



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES

“México a 15 años de la firma del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el Control del Tabaco”

TESIS

Que para obtener el título de

Licenciado en Relaciones Internacionales

P R E S E N T A

CHAVEZ CARRANZA JOSE DAVID

DIRECTOR DE TESIS

DRA. ESTHER PONCE ADAME



Ciudad Universitaria, CD. MX.18 DE OCTUBRE 2021



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.

Introducción.....	2
Capítulo 1. El tabaquismo en el mundo y en México previo al Convenio Marco para el Control del Tabaco	5
1.1 El tabaquismo en el mundo.....	5
1.2 El tabaquismo en México antes del Convenio Marco para el Control del Tabaco	10
Capítulo 2. La OMS y el CMCT. Las medidas de actuación de los países para su cumplimiento.	22
2.1 A nivel mundial, regional y nacional.....	24
2.2 A nivel de la Cooperación Internacional para el Desarrollo.	31
Capítulo 3. La Cooperación entre México y la OMS /OPS en seguimiento del CMCT.	37
3.1 Antecedentes legislativos en materia del tabaco en México.....	37
3.2 La Ley General para el Control del Tabaco	39
3.3 Las medidas MPOWER	42
3.4 La Cooperación Internacional para el cumplimiento del CMCT.....	53
Conclusiones.....	57
Glosario	67
Referencias	68
Referencia de Figuras.....	73
Referencia de Tablas	74

Introducción

El tabaquismo es un problema de salud que a diario deja innumerables muertes, tanto a nivel internacional como nacional, este se considera como la primera causa de decesos evitables en el mundo llegando a matar cerca de 7 millones de personas anuales, de las cuales el 12.7% son no fumadores expuestos al humo del tabaco ajeno¹ (Organización Mundial de la Salud, 2018). En el contexto nacional, en México mueren aproximadamente 130 personas diarias, reportando 46 mil decesos anuales, además que las patologías ocasionadas por el consumo del tabaco cuestan al gobierno cerca de 50 mil millones de pesos anuales (El Financiero, 2015), ello conlleva a una afectación directa de uno de los derechos humanos básicos como lo es el derecho salud.

La lucha contra el tabaquismo no es un problema aislado de los Estados, sino que involucra además a varios actores como: las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC), empresas tabacaleras, centros de investigación y academia, entre otros. Debido a este fenómeno complejo, la OMS comenzó a trabajar en un marco que fuera una guía de acciones para la comunidad internacional, para lo cual los países pudieran adherirse y llevar estrategias que combatieran el fenómeno del tabaquismo², es así como surge el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT).

Uno de los principios de la política exterior de México, y que está consagrado en el Artículo 89° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM), es la cooperación internacional para el desarrollo (CID), esta se puede definir como:

“El esfuerzo conjunto de gobiernos, apoyado por el dinamismo de organismos internacionales, sociedad civil, academia y sector privado, para promover acciones que contribuyan al desarrollo sostenible y a mejoren el nivel de vida de la población mundial a través de la transferencia, recepción

¹ El tabaquismo involuntario es causa de diversas enfermedades, como el cáncer de pulmón, diversos padecimientos respiratorios como neumonía y bronquitis y enfermedad cardiovascular. Sin embargo, en los niños expuestos involuntariamente al humo del tabaco son los que tienen mayor riesgo de enfermarse, especialmente a temprana edad y debido en mucho a la inmadurez de su sistema inmunológico”. (Secretaría de Salud, 1998).

² El Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es un tratado que nace en 1996, cuando la Asamblea Mundial de la Salud adoptó una resolución en la que se pedía un convenio marco internacional para el control del tabaco. (Monteverde, Monteverde, & Cordero, 2011)

e intercambio de información, conocimientos, tecnología, experiencias y recursos.” (AMEXCID, 2016)

Es en este contexto en el que México, como actor internacional y miembro de la Organización Mundial de la Salud (OMS) firmó el 12 de agosto del 2003 en la ciudad de Nueva York la adhesión al instrumento anteriormente mencionado, comenzando así a trabajar en la adaptación de las medidas comprometidas para dar cumplimiento a los objetivos de reducción del tabaquismo.

En materia de salud, la cooperación internacional desarrolla un conjunto complejo de acciones importantes para el fortalecimiento de la política nacional e internacional de México. La Secretaría de Salud (SS), como cabeza de sector, participa de manera activa en la CID a través de los instrumentos bilaterales suscritos con el objetivo de alcanzar la equidad en materia de salud, combatir las enfermedades, y prolongar y mejorar la calidad de vida de la población.

El objetivo de la siguiente tesina será el de analizar el proceso de adopción del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) de la Organización Mundial de la Salud en el territorio nacional a partir del 2003, y 15 años después, y la importancia de la cooperación internacional entablada entre la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Secretaría de Salud en dicho proceso, así como los efectos que en la lucha contra el tabaquismo en México ha tenido la cooperación internacional que ambas instituciones han impulsado en el marco de este convenio. Se utilizará información cuantitativa y cualitativa, obtenida de las siguientes fuentes: a) fuentes primarias, principalmente entrevistas y b) fuentes secundarias, principalmente bases de datos de instituciones internacionales como la OMS, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y nacionales como Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Encuesta Nacional de Drogas, Alcohol y Tabaquismo (ENCODAT), Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC), entre otras.

Tomando como base lo anterior, la tesina se centrará en los siguientes puntos:

- Analizar el papel y las estrategias del gobierno mexicano en cooperación con la OMS en la reducción del consumo del tabaco, a partir de las acciones de

cooperación multilateral desarrolladas para dar cumplimiento al control de la problemática del tabaquismo.

- Aportar una visión objetiva de las medidas implementadas para el control del tabaco en México y analizar si éstas han logrado tener un impacto decreciente constante de decesos a lo largo de los 10 años efectivos, desde que entró en vigor la nueva LGCT, hasta la fecha.
- Analizar los efectos económicos, de salud pública, de empleo, entre otros que las medidas anteriores han tenido a partir de la ratificación, y posterior implementación del CMCT en el país.
- Destacar las tasas de decesos a causa del tabaquismo en el mundo y en México.

Así mismo, las preguntas de investigación con las que se desarrollará la tesina se centrarán en las siguientes:

- ¿Qué tanto ha influido la cooperación con la OMS en las acciones que el gobierno mexicano ha tomado para el cumplimiento del CMCT?
- ¿Existe alguna relación entre las medidas implementadas en el marco de esta cooperación multilateral respecto al control del tabaco y el número de decesos?
- ¿Cuáles han sido los efectos en términos económicos, de salud pública, de empleo, de consumo, de regulación, entre otros a partir de la ratificación y posterior implementación del CMCT en México?

En el primer capítulo se abordará la situación internacional y nacional previo a la creación del CMCT. En el segundo capítulo se abordarán las medidas de actuación e implementación del CMCT en los países ratificantes, a nivel internacional, regional y nacional, así como a nivel de la CID. El tercer capítulo se centrará en la cooperación que se ha forjado entre la OMS y México en el seguimiento y evaluación de las medidas implementadas para el control del tabaquismo. Por último, se desarrollará un análisis propio de la relevancia de la CID en el marco del control del tabaquismo, donde se evaluarán y responderán las preguntas de investigación.

Capítulo 1. El tabaquismo en el mundo y en México previo al Convenio Marco para el Control del Tabaco

Según la OMS, el tabaquismo se define como una enfermedad adictiva-crónica, causada por la adicción a la nicotina, principalmente obtenida de productos elaborados a base de tabaco. (Miranda, 2019) Dicha dependencia causa diversos tipos de padecimientos, no solo entre los consumidores (fumadores activos), sino también en las personas que los rodean y no consumen productos con contenido de tabaco (fumadores pasivos). A lo largo de la historia el consumo del tabaco ha estado presente en el desarrollo social humano.

En este capítulo se abordará una breve síntesis de la evolución del tabaquismo en el contexto internacional y nacional, aportando un marco previo a la creación del CMCT, para poder así entender la importancia del tema y por qué la OMS urgió a los países en la pronta adoptación de reglas y leyes que regularan el uso del tabaco en la sociedad.

1.1 El tabaquismo en el mundo

El uso del tabaco tiene sus orígenes en el continente americano, donde los adivinos y sacerdotes indígenas usaban dicha planta en sus rituales espirituales. Posteriormente, con la llegada de las expediciones europeas en el continente americano, los viajeros y comerciantes, principalmente portugueses, introdujeron en Europa la planta del tabaco a finales del siglo XV y su cultivo en el continente asiático en el siglo XVII. (Micheli & Izaguirre-Avila, 2005)

“El uso del tabaco se difundió rápidamente por toda Europa. En algunos países, la propagación de la costumbre de fumar se enfrentó a serias dificultades y los fumadores eran perseguidos o ridiculizados. Sin embargo, pese a todas las medidas constrictivas, el uso del tabaco se incrementó progresivamente hasta constituir su monopolio un manantial de riqueza para los gobiernos de España, Portugal, Inglaterra, etc.” (Micheli & Izaguirre-Avila, 2005)

No es sino hasta el S. XX cuando se comienzan a publicar estudios médicos de los efectos del tabaco en la salud humana, y es a mediados del mismo siglo cuando se

realizan y publican estudios epidemiológicos donde se vincula el cáncer de pulmón con el consumo de los cigarrillos³. (Micheli & Izaguirre-Avila, 2005)

El primer informe donde se identificó al tabaquismo como un problema de salud pública fue el realizado en 1964 por el Cirujano General de Estados Unidos, éste identificó al tabaquismo como la primera causa de muerte prevenible más importante (Secretaría de Salud, 1998), y ésta juega un papel importante en diversos padecimientos, de los cuales se destacan: los cánceres en diferentes partes del cuerpo, enfermedades isquémicas del corazón, bronquitis crónica y enfisemas, así como complicaciones en el embarazo y riesgos en la reproducción humana (Secretaría de Salud, 1998).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), como consecuencia de la creciente tasa de defunciones a raíz del consumo del tabaco, emprendió una serie de acciones⁴ y resoluciones para que los Estados Miembros pudieran implementar programas y políticas para la regulación del consumo del tabaco. Durante 1970 a 1994 la Asamblea de la Salud adoptó cerca de 13 resoluciones⁵, sin embargo, muchos de los Estados tenían grandes dificultades para determinar cómo deberían llevarse a cabo esos amplios programas y políticas nacionales de lucha contra el tabaco (World Health Organization, 1994).

El consumo de cigarrillos, a lo largo del S.XX, se incrementó considerablemente, y desde la década de los cincuenta hasta el año dos mil el consumo se triplicó,

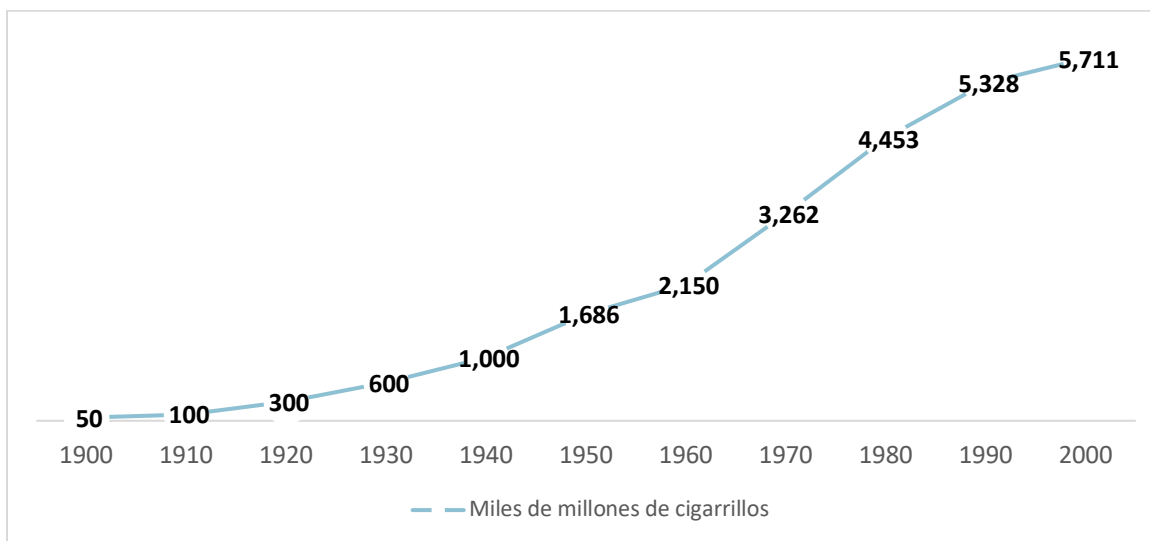
³ El cáncer de pulmón se refiere a las enfermedades en que las células anormales se multiplican sin control y son capaces de invadir otros tejidos. El consumo de tabaco y la exposición a su humo es la principal causa de cáncer de pulmón. Los fumadores de tabaco son entre 15 y 30 veces más propensos a contraer cáncer de pulmón, que las personas que no fuman. (Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, 2019)

⁴ La OMS como consecuencia del creciente fenómeno del tabaquismo, organizó en 1998 el “Día Mundial sin Fumar”. A la fecha se han realizado 32 reuniones en las cuales se abordan las diferentes problemáticas de dicho fenómeno.

⁵ (1970) WHA23.32 - Consecuencias del Tabaco para la Salud; (1971) WHA24.48 - Consecuencias del Tabaco para la Salud; (1976) WHA29.55 - Fumar y la Salud; (1978) WHA31.56 – Riesgos del tabaco para la Salud; (1980) WHA33.35 - El programa de la OMS en relación con el tabaco y la salud; (1986) WHA39.14 – La salud o el tabaco; (1987) WHA40.38 - 7 de abril de 1988: un Día Mundial Sin Tabaco; (1988) WHA41.25 – La salud o el tabaco; (1989) WHA42.19 – La salud o el tabaco; (1990) WHA43.16 – La salud o el tabaco; (1991) WHA44.26 – Viajar y el efecto del tabaquismo; (1992) WHA45.20 – La colaboración multisectorial en el programa de “La salud o el tabaco” de la OMS; (1993) WHA46.8 – El uso del tabaco en las instalaciones de la ONU.

umentando a más de 4 mil millones de cigarrillos consumidos anualmente, como se muestra en la siguiente figura⁶.

FIGURA 1. CONSUMO MUNDIAL DE CIGARRILLOS S.XX



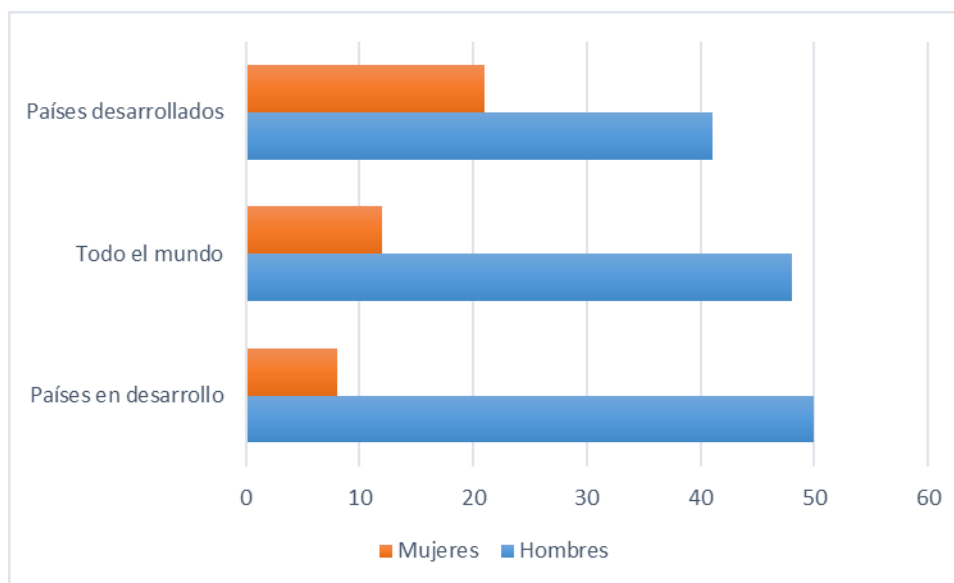
Fuente: Periódico “El Financiero”, 6 gráficas que te explican el consumo y negocio del cigarro en el mundo, 2017.

A principios de la década de los noventa, en términos demográficos, la prevalencia en el hábito de fumar a nivel global se presentaba en mayor cantidad en los hombres, sin embargo, es importante destacar que el tabaquismo no solo afecta a los fumadores activos, sino también a los fumadores pasivos que están expuestos al humo del cigarro, no respetando el género del individuo⁷.

⁶ Considerando datos históricos del Fondo de Población de las Naciones Unidas, la población mundial se ha triplicado en el periodo de 1950 al 2000 (2.52 miles de millones de individuos a 6.06, respectivamente), por lo que puede inferirse que el consumo del cigarrillo muestra un comportamiento estrecho con la tasa del crecimiento poblacional.

⁷ El humo del tabaco contiene más de 7,000 sustancias químicas, de las cuales 250 provocan daños comprobados a la salud y cerca de 69 son carcinógenos causantes del 30% de los cánceres a nivel mundial (Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, 2019).

FIGURA 2. PORCENTAJE DE FUMADORES POR GÉNERO A NIVEL MUNDIAL EN 1994



Fuente: World Health Organization (WHO). Tabaco o Salud, 1994.

Referente a la salud pública, el tabaquismo representa un gran peso económico para el tratamiento de las enfermedades ocasionadas por este. Un estudio llevado a cabo en 1994 estimó que las pérdidas netas anuales a nivel mundial eran alrededor de US\$ 200,000 millones, cantidad de la cual una tercera parte correspondía a los países en desarrollo, así mismo el Banco Mundial calculó que los países de ingresos altos llegaron a destinar entre un 6% y un 15% de su gasto total en salud en el tratamiento de las enfermedades relacionadas con el tabaco durante los primeros años de la década de los noventa (Organización Mundial de la Salud, 2004).

Durante esa misma década (década de los noventa) se encontró que fallecían en el mundo cerca de 3 millones de personas fumadoras al año, de los cuales dos tercios correspondían a países desarrollados⁸. Así mismo se proyectó que para la década del 2020 llegarían a morir cerca de 10 millones de personas anuales a causa de los efectos del tabaquismo, donde es importante destacar que los países en desarrollo

⁸ El tabaquismo genera una carga económica para los Estados. Se estima que el mismo llega a generar un costo a nivel mundial de USD 500 mil millones, principalmente por costos directos en los sistemas de salud y por productividad perdida. (Pichon-Riviere A, 2016)

tendrían un incremento en su representación de defunciones, con un 70% del total e incrementando un 37% su participación de esta.

TABLA 1. NÚMERO ESTIMADO DE DEFUNCIONES CAUSADAS ANUALMENTE POR EL TABACO

	Decenio 1990-1999	Decenio 2020-Principios 2030
Países desarrollados	2 millones por año	3 millones por año
Países en desarrollo	1 millón por año	7 millones por año
Total	3 millones por año	10 millones por año

Fuente: World Health Organization (WHO). Tabaco o Salud, 1994.

Los hombres durante décadas son los que más han sufrido por el tabaquismo, así, durante 1955 a 1995, el número de muertes se triplicó, sin embargo en términos de crecimiento proporcional durante esos mismos años el número de decesos por el tabaquismo en las mujeres se incrementó veinte veces más, lo que evidencia que el tabaquismo no es un fenómeno exclusivo que se presente en el género masculino, ya que el género femenino ha encontrado productos que se adecuan a sus deseos y necesidades, como los productos con cápsula de sabor y mentolados.

TABLA 2. NÚMERO ESTIMADO DE DEFUNCIONES POR EL HÁBITO DE FUMAR EN LOS PAÍSES DESARROLLADOS, 1955 - 1995

Año	Hombres			Mujeres		
	Número [miles]	Mortalidad total [%]	Defunciones en el grupo de edad de 35-69 años [%]	Número [miles]	Mortalidad total [%]	Defunciones en el grupo de edad de 35-69 años [%]
1955	447	10	20	26	<1	2
1965	793	17	28	70	2	4
1975	1119	21	31	165	3	7
1985	1369	24	35	317	6	11
1995 (proyección)	1442	25	36	476	9	13
1950-2000	52 millones	20	30	10.5 millones	4	7

Fuente: World Health Organization (WHO). Tabaco o Salud, 1994.

Durante la década de los noventa, Philip Morris International (PMI) era la compañía tabacalera más grande en el mundo, cuya principal marca, Marlboro, era la más vendida a nivel mundial. A finales de la década de los noventa, ésta tuvo ventas por cerca de 47,000 millones de dólares, sin embargo si se hubiera excluido el mercado

norteamericano, British American Tobacco (BAT) hubiera tenido las mayores ventas (Mackay & Eriksen, 2002).

A principios de la década de los noventa, a nivel internacional, China fue por lejos el fabricante más grande de cigarrillos, seguida de los EEUU. La producción china de cigarrillos se llegó a incrementar desde 225,000 millones al año, durante 1960, a 1, 700,000 millones de cigarrillos en 1995, un aumento de 7 veces. Brasil, por su parte, durante la década de los noventa era el mayor exportador de hojas de tabaco, y la Federación Rusa y EE. UU los mayores importadores de tabaco. En cuanto al contrabando de cigarros, en 1995, estos representaron cerca de 400 mil millones del total consumidos, lo cual equivalía a cerca de un tercio de los cigarros legales⁹ (Mackay & Eriksen, 2002).

Diversas campañas se han emprendido con el objetivo de crear conciencia sobre los efectos negativos del consumo del tabaco, sin embargo, al no ser una actividad ilegal, ésta presenta retos para los gobiernos en materia de salud por lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) junto con los países mantienen como uno de sus temas prioritarios el combate al tabaquismo.

1.2 El tabaquismo en México antes del Convenio Marco para el Control del Tabaco

Uno de los principales problemas del tabaquismo es el que se genera por el humo del tabaco, a causa de la combustión y que afecta en primera forma a los fumadores, los cuales inhalan la mezcla que se filtra por sus pulmones para, posteriormente, ser exhalado, en segunda forma, el humo exhalado se mantiene en el ambiente y también afecta a las personas que están alrededor. Ambos humos, el inhalado y el exhalado, contienen cerca de cuatro mil sustancias con alto grado de toxicidad (Secretaría de Salud, 1998).

“El tabaquismo involuntario es causa de diversas enfermedades, como el cáncer de pulmón, diversos padecimientos respiratorios como neumonía y bronquitis y enfermedad cardiovascular. Sin embargo, en los niños expuestos

⁹ Un estimado del 2014, realizado por la ONG World Lung Foundation, mencionó que China consumió cerca de 2, 568,100 millones de cigarrillos (44% del consumo total mundial), seguido por Rusia con un total de 321,400 millones de cigarrillos.

involuntariamente al humo del tabaco son los que tienen mayor riesgo de enfermarse, especialmente a temprana edad y debido en mucho a la inmadurez de su sistema inmunológico” (Secretaría de Salud, 1998).

Anteriormente, la Ley General de Salud, publicada en 1993, era la que regulaba el consumo del tabaco en México, sin embargo es hasta el año 2000 cuando se crea el primer reglamento sobre el consumo del tabaco, el cual tenía por objeto proteger a las personas de los efectos nocivos causados por la exposición al humo del tabaco, y buscaba así regular los espacios libres de humo y crear programas para combatir al tabaquismo (Secretaría de Gobernación, 2000) y, posteriormente, en el 2002 se ejecutó el programa de *Escuelas Libres de Humo de Tabaco*, no obstante, existían normas y programas que buscaban el control y la concientización de la sociedad sobre los efectos del tabaquismo, como lo son:

- La Norma Oficial Mexicana NOM-009-SSA2-1993, Para el fomento de la salud del escolar.
- La Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.
- El Programa de acción: Adicciones Tabaquismo.

Así mismo, durante 1988 a 1998, la Dirección General de Epidemiología (DGE) y el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (INPRF) de la Secretaría de Salud (SSA) fueron las instituciones encargadas de desarrollar las Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), misma que se realizó 4 veces durante ese periodo (Valdés, Lazcano, & Hernández, 2005).

Durante 1990 en México, existían cerca de 11 millones de fumadores (Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)., 2017), de los cuales, el género masculino presentó ser, en todas las edades, el que obtuvo el mayor porcentaje, como se muestra en la gráfica 3; sin embargo, en las edades de los 30 a 50 años es donde se muestra el mayor porcentaje de fumadores en ambos géneros, así mismo durante las edades de 20 a 24 años es donde se da el mayor incremento de fumadores.

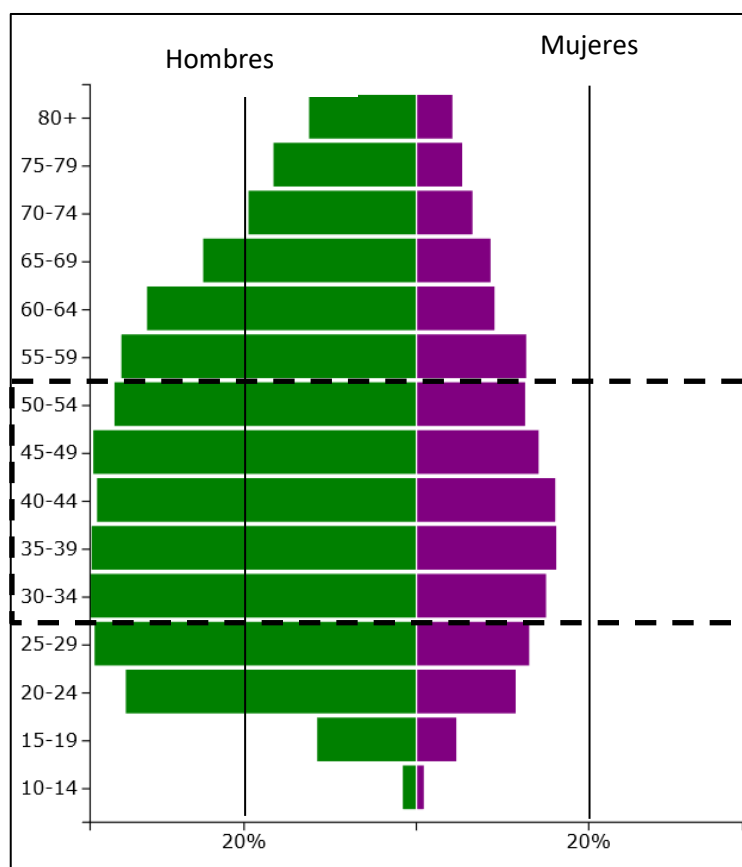
Durante el año 2000, el número de fumadores decreció a 9.3 millones, representando una disminución del 15.45 % durante esa década.

TABLA 3. MILLONES DE FUMADORES EN MÉXICO,

Año	Hombres	Mujeres	Total
1990	7.8	3.2	11
1995	8.5	3.1	11.6
2000	7	2.3	9.3

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). 2018

FIGURA 3. PREVALENCIA DIARIA DE FUMADORES POR EDAD Y POR SEXO EN 1990

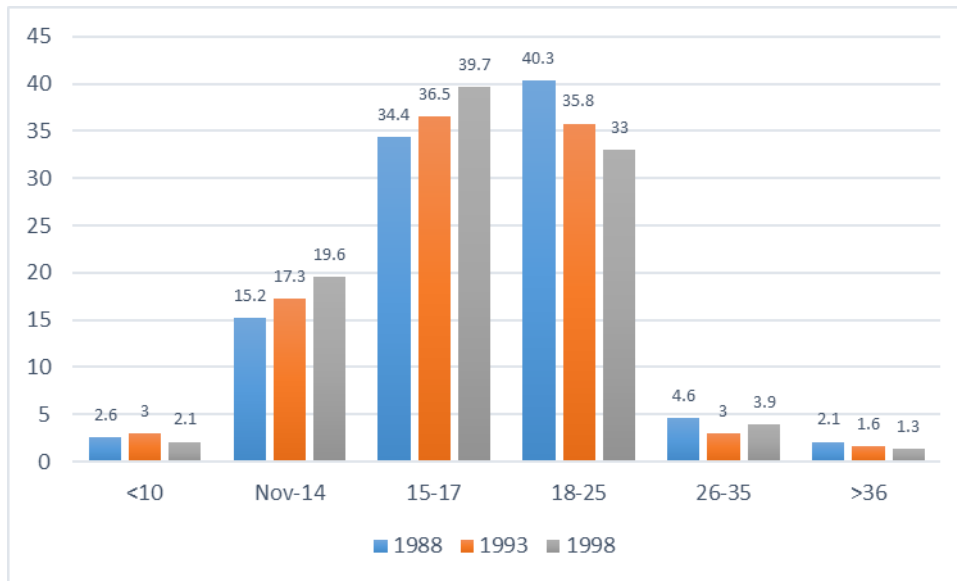


Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Tobacco Visualization. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2017. <http://vizhub.healthdata.org/tobacco/>. (Consultado el 12 de mayo del 2018)

El acceso a los productos tabacaleros en los jóvenes menores de edad es uno de los principales problemas que ocasiona que estos comiencen a fumar desde edades muy tempranas. Un estudio realizado en 1998 se encontró que, a pesar de que existía una Ley General de Salud que prohibía la venta de cigarrillos a menores de

18 años, estos podían adquirir cigarrillos que se vendían por unidad, llegando a aumentar la cantidad de fumadores menores de edad en un 9.2% entre 1988 a 1998.

FIGURA 4. FUMADORES SEGÚN EDAD DE INICIO, 1988, 1993, 1998



Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones, 1990, 1993, 1998, XIX Curso Internacional en Epidemiología Aplicada, 2001

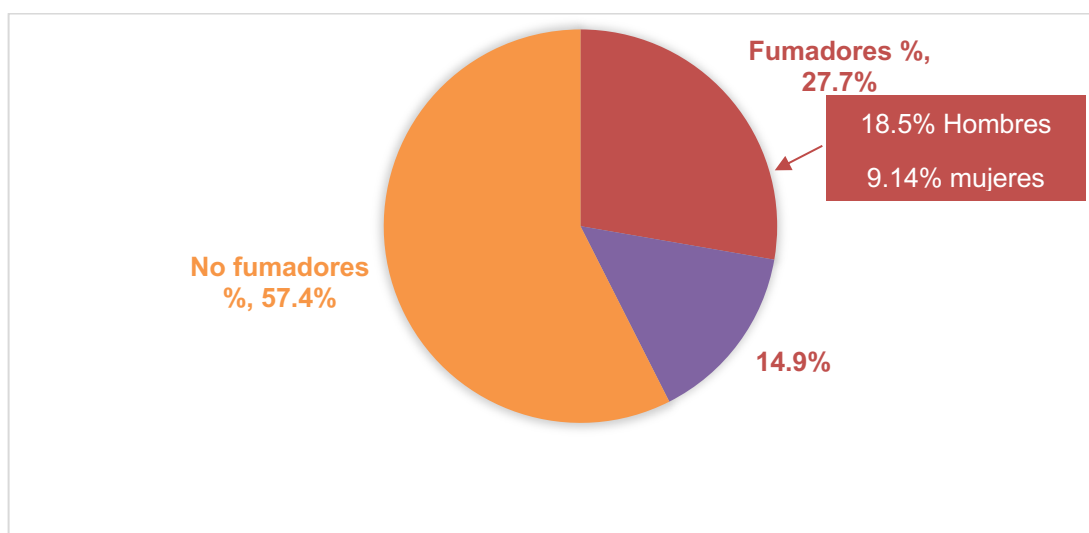
Como se puede ver en la Figura 4., la edad de inicio en los fumadores se presentaba principalmente entre las edades de 15 a 25 años, siendo estos los que comprendían más del 70% de la edad de inicio de los fumadores, así mismo es importante destacar que existió un incremento a lo largo de dicho periodo (1988-1998) en el grupo poblacional de los menores de edad de 15 a 17 años de 5.3 %, por lo que se puede asumir que a una edad más temprana los fumadores comenzaban con la adicción al tabaco. También, es importante mencionar que, los fumadores cuya edad de inicio comenzaba entre los 18 a 25 años decrecieron cerca de 7 puntos porcentuales durante el mismo periodo de y, en términos absolutos, los fumadores cuya edad de inicio era mayor o igual a los 18 años decrecieron 8.8 puntos porcentuales.

La situación en México del fenómeno del tabaquismo, desde finales de la década de los ochenta hasta 1998 mostraba un alza del 7%, siendo la región del centro del país la que representaba la mayor cantidad de fumadores, con un 32.3%, seguida

de la región norte y sur con un 26.5 y 18.5% respectivamente (Secretaría de Salud, 2001).

Para 1998, los datos de la ENA mostraban que el 27.7% de la población entre los 12 y 65 años era de fumadores activos, aumentando 2.2% la población fumadora desde 1993 (Secretaría de Salud, 1993), y llegando a representar cerca de 13 millones de personas, de los cuales el sector masculino representaba el 67% de los fumadores (18.5 % de la población total mexicana en el año 1993)¹⁰. El 72.3% de la población era fumadora involuntaria (no fumadores y ex fumadores) lo que representaba que 7 de cada 10 personas estuvieran expuestas al humo del tabaco (Morales, 2002).

FIGURA 5. PORCENTAJE DE POBLACIÓN DE 12 A 65 AÑOS DE EDAD.

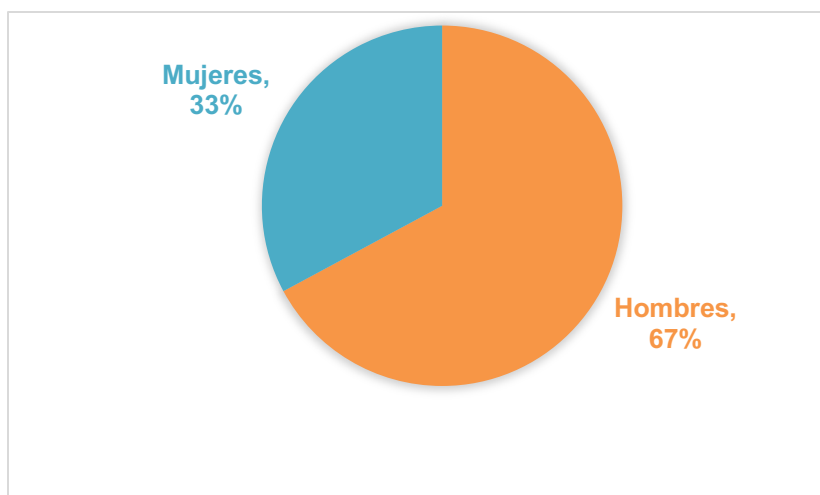


Fuente: Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 1998.

Por su parte, en el sector de la población menor de edad (12 a 17 años) se mostraba que el 11.6% de los menores eran fumadores, y el mismo fenómeno se presentaba en el sector mayor de edad, donde el género masculino era más proclive a adquirir el hábito del tabaco.

¹⁰ En este sentido la Encuesta Nacional de Adicciones de 1993 mostraba que cerca del 70% de la población fumadora activa recaía en el género masculino, para 1998 este porcentaje decae 67%. Se puede deducir que durante 1993 a 1998 el género femenino aumentó en población fumadora en un 3%.

FIGURA 6. DISTRIBUCIÓN DE FUMADORES MENORES DE EDAD POR GÉNERO.



Fuente: Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 1998.

Los datos de la ENA 1998 mostraban que la edad de inicio en los menores de edad se presentaba en mayor grado durante los 11 y 14 años de edad, tanto en hombres como en mujeres.

TABLA 4. PORCENTAJE DE EDAD DE INICIO EN MENORES DE EDAD

Edad de inicio	Total %	Hombres	Mujeres
Inicio <10 años	4.2%	6.1%	2.2%
Inicio 11-14 años	55.8%	55.6%	56.0%
Inicio >14 años	40.1%	38.3%	41.8%

Fuente: Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 1998

Así mismo, en lo que respecta al nivel de escolaridad se observaba una tendencia en el consumo del tabaco en los menores de edad con nivel de estudios de secundaria, los cuales representaban cerca del 50% de los fumadores, de acuerdo con la edad de inicio mostrada anteriormente.

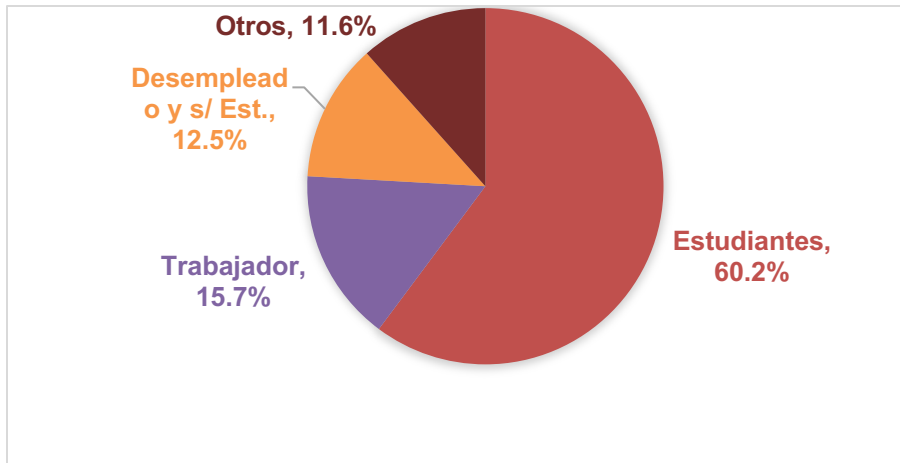
TABLA 5. NIVEL DE ESCOLARIDAD EN FUMADORES MENORES DE EDAD

Nivel de escolaridad	Total %	Hombres	Mujeres
Primaria	20.0%	155,499	76,094
Secundaria	48.0%	373,197	182,625
Bachillerato	32.0%	248,798	121,750

Fuente: Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 1998

Por último se puede destacar que entre los fumadores menores de edad, su distribución ocupacional se centraba principalmente en los estudiantes, con un 60%.

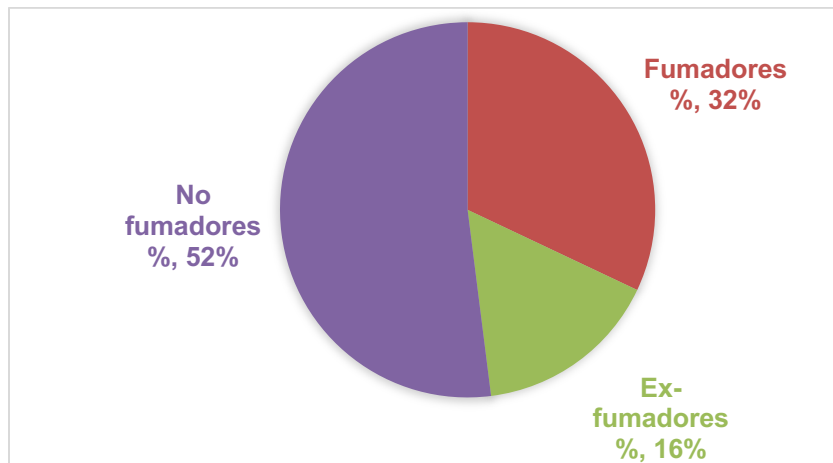
FIGURA 7. DISTRIBUCIÓN OCUPACIONAL EN MENORES DE EDAD (12 A 17 AÑOS).



Fuente: Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 1998.

Realizando el mismo análisis para la gente mayor de edad (18 a 65 años), la ENA 1998 mostró que el 32% de la población era fumadora activa de la cual el 67% representaba al género masculino (Secretaría de Salud, 1998), mostrando la misma tendencia que en el sector menor de edad.

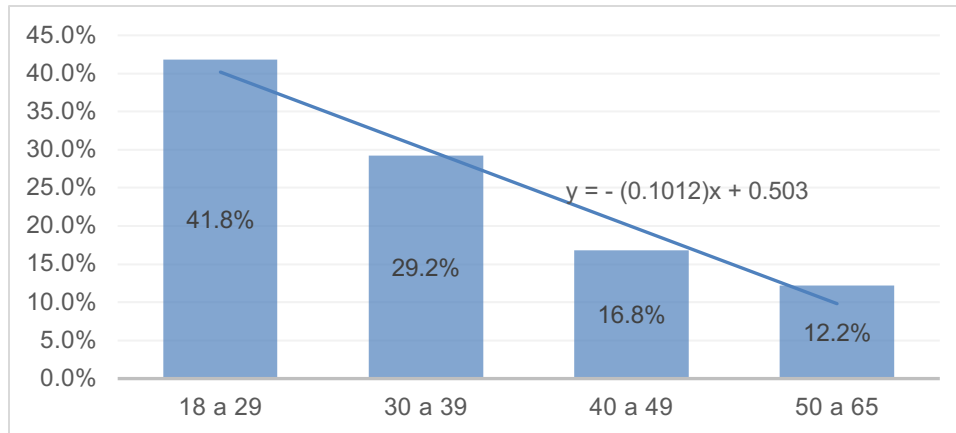
FIGURA 8. PORCENTAJE DE POBLACIÓN MAYOR DE EDAD (18 A 65 AÑOS).



Fuente: Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 1998.

Haciendo un análisis más detallado señalamos que: los fumadores mayores de edad comprendidos entre los 18 a 29 años, eran los que mostraban una mayor tendencia al uso del tabaco y se observó que a mayor edad el uso de éste decrecía a una tasa del 10%.

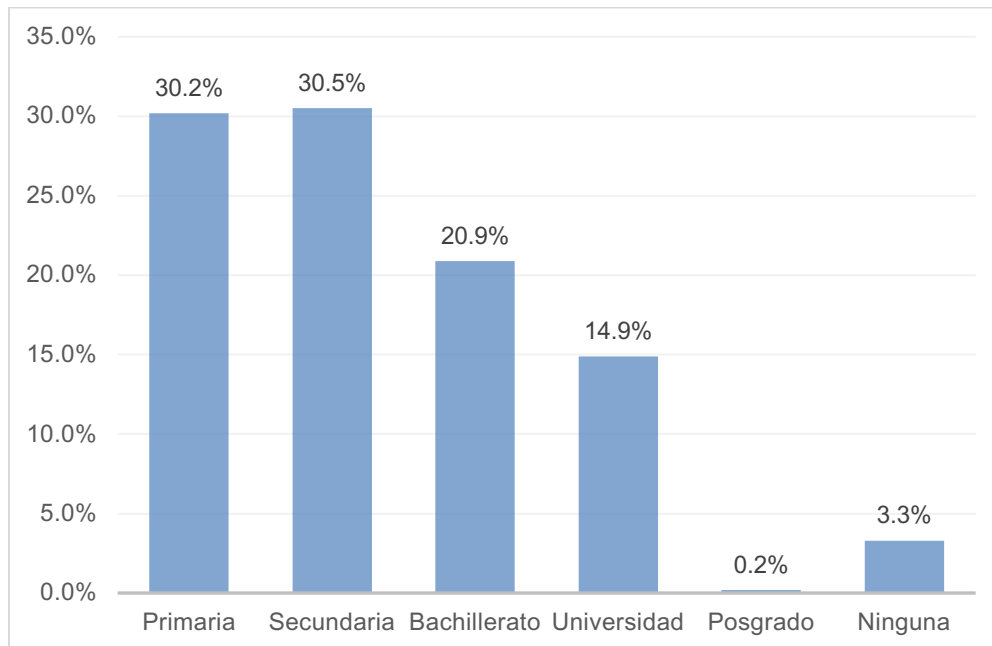
FIGURA 9. PORCENTAJE DE FUMADORES MAYORES DE EDAD (18 A 65 AÑOS).



Fuente: Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 1998.

Con respecto al nivel de estudios de los mayores de edad, los resultados mostraron que el uso del tabaco era más recurrente en las personas con grados básicos de educación, los cuales representaban cerca del 60% de los fumadores y, a medida que se tenía mayor nivel académico, el consumo del tabaco decrecía, por lo que se puede inferir que la educación es un elemento clave para concientizar a la población de los efectos del tabaquismo.

FIGURA 10. NIVEL DE ESCOLARIDAD EN FUMADORES MAYORES DE EDAD (18 A 65 AÑOS).



Fuente: Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 1998.

En cuanto a los hábitos de los fumadores mayores de edad, la mayoría fumaba al día entre 1 y 5 cigarrillos, por lo que mínimo cada 2 días un fumador adulto necesitaba comprar una cajetilla de cigarrillos.

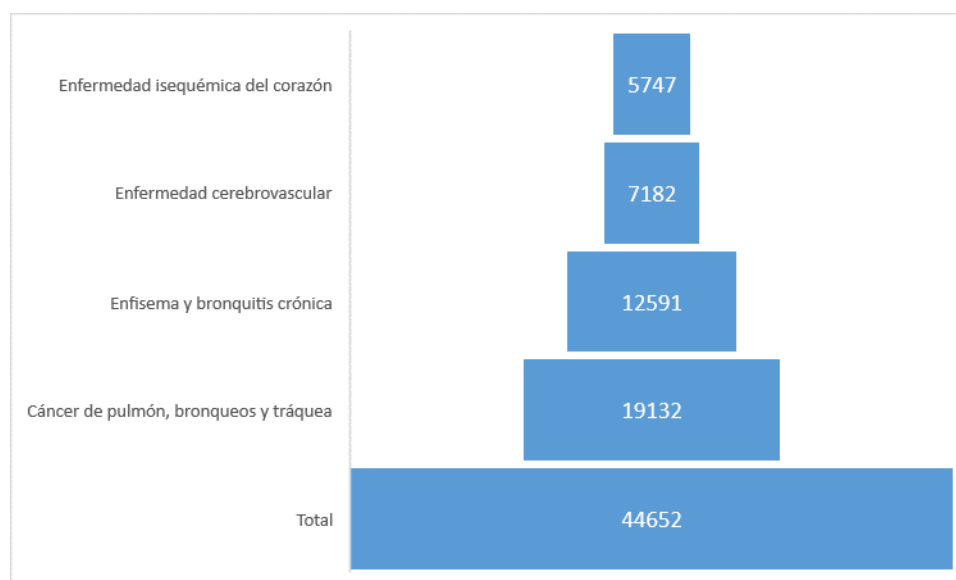
TABLA 6. PORCENTAJE DE CANTIDAD DE CIGARRILLOS CONSUMIDOS DIARIAMENTE.

Cantidad de cigarrillos	
1 a 5	72.5%
6 a 15	18.8%
16 a 20	6.8%
21 a 35	0.5%
>35	0.9%
No sabe	0.5%

Fuente: Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 1998.

En un estudio hecho en 1998, se compararon los datos de 1970, 1980 y 1990, y se observó un incremento en las tasas de mortalidad cuyas principales causas de muerte estaban relacionadas con el tabaco, y el cáncer de pulmón, de los bronquios y de la tráquea llegó a representar cerca del 50% de las muertes atribuibles al tabaquismo (Conyer, Kuri-Morales, & Hoy-Gutiérrez, 2001).¹¹

FIGURA 11. MUERTES ATRIBUIBLES AL TABAQUISMO EN MÉXICO, 1998.



Fuente: Dirección General de Epidemiología /Secretaría de Salud, 1998

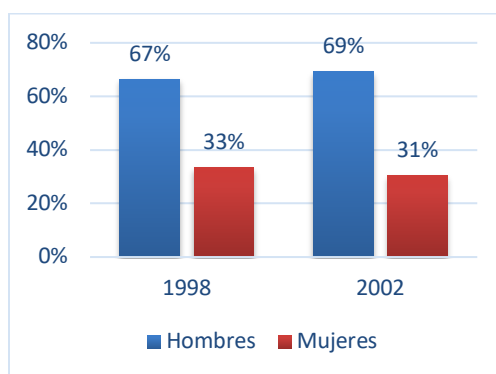
¹¹ Se estima que en México más de 44 mil mexicanos murieron en 1998 por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco.

Referente al gasto público que erogó el tabaquismo para atender los padecimientos relacionados con éste, durante 1994 el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) estimó que el 22% del presupuesto total asignado a dicho instituto se aplicó en atender a pacientes con cáncer de pulmón y enfisema, relacionados con el tabaquismo. Así mismo, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) mostró que durante 1994 la erogación anual de dicha institución para tratar enfermedades relacionadas al tabaquismo representó 71 millones de dólares¹² (Conyer, Kuri-Morales, & Hoy-Gutiérrez, 2001).

“La magnitud del costo asociado con el tabaquismo se observa en los aspectos económicos, así como en el costo de vidas humanas. Los costos directos se estiman con base en la enfermedad causada (gastos en atención médica, atención al enfermo crónico y rehabilitación); la muerte prematura, (pérdida de años de vida productivos y ruptura familiar); el ausentismo laboral, (pérdida de días/hombre de la fuerza laboral) y el ausentismo escolar.” (Conyer, Kuri-Morales, & Hoy-Gutiérrez, 2001)

En el 2002, previo a la firma del CMCT, la ENA 2002 mostró un ligero decremento del 3.2% de los fumadores (de 12 a 65 años de edad) en México, sin embargo, el mayor porcentaje de los fumadores se siguió concentrando en el género masculino, aumentando 2% en 4 años.

FIGURA 12. PORCENTAJE DE FUMADORES POR GÉNERO

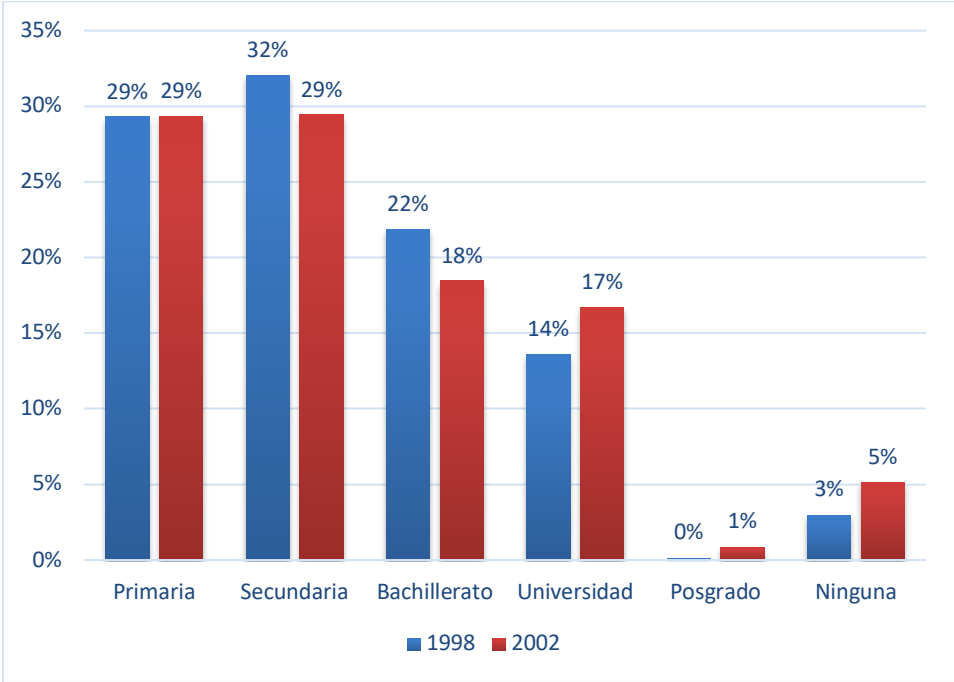


Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional de Adicciones 1998 y 2002.

¹² En el 2015, datos oficiales de la OMS, mostraron que los gastos atribuibles al tabaquismo en el sistema de salud mexicano fueron de aproximadamente \$5,110 millones de dólares, lo que representa en términos de gasto total de salud el 6.4%. (Organización Mundial de la Salud, 2018)

En cuanto al nivel educativo, los fumadores con grado de estudio universitario o mayor mostraron un incremento del 4% en los cuatro años, que corren desde 1998 al 2002, sin embargo, la gente con nivel de escolaridad secundaria y de bachillerato decrecieron 3% y 4% respectivamente; por su parte los individuos que contaban con un grado de primaria permanecieron sin cambios.

FIGURA 13. EVOLUCIÓN DE FUMADORES POR NIVEL DE ESCOLARIDAD



Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional de Adicciones 1998 y 2002.

El tabaquismo es un fenómeno global que no sólo se presenta en las grandes urbes o en las zonas rurales, a pesar de que en México éste se da con mayor frecuencia en las zonas urbanas, las zonas rurales también cuentan con alta participación de consumidores y esto lo han sabido aprovechar las empresas tabacaleras para incorporar productos más baratos y que se adecuen a las necesidades de dicho sector.

En cuanto al tipo de localidad (Urbana o rural), la población urbana, en particular los hombres, concentraban el mayor número de fumadores con un 56% a nivel nacional, sin embargo, dentro de la población femenina, el sector urbano representó cerca del 92%, a nivel nacional ese mismo sector representó el 28%.

TABLA 7. POBLACIÓN DEL 2002, DE 12 A 65 AÑOS DE EDAD POR TIPO DE LOCALIDAD Y PATRONES DE CONSUMO DE TABACO, SEGÚN SEXO

Tipo de localidad y patrones de consumo	Población de 12 a 65 años		Sexo			
	Total		Hombres		Mujeres	
	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo
Total	69,767,067	100%	31,393,657	100%	38,373,410	100%
Fumador	16,371,601	23%	11,359,627	36%	5,011,974	13%
Ex fumador	12,155,232	17%	7,359,980	23%	4,795,252	12%
No fumador	41,240,234	59%	12,674,050	40%	28,566,184	74%
Áreas urbanas	52,887,532	100%	23,715,545	100%	29,171,987	100%
Fumador	13,963,261	26%	9,276,517	39%	4,686,744	16%
Ex fumador	9,618,107	18%	5,453,417	23%	4,164,690	14%
No fumador	29,306,164	55%	8,985,611	38%	20,320,553	70%
Áreas rurales	16,879,535	100%	7,678,112	100%	9,201,423	100%
Fumador	2,408,340	14%	2,083,110	27%	325,230	4%
Ex fumador	2,537,125	15%	1,906,563	25%	630,562	7%
No fumador	11,934,070	71%	3,688,439	48%	8,245,631	90%

Fuente: Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2002.

Como se muestra en el presente capítulo el tabaquismo es un fenómeno mundial que creció a lo largo del S.XX sin control; debido a que no se tenían pruebas fehacientes de los efectos que este causaba a la salud pública, a causa de esto, también ha generado diversos problemas sociales y económicos a los individuos y a los sistemas de salud de cada gobierno, indiscriminadamente del género o del nivel educativo de la población.

En México se comenzaba a mostrar un fenómeno cada vez más alarmante ya que jóvenes menores de edad comenzaban a consumir productos con contenido de tabaco a edades más tempranas, incrementando el riesgo de que éstos pudieran tener enfermedades cada vez más jóvenes, así mismo era de alarmar que dicho padecimiento estaba siendo adoptado de igual manera por el género femenino, por lo cual se requería de normas y reglas más estrictas que, sin coartar la libertad del individuo, restringieran su uso libremente en la sociedad.

A pesar de que existían programas de salud para prevenir y combatir el tabaquismo durante la década de los ochenta y noventa, México registró un promedio anual de

12, 000,000 de fumadores durante esos periodos (Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)., 2017).

Es, entonces, cuando el CMCT muestra vital importancia ya que este surge de la necesidad para apoyar, con acciones concretas, a los países miembros de la OMS para poder reducir los niveles de tabaquismo en el mundo, de no ser así, se estimaba que para 2030 se contaría con cerca de 10, 000, 000 de muertes anuales a nivel mundial, sin contar con el número de personas enfermas, a causa directa o indirectamente del tabaquismo.

Capítulo 2. La OMS y el CMCT. Las medidas de actuación de los países para su cumplimiento.

El tabaquismo sigue siendo considerado como uno de los mayores problemas de salud pública¹³, cifras más recientes estiman que cerca de 8.3 millones de personas mueren anualmente en el mundo (Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, 2019)¹⁴, de las cuales aproximadamente el 87% son fumadores y el restante son no fumadores que están expuestos al humo del tabaco (Organización Mundial de la Salud, 2018), sus costos económicos son enormes, pues, estos ascienden en total a más de US\$ 1.4 billones¹⁵ en costos de atención de salud¹⁶ y pérdida de productividad (Organización Mundial de la Salud, 2017), debido a esto, la ONU centró como una de las metas de la Agenda 2030¹⁷, específicamente, el fortalecimiento del CMCT en todos los países.

¹³ A largo plazo, el tabaquismo puede presentar diferentes trastornos, entre los cuales se encuentran: Baja acelerada de la función pulmonar, Cáncer pulmonar y de vías respiratorias, Asma bronquial, Enfermedades cicatrizantes del pulmón, Irritación e inflamación de la vía respiratoria. (Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, 2019).

¹⁴ En 2017 la OMS publicó que existían cerca de 1,100 millones de fumadores en todo el mundo.

¹⁵ Para el 2017 se estimó que el costo del tabaquismo en México tuvo un impacto de 81 mil 132 mdp.

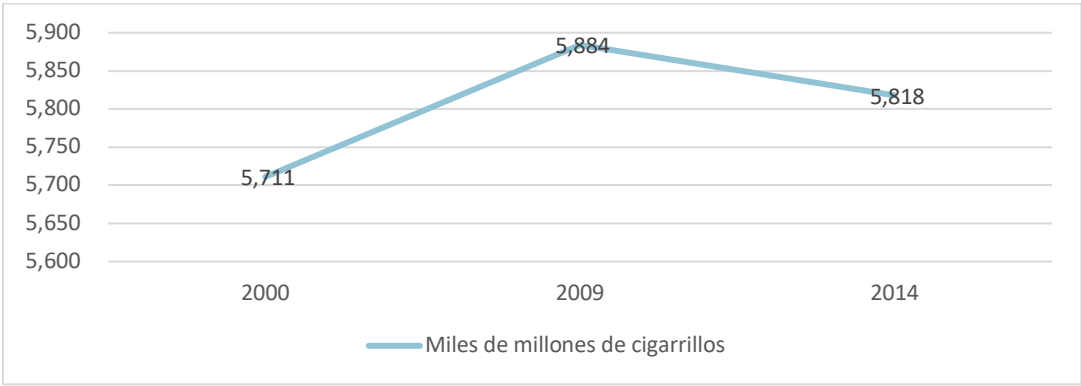
¹⁶ En 2017, se estimó que el consumo del tabaco le costaba a la economía mundial más de un billón de dólares al año, de acuerdo a un estudio realizado por la OMS en conjunto con el Instituto Nacional de Cáncer de los EE.UU.

¹⁷ “La importancia del control del tabaco en la promoción del desarrollo se reconoce en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas, y se recoge en dos metas del objetivo de desarrollo sostenible 3 sobre salud y bienestar (la plena aplicación del CMCT de la OMS, meta 3.a, y la reducción en un tercio de la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles, meta

Durante el año 2014 cerca de 5 billones 817 mil millones de cigarrillos fueron consumidos a nivel mundial, lo cual representó una ligera reducción del 1.1% frente a la cifra reportada en 2009 (El Financiero, 2017), por lo que quedan muchos esfuerzos por hacer para reducir el consumo del tabaco.

“De hecho, fue en 2009 cuando se registró el consumo máximo de cigarrillos en el mundo y es que el cigarro siempre se vio como un producto aspiracional, esto es, el cigarro siempre se vio como un artículo para escalar al siguiente peldaño social.” (El Financiero, 2017).

FIGURA 14. EVOLUCIÓN DEL CONSUMO MUNDIAL DE CIGARRILLOS A PARTIR DEL AÑO 2000



Fuente: Periódico “El Financiero”, 6 gráficas que te explican el consumo y negocio del cigarro en el mundo, 2017.

“En la región de las Américas, el tabaco es responsable de 900.000 muertes por año, incluidas 72.000 muertes prematuras causadas por la exposición a su humo, y están asociadas con el 11% de las muertes causadas por Enfermedades Cerebrovasculares.” (OMS, 2018).

A nivel nacional, en México, el consumo de tabaco ocasiona más de 44 000 muertes al año. Además, impacta negativamente a la economía familiar e implica pérdida de productividad laboral, mortalidad prematura y elevados costos para el sector salud (Excelsior, 2016).

Por su parte, en relación al consumo del tabaco, durante el 2014 China representó el mayor mercado de cigarrillos en el mundo, obteniendo cerca del 44% del

3.4). *El control del tabaco tendrá un papel destacado en el logro de los ODS.* (Organización Mundial de la Salud, 2017)

consumo mundial, seguida de Rusia, EE.UU, Indonesia y Japón¹⁸. Por su parte México se colocó en la posición 30 a nivel mundial con 29.4 mil millones de cigarrillos (El Financiero, 2017).

2.1 A nivel mundial, regional y nacional.

La idea de crear un instrumento de carácter internacional para el control del consumo del tabaco surgió a raíz de la resolución de la Asamblea de la Salud WHA48.11, en mayo de 1995, en donde se le solicitaba al Director General de la OMS que informara sobre la viabilidad de crear un instrumento internacional que fuera la guía de los gobiernos para poder combatir el tabaquismo; como resultado, éste presentó los resultados de dicho estudio al Consejo Ejecutivo (Organización Mundial de la Salud, 2018).

El Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es un tratado que se comenzó a gestar en 1996, cuando la Asamblea Mundial de la Salud adoptó una resolución¹⁹ en la que se pedía un convenio marco internacional para el control del tabaco.

En mayo de 1999, durante la 52° Asamblea Mundial de la Salud, se estableció la creación de dos órganos encargados de diseñar y elaborar el texto del convenio²⁰,

¹⁸ Un estudio realizado por la OMS encontró que en cuanto al consumo de cigarrillos per cápita, Kiribati, seguido de Montenegro, Grecia, Timor Oriental y Rusia son los países que más cigarrillos consumen por persona. En América Latina, Bolivia, seguido de Chile, Cuba, Argentina y Jamaica son los países latinoamericanos que más cigarrillos per cápita consumen anualmente (Khawaja, 2018).

¹⁹ Durante la 49° Asamblea Mundial de la Salud se definió la resolución WHA49.17, cuyo objetivo era el de comenzar con la creación de un marco internacional para el control del tabaco.

²⁰ La resolución WHA52.18 – “Hacia un Convenio Marco de la OMS para la lucha anti tabáquica” establece lo siguiente:

“1) de conformidad con el artículo 42 del Reglamento Interior, establecer un órgano de negociación intergubernamental, en el que podrán participar todos los Estados Miembros, encargado de redactar y negociar el proyecto de convenio marco de la OMS para la lucha anti tabáquica y los posibles protocolos conexos;

2) establecer un grupo de trabajo sobre el convenio marco de la OMS para la lucha anti tabáquica, en el que podrán participar todos los Estados Miembros, encargado de preparar el trabajo del órgano arriba mencionado. Este grupo redactará proyectos de elementos del convenio marco de la OMS para la lucha anti tabáquica. El grupo de trabajo informará de los progresos realizados al Consejo Ejecutivo en su 105 reunión. Ultimaré su labor y presentará un informe a la 53 Asamblea Mundial de la Salud; a

estos consistían en un grupo de trabajo técnico que prepararía proyectos de los elementos del convenio marco y un grupo de trabajo enfocado en la negociación intergubernamental, cuyo objetivo era el de redactar y negociar el convenio.

Antes de la presentación y de la posterior firma del CMCT, el grupo de trabajo técnico celebró tres reuniones, en 1999, 2000 y por último en el 2001. El CMCT fue firmado durante la 56° Asamblea Mundial de la Salud el 21 de mayo del 2003, con la resolución WHA56.1, y entró en vigor a nivel mundial el 27 de febrero del 2005 (Monteverde, Monteverde, & Cordero, 2011).

El documento final del CMCT consta de 11 partes donde se establecen los 38 artículos del convenio, dentro de los cuales se incluyen:

TABLA 8. CAPITULADO DEL CMCT

I.	Introducción – Listas de expresiones utilizadas y relación del CMCT con otros acuerdos e instrumentos jurídicos.
II.	Objetivos, principios básicos y obligaciones generales
III.	Medidas relacionadas con la reducción de la demanda del tabaco
	a. Art. 6° - Medidas relacionadas con los precios e impuestos para reducir la demanda de tabaco.
	b. Art 7° - Medidas no relacionadas con los precios para reducir la demanda de tabaco.
	c. Art 8° - Protección contra la exposición al humo del tabaco.
	d. Art 9° - Reglamentación del contenido de los productos de tabaco.
	e. Art 10° - Reglamentación de la divulgación sobre los productos de tabaco.
	f. Art 11° - Empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco.
	g. Art 12° - Educación, comunicación, formación y concientización del público.
	h. Art 13° - Publicidad, promoción y patrocinio del tabaco.
	i. Art 14° - Medidas de reducción de la demanda relativas a la dependencia y al abandono del tabaco.

3) que las organizaciones de integración económica regional constituidas por Estados soberanos, Miembros de la Organización Mundial de la Salud, a la que los Estados Miembros han traspasado competencia respecto de las cuestiones regidas por la presente resolución, incluida la competencia de concertar tratados sobre esas cuestiones, podrán participar activamente, de conformidad con el artículo 55 del Reglamento Interior de la Asamblea de la Salud, en la labor de redacción y negociación del órgano de negociación intergubernamental mencionado en el párrafo (1) y en la labor preparatoria del grupo de trabajo mencionado en el párrafo (2).” (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social, 2003).

IV.	Medidas relacionadas con la reducción de la oferta del tabaco
	a. Art 15° - Comercio ilícito de los productos de tabaco.
	b. Art 16° - Ventas a menores y por menores.
	c. Art 17° - Apoyo a actividades alternativas económicamente viables.
V.	Protección al medio ambiente
VI.	Cuestiones relacionadas con la responsabilidad
VII.	Cooperación técnica y científica y comunicación de información
	a. Art 20° - Investigación, vigilancia e intercambio de información.
	b. Art 21° - Presentación de informes e intercambio de información.
	c. Art 22° - Cooperación científica, técnica y jurídica y prestación de asesoramiento especializado.
VIII.	Arreglos institucionales y recursos financieros
	a. Art 23° - Conferencia de las Partes.
	b. Art 24° - Secretaría.
	c. Art 25° - Relaciones entre la Conferencia de las Partes y las organizaciones intergubernamentales.
	d. Art 26° - Recursos Financieros.
IX.	Solución de controversias
X.	Desarrollo del convenio
XI.	Disposiciones finales

Fuente: Elaboración propia con datos del CMCT de la OMS.

Para el seguimiento, control y evaluación de la aplicación y ejecución del CMCT se estableció la creación de la Conferencia de las Partes²¹ (COP), que es el órgano rector del convenio e integra a todas las Partes en el Convenio. Esta mantiene bajo examen regular la aplicación de este, tomando las decisiones necesarias para promover su aplicación eficaz; además, puede adoptar protocolos, anexos y enmiendas al Convenio.

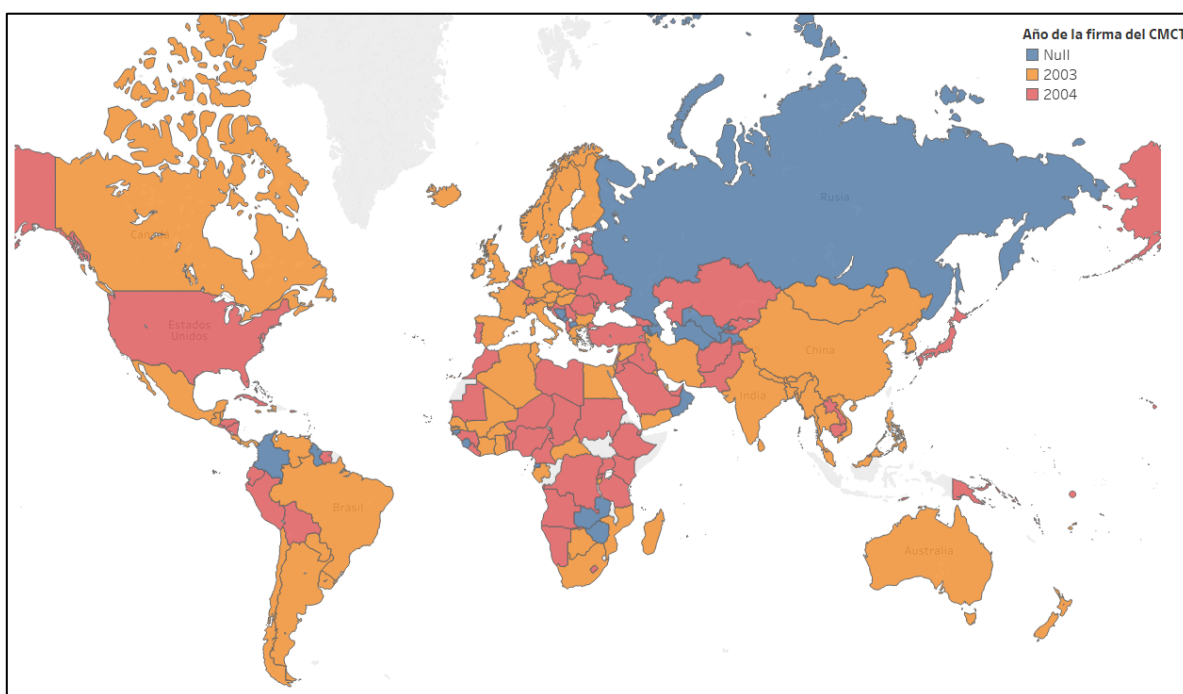
La COP, así mismo, designa la Secretaría permanente, la cual tienen entre sus funciones: a) adoptar las disposiciones para la celebración de las reuniones de la COP, b) transmitir los informes que haya recibido, c) preparar informes sobre las actividades del CMCT, d) entre otras (Organización Mundial de la Salud, 2018).

El CMCT es el primer tratado internacional negociado por la OMS, elaborado en respuesta a la creciente globalización de la epidemia del tabaco, en este tratado los

²¹ La COP es el órgano resolutorio intergubernamental, se reúne cada dos años y se responsabiliza de la aplicación del convenio. En sus diferentes reuniones, la COP ha adoptado directrices y opciones y recomendaciones políticas (Organización Mundial de la Salud, 2018).

191 países participantes mostraron su más amplia colaboración para dar respuesta eficaz al problema de salud pública que representa el tabaquismo, sin embargo, no fue ratificado por todos los países. Actualmente cuenta con 168 signatarios²², como se muestra en la figura 15. En el continente americano, hasta el año 2018, 30 países habían ratificado el CMCT, sin embargo, como se verá en las siguientes páginas, no todos contaban con un marco regulatorio nacional que implementara los puntos acordados en el CMCT.

FIGURA 15. AÑO DE LA FIRMA DEL CMCT



Fuente: Elaboración propia con datos de la OMS

En las disposiciones del CMCT se establecieron las normas internacionales para el control del consumo del tabaco: el precio, la promoción, el patrocinio, las medidas fiscales, el empaquetado y etiquetado, así como el combate al tráfico ilícito y la protección frente al humo del tabaco en el ambiente (Monteverde, Monteverde, &

²² “El CMCT de la OMS se abrió a la firma del 16 al 22 de junio de 2003 en Ginebra, y posteriormente del 30 de junio de 2003 al 29 de junio de 2004 en la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York. El tratado, que ahora está cerrado a la firma, cuenta con 168 signatarios, incluida la Unión Europea, lo que lo convierte en uno de los tratados más ampliamente respaldados de la historia de las Naciones Unidas.” (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Cordero, 2011), dichas normas se desarrollaron con base a un estudio del impacto económico, político y social, mismas que se desarrollaron con sustento científico.

Dentro de los puntos más relevantes del CMCT, los signatarios se comprometieron a:

- A. Adoptar medidas que protejan a todas las personas de la exposición al humo de tabaco, especialmente en lugares de trabajo, medios de transporte público, lugares públicos cerrados y, según proceda, otros lugares públicos; así como promover de forma activa la adopción y aplicación de esas medidas en otros ámbitos jurisdiccionales.
- B. Promover y apoyar el abandono del hábito tabáquico y, por tanto, incidir en la reducción del consumo.
- C. Adoptar medidas en relación con la elaboración de estrategias de control de tabaco, considerando los riesgos relacionados específicamente con el género de las personas.
- D. Contemplar la cooperación internacional, en particular la de la transferencia de tecnología, del conocimiento y de la asistencia financiera, así como la prestación de asesoramiento especializado.
- E. Considerar la asistencia técnica y financiera para ayudar a realizar la transición económica a los cultivadores y trabajadores de la industria del tabaco.
- F. Considerar como esencial la participación de la sociedad civil para conseguir el objetivo del Convenio y de sus protocolos.
- G. Proteger las políticas de salud pública relativas al control del tabaco, contra los intereses comerciales de la industria tabacalera.
- H. Respetar las medidas relacionadas con los precios e impuestos a los productos de tabaco.

En el continente americano, de los 35 países que contemplan la región de las Américas de la OPS/OMS, hay que destacar que solamente el 54% de los países han adoptado en sus leyes locales, normas para la regulación del consumo de tabaco en espacios públicos, lo cual es uno de los elementos más importantes para el cuidado de los fumadores pasivos, así mismo únicamente el 51% cuenta con un

etiquetado con las especificaciones mínimas que contempla el CMCT. En resumen, la implementación del CMCT en América es la siguiente:

FIGURA 16. LA IMPLEMENTACIÓN DEL CMCT EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS



Fuente: PAHO/ WHO. Tobacco Control Report of the Region of the Americas.2018

La relevancia del CMCT en nuestro país fue de suma importancia. México, que se encuentra dentro de los Estados miembro de la OMS, fue el primer país latinoamericano en ratificar el CMCT de la OMS mediante la firma del titular de la Secretaría de Salud el 12 de agosto del 2003 (ver Fig. 14), formulando en los siguientes años la Ley General para el Control del Tabaco y su reglamento, y que señala a la Secretaría de Salud como la proveedora de las medidas necesarias para la puesta en práctica de las políticas públicas, las medidas para la protección de la salud ante los riesgos asociados al consumo del tabaco y al humo ajeno, entre otras disposiciones (Organización Panamericana de la Salud, 2013).

La participación de la delegación mexicana contó con la presencia de los doctores: Julio Frenk Mora, Secretario de Salud, Guido Belsasso, Comisionado del Consejo Nacional contra las Adicciones, Horacio Rubio Monteverde, Vocal Ejecutivo y Rafael Camacho, Vocal adjunto. El acto fue encabezado por la doctora Harlem Brundtland, la cual, en ese momento, fungía como directora de la Organización Mundial de la Salud. La sede del evento fue en Ginebra, Suiza (Monteverde, Monteverde, & Cordero, 2011).

La ley es, sin duda, uno de los mejores instrumentos para el control y prevención del tabaquismo, por esta razón, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reconoció los esfuerzos y compromisos de México al haber ratificado el CMCT por unanimidad en la Cámara de Senadores y el haber publicado el 12 de Mayo del 2004 en el Diario Oficial de la Federación (DOF) la actualización del mandato constitucional que consagra el derecho a la protección de Salud.

México a partir de la firma del CMCT comenzó a adoptar de manera progresiva algunas medidas vinculadas al control, comercialización, etiquetado y distribución de los productos tabacaleros. En el 2003, además de haber ratificado el CMCT, se prohibió la publicidad a la industria tabacalera en radio y televisión. Para el 2004 en la Ciudad de México, el gobierno publicó la Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores, en la que se prohibía fumar en lugares cerrados, ya sea en el transporte público, en los bancos, en las oficinas del gobierno, en los auditorios, en las bibliotecas, en las instituciones médicas y de enseñanza, así como en restaurantes y bares, entre otros locales (Monteverde, Monteverde, & Cordero, 2011).

El CMCT fue un parteaguas para que los gobiernos afiliados a la OMS tuvieran claros lineamientos de cómo poder combatir el tabaquismo en sus respectivos territorios. Uno de los elementos más importantes del CMCT es el hecho que crea una comisión de seguimiento, encargada de ver la evolución de la implementación de las medidas acordadas en dicho convenio, lo que ayuda a darle seguimiento al grado de compromiso que cada gobierno tiene contra la erradicación del tabaquismo.

Como se había dicho, en México el CMCT fue el detonante para poder crear una ley nacional para el control del tabaco, misma que los gobiernos locales debieron seguir y adecuar en sus leyes y reglamentos locales. Así mismo, con la creación de la LGCT, se crea por primera vez una ley que salvaguarda la salud de los no fumadores y acota el impacto que el tabaquismo tiene en toda la sociedad, evitando así afectar a terceros.

2.2 A nivel de la Cooperación Internacional para el Desarrollo.

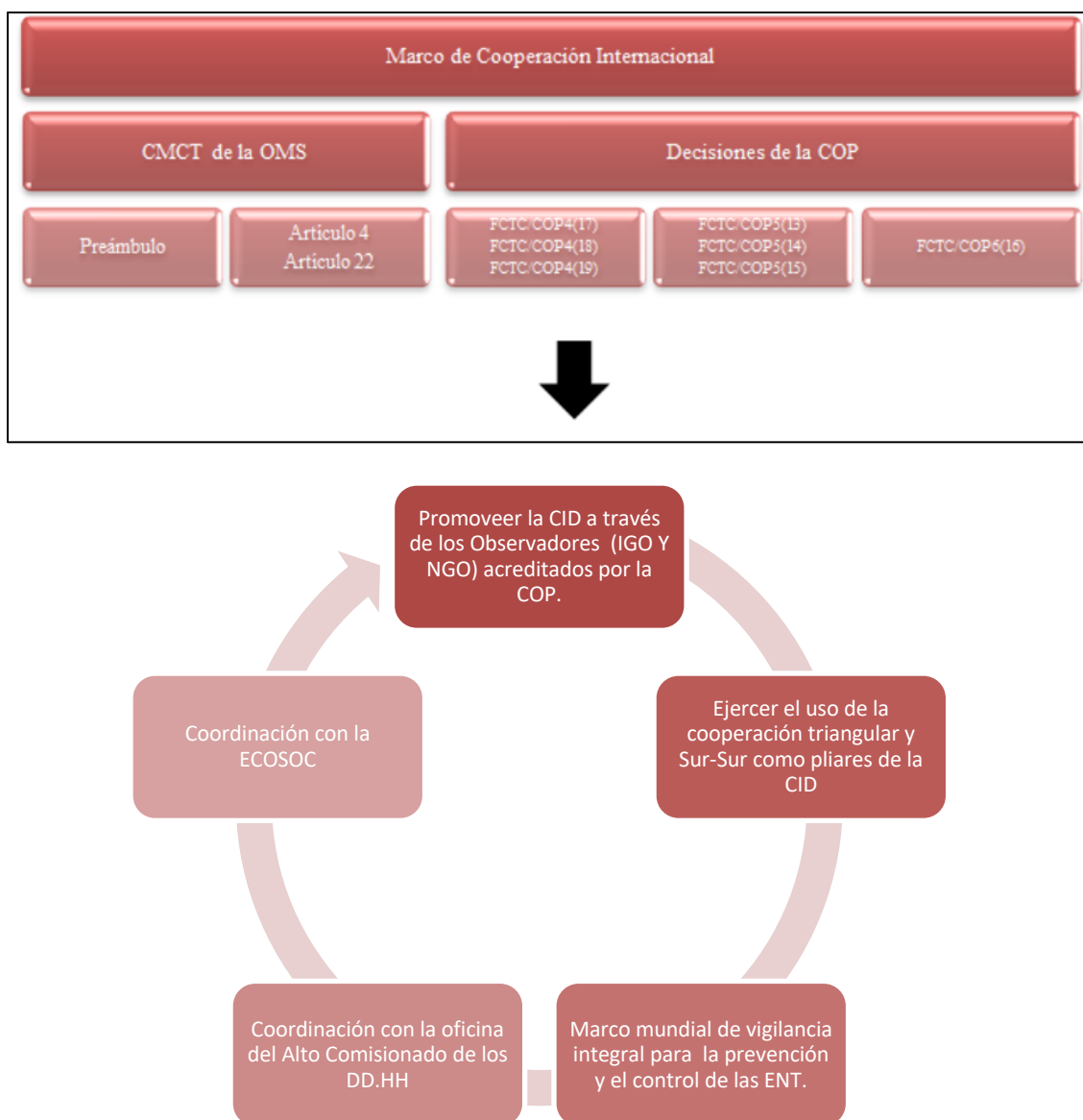
Con relación a la CID, en los artículos 23 y 25 del CMCT se hace hincapié en la importancia de la cooperación con las diversas organizaciones intergubernamentales, tanto internacionales como regionales, en las cuales se incluye a las instituciones financieras y de desarrollo.

“El Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT de la OMS) pide que la aplicación se haga siguiendo un enfoque multisectorial, con la cooperación de diversas organizaciones de las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales.

El artículo 24.3 (e) del Convenio indica que la Secretaría del Convenio debe velar, bajo la orientación de la Conferencia de las Partes, porque se dé la coordinación necesaria.” (OMS, 2018).

Durante la séptima Conferencia de las Partes (COP7) se aprobó el marco de acción en materia de cooperación internacional el cual define las directrices para la correcta implementación del CMCT, como se muestra en la siguiente figura:

FIGURA 17. MARCO DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL



Fuente: OMS. Marco de Cooperación Internacional. 2016

El Marco de Cooperación Internacional indica que existen dos pilares principales donde se instala la CID en el CMCT. El primero se da desde el marco legal-normativo, en los artículos 4 y 22 que detallan el uso de la cooperación técnica y científica como herramienta para la correcta implementación del CMCT. El segundo en las diversas resoluciones y decisiones de la COP en materia de la CID.

Para la instrumentación y cumplimiento de estos dos pilares, se establece la participación Organizaciones Intergubernamentales y no gubernamentales en la

promoción de la lucha anti tabáquica, así mismo, se coordina con la ECOSOC y ACNUDH diversos programas en materia de CID relacionados a la lucha anti tabáquica. Por último, se instala también el “Seguimiento del Marco Mundial de Vigilancia Integral para la prevención y el control de las ENT”²³.

“De acuerdo con las decisiones de la Conferencia de las Partes, los mecanismos de asistencia a las Partes (principalmente las que son países en desarrollo o tienen una economía en transición) son los siguientes: evaluación de necesidades y compartición de las mejores prácticas; apoyo para la elaboración de proyectos y programas que atienden necesidades concretas; asesoramiento y acceso a recursos disponibles; sensibilización y comunicación; promoción de la transferencia de conocimientos y experiencia de carácter técnico, científico y legal; recopilación y comunicación de información acerca de los asuntos del tratado; promoción de la cooperación Sur-Sur y triangular; y coordinación con organizaciones internacionales.” (World Health Organization, 2018).

En el marco de las actividades generales para la gestión del conocimiento, la Secretaría colabora con diversas instituciones para ayudar a las Partes con relación a los diversos ámbitos técnicos del convenio, como lo es la implementación de advertencias sanitarias en los empaques, asistencia técnica a los agricultores para que estos tengan otras alternativas de cultivo, desarrollo de programas educativos enfocados principalmente a jóvenes, entre otros. Entre los socios colaboradores se encuentran siete centros de intercambio de conocimientos (ver tabla 9), distribuidos en las diferentes regiones, cuya tarea es la de analizar, sintetizar y difundir conocimientos e información, de conformidad con el Art. 22° del CMCT. El primer centro involucrado en la gestión del conocimiento se instaló en Australia en el 2014, por su parte en América, el centro especializado se encuentra en Uruguay (World Health Organization, 2018).

²³ Tras la adopción de la Declaración Política sobre las Enfermedades no Transmisibles por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2011, la OMS elaboró un marco mundial de vigilancia para realizar un seguimiento mundial de los avances en la prevención y el control de las principales enfermedades no transmisibles (enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades pulmonares crónicas y diabetes) y sus principales factores de riesgo (OMS, 2018).

TABLA 9. CENTROS DE INTERCAMBIO DE CONOCIMIENTOS DE LA SECRETARÍA DEL CMCT

Nombre	Institución designada	Ciudad y país	Tipo de Organización
Centro de Intercambio de conocimientos de la secretaría del CMCT de la OMS sobre Comercio y Tabaco	Centro McCabe sobre Cáncer y Legislación	Melbourne (Australia)	ONG
Centro de Intercambio de conocimientos de la secretaría del CMCT de la OMS sobre Vigilancia	Instituto Nacional de Salud y Bienestar	Helsinki (Finlandia)	Gubernamental
Centro de Intercambio de conocimientos de la secretaría del CMCT de la OMS sobre Tabaco sin Humo	Instituto de Citología y Oncología Preventiva	Noida (India)	Gubernamental
Centro de Intercambio de conocimientos de la secretaría del CMCT de la OMS sobre Pipas de Agua	Universidad Americana de Beirut	Beirut (Libano)	Institución Académica
Centro de Intercambio de conocimientos de la secretaría del CMCT de la OMS sobre Tributación	Universidad de Ciudad del Cabo	Ciudad del Cabo (Sudáfrica)	Institución Académica
Centro de Intercambio de conocimientos de la secretaría del CMCT de la OMS sobre Cooperación Internacional	Centro de Cooperación Internacional para el Control del Tabaco	Montevideo (Uruguay)	Gubernamental
Centro de Intercambio de conocimientos de la secretaría del CMCT de la OMS sobre el artículo 5.3	Universidad de Thammasat	Bangkok, Thailandia	Institución Académica

Fuente: OMS. Centros de intercambio de conocimientos de la Secretaría del CMCT de la OMS y centros de vigilancia de la industria tabacalera (observatorios). 2018

Así mismo, referente a la aplicación del Art. 5° del CMCT, se recomienda que las Partes supervisen las actividades de la industria tabacalera, por lo cual la Secretaría del CMCT estableció Observatorios de la industria tabacalera, los cuales informan a los encargados de la formulación de políticas con la intención de prevenir la

interferencia de la industria tabacalera. Actualmente se encuentran tres observatorios en funcionamiento: en Brasil, Sudáfrica y Sri Lanka.

Tanto los Observatorios, como los Centros de Intercambio de Conocimiento han recibido apoyo financiero de la Comisión Europea, así como de los gobiernos de Brasil, Panamá y Rusia, en cumplimiento al art. 26° (World Health Organization, 2018).

“El artículo 26 del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT de la OMS) reconoce la función importante de los recursos económicos para lograr los objetivos del Convenio y, en particular, para apoyar la acción a escala mundial.”
(World Health Organization, 2018).

De manera paralela, la Secretaría del Convenio organiza periódicamente talleres en colaboración con las oficinas regionales para ayudar a los países en el diseño y seguimiento de las políticas anti tabáquicas. Desde el 2014 al 2017 se celebraron 12 talleres sobre la aplicación del CMCT.

Durante el 2017, con el objetivo de fortalecer la aplicación del CMCT en los países ratificantes, se desarrolló el proyecto FCTC 2030, para proporcionar ayuda a países de bajo y medianos ingresos. Como elemento central, el proyecto FCTC 2030 brinda asistencia directa a 15 países²⁴ para promover la aplicación del CMCT, centrándose en:

1. La aplicación del de las disposiciones contenidas en el Artículo 5 del CMCT, protegiendo la gobernanza del control del tabaco.
2. El aumento de impuestos.
3. Prohibición de la publicidad, patrocinio y promoción del tabaco.
4. Implementación de las advertencias sanitarias.
5. Creación de espacios libres de humo.

El proyecto promueve el trabajo multisectorial y la adopción del enfoque de “todo gobierno” para aplicar el CMCT. Se llevará acabo de abril del 2017 a marzo de 2021, y pondrá acento en la planificación estratégica y el fortalecimiento de los

²⁴ Cabo Verde, Madagascar, Camboya, Myanmar, Chad, Nepal, Colombia, Samoa, Egipto, Sierra Leona, El Salvador, Sri Lanka, Georgia, Zambia, Jordania.

mecanismos de coordinación. En el caso de la región de las Américas, Colombia y El Salvador participan en el proyecto (Organización Mundial de la Salud, 2018).

En cuanto a lo abordado en este capítulo, se puede destacar que el CMCT de la OMS es resultado de los esfuerzos conjuntos de las Organizaciones de la Sociedad Civil, así como de los gobiernos y Organizaciones Intergubernamentales para hacer frente al alto índice de muertes y enfermedades causadas por el uso del tabaco, es por eso por lo que hasta el 2017 se contaba con un total de 181 Estados Parte²⁵. El convenio cuenta con una amplia investigación técnica y científica las cuales tienen como objetivo implementar políticas gubernamentales para desalentar a los fumadores del hábito del tabaquismo, y así mismo evitar que surjan nuevos fumadores, y que los presentes dañen la salud de los no fumadores.

El Convenio es en sí el resultado de la experiencia de diversos países en la adopción de normas locales que frenen el consumo del tabaco, por eso mismo este cuenta con un apartado que destaca la relevancia de la cooperación internacional en la ayuda mutua de los países para poder hacer frente a este fenómeno, como ejemplo se puede destacar el proyecto FCTC 2030, que busca impulsar las correctas medidas en países que no cuentan con una infraestructura técnica, científica, normativa, entre otras, para que estos no se queden rezagados en la lucha global anti tabáquica.

México, a raíz de la firma y posterior ratificación del CMCT, comenzó con la elaboración de una ley de carácter nacional la cual contemplara los puntos expuestos en el CMCT, como resultado de dicho proceso se promulgó en el 2008 la Ley General para el Control del Tabaco la cual se abordará con más detalle en el siguiente capítulo, y la cual es la ley que sigue vigente para la regulación del consumo de los productos tabacaleros.

²⁵ Es importante mencionar que el CMCT estuvo abierto a la firma hasta el 29 de junio de 2004, en ese periodo 168 países manifestaron su intención de ser partes en dicho Convenio. Una vez cerrado dicho periodo, los países que no estaban en condiciones de firmar el Convenio en la fecha establecida anteriormente, pueden adherirse mediante un proceso equivalente a la ratificación, por lo cual el número posterior a la firma del Convenio es de 181 Estados Parte.

Actualmente, a raíz del CMCT y dada la creciente venta de los productos ilícitos, las partes de dicho convenio desarrollaron el “Protocolo para la Eliminación del Comercio Ilícito de Tabaco” en noviembre del 2012 y para septiembre del 2018 dicho protocolo entra en vigor internacional, sin embargo, México aún no es parte de este.

Capítulo 3. La Cooperación entre México y la OMS /OPS en seguimiento del CMCT.

Entrando en la situación nacional, México, desde mediados del S.XX contaba con disposiciones relativas en materia del tabaco, sin embargo, dichas leyes carecían de un impacto sustancial en el combate para la reducción del consumo de este en la población. Como se destacó en el capítulo 1, cada vez más personas iniciaban a temprana edad a consumir productos con tabaco, para 1998 cerca del 30% de la población entre los 12 y 65 años consumía productos tabacaleros, 7 de cada 10 personas eran fumadores involuntarios, más del 60% de los fumadores eran del género masculino, los decesos anuales a causa del tabaquismo llegaron a superar las 44,000 muertes, entre otros datos, lo cual evidencia que el marco regulatorio previo a la firma del CMCT y creación de la LGCT tenía áreas de mejora a favor de la lucha anti tabáquica.

3.1 Antecedentes legislativos en materia del tabaco en México

A nivel general, podemos encontrar las diversas disposiciones del ejecutivo, entre las que destacan las siguientes:

- I. 1955. En el sexenio de Adolfo Ruiz Cortines, en la actualización del Código Sanitario se menciona en su Capítulo VIII, titulado "Comestibles, Bebidas, Tabacos y Similares", cita en el Artículo 162: "La recolección, elaboración, depósito, transporte y comercio de tabaco y otras sustancias que se fumen, estarán controlados, en cuanto a su aspecto sanitario por la Secretaría de Salubridad y Asistencia, y sujetos a los reglamentos respectivos". (Ramírez-

Barba, Saro-Boardman, & Vázquez-Guerrero, Ley General para el Control del Tabaco en México, 2008).

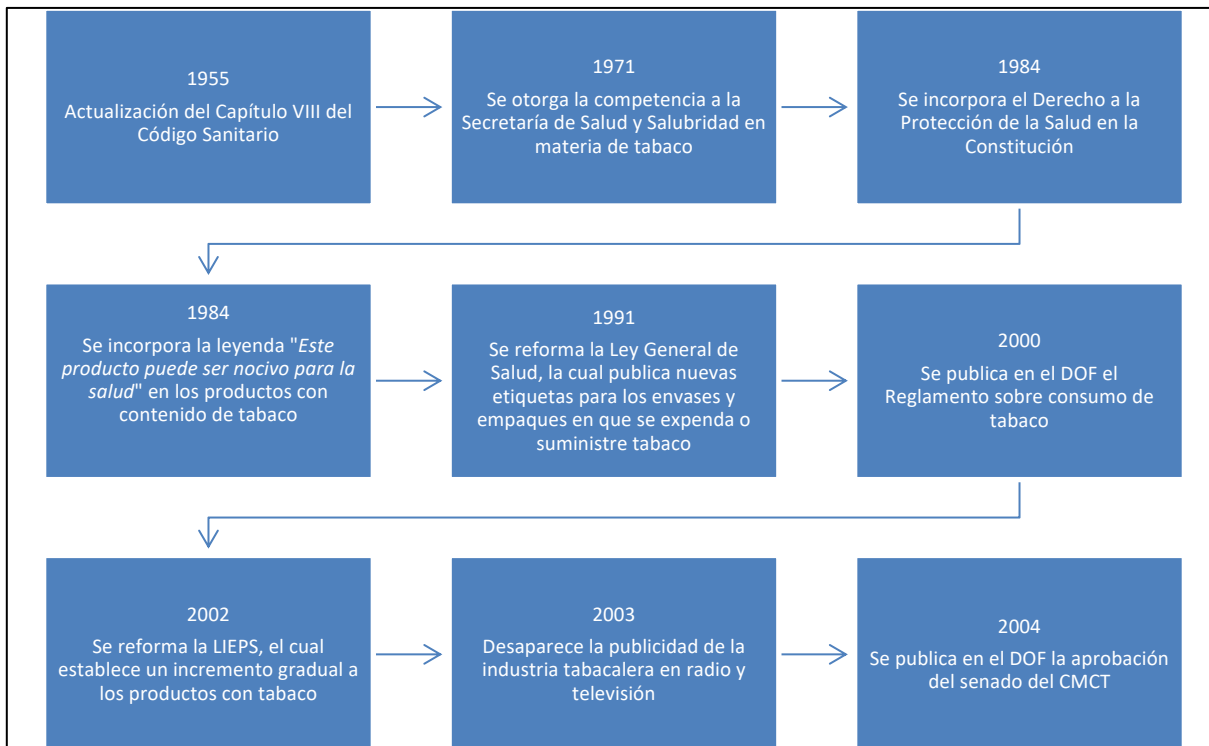
- II. 1971. Se estableció la competencia de la Secretaría de Salubridad y Asistencia en el control sanitario del tabaco. Además, se establece que la publicidad o propaganda de las bebidas alcohólicas y del tabaco se ajustará a lo autorizado por la propia Secretaría en los términos del Código Sanitario y sus reglamentos, específicamente se cita en el Art 37°. ²⁶
- III. 1984. En el sexenio del presidente Miguel de la Madrid, se incorpora a la Constitución el Derecho a la Protección de la Salud, la cual es el antecedente para la creación de la Ley General de Salud (LGS). Así mismo la LGS establece la leyenda de “*Este producto puede ser nocivo para la salud*” para todas las presentaciones del tabaco, además, dentro de su estructura normativa incorpora la creación de Programas Contra las Adicciones, en específico el Programa Contra el Tabaquismo.
- IV. 1991. Durante el sexenio de Carlos Salinas de Gortari se reforma la LGS, la cual publica nuevas etiquetas para los envases y empaques en que se expendan o suministre tabaco.
- V. 2000. Se publica en el DOF el Reglamento sobre Consumo del Tabaco. Así mismo se decretó una modificación a la fracción II del artículo 188 de la Ley General de Salud, que estableció el deber de orientar a la población para que se abstenga de fumar en el interior de edificios públicos propiedad del Gobierno Federal (Monteverde, Monteverde, & Cordero, 2011).
- VI. 2002. Se reforma la Ley sobre el Impuesto Especial sobre Productos y Servicios (LIEPS) donde se incrementa el impuesto a los tabacos de manera gradual. En ese mismo año se ejecuta el programa de Escuelas Libres de Humo de Tabaco.
- VII. 2003. Desaparece en México la publicidad de la industria tabacalera en radio y televisión.

²⁶ Cabe mencionar que en la iniciativa de Código Sanitario del presidente Echeverría, el capítulo IV trata a detalle el tabaco. Entre otros puntos, se revisa en dicho Capítulo: Qué se entiende por tabaco, qué advertencia sanitaria deben contener los empaques, qué tipo de publicidad está permitida, las sanciones impuestas en caso que el producto venga contaminado, adulterado o con alguna alteración.

VIII. 2004. Se publica en el DOF la aprobación del senado del CMCT.

(Ramírez-Barba, Vázquez Guerrero, & Vázquez Guerrero, Ley General para el Control del Tabaco en México, 2008).

FIGURA 18. LÍNEA DEL TIEMPO EN MATERIA LEGISLATIVA DEL TABAQUISMO



Fuente: Elaboración propia con datos de Ramírez-Barba, Vázquez Guerrero, & Vázquez Guerrero. Ley General para el Control del Tabaco en México. (2004).

3.2 La Ley General para el Control del Tabaco

Basados en el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) referente al derecho a la protección de la salud, en nuestro país existen diversas normas jurídicas relacionadas con la regulación del consumo del tabaco (Centro de Estudios de las Finanzas Públicas, 2018), dichas leyes y reglamentos se pueden categorizar en dos grandes grupos: a) las referentes a la recaudación de impuestos de los productos tabacaleros y b) las que ejercen un gasto público para el control del tabaquismo en la población, en este último grupo es donde yace la LGCT, como se muestra en la siguiente figura.

FIGURA 19. MARCO NORMATIVO EN MATERIA DEL TABACO

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	Ingresos	Ley de Ingresos de la Federación	
		Ley del IEPS	Ley del IVA
	Gasto Publico	Ley General de Salud	Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018
		Programa Nacional de Salud 2013-2018	Reglamento sobre Consumo de Tabaco
		Reglamentos de Control Sanitario de Productos y Servicios	Normas Oficiales Mexicanas
		Convenio Marco para el Control del Tabaco	Ley General para el Control del Tabaco

Fuente: Elaboración propia con datos del Centro de Estudios de las Finanzas Públicas. El tabaquismo y sus efectos en las Finanzas Públicas. (2018).

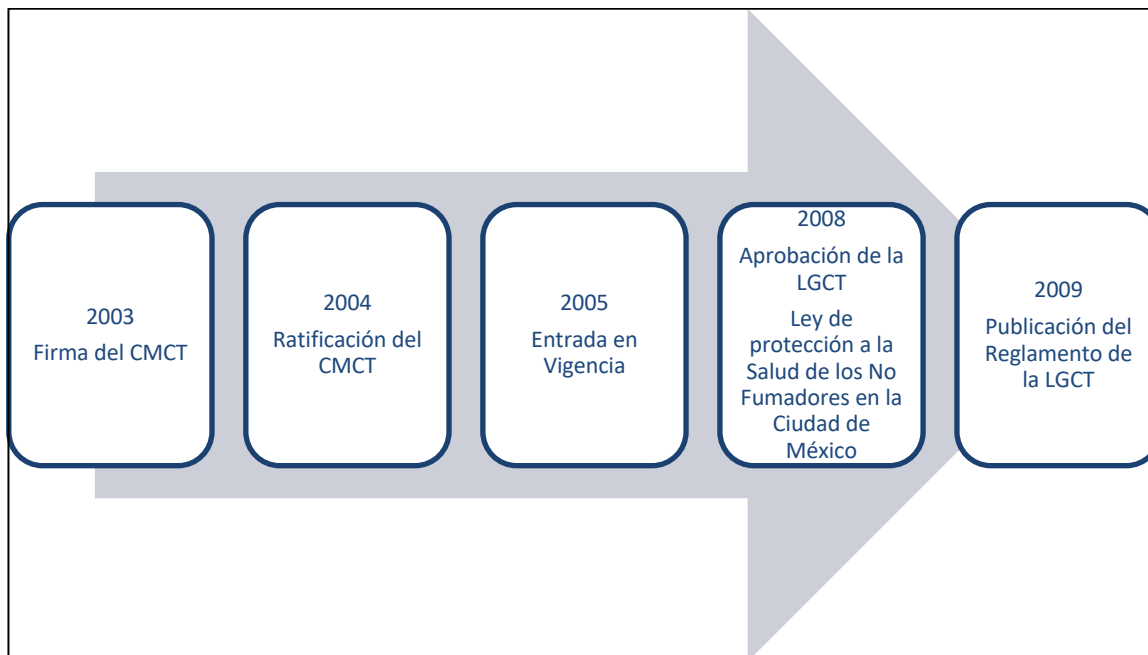
La LGCT surge a raíz de la disposición de las autoridades mexicanas para hacer frente al fenómeno del tabaquismo en México, siendo esta la primera de su tipo en la región que incorpora las principales disposiciones del CMCT (Torres J. A., 2018). Dicho proceso comienza con la firma de la delegación mexicana del CMCT y su posterior ratificación el 28 de mayo del 2004 (véase Fig. 18). El proceso de elaboración de la ley, que tuvo una duración de 5 años, da como resultado la publicación el 18 de mayo de 2008 en el DOF de la LGCT, decretada en el sexenio del presidente Felipe de Jesús Calderón Hinojosa, y que tiene como características, entre otras, el control sanitario de los productos del tabaco²⁷ y proteger el derecho a los no fumadores a vivir y convivir en espacios libres de humo de tabaco²⁸, sin

²⁷ Se refiere al conjunto de acciones de orientación, educación, muestreo y verificación que ejerce la Secretaría de Salud, así como otras autoridades competentes, con base en lo que establece la LGCT, sus reglamentos y las normas oficiales. Así mismo, comprende diversas estrategias de reducción de oferta y demanda. (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2010)

²⁸ Para la aplicación de la ley, la Secretaría de Salud (SS) en coordinación con la Secretaría de Educación Pública (SEP), la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), la Secretaría de Economía (SE) y otras autoridades competentes son las encargadas de hacer valer las disposiciones de esta. Así mismo, la SS es la encargada de llevar a cabo acciones de detección temprana, orientación y atención a fumadores que deseen abandonar el consumo (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2010).

embargo, es importante mencionar que la Ley también posibilita la existencia de áreas interiores para fumar.

FIGURA 20. LÍNEA DEL TIEMPO DEL CONTROL DEL TABACO EN MÉXICO



Fuente: Elaboración propia con datos de la OMS

Como principales innovaciones de la LGCT se puede mencionar las relativas al control de la demanda, las cuales se encuentran contenidas en los siguientes artículos del CMCT.

- *“Medidas relacionadas con los precios y los impuestos (Artículo 6)*
- *Medidas no relacionadas con los precios y los impuestos:*
 - *Protección contra la exposición al humo de tabaco (Artículo 8)*
 - *Reglamentación del contenido de los productos de tabaco (Artículo 9)*
 - *Reglamentación de divulgación de información sobre los productos de tabaco (Artículo 10)*
 - *Reglamentación del empaquetado y el etiquetado de los productos de tabaco (Artículo 11)*
 - *Educación, comunicación, formación y concientización del público (Artículo 12)*

- *Regulación de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco (Artículo 13)*
- *Reducción de la demanda mediante el tratamiento de la dependencia y el abandono del tabaco (Artículo 14).” (Torres M. J., 2018)*

3.3 Las medidas MPOWER

Como resultado del compromiso de las Partes de proteger la salud de su población contra la epidemia del tabaquismo, la OMS estableció en el 2008 el plan MPOWER, como parte de su asistencia técnica, el cual está integrado por seis medidas eficaces²⁹ para el control del tabaquismo, basadas en los artículos establecidos en el CMCT y cuyo fin es el de ayudar a las Partes a cumplir sus metas en el control del tabaquismo en sus países.

TABLA 10. MEDIDAS MPOWER Y SUS CORRESPONDENCIAS CON LOS ARTÍCULOS DEL CMCT

LETRA	MPOWER	Artículos del CMCT
M - MONITOR	Vigilar el consumo de tabaco y las políticas de prevención	20
P - PROTEGER	Proteger a la población del humo del tabaco	8
O - OFRECER	Ofrecer ayuda para el abandono del tabaco	14
W - ADVERTIR	Advertir sobre los peligros del tabaco	11 y 12
E - HACER CUMPLIR	Hacer cumplir las prohibiciones de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco	13
R - AUMENTAR	Aumentar los impuestos al tabaco	6

Fuente: Blanco A, Sandoval R, Martínez-López L, Caixeta R. “Diez años del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco: avances en las Américas.” *Salud Publica Mex* 2017;59 supl 1:S117-S125

M – Vigilar el consumo de tabaco

Desde hace más de 20 años, en México se han levantado estudios y encuestas epidemiológicas sobre diversas sustancias psicoactivas, los cuales ayudan a monitorear la evolución del tabaquismo en la población, con el objetivo de presentar información sobre la eficiencia y eficacia de las políticas anti tabáquicas (ver Tabla 10), sin embargo, a pesar de que México cuenta con información acerca del

²⁹ Dichas medidas parten de intervenciones técnico – científico de la OMS que demostraron ser las más efectivas para abatir la epidemia del tabaquismo. (Reynales-Shigematsu, 2012)

tabaquismo, este no cuenta con la frecuencia necesaria, ni es consistente con lo que marca el CMCT en su art. 20.³⁰ Un buen sistema de vigilancia debe de seguir la trayectoria de varios indicadores, entre los que se encuentran:

- 1) Prevalencia del consumo del tabaco
- 2) Repercusiones de las intervenciones normativas
- 3) Mercadotecnia y promoción.

Así mismo estos sistemas de vigilancia deben de aportar información tanto a nivel general, como específica sobre la epidemia del tabaquismo (Organización Mundial de la Salud, 2008).

FIGURA 21. ASPECTOS PARA EL MONITOREO Y LA VIGILANCIA DEL TABACO



Fuente: Organización Mundial de la Salud. Informe sobre el Control del Tabaco en la región de las Américas. (2018)

³⁰ El CMCT establece que las Partes (los países ratificantes) deben facilitar el intercambio de información científica, técnica, socioeconómica, comercial y jurídica de dominio público, así como de información sobre prácticas de la industria tabacalera. A pesar de que México cuenta con información del tabaquismo, carece en gran medida de información sobre la industria, por lo que se cumple parcialmente con el CMCT, adicionalmente los datos de la población juvenil no son periódicos, lo cual no cumple con los estándares de la OMS.

La OMS indica que las encuestas deben ser estandarizadas, representativas, periódicas, simples, flexibles, válidas y confiables (Organización Mundial de la Salud, 2018).

El monitoreo y la vigilancia del consumo del tabaco en la población es esencial para el éxito de las otras cinco estrategias que contempla el plan. Una correcta vigilancia permite tener una clara visibilidad para que las autoridades gubernamentales, así como la sociedad civil, puedan tener mayor conocimiento del fenómeno del tabaquismo en su población y así asignar los recursos técnico, científico, político, económico, de infraestructura, entre otros para el control del tabaco.

TABLA 11. ENCUESTAS NACIONALES PARA EL CONTROL DEL TABAQUISMO EN MÉXICO

Encuesta	Año(s) de publicación
Encuesta Nacional de Adicciones	1988,1993,1998, 2002, 2008 y 2011
Encuesta Nacional de Salud y Nutrición	2006 y 2012
Encuesta Global de Tabaco en Adultos	2009 y 2015
Encuesta de Tabaquismo en Jóvenes en México	2011
Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes	2014
Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco	2016 y 2017

Fuente: Elaboración propia con datos de la Comisión Nacional contra las Adicciones. 2008

P – Proteger a la población del humo del tabaco

Varias investigaciones han demostrado que no existe ningún nivel de exposición al humo de los fumadores que no conlleve riesgos para las personas a su alrededor³¹. Así mismo diversas instituciones³² científicas han concluido que la exposición al humo del tabaco contribuye a una amplia diversidad de enfermedades.

³¹ “Irlanda presenta pruebas firmes de los efectos sanitarios positivos de los ambientes libres de humo de tabaco. Tras la aplicación en 2004 de una legislación sobre ambientes sin humo de tabaco en el país, las concentraciones de nicotina en el aire ambiente disminuyeron un 83% y la exposición de los trabajadores de bares al humo de segunda mano disminuyó de 30 horas por semana a cero.” (Organización Mundial de la Salud, 2008)

³² “La Conferencia de las Partes en el Convenio Marco, el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer el Cirujano General de los Estados Unidos de América⁴⁷ y el Comité Científico sobre Tabaco y Salud del Reino Unido coinciden en que la exposición al humo de segunda mano contribuye a una amplia diversidad de enfermedades, entre ellas cardiopatías y muchos tipos de cáncer. Por ejemplo, la exposición al humo de segunda mano aumenta un 25%-30% el riesgo de cardiopatía coronaria y un 20%-30% el riesgo de cáncer de pulmón entre los no fumadores.” (Organización Mundial de la Salud, 2008)

La LGCT contempla espacios cerrados públicos libres de humo de tabaco, a pesar de ello, a nivel nacional son escasos los Estados que han avanzado más allá de lo establecido en la ley. En el 2008 la Ciudad de México se convirtió en la primera ciudad mexicana libre de humo de tabaco en espacios cerrados³³. En ese mismo año, Tabasco reformó su Ley de Salud para restringir, de igual manera, que se fume en espacios públicos, así como establecimientos de cualquier giro que brinden atención directa al público, como hospitales, auditorios, entre otros. Para el 2011 el Estado de Morelos siguió de igual manera a lo establecido por la Ciudad de México y Tabasco, y adicional a esto, agrego la restricción del servicio de alimentos y bebidas en espacios abiertos para fumar (FIC Tabaco).

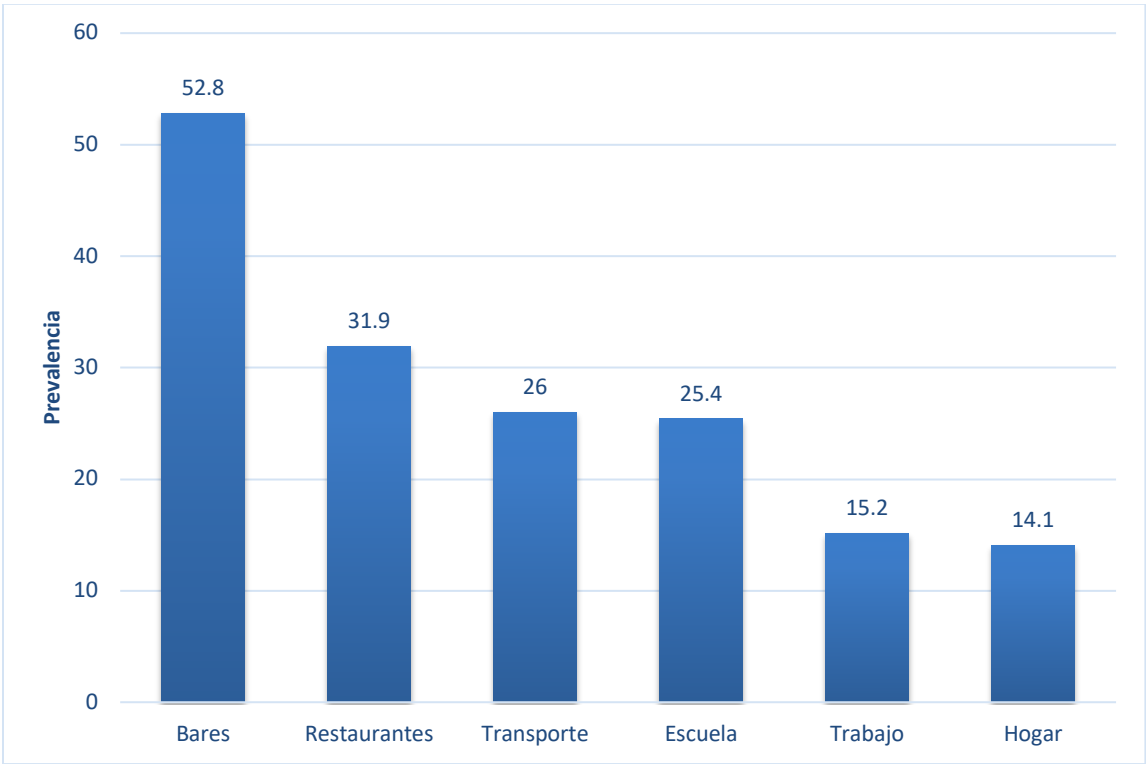
Ambientes Libres de Humo: Prohibición absoluta de fumar	
Instituciones de atención Médica	No
Oficinas y Lugares de trabajo Cerrado	No
Universidades	No
Restaurantes	No
Instituciones gubernamentales	No
Pubs y Bares	No
Establecimientos educativos, excepto universidades	Sí
Transporte público	Sí
¿Tienen las autoridades subnacionales la facultad de adoptar leyes que prohíban el consumo de tabaco de forma absoluta?	Sí

Fuente: Fundación Interamericana del Corazón. "Situación de las políticas para el control del tabaco en México". 2015

³³ Queda totalmente prohibido fumar en lugares públicos como restaurantes, bares y en lugares de trabajo cerrados.

México no cumple con el CMCT, no es un país 100% libre de humo ya que la LGCT permite que haya espacios reservados para fumadores en lugares cerrados. A nivel nacional existen solo 11 entidades federativas que cuentan con una ley interna en materia de espacios 100% libres de humo, estos son: CDMX, Morelos, Tabasco, Veracruz, Zacatecas, Estado de México, Nuevo León, Baja California, Baja California Sur, Sinaloa y Oaxaca, representando únicamente el 46.5% de la población nacional con acceso a espacios libres de humo de tabaco (Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, 2019).

FIGURA 22. LUGARES CON MAYOR PREVALENCIA DE EXPOSICIÓN AL HUMO DE TABACO DE SEGUNDA MANO



Fuente: INSP, CONADIC. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Tabaco. 2018

O – Ofrecer ayuda para el abandono del tabaco

Nuestro país cuenta con la red de atención del consumo de sustancias psicoactivas más grande de América Latina. Dentro de los centros se incluyen 340 Centros de Atención Primaria contra las Adicciones, 117 Centros de Integración Juvenil y 155

unidades del ISSSTE³⁴, así como también una línea de ayuda que funciona de manera gratuita (Torres M. J., 2018).

Uno de los problemas que presentan los programas para dejar de fumar es la falta de promoción y cobertura que estos tienen hacia la población. Las clínicas del ISSSTE y del IMSS son exclusivamente para derechohabientes. Así mismo los fumadores tienen un escaso conocimiento de las líneas telefónicas de cesación del tabaquismo, por lo que es necesario destinar recursos para la promoción y publicidad de los diferentes medios para dejar de fumar (Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, 2019).

W – Advertir sobre los peligros del tabaco

Como parte de la estrategia para concientizar los peligros del consumo del tabaco, se implementó el uso de pictogramas en las cajetillas. La iniciativa de ley en un inicio contemplaba el 50% de la advertencia sanitaria en la cara anterior de los empaques, 50% en la cara posterior y 100% en una de las caras laterales, además de disponer de información sobre el contenido de los productos del tabaco, sus ingredientes y emisiones.

Las medidas finales acordadas en la LGCT para el uso de los pictogramas quedaron de la siguiente forma: 1)30% de la cara anterior, la cual incorporará pictogramas, 2)100% cara posterior, destinada para el uso de mensajes sanitarios, 3)100% cara lateral, destinada para el uso de mensajes sanitarios.

Advertencias Sanitarias en los empaques de Tabaco	
Se requieren empaques en blanco	No
Prohibición de descriptores de sabores	No
Prohibición de información cuantitativa de emisiones	No
% de las superficies principales expuestas que deben estar cubiertas por las advertencias (frente y dorso)	65%
Frente	30%
Dorso	100%
Cantidad de advertencias aprobadas	16%
La Ley impone advertencias específicas	Sí

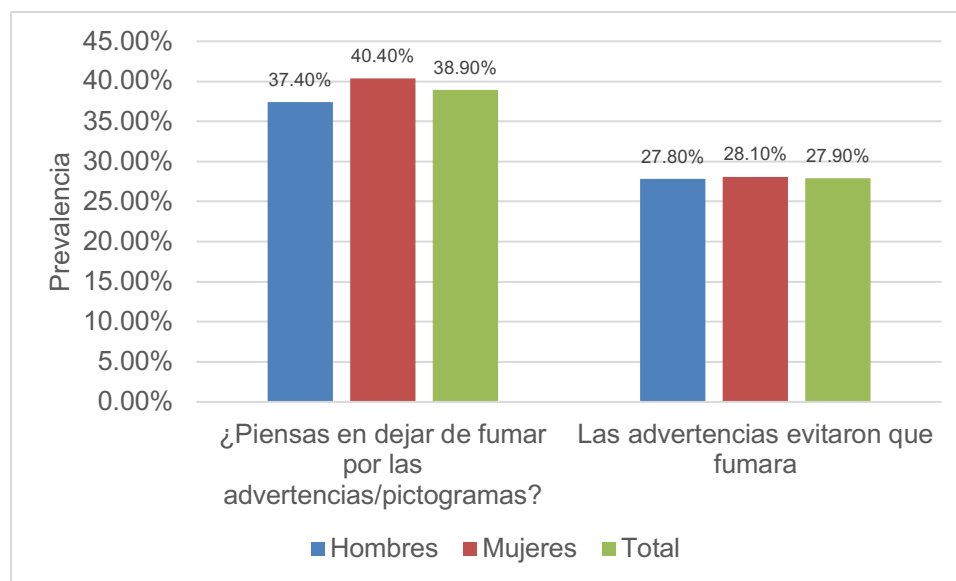
³⁴ En el 2018, las unidades clínicas del ISSSTE ingresaron a tratamiento a cerca de 4,560 pacientes entre 20 y 50 años de edad, de los cuales 2,964 dejaron de fumar (Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, 2019).

Las advertencias están escritas en el idioma principal del país	Sí
Las advertencias deben rotar	Sí
La ley establece multas por violaciones a las regulaciones de las advertencias	Sí
Las advertencias describen los efectos perjudiciales del uso del tabaco	Sí
La advertencia aparece en la parte superior de la cara principal	Sí
Las advertencias contienen una imagen o gráfico	Sí
Las advertencias aparecen en todos los paquetes y empaquetado externo	Sí
Las advertencias no son obstruidas de manera alguna	Sí
Prohibición de descriptores engañosos como light	Sí
Se requiere que aparezca un número telefónico de información sobre cesación	Sí
Las advertencias deben realizarse en un tipo de letra, tamaño y color	Sí
La ley aplica en productos manufacturados en el país, importados o para venta en Duty Free	Sólo en algunos productos

Fuente: Fundación Interamericana del Corazón. "Situación de las políticas para el control del tabaco en México". 2015

Es importante mencionar que en la última encuesta ENCODAT 2016-2017, el 98.4% de los fumadores hizo saber que el fumar tabaco causa enfermedades graves. Entre los fumadores actuales de 12 a 65 años, 38.1% piensan en dejar de fumar debido a las advertencias sanitarias con pictogramas y el 27.9% refirieron que las advertencias sanitarias evitaron que consumiera un cigarro en el último mes.

FIGURA 23. IMPACTO DE LAS ADVERTENCIAS SANITARIAS EN LOS FUMADORES



Fuente: Secretaría de Salud. ENCODAT 2016-2017.

E – Hacer cumplir las prohibiciones de publicidad, patrocinio y promoción

La publicidad del tabaco se encuentra permitida en revistas y establecimiento para adultos, y queda prohibida en la radio, televisión, exteriores y revistas para niños y adolescentes. Está prohibido el patrocinio y distribución gratuita de promocionales o productos de tabaco.

El artículo 13 del CMCT establece claramente la prohibición total de toda publicidad³⁵, patrocinio y promoción, sin embargo, la actual LGCT permite el uso de estos métodos en ciertos establecimientos y espacios para adultos, e incluso en las tiendas de conveniencia, las cuales pueden tener acceso los menores de edad, están disponibles a la vista los productos tabacaleros, por lo cual México no está cumpliendo con lo establecido en el CMCT. Así mismo existe un vacío legal y regulatorio de la información que se puede mostrar en las páginas de internet, por

³⁵ “Las directrices para la aplicación del artículo 13 reafirman el concepto de que una prohibición de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco resulta eficaz solamente si es total. La comunicación mercadotécnica contemporánea tiene un enfoque integrado de la publicidad y la promoción de la compra y la venta de productos. La misma incluye la comercialización directa, las relaciones públicas y los métodos mercadotécnicos de venta personal o interactiva en línea. Si se prohíben solamente determinadas formas de publicidad directa, la industria tabacalera inevitablemente reorientará sus gastos hacia otras estrategias publicitarias y de comunicación, y recurrirá a modalidades creativas e indirectas para promover los productos de tabaco y su consumo, especialmente entre los jóvenes.”. (Organización Mundial de la Salud, 2018)

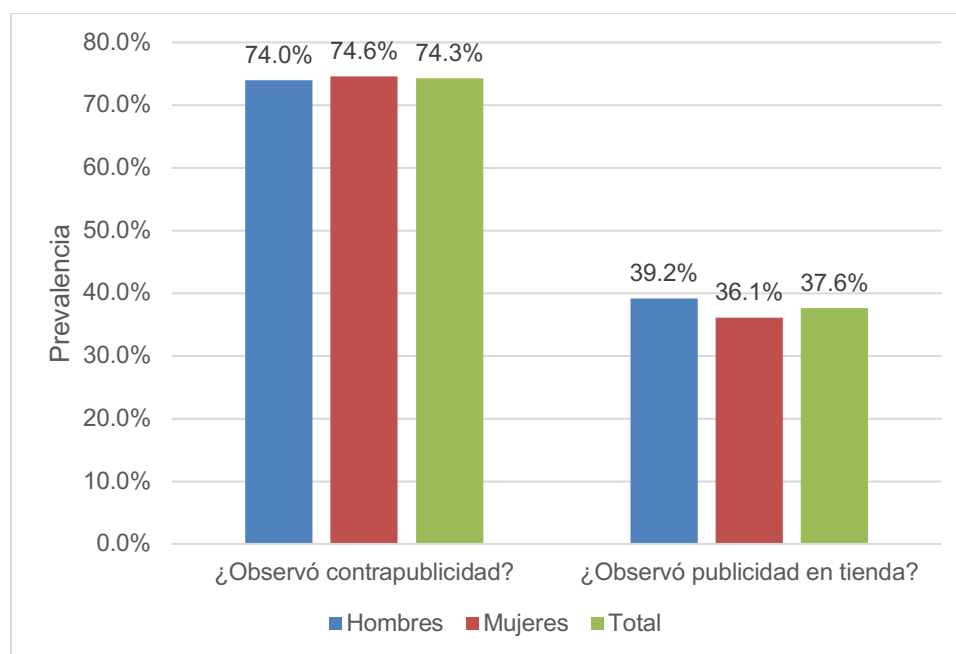
ejemplo, se puede acceder fácilmente a la compra en línea de productos tabacaleros, sin la verificación de que el comprador sea mayor de edad.

Prohibiciones sobre la publicidad, la promoción y el patrocinio	
Marcas que no pertenecen al ámbito del tabaco pero que se usan para productos de tabaco	Sólo en el patrocinio
Revistas / periódicos locales	No todos
Aparición de productos de tabaco en la TV y /o películas	No
TV y radio internacional	No
Internet	No
TV y radio nacional	Sí
Libre distribución	Sí
Descuentos promocionales	Sí
Productos que no contienen tabaco pero que se identifican con marcas de tabaco	Sí
Espectaculares y publicidad en exteriores	Sí
Puntos de venta	Sí
Eventos patrocinados	Sí

Fuente: Fundación Interamericana del Corazón. "Situación de las políticas para el control del tabaco en México". 2015

La contra publicidad del uso del tabaco es uno de los medios que el gobierno mexicano ha usado para desalentar el tabaquismo en la población nacional. En este sentido en la ENCODAT 2016 – 2017 nos muestra que el 74% de la población ha observado y/o escuchado en radio y/o televisión información sobre los peligros de fumar, por lo cual queda a criterio del consumidor seguir consumiendo los productos tabacaleros.

FIGURA 24. CONTRA PUBLICIDAD Y PUBLICIDAD DE TABACO



Fuente: Secretaría de Salud. ENCODAT 2016-2017.

R – Aumentar los impuestos al tabaco

La medida que menos progreso ha experimentado desde el 2008, tanto a nivel mundial como regional, es la referida a aumentar los impuestos sobre el tabaco.

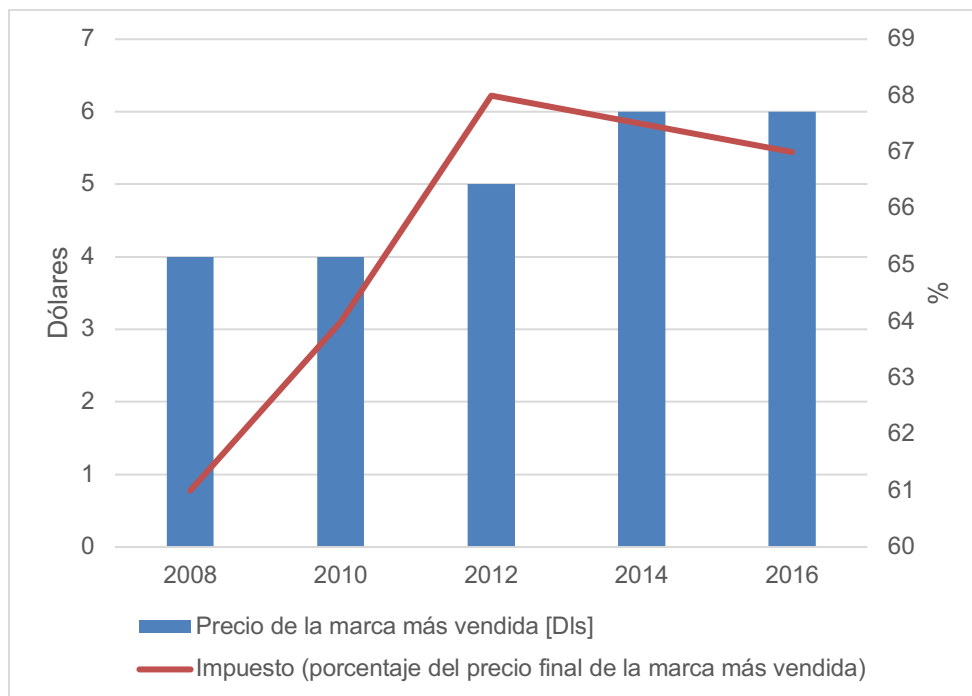
“Si bien los impuestos indirectos comprenden impuestos selectivos al consumo, impuestos al valor agregado (IVA) y derechos de importación, es importante resaltar que los más relevantes desde el punto de vista de la salud pública son los impuestos selectivos al consumo³⁶, dado que estos se aplican exclusivamente a los productos de tabaco y, por tanto, elevan el precio relativo de estos en comparación con otros productos y servicios.” (Organización Mundial de la Salud, 2018).

El CMCT establece que se debe de incorporar un impuesto sobre los productos tabacaleros, a pesar de ello, en la legislación mexicana, la ley que regula el impuesto sobre los productos con contenido de tabaco es la Ley de Impuesto Especial sobre Productos y Servicios (LIEPS). Actualmente dicha ley establece un

³⁶ Solo tres países de la Región de las Américas (Argentina, Cuba y Chile) aplican impuestos selectivos al consumo que representan como mínimo el 70% del precio de venta al consumidor (Organización Mundial de la Salud, 2018).

impuesto ad valorem del 160% sobre el precio al que vende el mayorista al minorista, más una cuota de 35 centavos por cigarro. De manera conjunta los consumidores también pagan el Impuesto al Valor Agregado (IVA) que actualmente es del 16% (Alvarez, 2018), por lo que, en total, a partir del 2010 el impuesto por cajetilla equivale aproximadamente al 68% del precio total.

FIGURA 25. EVOLUCIÓN DE IMPUESTOS Y PRECIOS SOBRE LA MARCA MÁS POPULAR DE CIGARRILLOS



Fuente: Organización Mundial de la Salud. Informe sobre el Control del Tabaco en la región de las Américas. 2018.

Uno de los problemas que presenta la LGCT es que no contempla un incremento gradual de los impuestos al tabaco, a pesar de que ha habido iniciativas para incrementar dicho impuesto, desde el 2010 no ha existido ningún cambio ni incremento en la política fiscal hacia los productos tabacaleros.

3.4 La Cooperación Internacional para el cumplimiento del CMCT

México, como actor internacional, refrenda el compromiso de la ayuda entre las naciones, es por esto por lo que cuenta con una “Ley de Cooperación Internacional para el Desarrollo”, la cual dota al poder ejecutivo de facultades para promover, facilitar, fomentar y ejecutar los Programas de Cooperación Internacional entre los países. La AMEXCID, define a la cooperación internacional como:

“El esfuerzo conjunto de gobiernos, apoyado por el dinamismo de organismos internacionales, sociedad civil, academia y sector privado, para promover acciones que contribuyan al desarrollo sostenible y a mejorar el nivel de vida de la población mundial a través de la transferencia, recepción e intercambio de información, conocimientos, tecnología, experiencias y recursos”.

En el marco del CMCT se puede mencionar que la cooperación multilateral es la que reina en la implementación, seguimiento y apoyo de las políticas públicas para el control del tabaquismo, ya que cuenta con el enlace entre países y organismos internacionales y/o regionales; que están sustentados por un instrumento jurídico, convenio o acuerdo internacional. (Agencia Mexicana de Cooperación Internacional para el Desarrollo, 2018)

Cómo se destacó en el capítulo 2, la Cooperación Internacional es uno de los principales instrumentos de los países de la OMS el cual busca hacer cumplir y valer lo establecido en el CMCT. La OMS, en conjunto con los países ratificantes y OSC tiene entre sus prioridades el establecer y aplicar programas eficaces de control del tabaco que consideren los factores culturales, sociales, políticos y jurídicos sociales (OMS, 2018).

La cooperación que tiene el Sistema de las Naciones Unidas (SNU) en México se ha transformado con el tiempo debido al incremento de capacidades nacionales y a la forma en la que el país se ha desarrollado, convirtiéndose en un valor agregado en las políticas públicas implementadas. El Marco de Cooperación de las Naciones Unidas para el Desarrollo (MANUD) considera que el papel que debe tener el SNU es el de dar un respaldo al cumplimiento de los convenios ratificados por México (OPS/OMS, 2015).

Durante 2010 y 2013, México en coordinación con la OPS y la OMS formularon la “*Estrategia de Cooperación de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud con México (ECP) 2015-2018*” el cual es un instrumento cuyo objetivo es el de conciliar los mandatos globales y regionales de la OPS/OMS y las disposiciones nacionales de salud pública, respaldando así la rectoría de la Secretaría de Salud Pública en la formulación de las políticas, programas y normas que respondan a las necesidades de la población (OPS/OMS, 2015). La Dirección General de Relaciones Internacionales de Salud junto con la representación de estos actuó como intermediarios y facilitadores en el proceso de elaboración del documento.³⁷

En materia de tabaquismo, de igual forma, México coopera técnicamente con otros actores de la Cooperación Internacional, como son OSC y fundaciones, tanto a nivel nacional como internacional, incluso como país receptor de apoyos técnicos y económicos para la implementación de programas sociales orientados a la reducción y control del tabaco, entre los cuales se puede mencionar:

- 1) La ayuda técnica y financiera de la Fundación Bloomberg y la Universidad John Hopkins, las cuales han brindado apoyo para la elaboración de las Encuestas Globales de Tabaquismo en Adultos (GATS) en todas las fases de su implementación.
- 2) La *Campaign for Tobacco Free Kids* que de la misma manera apoya en la elaboración del GATS, y también en la en diversas publicaciones enfocadas en la situación del tabaquismo en México.

³⁷ “El 6 de mayo del 2014, con base en el PND 2013-2018 y tras una primera consulta con diferentes instancias del sector salud y la Secretaría de Salud de México se identifica, de manera coordinada con la oficina de la OPS/OMS en México, tres ejes prioritarios que orientarán a la ECP como se enuncia a continuación: 1. Acceso efectivo a los servicios de salud. 2. Calidad de los servicios. 3. Prevención y Promoción de la Salud. Adicionalmente, producto de la misión de expertos, se determinó incorporar una cuarta prioridad sobre cooperación internacional en salud.” (OPS/OMS, 2015)

- 3) La Fundación Interamericana del Corazón, la cual organiza foros, informes y publicaciones del tabaquismo en México.

Como principales resultados de la cooperación de la OMS/OPS con México se pueden mencionar los siguientes:

TABLA 12. PRINCIPALES RESULTADOS DE LA COOPERACIÓN DE LA OPS/OMS CON MÉXICO EN MATERIA DEL TABAQUISMO

PROGRAMA PRIORITARIO	FUNCIÓN BÁSICA DE LA OMS	TEMAS TRABAJADOS
Vigilancia, prevención, diagnóstico, tratamiento de ECNT y control de sus factores de riesgo.	Apoyar la formulación de políticas públicas	Propuesta de marco jurídico para espacios 100% libres de humo de tabaco en los estados de la Región de Salud Sur-Sureste, incluyendo la Declaratoria de la Primer Playa Libre de Humo de Tabaco en México y Taller sobre Ambientes Libres de Humo en Sitios Turístico – costeros.(2013)
		Implementación en la Universidad Veracruzana la política de un espacio de enseñanza 100% libre de humo de tabaco. (2013)
		Apoyo en la negociación y aprobación del Protocolo sobre Comercio Ilícito de Tabaco
		Desarrollo y evaluación de la 3°, 4° y 7° ronda de pictogramas y advertencias sanitarias en el empaquetado y etiquetado externos de los productos del tabaco, mediante la facilitación y

		seguimiento al modelo de protocolo sobre comercio ilícito. ³⁸
	Apoyar el proceso de análisis de la situación y tendencias en materia de Salud y sus determinantes	Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos (GATS, por sus siglas en inglés) con apoyo financiero de la Iniciativa Bloomberg y el apoyo técnico de los Centers for Disease Control, la Escuela de Salud Pública de Johns Hopkins y la OPS/OMS.

Fuente: Elaboración propia con datos de OPS, 2018.

Con el apoyo de la cooperación internacional, principalmente de la OMS, la cual busca promover la ejecución de las políticas y lineamientos enmarcados en el CMCT, es gracias a esta que se pudo crear una ley integral para el control del tabaquismo en México, teniendo como el resultado la LGCT. Entre sus principales logros de este proceso de creación, se pueden destacar: se prohíbe y sanciona la venta de cigarrillos por unidad, se solicita la acreditación de la mayoría de edad de los consumidores, se crean los espacios 100% libres de humo de tabaco, así como se prohíbe el consumo dentro de las escuelas y áreas interiores de trabajo, se incluye dentro del etiquetado la información sobre el contenido, emisiones y riesgos de los cigarrillos, entre otras medidas, las cuales marcan un antecedente del compromiso del gobierno mexicano en otorgar el derecho a la salud hacia todos. Sin embargo, es importante también mencionar que con el seguimiento del Plan MPOWER, se logra observar que todavía existen deficiencias, carencias y áreas de oportunidad para lograr una ley que incluya en su cabalidad las directrices de regulación, monitoreo y restricción de los productos tabacaleros en México.

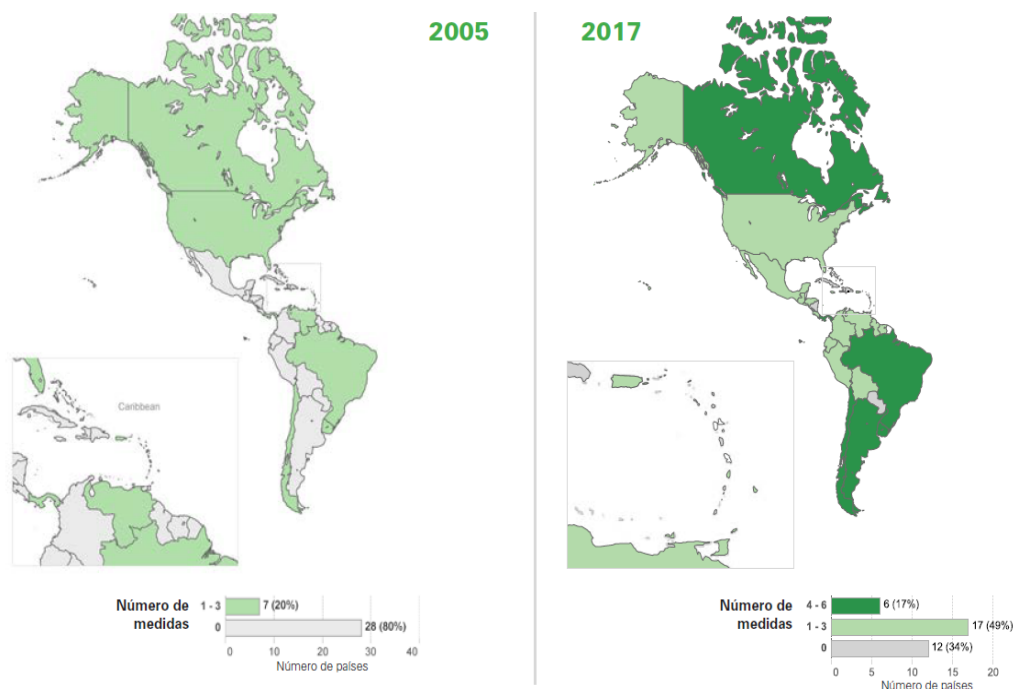
³⁸ Para los pictogramas se contrató empresa de mercadeo social para hacer la validación técnica cuantitativa y cualitativa con poblaciones de fumadores y no fumadores en ambos sexos y en rangos de edad entre 18-65 años. (OPS/OMS, 2015)

Conclusiones.

A lo largo de estos capítulos se ha expuesto el impacto que el tabaquismo ha tenido en las diferentes esferas (económica, política y social), tanto a nivel global, como regional y nacional, en la última década del siglo XX y las primeras del siglo XXI, y cómo los diferentes actores sociales (Estados, Organizaciones Gubernamentales, Organizaciones de la Sociedad Civil) han intervenido para reducir el impacto de éste en la población, todo esto a partir del CMCT.

Desde la entrada en vigor del CMCT, a nivel mundial, dos terceras partes de la población ya se encuentran protegidas por al menos una de las medidas desarrolladas en dicho Convenio. A nivel regional, casi el 70% de los países del continente cuentan con al menos una medida contenida en el Convenio (Sandoval, 2019).

FIGURA 26. EVOLUCIÓN DE LA APLICACIÓN DE LAS MEDIDAS DEL CMCT EN AMÉRICA



Fuente: Informe sobre el Control del Tabaco en la región de las Américas. 2018

El tabaquismo se sigue manteniendo como la principal causa de mortalidad prematura y evitable, la cual cada año genera cerca de 8.3 millones de muertes en

todo el mundo. Así mismo, éste continúa siendo una carga económica a los países que se estima cerca de US\$ 1.4 billones anuales³⁹, donde el 40% corresponde a países de bajos y medianos ingresos (Organización Mundial de la Salud, 2018).

México se encuentra en el lugar 114 con población fumadora, según datos de la OMS. En los últimos años, nuestro país ha tenido un avance sustancial en su marco normativo para la regulación del consumo del tabaco, como se vio en el Capítulo 3, así mismo nuevas legislaciones han entrado en vigor para regular los productos tabacaleros y el consumo de estos, sin embargo, el fenómeno del tabaquismo aún no cuenta con un impacto considerable que pueda mencionarse como positivo. Entre el 2009 y 2015 la epidemia del tabaquismo se ha mantenido sin cambios, en la última encuesta para adultos de México, GATS, se reportó que en el año 2009 la prevalencia del consumo de tabaco era del 15.9% (en la población de 15 años o más), y en el año 2015 esta fue de 16.4%, pero es importante mencionar que se han observado descensos significativos en la prevalencia de consumo en los hombres⁴⁰ (Secretaría de Salud, 2017).

El CMCT ha elevado su importancia internacional ya que su cumplimiento se encuentra como una de las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en específico en el Objetivo 3, que busca garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos. Así, en el marco del ODS 3, dentro de la meta 3.4 la cual busca reducir un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles, el inciso 3.a llama específicamente a fortalecer la aplicación del CMCT en todos los países, para poder reducir en un 30% la prevalencia del tabaquismo a nivel mundial. (Organización Mundial de la Salud, 2018).

³⁹ En México, el último reporte estima que los gastos atribuibles al tabaquismo en el sistema de salud ascienden cerca de US\$ 5110 millones, el cual representa cerca del 6.4% del gasto total de salud (Organización Mundial de la Salud, 2018).

⁴⁰ La GATS 2015 de México refiere que el 8.3% de las mujeres jóvenes de 25 a 44 años eran fumadores en el 2009, y para el 2015 se observó que el consumo aumento a 10%. (Secretaría de Salud, 2017).

La ENCODAT 2016-2017 reportó que 14.9 millones de mexicanos son fumadores actuales, lo que representa el 17.6% de la población (3.8 millones mujeres y 11.1 millones hombres) de los cuales 5.4 millones fuman diariamente y 9.4 millones fuman ocasionalmente.

El hecho de que el CMCT se encuentre en la Agenda 2030 no solo es un reconocimiento del valor que este tiene como tratado internacional, sino también genera un valor vinculante al más alto compromiso de la comunidad internacional para enfrentar el consumo del tabaco, ejerciendo así un mayor control de las políticas anti tabáquicas nacionales.

A nivel nacional, a poco más de 10 años de vigencia de la LGCT, se han presentado cerca de 45 iniciativas para reformar la ley, ya que se han encontrado algunos vacíos legales, entre los cuales se encuentran:

- La actual ley permite fumar en espacios cerrados de acceso público.
- Prohíbe el patrocinio y se regula la promoción, sin embargo, aún permite la publicidad (en impresos y establecimientos dedicados a mayores de edad y dirigida a domicilio).
- Permite la exhibición en los puntos de venta de los productos tabacaleros, mismos lugares en los que menores de edad tienen acceso.
- No existe un control de la venta y patrocinio por la vía del internet.

Otro pendiente de la ley es otorgar mayores facultades de vigilancia del cumplimiento de lo establecido a los gobiernos estatales y municipales como fumar en espacios cerrados, venta de productos de tabaco a menores de edad, venta de cigarrillos por unidad, evitar empleo de menores; para que estos apliquen las sanciones pertinentes y aprovechen dichos recursos para mejorar la vigilancia.

En materia legislativa, una posible nueva agenda antitabaco debe incluir los siguientes ejes de acción:

- Una mayor coordinación intersectorial entre todas las dependencias con atribuciones en materia tabáquica, como lo es la: Secretaría de Salud, Secretaría de Hacienda, Secretaría de Economía, Secretaría de Agricultura y Desarrollo Rural y Secretaría de Educación Pública.
- Enmarcar las políticas de control de tabaco dentro de una estrategia global de promoción a la salud, que incluya el combate a los principales factores de

riesgo de enfermedades y muertes (alimentación sana, actividad física, entre otros)

- Etiquetar los recursos recaudados vía impuestos al tabaco para utilizarse en salud. Se requieren fondos para campañas y ofrecer servicios para la cesación de tabaco.
- Reforzar los compromisos del CMCT, en especial el del comercio ilícito.

El comercio ilícito de productos de tabaco es una de las mayores amenazas para la salud pública ya que incrementan la asequibilidad de los productos tabacaleros y además dicha comercialización no está sujeta a las leyes y reglamentos de los países. En respuesta a esta situación, durante la 5° COP se adoptó el Protocolo para la Eliminación del Comercio Ilícito de Productos de Tabaco, el cual es el primer protocolo del CMCT. Su objetivo principal es el de controlar la cadena de suministros de productos de tabaco. A pesar de que México forma parte del CMCT, no ha ratificado el Protocolo antes mencionado, por lo que es necesaria su ratificación para así poder estar en el paquete de tratados que la OMS ha diseñado para la lucha anti tabáquica.

Por último es importante mencionar la posición de la OMS sobre la aparición de nuevos productos con y sin contenido de nicotina, conocidos como: sistemas electrónicos de administración de nicotina (SEAN) y los sistemas similares sin nicotina (SSSN), conocidos comúnmente como cigarrillos electrónicos, que salieron a la venta alrededor del 2006 y, desde entonces, han evolucionado para dar lugar a un abanico de productos muy diversificado. A nivel nacional, los últimos datos oficiales indican que 5 millones de mexicanos han usado cigarro electrónico alguna vez y 975 mil lo consumen actualmente (Secretaría de Salud, 2017).

Durante la sexta reunión de la COP, la cual tuvo lugar en la India en noviembre del 2016, se invitó a todos los países que forman parte del CMCT a aplicar integralmente las políticas y directrices del convenio a todos los productos que sean alternativas o alienten a fumar a la población.

A lo largo de la investigación puedo concluir que México dio un gran paso con la ratificación del CMCT, mismo que permitió la creación de una Ley dedicada exclusivamente a la regulación y combate del tabaquismo. Sin embargo, aún continúa presentando grandes retos. Los cuales, a mi consideración son:

- En materia de cooperación internacional, a pesar de que el CMCT establece que es uno de los principales pilares para la continua mejora de políticas públicas en materia anti tabáquica, nuestro país principalmente utiliza la cooperación internacional para el financiamiento en la generación de datos del tabaquismo en la sociedad mexicana. Escasamente utiliza a la cooperación internacional como una herramienta para la generación de nuevas políticas que permitan fortalecer las capacidades de cesación y control del tabaquismo.
- En materia de comercialización del tabaco, la venta por unidad de cigarrillo continúa siendo una práctica habitual y normalizada en la sociedad mexicana, principalmente por los vendedores ambulantes que encontraron una manera más redituable de obtener ganancias. Se estima que un vendedor ambulante vende hasta 2.5 cajetillas diarias, lo que significa una ganancia entre 200 a 250 pesos diarios (Lopez, 2019).

En la última ENCODAT 2016-2017 se menciona que el 48.1% de los fumadores adultos ha realizado la compra por unidad de cigarrillos, a pesar de estar prohibida en la actual ley, y el 75.5% de los fumadores menores de edad recurre a dicha práctica para la obtención de cigarros (Centro de Estudios de las Finanzas Públicas, 2018).



Fuente: Buscan que México sea tercer país con mayor control en venta de cigarros y productos de tabaco, *Claudia Bolaños*, 2020

La venta al menudeo no es un problema que se suscite únicamente en México. A lo largo de la investigación encontré que existen problemas similares en los países latinoamericanos, donde, a pesar de que existen leyes que penalizan dicha práctica, el comercio informal y ambulante son los principales promotores de dicha práctica.

El Concejo de Bogotá, en respuesta a dicha problemática publicó en el 2017 una estrategia la cual se basa principalmente en los siguientes ejes:

- Crear campañas en radio y televisión que evidencien que la venta al menudeo es una práctica ilegal.
- Mapear los puntos críticos de venta de cigarros al menudeo.
- Promover programas extraescolares para prevenir el tabaquismo.

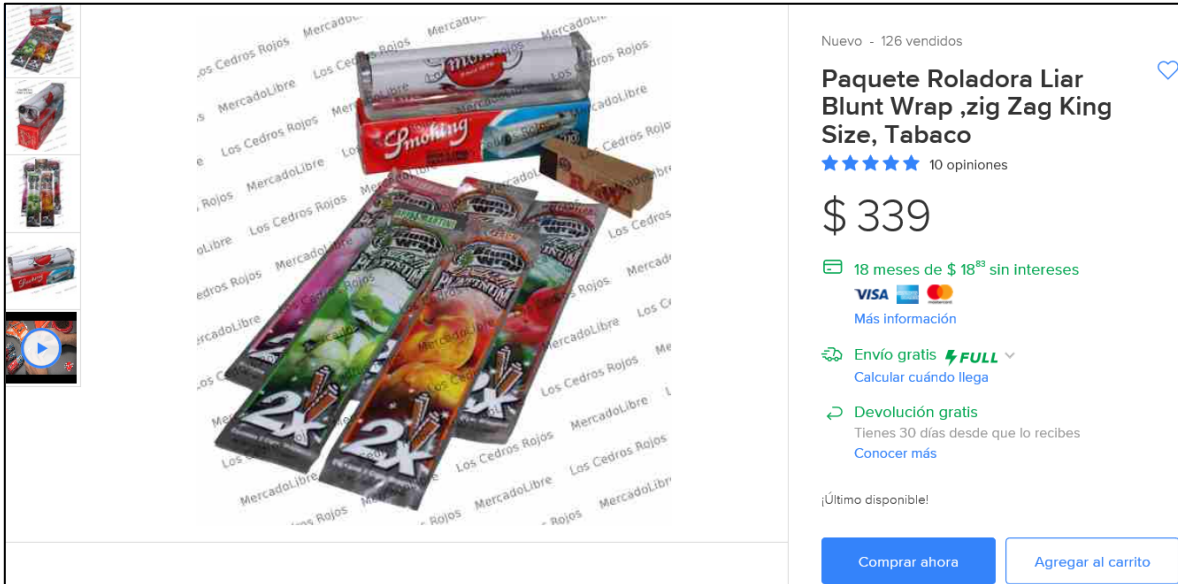
(HSB Noticias, 2017)

Retomando el punto anterior, referente a la cooperación internacional, las autoridades mexicanas tienen la oportunidad de promover prácticas con los países ratificantes para conocer qué estrategias están implementando en sus países y así mismo poder conocer sus resultados y analizar cuáles prácticas se pueden replicar en México.

- Así mismo, en materia de comercialización, la aparición de las nuevas tecnologías de la información, en especial el e-commerce, presenta un gran reto para la actual ley, ya que no establece de manera clara y contundente cómo se debe actuar en la venta de productos con contenido de tabaco a

través de estas plataformas, y presenta una manera fácil de adquirir productos tabacaleros a los menores de edad.

FIGURA 27. EJEMPLO DE COMERCIALIZACIÓN DE PRODUCTO TABACALERO POR INTERNET



Fuente: Cigarros y afines, www.mercadolibre.com.mx, 2019

En este mismo sentido, en el CMCT no se establecen mecanismos los cuales puedan replicar los diferentes países adheridos para tener un control de los productos tabacaleros que se venden por medio del internet, únicamente establece la prohibición de publicidad por este medio, por lo que, con las nuevas tendencias en los hábitos de los consumidores, los cuales migran paulatinamente al e-commerce⁴¹, es necesario que se aborden discusiones en las COP para adoptar inmediatamente controles a este medio.

- En materia de publicidad, la actual ley omite la regulación del uso de exhibidores en las tiendas y centros comerciales. Estos continúan siendo un lugar de publicidad de productos tabacaleros que se encuentran a la vista del público en general.

⁴¹ "En México, algunos de los datos más relevantes nos muestran que los consumidores están haciendo de las compras en internet un hábito frecuente: mientras que en 2017 solo 7% recurría al e-commerce de manera semanal, durante 2018 esa cifra subió a 38%." (Blaise, 2019)

En Canadá, por ejemplo, el gobierno prohibió el uso de exhibidores en los puntos de venta. Posteriormente un estudio encontró que existían menores niveles de compras impulsivas, ya que reducía los deseos físicos y emocionales, con respecto a países que permitían el uso de estos, como EE.UU y Reino Unido.

“Varios estudios han determinado una fuerte asociación entre la exposición a los exhibidores de productos de tabaco en el punto de venta y la iniciación en el consumo de cigarrillos, la susceptibilidad al consumo de cigarrillos, y la intención de fumar entre los jóvenes.” (Tobacco Free Kids, 2013)

FIGURA 28. VENTA DE PRODUCTOS TABACALEROS



Fuente: Twitter, <https://twitter.com/ivantrv/status/1014282610321907714>, 2019.

México, a través de la cooperación internacional, debe acercarse a los diferentes países ⁴² que han implementado la prohibición del uso de exhibidores en los puntos de venta y adecuar dichas prácticas a la LGCT.

- En material de comercio ilícito, el principal reto que tiene el gobierno mexicano es el de obtener cifras claras del comercio ilícito nacional, para

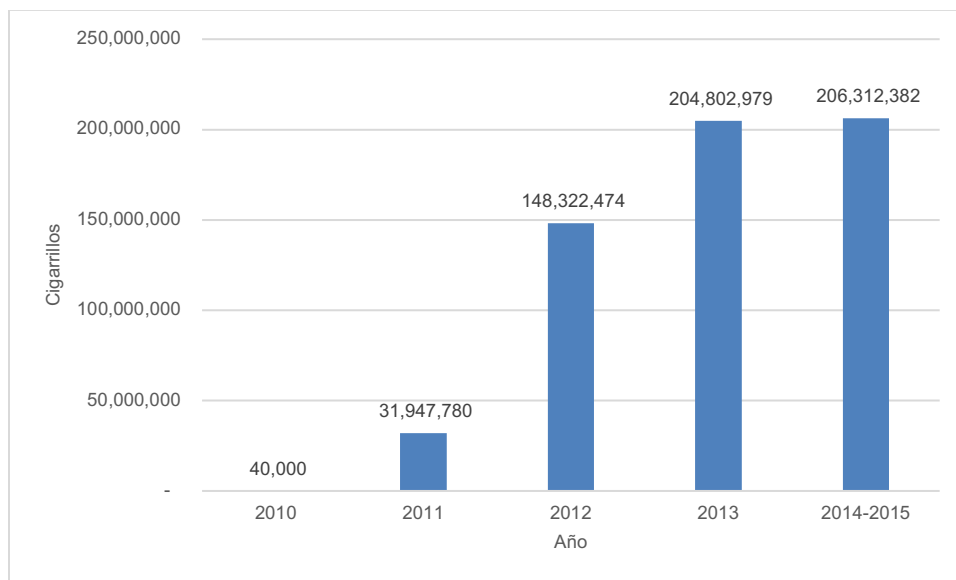
⁴² Canadá, Australia, Nueva Zelanda, Irlanda, Noruega.

poder así establecer los objetivos a corto, mediano y largo plazo y las metas a alcanzar para la erradicación del comercio ilícito.

En el 2019, durante la conferencia del “Día Mundial sin Tabaco” se presentó un estudio que sitúa al comercio ilícito en un 8.8% a nivel nacional, sin embargo, estimaciones de la industria tabacalera lo colocan en un 17%⁴³ (Gobierno de México, 2019).

A pesar de que la LGCT penaliza el comercio ilícito, este continúa siendo una práctica de evasión de impuestos para el gobierno mexicano, así como también representa pérdidas para la industria tabacalera en materia de seguridad, la cual se ve involucrada en el robo de sus productos. Durante el 2010 y el 2015, el aseguramiento de productos ilícitos tabacaleros se incrementó en 515,000%, así mismo, la COFEPRIS realizó 62 operativos logrando así el aseguramiento de cerca de 206 millones de cigarrillos ilegales (Gobierno de México, 2015).

FIGURA 29. ASEGURAMIENTO DE TABACO ILÍCITO



Fuente: COFEPRIS, “Aseguramiento de tabaco Acumulado 2010 – 2015”, 2015

⁴³ En México, según la Confederación de Cámaras Industriales de los Estados Unidos Mexicanos (Concamin), el mercado ilícito de cigarros alcanza el 17% del mercado; es decir, 17 de cada 100 cigarros que se consumen en el país, son ilegales. Se estima que más de 330 millones de cajetillas forman parte del mercado ilícito, las cuales se venden principalmente en el comercio informal (tianguis, mercados y tiendas de la esquina). Lo anterior, se estima que equivale a una pérdida recaudatoria para el Gobierno de 6,000 millones de pesos (British American Tobacco).

El comercio ilícito, no solo daña la salud de la población, sino también presenta una violación al Estado de derecho, la recaudación fiscal y la seguridad nacional.

En este sentido, es necesaria la pronta firma del Protocolo para la Eliminación del Comercio Ilícito de Productos de Tabaco por parte de las autoridades nacionales y en paralelo, el uso de la cooperación internacional para poder diseñar las mejores prácticas para la erradicación de dicho comercio ilegal.

Por último, es importante señalar que, uno de los factores más nocivos al consumir tabaco, en específico cigarros, es el hecho de que en la combustión se liberan varios componentes tóxicos los cuales son los que dañan el organismo, sin embargo, no se puede prohibir el derecho al consumidor por adquirir productos lícitos para su beneficio personal. En otros países, en específico en Europa, Canadá, Colombia, Japón, y algunos estados de EE. UU, se aprobó el consumo y comercialización de productos con tabaco calentado, los cuales reducen la exposición de los químicos presentes en la combustión. El gobierno mexicano tiene una oportunidad de acercarse con sus pares, ONG y compañías tabacaleras y proponer un marco regulatorio nacional para los nuevos productos, los cuales incluyan la visión de todas las partes.

A lo largo de esta investigación, me percaté que existen diversos intereses de los actores nacionales e internacionales los cuales dificultan tener una actualización de la Ley en beneficio de la sociedad. Por un lado, la respuesta de la OMS y ONG es prácticamente tajante al querer prohibir el consumo de tabaco, no permitiendo explorar nuevas alternativas de productos con tabaco calentado, por otro lado, existe una barrera de grupos de oposición, con intereses propios, dentro del senado y congreso nacional para modificar la LGCT que abarque un contexto contemporáneo, lo cual abre amplias oportunidades para la CID en materia del tabaco.

Glosario

A

ACNUDH

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos..... 30

B

BAT

British American Tobacco 6

C

COF..... 23

COFEPRIS

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios..... Véase

CPEUM

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos 36

E

ECOSOC

Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas..... 30

ECP

Estrategia de Cooperación con el País 50

ENA

Encuesta Nacional de Adicciones..... 10

ENT

Enfermedades No Transmisibles 29

F

fumador involuntario

Grupo poblacional de ex fumadores y no fumadores 10

I

IGO

Organización Internacional Intergubernamental 29

L

LGS

Ley General de Salud 34

LIEPS

Ley de Impuesto Especial sobre Productos y Servicios Véase

Ley sobre el Impuesto Especial sobre Productos y Servicios 35

M

mayor de edad

Individuos cuya edad es mayor o igual a los 18 años..... 11, 13

menor de edad

Individuos cuya edad es menor a los 18 años	11, 13
O	
Objetivos de Desarrollo Sostenible	
ODS.....	54
OMS	
Organización Mundial de la Salud	1, 7, 16, 18, 19, 21, 23, 27
OPS	
Organización Panamericana de la Salud.....	27
P	
PMI	
Philip Morris International.....	6
S	
SEAN	
Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina	véase
SSSN	
Sistemas Similares Sin Nicotina	Véase

Referencias

- Ramírez-Barba, É., Saro-Boardman, E., & Vázquez-Guerrero, M. (2008). *Ley General para el Control del Tabaco en México*. Cuernavaca. doi:ISSN 0036-3634
- Alvarez, J. L. (2018). *¿Sabes cuánto de lo que pagas por una cajetilla de cigarros son impuestos?* México: El Contribuyente. Recuperado el 22 de Abril de 2019, de <https://www.elcontribuyente.mx/2018/10/cigarros-ieps-iva-impuestos/>
- AMEXCID. (2016). *Agencia Mexicana de Cooperación Internacional para el Desarrollo*. Recuperado el 13 de Octubre de 2018, de Gobierno Federal Mexicano: <https://www.gob.mx/amexcid/acciones-y-programas/que-es-la-cooperacion-internacional-para-el-desarrollo-29339>
- Blaise, P.-C. (5 de Marzo de 2019). El panorama de e-commerce en México en 2019. Recuperado el 1 de Septiembre de 2019, de <https://www.forbes.com.mx/el-panorama-de-e-commerce-en-mexico-en-2019/>
- British American Tobacco. (s.f.). *Mercado Ilícito*. Recuperado el 25 de Agosto de 2019, de http://www.batmexico.com.mx/group/sites/BAT_9YAAD9.nsf/vwPagesWebLive/DO9YAEV4
- Calleja, N. (Enero de 2012). Medidas para el control del tabaco en México y en el mundo. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 17, 99. Recuperado el 29 de Abril de 2018, de Redalyc: <http://www.redalyc.org/pdf/292/29223246006.pdf>

- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (6 de Enero de 2010). Recuperado el 21 de Marzo de 2019, de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ley_general_tabaco.pdf
- Centro de Estudios de las Finanzas Públicas. (2018). *El Tabaquismo y su efecto en las Finanzas Públicas: 2007 - 2017*. Recuperado el 26 de Marzo de 2019, de <http://www.cefp.gob.mx/publicaciones/nota/2018/notacefp0042018.pdf>
- Comisión Nacional contra las Adicciones. (2008). *México ante el Convenio Marco para el Control del Tabaco*. Secretaría de Salud. México: CONADIC. Recuperado el 11 de Diciembre de 2017, de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/onct/CM_parteXIII.pdf
- Conyer, R. T., Kuri-Morales, P., & Hoy-Gutiérrez, M. J. (Septiembre - Octubre de 2001). Panorama Epidemiológico del tabaquismo en México. *Salud Pública de México*, 43(5), 6. Recuperado el 6 de Mayo de 2018, de <http://www.redalyc.org/html/106/10643514/>
- El Financiero. (30 de Mayo de 2015). En México mueren 130 personas a diario por consumo de tabaco. *El Financiero*, pág. 1. Recuperado el 29 de Abril de 2018, de <http://www.elfinanciero.com.mx/nacional/en-mexico-mueren-130-personas-a-diario-por-consumo-de-tabaco.html>
- El Financiero. (29 de Julio de 2017). 6 gráficas que te explican el consumo y negocio del cigarro en el mundo. *El Financiero*. Recuperado el 12 de Mayo de 2018, de <http://www.elfinanciero.com.mx/rankings/graficas-que-te-explican-el-consumo-y-negocio-del-cigarro-en-el-mundo>
- Excelsior. (31 de Mayo de 2016). El tabaco mata a más de 40 mil personas al año en México: UNAM. pág. 1. Recuperado el 6 de Mayo de 2018, de <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2016/05/31/1095898#view-1>
- FIC Tabaco. (s.f.). *MÉXICO Y EL CMCT*. Recuperado el 2 de Abril de 2019, de <http://tabaco.ficmexico.org/titulo-1/>
- Gobierno de México. (2015). México, avanza en el combate al comercio ilícito de tabaco y las adicciones. México. Recuperado el 25 de Agosto de 2019, de <https://www.gob.mx/cofepris/prensa/mexico-avanza-en-el-combate-al-comercio-ilicito-de-tabaco-y-las-adicciones-53549>
- Gobierno de México. (2019). Presentación del Estudio Estimación del Consumo de Cigarros Ilícitos en México. México. Recuperado el 25 de Agosto de 2019, de <https://www.gob.mx/salud/conadic/documentos/presentacion-del-estudio-estimacion-del-consumo-de-cigarros-ilicitos-en-mexico-204939>
- HSB Noticias. (24 de Agosto de 2017). Concejo de Bogotá: Venta de cigarrillos al menudeo, sin ningún control a menores de edad. Recuperado el 30 de Agosto de 2019, de <https://hsbnoticias.com/noticias/bogota/concejo-de-bogota-venta-de-cigarrillos-al-menudeo-sin-ningun-339203>
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). (2017). *Health Data Visualization*. (U. o. Washington, Editor) Recuperado el 12 de Mayo de 2018, de Health Data: <http://www.healthdata.org/data-visualization/tobacco-visualization>

- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. (2019). 5to Congreso de Intervención e Investigación en Tabaquismo. Ciudad de México. Recuperado el 6 de Junio de 2019
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Tabaco*. Mexico: INPRFM. Recuperado el 14 de Junio de 2019
- Khawaja, A. (31 de Mayo de 2018). Día Mundial sin Tabaco: ¿qué países fuman más y menos en el mundo? (y en qué lugar se sitúan los de América Latina). Recuperado el 4 de Marzo de 2019, de <https://www.bbc.com/mundo/noticias-44311572>
- Lopez, J. M. (2019). El lucrativo negocio de la venta de cigarros sueltos. México. Recuperado el 25 de Agosto de 2019, de <https://sitquije.com/mundo/noticias/el-lucrativo-negocio-de-la-venta-de-cigarros-sueltos>
- Mackay, D. J., & Eriksen, D. M. (Junio de 2002). EL ATLAS DEL TABACO. 25. Recuperado el 30 de Abril de 2018, de <http://www.cofemer.gob.mx/expediente/v99/02.0832.030707.5/21-EL%20ATLAS%20DEL%20TABACO%20espa%C3%B1ol%20resumen.pdf>
- Micheli, A., & Izaguirre-Avila, R. (Julio de 2005). *RIC*. Recuperado el 19 de Abril de 2018, de Medigraphic: <http://www.scielo.org.mx/pdf/ric/v57n4/v57n4a14.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social. (2003). "RESOLUCIÓN WHA. 52.18: HACIA UN CONVENIO MARCO DE LA OMS". *Revista Española de Salud Pública*, 77. Recuperado el 4 de Febrero de 2019, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272003000400006
- Miranda, D. J. (SN). Qué es el tabaquismo | Todas las causas y consecuencias del tabaquismo. *Infosalus*. Recuperado el 14 de 3 de 2021, de <https://www.infosalus.com/enfermedades/aparato-respiratorio/tabaquismo/que-es-tabaquismo-3.html>
- Monteverde, H. R., Monteverde, T. M., & Cordero, R. A. (Septiembre - Octubre de 2011). Impacto de las políticas antitabaco en México. *Revista de la facultad de Medicina de la UNAM*, 54(5), 12. Recuperado el 5 de Mayo de 2018, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2011/un115d.pdf>
- Morales, D. P. (2002). *Tabaquismo en México*. Mexico. Recuperado el 20 de Febrero de 2018, de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/obs2002_2.pdf
- Naciones Unidas. (2015). Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. *Septuagésimo periodo de sesiones*, (pág. 40). Ginebra. Recuperado el 8 de Abril de 2018, de http://unctad.org/meetings/es/SessionalDocuments/ares70d1_es.pdf
- OMS. (2018). "Disminuye el consumo de tabaco, pero se debe hacer más para proteger a las personas y reducir las muertes por enfermedades cardíacas que generan fumar y la exposición a su humo". Washington. Recuperado el 6 de Febrero de 2019, de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14398:new-report-shows-tobacco-use-is-falling-but-more-needed-to-protect-people-from-heart-diseases-and-other-noncommunicable-diseases&Itemid=1926&lang=es

- OMS. (2018). Cooperación Internacional. Recuperado el 6 de Febrero de 2019, de <https://www.who.int/fctc/implementation/cooperation/es/>
- OPS/OMS. (2015). *Estrategia de Cooperación de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud con México 2015-2018*. México. Recuperado el 14 de Mayo de 2019, de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/Country-Cooperation-Strategy-MEX-2015-2018.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *World Health Organization*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 29 de Abril de 2018, de Convenio Marco para el Control del Tabaco: http://www.who.int/fctc/text_download/es/
- Organización Mundial de la Salud. (28 de Mayo de 2004). Día Mundial Sin Tabaco 2004: el círculo vicioso del tabaco y la pobreza. *Centro de prensa*, 1. Recuperado el 30 de Abril de 2018, de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr36/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Plan de medidas MPOWER*. Recuperado el 3 de Abril de 2019, de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43897/9789243596280_spa.pdf?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud. (6 de Febrero de 2017). "El proyecto FCTC 2030 promueve el control del tabaco en los países en desarrollo". Recuperado el 4 de Febrero de 2019, de <http://origin.who.int/fctc/mediacentre/news/2017/FCTC2030-bolsters-tobacco-control-developing-countries/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Un informe de la OMS revela el drástico aumento en el último decenio de políticas de control del tabaco que pueden salvar vidas*. Comunicado de prensa, Ginebra. Recuperado el 30 de Abril de 2018, de <http://www.who.int/es/news-room/detail/19-07-2017-who-report-finds-dramatic-increase-in-life-saving-tobacco-control-policies-in-last-decade>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco*. Recuperado el 29 de Abril de 2018, de Cooperación Sur-Sur y triangular: <http://www.who.int/fctc/implementation/cooperation/south-south/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Informe sobre el Control del tabaco en la región de las Americas, 2018*. Washington: OMS. Recuperado el 29 de Junio de 2019, de <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49237>
- Organización Mundial de la Salud. (29 de Abril de 2018). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Tabaco: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *World Health Organization*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 29 de Abril de 2018, de Convenio Marco para el Control del Tabaco: http://www.who.int/fctc/text_download/es/
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). Foro Internacional sobre Políticas Públicas sobre Control de Tabaco. México: Senado de México. Recuperado el 29 de Abril de 2018, de México:

- http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=626:foro-internacional-sobre-politicas-publicas-sobre-control-tabaco&Itemid=499
- OXFAM. (2018). *Cooperación Triangular*. Obtenido de La realidad de la ayuda: <http://www.realidadayuda.org/glossary/cooperacion-triangular>
- Pichon-Riviere A, B. A.-S. (2016). *Impacto económico del tabaquismo en los sistemas de salud de América Latina: un estudio en siete países y*. Revista Panamericana de Salud Pública. Recuperado el 4 de Marzo de 2019, de http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31302/v40n4a05_213-21.pdf?sequence=1
- PNUD. (2011). La Cooperación Sur-Sur en México. Mexico: ONU México. Recuperado el 29 de Abril de 2018, de <http://www.undp.org/content/dam/mexico/docs/Publicaciones/PublicacionesGobernabilidadDemocratica/css/FS%20CSS%20jul15.pdf>
- Ramírez-Barba, É., Vázquez Guerrero, A., & Vázquez Guerrero, M. (2008). *Ley General para el Control del Tabaco en México*. Cuernavaca: Salud Pública de México. doi:ISSN 0036-3634
- Reynales-Shigematsu, L. M. (2012). *El control del tabaco, estrategia esencial para reducir las enfermedades crónicas no transmisibles*. Cuernavaca. Recuperado el 3 de Abril de 2019, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342012000300015
- Sandoval, R. C. (2019). Implementación del Convenio Marco en las Américas: Avances y pendientes. *5to Congreso de Intervención e Investigación en Tabaquismo*. México: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Recuperado el 29 de Mayo de 2019
- Secretaría de Gobernación. (27 de Julio de 2000). Reglamento sobre el consumo del tabaco. *Diario Oficial de la Federación*. Recuperado el 29 de Mayo de 2018, de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=2057729&fecha=31/12/1969
- Secretaría de Salud. (1993). *Encuesta Nacional de Adicciones 1993*. Encuesta, SS, México. Recuperado el 30 de Abril de 2018, de <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5820>
- Secretaría de Salud. (1998). *Encuesta Nacional de Adicciones 1998*. Encuesta, México. Recuperado el 8 de Abril de 2018, de [http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/Articulos%20Jorge/2000/encuesta%20nacional%20de%20adicciones%201988%20\(tabaco\).PDF](http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/Articulos%20Jorge/2000/encuesta%20nacional%20de%20adicciones%201988%20(tabaco).PDF)
- Secretaría de Salud. (2001). Programa de Acción: Adicciones. Tabaquismo. 117. Recuperado el 8 de Abril de 2018, de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/tabaquismo.pdf>
- Secretaría de Salud. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012*. Encuesta, México. Recuperado el 20 de Febrero de 2018, de <https://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/ConsumoTabaco.pdf>

- Secretaría de Salud. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco: Reporte de Tabaco*. México: ENCODAT. Recuperado el 18 de Marzo de 2018, de <https://drive.google.com/file/d/1lktptvdu2nsrSpMBMT4FdqBlk8gikz7q/view>
- Senado de la República. (6 de Abril de 2004). Gaceta: LIX/1SPO-44/1005. *Gaceta del Senado*. Recuperado el 11 de Diciembre de 2017, de <http://www.senado.gob.mx/index.php?ver=sp&mn=2&sm=2&id=1005>
- Sistema Económico Latinoamericano y del Caribe. (2018). *¿Qué es la Cooperación Sur-Sur?* Recuperado el 29 de Abril de 2018, de <http://sursur.sela.org/qu%C3%A9-es-la-css/conceptos-de-la-cooperaci%C3%B3n-sur-sur/>
- Tobacco Free Kids. (Noviembre de 2013). PUBLICIDAD, PROMOCIÓN Y PATROCINIO DEL TABACO: Exhibición de productos de tabaco en el punto de venta. Recuperado el 1 de Septiembre de 2019, de https://www.tobaccofreekids.org/assets/global/pdfs/es/APS_posDisplay_es.pdf
- Torres, J. A. (2018). *A 10 años de la Ley general para el control del tabaco en México*. Comisión Nacional contra las Adicciones. Recuperado el 21 de Marzo de 2019, de <https://www.iapa.cdmx.gob.mx/storage/app/media/uploaded-files/ley-general-contratabaco-a-10anos.pdf>
- Torres, M. J. (2018). *A 10 años de la Ley general para el control del tabaco en México*. Comisión Nacional contra las Adicciones, Ciudad de México. Recuperado el 11 de Marzo de 2019, de *A 10 años de la Ley general para el control del tabaco en México*
- Valdés, R., Lazcano, E., & Hernández, M. (2005). *Primer Informe sobre el combate al tabaquismo: México ante el Convenio Marco para el Control del Tabaco*. Cuernavaca, Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública. doi:968-6502-89-0
- World Health Organization. (1994). Tabaco o Salud. (C. Ejecutivo, Ed.) *Informe del Director General*, 13. Recuperado el 30 de Abril de 2018, de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/192133/EB95_27_spa.pdf;jsessionid=5E830EBD0023485A30756E2A11681026?sequence=1
- World Health Organization. (2018). *Centros de intercambio de conocimientos de la Secretaría del CMCT de la OMS y centros de vigilancia de la industria tabacalera (observatorios)*. Recuperado el 6 de Febrero de 2019, de <https://www.who.int/fctc/implementation/knowledge-management/es/>

Referencia de Figuras

FIGURA 1. CONSUMO MUNDIAL DE CIGARRILLOS S.XX	7
FIGURA 2. PORCENTAJE DE FUMADORES POR GÉNERO A NIVEL MUNDIAL EN 1994	8
FIGURA 3. PREVALENCIA DIARIA DE FUMADORES POR EDAD Y POR SEXO EN 1990	12
FIGURA 4. FUMADORES SEGÚN EDAD DE INICIO, 1998, 1993, 1998	13
FIGURA 5. PORCENTAJE DE POBLACIÓN DE 12 A 65 AÑOS DE EDAD.....	14
FIGURA 6.DISTRIBUCIÓN DE FUMADORES MENORES DE EDAD POR GÉNERO.	15

FIGURA 7. DISTRIBUCIÓN OCUPACIONAL EN MENORES DE EDAD (12 A 17 AÑOS).....	16
FIGURA 8. PORCENTAJE DE POBLACIÓN MAYOR DE EDAD (18 A 65 AÑOS).....	16
FIGURA 9. PORCENTAJE DE FUMADORES MAYORES DE EDAD (18 A 65 AÑOS).....	17
FIGURA 10. NIVEL DE ESCOLARIDAD EN FUMADORES MAYORES DE EDAD (18 A 65 AÑOS).....	17
FIGURA 11. MUERTES ATRIBUIBLES AL TABAQUISMO EN MÉXICO, 1998.....	18
FIGURA 12. PORCENTAJE DE FUMADORES POR GÉNERO	19
FIGURA 13. EVOLUCIÓN DE FUMADORES POR NIVEL DE ESCOLARIDAD	20
FIGURA 14. EVOLUCIÓN DEL CONSUMO MUNDIAL DE CIGARRILLOS A PARTIR DEL AÑO 2000	23
FIGURA 15. AÑO DE LA FIRMA DEL CMCT	27
FIGURA 16. LA IMPLEMENTACIÓN DEL CMCT EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS.....	29
FIGURA 17. MARCO DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL	32
FIGURA 18. LÍNEA DEL TIEMPO EN MATERIA LEGISLATIVA DEL TABAQUISMO.....	39
FIGURA 19. MARCO NORMATIVO EN MATERIA DEL TABACO	40
FIGURA 20. LÍNEA DEL TIEMPO DEL CONTROL DEL TABACO EN MÉXICO.....	41
FIGURA 21. ASPECTOS PARA EL MONITOREO Y LA VIGILANCIA DEL TABACO.....	43
FIGURA 22. LUGARES CON MAYOR PREVALENCIA DE EXPOSICIÓN AL HUMO DE TABACO DE SEGUNDA MANO	46
FIGURA 23. IMPACTO DE LAS ADVERTENCIAS SANITARIAS EN LOS FUMADORES	49
FIGURA 24. CONTRA PUBLICIDAD Y PUBLICIDAD DE TABACO	51
FIGURA 25. EVOLUCIÓN DE IMPUESTOS Y PRECIOS SOBRE LA MARCA MÁS POPULAR DE CIGARRILLOS	52
FIGURA 26. EVOLUCIÓN DE LA APLICACIÓN DE LAS MEDIDAS DEL CMCT EN AMÉRICA	57
FIGURA 27. EJEMPLO DE COMERCIALIZACIÓN DE PRODUCTO TABACALERO POR INTERNET.....	63
FIGURA 28. VENTA DE PRODUCTOS TABACALEROS	64
FIGURA 29. ASEGURAMIENTO DE TABACO ÍLÍCITO	65

Referencia de Tablas

TABLA 1. NÚMERO ESTIMADO DE DEFUNCIONES CAUSADAS ANUALMENTE POR EL TABACO	9
TABLA 2. NÚMERO ESTIMADO DE DEFUNCIONES POR EL HÁBITO DE FUMAR EN LOS PAÍSES DESARROLLADOS, 1955 - 1995	9
TABLA 3. MILLONES DE FUMADORES EN MÉXICO,	12
TABLA 4. PORCENTAJE DE EDAD DE INICIO EN MENORES DE EDAD	15
TABLA 5. NIVEL DE ESCOLARIDAD EN FUMADORES MENORES DE EDAD	15
TABLA 6. PORCENTAJE DE CANTIDAD DE CIGARRILLOS CONSUMIDOS DIARIAMENTE.	18
TABLA 7. POBLACIÓN DEL 2002, DE 12 A 65 AÑOS DE EDAD POR TIPO DE LOCALIDAD Y PATRONES DE CONSUMO DE TABACO, SEGÚN SEXO	21
TABLA 8. CAPITULADO DEL CMCT	25
TABLA 9. CENTROS DE INTERCAMBIO DE CONOCIMIENTOS DE LA SECRETARÍA DEL CMCT	34
TABLA 10. MEDIDAS MPOWER Y SUS CORRESPONDENCIAS CON LOS ARTÍCULOS DEL CMCT	42
TABLA 11. ENCUESTAS NACIONALES PARA EL CONTROL DEL TABAQUISMO EN MÉXICO	44
TABLA 12. PRINCIPALES RESULTADOS DE LA COOPERACIÓN DE LA OPS/OMS CON MÉXICO EN MATERIA DEL TABAQUISMO	55