

<sup>309</sup> *Idem*

<sup>310</sup> *Idem*

<sup>311</sup> *Ibid.*, pp. 42-43.

<sup>312</sup> *Ibid.*, p. 43.

<sup>313</sup> *Idem*

De la misma manera, se prohíbe el comercio de productos del tabaco mediante distribuidores automáticos o máquinas expendedoras; la venta por teléfono, correo, internet o cualquier otro medio de comunicación; y la distribución de productos del tabaco al público en general<sup>314</sup>.

En cuanto a los menores de edad, la iniciativa promueve la prohibición del comercio, distribución, donación, regalo, venta y suministro de productos del tabaco a esta población. Se prohíbe también emplear a menores de edad en actividades de comercio, producción, distribución, suministro y venta de estos productos y en la promoción de objetos que aunque no sean un producto del tabaco, contengan alguno de los elementos de la marca o cualquier tipo de diseño o señal auditiva que lo identifique con productos del tabaco<sup>315</sup>.

La Ley tiene un aporte importante, fundamental para la implementación del CMCT, pero asegurar su cumplimiento es tanto o más necesario. Lamentablemente en México ese es un punto débil, pues a pesar de la prohibición de venta de cigarrillos a menores, la venta unitaria de estos productos es algo cotidiano, por ello, más allá de lo dispuesto en la ley, asegurar su cumplimiento es una tarea pendiente no solo del gobierno, corresponde a la sociedad apoyar en estas labores y denunciar el incumplimiento de las disposiciones legales.

Un aspecto que no estaba contemplado en la legislación, era la inclusión de imágenes en las cajetillas, por ello, esta Ley resulta un gran avance, pues establece que en todo empaquetado y etiquetado externo de los productos de tabaco se incluirán leyendas e imágenes de advertencia que muestren los efectos nocivos del consumo del tabaco, para lo cual, tendrán que ceñirse a las siguientes disposiciones<sup>316</sup>:

- a) Serán formuladas y aprobadas por la Secretaría;

---

<sup>314</sup> *Idem*

<sup>315</sup> *Ibid.*, pp. 43-44.

<sup>316</sup> *Ibid.*, p. 44.

- b) Se publicarán en forma rotatoria;
- c) Serán de alto impacto preventivo, claras, visibles, legibles y no deberán ser obstruidas por ningún medio;
- d) Deberán ocupar al menos el 50% de la cara anterior, 50% de la cara posterior y el 100% de una de las caras laterales del paquete y la cajetilla;
- e) Se deberán incorporar pictogramas, imágenes o fotografías en la cara anterior de la cajetilla;
- f) El 100% de una de las caras laterales será destinada a un mensaje sanitario, que del mismo modo será rotativo y deberá incorporar un número telefónico de información sobre prevención, cesación y tratamiento de las enfermedades o efectos derivados del consumo de productos del tabaco; y
- g) Las leyendas deberán ser escritas e impresas, sin que se invoque o haga referencia a alguna disposición legal.

Como se ha mencionado las imágenes pueden ser un elemento disuasivo para que las personas puedan reducir su consumo de tabaco, sin embargo, habrá que esperar las disposiciones que la Secretaría de Salud determine al respecto. En especial, debe tenerse en cuenta que para garantizar la efectividad de estas medidas, las imágenes y leyendas deberían rotarse con frecuencia. En este mismo sentido, la incorporación de un número telefónico podría ser específicamente el del Centro de Orientación Telefónica del Consejo Nacional contra las Adicciones.

Las cajetillas también deberán contener información sobre los componentes, emisiones y riesgos de los productos de tabaco<sup>317</sup>. Cabe señalar que tampoco se “emplearán términos, elementos descriptivos, marcas de fábrica o de comercios, signos figurativos o de otra clase que tengan el efecto de crear la falsa impresión de que un determinado producto del tabaco es menos nocivo que otro. De manera

---

<sup>317</sup> *Ibid.*, p. 45.



enunciativa más no limitativa quedan prohibidas expresiones tales como ‘bajo contenido de alquitrán, ‘ligeros’, ‘ultra ligeros’ o ‘suaves’”<sup>318</sup>.

Como un avance con respecto al comercio transfronterizo, se dispone que en todo empaquetado y etiquetado, se incluirá la leyenda: “Para su venta autorizada exclusiva en México”<sup>319</sup>.

En esta Ley, se estipula que queda prohibido realizar toda forma de patrocinio, y tanto la publicidad como la promoción de productos del tabaco solo podrán realizarse en revistas dirigidas a los adultos<sup>320</sup>.

Así también, se establece la prohibición del empleo de incentivos que fomenten la compra de productos del tabaco<sup>321</sup>.

En el Artículo 25 se refieren “las publicaciones de comunicaciones internas para la distribución entre los empleados de la industria tabacalera”<sup>322</sup>, las cuales, para efectos de esta Ley, no se considerarán publicidad o promoción. Este punto debe ser motivo de atención pues podría ser una entrada para algún tipo de información con la característica de publicidad no permitida por la Ley.

Ahora bien, otro aspecto que ha sido el centro de las políticas de promoción y prevención de la salud, es la protección contra la exposición al humo de tabaco. En esta medida, la Ley indica que se prohíbe el consumo de cualquier producto del tabaco “en todo lugar cerrado de acceso al público, salvo en los lugares permitidos específicamente para ello por los reglamentos aplicables”<sup>323</sup>.

También se señala que tendrán que habilitarse zonas específicas para fumar, las cuales “deberán ubicarse en espacios al aire libre, no ser áreas de paso obligado

---

<sup>318</sup> *Ibid.*, p. 46.

<sup>319</sup> *Idem*

<sup>320</sup> *Idem*

<sup>321</sup> *Ibid.*, p. 47.

<sup>322</sup> *Idem*

<sup>323</sup> *Idem*

para los usuarios y disponer de mecanismos que eviten el traslado de partículas hacia los espacios 100% libres de humo de tabaco”<sup>324</sup>. Este es otro aspecto que deberá vigilarse con atención pues la ubicación de las zonas autorizadas para fumar es importante para evitar los efectos dañinos del humo de tabaco ajeno. De la misma forma, tendrá que aclararse cuales son esos mecanismos que impedirán el traslado de partículas del humo, puesto que no se explica en esta Ley General contra el Tabaco.

En cuanto a las obligaciones de los propietarios, administradores o responsables de vigilar el cumplimiento del área libre de humo de tabaco, el Artículo 28 refiere la complicada tarea de hacer respetar los ambientes libres de humo de tabaco establecidos en todo lugar cerrado de acceso al público. Así también, el Artículo 29 explica que “ninguna persona consumirá, mantendrá o dejará encendido cualquier producto del tabaco en los espacios 100% libres de humo de tabaco”<sup>325</sup>.

En lo que respecta a la señalización, la Ley establece la obligación de colocar letreros visibles y claros que muestren que se trata de un “Espacio 100% libre de humo de tabaco”. De igual forma, los letreros incluirán un número telefónico para denunciar el incumplimiento de esta ley. No se indica cual será ese número telefónico ni que área de la Secretaría será la encargada de recibir las denuncias y cual será el procedimiento para ello.

Los Artículos 31 al 36, se refieren a las medidas para combatir la producción ilegal y el comercio ilícito de productos del tabaco. Con este propósito, se faculta a la Secretaría de Salud para “identificar, comprobar, certificar y vigilar, en el ámbito nacional, la calidad sanitaria de los productos del tabaco materia de importación”<sup>326</sup>.

---

<sup>324</sup> *Idem*

<sup>325</sup> *Ibid.*, p. 48.

<sup>326</sup> *Idem*

También se acredita a la Secretaría de Salud para requerir permisos sanitarios para la importación de productos del tabaco, materias primas y derivados<sup>327</sup>, de acuerdo con las bases establecidas en el Artículo 33 que entre otras, determinan que los importadores y distribuidores deberán tener domicilio en México; los productos que pueden importarse deben estar respaldados por la documentación que se indicará en los reglamentos de la Ley; los productos podrán ser analizados por la Secretaría de Salud y todos los productos que ingresen por primera vez al país serán analizados<sup>328</sup>.

Esta Ley faculta a la Secretaría de Salud, para que mediante los verificadores pueda “intervenir en puertos marítimos y aéreos, en las fronteras y, en general, en cualquier punto del territorio nacional, en relación con el tráfico de productos de tabaco y de los productos accesorios del tabaco, para los efectos de identificación, control y disposición sanitarios”<sup>329</sup>.

En tanto, las políticas públicas tendientes a controlar los productos del tabaco serán determinadas por la Secretaría de Salud e incluirán, de acuerdo con el Artículo 35, “la prohibición o restricción de la venta y/o importación de productos de tabaco libres de impuestos y libres de derechos de aduana por los viajeros internacionales; y el aumento en los impuestos de importación y exportación a los productos del tabaco”<sup>330</sup>.

Estas políticas tendrían que ser más detalladas para evitar que se traten de la ideología o posición de un gobierno. Lo importante es establecer políticas de Estado a favor de la salud de las personas mediante el control del tabaco.

Con este avance que aporta la Ley es posible dar pasos hacia la creación de un impuesto especial para los productos del tabaco, aunque por el momento se cuenta con un mecanismo de aumento gradual en el IEPS.

---

<sup>327</sup> *Idem*

<sup>328</sup> *Ibid.*, p.49.

<sup>329</sup> *Ibid.*, p.50.

<sup>330</sup> *Idem*

Aunque se tiene prevista la participación de la Secretaría de Salud en la prevención del comercio, distribución, venta y fabricación ilícita de productos del tabaco, será la Procuraduría General de la República la encargada de “investigar, detectar, prevenir, erradicar y procesar a los culpables de los delitos previstos en la legislación penal”<sup>331</sup>.

La Ley en comento hace bien en reconocer la importancia de la participación ciudadana en la prevención del tabaquismo y el control del tabaco, específicamente en la “promoción de espacios 100% libres de humo de tabaco; [...] la investigación para la salud y generación de la evidencia científica en materia del control del tabaco; difusión de las disposiciones legales en materia del control de los productos del tabaco; coordinación con los Consejos Nacional y Estatales contra las Adicciones; y las acciones de auxilio de aplicación de esta Ley como la denuncia ciudadana”<sup>332</sup>.

También, para el cumplimiento de la Ley General para el Control del Tabaco (LGCT), se ha dispuesto que corresponderá a la Secretaría de Salud, de acuerdo con la Ley General de Salud (LGS) y las otras disposiciones que sean aplicables, la expedición de las autorizaciones requeridas por la LGCT; la revocación de dichas autorizaciones; la vigilancia del cumplimiento de esta legislación para el control del tabaco; y la ejecución de los actos del procedimiento para aplicar medidas de seguridad y sanciones<sup>333</sup>.

En cuanto al punto anterior, cabe señalar que aunque de acuerdo con las atribuciones ya mencionadas de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), se esperaría que fuese el área designada por la Secretaría de Salud para dar cumplimiento a este aspecto; sin embargo, no se establece a quien exactamente corresponde esa tarea.

---

<sup>331</sup> *Ibid.*, p. 51.

<sup>332</sup> *Idem*

<sup>333</sup> *Ibid.*, p. 52.

En este mismo sentido, a continuación se mencionan los aspectos relacionados con la vigilancia sanitaria. Especialmente, se describen las funciones de los verificadores sanitarios, quienes “serán nombrados y capacitados por la Secretaría de Salud, de acuerdo a lo establecido en la LGS y disposiciones aplicables”<sup>334</sup>.

Los verificadores sanitarios se encargarán de acciones tendientes a la orientación, educación, y verificación de las disposiciones de la LGCT, de la Ley General de Salud y otras disposiciones en materia de control sanitario de los productos del tabaco<sup>335</sup>. También se aclara que podrán realizar visitas ordinarias y extraordinarias, sea por denuncia ciudadana u otro motivo<sup>336</sup>.

Queda establecido en el Artículo 42, que la labor de los verificadores sanitarios con relación al control del tabaco, así como la de las autoridades de cualquier nivel no podrá ser obstaculizada bajo ninguna circunstancia<sup>337</sup>.

De acuerdo con el Artículo 43, toda acción de vigilancia sanitaria deberá realizarse conforme con los procedimientos establecidos en la Ley General de Salud<sup>338</sup>. Por lo tanto, será necesaria la capacitación de los verificadores y de los funcionarios involucrados en estas actividades para que mediante un cabal conocimiento de la Ley y sus propósitos puedan colaborar de manera correcta en la vigilancia de su cumplimiento.

En la misma línea, debe resaltarse la importancia de la denuncia ciudadana para asegurar el cumplimiento de la Ley General para el Control del Tabaco. Así, es fundamental que se haga pública la información para que la población esté enterada de que “cualquier persona podrá presentar ante la autoridad correspondiente una denuncia en caso de que observe el incumplimiento de

---

<sup>334</sup> *Idem*

<sup>335</sup> *Idem*

<sup>336</sup> *Ibid.*, pp. 52, 53.

<sup>337</sup> *Ibid.*, p. 53.

<sup>338</sup> *Idem*

cualquiera de las obligaciones establecidas en esta Ley, sus reglamentos y demás disposiciones aplicables”<sup>339</sup>. Además el denunciante tendrá la garantía de que se salvaguardará su identidad e integridad<sup>340</sup>.

Para este fin, la Secretaría de Salud pondrá en operación una línea telefónica de acceso gratuito para que los ciudadanos puedan efectuar denuncias, quejas y sugerencias sobre los espacios 100% libres de humo de tabaco así como el incumplimiento de esta Ley, sus reglamentos y demás disposiciones aplicables<sup>341</sup>. Aún se desconoce si este número corresponderá al Centro de Orientación Telefónica del CONADIC o se habilitará otro centro especial para recibir este tipo de llamadas.

Tener una Ley de aplicación general para el control del tabaco, es un gran paso, que esta ley se cumpla, es un gran reto y para ello es importante que la legislación tenga un mecanismo de sanciones que pueda disuadir el incumplimiento.

Por tal motivo, el incumplimiento de esta Ley, sus reglamentos y demás disposiciones, serán sancionados administrativamente por las autoridades sanitarias, además de las penas correspondientes cuando se tipifiquen como delitos<sup>342</sup>.

Estas sanciones administrativas pueden ir desde la amonestación con apercibimiento; la multa; la clausura temporal o definitiva, que podrá ser parcial o total; hasta el arresto hasta por treinta y seis horas<sup>343</sup>.

De acuerdo con el Artículo 49 de la Ley General para el Control del Tabaco, la autoridad sanitaria deberá fundar y motivar la resolución, para aplicar la sanción tomando en cuenta<sup>344</sup>:

---

<sup>339</sup> *Idem*

<sup>340</sup> *Idem*

<sup>341</sup> *Idem*

<sup>342</sup> *Ibid.*, p. 54.

<sup>343</sup> *Idem*

- Los daños que se hayan producido o puedan producirse en la salud de las personas;
- La gravedad de la infracción;
- Las condiciones socio-económicas del infractor;
- La calidad de reincidente del infractor; y
- El beneficio obtenido por el infractor como resultado de la infracción.

En este sentido, las multas aplicables serán<sup>345</sup>:

- De hasta mil veces el salario mínimo general diario vigente en la zona económica de que se trate, el consumo de tabaco en espacios libres de humo de tabaco o la falta de letreros que indiquen que se trata de un ALHT (ambiente libre de humo de tabaco), es decir, el incumplimiento de las disposiciones contenidas en los Artículos 29 y 30 de esta Ley;
- De mil hasta cuatro mil veces el salario mínimo general diario vigente en la zona económica de que se trate, la falta de licencia sanitaria y las acciones en contra de lo dispuesto en materia de comercio, distribución, venta y suministro de los productos de tabaco, así como las faltas en cuanto al consumo en áreas prohibidas o el que dichas zonas no estén delimitadas o no cuenten con mecanismos de extracción de humo. Esto se refiere al incumplimiento de las disposiciones contenidas en los Artículos 14, 15, 16, 26, 27 y 28 de esta Ley; y
- De cuatro mil hasta diez mil veces el salario mínimo general diario vigente en la zona económica de que se trate, el incumplimiento en la entrega de información sobre contenidos de los productos de tabaco, ingredientes utilizados, sus emisiones y los efectos en la salud; así como faltas en referencia a la venta, donación regalo o suministro de tabaco a menores; violaciones de las disposiciones sobre empaquetado y etiquetado,

---

<sup>344</sup> *Idem*

<sup>345</sup> *Ibid.*, p. 55.

publicidad, promoción, patrocinio e importación. Disposiciones contenidas en los artículos 13, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 32 y 33, de esta Ley.

En caso de reincidencia, lo cual implica que el infractor “incumpla la misma disposición de esta Ley o sus reglamentos dos o más veces dentro del período de un año, contado a partir de la fecha en que se le hubiera notificado la sanción inmediata anterior”<sup>346</sup>, se duplicará el monto de la multa que corresponda.

La ley marca que el monto recaudado, producto de las multas, será destinado al Programa contra el Tabaquismo y a otros programas de salud prioritarios<sup>347</sup>. Este procedimiento también tiene que ser bien delimitado puesto que se corre el riesgo de que los recursos se apliquen en otros programas que si bien son importantes, no se relacionan con el tabaquismo y el control del tabaco.

De acuerdo con la gravedad de la infracción, se podrá proceder a la clausura temporal o definitiva, parcial o total de la actividad o establecimiento que incurra en faltas, con base en lo dispuesto en la Ley General de Salud<sup>348</sup>.

En cuanto al arresto hasta por 36 horas, este será de acuerdo con lo estipulado en el Artículo 427 de la Ley General de Salud<sup>349</sup>.

Para los casos en los que debido a la aplicación de la LGCT “se desprenda la posible comisión de uno o varios delitos la autoridad correspondiente formulará la denuncia o querrela ante el Ministerio Público sin perjuicio de la sanción administrativa que proceda”<sup>350</sup>.

---

<sup>346</sup> *Idem*

<sup>347</sup> *Idem*

<sup>348</sup> *Idem*

<sup>349</sup> *Ibid.*, p. 56.

<sup>350</sup> *Idem*



Los verificadores sanitarios estarán sujetos a la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos<sup>351</sup> y en todo lo relativo a los Procedimientos para la Aplicación de Medidas de Seguridad y Sanciones, los Recursos de Inconformidad y Prescripción, se aplicará lo establecido en las disposiciones de la Ley General de Salud<sup>352</sup>.

Cabe señalar que al momento de escribir esta parte de la Tesina, la ley anteriormente descrita, ya había sido aprobada; sin embargo, aún no se cuenta con la Reglamentación de la misma. Por lo que de acuerdo con lo establecido en la propia LGCT, el Reglamento sobre Consumo de Tabaco, permanecerá vigente hasta en tanto se emitan las disposiciones reglamentarias de dicha Ley<sup>353</sup>.

Los propietarios, administradores o responsables de los establecimientos que pretendan contar con zonas habilitadas para fumar, contarán con 180 días después de la publicación en el Diario de la Federación de esta Ley para efectos de llevar a cabo las modificaciones o adecuaciones necesarias en dichas zonas<sup>354</sup>. La Ley también contempla el caso de que los propietarios, administradores o responsables de los establecimientos no cuenten con las posibilidades económicas o de infraestructura necesarios para llevar a cabo las modificaciones o adecuaciones señaladas podrán recurrir a la Secretaria de Salud, dentro periodo especificado en el párrafo anterior “a efectos de celebrar los convenios o instrumentos administrativos necesarios que les permitan dar cumplimiento a la presente Ley”<sup>355</sup>.

---

<sup>351</sup> *Idem*

<sup>352</sup> *Idem*

<sup>353</sup> *Idem*

<sup>354</sup> *Ibid.*, pp. 56, 57.

<sup>355</sup> *Idem*

## **Conclusiones**

Resulta preciso resaltar que el Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud, constituye el primer tratado en el ámbito de la salud pública internacional, que es un instrumento jurídico, vinculante y multilateral.

El Convenio es la respuesta global para frenar muertes y daños irreversibles a la salud de la población mundial.

La mundialización como proceso que favorece la eliminación de fronteras en el ámbito de la salud y facilita la transferencia de riesgos así como los cambios en los estilos de vida de la gente; es un factor que impone un reto a los Estados puesto que no basta con regular a nivel nacional a la industria tabacalera, dado que la misma posee un carácter transnacional.

Asimismo, el propio proceso de la mundialización, también impulsa las acciones coordinadas de las naciones para hacer frente a la epidemia del tabaquismo, mediante el Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud.

La trascendencia del CMCT se circunscribe en diversas áreas; sin embargo, destaca su importancia como resultado de la discusión y el debate entre los 192 países miembros de la OMS; las organizaciones de la sociedad civil, nacionales e internacionales; así como de agricultores y permitió escuchar la voz de la propia industria tabacalera. Es decir, es producto del consenso de diferentes actores involucrados en el tema del tabaco.

El CMCT está evolucionando a través del desarrollo de protocolos y directrices en temas específicos, lo cual lo fortalece como instrumento internacional y como base de legislaciones nacionales que permiten su aplicación.

En el caso de México, se está avanzando en este sentido, toda vez que fue aprobada la Ley General para el Control del Tabaco, la cual traduce el CMCT y permite, entre otras cosas, que se respeten los espacios libres de humo. Ahora los lugares públicos cerrados, el transporte público, los lugares de trabajo, son ambientes libres de humo de tabaco y con ello se logra la protección de la salud de la población mexicana.

Esta Ley General debe ser reforzada por reglamentos específicos para continuar avanzando hasta llegar a constituirse en un país libre de humo de tabaco.

Falta mucho aún por recorrer aunque ya se han dado importantes pasos en otras materias como la publicidad, la promoción, y el patrocinio de producto del tabaco, así como la publicidad transfronteriza y el comercio ilícito.

La importante en este momento es no quitar el dedo del renglón, seguir insistiendo como sociedad para que se mantengan los logros alcanzados, se cumpla la Ley y pugnar por continuar avanzando en materia de control del tabaco a nivel nacional e internacional.

## Bibliografía

A. S. Robbins, *et al.*, *Costs of Smoking Among Active Duty U.S. Air Force Personnel*, [on line], United States, 1997, Direction URL: <http://www.medscape.com/viewarticle/413901>, [consulted: August 3 of 2006].

Action on smoking and health (ASH), Key Dates in the History of Tobacco. Archive, [on line], June 2000, Direction URL: [http://www.ash.org.uk/ash\\_xgh343k0\\_archive.htm](http://www.ash.org.uk/ash_xgh343k0_archive.htm), [consulted: March 5 of 2006].

Banco Mundial. Organización Panamericana de la Salud. *La epidemia del tabaquismo. Los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco. Publicación científica No 577*, [en línea], Estados Unidos, 2000, Dirección URL: <http://www.paho.org/Spanish/DBI/pc577.htm>, [consulta: 20 de octubre de 2006].

Bertera Robert L., "Du Pont: The effects of workplace health promotion on absenteeism and employment costs in a large industrial population", [on line], United States, *American Journal of Public Health*, vol. 80, no. 9, September 1990, Direction URL: <http://www.bmjournals.com/cgi/reprint/9/2/187.pdf>, [consulted: August 3 of 2006] 1101-1105 pp.

Borio Gene, "Tobacco Timeline", [on line], *Tobacco.org Tobacco News and Information*, 1993, Direction URL: [http://www.tobacco.org/History/Tobacco\\_History.htm](http://www.tobacco.org/History/Tobacco_History.htm), [consulted: November 20 of 2006].

Bunge, Mario, *La ciencia. Su método y su filosofía*, México, Siglo XXI, 1971, 159 pp.

Burns D.M., *et al.*, "Cigarette Smoking Behavior in the United States", *Changes in Cigarette-related Disease Risks and their Implication for Prevention and Control*, Smoking and Tobacco Control Monograph (8), NIH Publication No. 97-4213, United States, US Department of Health and Human Services (USDHHS), Public Health Service, and National Cancer Institute (NCI), U.S. Government Printing Office, 1997, 13-42 pp.

Burton Wayne N., "The Association of Health Risks With On-the-Job Productivity", [on line], United States, *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 47(8), August 2005, Direction URL: <http://www.joem.org/pt/re/joem/abstract.00043764-200508000-00002.htm;jsessionid=GTIR2DKph4lGYswMLxPhnB9Z5zSNJpw0QhjQ3TVPtTznFZwWVz30!370594218!181195629!8091!-1>, [consulted: August 3 of 2006], 769-777 pp.

Chacholiades, Melquiades, *Economía internacional*, México, McGraw-Hill, 1992, segunda edición, 743 pp.

*Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, México, Instituto de Investigaciones Jurídicas - UNAM, 13 de noviembre de 2006, Dirección URL: <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/fed/9/>, [consulta:27 de noviembre de 2006].

*Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados, 1969*, España, Equipo Nizkor y Derechos Humanos Human Rights, 16 de mayo de 1997, Dirección URL: <http://www.derechos.org/nizkor/ley/viena.html>, [consulta: 10 de noviembre de 2006].

Departamento de Salud y Servicios Sociales de Estados Unidos, *Tabaquismo y Salud en las Américas. Informe de la Cirujana General*, Estados Unidos, Oficina de Imprenta del Gobierno de los Estados Unidos en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud, 1992, 138 pp.

Díaz Romo Patricia; Salinas Álvarez Samuel, *Huicholes y Plaguicidas*. México, 1994. Video documental, 27 minutos.

Eco, Umberto, *Cómo se hace una tesis*, España Gedisa, 2006, octava reimpresión, 233 pp.

Guindon G. Emmanuel; Boisclaira David, *Documento de trabajo de salud, nutrición y población*, Suiza, Iniciativa "Liberarse del Tabaco", Organización Mundial de la Salud, Serie: Aspectos económicos del control del tabaco, tendencias pasadas, presentes y futuras del consumo de tabaco, 2004, 196 pp.

Hernández-Ávila Mauricio, *et al.*, "Perspectivas para el control del tabaquismo en México: reflexiones sobre las políticas actuales y acciones futuras", [en línea], México, *Salud Pública de México*, vol. 49, sup. 2, 2007, Dirección URL: <http://www.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=001989>, [consulta: 30 de enero de 2008], 306 pp.

Hernández-Vela Salgado, Edmundo, *Diccionario de Política Internacional*, México, Porrúa, 1996, cuarta edición, 583 pp.

Hernández-Vela Salgado Edmundo, "Globalización", *Enciclopedia de Relaciones Internacionales*, [en línea], 4 de junio de 2008, Dirección URL: <hvela@servidor.unam.mx>, [consulta realizada el 4 de junio de 2008], archivo del mensaje: [ale\\_pdeleon@yahoo.com](mailto:ale_pdeleon@yahoo.com)

Hernández-Vela Salgado Edmundo, "Mundialización", *Enciclopedia de Relaciones Internacionales*, [en línea], 4 de junio de 2008, Dirección URL: <hvela@servidor.unam.mx>, [consulta realizada el 4 de junio de 2008], archivo del mensaje: [ale\\_pdeleon@yahoo.com](mailto:ale_pdeleon@yahoo.com)

Hirschfelder Arlene B., *Encyclopedia of Smoking and Tobacco*, United States, Oryx Press, 1999, 467 pp.

Huber G.L., Pandina R.J., "The economics of tobacco", *The Tobacco Epidemic. Progress in Respiratory Research*, vol. 28, Switzerland, C.T. Bolliger, K.O. Fagerström, S. Karger Publishing, 1997, 12–63 pp.

Jaramillo Navarrete Eduardo, *Los bienes públicos globales. Definición y políticas para su implantación: El Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud. El caso de México*. Tesis presentada para obtener el grado de Doctor en Ciencias Políticas y Sociales con orientación en Ciencias Políticas en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2005, 158 pp.

Kickbush Ilona, *Global Health*, [on line], Switzerland, Fulbright New Century Scholars Program 2001/2002, Direction URL: <http://www.ilonakickbusch.com/global-health/index.shtml>, [consulted: September 11 of 2007].

Kuri Morales Pablo Antonio, *et al.*, "Epidemiología del tabaquismo en México", [en línea], México, *Salud Pública de México*, vol. 48 supl.1, 2006, Dirección URL: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342006000700011&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000700011&lng=es&nrm=iso), [consulta: 10 de octubre de 2006]

Labariega Villanueva, Pedro, *Derecho Diplomático*, México, Trillas, 1989

*Ley del Impuesto Especial sobre Productos y Servicios (IEPS)*, [en línea], México, Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Centro de Documentación, Información y Análisis, 27 de diciembre de 2007, Dirección URL: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/78.pdf>, [consulta: 10 de enero de 2008].

*Ley General de Salud*, [en línea], México, 1 de julio de 1984, Dirección URL: <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/tcfed/169.htm?s=>, [consulta: 4 de noviembre de 2007].

*Ley General para el Control del Tabaco*, [en línea], México, Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Centro de Documentación, Información y Análisis, 30 de mayo de 2008, Dirección URL: <http://www.cddhcu.gob.mx/LeyesBiblio/doc/LGCT.doc>, [consulta: 1 de julio de 2008].

López Antuñano Francisco J., "Firma y ratificación del Convenio Marco para el Control del Tabaco, de la Organización Mundial de la Salud", [en línea], México, *Salud Pública de México*, vol. 46, núm. 3, mayo-junio de 2004, Dirección URL: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342004000300020&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342004000300020&lng=es&nrm=iso), [consulta: 30 de septiembre de 2006].

Mackay Judith; Eriksen Michael; Shafey Omar, *El atlas del tabaco*, Estados Unidos, American Cancer Society, 2006, segunda edición, 253 pp.

Menchaca J. R., *Tobacco or health: A global status report*, Switzerland, World Health Organization, 1997, 275 pp.

Merle, Marcel, *Sociología de las Relaciones Internacionales*, España, Alianza, 1995, 461 pp.

Misión Permanente de México ante Organismos Internacionales con sede en Ginebra, *116ª Sesión del Consejo Ejecutivo*, [en línea], Suiza, Dirección URL: [http://www.sre.gob.mx/oi/zB04d\\_OMS\\_00.htm](http://www.sre.gob.mx/oi/zB04d_OMS_00.htm), [consulta: 30 de julio de 2005].

Montiel Perdomo Javier, "Información sobre costos y tendencias de mortalidad en México relacionados con el Tabaquismo", [en línea], 10 de noviembre de 2006, Dirección URL: <montieljavier@salud.gob.mx>, [consulta realizada el 10 de Noviembre de 2006], archivo del mensaje: [ale\\_pdeleon@yahoo.com](mailto:ale_pdeleon@yahoo.com)

Organización de las Naciones Unidas, *ABC de las Naciones Unidas*, Estados Unidos de América, Naciones Unidas, 1996, 132 pp.

Organización Mundial de la Salud, *Documentos básicos*, Suiza Naciones Unidas, 1999, cuadragésima edición

Organización Mundial de la Salud, *Antiguos Directores Generales*, [en línea], Suiza, Dirección URL: <http://www.who.int/dg/former/es/>, [consulta: 20 de mayo de 2007].

Organización Mundial de la Salud, *Asuntos señalados en decisiones adoptadas por la Conferencia de las Partes que requieren adopción de medidas en el intervalo entre sus reuniones primera y segunda. Presentación de informes e intercambio de información (decisión FCTC/COP1(14))*, Suiza, 9 de mayo de 2007, Dirección URL: [http://www.who.int/gb/fctc/PDF/cop2/FCTC\\_COP2\\_6-sp.pdf](http://www.who.int/gb/fctc/PDF/cop2/FCTC_COP2_6-sp.pdf), [consulta: 12 de mayo de 2007].

Organización Mundial de la Salud, *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*, [en línea], Canadá, 21 de noviembre de 1986, Dirección URL: <http://www.cepis.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/conf1.pdf>, [consulta: 7 de octubre de 2007].

Organización Mundial de la Salud, *Conferencia de las Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Segunda Reunión. A/FCTC/COP2/DIV/9*, [en línea], Tailandia, 20 de septiembre de 2007, Dirección URL: [http://www.who.int/gb/fctc/PDF/cop2/FCTC\\_COP2\\_DIV9-sp.pdf](http://www.who.int/gb/fctc/PDF/cop2/FCTC_COP2_DIV9-sp.pdf), [consulta: 7 de octubre de 2007].

Organización Mundial de la Salud, *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*, [en línea], Suiza, Dirección URL: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf), [consulta: 13 de mayo de 2007].

Organización Mundial de la Salud, *Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, 56ª Asamblea Mundial de la Salud WHA 56.1*, [en línea], Suiza, International Non Governmental Coalition Against Tobacco, 21 de mayo de 2003, Dirección URL: <http://www.ingcat.org/linked%20files/FCTCsp.pdf>, [consulta: 7 de septiembre de 2007]

Organización Mundial de la Salud, *Declaración ministerial de México para la Promoción de la Salud*, [en línea], México, 5 de junio de 2000, Dirección URL: <http://who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/statement/en/print.htm> , [consulta: 7 de octubre de 2007].

Organización Mundial de la Salud, *El período de vida sana puede prolongarse entre cinco y diez años, según la OMS*, [en línea], Suiza, 30 de octubre de 2002, Dirección URL: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/pr84/es/index.html>, [consulta: 12 de junio de 2007]

Organización Mundial de la Salud, *Elaboración de Protocolos (decisión FCTC/COP1(16)). Elaboración de un modelo de protocolo sobre comercio ilícito de productos de tabaco*, Suiza, 19 de abril de 2007, Dirección URL: [http://www.who.int/gb/fctc/PDF/cop2/FCTC\\_COP2\\_9-sp.pdf](http://www.who.int/gb/fctc/PDF/cop2/FCTC_COP2_9-sp.pdf) , [consulta: 1 de mayo de 2007].

Organización Mundial de la Salud, *Gobernanza*, [en línea], Suiza, Dirección URL: <http://www.who.int/governance/es/>, [consulta: 13 de mayo de 2007].

Organización Mundial de la Salud, *Gobernanza. Miembros del Consejo Ejecutivo*, [en línea], Suiza, Dirección URL: [http://www.who.int/governance/eb/eb\\_members/es/index.html](http://www.who.int/governance/eb/eb_members/es/index.html), [consulta: 13 de mayo de 2007].

Organización Mundial de la Salud, *Oficina Regional para África*, [en línea], Suiza, Dirección URL: <http://www.who.int/about/regions/afro/es/> , [consulta: 25 de abril de 2007].



Organización Mundial de la Salud, *Oficina Regional para Asia Sudoriental*, [en línea], Suiza, Dirección URL: <http://www.who.int/about/regions/searo/es/>, [consulta: 25 de abril de 2007].

Organización Mundial de la Salud, *Oficina Regional para el Mediterráneo Occidental*, [en línea], Suiza, Dirección URL: <http://www.who.int/about/regions/emro/es/>, [consulta: 25 de abril de 2007].

Organización Mundial de la Salud, *Oficina Regional para el Pacífico Occidental*, [en línea], Suiza, Dirección URL: <http://www.who.int/about/regions/wpro/es/>, [consulta: 25 de abril de 2007].

Organización Mundial de la Salud, *Oficina Regional para Europa*, [en línea], Suiza, Dirección URL: <http://www.who.int/about/regions/euro/es/index.html>, [consulta: 25 de abril de 2007].

Organización Mundial de la Salud, *Oficina Regional para las Américas*, [en línea], Suiza, Dirección URL: <http://www.who.int/about/regions/amro/es/>, [consulta: 25 de abril de 2007].

Organización Mundial de la Salud, *Resolución 51.2 de la Asamblea Mundial de la Salud*, [en línea], Suiza, Dirección URL: <http://www.who.int/healthpromotion/wha51-127en/print.html>, [consulta: 7 de octubre de 2007].

Organización Mundial de la Salud, *Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud WHA51.12 – Promoción de la Salud*, [en línea], Suiza, 16 de Mayo de 1998, Dirección URL: <http://www.who.int/healthpromotion/wha51-12/en/print.html>, [consulta: 7 de octubre de 2007].

Organización Mundial de la Salud, *Sexta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado*, [en línea], Tailandia, 11 de agosto de 2005, Dirección URL: [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6qchp/BCHP\\_es.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6qchp/BCHP_es.pdf), [consulta: 7 de octubre de 2007].

Organización Panamericana de la Salud, *Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*, [en línea], Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas, 6-12 de septiembre de 1978, Dirección URL: [http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm), [consulta 7 de octubre de 2007].

*Plan Nacional de Desarrollo*, México, Presidencia de la República, 2001, Dirección URL: <http://pnd.fox.presidencia.gob.mx/>, [consulta: 25 de noviembre de 2006].

*Programa Nacional de Salud 2001-2006*, México, Secretaría de Salud, 2001, Dirección URL: <http://www.salud.gob.mx/>, [consulta: 2 de septiembre de 2005].

Periago Mirta Roses, "El Convenio Marco para el Control del Tabaco: un hito en la historia de la salud pública", *Revista Panamericana de Salud Pública*, [en línea], abril 2003, no.4, vol.13, s/lugar edición, 4 de julio de 2006, Dirección URL: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102049892003000300001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102049892003000300001&lng=en&nrm=iso), [consulta: el 13 de septiembre de 2006].

Peto R., *et al.*, *Mortality from Smoking in Developing Countries 1950–2000*, United States, Oxford University Press, 1994, 237 pp.

Philip Morris, "Informe Anual de la Philip Morris para 1996", *Fortune*, "Las 500 corporaciones más grandes en los Estados Unidos", 28 de abril de 1997, 5, 11 pp.

Prado García Ángel, "Información sobre la Reunión de Seguimiento del Convenio Marco para el Control del Tabaco", [en línea], 10 de noviembre de 2006, Dirección URL: <[jap88mx@yahoo.com](mailto:jap88mx@yahoo.com)>, [consulta: 29 de Noviembre de 2006], archivo del mensaje: [ale\\_pdeleon@yahoo.com](mailto:ale_pdeleon@yahoo.com)

Proctor Robert N., "Chapter 6: The Campaign against Tobacco", *The Nazi War on Cancer*, United States, Princeton University Press, 1999, 173-247 pp.

Red México sin Tabaco, *et al.*, *Reporte sobre los avances de México en la instrumentación del Convenio Marco para el Control del Tabaco. Informe de Organismos no Gubernamentales*, México, 2006, 25 pp.

Reed Walter, "Brief History of Tobacco Use and Abuse", [on line], Estados Unidos, *Army Medical Center, Online Patient Education*, 1998, Direction URL: [www.wramc.amedd.army.mil/education/tobaccohistory.htm](http://www.wramc.amedd.army.mil/education/tobaccohistory.htm), [consulted: June 12 of 2006].

Reynales-Shigematsu, Luz Miriam, *Costos de la atención médica de tres enfermedades atribuibles al consumo de tabaco en la Delegación Morelos del Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS. Tesis presentada para obtener el grado de maestro en Ciencias de la Epidemiología en la Escuela de Salud Pública de México-Instituto Nacional de Salud Pública*, México, s/editor, 2002

Reynales-Shigematsu Luz Miriam, "Impacto económico del tabaquismo", ponencia presenta en el *Taller de estrategias para el control del tabaquismo en América Latina y el Caribe*, Instituto Nacional de Salud Pública, 31 de julio al 4 de agosto de 2006.

Reynales-Shigematsu Luz Myriam; Juárez-Márquez Sergio Arturo; Valdés-Salgado Raydel, "Costos de atención médica atribuibles al tabaquismo en el IMSS, Morelos", [en línea], México, *Salud Pública de México*, vol. 47, núm. 6, 2005, Dirección URL: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342005000600010&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342005000600010&lng=es&nrm=iso), [consulta: 10 de octubre de 2006], 451-457 pp.

Richmond Caroline, "Sir Richard Doll, epidemiólogo que demostró que el tabaco causa cáncer y enfermedades del corazón", [en línea], México, *Salud Pública de México*, vol. 47, núm. 4, julio-agosto de 2005, Dirección URL: [http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342005000400010&lng=es&nrm=iso](http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342005000400010&lng=es&nrm=iso), [consulta: 17 de diciembre de 2006].

Royal College of Physicians, *Smoking and Health. A Report of the Royal College of Physicians of London on Smoking in relation to Cancer of the Lung and Other Diseases*, United Kingdom, Pitman Medical Publishing Co. Ltd., 1962, 135 pp.

Ruiz Gaytán López Cristóbal, "Intervención de la Delegación de México en el segmento de alto nivel", discurso presentado en la Primera Reunión de la Conferencia de las Partes del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco", [en línea], Ginebra, Suiza, Febrero 6 2006, Dirección URL: [http://www.sre.gb.mx/oi/2B04d\\_OMS\\_26.htm](http://www.sre.gb.mx/oi/2B04d_OMS_26.htm), [consulta: 13 de marzo de 2006].

Ruiz Sánchez, Lucía Irene, et al., *Las negociaciones internacionales*, México, FCPyS y S.R.E., 1995, 197 pp.

Samet Jonathan M., "Health Effects of Tobacco Use by Native Americans", *Tobacco Use by Native Americans: Sacred Smoke and Silent killer*, Civilization of the American Indian Series, vol. 236, United States, JC Winter, University of Oklahoma Press, 2000, 369 pp.

Samet Jonathan, "Estrategias para el control del tabaco", ponencia presentada en el *Taller de estrategias para el control del tabaquismo en América Latina y el Caribe*, México, Instituto Nacional de Salud Pública, 31 de julio al 4 de agosto de 2006.

Seara Vázquez, Modesto, *Derecho internacional público*, México, Porrúa, 2000, 799 pp.

Secretaría de Salud, *Artículo 33 del Reglamento Interior. Atribuciones del Secretariado Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones*, [en línea], México, 4 de julio de 2007, Dirección URL: <http://www.conadic.salud.gob.mx/interior/atrib.html>, [consulta: 3 de septiembre de 2007].

Secretaría de Salud, *Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999. Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones*, México, Secretaría de Salud, 15 de septiembre de 2000, Dirección URL: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/028ssa29.html>, [consulta: 21 de agosto de 2006].

Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, *Minutario del Grupo Intersectorial*, Documento no publicado, México, 2006.

Secretaría de Salud, *Reglamento sobre Consumo de Tabaco*, [en línea], México, Secretaría de Salud, julio de 2000, Dirección URL: <http://cofepris.gob.mx/mj/documentos/reg/reglamento%20sobre%20consumo%20de%20tabaco.pdf>, [consulta: 3 de enero de 2006].

Secretaría de Salud: Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios, *Marco Jurídico*, [en línea], México, Dirección URL: <http://www.cofepris.gob.mx/mj/mj.htm>, [consulta: 3 de septiembre de 2007].

Secretaría de Salud: Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios, *¿Qué es COFEPRIS?*, [en línea], México, Dirección URL: <http://www.cofepris.gob.mx/quees/cofepris.htm>, [consulta: 3 de septiembre de 2007].

Secretaría de Salud: Consejo Nacional contra las Adicciones, *Instrumento de Presentación de Informes del Convenio Marco para el Control del Tabaco*, México, Documento no publicado, 2006, 45 pp.

Secretaría de Salud: Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría, Dirección General de Epidemiología; Instituto Nacional de Geografía y Estadística, *Encuesta Nacional de Adicciones México*, 2002. 156 pp.

Secretaría de Salud: Consejo Nacional contra las Adicciones, *Programa de Acción: Adicciones Tabaquismo*, [en línea], México, 2001, Dirección URL: [http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/programas/tabacq\\_present.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/programas/tabacq_present.pdf), [consulta: 4 de noviembre de 2007]

Secretaría de Salud: Consejo Nacional contra las Adicciones; Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, *México contra el Tabaquismo, Documento Ejecutivo*, México, Secretaría de Salud, Febrero de 2006, Dirección URL: [http://www.sre.gob.mx/oi/Documentos/zB=\\$d\\_OMS\\_25\\_OI.doc](http://www.sre.gob.mx/oi/Documentos/zB=$d_OMS_25_OI.doc) [consulta: 3 de marzo de 2007], 16, 20-21 pp.

Takeshi Hirayama, "Non-smoking Wives of Heavy Smokers Have a Higher Risk of Lung Cancer: A Study from Japan", *British Medical Journal. Clinical Research Edition*, vol. 282 (6259), United Kingdom, British Medical Journal, January 17 of 1981, 183–185 pp.

Tena Ramírez, Felipe, *Derecho constitucional mexicano*, México, Porrúa, 1990, vigésima segunda edición

The Conference Board of Canada, *Smoking and the bottom line: The costs of smoking in the workplace*, [on line], Canada, January 1997, Direction URL: [http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/tobaccoreduction/publications/workplace/bottom\\_line/refer.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/tobaccoreduction/publications/workplace/bottom_line/refer.htm), [consulted: August 3 of 2006].

Truyol y Serra, Antonio, *La sociedad internacional*, España, Alianza, 1974, 221 pp.

Tye Larry, "Chapter 2: Lighting up America", *The Father of Spin: Edward L. Bernays & the Birth of Public Relations*, United States, Henry Holt, fourth edition, 2002, pp. 23–50.

US Department of Health, Education and Welfare. *Smoking and Health: Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service*. United States, US Government Printing Office, 1964. 229-235, 300-302 pp.

Velasco Fernández, Rafael, *Las adicciones. Manual para maestros y padres*, México, Trillas, 2003

Vestal Gemma, "Draft Guidelines for Article 8 of the WHO FCTC", [en línea], 7 de febrero de 2007, Dirección URL: <[vestalg@who.int](mailto:vestalg@who.int)>, [consulta realizada el 26 de Febrero de 2007], archivo del mensaje: [alejandra1109@yahoo.com](mailto:alejandra1109@yahoo.com)

World Bank, *World Development Report 1993: Investing in Health*, United States, Oxford University Press, 1993.

World Health Organization, *Guidelines for Controlling and Monitoring the Tobacco Epidemic*, Switzerland, World Health Organization, 1998, Direction URL: <http://www.who.int/whr/1999/en/pdf/Chapter5.pdf>, [consulted: August 13 of 2006].

World Health Organization, *The Tobacco Epidemic: A crisis of startling dimensions*, [on line], Switzerland, 1998. Direction URL: [http://www.who.int/archives/ntday/ntday98/ad98e\\_3.htm](http://www.who.int/archives/ntday/ntday98/ad98e_3.htm), [consulted: June 8 of 2000].

World Health Organization, *Updated status of the WHO Framework Convention on Tobacco Control*, [on line], Switzerland, August 31 of 2005, Direction URL: <http://www.who.int/tobacco/framework/countrylist/en/index.html>, [consulted: April 3 of 2007].

Wynder Ernest L., Graham Evarts A., "Tobacco smoking as a possible etiologic factor in bronchiogenic carcinoma. A study of six hundred and eighty four proved cases", United States, *Journal of American Medical Association*, 1950, 329–336 pp.