



FLACSO
MÉXICO

**FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES
SEDE ACADÉMICA DE MÉXICO**

**Maestría en Políticas Públicas Comparadas
VI Promoción
(2014-2015)**

**Influencia de los organismos internacionales en las políticas públicas:
El caso del tabaquismo en México**

Tesis para obtener el grado de Maestra en Políticas Públicas Comparadas.

**P r e s e n t a:
Marevna García Arreola.**

Director de Tesis: Dr. Mario Torrico Terán.

Cd. de México, julio de 2017.

Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por la beca otorgada.

Resumen

La participación de los organismos internacionales en la construcción de políticas públicas parte del reconocimiento de un problema para el que hay que generar medidas de intervención, para ello debe haber evidencia de la problemática y actores comprometidos en impulsar, visualizar y generar marcos de acción que favorezcan la conducción y resolución de asuntos de interés general.

El tabaquismo es una epidemia que ocasiona la muerte de millones de personas por lo que la Organización Mundial de la Salud, institución líder en asuntos sanitarios, decidió coordinar esfuerzos para elaborar un Convenio Marco para el Control del Tabaco en 2003 con directrices vinculantes y obligatorias para que todos los Estados Parte implementaran medidas necesarias para eliminar su consumo y/o dispusieran de medidas de control.

México contaba con programas y acciones para combatir el consumo de cigarros antes de su ingreso al Convenio Marco; sin embargo, con la aprobación de este instrumento se rediseñaron medidas legislativas y normativas que robustecieron los esfuerzos para el control y consumo del tabaco.

Palabras clave: Relaciones Internacionales, organismo internacional, política pública, tabaquismo, Organización Mundial de la Salud y Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.

Abstract

The participation of international organizations in the construction of public policies is part of the recognition of a problem for which intervention measures must be generated; for this, there must be evidence of the problem and actors committed to promoting, visualizing and generating frameworks that favor the conduct and resolution issues of general interest.

Smoking is an epidemic that causes millions of people's deaths, for that reason the World Health Organization, a leading health institution, has decided to coordinate efforts to develop a Framework Convention on Tobacco Control in 2003 with mandatory and binding guidelines for all States Parties to implement measures necessary to eliminate their consumption and/or to have measures of control.

Mexico had programs and actions to combat cigarette smoking prior to its entry into the Framework Convention; however, with the approval of this instrument, legislative and normative measures were redesigned in order to strengthen efforts to tobacco control and consumption.

Key words: International Relations, international organization, public policy, smoking, World Health Organization and Framework Convention on Tobacco Control.

A mis mejores amigos e inspiración en la vida:
con profundo agradecimiento para mis amados Papitos.

Agradecimientos

Culminar la redacción de esta tesis fue un proceso complejo; sin embargo, debo decir que siempre conté con el apoyo de Dios, de mis seres espirituales que me cuidan y protegen y de mis PAPÁS, a quienes AMO profundamente y les estoy eternamente agradecida por todos sus esfuerzos, su compañía y amor incondicional.

A mi MAMÁ por ser mi cómplice en cada idea que emprendo, por ser mi faro, mi mejor amiga, mi impulso y mi mayor apoyo en todo momento; también doy gracias a mi PAPÁ por ser mi ejemplo de vida, él me enseña que para todo hay que tener disciplina y constancia y que nada en la vida es imposible si uno realmente quiere lograrlo. GRACIAS infinitas papitos por ayudarme y acompañarme a culminar este proyecto.

A mi Director de Tesis, el Dr. Mario Torrico Terán, por la confianza, por su apoyo, guía y paciencia; sus observaciones, correcciones y comentarios para esta investigación fueron muy útiles en todos los momentos en que sentía que ya no podía avanzar y me quedaba inmóvil ante mis dudas e inquietudes de contenido.

Al CONACYT por la beca que me permitió sufragar parte de los gastos de la Maestría y con ello concluir el programa.

Agradecimientos

A mi tutora Mtra. Liliana Veloz por su guía, comentarios, correcciones y compañía lo largo de la Maestría.

Al Mtro. Patricio Carezzana por su tiempo para leer esta investigación y por su oportuna retroalimentación; sus observaciones me permitieron reforzar el contenido del presente documento.

A todo el personal docente de la FLACSO por transmitirnos valiosas enseñanzas y conocimiento a través de las sesiones presenciales o materiales de trabajo, las cuales me sirven y servirán para mi desempeño profesional.

Al personal no docente de la FLACSO por su amabilidad y apoyo en todo momento y, en especial, a Dorothy Okumura por su gentileza y disponibilidad para resolver dudas y realizar trámites administrativos, siempre con la mejor actitud y de la mejor manera.

Por último, y no por ello menos importantes, a mis compañeros de la VI Promoción quienes fueron parte de esta travesía; en particular a las tesisters, por la compañía y la complicidad.

Índice

	Página
Índice de Cuadros, Figuras y Tablas	viii
Introducción	1
Capítulo 1	13
Relaciones Internacionales y Políticas Públicas	
1.1 Definición de Relaciones Internacionales	14
1.2 Origen y desarrollo de las Relaciones Internacionales como disciplina científica	16
1.3 Actores del Sistema Internacional	24
1.4 Relación de los organismos internacionales con las políticas públicas	30
1.5 Factores que permiten que los organismos internacionales influyan en las políticas públicas de los Estados	36
Capítulo 2	42
Contexto Internacional y Nacional sobre el tabaquismo	
2.1 Antecedentes del tabaquismo	43
2.2 Descripción general del tabaco	46
2.3 Contexto internacional sobre el abordaje del consumo del tabaco	48
2.4 Contexto nacional respecto al tabaquismo	54
2.5 Factores que ayudan a visibilizar la problemática del tabaquismo y la necesidad de intervención por parte de los Estados	69
Capítulo 3	81
Análisis de la adopción del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco (CMCT)	
3.1 Antecedentes de las negociaciones del CMCT en la OMS	82
3.2 Descripción general del CMCT	88
3.3 México y el CMCT	91
3.4 Factores que incidieron en la adopción del CMCT en México.	94
3.5 Políticas públicas que se implementaron a partir de que México adopta el CMCT	101
Conclusiones y Recomendaciones	130
Fuentes de Consulta	138
Anexos	149

Índice de Cuadros, Figuras y Tablas

	Página
 <u>CUADROS</u>	
CUADRO 1. Paradigmas de las Relaciones Internacionales	18
CUADRO 2. Recursos de los actores internacionales para influir en las políticas públicas nacionales	33
CUADRO 3. Prevalencia anual del consumo de cigarrillos en hombres y mujeres según las regiones de la OMS, década 1990-2000.	50
CUADRO 4. Ley General para el Control del Tabaco	106
CUADRO 5. Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores	109
CUADRO 6. Estrategias para el Desarrollo de la Capacidad Nacional	111
CUADRO 7. Avances por parte de México de los principales compromisos establecidos en el CMCT	112
CUADRO 8. Resumen de los factores que permiten que los organismos internacionales incidan en las políticas públicas de un Estado	122
 <u>FIGURAS</u>	
FIGURA 1. Participación de diferentes actores en la definición de políticas públicas nacionales	32
FIGURA 2. Principales causas de muerte en el mundo entre 1990 y estimaciones para el 2020.	49
FIGURA 3. Patrón de consumo de tabaco	56
FIGURA 4. Distribución de los grupos de edad entre los fumadores dependientes.	60
 <u>TABLAS</u>	
TABLA 1. Patrón de fumadores por sexo	57
TABLA 2. Grupos por dependencia al tabaco	58
TABLA 3. Grupo por categoría de fumador por tipo de comunidad	59
TABLA 4. Consumo de tabaco por grupo de edad	59

Introducción

Ante un contexto internacional de continua interdependencia, con una agenda multidimensional que involucra a diversidad de actores, resulta conveniente tener en cuenta un sistema de gobernanza que incorpora la visión de que todo está interconectado e interrelacionado (Serna; 2009).

Keohane y Nye (2000) señalaban que la globalización tiene efectos directos sobre los Estados – Nación, y en especial respecto a los mecanismos tradicionales (inter-gubernamentales) de acción; toda vez que existen otros agentes (organizaciones no gubernamentales, internacionales o empresas transnacionales) que complementan el actuar de los Estados, considerando una geografía más compleja que transforma los espacios de competencia.

Lo anterior, no quiere decir que el Estado-Nación esté perdiendo su importancia en el contexto internacional; sino que incorpora nuevas formas de cooperación para la resolución de problemas con la intención de generar válvulas de seguridad que permitan canalizar presiones políticas, sociales o económicas que contribuyen a encontrar medidas eficientes para lograr objetivos que generen bienestar común (Serna; 2009).

En tal sentido, y ante el pleno reconocimiento que los Estados no pueden resolver problemas de manera aislada, es preciso encontrar asociaciones estratégicas con otros actores del sistema internacional, como es el caso de los organismos internacionales a fin de diseñar políticas públicas más integrales.

Maldonado (2013), señala que los organismos internacionales en un inicio se concebían exclusivamente como los encargados de tratar asuntos de paz y guerra; sin embargo, con el paso del tiempo se demostró que podían intervenir

en el desarrollo de políticas nacionales y participar en la atención de problemas o resolución de conflictos; hasta llegar a la idea que un organismo internacional puede ser un eslabón en la construcción de políticas públicas.

Una política pública se define, según Luis F. Aguilar (2007), como un conjunto de acciones estructuradas que están orientadas a alcanzar objetivos considerados de valor para la sociedad o a resolver problemas cuya intencionalidad y causalidad han sido definidas por la interlocución que ha tenido lugar entre el gobierno y sectores de la ciudadanía; acciones que han sido decididas por las autoridades públicas legítimas y ejecutadas por actores gubernamentales o por éstos en asociación con actores sociales (económicos, civiles), y que dan origen o forman un patrón de comportamiento del gobierno y la sociedad.

De esta manera, se puede entender que la finalidad de toda política pública es resolver un problema público. Subirats (2008) señala que un problema público implica una situación reconocida de manera general o colectiva como socialmente indeseable y que amerita ser resuelta a través de acciones públicas específicas.

Desde este tenor, se puede asumir que los organismos internacionales pueden ayudar en el abordaje de problemas públicos a partir de su colaboración o intervención en algún punto del ciclo de las políticas públicas¹, como puede ser en la generación de recomendaciones; apoyos financieros para la implementación de programas; desarrollo de conocimiento especializado; producción de cifras; conformación de redes de expertos y espacios de discusión; contribuciones teóricas o metodológicas; facilitar la evaluación o

¹ Las políticas públicas comprenden un proceso que considera la formulación, el diseño, la implementación y la evaluación como parte de un ciclo (Aguilar; 2007).

monitoreo de estrategias o actividades; fungir como entidad observadora en algún proceso electoral o fiscalizador; entre otros aspectos.

En virtud de lo anterior, y para efectos de esta investigación, la idea general a desarrollar parte de identificar las formas y mecanismos por los que la Organización Mundial de la Salud (OMS), como organismo internacional en México, incide en la formulación de políticas en materia de tabaquismo y, de esta manera, enunciar los factores sanitarios, económicos, sociales e institucionales que permitieron que dicha organización lograra incorporar la adopción del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) en la agenda gubernamental nacional².

Justificación

La temática internacional y su influencia en las decisiones públicas están presentes desde hace varios siglos; no obstante, el reconocimiento como tal de las relaciones internacionales tiene menos de cien años, ya que su estudio comenzó después de la primera guerra mundial (Halliday; 2002:32).

Se considera que la disciplina que da origen a las Relaciones Internacionales fue el derecho internacional por su enfoque legal para impedir la guerra y alcanzar la paz, como ejemplo de esto se encuentra la firma de tratados internacionales, la negociación y la creación de organizaciones internacionales, como fue el caso de la Sociedad de Naciones (Halliday; 2002).

² Al momento de hacer referencia a una agenda gubernamental, es preciso diferenciarla de una agenda pública; **la agenda gubernamental**, es de carácter institucional y está constituida por el conjunto de problemas, demandas y asuntos, aceptados y reconocidos por los tomadores de decisiones como objeto de gestión; mientras que la **agenda pública**, se refiere a los asuntos de interés general de una sociedad determinada que se perciben como de legítima preocupación y merecedores de atención pública; es decir, no necesariamente un problema que llama la atención a la sociedad, será debidamente aceptado y reconocido en una agenda institucional para realizar acciones de intervención (Aguilar; 1993).

De esta manera, se puede mencionar que el sistema internacional³ permite que las interrelaciones entre diferentes actores generen nuevas estrategias y formas de convivencia, en donde un organismo internacional puede tener interconexión con actores de gobierno en un plano de apoyo financiero, de apoyo técnico para la adaptación y ejecución de políticas y de recomendaciones para la implementación de determinadas acciones (Maldonado; 2011).

Bajo estas consideraciones, la presente investigación pretende relatar la manera en que una problemática nacional como es el caso del tabaquismo, con resonancia internacional puede aminorar sus efectos y consecuencias con el apoyo de los organismos internacionales.

En tal sentido, se describirá el proceso a través del cual la OMS reúne la evidencia que permite demostrar que el tabaquismo es un grave problema y que por tanto, es necesario enfrentar desde una perspectiva multisectorial, motivo por el cual impulsó la adopción del CMCT, a fin de que los Estados establecieran medidas para reducir el consumo y prevenir, desde la perspectiva de salud pública, muertes y enfermedades. Asimismo, se relatará la manera en que México ratificó este instrumento internacional y las políticas públicas que impulsó o reforzó para dar cumplimiento a las disposiciones sobre este asunto.

Por tanto, el desarrollo de esta investigación pretende abonar a la evidencia que existe respecto a los beneficios que se obtienen de la colaboración con un organismo internacional y cómo pueden favorecer en la implementación de políticas públicas para resolver determinadas problemáticas nacionales.

³ El sistema internacional produce una serie de interacciones entre diversos actores del escenario con actividades que van en doble dirección, considerando unidades nacionales, gubernamentales y no gubernamentales, así como subsistemas (Mc Clelland, 1966; citado por del Arenal, 1990).

Para tales efectos, el capítulo 1 describe el marco teórico sobre el que se basa esta investigación y explica el concepto de relaciones internacionales, su origen y los actores que son parte del contexto internacional a manera de entrelazar la relación de los organismos internacionales con las políticas públicas y los factores que permiten que los Estados retomen sus recomendaciones.

El capítulo 2 explica el contexto nacional e internacional del tabaquismo, argumentando las razones por las que era necesario tomar cartas sobre esta grave problemática desde el punto de vista sanitario, económico y social.

El capítulo 3 relata la historia de las negociaciones que se llevaron a cabo a nivel internacional para la adopción del CMCT y se retoman los factores que incidieron para que México ratificara el referido Convenio e implementara políticas públicas para su cumplimiento.

Por último, se presenta un apartado de conclusiones que pretenden resumir las condicionantes que se tuvieron que cumplir para que México adoptara un convenio internacional para el control del tabaco, así como recomendaciones generales sobre determinados aspectos que, desde una perspectiva particular, se consideran necesarias para que las políticas públicas sean exitosas y sostenibles a lo largo del tiempo.

Marco teórico

Para el abordaje de esta investigación, se retomarán tres ideas centrales que servirán como apoyo para el marco explicativo que se desarrollará: la primera, es el argumento que ubica en qué parte del ciclo de las políticas públicas se encuentra esta investigación; la segunda, corresponde al estudio de las Relaciones Internacionales y su interrelación con las políticas públicas; y la

tercera, se refiere a que existen nuevos enfoques de gobernar a partir del reconocimiento de que existen diversos actores en la esfera internacional.

Respecto a la primera idea, es importante señalar que las políticas públicas son reglas, leyes y regulaciones que norman las conductas de los individuos y tienen un ciclo de formulación, implementación y evaluación a corto o largo plazo (Del Castillo; Méndez, 2014:11). En aras de una mayor precisión, esta investigación se centra en los factores que permitieron que el problema de tabaquismo se incorporara a la agenda gubernamental.

Blumer (1971: 305-306, citado por Parsons, 2007) desde una visión constructivista, manifiesta que los problemas públicos deben ser producto de una definición colectiva; es decir, son parte de un proceso cuyo tratamiento político deriva de una “reconstrucción social” del problema en cuestión, lo que se conecta con su mayor o menor incorporación a los medios de comunicación masiva (Subirats *et.al.*, 2008: 46).

Al reconocimiento de un problema sigue su definición, lo que en conjunto se constituye como el centro de atención del establecimiento de la agenda (o *agenda setting*) que constituye una fase en la que pueden intervenir múltiples actores públicos y privados que poseen recursos para defender sus posiciones. A la vez, es preciso tomar en cuenta el contexto institucional que influye en sus pautas de comportamiento tanto de manera individual como colectiva (Subirats; 2008:35).

La segunda idea relacionada con el estudio de las Relaciones Internacionales en el análisis de las políticas públicas sirve como parámetro o referencia para la implementación de mejores prácticas, resolución de problemas o toma de

decisiones con la finalidad de favorecer, y en su momento, fortalecer el diseño, implementación o evaluación de las políticas públicas nacionales.

Como analista, se trata de dilucidar en qué medida la forma en que los problemas son definidos es parte sustantiva de la lucha política y de políticas, lo que a su vez impacta en lo que se considera importante para la agenda pública y lo que amerita gestión en la agenda gubernamental.

Es así, como se puede aludir que los organismos internacionales pueden ser parte de la formulación de políticas públicas mediante acciones intelectuales (análisis de políticas cálculos financieros, asesorías técnicas o científicas) o bien acciones políticas (como negociaciones para establecer relaciones diplomáticas o alcanzar acuerdos específicos); en donde ambos aspectos buscan fortalecer la cooperación internacional de conformidad con los principios de política exterior.

De esta manera, ante un contexto internacional en constante cambio en el que los Estados enfrentan retos comunes y desafíos propios de sus especificidades históricas, económicas, políticas, sociales, culturales y demográficas, la relación con el exterior es parte sustantiva del desarrollo integral de un Estado.

La tercera idea está relacionada en que existe una nueva forma de gobernanza a partir del reconocimiento de que hay otros actores transnacionales que intervienen en la coyuntura internacional, y que a partir de las diversas conexiones entre éstos, es necesario reconsiderar las acciones unilaterales con jerarquías burocráticas lineales que si bien resuelven problemas técnicos de gestión, no favorecen del todo la resolución de problemas públicos complejos (Subirats; 2010), toda vez que ante una red con nuevos participantes

es más fácil resolver una situación interna con el apoyo de todos que de manera aislada.

La comprensión sobre la gobernanza permite el reconocimiento de que el gobierno no puede solo con los problemas públicos y que si bien es un agente necesario, no es suficiente para gobernar eficazmente; el reconocimiento de la participación de distintos actores en el proceso de gobernar; y la coordinación y cooperación en sustitución del control vertical y jerárquico a la manera de un modelo burocrático tradicional ayuda y facilita en el diseño e implementación de políticas públicas.

Planteamiento del problema

Como se mencionó con anterioridad, la idea central de esta investigación es demostrar que los organismos internacionales pueden favorecer en la resolución de problemas públicos a los Estados y describir los factores que permiten que exista esta influencia en las políticas públicas.

La problemática sobre la cual versará esta tesis es el tabaquismo como un asunto de interés nacional e internacional ante los severos efectos sanitarios, económicos y sociales que ocasiona su consumo.

El tabaquismo, es considerado como la primera causa de muerte prevenible en el mundo y dada esta situación se debían implementar medidas efectivas para hacer frente a este problema, debido a que es el responsable del fallecimiento de cerca de seis millones de personas anualmente (WHO; 2011).

El consumo de productos de tabaco, se convirtió en un problema de salud pública de naturaleza prioritaria, cuyo abordaje a través del reconocimiento de los efectos adversos a la salud, no sólo representaba un reto para los sistemas

nacionales de salud desde el punto de vista de la oferta de servicios médicos, sino también un problema presupuestal, toda vez que se estimaba que el costo de atención médica asociada al tabaquismo en el mundo rebasaba los 500 mil millones de dólares anuales (Reynales; 2010).

Por tal motivo, y ante la evidencia científica, la OMS en el marco de la 56ª Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2003, adoptó al CMCT como un instrumento jurídico internacional de carácter vinculante que mandata a sus Estados Parte a establecer políticas de control de la oferta y control de la demanda de los productos del tabaco (CMCT; 2005). El CMCT estableció una guía para la atención de esta problemática y se convirtió en una “caja de herramientas” para que los Estados Parte pudieran combatir esta adicción (Regalado y Rodríguez; 2008: 1).

El CMCT afianzó la idea de que los organismos internacionales pueden incidir en la formulación de políticas nacionales; por lo que representó un hito no sólo para la salud pública mundial, sino también para la cooperación internacional (Jaramillo; 2005).

El proceso de negociación del CMCT a nivel internacional comenzó desde 1996, desde entonces se organizaron grupos de trabajo previos a la negociación (1999-2000), audiencias públicas en el seno de la OMS (2000), negociaciones intergubernamentales (2000-2003), y grupos de trabajo de composición abierta (2004-2005), en los que se negociaron los términos del instrumento (CMCT, 2016).

México, asumiendo el compromiso internacional, fue el primer país de Latinoamérica en firmarlo (decimoséptimo a nivel mundial) el 12 de agosto de

2003 (González; 2008), y cobró vigencia al publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 12 de mayo de 2004 (FIC; 2015.)

La aprobación por parte del Senado de la República Mexicana, le dio al CMCT de la OMS el carácter de Ley Suprema conforme a lo dispuesto en el artículo 133 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; de esta manera, su publicación generó su inserción en el orden jurídico nacional y la vinculación a compromisos y objetivos internacionales.

Pregunta de investigación

Como se ha referido, la finalidad de cualquier política pública es resolver un problema cuya intencionalidad y causalidad ha sido definida por la interlocución entre el gobierno y los sectores de la ciudadanía; lo que en términos de Subirats (2008) implica que una situación indeseable es reconocida como un problema de relevancia para un determinado sector.

Ante el reconocimiento que el problema público en esta investigación se centra en el tabaquismo, la pregunta de investigación corresponde a determinar a través de un estudio de caso⁴ dos preguntas:

- 1) De carácter general ¿qué factores ayudan para que los organismos internacionales incidan en las políticas públicas de un Estado?
- 2) De carácter específico ¿qué factores intervinieron para que México adoptara el CMCT y pusiera en marcha políticas públicas para el control y reducción del consumo de tabaco?

El eje de investigación es demostrar la incidencia de los organismos internacionales en la construcción de políticas públicas nacionales y en este

⁴ Un estudio de caso forma parte de la investigación cualitativa que pretende describir o explicar una situación delimitada en el espacio y en el tiempo (Salazar; 2013).

sentido, el CMCT es una buena práctica (*best practice*) que detalla la manera en que la OMS posicionó el tema del tabaquismo en la agenda gubernamental logrando con ello el establecimiento de medidas internas para hacer frente a un problema con impacto internacional.

Hipótesis

La hipótesis queda establecida que a mayor impacto de un problema público con reconocimiento internacional, existe mayor probabilidad de incidencia por parte de un organismo internacional en la implementación de políticas públicas nacionales.

Metodología

La metodología que se utiliza para responder las preguntas de investigación anteriormente establecidas se basa en el enfoque cualitativo⁵, el cual retoma el supuesto teórico de Max Weber (1981), que indica que toda acción social tiene un sentido que se conforma de significados y que es producto de las interacciones sociales. De esta manera, toda política pública puede ser objeto y escenario para la investigación cualitativa considerando que la descripción o interpretación de hechos o situaciones permiten explicar la implementación de programas o estrategias (Peláez; 2015).

Durante esta investigación el enfoque cualitativo describe los factores que permiten que los organismos internacionales influyan en las políticas públicas de los Estados y relata los aspectos que orillaron a que la OMS haya impulsado la creación de un Convenio a fin de aminorar la problemática del tabaquismo.

⁵ El enfoque cualitativo está orientado a identificar aspectos de la realidad social, comprenderlos y descubrir una lógica que no necesariamente es causal. La naturaleza de la investigación cualitativa se refiere a la capacidad de mostrar evidencia de un fenómeno social que no puede reflejarse a través de cifras, sino de símbolos, prácticas, interacciones y discursos (Peláez; 2015:7).

El desarrollo de esta investigación es documental y descriptiva, ya que se utilizan fuentes bibliográficas y electrónicas que permiten explicar el marco teórico, los antecedentes y el contexto a través del cual el tabaquismo se convierte en un problema internacional; así como la manera en que la OMS generó evidencia para que los Estados aprobaran un instrumento que da pauta al establecimiento nacional de políticas públicas enfocadas al control del consumo de tabaco.

El alcance de esta investigación está orientado a explicar a través de un estudio de caso específico cómo un organismo internacional puede influir en el ciclo de una política pública nacional. Lo que se espera es contribuir a la literatura con una buena práctica sobre la manera en que México adoptó un convenio internacional a partir de la influencia de la OMS para resolver o implementar medidas para reducir el consumo de tabaco.

Debido a que el objetivo de este documento es describir un proceso y los factores que permitieron que México haya adoptado el CMCT; algunas limitaciones que se presentan son que no se realiza una actualización sobre cifras del tabaquismo que demuestren el efecto positivo o negativo de la adopción de políticas públicas en la materia ya que el éxito o fracaso de las mismas van más allá de la idea central de este documento.

Capítulo 1

Relaciones Internacionales y Políticas Públicas

*“The most fundamental question
you can ask in international theory is,
what is international society”
(Martin Wight, 1987)*

La realidad en que vivimos se trata de un mundo interconectado en constante cambio y con un fuerte dinamismo, en donde existe un continuo flujo de intercambio de experiencias, prácticas, bienes, ideas, información y conocimientos que forman parte de las relaciones internacionales.

El estudio de las relaciones internacionales en el análisis de las políticas públicas sirve como parámetro o referencia para la implementación de mejores prácticas, resolución de problemas o toma de decisiones con la finalidad de favorecer, y en su momento, fortalecer el diseño, implementación o evaluación de las políticas públicas nacionales.

Tapia y Veloz (2015), señalan que existen diversidad de temas y teorías en torno a las políticas públicas y las relaciones internacionales; sin embargo, los aspectos geopolíticos, las recomendaciones de organismos internacionales, la celebración de tratados y convenios internacionales; así como el intercambio de mejores prácticas son algunos rubros que permiten entender su vinculación.

La geopolítica, que se define como la influencia del espacio geográfico sobre los Estados y su política (Tapia y Veloz; 2015:20), indica de qué manera el contexto internacional influye sobre los procesos nacionales, según la

contigüidad territorial. Loaeza (2010) señala que para el caso de México, la cercanía con Estados Unidos, influye en los procesos de política y gobierno, así como en sus instituciones, por tanto, la posición geográfica es parte de los factores a considerar en el proceso de toma de decisiones.

De igual forma, la globalización y la situación económica internacional, son aspectos que incrementaron la influencia de las relaciones internacionales en las políticas públicas. En lo que concierne a América Latina, durante los últimos 30 años, la región cambió el enfoque de administración pública tradicional a una nueva “gestión pública” (Tapia y Veloz; 2015), en donde la influencia de factores internacionales intervinieron en decisiones políticas al interior de los países por las secuelas de crisis económicas; por la colaboración con organismos internacionales o asociaciones civiles internacionales; por la firma de acuerdos, tratados y convenios internacionales; así como por la continuidad de intercambio y conocimiento de buenas prácticas para la resolución de problemas públicos comunes.

En tal sentido, y con la finalidad de tener un orden en la secuencia de ideas, el presente capítulo parte de explicar el concepto de relaciones internacionales, su origen, los actores que interfieren y su relación con las políticas públicas, a fin de aterrizar el análisis central en la serie de factores que influyen para que un Estado considere viable aceptar las recomendaciones de un organismo internacional e implementar políticas públicas respecto a un problema con reconocimiento global.

1.1 Definición de Relaciones Internacionales

Las Relaciones Internacionales como disciplina se encargan, en un sentido muy amplio, del estudio de las interacciones que se realizan entre los actores del

sistema internacional (Barbé; 1995); no obstante, su conceptualización puede incorporar variaciones dependiendo del alcance que se le quiera dar y de los criterios de interpretación que se utilicen (localización, actores implicados y tipo de interacción); por tanto, habrá ocasiones en las que se haga alusión a las relaciones entre individuos y colectividades humanas que trascienden los límites de los Estados⁶, o bien a conceptos que incluyen la transnacionalización⁷, o los intercambios sociales, culturales, económicos y políticos entre actores de la sociedad internacional (Truyol; 1973).

La sociedad internacional es el objeto de estudio de las relaciones internacionales, la cual está compuesta por una pluralidad de actores internacionales⁸, heterogéneos y con objetivos diversos, que dan pauta al carácter dinámico de la realidad internacional que atraviesa un constante proceso de transformación y reestructuración considerando una perspectiva global (en el alcance de los problemas) y multidimensional (en el origen de los mismos).

La sociedad internacional se define según Raymond Aron (1984), como el conjunto de relaciones entre Estados y personas que son parte de un sistema global y que incorporan al sistema interestatal, la economía mundial, los fenómenos transnacionales y supranacionales.

⁶ Texto citado por Esther Barbé (1995), Relaciones Internacionales. Editorial Tecnos, Madrid, España, pág. 19.

⁷ La transnacionalización es entendida según Manning, citado por Barbé (1995:20), como una manifestación del comportamiento humano que, naciendo del lado de una frontera política nacional, ejerce una acción sobre el otro lado de la frontera.

⁸ Manuel Medina (1973) considera como actores internacionales a los Estados, organizaciones internacionales, grupos particulares e individuos. Por su parte, Celestino del Arenal (1990:433), resume a los actores internacionales en Estados, organizaciones internacionales, organizaciones no gubernamentales, empresas transnacionales, grupos sociales y políticos, e individuos.

Las relaciones internacionales basan su estudio en un enfoque transdisciplinario y multidimensional (Arenal; 1990), sobre las relaciones que inciden en la distribución del poder a nivel mundial, sin tratarse en una política que sólo se asocia a lo militar.

1.2 Origen y desarrollo de las Relaciones Internacionales como disciplina científica

Las Relaciones Internacionales⁹ y su influencia en materia de decisiones públicas tienen su primer enfoque en el estudio de la guerra como problema social por lo que su misión estaba enfocada a encontrar mecanismos para la paz, teniendo en cuenta las negociaciones de Versalles entre franceses, británicos y estadounidenses. De esta manera, sus primeros estudios se inclinaron al derecho internacional en materia de arreglo pacífico de controversias (Carrillo; 1991).

Las formulaciones teóricas de las Relaciones Internacionales fueron en un inicio normativas, tomando como base la creación de la Sociedad de Naciones, con un componente idealista por la eliminación de la guerra, y a dos disciplinas tradicionales: la historia diplomática y el derecho internacional.

Los anglosajones son los primeros que crearon centros de investigación en materia de relaciones internacionales: Londres, con *The Royal Institute of International Affairs*, y la Universidad de Gales (Aberyswyth); y Estados Unidos

⁹ Las relaciones internacionales están patentes desde hace varios siglos, toda vez que la mayoría de las ciencias sociales se han forjado por la interacción con el mundo exterior (Tapia y Veloz; 2015); no obstante, los primeros hitos de las Relaciones Internacionales como disciplina académica surgen en 1919 cuando se creó la cátedra Woodrow Wilson en la materia en la Universidad de Gales, lo cual se relaciona con el fin de la Primera Guerra Mundial (Barbé; 1995).

de América, con el *Council on Foreign Relations*¹⁰. En el mundo francófono, se creó en Ginebra, el *Institut Universitaire des Hautes Études Internationales*, el cual más que un centro de opinión se convirtió en una institución de formación académica.

Entre la firma del Tratado de Versalles (1919) que dio fin a la Primera Guerra Mundial y la caída del Muro de Berlín (1989), se gesta la teoría sistemática y el carácter científico de las Relaciones Internacionales, dando pauta a diversas teorías, escuelas, debates, autores y obras que trataban de explicar el comportamiento central de las relaciones entre unidades nacionales (Barbé; 1995)¹¹.

En enfoque teórico de las Relaciones Internacionales se introdujo en los años cincuenta por Martin Wight, profesor británico que implantó el término de “teoría de las Relaciones Internacionales”, y cuyas lecciones fueron publicadas en forma de libro tras su muerte (Barbé; 1995:45), quien consideró tres corrientes para la comprensión de su estudio: realismo, racionalismo y revolucionismo, las cuales fueron sustituidas con el tiempo por su equivalente hobbesiano, grociano y kantiano, en referencia a los tres autores que dan nombre a las respectivas corrientes.

En términos descriptivos, y en sentido meramente indicativo, la tradición hobbesiana hace referencia a las relaciones internacionales como un estado de guerra de todos contra todos; la perspectiva kantiana hace alusión a los lazos sociales transnacionales que unen a los individuos; y la perspectiva grociana

¹⁰ Los institutos de Londres y Nueva York cuentan actualmente con prestigiosas revistas en Relaciones Internacionales, la británica se llama *International Affairs* y la estadounidense *Foreign Affairs*.

¹¹ S. Hoffmann (1969), “Theory and International Relations”, en J. Rosenau (comp.), *International Politics and Foreign Policy*, The Free Press, Nueva York, p.30, citado por Esther Barbé (1995:41).

considera una sociedad internacional donde la conducta del Estado está limitada por reglas e instituciones (Barbé; 1995).

La teoría de las Relaciones Internacionales pretende explicar, según Holsti (1993) la complejidad de la política mundial a través de paradigmas que son una especie de mapas mentales que sirven como guía en la investigación desde una óptica que considera tres criterios: unidad de análisis (actor internacional), problemática de estudio e imagen del mundo. Los paradigmas cambian y evolucionan según la percepción de los problemas internacionales, el contexto global y nuevas formulaciones de nuevos autores y sus obras.

A continuación se ilustran paradigmas que refieren la manera en que se ha interpretado el estudio de las relaciones internacionales, considerando una clasificación general que retoma ideas de varios autores:

CUADRO 1	
Paradigmas de las Relaciones Internacionales¹²	
Teoría	Descripción
Realismo	<p>Se considera el paradigma tradicional de las relaciones internacionales y sus orígenes se asocian al fracaso de la paz y una sociedad en continuo conflicto (Barbé; 1995). Este paradigma cobra auge después de la Segunda Guerra Mundial y tiene una evolución teórica entre 1945 y 1989.</p> <p>Se trata de una teoría normativa orientada a la política práctica que busca acercarse a la realidad internacional de la guerra fría, el enfrentamiento entre bloques y</p>

¹² Un paradigma, según Holsti, citado por Barbé (1995:56), es un marco explicativo general que trata de poner orden y coherencia a un conjunto de hechos y datos a fin de explicar la realidad internacional.

	<p>justificar la política de Estados Unidos para mantener su hegemonía (Arenal, 1990).</p> <p>El conflicto se considera connatural al sistema internacional, la unidad de análisis es el Estado, el poder es el interés nacional, y el problema de estudio está centrado en la seguridad nacional (Barbé; 1995).</p> <p>Uno de sus principales exponentes es Hans Morgenthau autor de <i>Politics Among Nations</i>, heredero del pensamiento hobbesiano y cuya teoría estaba dirigida a orientar la diplomacia de Estados Unidos de América en una época en donde la supervivencia de dicho país se creía amenazada por las armas nucleares de la Unión Soviética.</p> <p>De igual forma, desde la sociología histórica francesa, aparece Raymond Aron, en los años sesenta¹³, cuya visión realista se basa en el mundo de diplomáticos y estrategias donde debe predominar el orden frente a la anarquía.</p> <p>En el ámbito de las políticas públicas el realismo se relaciona en que las decisiones que se toman a nivel nacional están determinadas por el poder que ostenta la nación en función de la realidad internacional y del lugar en que esa decisión sitúa al país en el sistema internacional.</p>
<p>Neorrealismo</p>	<p>Enfoque que hace énfasis en la importancia de la estructura del sistema político internacional, incluyendo la interdependencia económica y técnica, lo cual explica el comportamiento de los Estados (Tapia y Veloz, 2015).</p> <p>El neorrealismo, a diferencia del realismo, centra su</p>

¹³ La teoría de las Relaciones Internacionales en Francia está claramente dominada por la obra de Raymond Aron (1985), *Paz y guerra entre las naciones*, Alianza, Madrid (1ª. edición en francés, 1962), citado por Barbé (1995:63).

	<p>análisis en la estructura del sistema internacional con la intención de entender los mecanismos de cambio y de continuidad (Barbé; 1995).</p> <p>Hans Morgenthau y Kenneth Waltz¹⁴ son algunos de los autores que escribieron sobre este paradigma. C. Kindleberger (1973) y R. Gilpin (1975, 1981, 1987) desarrollaron la teoría de la estabilidad hegemónica, en virtud de la cual la hegemonía de una superpotencia permite una estabilidad suficiente a nivel mundial.</p> <p>Esa teoría descansa en los supuestos de que el Estado dominante dispone de la capacidad para obligar a otros Estados a seguir sus opiniones y que la cooperación interestatal se manifiesta en organismos internacionales cuyo poder emana únicamente de los Estados que los sustentan (Bustelo 2003: 159).</p>
<p>Liberalismo</p>	<p>De conformidad con Halliday, la tradición y las preocupaciones liberales son las que impulsaron el nacimiento de las Relaciones Internacionales como disciplina.</p> <p>La tradición internacionalista liberal está enraizada en la teoría política liberal desarrollada a partir del siglo XVII por pensadores de la filosofía política y la economía política, como Immanuel Kant, John Locke, David Hume, Jeremy Bentham, Adam Smith, Richard Cobden, James Madison y Thomas Jefferson (Tapia y Veloz, 2015).</p> <p>Zacher y Matthews (Tapia y Veloz, 2015:16) resumen en tres puntos la tesis del pensamiento liberal:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Las relaciones internacionales avanzan hacia una situación de mayor libertad, paz, prosperidad y progreso.

¹⁴ Kenneth Waltz es un teórico muy representativo de la Guerra Fría, su obra se titula *Theory of International Politics*, 1979 (traducción en 1988).

	<p>2) La transformación en las relaciones internacionales se debe a un proceso de modernización desencadenado por avances científicos y reforzados por la revolución intelectual.</p> <p>3) El liberalismo insiste en promover la cooperación internacional para avanzar en el objetivo de la paz, bienestar y justicia.</p> <p>Algunos de sus representantes son Hobson, Angell, Wilson, Zimmern, entre otros.</p>
<p>Transnacionalismo</p>	<p>Surge en la década de los setenta como respuesta a las limitaciones de la teoría realista, en donde se establece que en un mundo cada vez más interdependiente, la preponderancia del Estado (teoría realista) resulta insuficiente para describir y explicar la realidad internacional (Keohane y Nye; 1998).</p> <p>El enfoque de este paradigma se basa en que el peligro de la guerra ha desaparecido y, por tanto, hay nuevas realidades y otros problemas en el contexto internacional que ameritan ser explicados, como es el caso de la conformación de nuevos Estados a partir de la descolonización, crecimiento económico de Europa Occidental y Japón, desequilibrio Norte-Sur, crisis energética, inestabilidad del sistema económico, entre otros acontecimientos.</p> <p>Esta teoría también es conocida como interdependencia, globalismo, sociedad mundial o pluralismo, que en todos los casos hace alusión a la interacción entre diferentes actores (Barbé; 1995).</p> <p>Robert Keohane es considerado como el padre del transnacionalismo y sus obras más significativas son <i>Transnational Relations and World Politics</i> (1971, 1972) y <i>Power and Interdependence</i> (1977).</p> <p>Keohane y Joseph Nye, fundadores del</p>

	<p>transnacionalismo cuestionaron al sistema de Estados como una estructura exclusiva del sistema internacional e incorporaron al análisis a organizaciones internacionales, empresas multinacionales, organizaciones no gubernamentales, unidades políticas sub-nacionales e individuos.</p> <p>El problema de estudio del transnacionalismo es la introducción de una nueva agenda de investigación, en donde existe un juego cooperativo entre los diferentes actores internacionales. Keohane y Nye denominaron interdependencia compleja (Barbé; 1995), a la resolución de conflictos a través de las negociaciones en lugar de entrar en un conflicto político-militar.</p> <p>La imagen del mundo de los transnacionalistas está ligada a términos como sociedad mundial o globalización, e involucra flujos económicos o tecnológicos con diferentes conexiones.</p> <p>La visión de esta teoría es grociana en la que los intereses mutuos generan un determinado orden internacional que se basa en la cooperación en lugar del conflicto.</p>
<p>Economía Política internacional (EPI)</p>	<p>La EPI señala que los asuntos mundiales no pueden estudiarse con un enfoque monocausal (económico, político, nacional, internacional, estatal, etc.), puesto que todo está estrechamente interrelacionado.</p> <p>La EPI se considera, desde los años ochenta, una de las líneas más fructíferas en la disciplina de las relaciones internacionales. Sus temas de interés son: el comercio internacional, el sistema monetario internacional, las relaciones Norte-Sur, las firmas multinacionales, los problemas económicos globales y la política económica exterior.</p>

Tapia y Veloz (2015) enumeran los siguientes supuestos básicos de la EPI:

- La esfera política y económica no puede ser separada de manera juiciosa.
- La interacción política es uno de los medios a través de los cuales las estructuras económicas se establecen y transforman.
- Hay una conexión estrecha entre lo nacional y lo internacional.

De igual forma, Tapia y Veloz (2015) consideran las siguientes premisas para el análisis de la EPI:

- 1) Su estudio aborda las relaciones Estado-sociedad, mercado, dinero, producción, comercio, finanzas, etc.
- 2) Tiene un carácter interdisciplinario.
- 3) Tiene un destacado esfuerzo metodológico para analizar la globalización y sus efectos en las estructuras nacionales, en los Estados y en el sistema económico político internacional.

En sentido teórico, este paradigma puede equipararse con el enfoque que Barbé (1995) menciona como estructuralismo y subdesarrollo, enfocado a conocer los orígenes, el carácter y las consecuencias del sistema capitalista (enfocado en los temas del subdesarrollo), centrandolo su análisis en las desigualdades, en términos de desarrollo económico.

Se considera que el estructuralismo, no ve en el capitalismo un factor tendente a la integración y a la cooperación sino como la causa de los problemas del subdesarrollo existentes en el planeta.

La unidad de análisis de esta vertiente es el sistema capitalista mundial y sus partes (clases sociales, Estados, empresas, etc.), y centra su atención en las relaciones entre los actores del sistema global.

Los autores de este paradigma estructuralista se dividen en teóricos de la dependencia, teóricos del análisis

centro-periferia y los teóricos del sistema mundo (Barbé; 1995). Raúl Prebisch es el padre fundador de la teoría de la dependencia¹⁵; Gunder Frank se encargó del análisis centro-periferia¹⁶; mientras que E. Wallerstein es el autor representativo del sistema mundo.¹⁷

Fuente: Elaboración propia con base a información de Celestino del Arenal (1990); Esther Barbé (1995); Gabriela Tapia y Liliana Veloz (2015).

1.3 Actores del Sistema Internacional

El sistema internacional está constituido por un conjunto de actores, cuyas relaciones generan una configuración de poder (estructura) dentro de la cual se produce una red compleja de interacciones (procesos) de acuerdo a determinadas reglas (Kaplan, citado por Barbé; 1995: 115).

Un actor internacional es aquella unidad del sistema internacional (entidad, grupo, individuo) que goza de autonomía, que es sujeto de derecho internacional¹⁸, que tiene capacidad para ejercer influencia sobre otros actores del sistema y que es capaz de movilizar recursos a fin de alcanzar determinados objetivos (Barbé, 1995).

Los cambios internacionales a partir de los años setenta suponen un mayor número de actores en donde el Estado se ve relegado por criterios funcionales, tales como capacidad para movilizar recursos, habilidad para crear

¹⁵ Los teóricos de la dependencia nacen en los años cincuenta y sesenta, en el marco de los trabajos realizados por Raúl Prebisch para la Comisión Económica de Naciones Unidas para América Latina (CEPAL).

¹⁶ El análisis centro-periferia, es una variante de la teoría de la dependencia, de raíz marxista. El trabajo de Gunder Frank parte de estudios realizados en países del sur (especialmente en América Latina). Otro autor reconocido es Samir Amin cuyo caso de estudio fue la región africana.

¹⁷ El análisis del sistema mundo de Wallerstein, profesor estadounidense, se caracteriza por estudiar la economía mundial a partir del sistema capitalista.

¹⁸ Por sujeto de derecho internacional se entiende a todo ente físico o jurídico que tenga derechos y obligaciones derivados de una norma jurídica internacional (Restrepo; 2013).

solidaridades o lealtades (Barbé; 1995), de ahí que surgen otros focos de atención para las relaciones internacionales como las organizaciones internacionales, empresas transnacionales, organizaciones no gubernamentales y grupos de presión. La multiplicación del número y del tipo de actores es un ejemplo del carácter dinámico de la sociedad internacional.¹⁹

Manuel Medina (1973) clasifica a los actores internacionales en: Estados, organizaciones internacionales, grupos particulares e individuos. R. Mesa (1980), menciona al Estado, el individuo, las organizaciones internacionales, los movimientos de liberación nacional, organizaciones sindicales, grupos religiosos, uniones culturales y sociedades multinacionales. Arenal (1990) los resume en Estados, organizaciones internacionales, organizaciones no gubernamentales, empresas transnacionales, grupos sociales y políticos e individuos. Mientras que Merle (1991) los agrupa en Estados, organizaciones intergubernamentales y fuerzas transnacionales (organizaciones no gubernamentales, firmas multinacionales y opinión pública internacional).

A continuación se hace una breve descripción de los principales actores internacionales a fin de enunciar a los organismos internacionales que son materia de análisis en esta investigación:

a) Estado: Se considera el actor privilegiado dentro del sistema internacional; en ocasiones se percibía como el único, como fue el caso de autores clásicos como Morgenthau; sin embargo, en otros momentos, el papel del mismo queda reducido por autores transnacionalistas.

¹⁹ Existen varias clasificaciones de actores internacionales, por lo que sin voluntad exhaustiva se hace alusión a una clasificación muy general.

El Estado es entendido como un conjunto de personas dentro de un espacio geográfico determinado que cuenta con tres elementos constitutivos básicos: territorio, población y gobierno (Barbé, 1995) y jurídicamente se diferencia de cualquier otro actor porque goza de un estatus legal único y con plena soberanía.

Keohane y Nye (1998) aludían que el Estado estaba perdiendo su posición dominante en las relaciones internacionales frente a otros actores y otras fuerzas; sin embargo, continúa siendo el actor más importante en la política mundial y es la célula básica del sistema internacional.

b) Organizaciones internacionales: Según Barbé (1995), una organización internacional es una asociación de Estados establecidos mediante un acuerdo internacional por tres o más Estados, para la consecución de objetivos comunes, dotados de estructura institucional y órganos permanentes, propios e independientes de los Estados Miembros.

El enfoque de los organismos internacionales es trabajar para necesidades específicas en diversos terrenos de los Estados que lo conforman (Medina; 1979). Sus orígenes, contrario a lo que se cree, no están vinculados a cuestiones de paz y guerra, sino que durante la Revolución Industrial aparecieron organizaciones que trataban de generar acuerdos, como fue el caso de la Comisión Central para la Navegación del Rin, establecida por el Acta del Congreso de Viena (1815), en la que se recogía el principio de libertad de navegación por los ríos internacionales.

De este modo, el germen de la organización internacional se ligó a tareas específicas y necesarias en un contexto de pleno desarrollo industrial (comunicación, transportes, ciencia, etc.), No obstante, no se puede hablar

de organizaciones internacionales en sentido estricto, hasta finalizar la Primera Guerra Mundial, que da origen a la primera organización internacional con funciones en el campo del mantenimiento de la paz y la seguridad internacional, denominada Sociedad de Naciones, creada por el Tratado de Versalles (1919), junto con la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

El desarrollo funcional de las organizaciones internacionales a lo largo del tiempo se acompaña de un crecimiento numérico de las mismas. En lo referente a sus funciones, las organizaciones divididas por funciones específicas o por tareas multifuncionales. En cuanto a su composición, Medina (1979) señala que hay dos tipos de organizaciones: de ámbito general o universal (abiertas a todos los Estados), y regionales.

Maldonado (2013) considera que la estructura del sistema mundial está conceptualizada como una red de organismos internacionales y Estados; en donde los Estados están interconectados a través de sus membresías en los organismos y los organismos se interrelacionan a su vez mediante los Estados miembros; e indica que las organizaciones internacionales tienen ciertos elementos comunes:

- Un acto jurídico creador, en el que se determina la finalidad, la estructura, el funcionamiento y las competencias; denominado Carta, Estatuto o Constitución;
- Son sujetos del derecho internacional;
- Están dotados de órganos permanentes, encargados de realizar los objetivos de la organización;
- Tienen carácter estable o permanente;
- Están dotados de un Secretariado propio; y

- Cuentan con financiamiento que obtienen de contribuciones obligatorias o voluntarias de sus Estados Miembros.

Los organismos internacionales son considerados por Maldonado (2013) como instituciones formales del sistema internacional creados por los Estados para elaborar, proponer o impulsar leyes internacionales a fin de normar la cooperación internacional desde un ámbito geográfico o asunto específico (Maldonado; 2013).

c) Fuerzas transnacionales: Corresponden al flujo de interrelaciones entre Estados, asociaciones de Estados (organizaciones internacionales) y las sociedades que involucran iniciativas públicas, privadas y que confluyen en el sistema internacional (Truyol, citado por Barbé; 1995). Dichos flujos pueden provenir de una acción estrictamente individual (como puede ser el mensaje de paz de algún Premio Nobel en este rubro), movimientos que pueden adoptar la forma de opinión pública a nivel internacional, actividades con fines de lucro (del sector empresarial), con fines humanitarios o espirituales.

Las fuerzas transnacionales pueden abordar desde fenómenos duraderos y organizados como las iglesias o federaciones sindicales, hasta la aparición espontánea de un estado de opinión en torno a acontecimientos específicos (revueltas, guerras, desastres naturales, etc.). Su naturaleza, pero propiamente su finalidad, distingue a dos actores centrales: las organizaciones no gubernamentales y las empresas transnacionales (Barbé; 1995).

- **Organizaciones no gubernamentales:** Son todas aquellas entidades internacionales que no parten de una iniciativa pública o gubernamental y

que están integradas por distintos grupos sociales, étnicos o sindicales; medios de comunicación; académicos, entre otros; que pueden ser de diversas nacionalidades, con actuación a nivel local o internacional. Todas las organizaciones no gubernamentales, independientemente de su área de desempeño o su ubicación, están sometidas al orden jurídico del Estado que las alberga; en tal sentido, su actuación es conforme a derecho local (Restrepo; 2013).

- **Empresas trasnacionales:** Son consorcios organizados internacionalmente con actividades productivas en varios países. Restrepo (2013) explica que la expansión de la economía de mercado y la globalización dieron como resultado una creciente interacción comercial que solidificó los mercados mundiales consolidando agentes económicos trasnacionales que controlan subsidiarias o filiales para maximizar beneficios.

Las empresas trasnacionales cuentan con presupuesto, personal, inversiones y capacidad económica que se ajustan a las condiciones económicas, sociales y legales de cada Estado que las alberga (Restrepo; 2013).

La interacción que se realiza entre los diferentes actores del sistema internacional conlleva a generar procesos de intercambio de información y de comunicación que van desde el conflicto hasta la cooperación.

Para efectos de este trabajo, la interacción que nos interesa es la de integración y cooperación, como una manera en que los problemas comunes pueden ser resueltos con mayor facilidad desde un espíritu de colaboración o cooperación.

Para Keohane (1998), la cooperación es entendida como “un proceso por el cual los gobiernos coordinan y ajustan sus políticas a las preferencias de otros como medio para lograr sus propios objetivos”, en donde no necesariamente existen intereses comunes o valores compartidos, sino una necesidad de acomodar objetivos particulares y divergentes en aras de un beneficio común global.

La cooperación internacional también se entiende como la relación que se establece entre dos o más países, organismos internacionales u organizaciones de la sociedad civil, con el objetivo de alcanzar metas de desarrollo consensuadas (PNUD, 2011); en tal sentido, la cooperación internacional refiere la ayuda o asistencia entre Estados u otros actores del sistema internacional para el logro del bien común, o como un acuerdo de voluntades para cooperar, auxiliar o asistir en la solución de conflictos, de cuestiones de seguridad nacional o de salud internacional como es el caso de esta investigación.

Con base en lo anterior, se considera que el apoyo internacional, a través de sus diferentes actores, permite resolver situaciones internas que no podrían resolverse de manera aislada y por ello se recurre a la cooperación internacional.

1.4 Relación de los organismos internacionales con las políticas públicas

Considerando la línea de investigación que pretende seguir este trabajo, y una vez que ya se explicó cuál es el papel de los organismos internacionales dentro del sistema internacional, ahora es turno de identificar la manera en que dichos organismos están ligados con las políticas públicas a manera de entender su influencia y cómo la cooperación o el intercambio de información ayudan a la resolución de problemas comunes.

Para el propósito de esta investigación, influencia se entiende como la capacidad que tiene algún actor para promover intereses particulares en las decisiones de otro con la intención de incidir en la planificación de alguna actividad; participar en políticas o programas públicos; reivindicar derechos colectivos o de interés común; mejorar condiciones; introducir nuevos aspectos dentro de una agenda; intervenir en la priorización e identificación de soluciones; así como proponer alternativas o mecanismos de trabajo (Delpiano y Torres; 2003).

Una política pública según Luis F. Aguilar (2007), es un conjunto de acciones estructuradas que están orientadas a alcanzar objetivos, considerados de valor para la sociedad, o a resolver problemas cuya intencionalidad y causalidad han sido definidas por la interlocución que ha tenido lugar entre el gobierno y sectores de la ciudadanía; acciones que han sido decididas por las autoridades públicas legítimas y ejecutadas por actores gubernamentales o por éstos en asociación con actores sociales (económicos, civiles), y que dan origen o forman un patrón de comportamiento del gobierno y la sociedad.

Las políticas públicas comprenden un proceso que considera la formulación, el diseño, la implementación y la evaluación como parte de un ciclo; su interrelación con los diferentes actores del sistema internacional dependerá del enfoque y etapa de análisis en la que se quiera vincular.

FIGURA 1
Participación de diferentes actores en la definición de políticas públicas nacionales



Fuente: Adaptación del diagrama de Santibáñez, Barra y Ortiz (2017)

Para la definición de una política pública, existe una movilización, traspaso e intercambio de recursos²⁰ a través de los cuales se valen los actores del sistema internacional para influir, persuadir, bloquear o activar decisiones gubernamentales (Santibáñez, Barra y Ortiz; 2017).

²⁰ Los recursos en políticas públicas son medios e instrumentos que son usados e intercambiados entre los actores de las políticas públicas; pueden ser financieros, humanos, organizativos, tecnológicos, materiales, entre otros ((Santibáñez, Barra y Ortiz; 2017).

CUADRO 2
Recursos de los actores internacionales para influir en las políticas públicas nacionales

Actor internacional	Recursos	Influencia
Estado	<ul style="list-style-type: none"> - Recursos políticos - Recursos normativos - Recursos financieros - Recursos humanos - Recursos cognitivos y tecnológicos 	Es el responsable y con autoridad para llevar a cabo el ciclo de las políticas públicas.
Organismo internacional	<ul style="list-style-type: none"> - Recursos cognitivos y tecnológicos - Recursos normativos - Recursos financieros - Recursos humanos 	La capacidad de generar evidencia sobre problemáticas específicas ayuda a incidir en la discusión, ejecución y evaluación de políticas públicas; así como promover la inserción de temas en la agenda gubernamental.
Fuerzas transnacionales	<ul style="list-style-type: none"> - Recursos organizativos - Recursos cognitivos - Recursos financieros 	La capacidad de organizar a grupos de interés para obtener determinados resultados permite tener poder en la toma de decisiones. La movilización pública, estructurada y organizada tiene la capacidad de moldear las políticas en juego.

Fuente: Elaboración propia con base al artículo de Santibáñez, Barra y Ortiz (2017)

Bajo este tenor, se puede argumentar que los organismos internacionales con sus diferentes recursos, pueden promover la inserción de temas en la agenda gubernamental; incidir o influir en la discusión, ejecución y evaluación de políticas públicas y apoyar a los Estados en programas específicos.

Durante el último tercio del siglo XX, los organismos internacionales jugaron un papel cada vez más preponderante en la atención de problemas públicos a nivel global, como es el caso del tabaquismo, cuyo caso de análisis se mencionará en los siguientes capítulos.

Asimismo, entre las funciones de colaboración que tienen los organismos internacionales con los Estados encontramos los siguientes aspectos: servir como árbitros para lograr la paz y estabilidad mundial (guerras, conflictos ideológicos, diferencias por territorio, política, etc.); proclamar voluntad para mantener seguridad internacional; brindar apoyo o recomendaciones para lograr la modernización administrativa o institucional; impulsar reformas; colaborar en necesidades cotidianas o de bienestar social; ofrecer legitimidad en determinados procesos; auxiliar en el desarrollo de políticas locales; así como lograr estabilidad, crecimiento económico y uso eficaz de los recursos (Maldonado; 2013).

Basset y Maldonado (2009) afirman que los organismos internacionales ayudan a los Estados con apoyos financieros, a generar recomendaciones, elaborar políticas, desarrollar conocimiento especializado, producir cifras, crear redes de expertos y espacios de discusión o realizar contribuciones teóricas o metodológicas en las diferentes áreas de competencia.

Cabe resaltar que aun cuando hay un desglose de beneficios de colaboración, los organismos internacionales no obligan a los Estados a cumplir con sus mandatos, ya que aunque se generan compromisos por adhesión, su campo de acción e influencia es parte del compromiso y responsabilidad global de cada uno de los países que los integran. Por tanto, la cooperación con organismos internacionales es complementaria a las decisiones nacionales, su papel es

incidir en cambios que favorezcan el bienestar de los ciudadanos que son parte del Estado (Tapia y Veloz; 2015).

Guillermo Cejudo (2011), señala que para adoptar programas o encomiendas internacionales es necesario realizar un análisis interno que permita determinar si las recomendaciones internacionales o experiencias exitosas generarán un impacto positivo al interior de cada Estado, ya que se requiere de habilidad y pericia gubernamental para determinar si las soluciones que ofrece el escenario internacional están acordes a las necesidades y al momento histórico, político y económico de cada país.

Las estrategias de cada Estado para solucionar problemas públicos deben ser considerados como una “caja de herramientas” (Tapia y Veloz; 2015), en donde la efectividad de cada una—dependerá de la capacidad del usuario para su correcta aplicación; por ello, el análisis interno es fundamental para identificar si el contexto internacional, o en este caso, las recomendaciones de organismos internacionales o las buenas prácticas de otros países permitirán solucionar o cumplir con algún objetivo pre-establecido de manera nacional (Cejudo; 2011).

También existen situaciones en donde las recomendaciones de los organismos internacionales pueden resultar poco favorecedoras para algunos países o para Estados específicos; por tanto, el juego de poder y la capacidad de negociación resultan factores fundamentales en este tipo de interacción. Generalmente las cuestiones de tipo económico, militar y de seguridad generan cierta rispidez en la cooperación internacional (ONU; 2016).

1.5 Factores que permiten que los organismos internacionales influyan en las políticas públicas de los Estados

Ahondar en la serie de factores que intervienen para que un Estado reconozca la colaboración del contexto internacional, y en específico, acepte la incidencia de los organismos internacionales en las políticas públicas, nos dará pauta para comenzar a describir el caso de estudio que se abordará en esta investigación, el cual consiste en puntualizar los aspectos que permitieron que México adoptara un Convenio de la OMS para implementar medidas contra el tabaquismo como problema central de estudio.

Un problema es una situación o circunstancia con efectos negativos que en el proceso de las políticas públicas debe ser entendido como aquél que afecta ampliamente a la sociedad o a un grupo significativo (Méndez; 2014).

La definición del problema público es fundamental para la implementación de una política pública exitosa, la cual estará delimitada y delineada según el contexto de los actores involucrados e influenciada por intereses nacionales, movimientos sociales (tanto nacionales como internacionales), medios de comunicación, opinión pública, manipulación política, grupos de poder, redes, grupos de investigadores (*think-tanks*), parámetros internacionales, entre otros.

Parsons (2007) señala que un problema es cuestión de percepción y dependerá del contexto e interés del que lo lleve a la mesa para su resolución; por tanto, se puede asumir que así como un Estado inserta un problema público en la agenda del sistema político-gubernamental, de igual forma los organismos internacionales podrán incidir en este proceso siempre y cuando:

- 1) Exista una circunstancia que sea reconocida como una situación no deseada con efectos negativos que deben ser atendidos públicamente;
- 2) Dicha circunstancia esté avalada por un grupo significativo que impulse su resolución;
- 3) El problema sea discutido por diversos actores y se reconozca su relevancia en cuanto a magnitud y evolución²¹.

La incidencia de los organismos internacionales en la formulación de políticas públicas, en la inserción de algún tema en la agenda, en el diagnóstico o en la ejecución, debe partir del reconocimiento de un problema público; por tanto, en cuanto mejor se tenga identificado el efecto negativo que lo causa mayor será el impacto de su intervención (Parsons; 2007).

De igual forma, Parsons (2007), menciona que no todo problema da origen a una política pública, ya que para que los problemas sean parte de la agenda, debe existir la intervención de diversos grupos que demuestren el impacto de una situación insatisfactoria, en la que intervienen diversos actores, tanto públicos como privados, que enfatizan ciertas posturas o posiciones.

Bajo este argumento, los medios de comunicación, actores gubernamentales (desde funcionarios hasta grupos legislativos) y no gubernamentales (organizaciones de la sociedad civil) pueden favorecer o desvirtuar el interés que exista por la solución de cierta problemática, lo cual se convierte en parte del contexto que influye en la formulación de políticas públicas (Subirats, 2008), y por ende, en que exista vinculación con determinados ideales de organismos internacionales.

²¹ Entre más grande sea la magnitud y más rápida la evolución de los efectos negativos del problema, mayor será la posibilidad de que dicha circunstancia se perciba como un problema público (Méndez; 2014).

La base para aceptar que existe un problema es contar con evidencia empírica acerca de su existencia, de tal forma que permita que otros actores reconozcan su importancia. La problematización también tiene un proceso que puede dividirse en las siguientes etapas (Parsons; 2007):

- El problema existe pero aun no recibe mucha atención pública;
- El público se da cuenta de la existencia del problema y se genera un entusiasmo o activismo para resolverlo;
- Percepción de los costos para solucionar el problema;
- Descenso gradual de interés del problema;
- Las políticas que se generaron pueden mantenerse en el tiempo, sí es que se crearon instituciones o acuerdos para atender el problema, o el problema se coloca en el limbo.

Otros autores generalizan cuatro etapas generales para la problematización: 1) percepción; 2) discusión; 3) adopción; e 4) institucionalización (Méndez; 2014). Sin embargo, es oportuno mencionar que al igual que en el caso de las etapas de las políticas públicas, estas fases también pueden mezclarse.

De conformidad con la clasificación de Méndez (2014) las etapas anteriores se definen de la siguiente manera:

- 1) La *percepción* ocurre cuando un actor o agente percibe una circunstancia como situación problemática o con efectos sociales negativos y la promueve entre otros grupos;
- 2) La *discusión* se origina cuando un grupo discierne sobre la conveniencia de tomar medidas para la resolución del problema;
- 3) La *adopción* es la aceptación del problema; y la
- 4) La *institucionalización* implica que el problema se ha aceptado por la agenda gubernamental, lo cual indica que existe un amplio convencimiento de que

una situación es importante por los efectos negativos que acarrea y que por tanto, amerita acciones permanentes para su resolución.

De igual forma, el alcance del conflicto y el balance de las fuerzas resultan cruciales para considerar la atención e importancia de un problema; toda vez que una contingencia puede atraer el interés de otros sectores que no están directamente involucrados y que no son los afectados; no obstante, su participación es crucial porque muchas veces se trata del grupo que toma el control y domina el tema (Méndez; 2014), en función del prestigio público o institucional que se consiga al abanderar la solución del mismo.

Según Méndez (2014), un problema que amerite la atención de una política pública debe considerar lo siguiente:

- 1) El tema no debe ser tan específico, de manera que pueda alcanzar el interés de un público extenso;
- 2) Debe ser un asunto socialmente significativo;
- 3) Definirse como un asunto con efectos a largo plazo;
- 4) Explicar su relevancia de la manera menos técnica posible;
- 5) Señalar la problemática como un asunto carente de precedentes;
- 6) El tema se debe desarrollar rápidamente.

Desde el plano internacional, los puntos anteriores se vinculan con el análisis que pretende retomar este trabajo, toda vez que para que un Estado acepte la colaboración de un organismo internacional tiene que existir un problema público reconocido; o de igual forma para que los países acepten insertar un problema internacional en la agenda nacional debe haber evidencia que avale la importancia del tema en el plano nacional, señalando los efectos negativos,

las repercusiones económicas o políticas, la magnitud, el alcance y la evolución del mismo.

En este sentido, el capítulo siguiente tratará de detallar las razones nacionales e internacionales por las que el tabaquismo se convirtió en un asunto de atención gubernamental que requería la atención debida.

Cabe señalar que la incorporación a la agenda de un problema internacional con efectos negativos nacionales debe considerar el tipo de solución que conlleva, ya que los recursos o las disposiciones jurídicas deben estar acordes con las posibilidades de cada Estado, toda vez que de esto dependerá el éxito o fracaso de la política pública que se diseñe para atender la referida contingencia.

En suma, y considerando la información anterior, se puede argumentar desde una apreciación particular que los factores que permiten que los organismos internacionales incidan en las políticas públicas de un Estado son:

- 1) Reconocimiento internacional de un problema socialmente significativo;
- 2) Existencia de agentes o grupos sociales que perciban los efectos negativos del problema y que demanden o impulsen soluciones;
- 3) Evidencia que permita convencer sobre la gravedad del problema (datos, cifras, costos, etc.);
- 4) Existencia de actores gubernamentales interesados en el tema que ayuden a impulsar la solución del problema.

Ante el reconocimiento de problemas de carácter internacional²², es evidente que los Estados no pueden resolver de manera aislada las dificultades que se les presentan; por tanto, los organismos internacionales representan una oportunidad para enfrentar las dificultades del contexto global; sin embargo es importante no perder de vista que diversas recomendaciones de organizaciones internacionales no son vinculantes, por lo que se requiere de disposiciones normativas que generen obligatoriedad en el cumplimiento de los acuerdos contraídos (Serna; 2009), lo que se asemeja a lo que Parsons (2007) considera como institucionalización del problema.

De esta manera, y con la intención de avanzar al caso de estudio de esta investigación, en los próximos capítulos se analizará el cómo y por qué los cuatro puntos que se identificaron con anterioridad, estuvieron presentes en la incorporación del problema público del tabaquismo en la agenda pública nacional con base en los factores que permiten que los organismos internacionales, en este caso la Organización Mundial de la Salud (OMS), incida en las políticas públicas de nuestro país.

²² Problemas relativos a energía, salud, alimentación, pobreza, explosión demográfica, envejecimiento, medio ambiente, terrorismo, uso de recursos marinos, regulación de multinacionales, telecomunicaciones, etcétera.

Capítulo 2

Contexto Internacional y Nacional sobre Tabaquismo

*“...el tabaco es el único producto de consumo legal existente, que mata gente cuando es utilizado tal cual se debe”.
(The Oxford Medical Companion, 1994)*

En línea con el capítulo anterior, en donde se mencionó que el objetivo central de una política pública es resolver un problema ampliamente reconocido por los efectos negativos que causa a un grupo significativo de la sociedad; en este apartado se pretende describir y explicar los factores que enmarcan al tabaquismo como un problema público mundial para el que fue necesario unir esfuerzos desde el ámbito internacional.

El tabaquismo se trata de una adicción cuya evidencia científica demuestra los graves daños que ocasiona a la salud, no sólo a quienes fuman sino también a aquellos que de manera involuntaria están expuestos al humo del tabaco (Secretaría de Salud; 2001). El consumo de tabaco se considera la principal causa de muerte, de morbilidad y de discapacidad; razón por la que se catalogó como un severo problema de salud pública que requería de esfuerzos nacionales e internacionales para prevenir y mitigar sus riesgos y consecuencias.

El tabaquismo representa un freno al desarrollo por los costos económicos que genera ante la necesidad de atender las enfermedades relacionadas con su consumo y reduce la salud y la productividad de sus víctimas, mermando en algunos casos el desarrollo físico y mental; por lo que su análisis retoma aspectos sociales, económicos, culturales, sanitarios y demográficos, que reafirman la necesidad de contar con medidas eficaces que controlen su

impacto y reduzcan sus efectos nocivos, no sólo en el plano local sino también en el contexto internacional.

A continuación se realiza una breve descripción sobre el tabaquismo a fin de identificar en qué momento se convirtió en una epidemia de gravedad social, así como se explican los factores que ayudaron a visibilizar la problemática y la necesidad de adoptar un marco de alcance global como el CMCT, que fue aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud en 2003²³.

Por tanto, el contenido de este capítulo está orientado a mostrar la evidencia cualitativa y cuantitativa de información que permite justificar la necesidad de adoptar un Convenio internacional. En tal sentido, los datos y cifras se reportan antes de la entrada del CMCT y son el soporte que permitió implementar acciones globales para atender un malestar común con repercusiones sanitarias, económicas y sociales.

2.1 Antecedentes del tabaquismo

El tabaquismo²⁴ durante el siglo XX, no sólo se consideraba una actividad normal sino deseable que daba cierto estatus social, lo cual era apoyado por

²³ La Asamblea Mundial de la Salud (AMS), es el máximo órgano de gobernanza de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que reúne a todos los Estados Miembros que son parte de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), y en la cual se toman todas las decisiones de trabajo del Organismo. Para mayor información sobre la forma de trabajo de la OMS consultar: <http://www.who.int/es/>.

²⁴ El tabaco es originario de América y proviene de la planta *Nicotiana Tabacum*, que es un arbusto de hojas verdes grandes, de textura vellosa y pegajosa con sabor amargo, sus flores son de color blanco, amarillo y violeta. La adquisición de la planta por otras culturas, se remonta a cuando el hombre cruzó de Asia a América. El nombre del cigarro tiene su origen en el verbo maya *sikar* que significa fumar, el cual se popularizó en Europa a partir de los viajes de Cristóbal Colón.

figuras mediáticas, autoridades gubernamentales, personajes públicos, representantes de diversas actividades y profesiones, así como actores de cine que generaban mayor impacto en el consumo (Zinser; 2010).

A partir de la Segunda Guerra Mundial, el consumo de cigarro incrementó en Estados Unidos de 1,700 a 3,300 cigarros anuales por fumador; lo cual indicaba que los momentos de crisis e incertidumbre social generaban mayor consumismo, ya sea por la imagen del soldado héroe fumador o por la publicidad de la industria tabacalera que ofrecía apoyo a los soldados en batalla (Zinser; 2010).

En la antigüedad, las culturas americanas usaban el tabaco con fines religiosos, medicinales y ceremoniales. Los indígenas del Caribe fumaban esta planta valiéndose de una caña en forma de pipa llamada *tobago* (Secretaría de Salud; 2001).

En la Nueva España, Fray Bartolomé de las Casas realizó las primeras descripciones de la adicción al tabaco señalando que los indígenas al utilizar las hojas en forma de rollo para aspirar el humo los adormecía y les generaba una sensación de bienestar que no les dejaba sentir cansancio. Posteriormente, los colonizadores utilizaron las hojas de tabaco para fines de esparcimiento difundiendo la práctica por Europa.

En 1560, el Embajador francés Jean Nicot, fue uno de los primeros en descubrir los efectos farmacológicos de la planta, toda vez que la utilizaba para aliviar jaquecas. Más tarde, se encargó de su cultivo en Portugal, y a partir de entonces la sustancia principal de esta planta recibió el nombre de *nicotiana* (Secretaría de Salud; 2001).

En 1604, el Rey Jaime I de Inglaterra, advirtió los riesgos por consumir tabaco y sentenció a muerte a Sir Walter Raleigh, explorador inglés que inició la costumbre de fumar en pipa y a quien se le considera precursor de este hábito nocivo.

En 1605, el tabaco llegó a la India, favoreciendo al comercio y distribución hacia China y Japón. A Indonesia también llegó a mediados del siglo XVI, por influencia de los holandeses, quienes se constituyeron como una de las industrias más importantes del puro en el mundo. En 1652, los portugueses introdujeron el tabaco en África occidental, cuyos nativos se hicieron adictos e iniciaron su cultivo en 1657. En Australia, las semillas de tabaco fueron introducidas a mitad del siglo XIX.

En 1881, el ingeniero James Bonsack inventó la máquina para hacer cigarrillos lo que facilitó su producción, distribución y el consumo masivo de cigarrillos (Rubio y Rubio; 2010). El siglo XX es considerado el siglo del tabaquismo, toda vez que fumar se convirtió en moda, afectando no sólo a los adultos, sino también a mujeres, niños y jóvenes.

El período de la Primera Guerra Mundial incrementó el consumo de cigarro, duplicando lo que se consumía entre 1900 y 1914. En 1920, Marlboro fue la primera marca que dirigió campañas para que la mujer comenzara a fumar, cuyos mensajes resultaron exitosos para el público masculino con el famoso vaquero a partir de 1954 (Zinser; 2010).

En 1950, comenzaron investigaciones científicas acerca del tabaquismo, en las que se señalaba la correlación con el cáncer de pulmón; sin embargo, la información que se generó no tuvo tanto auge debido a que la industria tabacalera incentivó el consumo bajo argumentos que manejaban modalidades menos tóxicas (como pipas de agua, boquillas, puro, entre otras opciones).

En el decenio de 1960, las consecuencias sanitarias del tabaco ya eran evidentes. En 1964, Luther L. Terry, cirujano de nacionalidad americana, influyó para que en las cajetillas de cigarro se incluyera una leyenda que señalara que fumar era peligroso para la salud (Zinser; 2010).

Desde entonces, comenzaron las investigaciones científicas sobre los daños a la salud, tanto directas como indirectas, incluyendo las repercusiones a los fumadores pasivos, lo que orillaba a establecer medidas de control legislativas y disposiciones gubernamentales estrictas.

En 1970, en Estados Unidos de América se prohíbe hacer publicidad en la radio y en la televisión; en 1975, la OMS considera el tabaquismo como una enfermedad adictiva y crónica; en 1977, en Estados Unidos se realiza un juicio ante el Gran Jurado a siete grandes compañías tabaqueras americanas por envenenamiento público; en los años 80, informes científicos ponen de manifiesto que el tabaco no sólo es peligroso para los que lo consumen activamente, sino también para los que conviven con ellos (OMS; 2016).

En 1987, se establece el día 31 de mayo como la celebración anual del “Día Mundial Sin Tabaco” promovido por la OMS; en 1988, se organiza la Primera Conferencia Europea sobre Política de Tabaco; en donde surge un Plan de Acción para una Europa sin Tabaco y el Plan de Ciudades Saludables sin

Tabaco. En 1998, California se convierte en el primer estado en Estados Unidos que prohíbe fumar en los bares y cafeterías y se crea la Red Europea de Hospitales sin humo (OMS; 2016).

Todo este conjunto de esfuerzos, fueron retomados por organismos internacionales con la intención de emprender esfuerzos para lograr políticas públicas contra el tabaquismo, como fue el caso de la OMS, organización que ayudó a impulsar medidas para regular y controlar el uso del tabaco, a través de un Convenio Marco aprobado en 2003 con el objetivo de velar por la salud y servir como plataforma para la aplicación de leyes que controlaran su consumo.

2.2 Descripción general del tabaco

El cigarro contiene 4 mil 700 sustancias, de las cuales 60 son cancerígenas y hay algunas muy peligrosas, como el polonio; por tanto, se considera que la fórmula en la elaboración de estos productos es uno de los mayores peligros para la salud (Enciso; 2008). De igual forma, el monóxido de carbono es una sustancia tóxica, que no suele producir síntomas clínicos evidentes salvo en circunstancias extremas, pero también es el responsable de causar trastornos a los fumadores (Secretaría de Salud; 2001).

La nicotina, que como ya se había mencionado, es el principal componente del tabaco, es una sustancia farmacológicamente estimulante, sedante y que causa adicción al activar la vía dopaminérgica y los receptores colinérgicos y nicotínicos del sistema nervioso central. También influye en la generación de dependencia, el sabor y el aroma (Secretaría de Salud; 2001).

La nicotina se absorbe con facilidad por la piel, las mucosas y los pulmones, la cual tarda aproximadamente siete segundos en llegar al sistema nervioso central, provocando efectos de bienestar que hace sentir al fumador alerta, con relajación muscular y con adrenalina (Secretaría de Salud; 2001).

El consumo de nicotina en grandes dosis paraliza al sistema nervioso autónomo, impidiendo la transmisión de impulsos que puede provocar convulsiones o la muerte. Después del estímulo gratificante que se mencionaba en el párrafo anterior, sigue un estado de depresión y fatiga que llevan al fumador a consumir nuevamente nicotina a fin de sentirse con mayor rendimiento y evitar el síndrome de abstinencia que se caracteriza por ira, ansiedad, necesidad de consumo, dificultad para concentrarse, hambre, impaciencia e intranquilidad.

Según datos de la Secretaría de Salud (2001), el uso habitual de la sustancia hace que, durante el día se acumulen concentraciones de nicotina que persisten las 24 horas del día. De igual forma, se ha encontrado que la mayoría de los fumadores beben más café, té y alcohol que los no fumadores; también el peso y presión arterial son ligeramente menores que los no fumadores, y tienen frecuencia cardíaca ligeramente más rápida que los que no fuman.

Los fumadores tienen una disminución en el rendimiento para el ejercicio y están propensos a la aparición prematura de arrugas faciales y de acné intenso en adolescentes. Para el caso de las mujeres fumadoras, la secreción estrogénica y la función ovárica se alteran y es común que la menopausia aparezca antes en las mujeres que fuman que en las que no fuman.

Fumar no es un hábito, sino una adicción que provoca cambios en el sistema nervioso central y en el cerebro. Su consumo resulta una enfermedad prevenible relacionada con distintos tipos de cáncer: como el de laringe, de pulmón, de cavidad bucal, de páncreas, de vejiga, de riñón; así como con cardiopatía isquémica, enfermedades vasculares cerebrales, bronquitis crónica, enfisema pulmonar, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), entre otras (Secretaría de Salud; 2001).

2.3 Contexto internacional sobre el abordaje del consumo de tabaco

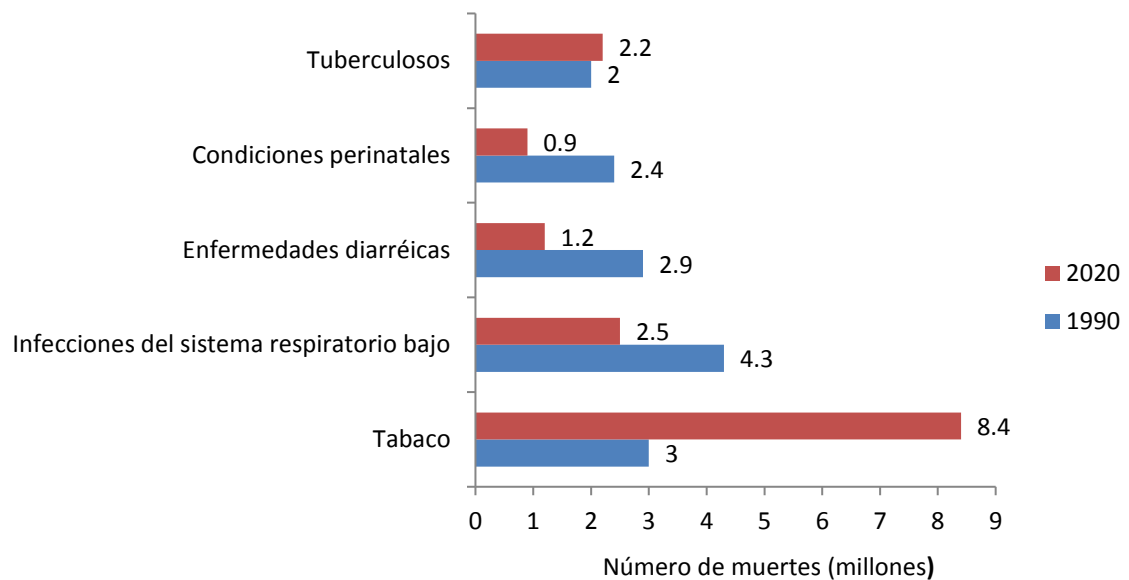
El tabaquismo es una enfermedad adictiva y crónica, que se considera como la primera causa mundial de muerte prevenible, según informes de la OMS, fumar cigarrillos es causa directa o indirecta de cerca de 8,242 muertes por día y cuatro millones de personas al año en el mundo, de los cuales la tercera parte ocurren en países en vías de desarrollo (Secretaría de Salud; 2001), y causan pérdidas económicas de cientos de miles de millones de dólares a nivel global (OMS; 2011).

La OMS consideraba que si la tendencia de consumo de los años 2000 se mantenía, en 2020 el tabaco mataría a más de 10 millones de personas al año, y el 70% de esas muertes prematuras se registrarían en los países de ingresos bajos y medios. Por tanto, era necesario adoptar medidas urgentes, ya que el tabaco podría matar a lo largo del siglo XXI a mil millones de personas, o más (OMS; 2011).

Durante la década de 1990, la epidemia de tabaco comenzó a convertirse en un problema de salud pública que se consideró la principal causa de muerte prematura. El aumento de fumadores y otras formas de consumo de tabaco en

todo el mundo dieron lugar a la pérdida de al menos 3.5 millones de vidas humanas en 1998.

FIGURA 2
Principales causas de muerte en el mundo en 1990 y estimaciones para el 2020



Fuente: OMS, 1996

El Banco Mundial a principios del siglo XXI reportó que el tabaco era un problema que afectaba de mayor manera a las poblaciones pobres, jóvenes, de bajo nivel educativo y de bajos ingresos (Secretaría de Salud, 2001), toda vez que las muertes atribuibles al consumo de tabaco representaban sólo el 5% en las poblaciones con educación media y superior, mientras que el porcentaje se incrementaba al 19% en grupos con primaria como máximo nivel de estudios.

De igual forma, los adolescentes eran considerados como el grupo de mayor riesgo, ya que más del 60% de los fumadores se iniciaban en esta adicción desde los 13 años, y más del 90% antes de los 20 años.

En el transcurso de la década de 1900-2000, se observó una disminución del promedio de cigarrillos anuales en países desarrollados, mientras que en países en vías de desarrollo incrementó la cifra (Secretaría de Salud; 2001), esto se debía en gran medida a las nuevas formas de comercio y a la novedad que representaba el tema.

CUADRO 3
Prevalencia anual del consumo de cigarrillos en hombres y mujeres según las regiones de la OMS, década 1990-2000

Región de la OMS o países según desarrollo	Hombres	Mujeres
Región Africana	29	4
Región de las Américas	35	22
Región del Mediterráneo Oriental	35	4
Región Europea	46	26
Región del Sudeste Asiático	44	4
Región del Pacífico Occidental	60	8
Países más desarrollados	42	24
Países menos desarrollados	48	7
A nivel mundial	47	12

Fuente: OMS, 1997.

Los países con mayor consumo anual de cigarrillos eran: China, Estados Unidos de América, Indonesia, Japón y Rusia y la comercialización estaba

dominada por cuatro marcas que representaban el 70% del mercado mundial: *Philip Morris, British American Tobacco, Japan Tobacco International y China National Tobacco Co.* (Rubio y Rubio; 2010)

De manera general, todas las naciones sufrían pérdidas por el tabaquismo, particularmente por los riesgos asociados al consumo, de los cuales el cáncer de pulmón se registraba como el más grave. En Europa, se consideraba que el 50% de los cánceres que aparecían en la población masculina eran considerados por el consumo de tabaco (Secretaría de Salud; 2001).

La exposición al humo de tabaco contribuía en gran medida a la carga mundial de la enfermedad. La OMS estimaba que alrededor de 700 millones de niños, casi la mitad de la población infantil mundial, respiraban aire contaminado por humo de tabaco, especialmente en el hogar y se calculaba que, en 2002, murieron alrededor de 80,000 personas en 25 países de la Unión Europea por enfermedades relacionadas con tabaquismo pasivo (Hernández, *et. al.*; 2010).

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) estimaba que anualmente morían cerca de 200,000 trabajadores al año debido a la exposición al humo de tabaco en el lugar de trabajo; la Agencia de Protección Ambiental (EPA) calculaba que el humo de tabaco era responsable de aproximadamente 3,000 muertes anuales por cáncer de pulmón entre la población no fumadora de los Estados Unidos y que cerca de un millón de niños con asma empeoraban su enfermedad debido a la exposición involuntaria (Hernández, *et. al.*; 2010).

Ante este contexto, era evidente que los esfuerzos que se habían realizado hasta esa fecha para detener la epidemia mundial del tabaco habían demostrado ser ineficaces, toda vez que se trataba de un problema en el que se

encontraba inmerso el impulso de la industria multinacional, cuya producción y comercialización era sumamente rentable, y a lo cual se sumaba que para varios países el cultivo de tabaco se había convertido en su principal fuente de ingreso (WHO/FCTC; 2009).

La globalización fue otro de los factores que influyeron en agravar el problema de consumo de tabaco, toda vez que la industria aprovechó para promocionar de manera activa su venta y consumo. La liberalización de los mercados y la aparición de multinacionales incentivó al tabaquismo y al comercio ilícito, con problemáticas adyacentes como el contrabando y la falsificación (Rubio y Rubio; 2010).

Los esfuerzos nacionales que existían hasta ese momento para contrarrestar el consumo del cigarro, con un enfoque tradicionalista sobre el abordaje de la salud pública, no resultaban compatibles con el alcance transnacional del problema y con el poder mediático de la industria; toda vez que el modelo de atención y prevención médico se encontraban rebasados por una emergencia sanitaria pública sin precedentes (WHO/FCTC; 2009).

Como en toda epidemia, las organizaciones de la sociedad civil ayudaron a acelerar la transición hacia una sociedad libre de tabaco, ayudando a la conciencia y alerta pública, a la promoción de la salud, a incentivar la investigación y favorecer la financiación de políticas y programas contra el tabaquismo²⁵.

²⁵ Francisco Javier López Espina y de Antuñano (2010); "El papel de las Organizaciones de la Sociedad Civil", en María Elena Medina-Mora, coord. (2010), *Tabaquismo en México. ¿Cómo evitar 60, 000 muertes prematuras al año?*, El Colegio Nacional, México, págs.689-721.

De igual forma, las organizaciones internacionales comenzaron a recabar información que reflejó de manera cuantitativa y cualitativa la gravedad del tabaquismo y ayudó a generar conciencia a través de la evidencia científica. En 1991, el Banco Mundial prohibió utilizar sus recursos financieros para el cultivo y fabricación de productos de tabaco, y en 1999 estimuló esfuerzos para su control. El Fondo Monetario Internacional impuso una política similar en las condiciones para préstamos (López-Espina; 2010).

En 2003, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) señaló el impacto negativo que la producción y el consumo de tabaco tenían para la economía mundial e invitó a los Estados a fortalecer las medidas para el control del tabaco en sus programas nacionales y agendas de desarrollo social y económico. También favoreció la inclusión del control de tabaco en la agenda de los Objetivos para el Desarrollo del Milenio y exhortó para que cualquier producto de tabaco se considerara como producto nocivo para la salud, generando la exclusión del mismo en acuerdos de comercio bilaterales y multilaterales (López-Espina; 2010).

La OMS²⁶, como organización líder en salud mundial, contaba con esfuerzos para reducir el consumo del tabaco, para lo cual promueve desde 1988, el Día Mundial de la lucha contra el tabaquismo, el cual establece un lema anual, alrededor del cual se realizan en el ámbito internacional, una serie de actividades para conmemorar cada 31 de mayo el Día Mundial sin Tabaco. Asimismo, a pesar que desde 1970 la OMS incentivó iniciativas para el control del tabaco, hacía falta un marco global de carácter jurídico que sirviera de parámetro para alinear esfuerzos específicos, como fue el caso del CMCT.

²⁶ La OMS, es una organización internacional que surgió el 7 de abril de 1948, como autoridad directiva y coordinadora en asuntos de salud internacional como parte del Sistema de Naciones Unidas. Para mayor información consultar: <http://www.who.int/es/>.

2.4 Contexto nacional respecto al tabaquismo

Para México, en la década de los 80's y 90's el perfil epidemiológico había cambiado, las enfermedades no transmisibles y lesiones presentaban un incremento que se asumía a patologías emergentes (Secretaría de Salud; 2001), mientras que las enfermedades infectocontagiosas propias de países en subdesarrollo se habían aminorado.

El tabaquismo estaba considerado como un padecimiento que requería atención urgente, ya que se estimaba que era la epidemia del siglo, cuyos datos demostraban que este problema estaba asociado a indicadores de morbilidad y mortalidad.

En 1980, las enfermedades del corazón constituían la primera causa de mortalidad; sin embargo, para 1998 representaban el 15.4% de las defunciones reportadas en el país, de los cuales más de la mitad de los casos correspondían a cardiopatías isquémicas, asociadas al tabaquismo (Secretaría de Salud; 2001).

La comparación de datos entre la década de los 80's y los 90's establecía que la proporción de fumadores había aumentado un 7%. La Encuesta Nacional de Adicciones (ENA)²⁷ de 1998, reportó que en México el 27.7% de la población urbana entre 12 y 65 años fumaba (13.2 millones de consumidores de tabaco), de los cuales había aproximadamente 4.4 millones de mujeres fumadoras y 8.8

²⁷ La ENA es el resultado de un esfuerzo conjunto entre la Secretaría de Salud y el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) que reporta información epidemiológica sobre el consumo de alcohol, tabaco y drogas a fin de generar evidencia cuantitativa que permita conocer la magnitud del problema.

En 1974, se levantó por primera vez una Encuesta de Adicciones en México y a partir de 1988 se generó la idea de realizar encuestas parecidas cada 5 años. La ENA 2002 fue la primera en reportar datos de comunidades rurales (CONADIC; 2016)

millones de hombres con este hábito, en donde el grupo etáreo de mayor prevalencia era de los 18 a 29 años de edad (Secretaría de Salud; 2001: 24).

La cifra general se extendía a 48 millones, al considerar fumadores involuntarios o pasivos, que representaban el 52.6 de la población. Asimismo, los reportes señalaban que se registraban entre 114 y 122 decesos diarios asociados al tabaquismo, con aproximadamente 44,000 muertes al año (Secretaría de Salud; 2001).

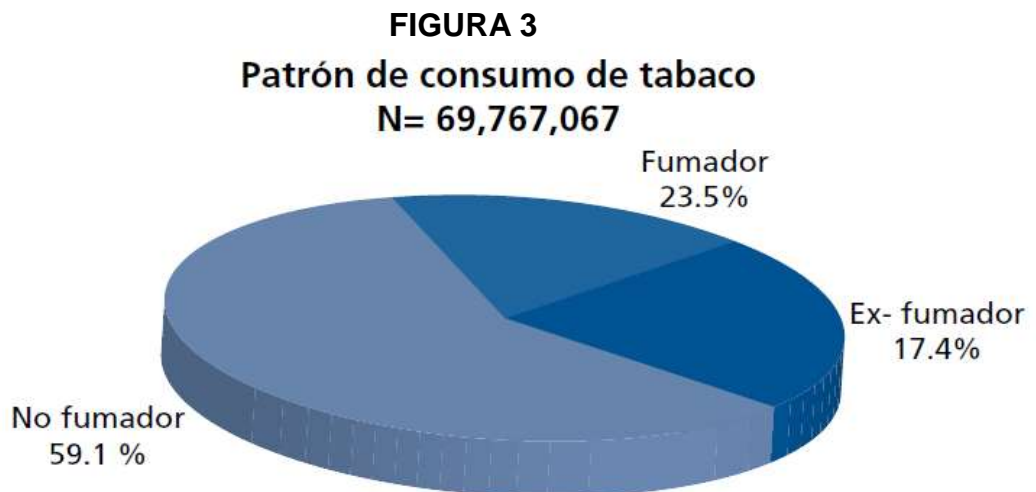
De igual forma, se estimaba que 122 personas morían diariamente por causas asociadas al tabaco, razón por la que se consideró como uno de los diez problemas de Salud Pública que requería atención prioritaria, ya que de lo contrario se rebasaría la capacidad sanitaria para su atención (Secretaría de Salud; 2001).

En un estudio realizado por la Secretaría de Educación Pública y el Instituto Nacional de Psiquiatría en 1991, el rango de edad entre la población escolar, que se reportó como más crítico para iniciar el consumo fue de 11 a 14 años (Secretaría de Salud; 2001: 24), por tanto, quedaba evidencia que los adolescentes son el grupo de mayor riesgo que debía ser protegido; toda vez que las personas que consiguen abstenerse de consumir tabaco durante esta etapa de vida, es poco probable que se conviertan en adictas, ya que existe una fuerte vinculación entre el inicio de edades tempranas y la posibilidad de desarrollar la adicción a la nicotina.

La ENA de 1998 indicaba que el consumo urbano de cigarros entre 12 a 65 años era más representativo en estudiantes de secundaria (32%), que en la primaria (29.3%), de los cuales el 61.4% había comenzado a fumar antes de los

18 años; el 33% entre los 18 y 25 años, y el 5.5% después de los 25 años (Secretaría de Salud; 2001: 24).

Para el año 2000, se registraba que más de 53 mil personas fumadoras morían al año por enfermedades asociadas al tabaquismo, registrando al menos 147 defunciones diarias, una cada 10 minutos (CONADIC, 2008). Según datos de la ENA 2002, en México había 16 millones de personas fumadoras, lo que representaba el 23.5% de la población; 17.4% reportaron ser exfumadores, y el 59.1% mencionó que no fumaban.



Fuente: ENA 2002. CONADIC. INP RFM. DGE. INEGI.

Al comparar los resultados de la ENA 98 se observó que la proporción de fumadores disminuyó de 27.7% al 26.4% en zonas urbanas, mientras que los ex fumadores y no fumadores aumentaron.

Con respecto al sexo, se observó que el sexo masculino registró mayor consumo de tabaco (60%), considerando a fumadores y exfumadores, presentando una relación hombre-mujer de 2.2 a 1 (fumadores) y de 1.5 a 1

(exfumadores); mientras que el 70% de grupo de no fumadores fueron mujeres (CONADIC; 2008).

TABLA 1
Patrón de fumadores por sexo

Sexo	Clasificación de fumadores						TOTAL	
	Fumadores		Ex - fumadores		No fumadores			
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Masculino	11,359,627	69.4	7,359,980	60.5	12,674,050	30.7	31,393,657	45.0
Femenino	5,011,974	30.6	4,795,252	39.5	28,566,184	69.3	38,373,410	55.0
TOTAL	16,371,601	100.00	12,155,232	100.00	41,240,234	100.00	69,767,067	100.00

Fuente: ENA 2002, CONADIC, INP RFM, DGE, INEGI.

De igual forma, la ENA 2002 identificó que 1.4% de la población entrevistada se clasificó como fumador dependiente; el 11% se consideró fumador diario pero sin síntomas de dependencia y el 28.5 % se agrupó como fumador ocasional y exfumadores, lo que indica que el mayor porcentaje (59.1%), son no fumadores que requerían campañas anti-tabáquicas de prevención (ENA, 2002).

TABLA 2
Grupos por dependencia al tabaco

Grupos	N	%
1. Fumador dependiente	1,009,128	1.4
2. Fumador diario, pero sin dependencia	7,639,874	11.0
3. Fumador ocasional y ex – fumador	19,877,831	28.5
4. No fumador	41,240,234	59.1
Total	69,767,067	100.0

Fuente: ENA 2002, CONADIC, INP RFM, DGE, INEGI.

De la población fumadora, según la tabla 2 (28,526,833), el 3.5% presenta dependencia al consumo de tabaco (1,009,128), el 26.7% son fumadores diarios sin dependencia (7,639,874), el 27.07% son fumadores ocasionales (7,722,599) y el 42.60% son exfumadores (12,155,232).

El problema de tabaquismo se identificó en áreas rurales, al observarse que el 75.8% de la población habita en zonas urbanas mientras que el 24.2% en zonas rurales (ENA; 2002). A continuación se presenta una tabla por categoría de fumador para mayor referencia:

TABLA 3
Grupo por categoría de fumador por tipo de comunidad

Grupo de edad	Grupos									
	Dependencia		Fumador diario sin dependencia		Fumador ocasional y ex - fumador		No fumador		TOTAL	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
12-17 años	24,759	2.5	433,279	5.7	1,744,354	8.8	11,482,967	27.8	13,685,359	19.6
18-34 años	259,152	25.7	3,611,677	47.3	8,271,140	41.6	15,409,585	37.4	27,551,554	39.5
35-65 años	725,217	71.9	3,594,918	47.1	9,862,337	49.6	14,347,682	34.8	28,530,154	40.9
TOTAL	1,009,128	100.0	7,639,874	100.0	19,877,831	100.0	41,240,234	100.0	69,767,067	100.0

Fuente: ENA 2002, CONADIC, INP RFM, DGE, INEGI.

En cuanto a la edad, la ENA 2002 reportó que los niveles de dependencia aumentaban mientras incrementaba la edad y que el grupo más afectado por consumo de tabaco es el de 35 a 65 años, aunque la media para comenzar a fumar era entre los 15 y 17 años.

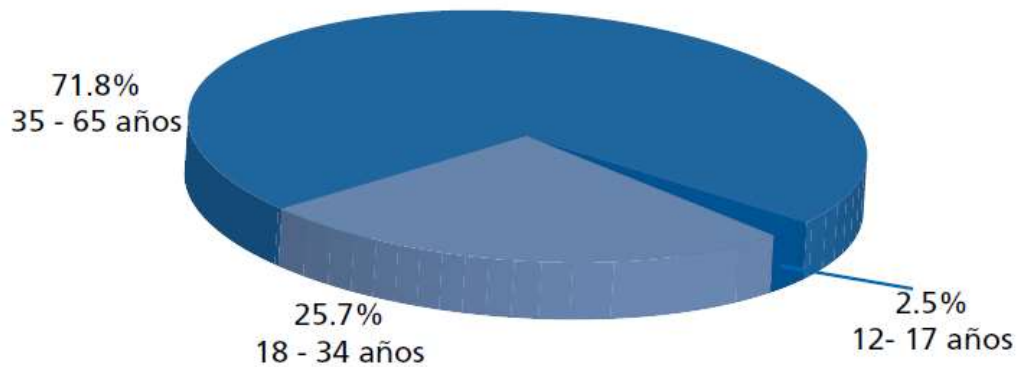
TABLA 4
Consumo de tabaco por grupo de edad

Comunidad	Grupos									
	Dependencia		Fumador diario sin dependencia		Fumador ocasional y ex - fumador		No fumador		TOTAL	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Urbana	872,958	86.5	6,654,728	87.1	16,053,628	80.8	29,306,164	71.1	52,887,532	75.8
Rural	136,170	13.5	985,092	12.9	3,824,203	19.2	11,934,070	28.9	16,879,535	24.2
TOTAL	1,009,128	100.0	7,639,874	100.0	19,877,831	100.0	41,240,234	100.0	69,767,067	100.0

Fuente: ENA 2002, CONADIC, INP RFM, DGE, INEGI.

La información anterior que la adicción a la nicotina se agudiza conforme avanzan los años; pero también refleja que se requerían intervenciones de atención especializada para la población joven. Los porcentajes en rango de edad se muestran en el gráfico siguiente:

FIGURA 4
Distribución de los grupos de edad entre los
fumadores dependientes
N= 69,767,067



Fuente: ENA 2002, CONADIC, INP RFM, DGE, INEGI.

A partir del reconocimiento de este problema, nuestro país al igual que muchos otros, debía reforzar las acciones de prevención, tratamiento, rehabilitación e investigación; así como campañas de comunicación y movilización social en las que intervinieran todos los sectores (Secretaría de Salud; 2001); por tanto, las iniciativas internacionales a favor de realizar acciones para luchar contra el tabaquismo eran bienvenidas ya que se reconocía que los esfuerzos nacionales no eran suficientes.

Lo anterior, no quiere decir que en México no existían esfuerzos gubernamentales en materia de control del tabaco, sino que se debían reforzar las medidas sanitarias que permitieran hacer frente a esta epidemia.

En la legislación mexicana, la primera referencia al vocablo tabaco apareció en 1945 en el Código Sanitario, en el que se estipulaba que cualquier actividad relacionada con el mismo y otras sustancias que se fumarán estarían controladas por la Secretaría de Salubridad y Asistencia (Ramírez y Vázquez; 2010). De esta manera, se puede decir que el control del tabaco como materia de salubridad general apareció por primera vez en el Código Sanitario, el cual se convirtió en la Ley General de Salud en 1984.

Desde 1986, México cuenta con un programa específico contra el tabaquismo, el cual ha sido actualizado y enriquecido a través de los años; así como con acciones de prevención y coordinación con diferentes instancias de gobierno que trataban de fomentar la salud a través de la educación y sensibilización de grupos vulnerables.

En primer lugar, es importante resaltar que todas las iniciativas de protección a la salud, se circunscriben a las disposiciones del artículo 4° Constitucional que señala que toda persona tiene derecho a la protección de la salud (Secretaría de Salud; 2001). De esta manera, el marco legal mexicano donde se encontraban disposiciones sobre el tabaquismo antes del CMCT, así como programas e iniciativas de organizaciones de la sociedad civil se mencionan a continuación (Secretaría de Salud; 2001):

➤ Leyes/Reglamentos

- **Ley General de Salud (LGS)**²⁸, reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4o. de la Constitución y establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

La LGS es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social. Se publicó en el DOF el 7 de febrero de 1984 y entró en vigor a partir del 1° de julio de 1984, cuenta con artículos específicos contra el tabaquismo y en la actualidad cuenta con una serie de reformas y decretos en diversas disposiciones.

A partir de esta Ley, las acciones que se implementaron fueron las siguientes (Ramírez y Vázquez; 2010):

- Programa contra las adicciones y el tabaquismo.
- Prevención y tratamiento de padecimientos originados por el tabaquismo.
- Educación sobre los efectos del tabaquismo en la salud.
- Investigación de las causas del tabaquismo y acciones para controlarlas.
- Colocar la leyenda “este producto puede ser nocivo para la salud” en etiquetas de empaques o envases en los que se suministrara tabaco.
- No se podría vender tabaco a menores de edad.
- La publicidad se limitó a dar información sobre las características técnicas y de elaboración del producto, no deberían ser asociadas a

²⁸ Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM (2015). “Ley General de Salud” Legislación Federal. Acceso electrónico: <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/fed/198/default.htm?s=>.

celebraciones cívicas o religiosas, ni con ideas o imágenes de éxito en la vida social.

- Se limitaron los horarios en que las estaciones de radio, televisión y salas cinematográficas podían transmitir publicidad sobre bebidas alcohólicas o tabaco.

- **Acuerdo número 88 (publicado en el Diario Oficial de la Federación, DOF el 17 de abril de 1990)**, por el que se restringen áreas para el consumo de tabaco en las unidades médicas de la Secretaría de Salud y en los Institutos Nacionales de Salud (Rubio; 2009).

- **Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios (9 agosto 1999)**, en su Título Vigésimo Primero, establecía que se debían observar niveles máximos de nicotina y alquitrán y que en las cajetillas se debía indicar dicha cantidad. Se prohibía la venta de cigarros por unidad, o en cajetillas menores de 14 cigarros y se dispuso que no podrían tenerse al libre acceso.

La venta por máquinas automáticas debía evitar la venta a menores y exigir identificación que garantizará la mayoría de edad y de no presentarla, no se podía vender o suministrar productos de tabaco (Secretaría de Salud; 2001).

- **Modificación a la fracción 11 del Art. 188 de la LGS (2000)**, a través de la cual se estableció el deber de orientar a la población para abstenerse de fumar en el interior de edificios públicos propiedad del gobierno federal (Rubio; 2009).

- **Reglamento en materia de publicidad (4 mayo 2000)**, señalaba que la publicidad debería establecer leyendas de advertencias, características,

propiedades, información sanitaria y precautoria respecto al consumo de cigarros. Asimismo, con este Reglamento se prohibían mensajes subliminales o publicaciones dirigidas a la niñez, jóvenes, mujeres durante el embarazo, y en actividades deportivas o educativas.

Los anuncios en televisión y otros medios de difusión pública sólo se podían transmitir después de las 22:00 horas y en programas para adultos. De igual forma, se regulaba la difusión de información que promoviera productos de tabaco, testimoniales o intervenciones que aludieran su consumo (Secretaría de Salud; 2001).

- **Reglamento sobre Consumo de Tabaco (27 de julio 2000)**, se refería a las acciones de prevención, tratamiento e investigación. Definía el ámbito de competencia de las dependencias y organismos a los que aplicaba esta regulación y responsabilizaba a los titulares de unidades sobre la correcta aplicación, difusión y vigilancia (Secretaría de Salud; 2001).

- **Normas Oficiales Mexicanas (NOM) 013-SSA2-1994 sobre Salud Bucal; 168-SSA1-1998 del Expediente Clínico; y la 028-SSA2-1999 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones.**
 - La NOM 013-SSA2-1994 para la Prevención y Control de Enfermedades Bucales (6 enero de 1995), advierte los riesgos a la salud bucal ocasionados por el tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones; por lo que en el apartado de diagnóstico y el expediente clínico dental, se incorporaron estas categorías a fin de lograr intervenciones en el tratamiento de estos problemas de salud pública.

- La NOM 168-SSA1-1998 del Expediente Clínico (30 sept.1999) señalaba que el historial de paciente debía incorporar aspectos relacionados al consumo de tabaquismo (condición y factores de riesgo, padecimiento, evolución y actualización, diagnóstico, y riesgo quirúrgico), de tal manera que se pudiera identificar si se trataba de un paciente que pudiera tener efectos de consumidor pasivo o activo por tabaquismo.
 - La NOM 028-SSA2-1999 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones (18 agosto 2000) establece los criterios y procedimientos para la prevención, detección temprana, referencia de casos y tratamiento en adicciones (incluido los relacionados con el tabaco).
- **Ley del Impuesto Especial sobre Productos y Servicios (IEPS)**, que se modifica anualmente y en donde se estableció que para el año 2000, el IEPS para los cigarrillos con filtro subirían a 100% y para los normales mantendría en 20.9% (Secretaría de Salud; 2001).

➤ **Acciones y programas gubernamentales**

Como parte de las acciones gubernamentales que se realizaban para hacer frente al tabaquismo, se pueden mencionar las aportaciones del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Ismael Cosío Villegas”²⁹ (INER), creado desde 1936 como institución pionera en temas de tabaquismo y en el cual se instalaron las clínicas para este problema; el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” fundado en 1979, que también realiza

²⁹ El INER fue creado en 1936 por el General Lázaro Cárdenas, conocido en ese entonces como Sanatorio para Enfermos Tuberculosos; en 1969 cambió su nombre al Hospital para Enfermedades Pulmonares; posteriormente, en 1975 se convirtió en el Instituto Nacional de Enfermedades Pulmonares; y en 1982 funcionó como unidad desconcentrada de la Secretaría de Salud y adoptó el nombre que actualmente tiene (INER; 2016).

estudios e investigaciones sobre el consumo del tabaco; así como el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) que a lo largo de sus 27 años de existencia ha hecho contribuciones referentes al tabaquismo y la economía familiar y nacional (Secretaría de Salud; 2001).

En 1986 se creó el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) por decreto presidencial (DOF del 8 de julio de 1986), a través del cual se trata de promover y proteger la salud de los mexicanos y promover la investigación, la prevención, el tratamiento, la formación y el desarrollo de recursos humanos para el control de las adicciones (CONADIC, 2011).

De igual forma, se creó el Comité Interinstitucional para el Combate del Tabaquismo, que agrupaba a representantes de diversas instituciones de salud que tenían interés en el combate al tabaquismo (González; 2010), el cual tenía como intención organizar las actividades del Día Mundial del Tabaquismo (31 de mayo), bajo la coordinación del INER y de CONADIC. A finales de 1997, algunos integrantes del Comité formaron parte de un Grupo Catalizador para el Combate del Tabaquismo que se encargó de impulsar políticas públicas para la prevención y el control del tabaquismo en el país.

En 2003, dicho Grupo se convirtió en sociedad civil por los cambios de administración, y se denominó Alianza contra el Tabaco, ACTA A.C, con la intención de impulsar acciones para controlar la oferta y demanda del tabaco en México (González; 2010).

No obstante a los esfuerzos anteriores, los datos señalaban que el problema de tabaquismo comenzaba a agravarse al señalar que los jóvenes comenzaban a fumar a edades más tempranas y que se reportaban casos de cáncer en

jóvenes de 28 años, algo que antes no ocurría, así como que los jóvenes que fumaban, multiplicaban por 13 el riesgo de consumir alcohol y otras drogas (Enciso; 2008).

Asimismo, se consideraba que el país gastaba en hospitalización 30 mil millones de pesos por la atención de cuatro enfermedades (enfisema pulmonar, cáncer de pulmón, infarto y problemas cerebro vasculares) derivadas del consumo de tabaco, mientras la Secretaría de Hacienda recaudaba por impuestos 20 mil millones de pesos, lo que significaba que se subsidiaba a estos enfermos (Enciso; 2008).

De igual forma, el INSP reportaba que el 20% de los casos de cáncer de pulmón se presentaba en personas que estuvieron expuestas al humo, pero que nunca fumaron; y que el tratamiento de estas enfermedades era muy costoso, ya que por una semana de hospitalización un paciente debía erogar millón y medio de pesos (Enciso; 2008).

Considerando lo anterior, y a pesar que desde 1986 el sector salud contaba con un programa específico contra el tabaquismo; en 2001, se creó el **Programa contra el Tabaquismo**, en el marco del **Programa Nacional de Salud 2001-2006**, que pretendía contribuir al Plan Nacional de Desarrollo mediante acciones encaminadas a reducir el deterioro causado por el tabaquismo y su impacto en la salud de los individuos y familias, en la productividad y en el desarrollo económico y calidad de vida de los individuos (Secretaría de Salud; 2001).

En 2002, se ejecutó el Programa “Escuelas Libres de Humo de Tabaco” en 130,000 planteles de educación primaria y secundaria, y 532 edificios fueron declarados como “Libres de Humo de Tabaco” (Rubio; 2009).

➤ **Iniciativas en organismos no gubernamentales**

Las organizaciones de la sociedad civil se convirtieron en focos de presión social que orientaban a fomentar y reforzar acciones en contra del consumo de tabaco; algunas de ellas fueron: ACTA; la Asociación de Mujeres de América Latina en contra del Tabaquismo (AMALTA); el Comité Latinoamericano Coordinador del Control del Tabaquismo (CLACCTA); el Grupo Catalizador para el combate del Tabaquismo; la Fundación Interamericana del Corazón (FIC) y la Sociedad Mexicana de Salud Pública A.C., que eran asociaciones reconocidas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS)³⁰ y la OMS, en materia de prevención y control del tabaquismo (Secretaría de Salud; 2001).

Dichas organizaciones de la sociedad civil con representación en México, trabajaban para disociar el consumo de tabaco de los valores positivos que le habían sido atribuidos (Secretaría de Salud; 2001).

En 2001, se llevaron a cabo consultas ciudadanas a fin de fomentar la cultura de la prevención en materia de adicciones y mejorar la coordinación de acciones para contribuir a fomentar programas eficaces que estimularan la conciencia y alertaran a las autoridades sobre los efectos negativos a la salud (Secretaría de Salud; 2001).

³⁰ La OPS es la organización internacional especializada en salud pública de la Región de las Américas, que se fundó el 2 de diciembre de 1902 y la cual a partir de 1949 fue declarada Oficina Regional de la Organización Mundial para las Américas (OPS, 2016).

Ante tal panorama, el gobierno mexicano reconocía la necesidad de adoptar esquemas internacionales de combate al tabaquismo, como el que proponía la OMS, considerando lo siguiente (Secretaría de Salud; 2001):

- Existía un nuevo perfil epidemiológico con otras necesidades de atención médica;
- Las cifras y reportes señalaban que el tabaquismo era un problema de salud emergente que debía frenarse por las graves consecuencias que podía originar;
- Presión por la participación de la sociedad en foros y campañas de concientización;
- Aportes científicos de organizaciones internacionales, como el caso de la OMS en el que se evidenciaba la gravedad del problema;
- Costos sociales y económicos de la enfermedad.

La suma de esfuerzos entre voluntad política, autoridades de salud, organizaciones de la sociedad civil y esfuerzos sostenidos hicieron notar la gravedad del problema del tabaquismo a fin de trabajar a favor de políticas públicas de impacto.

2.5 Factores que ayudan a visibilizar la problemática del tabaquismo y la necesidad de intervención por parte de los Estados

La evidencia científica señalaba la necesidad de realizar acciones para hacer frente a un problemática en continuo crecimiento, cuyas cifras revelaban severas consecuencias a nivel global y cuyos efectos negativos resaltaban lo siguiente (Medina-Mora, *et. al.*; 2010):

- El tabaquismo es la causa de muerte y enfermedad evitable más importante;
- La mayoría de los fumadores no son conscientes de los riesgos a la salud que ocasiona el consumo de tabaco y subestiman las enfermedades correlacionadas;
- La mayoría de los fumadores se vuelven adictos desde la adolescencia;
- La falta de manifestaciones conductuales y sociales que se asocian de manera inmediata al consumo de tabaco con efectos dañinos, como el alcohol y las drogas, hacen poco evidente la necesidad de realizar intervenciones urgentes sobre el tema;
- Efectos a largo plazo entre el inicio de la adicción y las consecuencias a la salud;
- El consumo de tabaco impone severos costos a la familia, al sistema de asistencia sanitaria por los gastos a enfermedades causadas por el tabaquismo, y costos físicos y sociales, como resultado de la exposición a personas no fumadoras al humo de tabaco, en lugares públicos y en los hogares.
- Pocas restricciones para la venta y consumo de productos de tabaco.

Además de los riesgos para la salud, los costos sociales que advierte el tabaquismo están relacionados con ausentismo escolar, laboral, disminución de la productividad, altos costos en la atención médica, problemas de salud mental, pérdida de años de vida productiva, etc. (Secretaría de Salud; 2001: 23).

No obstante a lo anterior, y considerando que los problemas públicos pueden abordarse desde diferentes aristas (económicos, sociales, ambientales, políticos, etcétera), el aspecto de los efectos negativos a la salud fue el asunto principal que privilegio el tratamiento del tabaquismo. De esta manera, a

continuación se describen algunos factores que evidenciaron la seriedad del problema:

Factores sanitarios

La exposición al tabaco eleva la mortalidad de enfermedades del sistema circulatorio, respiratorio y neoplasias. Asimismo, produce varias formas de cáncer, enfisemas, enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, gangrena y contribuye a la disfunción eréctil (Chávez; *et. al.*; 2004).

Según estudios, los fumadores tienen el 50% de probabilidades de morir como consecuencia de alguna enfermedad asociada al tabaco, entre los 35 y 69 años. En Estados Unidos, México y Canadá, el tabaquismo causa más defunciones que la combinación de muertes por consumo de alcohol, otras drogas y accidentes automovilísticos (Chávez; *et. al.*; 2004).

Los datos de países desarrollados indican que el consumo de tabaco es causante de aproximadamente un tercio de las muertes por cardiopatías y un tercio de muertes por cáncer. De igual forma, el cáncer de pulmón está aumentando en las mujeres de muchos países en desarrollo y en varios casos el cáncer de pulmón supera al cáncer de mama como el principal cáncer que ocasiona la muerte en mujeres (Chávez; *et. al.*; 2004).

En el caso de las mujeres, los estudios demuestran que el organismo femenino es más vulnerable a los efectos del tabaco; por ejemplo, en el caso de embarazo, el feto se ve expuesto a componentes tóxicos que circulan por la sangre y atraviesan la barrera placentaria, lo que afecta la salud del embrión y por consiguiente, del recién nacido; por tanto, los bebés tienden a nacer con

bajo peso o en partos prematuros, desacelerando el desarrollo durante la niñez³¹.

Fumar durante el embarazo provoca entre 20 a 30% de los casos de bajo peso en los recién nacidos; 14% de los partos prematuros y cerca del 10% de las defunciones infantiles. La posibilidad de contraer asma se duplica en niños cuyas madres fuman más de 10 cigarros al día (Secretaría de Salud; 2001). Asimismo, el humo de tabaco ocasiona o empeora numerosas enfermedades en los niños, especialmente asma y bronquitis, neumonías, e infecciones del oído medio.

De igual forma, existen informes que señalan que hay trastornos de conducta en los niños y problemas psicosociales asociados al consumo de tabaco; por ejemplo el trastorno por déficit de atención (TDA), el cual se calcula que el 50% de los niños que acuden a un servicio de consulta externa a un centro de salud mental de primer nivel, buscan tratamiento para este problema, son más vulnerables al consumo de tabaco por cuestiones de conducta ligadas a la depresión (Secretaría de Salud; 2001).

El fumador pasivo o involuntario, también se ve expuesto a riesgos a la salud; toda vez que existen efectos que causan igual o más daño que al fumador activo, como es el caso de irritación ocular, problemas respiratorios y cáncer de pulmón.

Mientras más temprano sea la intervención para prevenir el tabaquismo o para dejar de fumar, menor será el riesgo de que se presenten las enfermedades

³¹ Citado por R. Peto; A. López A. (2001), *Future worldwide health effects of current smoking patterns*. In: Koop CE, Pearson CE, Schwartz MR, editors. *Critical Issues in Global Health*. San Francisco: Jossey-Bass; en Chávez; et. al. (2004).

asociadas que representan las principales causas de muerte, de la pérdida de años de vida saludable y en generar incapacidades, donde se incluyen las afecciones perinatales, algunas relacionadas con el tabaquismo activo o pasivo de las madres durante el embarazo, la cardiopatía isquémica, las infecciones respiratorias y otras enfermedades pulmonares, enfermedades cerebrovasculares y cualquier tipo de cáncer.

Asimismo, en algunos países, los niños de los hogares pobres que trabajan con frecuencia en el cultivo de tabaco son vulnerables a la enfermedad del tabaco verde, la cual es una afección producida por la nicotina que absorbe la piel cuando se manipulan hojas de tabaco húmedas (González; 2016).

Factores sociales y culturales

Como se ha explicado en párrafos anteriores, el tabaquismo es una enfermedad social que afecta tanto al fumador pasivo como al fumador activo (Chávez; *et. al.*; 2004), y su propagación, al igual que otras cuestiones sociales, como el desempleo, la violencia, o la corrupción, afecta a toda la población sin importar segmentos o estratos socioeconómicos.

Los grandes riesgos por el tabaquismo suelen ser subestimados o percibidos con poca importancia; sin embargo, la evidencia científica ha demostrado que el cáncer de pulmón mata a más gente que los accidentes automovilísticos (Chávez; *et. al.*; 2004).

El tabaquismo se considera un freno al desarrollo que reduce la salud y la productividad de sus víctimas, además que los niños expuestos a la nicotina desde el seno materno, y después en la convivencia con familiares fumadores, ven mermado su desarrollo físico y mental (Secretaría de Salud; 2001), y de

cierta manera se ven inducidos a seguir los mismos patrones que observan en su núcleo social.

De igual forma, la publicidad y las técnicas de mercadeo de la industria orillan a que la población, en específico que los adolescentes fumen como símbolo de rebeldía, afirmación de personalidad, libertad o integración social (Zinser; 2010).

En este sentido, a pesar de las pruebas sobre los efectos nocivos del tabaco, era común encontrar adolescentes y mujeres que consumían cigarros con mayor frecuencia, lo cual estaba aunado a la facilidad con que se podía adquirir el producto en comercios formales e informales y sueltos por unidad sin restricciones de edad (Zinser; 2010).

Hasta antes de la producción masiva de cigarros, el tabaquismo era una actividad que se confinaba a los hombres adultos. La participación de mujeres y niños era mínima y no eran todavía blanco de la industria tabacalera. A fines del siglo XIX y principios del XX se empezó a involucrar a los niños y jóvenes con el consecuente rechazo de varios sectores de la sociedad (Zinser; 2010).

A pesar de las múltiples expresiones en contra del uso del tabaco a fines del siglo XIX y principios del XX el periodo de la Primera Guerra Mundial marcó un claro incremento en el consumo de cigarros, duplicándose lo que se consumía entre 1900 y 1914. También se observaba un aumento en el cáncer de pulmón, enfermedad que seguía siendo poco común, pero que hasta antes de 1910 era realmente rara (Zinser; 2010).

Las guerras mundiales ilustraban otra situación en donde la industria tabacalera había explotado la imagen de soldados valientes que fumaban en momentos de

tensión; luego entonces, la imagen del soldado fumador representaba a un héroe.

En 1920, Marlboro fue la primera marca dirigida a las mujeres, con campañas que posteriormente resultaron más exitosas entre el sexo masculino y para quienes el personaje del famoso vaquero se dirigió a partir de 1954. La mujer durante la primera parte del siglo pasado no fumada en público. Se “liberó” a partir del desfile “Antorchas de Libertad”, celebrado en Nueva York el día de Pascua de 1929 y promovido por Edward Bernays, sobrino de Sigmund Freud (Zinser; 2010).

Una vez que se logró involucrar a hombres, mujeres, menores y adultos, la industria tabacalera aprovechó toda oportunidad para consolidar al tabaquismo en el siglo XX no sólo como una “actividad normal”, sino deseable, creando todo un “significado social” que representaba “individualismo”, “autoridad”, “poder”, para el caso de hombres y para las mujeres un marcador sexual de rebeldía (Zinser; 2010).

La promoción y comercialización del tabaco logró apoyo en la figura de múltiples personajes públicos, representantes de diversas actividades y profesiones. El cine fue una de las actividades que más favorecía el consumo de tabaco, ya que muchas estrellas del cine y del medio artístico estaban asociados al tabaquismo, contribuyendo a que se le adjudicara un “valor social” dirigido a invitar por imitación a niños y adolescentes (Zinser; 2010).

Algunas estrellas clásicas que estaban vinculadas con el cigarro eran: Humphrey Bogart, Marlene Dietrich, Omar Shariff, Bob Dylan, John Lennon, Frank Zappa, Bing Crosby, Dean Martin, Sammy Davis, Frank Sinatra, Arthur

Miller, Richard Burton, Paul Newman, Al Pacino, Nicole Kidman, Penélope Cruz, Sean Penn, etc.

Otros personajes de la historia, que no necesariamente estaban vinculados comercialmente con la industria tabacalera, crearon una imagen que ayudó a promocionar fuertemente al tabaquismo. Algunos ejemplos son: Mark Twain, Oscar Wilde, Winston Churchill, Sigmund Freud, Ian Fleming, Albert Camus, Al Capone, Josif Broz Tito, Fidel Castro, etc. De esta manera, el impacto que las figuras públicas generaban representaba gran parte de la imagen y de los “valores sociales” que se le atribuían al consumo de tabaco (Zinser; 2010).

Así como la publicidad creó modelos atractivos para los jóvenes (héroes que fuman, vaqueros viriles, mujeres hermosas); la vida social también es un factor que condiciona, es común socializar mediante la oferta de un cigarro o en momentos u ocasiones cotidianos; por ejemplo: al tomar una taza de café, en reuniones sociales, de negocio, etc.

En virtud de lo anterior, y desde un abordaje general, se puede argumentar que la base de la prevención del consumo de tabaco está precisamente en la sociedad, la cultura y los medios de comunicación; por tanto la educación, los estilos de vida y los hábitos que se generan en familia son los principales factores que ayudan a mejorar la salud.

El tabaquismo no se trata de un problema aislado que afecta a individuos sino a sociedades completas cuyo abordaje debe incluir acciones de salud, de psicología, sociología, antropología, políticas, legislativas, financieras, económicas, culturales y de publicidad (Chávez; *et. al.*; 2004).

Factores económicos

Los costos económicos que el tabaco impone a la sociedad están ligados a los costos directos de atención, causadas por consumo activo y pasivo; pérdidas por baja productividad; ausentismo laboral y muerte prematura; así como aspectos fortuitos como incendios provocados por descuido de fumadores, daños al medio ambiente, contaminación y desechos de basura (Reynales; 2010).

Los costos económicos totales que se ocasionan por consumo de tabaco, se calcula que reducen la riqueza de los países en términos del Producto Interno Bruto (PIB) hasta en un 3.6 por ciento. Se estima una pérdida cercana a los 500 mil millones de dólares por el tabaco, en la economía mundial, superando el gasto anual total en salud en todos los países de bajos y medianos ingresos (Reynales; 2010).

En países de ingresos altos, se estima que el costo de la atención de enfermedades atribuibles al consumo de tabaco representa entre 0.1 y 1.1 por ciento del PIB, lo que equivale del 6 al 15% del gasto total en salud. En países de ingresos medios y bajos los datos son muy limitados (Reynales; 2010).

La OMS señaló que los consumidores de tabaco que mueren prematuramente privan a sus familias de ingresos, aumentan el costo de la atención sanitaria y dificultan el desarrollo económico. El tabaquismo y las enfermedades relacionadas que se asocian a su consumo, los accidentes y las pérdidas patrimoniales que ocasionan las incapacidades, ocasionan enormes gastos personales, familiares y sociales que se requieren para su atención.

En México, los gastos por tabaquismo o por su consumo y correlacionados no estaban cuantificados con exactitud; mientras que en otros países superaban con creces los recursos que se recaudaban por impuestos, por lo que era necesario buscar medios para cuantificarlos y establecer los costos que la sociedad absorbía.

La Secretaría de Salud de México, consideraba que cerca de 30 mil millones de pesos anuales del Sistema Nacional de Salud, se destinaban a la atención de padecimientos ligados al tabaquismo (González; 2010); por tanto, era necesario prevenir el inicio o tratar oportunamente el tabaquismo a fin de ayudar a que las familias no tengan que enfrentar los gastos catastróficos que ocasionan las enfermedades asociadas, y que las instituciones de salud puedan reorientar mejor los gastos que actualmente destinan para estos fines (Secretaría de Salud; 2001).

Según un estudio del Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) elaborado en 2004, con datos de la Encuesta Nacional de Salud del año 2000, los costos anuales de la atención médica de las principales enfermedades atribuibles al tabaco³² se estimaron en 7 mil millones de pesos, lo que equivalía al 5 por ciento del gasto total de operación del IMSS a nivel nacional en 2004 (Reynales; 2010).

La Secretaría de Salud, que presta atención a la población no asegurada, y que en 2004, se calculaba era el 40 por ciento de la población, señaló que el costo atribuible al tabaco era del 11 por ciento del presupuesto total (Reynales; 2010); no obstante, se consideraba que toda estadística era una aproximación y

³² Las enfermedades relacionadas son infarto agudo de miocardio, enfermedad cerebrovascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y cáncer de pulmón (Reynales; 2010).

estaba subestimada al no considera costos indirectos (exposición a humo de tabaco de segunda mano, costos por pérdida de productividad, entre otros factores).

El gasto de la población en productos nocivos a la salud es por sí mismo un desvío de recursos útiles para que las familias, sobre todo en familias de menores ingresos; de esta manera, era importante lograr el abandono del consumo de tabaco ya que ésto permitirá contar con recursos adicionales para satisfacer sus necesidades básicas (Secretaría de Salud; 2001).

El impacto económico que derivaba del consumo de tabaco, impone una carga excesiva no sólo al sistema de salud pública, dados los costos directos derivados de la atención de los padecimientos causados por dicho consumo, sino también a toda la sociedad por los costos indirectos generados por pérdidas de productividad, ausentismo y mayor tasa de utilización de servicios de salud entre la población fumadora³³.

De conformidad con un estudio de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos de América (CDC, por sus siglas en inglés), en 2005, se estimó que de 1997 a 2001, murieron prematuramente a causa del consumo de tabaco 438, 000 personas lo que significa una pérdida de 5.5 millones de años de vida potencial y 92 mil millones de dólares anuales, en dicho país (González; *et. al.*; 2010).

³³ Carlos José Rodríguez Ajenjo; Justino Regalado Pineda (2010); “Hacia las políticas públicas para el control de las adicciones en México. Conciencia pública para el control de las adicciones: Agenda a futuro”; en en María Elena Medina-Mora, coord. (2010), *Tabaquismo en México. ¿Cómo evitar 60, 000 muertes prematuras al año?*, El Colegio Nacional, México, págs. 723-742.

En Taiwán, aproximadamente 6.8% del gasto en salud era por enfermedades atribuibles al tabaco en personas de 35 años o más. Cada fumador gastaba 70 dólares extra en atención médica cada año y la pérdida calculada de fuerza de trabajo por parte de los fumadores se estimaba en poco más de mil millones de dólares anualmente (González; *et. al.*; 2010).

En Colombia, se llevó a cabo un estudio en el que se comparó el total de años perdidos por enfermedades asociadas al tabaquismo con la contribución económica del tabaco a este país y se encontró que las pérdidas de ingreso por mortalidad prematura y discapacidad era cuatro veces mayor que los ingresos de la economía del país por concepto de producción de tabaco. Esto sin considerar los gastos de la atención por enfermedades (González; *et. al.*; 2010).

Considerando los aspectos anteriores, que fundamentan la epidemia del tabaquismo y los graves daños que ocasiona, el esfuerzo que realizó la OMS para adoptar un Convenio Marco se convertía en un instrumento necesario para disminuir los estragos del tabaquismo. Por tanto, el siguiente capítulo explica y aterriza la aprobación del CMCT y los factores que incidieron para que México adoptara este Convenio Marco y ayudara a fomentar políticas públicas en torno a este problema de carácter global.

Capítulo 3

Análisis de la Adopción del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco (CMCT)

“...El éxito del CMCT como instrumento de salud pública dependerá de la energía y del compromiso político con que se aplique en los países en los próximos años.”

(Dr. Jong-wook LEE, 2005)

El CMCT de la OMS se elaboró en atención a un problema mundial que demandaba atención y respuestas inmediatas, y que tal como se mencionaba en el capítulo anterior, se propagó debido a diversos factores transfronterizos cuyos efectos sociales, económicos y sanitarios exaltaron la necesidad de contar con un marco regulatorio que frenara y controlara el consumo del tabaco.

De esta manera, y siguiendo los preceptos de Keohane y Nye (2000) quienes señalan que la globalización tiene efectos directos sobre los Estados – Nación, y en especial respecto a los mecanismos tradicionales (inter-gubernamentales) de acción; aunado a la interacción con otros agentes (organizaciones no gubernamentales, internacionales o empresas transnacionales) que complementan el actuar de los Estados, el problema del tabaquismo no fue la excepción; por tanto, su enfoque requería respuestas globales que ayudaran a una armonización internacional de los esfuerzos que ya existían de manera unilateral.

En este sentido, este último capítulo pretende retomar los aspectos teóricos del capítulo 1 en donde se explica la manera en que el contexto internacional influye en la adopción de políticas públicas nacionales y se mencionan los factores que inciden para que los Estados retomen las recomendaciones de los

organismos internacionales, así como los elementos del capítulo 2 que describen la manera en que el tabaquismo se convirtió en una problemática global que requería medidas de contención y control.

Por tanto, el presente apartado describirá el proceso que se llevó a cabo para la adopción del CMCT a nivel global y en México, a fin de interrelacionar los factores del primer capítulo y los argumentos del segundo a fin de aterrizar en la manera en que el mundo consideró necesario aprobar un instrumento internacional para disminuir la problemática del tabaquismo.

3.1 Antecedentes de las negociaciones del CMCT en la OMS

En el capítulo 1 se mencionaba que la globalización ocasiona que exista mayor difusión, alcance e impacto en las problemáticas nacionales, toda vez que vivimos en una sociedad interconectada, en donde cualquier asunto que se considere exclusivo desde un escenario nacional quedará expuesto al contexto internacional cobrando mayor realce y envergadura.

Desde esta perspectiva, y tal como se describió en el capítulo 2, el tabaquismo se convirtió en un problema transnacional, que ocasionaba que aproximadamente cuatro millones de personas murieran al año en el mundo (OMS; 2011), lo cual aunado a la liberalización de los mercados en cuanto al comercio de productos de tabaco, ocasionó mayor consumo tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo (Rubio y Rubio; 2010), lo que trajo consigo problemas asociados no sólo para la población fumadora, sino también para los no fumadores, así como comercio ilícito, contrabando y productos falsificados que incrementaron los daños ocasionados por el consumo del tabaco.

De igual forma, en el capítulo 2 se mencionó que existía el caso de organizaciones internacionales como la OMS que instaban a la comunidad internacional a realizar esfuerzos para reducir el consumo del tabaco y que en este tenor, a pesar de que dicha Organización ya contaba con esfuerzos para reducir el consumo del tabaco desde 1970, como era el caso de iniciativas para el control del tabaco y el Día Mundial de la lucha contra el tabaquismo, que se celebra el 31 de mayo de cada año desde 1988, necesitaba un marco global de carácter jurídico que sirviera de parámetro para alinear esfuerzos específicos.

La idea de utilizar la autoridad constitucional de la OMS para establecer un mecanismo regulador internacional para la lucha antitabáquica apareció por primera vez en un informe preparado por el Comité de Expertos de la Organización sobre el Control del Tabaco en 1979, en el cual Australia, Reino Unido y el Departamento de Enfermedades Cardiovasculares de la OMS sugerían a la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) considerar la posibilidad de utilizar sus facultades para controlar la epidemia del tabaco (FCTC; 2009).

Lo anterior, se fortaleció en 1989, cuando la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas publicó un artículo sobre la viabilidad de crear un marco jurídico internacional para el control del tabaco. En 1993, Ruth Roemer, una abogada y profesora estadounidense, comenzó una campaña para aumentar el apoyo a un enfoque jurídico para el control del tabaco por parte de la comunidad internacional, introduciendo dicho planteamiento a la OMS y reuniendo a una serie de investigadores y consultores que verificaran la pertinencia de dicho mecanismo (FCTC; 2009)³⁴.

³⁴ En el Anexo 1 de este trabajo se recopilan una serie testimonios internacionales que dan contexto sobre las negociaciones del CMCT, los cuales se obtuvieron de un documento histórico de la OMS que relata dicha información (FCTC; 2009).

En 1994, en la novena Conferencia Mundial sobre Tabaco o Salud, en París, se presentó una resolución redactada por Roemer y Judith Mackay, asesora de la OMS para Asia sobre control del Tabaco, en la que pedían a los gobiernos nacionales y Ministros de Salud iniciar medidas para preparar y lograr un convenio internacional sobre tabaco (FCTC; 2009). Dicha resolución fue aceptada con el apoyo de defensores del control del tabaco y de organizaciones no gubernamentales internacionales.

De este modo, la OMS considerando la evidencia internacional, los argumentos científicos y con plena consciencia sobre la necesidad de acción que demandaba la comunidad internacional, el 12 de mayo de 1995, mediante la resolución WHA48.11, solicitó al Director General que informará a la 49ª AMS sobre la viabilidad de elaborar un instrumento internacional con directrices para hacer frente al tabaquismo (CMCT; 2005).

En 1996, la AMS aprobó la resolución WHA49.17, en la que pedía concretar un Convenio para el control de tabaco, ejerciendo por primera vez su autoridad para utilizar el derecho internacional en una meta de salud pública. La primera reunión de planificación se celebró en Canadá en 1997, posteriormente la sede de la OMS en Ginebra tomó las riendas de las negociaciones (FCTC; 2009).

En 1998, la recién electa, Dra. Gro Harlem Brundtland, Directora General de la OMS, dio prioridad al control mundial del tabaco mediante un proyecto que denominó “Liberarse del Tabaco”, con la intención de centrar atención, acción y recursos internacionales a la epidemia del tabaquismo, cuyos efectos lograron la creación de asociaciones multisectoriales que apoyaban la iniciativa. De igual

forma, movilizó a la opinión pública y política a favor de la concertación de normas mundiales sobre el control del tabaco (CMCT; 2003).

De igual forma, el apoyo de diferentes organizaciones internacionales que no necesariamente estaban enfocadas al campo de la salud, apoyaban con evidencia y estudios a la causa contra el tabaquismo, como fue el caso del Banco Mundial (World Bank; 1999), la OIT (Takala; 2005), la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO; 1980-1993), así como organizaciones de la sociedad civil que en 1998 crearon la Alianza para el Convenio Marco (CMCT; 2003).

El 24 de mayo de 1999, a través de la resolución WHA52.18, la AMS emprendió la preparación de un texto que dio indicios al CMCT (OMS; 1999), y estableció un procedimiento para la elaboración del Convenio, que consistió en encargar a un grupo de trabajo una propuesta de documento para ser presentado ante la 53ª AMS, en mayo del año 2000; para que posteriormente, un órgano intergubernamental se encargara de la negociación del Convenio y lo presentara a la 56ª AMS, en mayo de 2003 (OMS; 1999).

Ambos grupos se abrieron a la participación de todos los Estados Miembros y a organizaciones de integración económica regional involucradas con el tema. El grupo de trabajo se reunió en Ginebra en dos ocasiones (25-29 oct., 1999; y 27-29 marzo, 2000) y el Órgano de Negociación Intergubernamental (ONI), se reunió por primera ocasión del 16 al 21 de octubre del año 2000, en una audiencia pública, que tenía la intención de consensuar la opinión de todos los actores involucrados, y el cual aglutinó a la comunidad de salud pública, la industria tabacalera y a grupos de agricultores (CMCT; 2003).

La Presidencia del Órgano de Negociación quedó a cargo de Brasil y la Vicepresidencia se conformó por Australia, Estados Unidos de América, la India, Irán, Sudáfrica y Turquía, quienes dieron a conocer el primer proyecto del instrumento internacional en enero de 2001 como base para proseguir las negociaciones. Cabe señalar que, Organizaciones No Gubernamentales contra el Tabaco también participaron en las revisiones del texto del Convenio (CMCT, 2003) y que de manera previa a la Segunda Reunión del Órgano de Negociación, que se llevó a cabo del 30 de abril al 5 de mayo de 2001, en Ginebra; se organizaron consultas regionales y subregionales con la finalidad de ir afinando la redacción del texto.

Durante la ONI 2, Costa Rica recibió por parte de la sociedad civil el anti premio denominado “cenicero sucio” por sus posturas retrógradas y divergentes. La región africana recibió el premio “orquídea” por lograr consenso en los 45 países que la conforman y por encabezar propuestas concretas para el CMCT.

El documento que daría pauta al CMCT se trabajó en tres reuniones más del Órgano de Negociación en Ginebra: la Tercera Reunión tuvo lugar del 22 al 28 de noviembre de 2001; la Cuarta, se llevó a cabo del 18 al 23 de marzo de 2002; y la Quinta se reunió del 14 al 25 de octubre de 2002, dando a conocer un texto final que fue presentando a revisión final el 15 de enero de 2003 (CMCT; 2003).

Durante las discusiones, había países que apoyaban los intereses de la industria, como fue el caso de Alemania, Argentina, China, Cuba, Estados Unidos de América, Japón, Rusia y República Dominicana; así como otros que eran facilitadores para alcanzar acuerdos y no debilitar el Convenio, como fueron Brasil, Canadá, India y Sudáfrica (Camacho; 2010).

Los asuntos que se discutieron en las rondas de negociaciones se enfocaron al contenido que debía incluir el Convenio respecto a publicidad, promoción y patrocinio; recursos financieros; comercio ilícito de productos de tabaco; responsabilidad e indemnización; empaquetado y etiquetado; y comercio y salud. Los grupos oficiosos también deliberaron sobre cuestiones jurídicas, institucionales y de procedimiento y sobre las expresiones utilizadas (CMCT; 2003).

La Sexta y última reunión del Órgano de Negociación Intergubernamental se celebró del 17 de febrero al 1° de marzo de 2003, y durante esta sesión se acordó transmitir el texto a la 56ª AMS para su adopción de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 19 de la Constitución de la OMS³⁵ (CMCT; 2005).

El CMCT fue adoptado por unanimidad el 21 de mayo de 2003 por la 56ª AMS y entró en vigor el 27 de febrero de 2005³⁶, 90 días después de haber sido objeto de adhesión, ratificación, aceptación o aprobación por parte de 40 Estados³⁷, Noruega fue el primer país en ratificarlo (Camacho; 2010).

³⁵ El Artículo 19 de la Constitución de la OMS dice a la letra “*La Asamblea de la Salud tendrá autoridad para adoptar convenciones o acuerdos respecto a todo asunto que esté dentro de la competencia de la Organización. Para la adopción de convenciones y acuerdos se requiere el voto de aprobación de las dos terceras partes de la Asamblea de la Salud; las convenciones y acuerdos entrarán en vigor para cada Miembro al ser aceptados por éste de acuerdo con sus procedimientos constitucionales*” (OMS; 2016).

³⁶ Estuvo abierto a firma por un año en la sede de la OMS del 16 al 22 de junio de 2003 y, seguidamente, del 30 de junio de 2003 al 29 de junio de 2004, en la sede de las Naciones Unidas en Nueva York (CMCT; 2003).

³⁷ El orden de los 40 primeros países en firmarlo fue el siguiente: Noruega, Malta, Fiyi, Sri Lanka, Seychelles, Mongolia, Nueva Zelanda, India, Palau, Hungría, Myanmar, Eslovaquia, Islas Cook, Singapur, Mauritania, Maldivas, México, Brunéi Darussalam, Japón, Bangladesh, Islandia, Kenia, Nauru, San Marino, Qatar, Islas Salomón, Panamá, Jordania, Trinidad y Tobago, Bután, Uruguay, Madagascar, Francia, Australia, Pakistán, Tailandia, Siria, Canadá, Ghana y Armenia.

Desde su adopción, el CMCT se ha convertido en uno de los tratados con mayor aceptación en la historia de las Naciones Unidas, convirtiéndose en un hito en la promoción de la salud pública al incorporar una dimensión jurídica a la cooperación internacional (CMCT, 2005).

Actualmente cuenta con 180 Partes³⁸ y entre los rubros más importantes se encuentra el respeto a los espacios 100% libres de humo de tabaco, el control en la venta, publicidad y promoción de productos del tabaco, cuya intención no era revertir la legalidad en la compra y uso, sino proteger al no fumador y reducir el número de nuevos fumadores (Zinser; 2010).

3.2 Descripción general del CMCT

El CMCT de la OMS es el primer tratado mundial de salud pública y representa la culminación de varios años de intenso trabajo a nivel internacional para establecer un piso mínimo de regulación al tabaco, proveer a los países firmantes un marco normativo para controlar la epidemia de tabaquismo y coordinar esfuerzos entre las naciones para enfrentar un grave problema de salud pública a nivel mundial.

El preámbulo del Convenio expone la inquietud de la comunidad internacional por las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, económicas y ambientales del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco, así como los motivos por los que los países consideraron necesario elaborar un instrumento jurídico internacional de este tipo (CMCT, 2015).

³⁸ Cuenta con 179 países y la Unión Europea. Los países que no han ratificado el CMCT a la fecha (enero 2017) son: Andorra, Argentina, Cuba, Eritrea, Estados Unidos de América, Haití, Indonesia, Liechtenstein, Malawi, Marruecos, Mónaco, Mozambique, República Dominicana, Somalia y Suiza.

Este Convenio también es el primer instrumento de salud pública negociado bajo los auspicios de la OMS y se basa en pruebas científicas que reafirman el derecho de todas las personas a gozar del grado máximo de salud. Representa un cambio ejemplar en el desarrollo de una estrategia normativa para abordar las cuestiones relativas a las sustancias adictivas (CMCT, 2005).

El CMCT es un instrumento jurídico internacional de carácter vinculante que mandata a sus Estados Parte a establecer políticas de control de la oferta y demanda de los productos del tabaco basadas en criterios de salud pública, cuenta con 38 artículos³⁹, y algunas medidas generales son (CMCT, 2005):

- Establecer una prohibición integral de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco.
- Introducir en los productos de tabaco y en sus empaques, advertencias y mensajes sanitarios claros, visibles, legibles y rotativos que ocupen al menos el 30% de la superficie externa principal.
- Adoptar y aplicar medidas eficaces que protejan de la exposición al humo de tabaco en lugares de trabajo, transportes públicos, lugares públicos y, según convenga, otros lugares públicos.
- Adoptar y aplicar medidas eficaces para eliminar el comercio ilícito, la fabricación ilícita y la falsificación de productos de tabaco.

Los Estados que conforman el CMCT se reúnen en una reunión denominada Conferencia de las Partes (COP) con el objetivo de evaluar y supervisar los progresos realizados en la aplicación del Convenio, adoptar Protocolos,

³⁹ El Anexo 2 de este trabajo tiene un resumen del CMCT a manera de referencia, el cual fue elaborado por el Secretariado del Convenio en 2015; sin embargo, para mayor detalle sobre el contenido del Convenio conviene consultar el texto completo del CMCT. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42813/1/9243591010.pdf>

establecer directrices e intercambiar experiencias con el fin de reducir el consumo de tabaco (CMCT; 2016).

La COP es el órgano rector del CMCT de la OMS y está integrada por todas las Partes en el Convenio. A la fecha se han realizado siete COPs, la primera fue en 2006 en Ginebra, Suiza; la segunda en 2007, en Bangkok, Tailandia; la tercera en 2008, en Durban, Sudáfrica; la cuarta en 2010, en Punta del Este, Uruguay; la quinta en 2012 en Seúl, República de Corea; la sexta en 2014, en Moscú, Rusia; y la séptima en 2016, en Delhi, India.

Antes de la celebración de la tercera COP, las reuniones eran anuales; sin embargo, los Estados coincidieron en la conveniencia de que dichos encuentros ocurrieran cada dos años. La COP tiene varios grupos de trabajo encargados de elaborar directrices y recomendaciones para la aplicación de las distintas disposiciones del tratado (CMCT; 2016).

El Dr. Jong-wook Lee, Director General de la OMS (CMCT; 2005), planteó en su momento que el reto del CMCT a partir de su aprobación era su implementación, lo cual dependería en gran medida de los países firmantes, por lo que el éxito del Convenio, lejos de su adopción dependería de su instrumentación a nivel nacional y local, considerando a todos los actores que fueron parte de la red mundial que se construyó durante el periodo de negociaciones.

Desde el punto de vista de la colaboración internacional, la implementación del CMCT en cada uno de los países, supone un desafío en cuanto a la construcción de capacidades necesarias para el desarrollo de políticas sustentables de control del tabaco, las cuales en muchas ocasiones deben partir de la reducción de rezagos existentes (Regalado y Rodríguez; 2010).

3.3 México y el CMCT

México no estaba ajeno a la epidemia del tabaquismo y su situación, la cual se describió en el capítulo 2, propició la necesidad de que nuestro país se sumara al cabildeo para aprobar el CMCT.

Desde los inicios de la elaboración del Convenio, México apoyó la resolución WHA48.11 en la que se pedía que la OMS verificara la factibilidad de elaborar un instrumento internacional con directrices para hacer frente al tabaquismo (CMCT; 2005).

Al comienzo de las negociaciones, y considerando que la Secretaría de Relaciones Exteriores coordinaba la participación de México en las reuniones, durante la ONI 2 (30 abril-5 mayo, 2001, en Ginebra), se presentó una postura disonante, toda vez que las consultas respecto al contenido del Convenio se habían realizado por separado a las diversas Secretarías de Estado involucradas en el tema, sin armonizar una postura como país; por tanto, lo que opinaba la Secretaría de Salud, no coincidía con la postura de la Secretaría de Agricultura, Economía o Hacienda (Camacho; 2016).

Con la intención de armonizar una posición nacional, por instrucción presidencial se creó la Comisión Intersecretarial para la Negociación del CMCT, presidida por el Secretario de Salud, Dr. Julio Frenk Mora, con el apoyo del Dr. Guido Belssaso, del CONADIC. En dicha Comisión participaron Institutos Nacionales de Salud, COFEPRIS, representantes de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, incluyendo la parte fiscal y aduanal; de la Secretaría de Economía, incluida la Procuraduría Federal de Protección al Consumidor; de la Secretaría de Educación Pública, de la Secretaría de Agricultura, de la

Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales y de la propia Presidencia de la República (Camacho; 2016).

Al interior de dicha Comisión se discutieron las posiciones que México adoptaría en las sesiones del ONI, las cuales según reportes no siempre estaban acordes con la primacía que debería tener la salud pública, en asuntos fiscales, aduanales o de libre comercio; sin embargo, se acordó que en asuntos álgidos en donde no existía consenso lo mejor era abstenerse al respecto.

Algunas de las propuestas de México al texto del documento se incluyeron en el Preámbulo del Convenio, en el cual se señala que se debe dar prioridad al derecho de proteger la salud pública (Camacho; 2010).

México, fue el primer país de Latinoamérica y el decimoséptimo a nivel mundial que firmó el CMCT, el 12 de agosto de 2003 (González; 2008). El instrumento de ratificación se depositó en la Organización de las Naciones Unidas (ONU) el 28 de mayo de 2004.

Para efectos nacionales, cobró vigencia al publicarse la aprobación de dicho instrumento por parte del Senado de la República el 14 de abril de 2004; el Presidente de la República, C. Vicente Fox Quesada, firmó el decreto el 4 de mayo de ese mismo año y se publicó en el DOF el 12 de mayo de 2004 (FIC; 2015.)

La aprobación por parte del Senado de la República Mexicana, le dio al CMCT de la OMS el carácter de ley suprema conforme con lo dispuesto en el artículo 133 de la CPEUM, de esta manera su publicación generó su inserción en el

orden jurídico nacional y la vinculación a compromisos y objetivos internacionales.

En junio de 2004, la Secretaría de Salud, a pesar de haber adoptado el Convenio, firmó un acuerdo con la industria tabacalera que ocasionó un gran debate a nivel nacional, el cual tuvo que ser finalizado en 2007 por fuertes presiones por parte de la sociedad civil, ya que incumplía las disposiciones del CMCT.

El acuerdo que se firmó con la industria tabacalera pretendía establecer un mecanismo para que las aportaciones que se recaudaran por consumo de tabaco se fueran a un Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos; sin embargo, dicha medida fue altamente criticada, impopular y condenada por el ambiente sanitario mundial, razón que orilló a terminar dicho arreglo (Ramírez y Vázquez; 2010).

En febrero de 2005, se publicó el decreto promulgatorio del Convenio Marco de la OMS para su respectiva observancia a nivel nacional, conforme la facultad que le otorgaba la Constitución en el artículo 79 fracción I (Ramírez y Vázquez; 2010).

A partir de entonces, la instrumentación e implementación del CMCT ha sido paulatina y gradual, en donde se hace evidente que es necesario coordinar las acciones de cada Secretaría que está relacionada con asuntos de tabaco a fin de lograr políticas públicas exitosas con un impacto efectivo para disminuir y controlar el consumo de cigarros.

3.4 Factores que incidieron en la adopción del CMCT en México

Parsons (2007) señalaba que, un problema es cuestión de percepción y depende del contexto e interés de un Estado para su resolución; por lo que su abordaje depende en gran medida de que se trate de una circunstancia con efectos negativos para un amplio sector de la población; que dicha circunstancia esté avalada por un grupo significativo; que el problema esté siendo discutido por diversos actores y que se reconozca su relevancia en cuanto a magnitud y evolución.

En el primer capítulo se mencionó que algunos de los factores que permiten que los Estados tengan en cuenta las recomendaciones de los organismos internacionales en el proceso de políticas públicas se debe en gran parte a que el problema público no solo afecta en el plano nacional, sino que también se reconoce como un mal que aqueja a la comunidad internacional; así como que deben existir agentes o grupos sociales que incentiven la sensibilidad del tema y alienten a encontrar soluciones desde el plano global, los cuales retomarán la evidencia estadística para generar discursos progresistas a favor del bienestar de la población, de los derechos humanos y del desarrollo económico y político (Parsons; 2007).

El segundo capítulo de este trabajo se enfocó en explicar el problema del tabaquismo y a relatar cómo se convirtió en una epidemia global que, según informes de la OMS, en el año 2000 era causa directa o indirecta de cerca de 8,242 muertes por día y cuatro millones de personas al año en el mundo, de los cuales la tercera parte ocurría en países en vías de desarrollo (Secretaría de Salud; 2001), y causaba pérdidas económicas de cientos de miles de millones de dólares a nivel global (OMS; 2011).

Los datos señalaban que en el contexto nacional, la cifra de fumadores involuntarios o pasivos representaba el 52.6 de la población y que se registraban entre 114 y 122 decesos diarios asociados al tabaquismo, con aproximadamente 44,000 muertes al año (Secretaría de Salud; 2001).

La evidencia científica, señalaba que México había registrado un aumento en la prevalencia del consumo de tabaco, ya que en 1988 era de 9 millones de fumadores y en 2002 se calculaba que estaba alrededor de 16 millones de fumadores debido al crecimiento de la población (ENA; 2002); también se tenía en cuenta el impacto económico que derivaba el consumo de tabaco en el sistema de salud; los costos directos asociados a la atención de padecimientos causados por consumo y los costos indirectos generados por pérdidas de productividad, ausentismo en el trabajo y mayor tasa de utilización de servicios de salud entre la población fumadora (Regalado y Rodríguez; 2010).

Lo anterior probaba que nuestro país no podía quedarse ajeno a la necesidad de regulación, orden y control del tabaco; y aunque la evidencia científica fue importante para generar datos duros sobre el costo sanitario y social que ocasionaba el tabaquismo, así como los riesgos a la salud, los cuales eran exaltados por organizaciones de carácter internacional y por organizaciones no gubernamentales que favorecían las acciones en contra del consumo de cigarros y el cabildeo con el poder Ejecutivo y Legislativo, también se identificaron otra serie de actores y factores que jugaron un papel crucial en la adopción del instrumento internacional (Chávez; *et. al.*; 2004).

La importancia que adquirió el tema ayudó a su inserción en la agenda pública nacional, lo que trajo consigo que el Poder Ejecutivo y Legislativo se

inmiscuyeran en la problemática, lo que ayudó en la adopción del CMCT pero también a que se creara el espacio necesario para continuar con las medidas de su implementación.

La industria tabacalera fue una de las piezas a las que se les tenía que prestar atención; ya que según un informe de Grupo Carso de 2006 (González; 2010), México ocupaba el 15° lugar mundial en consumo de cigarrillos, con un mercado nacional que generaba 36,000 millones de pesos; y otorgaba 4,723 empleos, lo cual indicaba que este sector ejercería presión para que no se adoptaran medidas que afectaran sus intereses.

El Consejo Nacional de la Industria Tabacalera (Conainta)⁴⁰ cabildeó con el Poder Ejecutivo y Legislativo a fin de detener o bloquear iniciativas que se consideraran perjudiciales para el sector económico, mostrando disposición para acatar medidas regulatorias que no entorpecieran su labor comercial (González; 2010).

En junio del año 2000, la Conainta presentó un “Código de Ética” en el que señalaban que no iban a dirigir material publicitario ni promocional a menores de edad; sin embargo, no cumplieron y sus argumentos se vieron mermados por la evidencia científica sobre los daños que el tabaco ocasionaba, los cuales eran difundidos por medios de comunicación que favorecían mensajes de la sociedad civil que estaba a favor de medidas de salud pública en contra del tabaquismo (González; 2010).

De esta manera, los medios de comunicación; tanto televisión, radio y prensa escrita, influyeron para sensibilizar a la población sobre la problemática del

⁴⁰ Integrado en ese momento por Philip Morris México y *British American Tobacco* (González; 2010).

tabaquismo, por lo que se convirtieron en un sector que jugó un papel fundamental en la aprobación del CMCT, no solo por la difusión de información sobre el problema del tabaquismo, sino también por evidenciar la compra de voluntades de la industria tabacalera para favorecer sus intereses; lo que despertó el interés de la opinión pública en el tema y movilizó la conciencia social sobre el mismo (González; 2010).

La sociedad civil⁴¹ fue un actor que influyó en gran medida a sensibilizar sobre la importancia del tema, a movilizar a la opinión pública y a continuar con el cumplimiento de los compromisos contraídos a través del CMCT. Las estrategias de comunicación que se utilizaron para informar, orientar y movilizar a la sociedad fueron (González; 2010):

- Conocer el sentir de los medios de comunicación para impulsar información de utilidad en televisión, radio, publicaciones, revistas y periódicos.
- Difundir mensajes. Para el caso del Distrito Federal, antes de que se aprobara la Ley de Protección a los No Fumadores, la cual derivó de las acciones de implementación del CMCT, se repartieron folletos con la campaña “Se respira respeto”. También se logró insertar mensajes en radiodifusoras de alta penetración (Grupo Radio Mil, Televisa Radio y Grupo Radio Fórmula) con mensajes a favor de medidas en contra del tabaco.
- Se realizaron y analizaron encuestas de opinión y se ofrecieron conferencias de prensa para presentar datos epidemiológicos y costos sociales y económicos ocasionados por el tabaquismo.

⁴¹ La Alianza Contra el Tabaco (ACTA AC), Fundación Interamericana del Corazón (FIC – México), Consejo Mexicano Contra el Tabaco (CMCT), Asociación Mexicana de Lucha Contra el Cáncer y la Red México sin Tabaco, organizaron reuniones de manera posterior a la adopción de México al CMCT con funcionarios de la Secretaría de Salud y con legisladores para impulsar acciones que favorecieran su cumplimiento (González; 2010: 92).

Las experiencias internacionales también ayudaron a generar conocimiento sobre cómo enfrentar y contrarrestar los argumentos que la industria tabacalera presentaba, ya que existía referencia concreta (como era el caso de Argentina o Panamá), en donde la industria tabacalera presionaba a determinados actores (cámaras restauranteras, líderes de opinión o agencias gubernamentales) para frenar disposiciones contrarias a sus intereses (González, 2010),

Los organismos internacionales ayudaron a generar evidencia científica sobre el tema y fueron el motor que ayudó a visibilizar el problema del tabaquismo y sus graves consecuencias; las diferentes agencias de la ONU y en específico la OMS como organismo especializado en salud, fueron cruciales para impulsar la adopción del convenio internacional.

En este sentido, y en términos generales, se puede argumentar que el liderazgo de los organismos internacionales y de sus representantes son factores importantes que permiten sensibilizar a los Jefes de Estado sobre la importancia de crear acciones y/o reforzar las existentes en beneficio de la salud.

De esta forma, se puede deducir, como un primer acercamiento a las conclusiones del tema, que el éxito en la adopción e implementación de cualquier ordenamiento jurídico, ya sea de carácter nacional o internacional, dependerá en gran medida de la identificación de actores principales, en conocer los intereses de los grupos involucrados y en la voluntad de los mismos para generar cabildeos y ganar voluntades que apoyen o favorezcan iniciativas (Chávez; *et. al.*; 2004).

Desde este enfoque, conocer los argumentos a favor y en contra de cada uno de los actores que estaban inmersos en las negociaciones, permitieron alcanzar consenso para adoptar un tratado de carácter internacional a favor de la salud pública que permitiera hacer frente a la epidemia del tabaquismo.

De este modo, si bien se debe tener en cuenta que la legislación es la base de un control eficaz para el consumo del tabaco, también es importante reconocer que la adopción de medidas regulatorias en un Estado se asocia con valores enraizados en la sociedad que determinarán la importancia o beneficios que se obtienen, en la capacidad de institucionalizar medidas de control, en la capacidad de generar infraestructura para el cumplimiento de los acuerdos y en la posibilidad de destinar recursos para desarrollar capacidad nacional que permita dar cumplimiento a los compromisos generados (WHO; 2003).

El consenso mundial acerca de las mejores prácticas para reducir el consumo de tabaco se cristalizó en el CMCT; sin embargo, la OMS (2003) señala que la adopción de cualquier medida legislativa, implica retos que deben considerar los siguientes elementos:

- Instituciones y mecanismos de aplicación de las medidas legislativas aprobadas que cuenten con financiamiento suficiente para su instrumentación.
- Educación pública que permita generar campañas de concientización que orille a cambios de creencias y actitudes.
- Publicidad, promoción y patrocinio de medidas prohibicionistas que reflejen la evidencia del daño.
- Aumento de impuestos para productos de tabaco que permitan reducir el consumo, especialmente entre jóvenes.

- Eliminación del humo de tabaco en lugares de trabajo y lugares públicos.
- Etiquetado y empaquetado de productos de tabaco con advertencias sanitarias claras sobre el daño que ocasiona su consumo.
- Contar con una autoridad normativa encargada de la divulgación de información sobre ingredientes, componentes nocivos, inocuidad de los adictivos y el contenido de alquitrán y nicotina.
- Prohibición de venta de tabaco a menores de edad y prevenir ventas perjudiciales mediante distribuidores automáticos y exhibición de autoservicios.
- Combatir el comercio ilícito y contrabando mediante un sistema de seguimiento y localización de productos a lo largo de la cadena de distribución.
- Medidas para estimular a los fumadores a abandonar el cigarro, acompañadas de estrategias centradas en la educación y la prevención.
- Programas escolares con enseñanzas sobre daños a la salud.
- Políticas agrícolas que contribuyan a eliminar subsidios para reducir la oferta de tabaco y alternativas de cultivo que no afecten las condiciones de vida de los productores de tabaco.
- Promulgar leyes para esclarecer las responsabilidades legales causadas por las compañías tabacaleras y sus productos.
- Evaluación de las políticas públicas que cuenten con indicadores sobre tasas de mortalidad, consumo per cápita, prevalencia de fumadores, entre otros, cuyos resultados se difundan y utilicen eficazmente para retroalimentar o rediseñar políticas públicas en la materia.

3.5 Políticas públicas que se implementaron a partir de que México adopta el CMCT

Desde la perspectiva del apartado anterior, para lograr los objetivos planteados en el CMCT se requiere en gran medida del compromiso de los Estados para poner en práctica acciones y estrategias que favorezcan su implementación.

En el caso de nuestro país, una vez que se adoptó el CMCT se debían realizar ajustes normativos y robustecer la infraestructura física y humana en materia de control del tabaco, destacando aspectos institucionales, que permitieran fortalecer las instancias encargadas de poner en marcha las disposiciones que el Convenio estipulaba (Regalado y Rodríguez; 2010).

Como punto de partida, cabe señalar que el Convenio en su artículo 5, señala que cada Estado debe formular, aplicar, actualizar y revisar estrategias, planes y programas nacionales multisectoriales para el control del tabaco; por lo que desde esta disposición nuestro país debía comenzar a realizar esfuerzos sobre el tema; sin olvidar el numeral 3 de dicho artículo, que establece que se debe proteger a la salud pública de intereses comerciales y de la industria del tabaco (González; 2010)⁴², lo que quiere decir que, cualquier empresa cuyo propósito esté relacionado con la producción, distribución o comercialización del tabaco no tiene algún derecho para participar en el desarrollo de una política de salud pública (González; 2010).

México, como se señaló en el capítulo 2, contaba con políticas para el control de tabaco; sin embargo, estaban desarticuladas y requerían de un marco

⁴² En 2008, durante la tercera COP, que se celebró en Durban, Sudáfrica, se aprobaron las directrices relacionadas con el artículo 5.3 del CMCT relacionado con la protección de las políticas públicas de la interferencia, directa o indirecta, de la industria tabacalera (González; 2010).

regulatorio que alentara a cumplir las disposiciones de control que ayudarán en la reducción del consumo (Secretaría de Salud; 2001); de esta manera el CMCT haciendo alusión a que un Estado no puede resolver de manera aislada problemas de alcance internacional, representaba una oportunidad en el quehacer político y gubernamental para reforzar las políticas públicas a favor del control del consumo de tabaco.

La política de Salud para el control del consumo de tabaco sufrió diversas transformaciones, hasta antes del año 2000, la estrategia de control tenía un marco normativo general que estaba regido principalmente por la Ley General de Salud, por el Reglamento del Control Sanitario de Productos y Servicios y por el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de publicidad; posteriormente se fueron incorporando compromisos adicionales que reformaron la Ley.

A partir de que México adoptó el CMCT en 2004, se realizaron varios esfuerzos políticos e institucionales para dar cumplimiento a sus disposiciones, algunas de ellas se mencionan a continuación:

- El Consejo de Salubridad General, expidió el 28 de mayo de 2004, recomendaciones para proteger la salud de los no fumadores por exposición involuntaria al humo de tabaco, las cuales eran extensivas para las entidades federativas a quienes se les invitaba a emitir o fortalecer disposiciones de carácter general para proteger a los no fumadores y expedir certificados de establecimientos libres de humo (Ramírez y Vázquez; 2010).

- Por instrucciones del Presidente de la República, a partir del día 19 de noviembre del 2004, se reunió el **Grupo Intersectorial para Seguimiento del Convenio Marco**, cuyo objeto era dar seguimiento a los avances de ese instrumento internacional en el país. El grupo se conformó por representantes de las Secretarías de Economía; Hacienda y Crédito Público; Agricultura; Ganadería; Desarrollo Rural; Pesca y Alimentación; Educación Pública y Salud, a través de los Institutos Nacionales de Cancerología y de Enfermedades Respiratorias, Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios y CONADIC, quien se encargó de coordinar el trabajo del grupo.

Desde esa fecha, se llevaron a cabo diversas reuniones, en las que se definieron acciones a realizar, entre las que destacan: contar con la definición de marbete⁴³ y plantear otras estrategias para aumentar el control de productos de tabaco, aumentar los recursos para clínicas para dejar de fumar, analizar el proceso productivo con el fin de desincentivar el cultivo de tabaco; realizar una investigación referente a los antecedentes de utilización del tabaco como plaguicida, plantear estrategias para la reconversión de cultivo de tabaco, realizar una Reunión Nacional de Clínicas para Dejar de Fumar, además de garantizar la motivación para la educación, concientización, realización de campañas y denuncia, desarrollar el proceso para definir sanciones en el Reglamento sobre Consumo de Tabaco, realizar un análisis jurídico sobre el término "Light" en el país y desarrollar operativos con la autoridad sanitaria para desalentar la venta de tabaco a menores (CONADIC; 2008).

⁴³ Marbete es el signo distintivo de control fiscal y sanitario, que se adhiere a los envases que contienen bebidas alcohólicas con capacidad que no exceda de 5,000 mililitros y que se incorpora a las cajetillas de cigarros. Ver: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=715167&fecha=01/12/2004&print=true

- A partir de 2005, se organizó el **Primer Foro sobre Tabaquismo por la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados** en el que se invitó a la sociedad civil y se discutía sobre la instrumentación del CMCT en México (González; 2010). Los reportes de la sociedad civil se presentaron ante medios de comunicación y este ejercicio fue reconocido por la *Framework Convention Alliance* como un ejemplo que debía ser considerado por otros países.
- Desde mayo de 2006, ACTA (organización no gubernamental), en coordinación con la FIC y la Asociación Canadiense de Salud Pública (CPHA), elaboran informes anuales sobre los avances que México tiene respecto al cumplimiento del Convenio Marco, los cuales representan una herramienta para la toma de decisiones, para conocer los avances normativos, operativos y los retos que persisten (González; 2010).
- En diciembre de 2006, se modificó la **Ley de Impuestos Especiales a Productos y Servicios (IEPS)**, aumentando los impuestos a los cigarrillos, puros y otros tabacos labrados con una tasa del 160% con gradualidad anual, 140% en 2007 y 150% en 2008. Los puros y otros tabacos labrados hechos enteramente a mano con un 30.4%, gradual de 26.6% en 2007 y 28.5% en 2008 (Vázquez y Ramírez; 2010). La motivación para hacer esta acción fue doble: desincentivar el consumo del tabaco y fortalecer las finanzas estatales para atender asuntos de salud.
- A partir de octubre de 2007, se comenzaron a discutir medidas legislativas para el control del Tabaco como la **Ley General para el Control del Tabaco**, la cual fue publicada en el DOF el 30 de mayo de 2008 (LGCT), orientada a proteger la salud de la población de los efectos nocivos del

tabaco a través del control sanitario de los productos del tabaco, así como su importación y la protección contra la exposición al humo del tabaco. Su Reglamento se emitió el 31 de mayo de 2009.

Las finalidades de dicha Ley son (Calleja; 2011):

- Proteger la salud de la población respecto del consumo del tabaco.
- Proteger los derechos de los no fumadores a vivir y convivir en espacios ciento por ciento libres de humo de tabaco.
- Establecer bases para la producción, etiquetado, empaquetado, promoción, publicidad, patrocinio, distribución, venta, consumo y uso de los productos del tabaco.
- Instituir medidas para reducir el consumo de tabaco, particularmente entre los menores.
- Fomentar la promoción, la educación para la salud y la difusión del conocimiento de los riesgos atribuibles al consumo de tabaco y exposición al humo.
- Establecer los lineamientos generales para el diseño y evaluación de legislación y políticas públicas basadas en la evidencia contra el tabaquismo.
- Establecer los lineamientos generales para la entrega y difusión de la información sobre los productos del tabaco y sus emisiones.

Las principales disposiciones de la citada Ley se presentan en el siguiente cuadro:

CUADRO 4
Ley General para el Control del Tabaco

ÁREA	DISPOSICIONES
Establecimiento de comercio, venta, distribución o suministro de tabaco	a) Exhibir leyendas de prohibición de comercio, venta, distribución o suministro a menores. b) Solicitar la acreditación de la mayoría de edad. c) Exhibir leyendas de advertencia, imágenes y pictogramas autorizados por la Secretaría de Salud.
Venta de cigarrillos	Se prohíbe: a) Vender cigarrillos por unidad o en empaques de menos de catorce o más de veinticinco unidades, o tabaco picado en bolsas de menos de diez gramos. b) Colocarlos en sitios que permitan tomarlos directamente. c) Vender cigarrillos en máquinas expendedoras. d) Vender cigarrillos por teléfono, correo, internet o cualquier otro medio de comunicación. e) Distribuir cigarrillos gratuitamente al público en general o con fines de promoción. f) Comerciar, vender, distribuir, exhibir, promocionar o producir accesorios. g) Comerciar, distribuir, donar, regalar, vender y suministrar cigarrillos a menores de edad y en instituciones educativas públicas y privadas de educación básica y media superior. h) Emplear a menores de edad en actividades de comercio, producción, distribución, suministro y venta de estos productos.
Empaquetado y etiquetado	<ul style="list-style-type: none"> - Colocar leyendas de advertencia y pictogramas. - Aumentar el tamaño de las leyendas. - Ocupar al menos 30% de la cara anterior, 100% de la cara posterior y 100% de una de las caras laterales del paquete y la cajetilla. - Incorporar pictogramas o imágenes en 30% de la cara anterior de la cajetilla. - Incluir información sobre sus contenidos, emisiones y riesgos.

	<ul style="list-style-type: none"> - No promocionar mensajes relacionados con estos productos de manera falsa. - Incluir la declaración “Para venta exclusiva en México”.
Publicidad, promoción y patrocinio	<p>Se prohíbe:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Realizar toda forma de patrocinio. b) Efectuar publicidad y promoción que no sea la dirigida a mayores de edad a través de revistas para adultos. c) Emplear incentivos que fomenten la compra de productos del tabaco.
Protección contra la exposición al humo del tabaco	<p>Se prohíbe:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Consumir o tener encendido cualquier producto del tabaco en espacios 100% libres de humo de tabaco. b) Consumir o tener encendido cualquier producto del tabaco en escuelas públicas y privadas de educación básica y media superior. <ul style="list-style-type: none"> - En lugares con acceso al público o en áreas interiores de trabajo, públicas o privadas, incluidas universidades, deberán existir zonas exclusivamente para fumar, las cuales deberán ubicarse en espacios al aire libre o en espacios interiores aislados que dispongan de mecanismos que eviten el traslado de partículas hacia los espacios 100% libres de humo de tabaco y que no sea paso obligado para los no fumadores. - El propietario, administrador o responsable de un establecimiento será el garante de cumplir la Ley.
Sanciones	<ul style="list-style-type: none"> a) Amonestación con apercibimiento. b) Multa. c) Clausura temporal o definitiva, que podrá ser parcial o total. d) Arresto hasta por treinta y seis horas.

Fuente: Calleja; 2011.

Por disposición de la Ley, los Congresos de cada una de las entidades federativas deben adecuar la legislación vigente o expedir una nueva, debiéndose cumplir la Ley Federal y la local (Calleja; 2011).

- De igual forma, el 26 de febrero de 2008, se aprobó por la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, la **Ley para la Protección de los No Fumadores**, la cual establecía espacios 100% libres de humo en toda oficina pública o privada cerrada, en todo el transporte público y en restaurantes, bares, discotecas, antros, billares y boliches cerrados Su reglamento se emitió de manera inmediata a la publicación de la Ley.

Derivado de esta Ley, el 10 de marzo de 2009, durante la 14ª Conferencia Mundial sobre Tabaco y Salud, efectuada en Mumbai, India, el gobierno de la Ciudad de México recibió el premio *Bloomberg* por demostrar logros en la implementación de políticas contra el tabaquismo derivado de las estrategias estipuladas por la OMS (Calleja; 2011).

Diversas entidades federativas impulsaron legislaciones relativas al establecimiento de ambientes libres de tabaco; sin embargo, así como se reportaban caso de éxito como era el caso de Tabasco, también había legislaciones débiles en los estados de Colima, Nayarit y Nuevo León (González; 2010).

De manera general, los principales objetivos de la Ley para la Protección de los No Fumadores son (Calleja; 2011):

- Respetar el derecho de las personas no fumadoras a no estar expuestas al humo del tabaco en los sitios cerrados.

- Orientar a la población para que evite empezar a fumar y se abstenga de hacerlo en los lugares públicos donde esté prohibido.
- Prohibir fumar en los edificios públicos, privados y sociales señalados.
- Apoyar a los fumadores, cuando lo soliciten, para abandonar el tabaquismo mediante los tratamientos correspondientes.
- Informar a la población sobre los efectos nocivos del consumo de tabaco y de la exposición al humo, así como los beneficios de dejar de fumar y promover su abandono.

Las principales disposiciones de la citada Ley se presentan en el siguiente cuadro:

CUADRO 5
Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores

ÁREA	DISPOSICIONES
Protección contra la exposición al humo del tabaco	Se prohíbe fumar en: <ul style="list-style-type: none"> a) Locales cerrados, empresas e industrias. b) Elevadores de cualquier edificación. c) Establecimientos particulares y públicos en los que se proporcione atención directa al público, tales como oficinas bancarias, financieras, comerciales o de servicios. d) Oficinas de cualquier dependencia o entidad de la administración pública del Distrito Federal. e) Hospitales, clínicas, centros de salud, centros de atención médica públicos, sociales o privados, salas de espera, auditorios, bibliotecas y cualquier otro lugar cerrado de las instituciones médicas y de enseñanza. f) Unidades destinadas al cuidado y atención de niños y adolescentes, personas de la tercera edad y personas con capacidades diferentes. g) Bibliotecas públicas, hemerotecas o museos e instalaciones deportivas.
Sanciones	a) Multas a las personas que fumen en los lugares

	<p>prohibidos.</p> <p>b) Multas a los propietarios, poseedores o responsables de los establecimientos mercantiles.</p> <p>c) Multas al titular de la concesión o permiso cuando se trate de vehículos de transporte público de pasajeros.</p> <p>d) Revocación del permiso en caso de segunda reincidencia.</p>
--	---

Fuente: Calleja; 2011.

En caso de que la Ley Federal y la Local discrepasen, se aplicará la que más cuide del derecho a la salud, lo cual fue señalado por la Suprema Corte de Justicia de la Nación en la sentencia de la Controversia Constitucional 119/2008 (Calleja; 2011).

- También en 2008, la Secretaría de Salud Federal creó la Oficina Nacional para el Control del Tabaco (ONCT), adscrita al CONADIC, instancia encargada de la aplicación de las políticas públicas relacionadas con el uso y abuso de sustancias entre las que se incluía al tabaco, al alcohol y a las “drogas ilícitas”, en coordinación con la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS).

La ONCT tomando en cuenta las recomendaciones del CMCT encaminadas a la aplicación de políticas públicas en materia de control, prevención y atención del tabaquismo, centró su programa de trabajo en tres ejes: reducción de la demanda, favorecer la Ley General para el Control del Tabaco y ampliar la red de atención nacional al tabaquismo y las adicciones, bajo las siguientes estrategias (Regalado y Rodríguez; 2010):

CUADRO 6
Estrategias para el Desarrollo de la Capacidad Nacional

Tarea	Acción
Definición de objetivos	Comprensión del contexto local y nacional e identificación de grupos vulnerables.
Desarrollo de estrategias	Identificar el escenario político más propicio
Diseño de un plan de acción	Estrategias concertadas, resultados y alcances concretos.
Desarrollo e implementación de políticas apropiadas	Formulación de políticas y estrategias de monitoreo.
Desarrollo de una plataforma legal y regulatoria	Adaptación de la legislación local para lograr la implementación del CMCT/OMS.
Construcción de alianzas	Estrategias de consulta y comunicación con actores clave que garanticen la implementación.
Contacto con organizaciones de la sociedad civil	Comunicación efectiva y abogacía con actores clave dentro del sector público y privado.
Mobilización y manejo de recursos	Garantizar recursos humanos, financieros y de otra índole que sean necesarios para la implementación de programas costo-efectivos.
Implementación de planes de acción	Selección y capacitación adecuada de individuos e instituciones para poner en marcha el plan de acción.
Monitoreo del avance del programa	Asegurar recursos para medir objetivamente avances logrados.

Fuente: Regalado y Justino; 2010.

De igual forma, COFEPRIS y CONADIC publicaron en 2010 la **Guía para el cumplimiento de la Ley General para el Control del Tabaco** con el propósito de dar a conocer la regulación en materia de tabaco, en particular respecto a proteger la salud de los no fumadores en ambientes libres de humo de tabaco en restaurantes, bares, discotecas y hoteles; y brindar los elementos técnicos para que se cumplan de manera eficiente las disposiciones sanitarias y evitar la aplicación de sanciones (Calleja; 2011).

Algunos de los avances que México tenía hasta 2008, respecto a los compromisos asumidos en el CMCT, se describen a continuación:

CUADRO 7

Avances por parte de México de los principales compromisos establecidos en el CMCT

Medidas relacionadas con la reducción de la demanda de tabaco		
<p>Artículo 6</p>	<p>Medidas relacionadas con los precios e impuestos para reducir la demanda de tabaco.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento progresivo del Impuesto Especial sobre Productos y Servicios, de 80% para cigarrillos con filtro y 20.9% para aquellos sin filtro en 2001, al 110% para ambos tipos de producto en 2008. <p>Compromisos adicionales suscritos el 18 de junio de 2004:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Llevar a cabo las aportaciones correspondientes a 2.5 centavos de peso por cigarro a partir del 1º de agosto del 2004, 3.5 centavos de peso a partir del 1º de enero del 2006 y 5 centavos de peso por cigarro a partir del 1º de octubre del 2006.

<p>Artículo 7</p>	<p>Medidas no relacionadas con los precios para reducir la demanda del tabaco.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Acuerdo emitido por el Consejo de Salubridad General, órgano supremo de la sanidad pública, recomendando a las 32 entidades federativas tomar las medidas necesarias para combate frontal al tabaquismo (mayo/2004). - 100% de las entidades con algún ordenamiento, a través de 9 Leyes estatales específicas sobre la protección a los no fumadores y otras medidas para reducir la demanda (Aguascalientes, Baja California, Chiapas, Distrito Federal, Guerrero, Hidalgo, Morelos, Querétaro, y Tlaxcala); 12 leyes no específicas pero que incorporan el tema en el cuerpo de las mismas (Baja California Sur, Campeche, Chihuahua, Coahuila, Durango, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, San Luis Potosí, Tabasco, Veracruz, y Yucatán); y 11 reglamentos estatales específicos (Colima, Estado de México, Guanajuato, Jalisco, Nuevo León, Puebla, Quintana Roo, Sinaloa, Sonora, Tamaulipas, y Zacatecas)
<p>Artículo 8</p>	<p>Protección contra la exposición al humo de tabaco.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 543 edificios reconocidos como "Libres de Humo de Tabaco"
<p>Artículo 9</p>	<p>Reglamentación del contenido de los productos de tabaco.</p>	<p style="text-align: center;">-</p>
<p>Artículo 10</p>	<p>Reglamentación de la divulgación de información sobre los productos de tabaco.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Compromisos adicionales suscritos el 18 de junio de 2004. Entregar a la Secretaría de Salud para hacer pública la información

		<p>sobre ingredientes empleados en los productos de tabaco, que sean considerados como particularmente perjudiciales para la salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La industria tabacalera obligatoriamente hará pública la información relativa a los ingredientes que contienen los productos de tabaco y componentes del humo de tabaco, y la difundirá en sus portales electrónicos, vinculándola con los de la Secretaría de Salud.
<p>Artículo 11</p>	<p>Empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Compromisos adicionales suscritos el 18 de junio de 2004: Leyenda de advertencia o precautoria en la cara lateral con el texto siguiente: "ACTUALMENTE NO EXISTE UN CIGARRO QUE REDUZCA LOS RIESGOS A LA SALUD" - Compromisos adicionales suscritos el 24 de junio de 2002 y el 18 de junio de 2004 y reformas a la LGS (DOF 19 de enero de 2004). Aumento de la leyenda de advertencia en alguna de las caras de los paquetes, cuya dimensión se ha modificado del 25% al 50% en la cara posterior, adicional a la de la cara lateral. - Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios. Obligación de indicar la cantidad

		de nicotina y alquitrán que contienen los productos de tabaco.
Artículo 12	Educación, comunicación, formación y concientización del público.	<ul style="list-style-type: none"> - Programas de prevención universal con modelos basados en la evidencia científica. - Campañas de información en medios masivos de comunicación. - Programa Escuelas Libres de Humo de Tabaco.
Artículo 13	Publicidad, promoción y patrocinio del tabaco.	<p>Obligaciones adicionales a las previstas en la legislación de 24 de junio de 2002 e incorporados a la Ley General de Salud mediante reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 19 de enero de 2004:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se prohíbe la difusión de publicidad radio, televisión e Internet. - Se limita la difusión de publicidad en salas cinematográficas. - Prohibida la publicidad en impresos dirigidos a menores de edad. - Prohibida la publicidad en portadas, contraportadas, tercera y cuarta de forros de impresos. - Prohibido el patrocinio de eventos en donde asistan menores. - Prohibido dar artículos promocionales a menores de

		edad.
Artículo 14	Medidas de reducción de la demanda relativas a la dependencia y al abandono del tabaco.	<ul style="list-style-type: none"> - Publicación de mejores prácticas para la operación de servicios para la cesación del tabaquismo. - Incorporación a los Centros de Integración Juvenil (más de 90 establecimientos) en la red de atención al tabaquismo. - Reformas a la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones, a fin que todo personal de salud, en cualquier nivel de atención, interrogue sobre el consumo de tabaco. - Publicación y difusión del Consejo contra el Tabaquismo para el primer nivel de atención. - Aumento en el número de clínicas para la cesación del tabaquismo, de 36 en el 2000 a 250 en el presente.
- Medidas relacionadas con la reducción de la oferta de tabaco		
Artículo 15	Comercio ilícito de productos de tabaco.	<ul style="list-style-type: none"> - Ley del IEPS y Resolución Miscelánea Fiscal del 20 de abril de 2005. - Se establece la obligación de incorporar a las cajetillas de cigarro un marbete para efectos de control fiscal y sanitario. - Mesa intersecretarial para el combate del comercio ilícito de productos como el tabaco, en cuyo marco se realiza intercambio de información y

		realización de operativos conjuntos.
<p>Artículo 16</p>	<p>Venta a menores y por menores.</p>	<p>Reglamento para el Control Sanitario de Productos y Servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Obligación de no tener los productos de tabaco al libre acceso del público. <p>Acuerdo por el que se establecen los lineamientos de aplicación e interpretación administrativa de los artículos 277, 308 bis y 309 bis de la Ley General de Salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Obligación de que los consumidores no tengan acceso directo a los productos de tabaco. <p>Compromisos adicionales suscritos el 18 de junio de 2004:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La industria tabacalera se obliga a no elaborar productos atractivos para menores (como chocolates, juguetes, etc.). <p>Reglamento de la Ley General de Salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La colocación de máquinas expendedoras sólo puede realizarse en lugares visitados mayoritariamente por adultos y su colocación deberá notificarse a la Secretaría de Salud. <p>Compromisos adicionales suscritos el 24 de junio de 2002 y reformas a la Ley General de Salud de enero de 2004:</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Prohibida la distribución, venta u obsequio de artículos promocionales con el nombre o logotipo de productos de tabaco, excepto cuando sean para fumadores y su distribución se restringe a áreas de acceso exclusivo a mayores de edad. - Prohibida la distribución, venta u obsequio a menores de edad de artículos promocionales o muestras de estos productos. <p>Compromisos adicionales suscritos el 24 de junio de 2002 y reformas a la Ley General de Salud de enero de 2004:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El contenido mínimo de cajetillas son 14 cigarrillos. - El contenido mínimo de tabaco picado son 10 gramos. - Prohibida la venta de cigarros sueltos.
<p>Artículo 17</p>	<p>Apoyo a actividades alternativas económicamente viables.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se inicia investigación documental del tabaco como fungicida.

Fuente: CONADIC; 2008.

- El 24 de diciembre de 2009 fue publicado el **Acuerdo Secretarial para la Incorporación de Pictogramas y Leyendas de Advertencia en las cajetillas de cigarros**, mismo que entró en vigor el 25 de septiembre de 2010 (Calleja; 2011).

Mediante este Acuerdo se dan a conocer las disposiciones para la formulación, aprobación, aplicación, utilización e incorporación de las leyendas, imágenes, pictogramas, mensajes sanitarios e información que deberá figurar en todos los paquetes y el etiquetado de productos del tabaco. El principal objetivo de este instrumento, es advertir sobre las consecuencias del consumo de tabaco, que reflejan o describen los efectos nocivos del tabaco. Además, de brindar información a los consumidores, sobre los componentes del tabaco y de sus emisiones, propiciando un cambio en los patrones de consumo.

Una vez que se tienen en cuenta lo anterior, es importante tener en cuenta que la adopción del CMCT en México permite ejemplificar la manera en que un organismo incidió el fortalecimiento y en la creación de medidas nacionales en contra del tabaquismo.

La efectividad en la adopción del CMCT en México, no es materia de análisis de esta investigación, toda vez que el propósito consistió en documentar el proceso que demuestra que un organismo internacional puede incidir en la elaboración de políticas públicas; no obstante, y en pleno apego a la documentación que se consultó para este documento, se puede argumentar que los resultados dependen en gran medida de una correcta implementación de medidas de control a nivel local, estatal y federal, de la construcción de capacidades necesarias para el desarrollo de políticas sustentables; así como de una serie de factores que están interrelacionados con la multidimensionalidad del tema (aspectos económicos, culturales, sociales, educativos, agrícolas, hacendarios, etcétera).

Bajo esta lógica, vale la pena señalar que los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), recomendaban que los programas de control de tabaco deberían tener en cuenta los siguientes parámetros (WHO; 2003):

- Programas comunitarios para reducir el consumo de tabaco; enfocadas a prevenir el inicio del consumo entre los jóvenes, a promover la cesación entre fumadores, proteger del humo del tabaco en el ambiente, y eliminar desigualdades entre grupos en el consumo de tabaco.
- Programas de enfermedades crónicas, para reducir la carga de las enfermedades atribuibles al tabaco y vincular un programa integral para el control del tabaco con otros programas para la prevención y control de enfermedades como el cáncer, el asma y los padecimientos cardiovasculares y cerebrovasculares.
- Programas escolares, que incluyan sesiones de salud con el apoyo de padres de familia, así como intervenciones comunitarias con políticas de escuelas libres de humo, campañas en medios y capacitación de profesores.
- Cumplimiento de la ley, a través de la vigilancia, visitas de inspección sorpresa, sanciones efectivas y seguimiento oportuno a irregularidades.
- Programas del gobierno, contra publicidad y de cesación.
- Vigilancia y evaluación para la consecución de metas de prevención y disminución del consumo.
- Administración y conducción en los tres niveles de gobierno y con la participación de varios sectores con un sistema de comunicación efectivo y responsable.

En virtud de lo anterior, se puede concluir que, aun cuando las medidas legislativas son la base para el control del consumo, es preciso contemplar otra

serie de componentes, que en conjunto producen efectos sinérgicos y contundentes, para la aplicación de políticas públicas contra el tabaquismo.

A manera de resumen, y con la finalidad de entrelazar los cuatro factores que se mencionaron en el capítulo 1 sobre los aspectos que permiten que los organismos internacionales incidan en las políticas públicas de un Estado, con el contenido de los capítulos 2 y 3, a continuación se presenta un cuadro que sintetiza dicha información:

CUADRO 8

Resumen de los factores que permiten que los organismos internacionales incidan en las políticas públicas de un Estado

Factores que permiten que los organismos internacionales incidan en las políticas públicas de un Estado	Ambiente externo-Entorno internacional	Ambiente interno-Entorno nacional
<p>1. Reconocimiento internacional de un problema socialmente significativo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Durante la década de 1990, la epidemia de tabaco comenzó a convertirse en un problema de salud pública que se consideró la principal causa de muerte prematura (OMS; 1996). • La evidencia científica señalaba que el tabaquismo es una enfermedad adictiva y crónica, que se considera como la primera causa mundial de muerte prevenible (Secretaría de Salud; 2001). • La OMS coordinó esfuerzos entre sus Estados Miembros para aprobar en 2003 en el seno de la Asamblea Mundial de la Salud el CMCT, el cual entró en vigor en 2005. 	<ul style="list-style-type: none"> • Para México, el tabaquismo estaba considerado como un padecimiento que requería atención urgente, ya que se consideraba como la epidemia del siglo, cuyos daños, efectos y consecuencias demostraban que se requerían esfuerzos coordinados para hacerle frente. • Ante este reconocimiento, México se sumó a los esfuerzos de la OMS y adoptó el CMCT el 12 de agosto de 2003 (González; 2008). • México fue el primer país de Latinoamérica y el decimoséptimo a nivel mundial que lo firmó. • Cobró vigencia tras la aprobación de

	<ul style="list-style-type: none"> • El CMCT es un instrumento jurídico internacional de carácter vinculante que mandata a sus Estado Parte a establecer políticas para el control del consumo de tabaco (CMCT; 2005). 	<p>dicho instrumento por parte del Senado de la República el 14 de abril de 2004 y su publicación en el DOF el 12 de mayo de 2004 (FIC; 2015.)</p>
<p>2. Existencia de agentes o grupos sociales que percibían los efectos negativos del problema y que demandaban o impulsaban soluciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La OMS como organización líder en salud mundial, promovió iniciativas para el control del tabaco y coordinó esfuerzos para elaborar un marco global de carácter jurídico que sirviera de parámetro para alinear esfuerzos específicos, como fue el caso del CMCT. • El apoyo de otras organizaciones internacionales que no necesariamente estaban enfocadas al campo de la salud, apoyaban con evidencia y estudios a la causa contra el tabaquismo, como fue el caso de: <ul style="list-style-type: none"> - El Banco Mundial que en 1991, prohibió utilizar sus recursos financieros para el cultivo y fabricación de productos de tabaco, y en 1999 estimuló esfuerzos para su control (World Bank; 1999); 	<ul style="list-style-type: none"> • Las organizaciones de la sociedad civil ayudaron a acelerar la transición hacia una sociedad libre de tabaco, ayudando a la conciencia y alerta pública, a la promoción de la salud, a incentivar la investigación y favorecer la financiación de políticas y programas contra el tabaquismo (López-Espina; 2010). • Las organizaciones de la sociedad civil en México se convirtieron en focos de presión social que orientaban a fomentar y reforzar acciones en contra

	<ul style="list-style-type: none">- El Fondo Monetario Internacional impuso una política similar en las condiciones para préstamos (López-Espina; 2010).- En 2003, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) señaló el impacto negativo que la producción y el consumo de tabaco tenían para la economía mundial e invitó a los Estados a fortalecer las medidas para el control del tabaco en sus programas nacionales y agendas de desarrollo social y económico. También favoreció la inclusión del control de tabaco en la agenda de los Objetivos para el Desarrollo del Milenio y exhortó para que cualquier producto de tabaco se considerara como producto nocivo para la salud, generando la exclusión del mismo en acuerdos de comercio bilaterales y multilaterales (López-Espina; 2010).• En el ámbito internacional, en 1998 organizaciones de la sociedad civil	<p>del consumo de tabaco; algunas de ellas fueron: ACTA; AMALTA; CLACCTA; el Grupo Catalizador para el combate del Tabaquismo; la FIC y la Sociedad Mexicana de Salud Pública A.C., que eran asociaciones reconocidas por la OPS y la OMS, en materia de prevención y control del tabaquismo (Secretaría de Salud; 2001).</p>
--	--	---

	<p>crearon la Alianza para el Convenio Marco (CMCT; 2003).</p>	
<p>3. Evidencia que permite convencer sobre la gravedad del problema (datos, cifras, costos, etc.);</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Según informes de la OMS, fumar cigarrillos era causa directa o indirecta de cerca de 8,242 muertes por día y cuatro millones de personas al año en el mundo, causando pérdidas económicas de cientos de miles de millones de dólares a nivel global (OMS; 2011). • La OMS consideraba que si la tendencia de consumo de los años 2000 se mantenía, en 2020 el tabaco mataría a más de 10 millones de personas al año, y el 70% de esas muertes prematuras se registrarían en los países de ingresos bajos y medios. • En virtud de lo anterior, era necesario adoptar medidas urgentes, ya que el tabaco podría matar a lo largo del siglo XXI a mil millones de personas, o más (OMS; 2011). • Los costos económicos totales que se ocasionan por consumo de tabaco, se calculaba que reducía la riqueza de los países en términos del PIB hasta 	<ul style="list-style-type: none"> • En México, a finales de los años 90's, la ENA de 1998, reportaba que había 13.2 millones de consumidores de tabaco, de los cuales aproximadamente 4.4 millones de mujeres eran fumadoras y 8.8 millones de hombres tenían este hábito (Secretaría de Salud: 2001: 24). • Asimismo, los reportes señalaban que se registraban entre 114 y 122 decesos diarios asociados al tabaquismo, con aproximadamente 44,000 muertes al año (Secretaría de Salud; 2001). • Para el año 2000, se registraba que más de 53 mil personas fumadoras morían al año por enfermedades asociadas al tabaquismo, registrando al menos 147 defunciones diarias, una cada 10 minutos (CONADIC, 2008). • También se consideraba que en los años 2000, el país gastaba en hospitalización 30 mil millones de pesos por la atención de cuatro

	<p>en un 3.6 por ciento. Se estimaba una pérdida cercana a los 500 mil millones de dólares por el tabaco en la economía mundial (Reynales; 2010).</p> <ul style="list-style-type: none">• En países de ingresos altos, se estimaba que el costo de la atención de enfermedades atribuibles al consumo de tabaco representaba entre 0.1 y 1.1 por ciento del PIB, lo que equivale del 6 al 15% del gasto total en salud (Reynales; 2010).	<p>enfermedades derivadas del consumo de tabaco, mientras la Secretaría de Hacienda recaudaba por impuestos 20 mil millones de pesos, lo que significaba que se subsidiaba a estos enfermos (Enciso; 2008).</p> <ul style="list-style-type: none">• Según datos de la ENA 2002, en México había 16 millones de personas fumadoras (11 millones de hombres y 5 millones de mujeres).• Según un estudio del IMSS, elaborado en 2004, con datos de la ENA 2000, los costos anuales de la atención médica de las principales enfermedades atribuibles al tabaco se estimaron en 7 mil millones de pesos, lo que equivalía al 5 por ciento del gasto total de operación del IMSS a nivel nacional en 2004 (Reynales; 2010).• Por su parte, la Secretaría de Salud, que presta atención a la población no asegurada, señaló que en 2004 se calculaba que el costo atribuible al tabaco era del 11 por ciento del presupuesto total (Reynales; 2010).
--	--	--

<p>4. Existencia de actores gubernamentales interesados en el tema que ayudaron a impulsar la solución del problema.</p>	<p>***** (Sólo aplica para el entorno nacional)</p>	<ul style="list-style-type: none">• En México, la importancia que adquirió el tema ayudó a su inserción en la agenda pública nacional, lo que trajo consigo que el Poder Ejecutivo y Legislativo se inmiscuyeran en la problemática, lo que ayudó en la adopción del CMCT.• Se realizaron diversos esfuerzos gubernamentales y legislativos a fin de promover políticas públicas a favor del control en el consumo del tabaco.• Como acciones gubernamentales, México contaba con un programa específico contra el tabaquismo desde 1986, el cual ha sido actualizado y enriquecido a través de los años; así como con instituciones que trataban de hacer frente al tabaquismo, como fue el caso del CONADIC; del INER; el Instituto Nacional de Psiquiatría y del INSP que realizaban contribuciones referentes al tabaquismo y la economía familiar y nacional (Secretaría de Salud; 2001).• De igual forma, se creó un Comité Interinstitucional para el Combate del
--	---	---

		Tabaquismo, que agrupaba a representantes de diversas instituciones de salud que tenían interés en el combate al tabaquismo (González; 2010).
--	--	---

Fuente: Elaboración propia.

Teniendo en cuenta el proceso de aprobación del CMCT en México, se reconocen los factores que permiten que los organismos internacionales puedan intervenir en las políticas públicas estatales, así como también que el proceso de problematización consideró el reconocimiento del problema por grupos y organizaciones nacionales e internacionales que realizaron estudios para mostrar evidencia e impulsar acciones a favor del control del tabaco; que existían datos que reflejaban la gravedad de la situación; y actores gubernamentales interesados que permitieron ingresar esta problemática en la agenda.

La conjunción de todos los planteamientos anteriormente expuestos permiten demostrar la influencia de los organismos internacionales en las políticas públicas a través de un estudio de caso como es el tema del tabaquismo en México y con ello argumentar que la cooperación con actores del sistema internacional puede favorecer la toma de decisiones, la implementación de mejores prácticas, la resolución de problemas o el fortalecimiento del diseño, implementación o evaluación de políticas públicas nacionales.

Conclusiones y Recomendaciones

La presente investigación partió de la premisa de encontrar la influencia de los organismos internacionales en la construcción de políticas públicas nacionales a fin de identificar la manera en que el sistema internacional puede favorecer o enriquecer el diseño, implementación o evaluación de acciones estructuradas para resolver problemáticas de interés común.

Se explicó que el sistema internacional está conformado por diversos actores, entre los que se encuentran los Estados, los organismos internacionales y otros de carácter transnacional, cuya interrelación genera vínculos que sobrepasan fronteras, lo cual permite el intercambio de información, de comunicación y de acciones de cooperación.

Los organismos internacionales trabajan para necesidades específicas de conformidad con los intereses de los países que los integran, y su papel en el escenario internacional está ligado a lograr la resolución de problemas; contribuir a la paz y estabilidad mundial; mantener la seguridad internacional; brindar apoyo o recomendaciones; colaborar de manera científica en el desarrollo de investigaciones, publicaciones o estudios que permitan fortalecer a las instituciones; legitimizar procesos; auxiliar en políticas locales o en el ciclo de políticas públicas de un Estado.

El vínculo entre los organismos internacionales y las políticas públicas se explica al considerar el interés de un país por retomar las buenas prácticas o conocimiento especializado de estos actores para la resolución de algún problema público, del que exista evidencia sobre su importancia, magnitud, alcance, así como de sus efectos y repercusiones económicas.

La incidencia de los organismos internacionales puede llevarse a cabo en cualquier etapa de la formulación de la política pública dependiendo de las necesidades de cada Estado; de igual forma, se identificaron cuatro aspectos que permiten que un Estado retome el trabajo de estos actores de carácter internacional:

- 1) Cuando existe el reconocimiento internacional de un problema socialmente significativo;
- 2) Cuando surgen agentes o grupos sociales que perciben los efectos negativos del problema y demandan o impulsan soluciones;
- 3) Cuando hay evidencia que permite convencer sobre la gravedad del problema (datos, cifras, costos, etc.);
- 4) Cuando hay actores gubernamentales interesados en el tema que ayudan a impulsar la solución del problema.

De esta manera, el caso que se analizó en esta investigación se centró en el tabaquismo y en la manera de identificar si los cuatro puntos anteriormente expuestos estuvieron presentes al momento en que México adoptó el CMCT de la OMS a fin de implementar acciones y/o programas para hacer frente al consumo del tabaco y sus efectos negativos.

En primera instancia, existía evidencia, tanto internacional como nacional, de que el tabaquismo se trata de una adicción que ocasiona graves daños a la salud, no sólo para las personas que fuman, sino también para los que aspiran el humo del cigarro de manera pasiva; considerándose como un grave problema de salud pública que provocaba a principios de los años 2000, cerca de 8,242 muertes por día y aproximadamente cuatro millones de personas al año en el mundo.

Para el caso de México, entre los 80's y 90's, el perfil epidemiológico había cambiado, y las enfermedades no transmisibles, en entre las que se encontraba el tabaquismo, cobraban mayor auge e importancia; de tal manera que el consumo de tabaco se consideraba una epidemia sobre la cual se tenían que emprender acciones urgentes.

En México, a finales de la década de los 90's, había cerca de 13.2 millones de personas fumadoras (4.4 millones de mujeres y 8.8 millones de hombres); mientras que en el 2002, la cifra había aumentado a 16 millones de fumadores (11 millones de hombres y 5 millones de mujeres), lo que reafirmaba la necesidad de reforzar acciones para favorecer políticas y programas contra el tabaquismo.

De igual forma, se reconocía que el tabaquismo representa un freno al desarrollo por los costos económicos que genera ante la necesidad de atender las enfermedades relacionadas con su consumo y reduce la salud y la productividad de sus víctimas, mermando en algunos casos el desarrollo físico y mental; por lo que su análisis involucra aspectos sociales, económicos, culturales, sanitarios y demográficos, que reafirman la necesidad de contar con medidas eficaces que controlen su impacto y reduzcan sus efectos nocivos, no sólo en el plano local sino también en el contexto internacional.

Diversas organizaciones internacionales y asociaciones no gubernamentales impulsaron la transición hacia medidas para lograr ambientes libres de tabaco, ayudando a concientizar a los gobiernos sobre la necesidad de promover acciones para la prevención, investigación e inversión en contra del tabaquismo.

La OMS, organización líder en temas sanitarios, coordinó los esfuerzos de los actores interesados para promover un Convenio, de alcance jurídico y vinculante, que sentará las bases sobre políticas de control de los productos de tabaco basados en criterios de salud pública, logrando que en 2003 se aprobara el texto del documento en el seno de la Asamblea Mundial de la Salud.

México no estaba ajeno al contexto internacional, por lo que desde que la OMS comenzó a negociar el CMCT, participó activamente para lograr la aprobación de un instrumento internacional con directrices para hacer frente al tabaquismo.

La entrada en vigor de dicho Convenio en México en 2004, derivó del interés de las autoridades de salud por involucrarse en el proceso de negociaciones de la OMS al reconocer la evidencia del problema, de la presión de las organizaciones de la sociedad civil por visibilizar los graves problemas que ocasiona el tabaquismo y de la intención gubernamental y legislativa por hacer frente al mismo.

No obstante a lo que se mencionó, y aun cuando no es tema de análisis de este trabajo, es pertinente mencionar que para lograr políticas públicas de impacto para reducir el tabaquismo, no sólo basta aprobar un tratado internacional, ni basta con la voluntad política y el empuje de un gran elenco de sociedades civiles; sino también es necesaria la coordinación intersectorial y el esfuerzo sostenido, para generar capacidades, crear infraestructura e implementar medidas de control a nivel local, estatal y federal para el desarrollo de políticas que retomen la multidimensionalidad del tema, incluyendo las cuestiones presupuestales que hagan realidad las buenas intenciones.

Con base en lo anterior, y para culminar este apartado, se argumenta que los cuatro factores que se identificaron para que los organismos internacionales

influyan en las políticas públicas de un Estado estuvieron presentes en la aprobación de México del CMCT, por lo que la aplicación de “N” grande, en cuestiones metodológicas, puede llevar a generalizar este conocimiento y validar su aplicación en otros casos de estudio.

En lo que respecta a las **recomendaciones**, es preciso argumentar que el éxito de las políticas públicas debe retomar en todo momento el mismo ejercicio de cabildeo y negociación que se ocupó en la fase de incorporación a la agenda el tema del tabaquismo; ya que se consultó a una amplia red de actores (sociedad civil, organismos internacionales, aparato legislativo, sistema gubernamental, etc.) que no se deben dejar de lado en las otras fases del ciclo de la política pública; es decir, las consultas y los acuerdos son necesarios para lograr estrategias incluyentes que alcancen el impacto deseado.

En el caso de la colaboración con organismos internacionales, es propicio que se trabaje con ellos en la fase de implementación, ya que muchas veces su asesoría y experiencia en temas específicos pueden favorecer la puesta en marcha de las políticas públicas; sin embargo, en diversas ocasiones, su participación se limita a generar evidencia de problemas de interés y emitir recomendaciones y no a brindar el apoyo requerido para la puesta en marcha de programas o acciones.

De igual forma, los organismos internacionales pueden ayudar en el monitoreo y seguimiento de las acciones que se implementan, asegurando que las buenas intenciones queden sujetas a un marco normativo que favorezca el cumplimiento de las mismas.

Para finalizar, es oportuno considerar de manera general que para que las políticas públicas tengan un impacto a largo plazo deben considerar:

- Acciones de prevención evolutivas, que tengan en cuenta contextos específicos, ya que no se puede pensar que una solución aplica para todos los problemas, grupos, zonas y edades en la misma dimensión;
- Capacitación adecuada y oportuna para los recursos humanos que estén involucrados con programas o acciones de las políticas;
- Comunicación intersectorial que incorpore los distintos enfoques del tratamiento del problema (aspectos sociales, económicos, culturales, sanitarios, comerciales, geográficos, etc.)
- Recursos económicos y presupuestales adecuados para lograr la instrumentación;
- Estructuras y herramientas necesarias para la implementación de las políticas públicas;
- Entornos propicios que favorezcan la instrumentación de políticas públicas;
- Acciones comunitarias que permitan cambiar hábitos y modificar estilos de vida;
- Estrategias efectivas de comunicación y difusión;
- Marcos legislativos que permitan llevar a la acción los objetivos planteados;
- Reorientar la visión de los servicios públicos para lograr intervenciones sostenibles en el tiempo de manera práctica, oportuna y eficaz.
- Estrategias de seguimiento, evaluación y monitoreo que permitan avalar el cumplimiento de las acciones comprometidas.

En lo que respecta al fortalecimiento de políticas públicas nacionales en materia de tabaquismo es necesario:

- Fortalecer el monitoreo y la evaluación de políticas públicas nacionales contra el tabaquismo por grupos, zonas y edad.
- Incentivar a las entidades federativas para fortalecer su marco jurídico con disposiciones acordes a la Ley General de Tabaco.
- Incrementar espacios 100% libres de humo de tabaco.

- Reforzar las acciones para dar cumplimiento a las disposiciones del CMCT en materia de publicidad, pictogramas o advertencias sanitarias.
- Incentivar medidas fiscales para reducir el consumo del tabaco (incrementar impuestos).

Para el éxito o fracaso de una política pública es necesario que estén presentes diversos factores; no obstante, se debe partir del reconocimiento y conocimiento del problema público y de los actores involucrados, para que a partir de entonces, todas las estrategias conspiran a favor de la resolución del mismo.

De conformidad con la propuesta metodológica de esta investigación, la generación de evidencia por parte de actores y grupos interesados en contrarrestar los efectos y consecuencias por el consumo de tabaco ayudaron a la adopción del tema en la agenda internacional; con lo cual la OMS logró posicionar el tema en las agendas de gobierno de los Estados, logrando con ello posicionar un instrumento jurídico internacional que diera pauta a fortalecer políticas públicas nacionales sobre el tema.

En el caso de México, a pesar de que ya existían ciertas estrategias para disminuir el consumo del tabaco, la OMS revitalizó la problemática pública logrando la inserción del tema en la agenda gubernamental y propiciando la adecuación de disposiciones legislativas para favorecer el cumplimiento del CMCT.

Al tener claro que los organismos internacionales pueden incidir en la toma de decisiones públicas, no queda más que argumentar que el acompañamiento que éstos pueden brindar a los Estados no debe quedar supeditado a una fase en el ciclo de las políticas públicas, sino que su participación y/o intervención es

importante en todo el proceso que conlleva la implementación, evaluación y seguimiento a fin de optimizar los resultados esperados.

Fuentes de consulta

- ❖ Aguilar, Villanueva Luis F. (2007), "Marco para el análisis de las políticas públicas", Conferencia pronunciada en el I Encuentro Presencial de la Maestría en Políticas Públicas Comparadas, enero 2007, FLACSO-México.
- ❖ Aguilar Villanueva, Luis F. (1993), "Estudio introductorio" en Luis Aguilar V. (edit.) *Problemas Públicos y Agenda de Gobierno*. Miguel Angel Porrúa.
- ❖ Anduiza Perea, Eva; Crespo Martínez, Ismael; y Méndez Lago, Mónica (2009), "Metodología de la ciencia política", *Cuadernos Metodológicos*. nº 28. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas. Capítulo 1.
- ❖ Arenal, Celestino del (1990), *Introducción a las Relaciones Internacionales*, Tecnos, Madrid, España.
- ❖ Aron, Raymond (1985), *Paz y Guerra entre las naciones, 1. Teoría sociológica*, Alianza, Madrid, 8ª ed. en francés, 1984; 1ª ed., 1962.
- ❖ Barbé, Izuel Esther (1995), *Relaciones Internacionales*, Tecnos, Madrid, España.
- ❖ Basset, R.; Maldonado-Maldonado A. (2009), *International organizations and higher education policy. Thinking globally acting locally?*, New York & Abigdon, Oxon: Routledge.
- ❖ Bustelo, Pablo (2003) "Enfoque de la regulación y economía política internacional ¿Paradigmas Convergentes? *Revista de Economía Mundial*. Núm. 8.
- ❖ Calleja, Nazira (2011); "Medidas para el control del tabaco en México y en el mundo"; *Enseñanza e Investigación en Psicología*. Vol.17, Núm. 1. UNAM; enero-junio, 2012, págs. 83-99. Disponible en: <https://www.cneip.org/documentos/6.pdf>. Fecha de consulta: febrero de 2017.
- ❖ Camacho Solís, Rafael Edgardo (2010), "El Convenio Marco para el Control del Tabaco CMCT...", en María Elena Medina-Mora, coord. (2010), *Tabaquismo en México. ¿Cómo evitar 60, 000 muertes prematuras al año?*, El Colegio Nacional, México, págs. 611-661.

- ❖ Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (2015). *Ley General para el Control de Tabaco*. Versión electrónica, disponible en: www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/doc/LGCT.doc. México.
- ❖ Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (2015). *Reglamento de Ley General para el Control de Tabaco*. Versión electrónica, disponible en: www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGCT.doc. México.
- ❖ Carrillo, Salcedo J. A. (1991), *El Derecho internacional en perspectiva histórica*, Tecnos, Madrid, España.
- ❖ Cejudo, Guillermo (2011), “La Nueva Gestión Pública. Una introducción al concepto y a la práctica”, en Cejudo, Guillermo (Comp.), *Nueva Gestión Pública*, Biblioteca Básica de Administración Pública, EAPDF-Siglo XXI editores, México.
- ❖ Chávez Domínguez, Rafael César; López Antuñano, Francisco J.; Regalado Pineda, Justino; Espinosa Martínez, Marlene (2004), “Consumo de tabaco, una enfermedad social”, *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*, 17(3), 204-214. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018775852004000300007&lng=es&tlng=es. Fecha de consulta: septiembre 2016.
- ❖ Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS, 2010). *En vigor, Acuerdo de Pictogramas para productos de Tabaco*. Disponible en: www.cofepris.gob.mx/.../ACUERDOPICTOGRAMAS24092010.pdf. México.
- ❖ Comisión Nacional contra las Adicciones, CONADIC (2016), Página Electrónica institucional. Disponible en: <http://www.conadic.salud.gob.mx/interior/mision.html>. Fecha de consulta: septiembre de 2016.
- ❖ Comisión Nacional contra las Adicciones, CONADIC (2008), “Intervención de la Delegación de México en el Segmento de Alto Nivel durante la primera reunión de la Conferencia de las Partes del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco”, México contra el Tabaquismo. Página electrónica institucional. Disponible en: <http://www.conadic.salud.gob.mx/pie/mexicocontratabaquismo.html>. Fecha de consulta: septiembre 2016.

- ❖ Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, CMCT (2016). Página electrónica CMCT. Disponible en: <http://www.who.int/fctc/cop/es/>. Fecha de consulta: diciembre 2016.
- ❖ Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, CMCT (2015), *El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco: un panorama general*, Disponible en: http://www.who.int/fctc/WHO_FCTC_summary_January2015_SP.pdf?ua=1. Fecha de consulta: abril de 2016.
- ❖ Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, CMCT (2005), *Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco*, Organización Mundial de la Salud 2003, reimpresión actualizada, 2004, 2005. Ginebra, Suiza. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42813/1/9243591010.pdf>. Fecha de consulta: abril de 2016.
- ❖ Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, CMCT (2003), “Otros documentos”, *Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco*, Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://www.who.int/mip/2003/other_documents/en/spanish.pdf. Fecha de consulta: diciembre de 2016.
- ❖ Dahl, R. (1961). *Who governs? Democracy and power in an American city*. New Haven, Conn: Yale University Press.
- ❖ Dahl, R. y C.E. Lindblom (1953). *Politics, economics and welfare*, New York: Harpers.
- ❖ Del Arenal, Celestino (1990), *Introducción a las Relaciones Internacionales*, Editorial Tecnos, S.A., España.
- ❖ Delpiano Catalina; Torres Andrea (2003), *Manual para el Diseño e Implementación de Proyectos de Incidencia*, Corporación PARTICIPA. 28 págs. Disponible en: <http://www.colpos.mx/tabasco/diplomado/3y4demarzo/incidencia.pdf>. Fecha de Consulta: julio de 2017.
- ❖ Enciso L. Angélica (2008) “El tabaco, un asesino legal: INER”, *La Jornada*, Sección Sociedad y Justicia. 15 de abril de 2008. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2008/04/15/index.php?section=sociedad&articulo=036n2soc>. Fecha de consulta: septiembre 2016.

- ❖ Encuesta Nacional de Adicciones, ENA (2002), Comisión Nacional contra las Adicciones. Página electrónica institucional. Disponible en: <http://www.conadic.salud.gob.mx/publicaciones/ena2002.html>. México. Fecha de consulta: septiembre 2016.
- ❖ Fundación Interamericana del Corazón México, FIC (2015), *10 años del CMCT. Retos y Perspectivas del control de Tabaco en México*. Informe de la Sociedad Civil sobre los avances del CMCT 2015. Disponible en: <http://ficmexico.org/wp-content/uploads/2014/08/InformeSCDMST2015.pdf>. Fecha de consulta: abril 2016.
- ❖ Gámez, Carlos; Lamy, Philippe; Blanco, Adriana (2013), “La implementación del Convenio Marco de la OMS para el Control de Tabaco en México: lecciones aprendidas”. El CMCT OMS, acción gubernamental y participación ciudadana, en *Política pública para el control del tabaco en México*; Reynales, Luz Myriam; Thrasher James; Lazcano, Eduardo; Hernández Mauricio (editores). Volumen 1; Instituto Nacional de Salud Pública; Cuernavaca, Morelos, México. Disponible en: http://media.controltabaco.mx/content/productos/ETJ/SPT_Vol_I.pdf. Fecha de consulta: abril de 2016.
- ❖ González, Pérez Martha Elva (2016); “Día Mundial sin Tabaco 2016, prepárate para el empaquetado neutro”, Contactox.net contenido en forma...; Noticias, Sección Opinión y Sociedad. Disponible en: <http://www.contactox.net/vernoticias.php?artid=19060&cat=235>. Fecha de consulta: septiembre 2016.
- ❖ González Roldán, Jesús Felipe; Kuri Morales, Pablo; Soto Estrada, Guadalupe (2010), “Tabaquismo y mortalidad prematura”, en María Elena Medina-Mora, coord. (2010), *Tabaquismo en México. ¿Cómo evitar 60, 000 muertes prematuras al año?*, El Colegio Nacional, México, págs. 133-151.
- ❖ González Roldán, Jesús Felipe (2010), “Influencia de la industria tabacalera en México”, en María Elena Medina-Mora, coord. (2010), *Tabaquismo en México. ¿Cómo evitar 60, 000 muertes prematuras al año?*, El Colegio Nacional, México, págs. 67-103.
- ❖ González Roldán, Jesús Felipe (2008); *Abogacía para el control del tabaco en México: retos y recomendaciones*, Salud Pública de México, Vol.50, Supl.3 Cuernavaca, ene. 2008. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000900017. Fecha de Consulta: abril de 2016.

- ❖ Halliday, Fred (2002). *Las relaciones internacionales en un mundo en transformación*. Madrid: Catarata.
- ❖ Hernández Ávila Mauricio; Lazcano Ponce Eduardo; Reynales Shigematsu, Luz Myriam (2010); "Evolución del panorama epidemiológico del tabaquismo en México", en María Elena Medina-Mora, coord. (2010), *Tabaquismo en México. ¿Cómo evitar 60, 000 muertes prematuras al año?*, El Colegio Nacional, México, págs. 107-132
- ❖ Holsti, K. J. "International Relations at the end of the millenium", *Review of International Studies*, vol. 19 no. 4.
- ❖ Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM (2016). "Ley General de Salud" Legislación Federal. Disponible en: <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/fed/198/default.htm?s=>. Fecha de consulta: septiembre 2016.
- ❖ Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Ismael Cosío Villegas" (2016) "Historia". Página electrónica institucional. Disponible en: <http://iner.salud.gob.mx/principales/instituto/acerca-del-instituto/historia.aspx>. Fecha de consulta: septiembre 2016.
- ❖ Jaramillo Navarrete, Eduardo. *Los bienes públicos globales. Definición y política para su implantación: el Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud. El caso de México*. México: UNAM, 2005. Disponible en: http://media.controltabaco.mx/content/productos/ETJ/SPT_Vol_I.pdf. Fecha de consulta: abril de 2016.
- ❖ Keohane, Robert; Nye, Joseph (2000), "Introduction" en Nye, Joseph y Donahue, John (co-eds.), *Governance in a Globalizing World*, Cambridge, USA, p.12
- ❖ Keohane, Robert; Nye Joseph (1998), *Después de la hegemonía: Cooperación y discordia en la política económica mundial*, Grupo Editorial Latinoamericano. Colección de Estudios Internacionales, Buenos Aires.
- ❖ Kehone, R.; Nye, J. (1977), *Power and Interdependence. World Politics in Transition*, Little Brow and Company, Boston.

- ❖ Ley General para el Control del Tabaco, LGCT (2008). Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Última reforma publicada en el DOF en 2010. Disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ley_general_tabaco.pdf. Fecha de consulta: diciembre de 2016.
- ❖ Loaeza, Soledad (2010), “La política de acomodo de México a la superpotencia. Dos episodios de cambio de régimen: 1944-1948 y 1989-1994”. Foro Internacional Vol. L Núm. 3-4, pp. 627-660. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=59921045003>
- ❖ Maldonado, Marcela (2013), *Los organismos internacionales en la era global: los nuevos retos de la cooperación internacional*, Porrúa–Universidad Autónoma de Baja California, México.
- ❖ Maldonado Maldonado, Alma (2011), *Organismo Internacionales y Sistemas Públicos Educativos. Gobernanza Global: ¿Herramienta, andamio u ornamento?*, Ponencia, XI Congreso Nacional de Investigación Educativa, área temática 13. Política y gestión. Disponible en: http://www.comie.org.mx/congreso/memoriaelectronica/v11/docs/area_13/24_41.pdf; del 7 al 11 de noviembre de 2011, Nuevo León. Fecha de consulta: abril de 2016.
- ❖ Mc Clelland, Charles A (1966). *Theory and the International System*, Nueva York, p.90.
- ❖ Medina, Manuel (1979), *Las organizaciones internacionales*, Alianza, Madrid, 1ª edición 1976.
- ❖ Medina, Manuel (1973), *La teoría de las relaciones internacionales*, Seminarios y Ediciones, Madrid, España.
- ❖ Medina-Mora, María Elena (2010), coord.; *Tabaquismo en México. ¿Cómo evitar 60, 000 muertes prematuras al año?*, El Colegio Nacional. México. Disponible en: <http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/Articulos%20Jorge/2010/Tabaquismo%20en%20Mexico%20como%20evitar%2060%20000%20muertes%20premat%20uras%20cada%20ano.pdf> Fecha de consulta: septiembre 2016.
- ❖ Medina-Mora, María Elena; Real, Tania; Real; Robles, Rebeca; Villatoro, Jorge (2010); “Aspectos psicosociales de la dependencia al tabaco y su

inducción a probar otras drogas”; en María Elena Medina-Mora, coord. (2010), *Tabaquismo en México. ¿Cómo evitar 60, 000 muertes prematuras al año?*, El Colegio Nacional, México, págs. 193-224.

- ❖ Méndez, Martínez José Luis (2014), *Guía de Estudio de la Materia: Formación de la Agenda en Política Pública. Primera Parte. Maestría en Políticas Públicas Comparadas, VI Promoción (2014-2015)*, FLACSO, México.
- ❖ Merle, Marcel (1991), *Sociología de las Relaciones Internacionales*, Alianza, Madrid.
- ❖ Mesa, R. (1980), *Teoría y Práctica de las Relaciones Internacionales*, Taurus, Madrid (1ª. edición, 1977).
- ❖ Organización de las Naciones Unidas, ONU (2016), “Estados Miembros de las Naciones Unidas”, Página electrónica ONU. Disponible en: <http://www.un.org/es/members/>. Fecha de consulta: julio 2016.
- ❖ Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (1980-1993); FAO. Disponible en: <http://fao.org>.
- ❖ Organización Mundial de la Salud, OMS (2016), Página electrónica OMS. Disponible en: <http://www.who.int/es/>. Fecha de consulta: diciembre 2016.
- ❖ Organización Mundial de la Salud (2011); Informe OMS sobre la Epidemia Mundial de Tabaquismo 2011. Advertencia sobre los peligros del tabaco. Disponible en línea: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70681/1/WHO_NMH_TFI_11.3_spa.pdf. Fecha de consulta: agosto 2016.
- ❖ Organización Mundial de la Salud (2008); *Informe OMS sobre la epidemia mundial del tabaquismo, 2008*. Un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia del tabaquismo. Ginebra: OMS, 2008.
- ❖ Organización Mundial de la Salud (1999); “El proceso de elaboración de tratados”. *Primera Reunión del Grupo de Trabajo sobre el Convenio Marco de la OMS para la Lucha Antitabáquica*. Doc. A/FCTC/WG1/5. Disponible en: <http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/wg1/s1t5.pdf>. Fecha de consulta: diciembre de 2016.

- ❖ Organización Panamericana de la Salud (2016), “Cronología”, Página electrónica de la OPS. Disponible en: <http://www.paho.org/hq50/>. Fecha de consulta: septiembre de 2016.
- ❖ Parsons, Wayne (2007). Políticas Públicas. Una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas. México: FLACSO-México y Miño y Dávila Editores, Buenos Aires, págs. 1-75.
- ❖ Peláez Gálvez Arturo (2015); *Guía de Estudio de la Materia: Metodología III. Métodos cualitativos. Primera parte*. Maestría en Políticas Públicas Comparadas, VI Promoción (2014-2015), FLACSO, México, 36 págs.
- ❖ Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2011), “Informe sobre Desarrollo Humano”, Sitio electrónico PNUD. Disponible en línea: <http://www.undp.org/spanish/>, 16 de junio de 2011. Fecha de consulta: abril 2016.
- ❖ Ramírez Barba, Éctor Jaime; Vázquez Guerrero, Arturo (2010), “Legislación del Tabaco en México. Historia Actualidad y Pendientes”, en María Elena Medina-Mora, coord. (2010), *Tabaquismo en México. ¿Cómo evitar 60, 000 muertes prematuras al año?*, El Colegio Nacional, México, págs. 669-688.
- ❖ Regalado Pineda, Justino; Rodríguez Ajenjo Carlos (2010); “Hacia las políticas públicas para el control de las adicciones en México...”, en María Elena Medina-Mora, coord. (2010), *Tabaquismo en México. ¿Cómo evitar 60, 000 muertes prematuras al año?*, El Colegio Nacional, México, págs. 723-742.
- ❖ Regalado Pineda, Justino; Rodríguez Ajenjo, Carlos José (2008), *La función de la Oficina Nacional para el Control del Tabaco en México*, Ensayo, Salud Pública; México, 2008; 50 supl. 3:S355-S365. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v50s3/a13v50s3.pdf>. Fecha de consulta: abril de 2016.
- ❖ Restrepo Vélez, Juan Camilo (2013), *La globalización en las relaciones internacionales: Actores internacionales y sistema internacional contemporáneo*. Revista Facultad de Derecho y Ciencias Políticas, Vol. 43, No. 119, Medellín, Colombia, págs. 625-654. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfdcp/v43n119/v43n119a05.pdf>. Fecha de consulta: julio de 2017.

- ❖ Reynales Shigematsu; Luz Myriam (2010), “Impacto económico del tabaquismo...”, en María Elena Medina-Mora, coord. (2010), *Tabaquismo en México. ¿Cómo evitar 60, 000 muertes prematuras al año?*, El Colegio Nacional, México, págs. 267-297.
- ❖ Rubio Monteverde, Horacio (2009); *Tabaquismo: Grave Problema de Salud*. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2009/09_sep_2k9.pdf. Fecha de consulta: marzo 2017.
- ❖ Rubio Monteverde; Horacio; Rubio Magaña, Tatiana (2010); “Globalización y consumo de tabaco...”, en María Elena Medina-Mora, coord. (2010), *Tabaquismo en México. ¿Cómo evitar 60, 000 muertes prematuras al año?*, El Colegio Nacional, México, págs. 35- 66.
- ❖ Salazar, Rodrigo (2015), *Guía de Estudio de la Materia: Metodología I, Maestría en Políticas Públicas Comparadas*, VI Promoción (2014-2015), FLACSO, México, 20 págs.
- ❖ Salazar, Rodrigo (2013), *Guía de Estudio de la Materia: Metodología II. Segunda parte*. Maestría en Políticas Públicas Comparadas (2012-2013), FLACSO, México, 18 págs.
- ❖ Santibáñez Alejandro; Barra Mauricio; Ortiz Pablo (2017), La racionalidad de los actores en políticas públicas: un esquema teórico para entender el funcionamiento de las democracias modernas. Disponible en: http://www.colpos.mx/tabasco/diplomado/3y4demarzo/actores_en_politica.pdf. Fecha de consulta: julio de 2017.
- ❖ Schatttsschneider, E.E. (1960) *The semisovereign people*, New York: Holt, Rinehart and Winston.
- ❖ Secretaría de Salud (2001); *Programa de Acción: Adicciones. Tabaquismo*. México. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/tabaquismo.pdf>. Fecha de consulta: septiembre 2016.
- ❖ Serna de la Garza, José Ma. (2009), *Reflexiones sobre el concepto de “gobernanza global” y su impacto en el ámbito jurídico*. Ensayo de Tesis Doctoral presentado en una ponencia del Tercer Congreso Internacional de Derecho Administrativo. Monterrey, Nuevo León, 23-25 de abril de 2009.

Disponible en: <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/6/2897/3.pdf>. Fecha de consulta: abril 2016.

- ❖ Subirats (2010). “Si la respuesta es gobernanza ¿cuál es la pregunta? Factores de cambio en la política y en las políticas”, *Ekonomiaz*, Núm. 74, pp. 16-35. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3327420>
- ❖ Subirats, J., Knoepfel, P., Larrue, C. y Varone, F. (2008), *Análisis y gestión de políticas públicas*, Madrid: Ariel, pp 35-125.
- ❖ Takala, J (2005); *Introductory Report: Decent Work-Safe Work*. Geneva, International Labour Organization.
- ❖ Tapia Téllez, Gabriela; Veloz Márquez, Liliana (2015); *Guía de Estudio de la Materia: Relaciones Internacionales y Políticas Públicas*. Maestría en Políticas Públicas Comparadas, VI Promoción (2014-2015), FLACSO, México.
- ❖ Truyol A. y Serra, (1973), *La Teoría de las Relaciones Internacionales como Sociología, (Introducción al estudio de las Relaciones Internacionales)*, Instituto de Estudios Políticos, Madrid.
- ❖ Weber, Max (1981), *Economía y sociedad*. México, Fondo de Cultura Económica.
- ❖ World Bank (1999). *Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control*. Washington, DC.
- ❖ World Health Organization (2011); *The WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2011. Warning about the dangers of tobacco*. Geneva: OMS.
- ❖ WHO Framework Convention on Tobacco Control, FCTC (2009); *History of the WHO Framework Convention on Tobacco Control*; WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44244/1/9789241563925_eng.pdf. Last accessed: August, 2016.
- ❖ World Health Organization, WHO (2003); “Tools for advancing tobacco control in the XXIst Century”. *Tobacco control Legislation: An introductory Guide*. WHO, Ginebra.

- ❖ Zinser Sierra, Juan W. (2010), “Historia y evolución del tabaquismo”, en María Elena Medina-Mora, coord. (2010), *Tabaquismo en México. ¿Cómo evitar 60, 000 muertes prematuras al año?*, El Colegio Nacional, México, págs. 13-34.

ANEXO 1

Extractos de testimonios internacionales sobre la adopción del CMCT⁴⁴

A vision for the future

Professor V.S. Mihajlov (former Union of Soviet Socialist Republics)

“Although this might be unrealistic at the present time, and indeed even ridiculous, I for my part am convinced that the day will come when international health law will contain rules at eliminating drunkenness, alcoholism and tobacco use, all of which cause enormous damage to health. Certain actions could indeed be carried out forthwith, examples being the development of conventions prohibiting advertising of tobacco products or strengthening international cooperation in efforts to combat the smuggling of alcohol beverages.”

Fuente: Mihajlov VS (1989). International health law: current status and future prospects. Round table: future of international law. *International Digest of Health Legislation*, 40:9-16.

⁴⁴ Fuente: WHO Framework Convention on Tobacco Control, FCTC (2009); *History of the WHO Framework Convention on Tobacco Control*; WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44244/1/9789241563925_eng.pdf. Last accessed: August, 2016.

Identifying the enemy

Dr Ruth Roemer (United States)

“You know this is a very nice fight to have because the enemy is very clear. The tobacco companies have been absolutely vicious in concealing what they knew about the addictiveness of tobacco and about pushing tobacco marketing on children and in the developing world so aggressively. But there are exciting developments in the field. I feel confident that tobacco will go the way of asbestos, and that some of the law suits that are now being brought may actually succeed and spell the demise of the tobacco industry.”



Courtesy of John E. Roemer

Fuente: Roemer R.; Taylor AL.; Larivière J. (2005); Origins of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. *American Journal of Public Health*, 2005, 95:936-938.

A hesitant start

Dr Judith Mackay (Hong Kong, China)

“On 26 October 1993, Ruth Roemer invited me for an unforgettable breakfast in San Francisco. Had WHO ever considered a convention on tobacco? She asked me. Ruth patiently explained that she meant a UN-style convention and asked me to convey this idea to WHO. I immediately passed on the suggestion to WHO in Geneva and to UNCTAD (UN Conference on Trade and Development and the then UN focal point for tobacco). The idea of a convention that utilized international law to further public health was new.”

Fuente: Mackay J. (2003); The making of a convention on tobacco control. *Bulletin of the World Health Organization*, 81:551

Promoting the idea of a framework convention within WHO

Mr Neil Collishaw (former WHO Secretariat)

“In 1994, the late Ruth Roemer proposed the idea of an international treaty on tobacco control to me. Initially, even though I thought it was a good idea, I was more cautious. I pointed out that a treaty would require a wide consensus of countries and at that time there were only about 10 countries that had comprehensive tobacco control policies. Moreover, it would face an uphill battle in WHO. Ruth persisted, reminding me of the idea’s virtues throughout the year. Gradually, I warmed to the idea. During the 1990s in WHO, keeping the idea of the FCTC alive and growing to the point where it came to be ‘owned’ by the Member States—a point that was reached around 1999—was difficult and challenging. However, it was worth the effort and the risks.”

Fuente: Mackay J. (2003); The making of a convention on tobacco control. *Bulletin of the World Health Organization*, 81:551

An uphill effort: Securing an official mandate for WHO to start preparing a convention

Dr Jean Larivière (Canada)

“Once in Geneva, I found out that nobody on the 1995 WHO Executive Board had knowledge of the conclusions of the recently held 1994 Paris meeting. I nevertheless discussed the matter with colleagues on the Board, asking them to support a draft resolution on the issue. Mexico, Finland and Tanzania agreed to be co-sponsors. The resolution was tabled and adopted at the WHO Executive Board, and it led to the May 1995 WHA Resolution 48.11, requesting WHO... to study the feasibility of developing an international legal instrument on tobacco control to be adopted by the United Nations.

“When I arrived in Geneva to attend the session of the Executive Board in January 1996, I realized that the working paper developed by WHO on this matter merely asked the Board to note the results of the feasibility study. There was obvious opposition within the WHO Secretariat and among some members of the Board to the use of Article 19 of the Constitution for the first time in the history of WHO to draft and adopt a ‘convention’ on tobacco control. A resolution was proposed formally calling on the Director-General of WHO to begin drafting a framework convention on tobacco control. Drs Kimmo Leppo (Finland) and John Hurley (Ireland) introduced the resolution which was adopted by the Board. Subsequently, the 49th World Health Assembly endorsed a resolution calling for the development of an international framework convention on tobacco control in May 1996.”

Fuente: J. Larivière, personal communication, 2008:8 (FCTC; 2009)

Championing tobacco control and treaty negotiation

Dr Gro Harlem Brundtland (former WHO Director-General)

“The tobacco habit is extensively communicated! It is communicated through the media, the entertainment industry, and most directly through the marketing and promotion of specific products. Global trade in tobacco has increased markedly over the last few years. Direct foreign investment by multinationals in developing countries has also increased. New joint ventures are announced every few months between multinationals based in a few developed countries and the governments of emerging markets.

“Tobacco control cannot succeed solely through the efforts of individual governments, national nongovernmental organizations and media advocates. We need an international response to an international problem.

“I believe that the response will be well encapsulated in the development of an international framework convention that will cover key aspects of tobacco control that cross national boundaries. The framework convention will seek to address key areas of tobacco control such as: harmonization of taxes on tobacco products, smuggling, tax-free tobacco products, advertising and sponsorship, international trade, package design and labeling, and agricultural diversification.” (12)



Fuente: Brundtland GH (1998). *Seminar on tobacco industry disclosures; implications for public policy*. Geneva, World Health Organization.

Different agendas, opposing perspectives: Quotes from the public hearing

A. Abrunhosa, (Chief Executive, International Tobacco Growers' Association): "...tobacco growing regions have a higher density of private and public services, namely in health, education, trade and banking...benefitting the whole society... A sudden and enforced decrease in tobacco production would mean an immediate increase in unemployment and... sudden poverty."

Litha Musyimi-Ogana, (African Centre for Empowerment, Gender and Advocacy, Kenya): "I come from a tobacco growing community in Mbeere District in Kenya. In the past, I can recall seeing in every homestead dwellings, a livestock shed and a granary for storing agricultural produce for domestic consumption. But all that has changed with the introduction of tobacco as a cash crop... Tobacco, the cash crop, has replaced the food crops and livestock and threatens the food security of every family. Yet tobacco is not yielding enough money for these people to buy food for subsistence and viable livelihoods... Governments, the United Nations and the WHO should listen to the farmers who have suffered under the hands of the tobacco industry."

British American Tobacco: "The WHO's proposed 'Framework Convention on Tobacco Control' is fundamentally flawed and will not achieve its objectives... The number of cultural, sectoral and geographic interests with a stake in the future of tobacco is very diverse. Consequently an agreed set of (nonregulatory) principles, freed from the constraints of the binding format proposed by the WHO, represents the only workable basis for the worldwide development of policies... British American Tobacco's framework would... leave national governments free to develop the most appropriate policies for the specific circumstances of their country [and] put in place the necessary checks and balances to ensure tobacco companies are accountable for their actions."

Fuente: *Public hearings on the WHO Framework Convention on Tobacco Control.* Available online at: http://www.who.int/fctc/about/whofctc_inb/consultations/en/index.html.

Regional groups: reaching consensus and influencing policies

Dr Srinath Reddy (India): “The WHO regional meetings, preceding and during the INB sessions, were very helpful in developing and consolidating consensus and agreed positions, on major issues and even specific wording, among countries of each WHO region. Such regional consensus greatly facilitated the speeding up of the development and adoption of the FCTC, especially through INB4 to INB6.”

Dr Douglas Bettcher (TFI Director, former WHO FCTC coordinator): “The tradition of informing different sectors and creating a space for different sectors to meet for the first time to focus on tobacco control was advanced throughout the negotiations by convening sequential intersessional meetings to prepare countries to move on to the next round of negotiations, and to arrive at common negotiating positions. These meetings were successful to a certain extent but a lesson learned is that if the negotiating positions of different groups become entrenched this approach may slow down negotiation; in this case building negotiating bridges across regions with similar positions is effective.”

Fuente: *Intersessional consultations* (2001); World Health Organization, Geneva. Available at: http://www.who.int/fctc/about/whofctc_inb/consultations/en/index.html.

Insights from the Chair: Consensus through a common commitment to health

Ambassador Luiz Felipe de Seixas Corrêa (Brazil; Chair of the INB, 2002-2003)

“The negotiation of the FCTC was carried out on the basis of consensus: a major global undertaking designed to set new standards for public health in an area involving major private and public interests not necessarily convergent—and in many cases strongly divergent—with the overall objectives of the negotiation. It has been a long, arduous and sometimes very conflicting process. Success was achieved at the end because the key players—despite their differences—remained committed throughout the whole process to the core objectives of the negotiation. This is indeed remarkable! The FCTC process succeeded while many other global negotiations in key areas (trade, environment, etc.) are failing. This shows that public health is a domain where one can eventually keep all the players committed because, in the last analysis it deals with lofty common ideals and objectives. In other global questions, unilateral economic, political, financial and security interests tend to prevail and often prevent consensus building.”



Fuente: *New Chair's text of a framework convention on tobacco control* (2002). World Health Organization, Geneva. Available at: <http://www.who.int/gb/fctc/PDF/inb5/einb52.pdf>. Last accessed 09 December 2009.

Examples of national and subnational tobacco control policies developed in parallel with negotiations

Brazil: In December 2000, Brazil enacted a national law prohibiting print and broadcast advertising on tobacco products, restricting point-of-sale advertising and prohibiting sponsorship. In 2002, Brazil began providing free support for smoking cessation, including both pharmaceutical products and cognitive behavioural therapy (34).

Canada: In 2000, Canada pioneered legislation that requires multiple, strong, large, pictorial, rotated warnings on the top 50% of the front and back of cigarette packages. In 2002, legislation in the Province of Saskatchewan came into force, prohibiting the visible display of tobacco product packages in any store to which minors have access. The Province of Manitoba adopted similar legislation in 2004 (34).

Egypt: In 2002, the 1981 anti-smoking law was amended to include: (i) a stipulation that cigarette pack health warnings must occupy one third of the front face of the cigarette pack; (ii) a prohibition on advertising or promoting cigarettes and other tobacco products in newspapers, magazines, fixed or motion pictures (i.e. for commercial rather than artistic purposes), radio, television or any other means; (iii) a prohibition on the distribution of cigarettes or any other tobacco products in competitions as prizes or free gifts; and (iv) a prohibition on the sale of tobacco products to persons under the age of 18.

Norway: On 8 April 2003, the Norwegian Parliament enacted a complete ban on smoking in restaurants, cafes, bars, pubs, discotheques and other hospitality businesses that serve food or drinks for consumption on the premises. For the first time in the world, a country legislated a national ban on smoking in bars (34).

Republic of Korea: The Republic of Korea increased its tobacco taxes in 2002 and earmarked 3% of the tax revenues (amounting to about US\$ 17 million per year) to the Health Promotion Development Centre within the Korean Institute for Health and Social Affairs. Funds are used for health promotion activities and health insurance (35).

South Africa: In 1999, the South African Parliament strengthened the 1993 legislation, effective in 2001, prohibiting all tobacco advertising, promotion and sponsorship, and banned free distribution of tobacco products and awards or prizes to induce the purchase of tobacco (34).

Thailand: The Thai Health Foundation Act of 2001 created the Thai Health Foundation, funded from earmarked revenues from tobacco excise taxes, to support the country's health promotion and tobacco control activities and networks (36).

Fuente:

- (34) Blanke DD; DaCosta e Silva VL.; eds (2004); *Tools for advancing tobacco control in the 21st century. Tobacco control legislation: an introductory guide*. World Health Organization, Geneva. Available at: http://www.who.int/tobacco/research/legislation/tobacco_cont_leg/en/index.html. Last accessed 09 December 2009.
- (35) *The establishment and use of dedicated taxes for health (2004)*; WHO Regional Office for the Western Pacific; Manila. Available at: http://www.who.int/tobacco/research/legislation/tobacco_cont_leg/en/index.html. Last accessed 09 December 2009.
- (36) *Thailand tobacco control country profile (2008)*; Tobacco Control Research and Knowledge Management Center; Bangkok, Mahidol University.

Ambassador Juan Martabit (Chile, first President of the Conference of the Parties, 2006–2007)

“The joint effort of diplomats, experts in public health, international organizations such as in particular the World Health Organization and of the Secretariat of the Convention, as well as the broad sectors of civil society, shows that they are able—if they really want—to achieve great shared objectives. This method to confront problems could also be applied as a way to resolve other serious problems of the world. This Framework Convention is a very good example of an intelligent and realistic effort.”

Fuente: *Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control, First session (2006)*; World Health Organization, Geneva. Available at: <http://www.who.int/gb/fctc/>. Last accessed 09 December 2009.

Insights and lessons from the Framework Convention

Ambassador Luiz Felipe de Seixas Corrêa (Brazil): “The FCTC has provided a firm basis for individual States to set up and develop their own national policies for tobacco control. It has also put in place an efficient and increasingly effective platform for international cooperation. The public health sector of countries who are Parties to the Convention have been getting a formidable boost for their national activities. They are becoming stronger and more capable of controlling the forces that until recently prevented progress in tobacco control activities worldwide. As we proceed, these public health sectors will become more and more capable of setting up high standards and practices and, thus, able to influence overall political decisions in their respective countries.”

Dr Mary Assunta (Framework Convention Alliance): “We learnt it was important for civil society to galvanize efforts and present a united front as one voice. We also learnt that despite a highly bureaucratic process, and the many obstacles that came our way, it was possible for civil society to make an impact with some creativity, perseverance and persistence.”

Mr Akinbode Oluwafemi (INFACT): “Change is possible where there is will power, commitment and unrelenting pressure.”

Mr Burke Fishburn (formerly TFI adviser at the WHO Regional Office for the Western Pacific): “The FCTC process increased WHO’s credibility with Member States, mobilized major donors, and has become a model for other chronic disease issue initiatives.”

Dr Khalil Rahman (Regional Adviser, Tobacco Free Initiative, WHO South-East Asia Region): “In a cross-cutting and highly contentious issue like tobacco control, evidence-based information is not enough. Bold and decisive leadership at the highest levels is critical.”

Dr Judith Mackay (WHO-TFI Senior Policy Adviser): “The FCTC ‘kicked tobacco upstairs’ in all governments. No longer is tobacco an issue only for the Minister of Health, but it became a “whole of government” position, debated and considered at a much higher level.”

Mr Matti Rajala (European Union): “The importance of tobacco control as part of development and health policies in developing countries could be strengthened. Here as well FCTC can play an important role.”

Dr Eduardo Bianco (Uruguay): “The main lesson learned was that a group of intelligent people, committed, convinced of a cause, with leadership and supported by the scientific evidence really can influence health policies and perhaps ‘change the world’.”

Dr Patricia Lambert (South Africa): “...solidarity can be powerful force in international negotiations. Achieving solidarity takes patience, diplomacy, hard work and long hours, but it is worth it, especially for developing countries in the international arena.”

Ambassador Celso Amorim (Brazil): “The top priority today is to keep strengthening the instruments adopted multilaterally under the Framework Convention. Also, the Conference of the Parties needs to focus on how to make compliance mechanisms more effective.”

Ms Liu Guangyuan (China): “As Chair of the Regional Consultation during the Second Session of the Conference of the Parties, I knew it would be very challenging to reach consensus in a region as diversified as the Western Pacific. I approached the consultation process by assuring the Parties that they were free to express their own opinions, and that, as a body, we would discuss and see how much agreement we could reach. It worked. Listening and respecting the different views can actually build trust. In the end, the Western Pacific Parties regarded it as a breakthrough in the region’s participation and cooperation at the COPs.”

Ms Lizzie Tecson (WHO headquarters): “One historical event I remember clearly happened on the last day of the INB6. During the internal coordination meeting earlier that day, Dr Bettcher raised the possibility that the last session could continue past midnight because important issues remained unresolved in the negotiations. Everyone was really exhausted and tired, but, as anticipated, at the end of the evening session, the plenary body agreed to convene another session shortly before midnight. Our team was certain that few delegates would return to attend the midnight session, as they, too, were exhausted and most were catching their flights back home the next day. To our great surprise, as midnight approached, the Plenary Hall started filling up. By midnight, the plenary room was full. The delegates did not cease working until consensus was reached. I witnessed the commitment of each and everyone in that room... I saw the dedication of all these people to achieve a common goal for tobacco control. When the future generation reaps the benefits from the treaty, I can proudly say to my future grandchildren, that I was part of, and I contributed to the WHO FCTC process.”

Dr Abdullah M Al-Bedah (Saudi Arabia): “Many things [about the WHO FCTC process] stand out but the most striking to me was when we stayed up late, working through the night of March 1st, to give the world the first public health treaty early morning of the next day, exactly like a pregnant mother delivering her first baby...”

Ambassador Juan Martabit (Chile): “It was very gratifying for me as a diplomat to have the opportunity to work in a specific way in order to find solutions for such sensitive issues that in the end have to do with the health of millions of people, as well as with the economies of very fragile countries or regions of the world, and also with companies and institutions that represent interests that differ from that pursued by the Convention”.

Dr Haik Nikogosian (Head of the Convention Secretariat): “The history of the WHO Framework Convention on Tobacco Control deserved a solid publication, and that was in my plans since I was appointed. But it was Dr Hatai Chitanondh, the second President of the Conference of the Parties, who called me for a short meeting during coffee break in one of the working groups meetings and advised me to start such a process without any delay. I cannot forget that moment of inspiration which became decisive in developing this publication.”

Personal stories from the treaty experience

Dr Kimmo Leppo (Finland): “The night before the first IGWG there was a small informal working dinner at the home of the first secretary/attaché of the mission of Finland, with people from the secretariat and representatives of Member States. Brazil, as everybody knows, was one of the strongest advocates of the FCTC among the developing countries. The Brazilian delegate, Councillor Frederico S. Duque Estrada Meyer, used a beautiful phrase when we were talking about the significance of the whole FCTC. He said: ‘Look, I think this has just become such a big thing politically. It is like abolition of slavery... now that the time is ripe, it must be done.’ Diplomats and politicians are often so much better than us public health people in such allegories!”

Mr Neil Collishaw (former head of WHO’s tobacco control programme): “In 1996, after adoption of the FCTC resolution by the World Health Assembly, I found myself in the office of the Legal Counsel. I [was told] there would be no tobacco treaty because that was not how things were done at WHO. I folded my arms, smiled, looked heavenward and said words to this effect: ‘But the World Health Assembly has spoken. And around here the World Health Assembly is supreme. We are duty-bound to carry out direction given to us by the World Health Assembly.’ It was the beginning of a new era in the WHO Office of the Legal Counsel.”

Ambassador Celso Amorim (Brazil): “I think an interesting, personal fact about this is the impact of the WHO FCTC on my own quality of life. I used to be a pipe smoker. During the negotiations, I made the wise decision to quit this old bad habit. My wife was happy that my work as a diplomatic negotiator would bring such an amazing outcome and improve our well-being at home!”

Ambassador Luiz Felipe de Seixas Corrêa (Brazil): “One colleague in particular, a heavy smoker from a country that seemed unsure about its commitment to the process, once tried to embarrass me in public by having me meet a delegation of officials from his country at the Delegates Lounge during a break in the negotiations. As I approached him, he was smoking. I politely asked him to extinguish his cigarette and I explained that I could not be seen in public talking to someone with a cigarette in his hands. He refused. I turned my back on him and went away. He extinguished his cigarette and invited me back to address the group. We then had a very productive discussion. Afterwards, every time we met he would say that nobody in the world—except me!—had ever forced him to do something against his will. We remained friends and I am convinced that this particular episode helped to develop in his perception the seriousness of my commitment to the ultimate goals of the FCTC.”

Mr Seiji Morimoto (Japan): “I was shocked by some posters presented by a nongovernmental organization at an entrance hall in the conference building when we were negotiating the FCTC. They showed brutal facts of negative effects on human body that may have been caused by smoking. Those facts tell us everything.”

ANEXO 2

Resumen de los artículos del CMCT⁴⁵

PARTE I

Introducción

- En **los artículos 1 y 2**, el Convenio establece la terminología utilizada en su texto (artículo 1) y la relación entre el Convenio y otros acuerdos e instrumentos jurídicos (artículo 2).
- Un aspecto importante del **artículo 2** es su primer párrafo, que establece que «se alienta a las Partes **a que apliquen medidas que vayan más allá de las estipuladas por el presente Convenio** y sus protocolos, y nada en estos instrumentos impedirá que una Parte imponga exigencias más estrictas que sean compatibles con sus disposiciones y conformes al derecho internacional».

PARTE II

Objetivo, principios básicos y obligaciones generales

- El **artículo 3** establece que «el objetivo de este Convenio y de sus protocolos es proteger a las generaciones presentes y futuras contra las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco».
- En el **artículo 4** se presentan los **principios básicos** que ponen de relieve la necesidad de sensibilizar a la opinión pública; de asumir un compromiso político para establecer y mantener medidas multisectoriales integrales y respuestas coordinadas; de la cooperación internacional; de contemplar la adopción de medidas para ocuparse de la responsabilidad penal y civil; de prestar asistencia a los trabajadores y cultivadores del sector del tabaco; y de velar por la participación de la sociedad civil.
- El **artículo 5**, *Obligaciones generales*, requiere que las Partes establezcan la infraestructura esencial para el control del tabaco, incluido un mecanismo coordinador nacional, y formular y aplicar estrategias, planes y legislación

⁴⁵ Fuente: Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, CMCT (2015), *El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco: un panorama general*, Disponible en: http://www.who.int/fctc/WHO_FCTC_summary_January2015_SP.pdf?ua=1. Fecha de consulta: abril de 2016.

multisectoriales integrales de control del tabaco para prevenir y reducir el consumo de tabaco, la adicción a la nicotina y la exposición al humo de tabaco. Este proceso debe ser protegido contra los intereses de la industria tabacalera. El artículo también exhorta a la cooperación internacional y hace referencia a la obtención de los recursos financieros necesarios para la aplicación del Convenio.

- El **artículo 5.3** es una de las disposiciones transversales más importantes del Convenio, y uno de los artículos para los que se han adoptado directrices de aplicación. Requiere que las Partes protejan sus políticas públicas y de control del tabaco contra los intereses comerciales y otros intereses creados de la industria tabacalera.
- El **artículo 5** también estipula que las Partes cooperarán con las organizaciones internacionales y entre sí para alcanzar los objetivos del Convenio y recaudar los recursos financieros necesarios para su ejecución (véase también el artículo 26).

PARTE III

Medidas relacionadas con la reducción de la demanda de tabaco

- El **artículo 6** alienta a tomar medidas relacionadas con los precios e impuestos como medio eficaz para reducir la demanda de tabaco. Tales medidas incluyen subir los impuestos, con el consiguiente aumento del precio de venta de los productos de tabaco, así como prohibir o restringir las ventas de productos de tabaco libres de impuestos y libres de derechos de aduana. Las directrices para la aplicación del artículo 6 se adoptaron en la COP6, en octubre de 2014.
- El **artículo 7**, *Medidas no relacionadas con los precios para reducir la demanda de tabaco*, estipula que las Partes deben aplicar medidas no relacionadas con los precios, de conformidad con los artículos 8 a 13, mediante leyes, reglamentaciones y políticas eficaces, al tiempo que se pide a la COP que proponga directrices sobre esos artículos.
- El **artículo 8** trata de la adopción y aplicación de medidas eficaces de protección contra la exposición al humo de tabaco en lugares de trabajo interiores, medios de transporte público, lugares públicos cerrados y, según proceda, otros lugares públicos. En la COP2 se adoptaron directrices para la aplicación del artículo 8. Aunque el propio tratado no impone plazos, las directrices recomiendan que se promulguen políticas integrales para promover espacios sin humo de tabaco en un plazo de cinco años contados a partir de la entrada en vigor del Convenio para esa Parte.

- El **artículo 9** dispone que las Partes regulen el contenido y las emisiones de los productos de tabaco y los métodos por los cuales se sometan a prueba y se midan tales contenidos y emisiones. El **artículo 10** pide a las partes que exijan a los fabricantes e importadores que divulguen a las autoridades gubernamentales y al público información pública sobre los componentes y emisiones de los productos del tabaco. En la COP4 se adoptaron directrices parciales, con enmiendas aprobadas en la COP5 y la COP6.
- El **artículo 11** requiere que cada Parte, en un plazo de tres años a partir de la entrada en vigor del Convenio para esa Parte, adopte y aplique medidas eficaces para prohibir las formas de empaquetado y etiquetado que sean equívocas; para que los paquetes de productos de tabaco lleven advertencias sanitarias de gran tamaño y otros mensajes que describan los efectos nocivos del consumo de tabaco; para que tales advertencias cubran el 50 % o más, pero no menos del 30 %, de las superficies principales expuestas y que estén en el idioma principal de la(s) Parte(s); y para que los paquetes contengan la información requerida sobre los ingredientes y emisiones de los productos de tabaco. En la COP3 se adoptaron directrices para la aplicación del artículo 11.
- El *artículo 12, Educación, comunicación, formación y concientización del público*, se ocupa de la sensibilización del público acerca de las cuestiones relativas al control del tabaco a través de todas las herramientas de comunicación disponibles, como campañas en los medios de difusión, programas educativos y formación. También exhorta a las Partes a promover programas de capacitación y sensibilización entre diversos grupos, incluidos los profesionales de los medios de comunicación y los responsables de las políticas. También exige que las Partes fomenten el acceso del público a información sobre la industria tabacalera. La COP4 adoptó directrices para la aplicación del artículo 12.
- El **artículo 13** pide a las Partes que impongan una prohibición total de cualquier forma de publicidad, promoción y patrocinio (puede verse una lista de las formas de publicidad, promoción y patrocinio desde el punto de vista del Convenio en el apéndice de las directrices para la aplicación del artículo 13, que fueron aprobadas en la COP3). Para ser eficaz, la prohibición debe cubrir todos los tipos de publicidad y promoción del tabaco, así como cualquier patrocinio realizado por la industria tabacalera.

La prohibición total debe hacerse efectiva dentro de los cinco años de la entrada en vigor del Convenio para cada Parte, y ha de incluir la prohibición de la publicidad transfronteriza procedente del territorio de la Parte. Las

Partes que, debido a sus principios constitucionales, no estén en condiciones de implantar una prohibición total, deben aplicar restricciones.

- El **artículo 14** se refiere a la prestación de apoyo para reducir la dependencia y alentar el abandono del tabaco, incluyendo asesoramiento, apoyo psicológico, tratamientos de sustitución con nicotina y programas educativos. Las Partes deben elaborar y difundir directrices nacionales acerca del abandono del tabaco y se les alienta a establecer una infraestructura sostenible para dichos servicios. La COP4 adoptó directrices para la aplicación del artículo 14.

PARTE IV

Medidas relacionadas con la reducción de la oferta de tabaco

- El **artículo 15** se refiere al compromiso de las Partes de eliminar todas las formas de comercio ilícito de productos de tabaco. El Protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco se basa en este artículo e incluye obligaciones relativas a las indicaciones del empaquetado de tabaco para permitir el seguimiento y la localización, el seguimiento del comercio transfronterizo, la legislación que se ha de promulgar, y la incautación de los beneficios derivados del comercio ilícito de productos de tabaco. También pide que las Partes (de conformidad con la legislación nacional) cooperen entre sí y con las organizaciones internacionales en la lucha contra el comercio ilícito.
- El **artículo 16** describe las medidas que las Partes deben tomar para prohibir la venta de productos de tabaco a y por personas de una edad menor a la establecida en la legislación interna, la legislación nacional o por menores de 18 años, al igual que otras medidas que limiten el acceso de los menores de edad a los productos del tabaco. Entre ellas se incluyen la venta de productos de tabaco sueltos o en paquetes pequeños, la distribución gratuita de productos de tabaco, velar por que las máquinas expendedoras de tabaco no sean accesibles a los menores de edad, y propone, para que las Partes las examinen, opciones para la prohibición total de las máquinas expendedoras de tabaco.
- En el **artículo 17**, *Apoyo a actividades alternativas económicamente viables*, se obliga a las Partes, en cooperación entre sí y con las organizaciones intergubernamentales competentes, a promover alternativas económicamente viables para los trabajadores, cultivadores y, eventualmente, pequeños vendedores de tabaco. En la COP6 se adoptaron *opciones y recomendaciones de política* en relación con los artículos 17 y 18.

PARTE V

Protección del medio ambiente

- El *artículo 18* aborda la inquietud en torno a los graves riesgos que el cultivo de tabaco plantea a la salud humana y al medio ambiente.

PARTE VI

Cuestiones relacionadas con la responsabilidad

En virtud del **artículo 19** las Partes acuerdan considerar la adopción de medidas legislativas o la promoción de sus leyes vigentes para ocuparse de la responsabilidad y que se prestarán recíprocamente ayuda en los procedimientos judiciales relativos a la responsabilidad, según proceda y según hayan acordado entre sí. La aplicación del artículo 19 ofrece a las Partes la oportunidad de colaborar en su empeño por responsabilizar a la industria tabacalera de sus abusos. La importancia de la responsabilidad como parte del control total del tabaco también se reconoce en el artículo 4.5.

PARTE VII

Cooperación técnica y científica y comunicación de información

- En virtud del **artículo 20** las Partes se comprometen a elaborar y promover investigaciones nacionales y a coordinar programas de investigación internacionales, así como a establecer y reforzar programas de vigilancia para el control del tabaco y a promover el intercambio de información en los ámbitos pertinentes.
- El **artículo 21** exige que las Partes presenten a la Conferencia de las Partes, por conducto de la Secretaría del Convenio, informes periódicos sobre la aplicación del Convenio. La COP determina la frecuencia y la forma de tales informes. En 2010, la COP4 adoptó la decisión de introducir un ciclo bienal de presentación de informes, que comenzó en 2012.
- El **artículo 22** exige que las Partes cooperen directamente o por conducto de los organismos internacionales competentes para fortalecer su capacidad para cumplir las obligaciones derivadas del Convenio.

PARTE VIII

Arreglos institucionales y recursos financieros

- Los **artículos 23 a 25** abarcan los procedimientos para el establecimiento y la convocatoria de las reuniones de la Conferencia de las Partes, para el

establecimiento y el funcionamiento de la Secretaría del Convenio, y las relaciones entre la COP y las organizaciones intergubernamentales.

- El **artículo 26** solicita a las Partes que proporcionen apoyo financiero a sus actividades destinadas a alcanzar el objetivo del Convenio, de conformidad con sus planes, prioridades y programas nacionales. Asimismo, el artículo 26 exige a las Partes que promuevan la utilización de vías bilaterales, regionales, subregionales y otros canales multilaterales para financiar la ejecución de las actividades nacionales (alto también mencionado en el artículo 5.6 del Convenio).

PARTES IX-X

Solución de controversias y desarrollo del Convenio

- Los artículos de esta sección tratan sobre la solución de controversias entre las Partes (artículo 27); y de asuntos tales como las enmiendas del Convenio (artículos 28 y 29); las reservas (artículo 30); las denuncias (artículo 31); el derecho de voto (artículo 32); la adopción de protocolos (artículo 33) y los procedimientos de firma (artículo 34); la ratificación, aceptación, aprobación, confirmación oficial o adhesión al Convenio (artículo 35) y para su entrada en vigor (artículo 36), el depositario (artículo 37) y sobre los textos auténticos (artículo 38).