

Política pública para el **control** del **tabaco** en **México**

Luz Myriam Reynales, James F Thrasher
Eduardo Lazcano, Mauricio Hernández
Editores



Instituto Nacional de Salud Pública



yo prefiero
lugares
libres de
humo de
tabaco



AMBIENTE
**100%
LIBRE**
DE HUMO DE TABACO



DISFRUTEMOS
DEL AIRE PURO
DE LOS LUGARES
LIBRES DE TABACO
PORQUE TODOS
MERECEMOS

DISFRUTEMOS
DEL AIRE PURO
DE LOS LUGARES
LIBRES DE TABACO
PORQUE TODOS
MERECEMOS

Salud pública y tabaquismo
Volumen I
Políticas para el control del tabaco en México

Luz Myriam Reynales, James F Thrasher
Eduardo Lazcano, Mauricio Hernández
Editores

Política pública para el **control** del **tabaco** en **México**

Luz Myriam Reynales, James F Thrasher
Eduardo Lazcano, Mauricio Hernández
Editores



Salud pública y tabaquismo, volumen I. Políticas para el control del tabaco en México

Primera edición, 2013

D.R. © Instituto Nacional de Salud Pública
Av. Universidad 655,
colonia Santa María Ahuacatlán,
62100, Cuernavaca, Morelos, México

ISBN: 978-607-511-043-1

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

Coordinación editorial: Carlos Oropeza Abúndez, Edición: Francisco Reveles (coordinador), Alfredo Castro Mondragón, Producción: Samuel Rivero Vázquez (coordinador), Petra Montiel Martínez

Citación sugerida: Reynales Shigematsu LM, Thrasher JF, Lazcano Ponce E, Hernández Ávila M. Salud pública y tabaquismo, volumen I. Políticas para el control del tabaco en México. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2013

Colaboradores

Armando Ahued Ortega

Doctor en Medicina, secretario de Salud, Distrito Federal, México

Mikel Andioni Arriola Peñalosa

Maestro en Derecho, maestro en Ciencias Políticas Públicas y Administración Pública, Titular de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris), México

Erika Ávila Tang

Doctora en Ciencias (PhD), Instituto Global para el Control del Tabaco, Escuela de Salud Pública Johns Hopkins Bloomberg

Víctor H Arellano Rocha

Licenciado en Psicología, Centros de Integración Juvenil, México

Inti Barrientos Gutiérrez

Maestro en Marketing y Negocios Internacionales, Instituto Nacional de Salud Pública, México

Tonatiuh Barrientos Gutiérrez

Doctor en Epidemiología, Instituto Nacional de Salud Pública, México

Sergio A Bautista Arredondo

Maestro en Economía de la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, México

Adriana Blanco Urquiza

Doctora en Medicina, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, México

Rafael Camacho Solís

Doctor en Medicina, Instituto Mexicano del Seguro Social, México

Marina I Carter

Doctora en Historia, Campaña para niños libres de tabaco (Campaign for Tobacco-Free Kids), EU

Mónica Casar

Consejo Mexicano contra el Tabaquismo, México

Érica Cavalcanti Rangel

Maestra en Ciencias de la Salud, Instituto Nacional de Cáncer, Brasil

Tânia Maria Cavalcante

Maestra en Ciencias de la Salud, Instituto Nacional de Cáncer, Brasil

John W Colledge III

Asesor contra el tráfico ilícito, Investigador jubilado de supervisión criminal del Servicio de Aduanas de Estados Unidos, EU

Raúl Domínguez Manning

Licenciado en Derecho, Comisión de Salud, Senado de la República, LX y LXI Legislatura, México

Carmen Fernández Cáceres

Maestra en Terapia Familiar, directora general, Centros de Integración Juvenil, México

Cristiane Ferreira Vianna

Maestra en Ciencias de la Salud, Instituto Nacional de Cáncer, Brasil

Carlos de J Gámez

Licenciado en Relaciones Internacionales Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, México

Carlos Manuel Guerrero López

Licenciado en Economía, Instituto Nacional de Salud Pública, México

Ángela Guerrero Alcántara

Doctora en Derecho, Centro de Investigación y Docencia Económica, México

Adriana Gregolim

Ingeniera en Agronomía, Instituto Nacional de Cáncer, Brasil

Ileana B Heredia Pi

Doctora en Ciencias, Instituto Nacional de Salud Pública, México

Norma A Ibáñez Hernández

Licenciada en Derecho, consultora jurídica en materia de control de tabaco, México

Jorge Alberto Jiménez Ruiz

Maestro en Economía, Instituto Nacional de Salud Pública, México

Roberto Karam Araujo

Maestro en Ciencias, Instituto Mexicano del Seguro Social, México

Philippe Lamy

Doctor en Ciencias (PhD), Representante de la Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, México

Ch'uyasonqo H. Lane

Maestra en Salud Pública, Campaña para niños libres de tabaco (Campaign for Tobacco-Free Kids), EU

Eduardo Lazcano Ponce

Doctor en Ciencias, Instituto Nacional de Salud Pública, México

Juvenal Lobato Díaz

Maestro en Derecho, Facultad de Derecho de la Universidad Nacional Autónoma de México, México

Alejandro Madrazo Lajous

Doctor en Derecho, Centro de Investigación y Docencia Económica, México

César Augusto Maldonado Cruz

Ingeniero, Instituto Mexicano del Seguro Social, México

Felipe Mendes

Licenciado en Derecho, Instituto Nacional del Cáncer, Brasil

Horacio Montoya Key

Maestro en Derecho, Zenteno, Lira, Mora y Asociados, SC, México

Erick Antonio Ochoa

Maestro en Ciencias Políticas, Fundación InterAmericana del Corazón, México

Cristina de Abreu Perez

Licenciada en Psicología, Secretaría Ejecutiva de la Comisión Nacional para Implementación del Convenio Marco para el Control del Tabaco, Instituto Nacional del Cáncer, Brasil

Rosaura Pérez Hernández

Maestra en Ciencias, Instituto Nacional de Salud Pública, México

Roger Humberto Quintana Carrillo

Maestro en Economía, Instituto Nacional de Salud Pública, México

Alejandro Ramos Carbajales

Maestro en Ciencias, consultor independiente en economía de la salud. Miembro del Policy List de la Alianza para el Convenio Marco, Uruguay

Alejandra Ramírez Venegas

Maestra en Ciencias, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, "Ismael Cosío Villegas", México

Rosibel Rodríguez Bolaños

Maestra en Salud Pública, Instituto Nacional de Salud Pública, México

Justino Regalado Pineda

Doctor en Medicina, Especialista en Neumología, Oficina Nacional para el Control del Tabaco, Secretaría de Salud, México

Luz Myriam Reynales Shigematsu

Doctora en Ciencias, Instituto Nacional de Salud Pública, México

Rosa Christina Rulff Vargas

Licenciada en Psicología, Instituto Nacional del Cáncer, Brasil

Belén Sáenz de Miera Juárez

Maestra en Economía, Instituto Nacional de Salud Pública, México

René Santos Luna

Maestro en Gestión de Sistemas de Información Geográfica, Instituto Nacional de Salud Pública, México

Jonathan M Samet

Maestro en Ciencias, Instituto de Salud Global, Universidad del Sur de California, EU

Raúl H Sansores

Doctor en Medicina, Especialista en Neumología, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, "Ismael Cosío Villegas", México

Ernesto Saro Boardman

Ingeniero Químico Administrador, senador de la República, LX y LXI Legislatura, México

Edson E Serván Mori

Maestro en Economía de la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, México

James F Thrasher La Fontaine

Doctor en Ciencias (PhD), Departamento de Promoción de la Salud, Universidad de Carolina del Sur, Columbia, EU, Instituto Nacional de Salud Pública, México

Fabiola Valdelamar Vázquez

Licenciada en Comunicación, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, "Ismael Cosío Villegas", México

Mónica Velázquez Uncal

Doctora en Medicina, Especialista en Neumología. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, "Ismael Cosío Villegas", México

Francisco Javier Zenteno Barrios

Licenciado en Derecho, Zenteno, Lira, Mora y Asociados SC, México

Juan W Zinser Sierra

Doctor en Medicina, Especialista en Oncología. Consejo Mexicano contra el Tabaquismo, Instituto Nacional de Cancerología, México

Javier Zúñiga Ramiro

Licenciado en Derecho, Fundación InterAmericana del Corazón, México

Contenido

Presentación

- Acciones y avances en el control del tabaco** 13
Luz Myriam Reynales Shigematsu

EL CMCT OMS, acción gubernamental y participación ciudadana

- La implementación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco en México: lecciones aprendidas** 19
Carlos de J Gámez, Philippe Lamy, Adriana Blanco
- La regulación sanitaria, clave para el control del tabaco en México** 29
Mikel Andoni Arriola Peñalosa
- La sociedad civil en el control del tabaquismo en México: ¿una red articulada o aislada?** 36
Juan W Zinser Sierra
- El papel de abogar en los medios de comunicación para la promoción de políticas de control del tabaco** 39
Ch'uyasonqo H Lane, Marina I Carter

Ambientes libres de humo de tabaco

- Legislación para un México 100% libre de humo de tabaco** 51
Norma A Ibáñez Hernández
- Ambiente 100% libre de humo de tabaco, caso exitoso en México: el Distrito Federal** 63
Armando Ahued Ortega

Prohibición del tabaco en la publicidad e internet

- La prohibición de la publicidad del tabaco: análisis jurídico** 77
Francisco Javier Zenteno Barrios, Horacio Montoya Key
- Vigilancia y monitoreo de las estrategias para el control del tabaco: un análisis a través del Sistema de Información Geográfica** 84
Rosibel Rodríguez Bolaños, Luz Myriam Reynales Shigematsu, Tonatiuh Barrientos Gutiérrez, René Santos Luna, Erika Ávila Tang, Belén Sáenz de Miera Juárez
- Autorreporte de exposición a publicidad y promoción de tabaco en una cohorte de fumadores mexicanos** 97
Rosaura Pérez Hernández, James F Thrasher, Rosibel Rodríguez Bolaños, Inti Barrientos Gutiérrez, Norma A Ibáñez Hernández

Apoyo a los fumadores para dejar de fumar

- Modelos de atención del tabaquismo en México** 109
Raúl H Sansores, Justino Regalado Pineda, Mónica Velázquez Uncal, Alejandra Ramírez Venegas, Fabiola Valdelamar Vázquez, Mónica Casar, Juan W Zinser Sierra, Víctor H Arellano Rocha, Carmen Fernández Cáceres

Intervenciones para dejar de fumar en México: análisis de la disposición a pagar por un método efectivo de cesación	116
<i>Edson E Serván Mori, Ileana B Heredia Pi, Luz Myriam Reynales Shigematsu, Sergio A Bautista Arredondo</i>	

Economía y política fiscal

Costos de atención médica atribuibles al consumo de tabaco en México: estimaciones 2010	129
<i>Roger Humberto Quintana Carrillo, Luz Myriam Reynales Shigematsu</i>	
Costos por ausentismo laboral atribuibles al consumo de tabaco en el Instituto Mexicano del Seguro Social, 2006-2009	135
<i>Carlos Manuel Guerrero López, Luz Myriam Reynales Shigematsu, Jorge Alberto Jiménez Ruiz, Roberto Karam Araujo, César Augusto Maldonado Cruz, Rafael Camacho Solís</i>	
Impuestos al tabaco en México: análisis del periodo 2006-2012	144
<i>Belén Sáenz de Miera Juárez</i>	
Las OSC como agentes clave en el proceso de las políticas públicas. Estudio de caso: el aumento a los impuestos de tabaco en México	156
<i>Erick Antonio Ochoa</i>	
Avances en la política de impuestos a los productos de tabaco en América Latina	166
<i>Alejandro Ramos Carbajales</i>	
Comercio ilícito de productos de tabaco en México: evidencia disponible y legislación vigente	173
<i>Belén Sáenz de Miera Juárez, Javier Zúñiga Ramiro</i>	
Comercio ilícito de tabaco entre México y Estados Unidos	189
<i>John W Colledge</i>	
Estrategias de la industria tabacalera en México, para interferir en las políticas de control del tabaco	194
<i>Ángela Guerrero Alcántara, Alejandro Madrazo Lajous</i>	

El futuro del control del tabaco en México y la perspectiva global

El control del tabaco, estrategia esencial para reducir las enfermedades crónicas no transmisibles	205
<i>Luz Myriam Reynales Shigematsu</i>	
Internet y videojuegos: las nuevas estrategias de la industria tabacalera para el mercado adolescente	215
<i>Tonatiuh Barrientos Gutiérrez, Inti Barrientos Gutiérrez, Luz Myriam Reynales Shigematsu, James F Thrasher, Eduardo Lazcano Ponce</i>	
Impuestos a los productos de tabaco en México: una propuesta legislativa	227
<i>Ernesto Saro Boardman, Raúl Domínguez Manning</i>	
Etiquetar los impuestos de los productos de tabaco en México: ¿factible en la legislación mexicana?	232
<i>Juvenal Lobato Díaz</i>	
Observatorio sobre el control del tabaquismo: la experiencia de Brasil	239
<i>Tânia Maria Cavalcante, Cristiane Ferreira Vianna, Rosa Christina Rulff Vargas, Adriana Gregolim, Felipe Mendes, Cristina de Abreu Perez, Érica Cavalcanti Rangel</i>	
Una perspectiva de salud global en el futuro del control del tabaco	264
<i>Jonathan M Samet</i>	

Presentación

Acciones y avances en el control del tabaco

Esta publicación titulada *Salud pública y tabaquismo, volumen I. Políticas para el control del tabaco en México*, es el resultado de la motivación por documentar el quehacer de los que trabajamos en salud pública y fue posible gracias a la colaboración de actores clave en el control del tabaco en México y la región de América.

Este reporte tiene como objetivo principal presentar a las autoridades mexicanas federales y locales, y a todas las instituciones involucradas en el control del tabaco, incluyendo la sociedad civil organizada y al público en general, las acciones y avances en el control del tabaco posterior a la firma del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco (CMCT OMS), correspondientes al periodo 2005-2012. Las colaboraciones de los autores se han organizado por áreas temáticas de tal manera que el lector pueda tener la visión de un tema particular bajo la perspectiva de diferentes actores.

El doctor Philippe Lamy, representante de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en México, retoma la creación del CMCT OMS, destaca su importancia en el marco de la salud pública global y cómo México lo adopta reformando la estructura gubernamental de la Comisión Nacional para el Control de las Adicciones (Conadic), creando el Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones (Cenadic) y la Oficina Nacional para el Control del Tabaco (ONCT); las cuales tienen como objetivo fortalecer las acciones del gobierno federal encaminadas al desarrollo, aplicación y mejoramiento de las políticas públicas de control de tabaco de manera sostenible y permanente. De igual manera en este periodo, se fortaleció la Comisión Nacional de Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) y el comisionado Mikel Arriola escribe sobre las reformas al marco normativo para la regulación sanitaria de los productos de tabaco, destacando dos acciones relevantes: el fomento y la vigilancia sanitaria; orientadas a promover los ambientes 100% libres de humo de tabaco y el control del comercio ilegal.

La implementación del CMCT OMS en México inicia con un movimiento de la sociedad por posicionar la epidemia del tabaquismo como un problema de salud pública; el doctor Juan Zinser, nos relata cómo el acercamiento de las organizaciones de la sociedad civil con los legisladores condujeron a la aprobación de la Ley General para el Control del Tabaco (LGCT) y la Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores en el Distrito Federal, siendo estos los primeros logros trascendentes en materia de control de tabaquismo derivados de la relación entre la sociedad civil, la academia y las instituciones legislativas.

Otro aspecto fundamental que ha acompañado el posicionamiento de la problemática del tabaquismo en la sociedad es la incidencia política que han realizado los actores de la sociedad civil en los medios de comunicación. Chuya Lane y Marina Carter

representantes de Campaña para niños libres de tabaco –Campaign for Tobacco Free Kids (CTFK)– en México, analizan el contexto internacional y local, la audiencia, los mensajes para abogar en los medios de comunicación ejemplificado a través de la experiencia del incremento de los impuestos a los productos del tabaco en el año 2010.

La licenciada Norma Ibáñez nos detalla la legislación federal y local en materia de ambientes libres de humo de tabaco, citando las resoluciones de la Suprema Corte de Justicia de la Nación donde concluyen que de ninguna forma las leyes locales violan los derechos de las personas sino que, por el contrario, tienen un alcance más amplio: el derecho a la protección de la salud. El doctor Armando Ahued, secretario de Salud de la Ciudad de México, nos ejemplifica cómo la Ciudad de México fue una de las primeras ciudades capitales del mundo 100% libre de humo de tabaco, lo que le valió el reconocimiento de la Fundación Bloomberg en el año 2009 por desarrollar iniciativas, tecnologías, programas y normas para combatir los riesgos del humo del tabaco en fumadores y no fumadores.

En la búsqueda del cumplimiento del CMCT OMS relacionado con la prohibición total de la publicidad, promoción y patrocinio de los productos de tabaco, los licenciados Zenteno y Montoya presentan el análisis jurídico de una reforma legal que admita una prohibición total, en principio existe una contradicción entre el derecho humano a la protección de la salud y la libertad de comercio, lo que implica una posible colisión entre derechos humanos reconocidos por la Constitución mexicana. En tanto se resuelve esta controversia, es prioritario implementar un sistema de monitoreo y vigilancia de la publicidad y promoción de los productos de tabaco en los puntos de venta (establecimientos y puestos de calle) quienes de manera ilegal venden cigarros a los menores de edad y promueven la venta de cigarros sueltos. Rosibel Rodríguez y colaboradores nos dan a conocer una estrategia que aprovecha los sistemas de información georeferenciados (SIG) y que tiene aplicación en el ámbito nacional y local. Rosaura Pérez, utilizando los datos del proyecto International Tobacco Control (ITC) que se desarrolla en México, deja ver claramente cómo la industria tabacalera (IT) utiliza nuevas estrategias para posicionar sus productos en el mercado, en respuesta a los cambios en la legislación.

Otra estrategia que complementa las acciones legislativas es la implementación de una red de atención médica integral para el diagnóstico y tratamiento de las adicciones. El doctor Raúl Sansores y el grupo de expertos en México presentan el modelo de atención, los perfiles de los profesionales involucrados que ofrece el sector público y privado. Establecen las recomendaciones para superar los retos actuales en términos de aplicar un sistema de evaluación y posterior acreditación o certificación de los servicios de cesación del tabaquismo. Desde el punto de vista económico, Edson Serván y colaboradores estiman la disponibilidad a pagar (DAP) por un tratamiento efectivo para dejar de fumar e identifican los factores asociados con esta valoración. Esta información es de utilidad para implementar intervenciones de cesación gratuitas para todos los fumadores, logrando la cobertura universal recomendada por la Organización Mundial de la Salud.

Los argumentos económicos han sido fundamentales para posicionar la problemática del tabaquismo en México, con el apoyo del maestro en Economía Roger Quintana retomamos el proyecto inicial de la estimación de costos de atención médica atribuible

al consumo de tabaco realizado en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en el año 2006, y en esta oportunidad se amplió el estudio a los institutos nacionales de salud: Enfermedades Respiratorias (INER), Cardiología (INCar), Neurología (INNN) y Cancerología (INCan); el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y la Secretaría de la Defensa Nacional (Sedena). Para el año 2011, los costos de atención médica por las cuatro principales enfermedades atribuibles a tabaco: infarto agudo de miocardio (IAM), enfermedad cerebrovascular (ECV), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y cáncer de pulmón (CP) se estimaron en 43 000 millones de pesos.

Otro objetivo que se tenía pendiente para complementar la estimación previa, era considerar la productividad perdida atribuida al tabaquismo a causa de estas cuatro principales enfermedades. En una colaboración con investigadores del IMSS, Carlos Guerrero estimó que entre 2006 y 2009 se erogaron 143.9 millones de pesos de 2009 para subsidiar las incapacidades por estas cuatro enfermedades, lo que representa casi un millón 140 000 días-hombre de trabajo perdido atribuibles al consumo de tabaco.

Belén Sáenz de Miera, nos demuestra de manera clara la estructura impositiva de los productos de tabaco y las modificaciones a la misma posterior a la reforma de la ley del IEPS de 2010. A través de gráficas actualizadas nos confirma que este incremento efectivamente ha disminuido el consumo de tabaco y ha aumentado la recaudación en México. Alejandro Ramos recomienda que dado el rol central de los ministerios de finanzas en la definición de las políticas de salud se debe reforzar la relación de la OMS y el secretariado de la Conferencia de las Partes del CMCT con los organismos regionales como el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Centro Interamericano de Administración Tributaria (CIAT), y al propio Banco Mundial para que integren al impuesto a los productos del tabaco en sus apoyos concretos a las reformas de los sistemas fiscales de la región. Por otra parte, John Colledge destaca la importancia de aplicar medidas estrictas de regulación del contrabando transfronterizo a través de leyes de aplicación adecuadas, dotación de personal, recursos financieros e idealmente habilitar un sistema que permita el rastreo de productos del tabaco.

El maestro Erick Ochoa en su documento nos relata qué tuvieron que hacer las OSC, específicamente la Fundación Interamericana del Corazón (FIC) México, para coadyuvar en que cambiara radicalmente el escenario y se apoyara el incremento de los impuestos en 2010. La campaña *Voto por la salud*, fue la respuesta. Las OSC han sido clave para el proceso de las políticas públicas en materia de control de tabaco, quienes con el apoyo de tomadores de decisión, como el senador Ernesto Saro Boardman y el doctor José Ángel Córdova Villalobos, exsecretario de Salud, han permitido avanzar en el control del tabaquismo.

Los abogados, Ángela Guerrero y Alejandro Madrazo, develan que la IT consistentemente busca evitar la implementación de políticas públicas orientadas a disminuir o desalentar el consumo de tabaco, en su defecto, procura la adopción de las políticas de control de tabaco menos eficaces en la disminución del consumo. Nos presentan un cuadro resumen de las áreas prioritarias de la IT, las áreas de control, la efectividad y los objetivos generales y específicos de sus intervenciones.

Para seguir adelante y consolidar la estrategia de control de tabaco en México nuevos retos se deben superar. En septiembre de 2011, la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU) aprobó la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT), en todo el mundo, centrándose particularmente en los problemas de desarrollo y en sus repercusiones sociales y económicas, especialmente para los países en desarrollo. Esta asamblea establece que el control del tabaco es la prioridad más urgente e inmediata para el control de las ECNT y recomienda con beneplácito las estrategias del CMCT OMS.

Los jóvenes siguen siendo el blanco de la IT, Tonatiuh Barrientos y colaboradores nos muestran cómo el internet se ha convertido en el centro neurálgico de las transacciones comerciales, que van desde la compra-venta de acciones en todo el mundo hasta el comercio ilegal de tabaco. Ejemplifican cómo los videojuegos “The Chronicles of Riddick: Escape from Butcher Bay”, “Halo 2” y “Team Fortress 2” utilizan cigarros como premios, los presentan como algo deseable, los personajes son fumadores y siempre están fumando.

A corto plazo, hay retos importantes en materia de la política fiscal de los productos de tabaco, el senador Saro Boardman detalla la estrategia a seguir en México para alcanzar un impuesto que logre disminuir el consumo y prevenir el inicio entre los jóvenes. El abogado Juvenal Lobato nos presenta un análisis jurídico del destino de la recaudación de impuestos (IEPS a los productos de tabaco) a un gasto público especial en este caso particular para financiar programas de prevención y promoción de la salud.

Para el cierre de este volumen presentamos el estudio de caso de las estrategias para el control del tabaquismo en Brasil, donde la doctora Tânia Cavalcante y un grupo de colaboradores describe de manera detallada los retos y las dificultades de la implementación del CMCT OMS en el contexto de un país posicionado como el segundo productor mundial de hoja de tabaco.

El doctor Jonathan Samet analiza el futuro del control del tabaco, cuáles serán las estrategias que se deben reforzar en cuanto a la oferta y demanda de los productos de tabaco, las acciones orientadas a la búsqueda de las soluciones de las controversias internacionales y a la defensa y la protección del CMCT OMS a través de la implementación del artículo 5.3.

Agradezco a los autores de esta obra quienes dedicaron su tiempo para escribir un manuscrito estructurado con conceptos y recomendaciones procedentes del conocimiento, las experiencias y vivencias de su labor diaria. Los invito a leer y disfrutar esta obra que es el producto de la acción genuina de representantes de instituciones internacionales y de gobierno, académicos, investigadores, consultores y activistas comprometidos con la salud pública de México y el mundo.

Luz Myriam Reynales Shigematsu

El CMCT OMS:
acción gubernamental
y participación ciudadana

La implementación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco en México: lecciones aprendidas

Carlos de J Gámez,⁽ⁱ⁾ Philippe Lamy,⁽ⁱ⁾ Adriana Blanco⁽ⁱ⁾

En este año 2012, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) celebra 110 años de su establecimiento. Siendo la organización de salud pública internacional más antigua del mundo, ha sido fiel testigo de los desafíos que en materia de salud, la región de las Américas y en particular el Estado mexicano han enfrentado a lo largo de ese periodo.

A siete años de la entrada en vigencia del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT OMS), se puede afirmar que la plena aplicación del mismo constituye una de las mayores aportaciones a la salud pública y que ha propiciado cambios notables en la región de las Américas y alrededor del mundo. El Convenio Marco, aplicado íntegramente y respaldado por los medios precisos para vigilar su cumplimiento, puede revertir la epidemia del tabaquismo.

Es a todas luces innegable reconocer que México ha avanzado significativamente en el cumplimiento de sus compromisos asumidos en el CMCT OMS, sin embargo, aún hay camino importante por recorrer. En virtud de este número especial dedicado al tabaquismo posterior a la conmemoración del Día Mundial sin Tabaco 2012, –año en el que se ha puesto en relieve “la interferencia de la industria tabacalera” como tema y eje principal–, este trabajo pretende propiciar una reflexión sobre los principales logros, retos

y lecciones aprendidas en México en materia de la implementación del CMCT OMS del año 2006 a la fecha.

Marco global de la epidemia del tabaquismo

Se estima que alrededor del mundo existen cerca de mil millones de fumadores y consumidores de productos del tabaco.¹

De conformidad con el último informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la epidemia del tabaquismo, el tabaco sigue siendo la primera causa de mortalidad prevenible en el mundo responsable del fallecimiento de cerca de seis millones de personas anualmente. De continuar esta tendencia para el año 2030 el tabaco mataría a más de ocho millones de personas al año. El 80% de esas muertes prematuras se registrarían en países en vías de desarrollo.²

El consumo de tabaco constituye un factor de riesgo de seis de las ocho principales causas de mortalidad en el mundo,¹ y aunque parezca inverosímil causa más muertes en el ámbito global que la suma de los decesos por VIH/SIDA, tuberculosis y malaria, juntas.³ El tabaco es el único producto legal que al ser usado de acuerdo a las instrucciones del fabricante mata entre un tercio y la mitad de sus usuarios.⁴

(i) Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud

La epidemia del tabaquismo ha sido catalogada como un problema de salud pública de importancia internacional cuyo crecimiento se ha transformado, no sólo es un reto para los sistemas nacionales de salud desde el punto de vista de la oferta de servicios médicos, sino también un problema presupuestal. Se estima que el costo de atención médica asociada al tabaquismo en el mundo rebasa los 500 mil millones de dólares anuales.⁵

Derivado de la estrecha asociación del tabaquismo con las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT),* la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las ENT celebrada en Nueva York en septiembre pasado concluyó que la carga de las ENT constituyen uno de los principales obstáculos para el desarrollo social y económico en todo el mundo.⁶

En este sentido acordaron que la reducción sustancial del consumo de tabaco será una importante contribución a la reducción de la incidencia de las ENT.⁷ Si se controla el tabaquismo, se recorrerá un trecho importante del camino que conduce a la solución de muchas de estas enfermedades.⁸

A lo largo de los años, se ha corroborado la asociación del consumo de tabaco con patrones conductuales derivados de las estrategias comerciales de la industria tabacalera (IT). Dichas estrategias se han enfocado principalmente en jóvenes.⁹

En México de acuerdo con cifras oficiales de la Secretaría de Salud¹⁰ (SSa), el tabaquismo es considerado uno de los principales problemas de salud pública, responsable de cerca de sesenta mil muertes anuales. De conformidad con la Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos (GATS 2009), se estima que cerca del 15.9% de la población total en México son fumadores, lo que representa casi 11 millones de mexicanos entre los 15 y 65 años de edad.¹¹

Marco conceptual

En respuesta a la epidemia global del tabaquismo, en mayo de 2003 en el marco de la 56ª Asamblea Mundial de la Salud, AMS, fue adoptado el CMCT

OMS,^{*,12} 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 basadas en criterios de salud pública. Su objetivo es proteger a las generaciones presentes y futuras de las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco.¹³

El Convenio Marco, es el primer tratado negociado bajo los auspicios de la OMS.¹³ Un tratado internacional que representa un hito no sólo para la salud pública mundial, sino también para la cooperación internacional.¹⁴

La protección de las políticas de salud pública por encima de las interferencias de la IT es una piedra angular del Convenio Marco.¹³ La promoción de espacios 100% libres de humo; la prohibición de toda forma de publicidad, promoción y patrocinio de los productos del tabaco; la incorporación de pictogramas y advertencias sanitarias de alto impacto en el empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco; el incremento de la tasa impositiva de los productos del tabaco; el monitoreo del consumo, y el establecimiento de programas de cesación y apoyo para las personas que sufren de la adicción al tabaco, son algunos de los principios en los que se sustenta la implementación del CMCT OMS.

Marco histórico referencial

Después de un largo proceso de negociación, el 1 de marzo de 2003 se aprobó el texto del CMCT OMS y se acordó ponerlo a consideración de la AMS en mayo del mismo año.¹⁵ El 21 de mayo de 2003, la 56ª AMS adoptó el CMCT OMS el cual se abrió a la firma del 16 al 22 de junio de 2003 en la sede de la OMS en Ginebra y seguidamente, del 30 de junio de 2003 al 29 de junio de 2004, en la sede de las Naciones Unidas en Nueva York.¹⁶

El 12 de agosto de 2003 México se convirtió en el primer país de la región de las Américas en ratificar el CMCT OMS, el cual fue aprobado y ratificado por el Senado de la República el 14

* De conformidad con el WHO Global Status Report on Non Communicable Diseases 2010, el consumo de tabaco es el principal factor de riesgo común de las ENT las cuales son responsables de casi dos tercios de la mortalidad mundial.

* A la fecha, el CMCT OMS agrupa a 174 Estados miembros los cuales de conformidad con el informe de la OMS sobre la epidemia del tabaquismo 2011, en su conjunto abarcan cerca del 87% de la población total del planeta.

de abril de 2004 y publicado en el *Diario Oficial de la Federación* (DOF), el 12 de mayo del mismo año.¹⁷ El CMCT OMS entró en vigencia en el plano internacional el 27 de febrero de 2005.¹³

A partir de la ratificación del CMCT OMS, el país entró en una nueva dinámica al aceptar el compromiso internacional de crear regulaciones en materia de control de tabaco y reforzar las regulaciones existentes, no obstante que las acciones emprendidas por el Estado mexicano para combatir el consumo del tabaco ya habían comenzado años antes de la entrada en vigencia del mismo sin resultados satisfactorios aparentes.

El CMCT OMS en México

La implementación del CMCT OMS en México debe entenderse a partir de cuatro momentos clave de la historia de dicho proceso, los cuales se describen brevemente a continuación y aportarán más adelante elementos importantes sobre las lecciones aprendidas en materia del combate al tabaquismo y la implementación del Convenio Marco.

I. La creación de la Oficina Nacional para el Control del Tabaco

Caracterizada por fuertes críticas del ámbito sanitario nacional e internacional, concluyó la administración 2000-2006 de la SSa, dando paso a la siguiente administración, la cual en el tema de control del tabaco emprendió una reestructuración de fondo de las posiciones y la voluntad política de la secretaría para avanzar en el cumplimiento de las obligaciones contraídas por México en el Convenio Marco.

En buena medida las críticas a la administración anterior habían sido generadas por el acuerdo que el gobierno federal pactó con las empresas tabacaleras el cual pretendía ampliar la regulación y normatividad relativas a los cigarros y otros productos del tabaco, sin embargo, retrasaban la implementación de algunas acciones previstas en el CMCT OMS, como la inclusión de pictogramas en las cajetillas, entre otros y exentaban a las tabacaleras del pago de impuestos a cambio de aportaciones económicas derivadas del consumo de tabaco que irían al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.¹⁸

Dicho acuerdo fue firmado entre los principales productores y comercializadores de productos de

tabaco en México agrupados por British American Tobacco (BAT), Philip Morris de México (PMM) y Cigarros la Tabacalera Mexicana, con la SSa a través del Consejo Nacional contra las Adicciones (Conadic) y la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) contraviniendo claramente el artículo 5.3 del recién firmado CMCT OMS.¹⁹

La nueva administración de la SSa dio por terminado el acuerdo con las tabacaleras, situación que fue oficializada el 31 de mayo de 2007 en el marco de la conmemoración del Día Mundial sin Tabaco, acto en el que su titular sostuvo ante la prensa nacional que no firmaría ningún otro acuerdo con la IT, y anunció su voluntad para acatar los lineamientos y compromisos asumidos por México en el CMCT OMS, fortaleciendo además las instancias administrativas designadas para ello.²⁰

A pesar de las dificultades presupuestales por las que atravesaba el país, un ejemplo de la nueva voluntad política de la secretaría y un acierto clave de dicha administración fue sin duda la creación en agosto de 2008 de la Oficina Nacional para el Control del Tabaco (ONCT)²¹ misma que permitió establecer un punto focal al interior de la SSa a cargo de los aspectos relacionados con la prevención del tabaquismo.

Otro ejemplo de la nueva dinámica fue el liderazgo de México derivado de la recomendación de la Segunda Conferencia de las Partes del CMCT OMS (COP2) para dar continuidad a los trabajos del Grupo de Estudio sobre el artículo 17 del citado convenio,²² al ser sede de la Segunda Reunión de Alternativas Económicamente Sostenibles al Cultivo del Tabaco, en junio de 2008 en la Ciudad de México.

Si bien el establecimiento y sostenibilidad de la Oficina Nacional durante los primeros años fue posible a partir del apoyo internacional, fue clara la voluntad política y el liderazgo de las autoridades y actores clave al interior de la SSa para la negociación de los apoyos financieros.

La ONCT se encargaría de fortalecer las acciones del gobierno federal encaminadas al desarrollo, aplicación y fortalecimiento de las políticas públicas de control de tabaco en todo el país, de manera sostenible y permanente.²³

En contraste, en enero de 2011 derivado de la estrategia nacional de reducción de la demanda de drogas y una mayor exigencia a los aspectos

de atención y prevención de las adicciones, fue creada la figura del Comisionado Nacional contra las Adicciones, con el fin de atender de manera integral y prioritaria el problema del consumo de sustancias adictivas. Sin embargo, el tema de control del tabaco no fue incluido entre los temas de responsabilidad del nuevo Conadic, a diferencia del tema de alcohol. En su lugar, la ONCT pasaba a formar parte del también recién creado Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones (Cenadic), como parte de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.²⁴

Al respecto, vale la pena reflexionar si dicha división representó la mejor fórmula para un abordaje integral de las adicciones. Probablemente de haberse insertado el tema de control del tabaco dentro del ámbito de competencia del nuevo Conadic se facilitarían la coordinación intersecretarial en las actividades tendientes a la aplicación del CMCT OMS en México, en virtud de su atribución para coordinar el Conadic, constituido por las principales secretarías de Estado, entre otros.

No obstante, a partir del nuevo enfoque de la SSA el control del tabaco es considerado como un problema de salud pública de naturaleza prioritaria y fue abordado a través del reconocimiento de éste como materia de utilidad pública e interés social. Con la creación de la ONCT, México avanzó hacia la consolidación de un plan de acción estratégico en el campo de la salud pública y el control del tabaco.

II. La Ley General para el Control del Tabaco

Sin duda, la Ley General para el Control del Tabaco (LGCT), marcó un hito para la salud pública del país y fue un importante paso del Estado mexicano en el cumplimiento de sus obligaciones internacionales.

El 31 de agosto de 2007 el diputado Éctor Jaime Ramírez Barba, presidente de la Comisión de Salud en la Cámara de Diputados y su homólogo en el Senado de la República, el senador Ernesto Saro Boardman presentaron en unión con otros legisladores la iniciativa de Ley General para el Control del Tabaco.²⁵

A consideración del diputado Ramírez Barba, el proceso legislativo que propició la formulación de la iniciativa se sustentó en la elaboración de una política pública basada en el compromiso internacional y en las evidencias nacionales ante los resultados poco satisfactorios con las políticas

formuladas en los últimos 25 años.²⁵ Se elaboró un modelo de proyecto y luego fueron dándose aproximaciones con la participación interactiva de múltiples actores y sectores de la sociedad.

Como era de esperarse, la ley pasó por un proceso bastante complejo en el que aparecieron presiones externas para revertir o debilitar este esfuerzo.¹⁹

De conformidad con la experiencia internacional, la industria del tabaco sistemáticamente busca mantener la aceptación social del consumo del tabaco y preservar un entorno con las menores restricciones posibles para su venta y consumo. Muy frecuentemente la propia IT promueve y financia grupos de fachada que reivindicán el fumar como un derecho y califican cualquier tipo de restricción como un atropello de la libertad ciudadana.

Posterior a un arduo proceso de negociación, consultas intersectoriales y la participación de todos los actores con competencias en el tema, la LGCT fue aprobada el 26 de febrero de 2008²⁵ y publicada en el *DOF* el 30 de mayo del mismo año.²⁶

Si bien, desde la perspectiva de la OPS/OMS la ley aprobada no se apega de manera estricta al mandato del CMCT OMS; sin duda marca un precedente histórico importante en materia de salud que pese a sus numerosas deficiencias, ha sido un avance significativo para México.

La permisibilidad para fumar en espacios interiores, la ambigüedad de las zonas exclusivamente para fumar, y fundamentalmente el cambio que curiosamente se realizó “de la noche a la mañana” en la iniciativa del “podrán” establecer zonas para fumadores por el “deberán” sumado a la concesión a la IT para continuar promocionando sus productos a través de correo personal, revistas y establecimientos exclusivos para adultos, fueron las principales deficiencias de la ley en contradicción a los artículos 8 y 13 del CMCT OMS.

En este contexto, una de las mayores preocupaciones para la OPS/OMS era justamente el de las zonas exclusivamente para fumar, toda vez que el artículo 27 fracción II, no sólo admitía su existencia sino que establecía la obligación de contar con las mismas.²⁶

Una vez aprobada la ley, la SSA debía desarrollar el reglamento de la LGCT el cual debía quedar listo a más tardar el 30 noviembre de 2008 (27), seis meses después de la publicación de la ley. Sin embargo, el proceso de reglamentación estuvo plagado por múltiples retrasos.¹⁹

Finalmente, el reglamento se publicó en el *DOF* el 31 de mayo de 2009,²⁷ casi un año después de la publicación de la ley y seis meses después del plazo previsto.

III. El Acuerdo Secretarial de Pictogramas y Advertencias Sanitarias

Un paso significativo hacia la consolidación de la implementación en México del CMCT OMS, y hasta entonces uno de los principales compromisos pendientes fue la inclusión de pictogramas y advertencias sanitarias en el empaquetado y etiquetado de los productos del tabaco, de conformidad con el artículo 11 de dicho convenio.¹³

De conformidad con el artículo 18 de la ley y con la entrada en vigencia del Reglamento en julio de 2009, sólo estaba pendiente la publicación del Acuerdo Secretarial de Pictogramas y Advertencias Sanitarias de los productos del tabaco.

El Acuerdo Secretarial de Pictogramas y Advertencias Sanitarias debía estar listo y publicado prácticamente a la par de la entrada en vigencia del Reglamento, sin embargo éste fue publicado en el *DOF* el 24 de diciembre de 2009,²⁸ casi seis meses después de lo programado.

La LGCT establece que los pictogramas y advertencias sanitarias deberán ocupar 30% de la cara anterior, 100% de la cara posterior y 100% de una de las caras laterales.²⁹ Los pictogramas y advertencias sanitarias ocupan en promedio 65% de las dos superficies expuestas de la cajetilla. Sin embargo, el tamaño del pictograma en México si bien cumple con los mínimos requerimientos del CMCT OMS,¹³ no alcanza a cumplir con las mejores prácticas recomendadas en las directrices del artículo 11.^{30,*}

A partir de la entrada en vigor de la LGCT, se desarrolla la primera ronda de pictogramas y advertencias sanitarias que habrían de figurar en el empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco en México, los cuales rotarían en razón de dos modelos cada tres meses.

Dos de los modelos de mayor impacto son los relacionados con aborto espontáneo y toxicidad, representados con un feto sobre colillas y una rata,

respectivamente. De manera coincidente fueron los mismos modelos sobre los cuales la IT más se inconformó en el marco del proceso de consulta pública de la Comisión Federal para la Mejora Regulatoria (Cofemer) al considerarlos ofensivos, repulsivos y desagradables.³¹

Llegado el plazo de la entrada en vigor del Acuerdo Secretarial en septiembre de 2010 apareció un nuevo elemento para retrasar aún más la aparición de los pictogramas. Aun cuando la Cofepris anunció haber realizado visitas de verificación a las plantas productoras de tabaco para corroborar que la producción cumpliera con las especificaciones de empaquetado y etiquetado, en los puntos de venta las cajetillas con los nuevos pictogramas comenzaron a circular a finales de diciembre de 2010 y no fue hasta concluido el primer trimestre de 2011 en que de manera paulatina se homologó la oferta de productos del tabaco con los nuevos pictogramas.

Ante dicha situación la IT argumentó no tener ningún control sobre la cadena de distribución, los inventarios de los mayoristas y la venta de los comercializadores al por menor.

En este sentido la IT parece haber ganado medio año más antes de la aplicación efectiva de esta medida. Lo anterior derivado de la ambigüedad que desde la propia ley se establece sobre la verificación al cumplimiento de las disposiciones sobre empaquetado y etiquetado. En el mismo sentido, la rotación y periodicidad de los pictogramas no funcionó al no existir un mecanismo claro y eficaz de verificación tanto en las plantas productoras como en los puntos de venta.

De manera paralela a este proceso se desarrolló la segunda ronda de pictogramas y advertencias sanitarias, la cual entraría en vigencia el 24 de septiembre de 2011, de conformidad con el nuevo Acuerdo Secretarial publicado en el *DOF* el 9 de mayo de 2011.³²

Se escogieron un conjunto de ocho nuevos modelos de mayor contenido e impacto visual. Sin duda, un gran acierto sobre este nuevo proceso fue la inclusión y participación activa de miembros de la academia, la sociedad civil e instituciones de salud pública.

Si bien las directrices para la aplicación del artículo 11 del CMCT OMS establecen el esquema de rotación como un elemento importante para mantener el efecto de novedad de las adverten-

* De conformidad con las directrices para la aplicación del artículo 11 del CMCT OMS se entiende por principales superficies expuestas las dos caras, anterior y posterior de la cajetilla.

cias entre los consumidores, en México dicha disposición debió considerar fechas específicas de rotación y alternancia de los diversos grupos de advertencias.

Un ejemplo de lo anterior, es que a la fecha de redacción de este documento aún existen productos de tabaco en los puntos de venta que ostentan los pictogramas y advertencias sanitarias de la primera ronda.

IV. El incremento de los impuestos a los productos del tabaco

De conformidad con la OMS aumentar el precio de los productos de tabaco a través de impuestos es la medida más eficaz para reducir su consumo. Se estima que por cada aumento del 10% en los precios, el consumo se reduce alrededor del 4% en los países de ingresos elevados y alrededor del 8% en los países de ingresos bajos y medianos.¹ El artículo 6 del CMCT OMS mandata a las Partes aplicar políticas fiscales a los productos del tabaco para contribuir al logro de los objetivos de salud tendientes a reducir el consumo.¹³

La exclusión de los aspectos de política fiscal en la LGCT fue una de las principales concesiones y monedas de cambio para la aprobación de la misma, lo cual se convirtió en una de las tareas más urgentes y prioritarias en la nueva agenda de políticas públicas para el control del tabaco en México.

Una consideración importante que permeó el debate durante todo el proceso de negociación del aumento de impuestos fueron los altos costos destinados a la atención médica de las principales enfermedades asociadas al tabaquismo, los cuales se estimaron en 2009 entre los 43 mil y los 45 mil millones de pesos anuales. En contraste, la recaudación fiscal por concepto de productos del tabaco fue estimada en aproximadamente 33 mil millones de pesos.³³

No obstante la alta proporción e inequidad entre lo gastado y lo recaudado en México, dichas estimaciones se consideraban conservadoras, ya que sólo incluían un número limitado de enfermedades. Los cálculos totales en atención médica asociados al tabaquismo se calcularon en cerca de 75 mil 200 millones de pesos.³⁴

Aunado a estos datos, estudios internacionales demostraban que los cigarrillos en México eran considerablemente más asequibles en comparación con

otros países,³⁵ y por otra parte la carga fiscal a los productos del tabaco en México en el año 2009, era significativamente menor a la carga fiscal de otras naciones de la región con un nivel de desarrollo similar como es el caso de Uruguay (66%), Argentina (68%), Chile (76%), y Venezuela (78%).^{*4}

En el año 2009, el poder Ejecutivo a través de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) envió al poder Legislativo la propuesta fiscal para el año 2010, la cual entre otros aspectos incluía modificaciones a la Ley del IEPS para incrementar de manera progresiva dos pesos al impuesto de los productos del tabaco, en un plazo de dos años.³⁶ Dicha propuesta fue aprobada en la Cámara de Diputados y enviada al Senado para su aprobación, sin embargo al interior del Senado ésta fue objeto de intensas discusiones y fue modificada aprobándose el incremento de los dos pesos al precio de los cigarrillos pero no de manera gradual, sino inmediata.¹⁹ Derivado de la modificación realizada, ésta regresó para su discusión a la Cámara de Diputados, en donde la IT trató de influenciar la decisión de los diputados y revertir la decisión de los senadores.

El tema de mayor sensibilidad para la IT en el ámbito global es sin duda el tema de la tributación. La industria busca que los impuestos al tabaco se mantengan en el nivel más bajo posible como porcentaje del precio final al consumidor y defiende la gradualidad por encima de las alzas abruptas.¹⁹

Finalmente, la influencia de la IT pareció hacerse patente en el debilitamiento de la propuesta fiscal dado que ésta no sólo regresó a su planteamiento original en términos de la gradualidad, sino que se amplió el plazo de dos a cuatro años para alcanzar el incremento de dos pesos por cajetilla en el 2013 a razón de 80 centavos durante el primer año y 40 centavos durante los tres años siguientes. Este incremento entró en vigencia a partir del 1 de enero del 2010.³⁷ Lo anterior, fue considerado en México como una derrota de la salud pública ante los intereses de la industria del tabaco.

Desde la perspectiva de la OPS, fueron varios los factores que influyeron en el fracaso del aumento

* De conformidad con el último informe sobre control del tabaco para la región de las Américas de la OPS, la carga fiscal de los productos del tabaco al año 2011 en estos países se ha modificado en una proporción de Uruguay 72%, Argentina 76%, Chile 76%, Venezuela 71% y México 61%.

de impuestos en México durante el 2009: otros temas en la agenda nacional de prioridades en salud, un contexto político complejo en virtud de las elecciones, medios de comunicación desinformados, la sociedad civil no coordinada con la SSA y una industria tabacalera unida y aliada entre sí, fueron algunos de los retos que el proceso enfrentó, sin embargo la falta de liderazgo y coordinación estratégica alrededor de los actores que perseguían el objetivo común de incrementar los impuestos al tabaco fue un factor determinante al respecto.

A partir del 2010, se establecieron reuniones periódicas a las cuales se convocaron a todos los actores nacionales e internacionales con interés en el tema, a fin de desarrollar una estrategia conjunta que le permitiera al país avanzar hacia un aumento significativo a la tasa impositiva a los productos del tabaco, durante el año siguiente.

A sugerencia de la Comisión de Salud en el Senado se realizó una encuesta de opinión pública sobre el tema de impuestos y sus alcances fueron discutidos, acordados y difundidos al interior del grupo. Esta encuesta fue clave en el proceso dado que en el plano político se venía analizando la posibilidad de aumentar impuestos a medicinas y alimentos. Los resultados de la encuesta arrojaron una clara aceptación a la posibilidad de incrementar los impuestos al tabaco.³⁸ Entre los productos considerados en el IEPS, tabaco y alcohol fueron los mejores *ubicados* en términos de preferencia de la gente para un eventual aumento de impuestos, en contraste con gasolina, internet, alimentos y medicinas.

El 22 de abril de 2010, el senador Ernesto Saro Boardman, presidente de la Comisión de Salud en el Senado presentó en coordinación con otros legisladores de diversas fracciones parlamentarias una iniciativa de reforma a la Ley del IEPS, la cual originalmente pretendía aumentar la tasa *ad valorem* del 160 al 180% y un incremento adicional de la cuota específica a razón de 40 centavos por cigarro, lo que derivaría en un incremento significativo de 10 pesos por cajetilla, con implementación inmediata a partir de enero de 2011.³⁹

El 31 de mayo de 2010, marcó el arranque formal hacia el posicionamiento del incremento de los impuestos al tabaco en la agenda pública nacional, fecha en la que además México daba a conocer los resultados de la Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos (GATS 2009),⁴⁰ encuesta de representati-

vidad nacional basada en una metodología global estandarizada que vendría a complementar el esquema de monitoreo de la epidemia del tabaquismo en México. Fue lanzada la frase: “Diez pesos para salvar más de un millón de vidas”,⁴¹ misma que posteriormente se convertiría en el eslogan y frase de batalla durante todo el proceso, y que en su momento fue utilizada y respaldada por todo el grupo, incluidos los principales interlocutores en el Congreso y la Secretaría de Salud.

En julio de 2010 se posicionó el tema al interior del Congreso, a través de un foro legislativo denominado Impuestos al tabaco en México: mitos y realidades, en el Senado de la República al que concurrieron legisladores de todas las fracciones parlamentarias, expertos nacionales e internacionales y funcionarios del más alto nivel de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

En septiembre de 2010, en la víspera de la discusión del paquete fiscal 2011 se organizó un tercer foro, denominado Diez pesos para salvar un millón de vidas. Impuestos sobre el tabaco: una política fiscal saludable,⁴² el cual fue concebido para abordar la temática en cuestión desde la perspectiva académica con sede en una de las instituciones de mayor prestigio en México en materia de economía y finanzas públicas: el Instituto Tecnológico Autónomo de México (ITAM).

Las declaraciones y descalificaciones a los argumentos de salud pública de la SSA y los legisladores por parte de la industria del tabaco eran tema de todos los días. Se movilizaron grupos y organizaciones campesinas que exigían a los legisladores no aprobar el incremento de impuestos en virtud del riesgo que corrían más de siete mil familias dedicadas al cultivo del tabaco solamente en Nayarit, una de ellas con el nombre de Asociación Rural de Interés Colectivo (ARIC) de productores de tabaco del estado de Nayarit.⁴³⁻⁴⁴

En una muestra de unidad y evidente preocupación sobre la dinámica que había adquirido el tema, el 18 de octubre de 2010, –un día antes de la discusión del tema en la Cámara de Diputados– Philip Morris y British American Tobacco publicaron un desplegado de prensa conjunto en los principales diarios del país en el que argumentando incertidumbre jurídica y comercial que amenazaba los empleos y la recaudación fiscal del país, solicitaban a la LXI Legislatura no aprobar la iniciativa de reforma a la Ley del IEPS propuesta por el senador Saro

y mantener el esquema de aumento de impuestos gradual aprobado el año anterior.⁴⁵

Al día siguiente de dicha publicación, en una acción de coordinación oportuna contrarrestando de manera contundente la estrategia de la industria del tabaco, los institutos nacionales de salud y diversas asociaciones médicas, así como la sociedad civil publicaron dos desplegados de prensa en los principales diarios del país dando respuesta al comunicado de la industria con argumentos sólidos en materia de salud pública, y exhortando a los legisladores a privilegiar la salud de los mexicanos por encima de los intereses comerciales de la IT. Así mismo se exigía a las tabacaleras a actuar de manera responsable y dejar de emitir comunicados con argumentos falsos y tendenciosos que confunden a los mexicanos.⁴⁶

Hasta ese momento la IT en México estaba acostumbrada a señalar, desacreditar y desinformar a la opinión pública sin que nadie le cuestionara sus cifras, argumentos o declaraciones, por lo cual los desplegados de prensa conjuntos y la coordinación inmediata fueron elementos de trascendental importancia y marcaron un hito en la futura interacción con la industria tabacalera, en lo que a réplica y reactividad se refiere.

Posterior a un arduo proceso de negociación la iniciativa fue modificada a partir de la reducción del incremento a la tasa específica en cinco pesos por cajetilla, la eliminación del incremento al componente *ad valorem* y la derogación del artículo cuarto transitorio de la Ley del IEPS de 2009 que establecía la gradualidad de los dos pesos aprobados el año pasado, lo cual ubicaba el incremento de la tasa impositiva de los cigarros para 2011 en una proporción total de siete pesos por cajetilla o 35 centavos por cigarro. La iniciativa de reforma a la Ley del IEPS fue incluida en la Ley de Ingresos la cual fue aprobada en lo general y turnada al pleno para su votación al día siguiente.⁴⁷

El 20 de octubre de 2010, el pleno de la Cámara de Diputados aprobó con 354 votos a favor, 81 votos en contra y cuatro abstenciones la iniciativa de reforma a la Ley del IEPS,⁴⁸ misma que fue turnada inmediatamente a la Cámara de Senadores para su aprobación en la que después de un intenso debate que se prolongó nuevamente hasta la madrugada del 26 de octubre de 2010, el pleno del senado aprobó por mayoría apabullante de 70 votos a favor, 10 en contra y tres abstenciones la Ley del

IEPS 2011, la cual fue publicada en el *DOF* el 19 de noviembre de 2010⁴⁹ y entraría en vigor a partir del 1 de enero del 2011.⁵⁰

A partir de esta fecha el Estado mexicano lograría un triunfo importante de la salud pública con el incremento más significativo de los impuestos a los productos del tabaco en la historia del país. Sin duda el liderazgo de los miembros de las Comisiones de Salud en el Senado y la Cámara de Diputados, así como del propio titular de la SSa, respaldados por todo el grupo de actores con intereses en el tema fueron un factor clave para lograr el objetivo. A la postre las presiones más fuertes e influencia de los cabilderos de la IT fueron enfocadas hacia la SHCP, la Secretaría de Economía (SE) y a los miembros de las Comisiones Económicas del Congreso⁵¹ con la amenaza de disminuir o retirar sus inversiones del país.⁵²

México corroboró por cuenta propia la falacia de una de las estrategias globales más recurrentes de la IT, la cual frente a temas de impuestos al tabaco o una supuesta sobrerregulación de sus productos, suele amenazar a los tomadores de decisión con disminuir o retirar sus inversiones de los países, lo cual incluso en países pequeños, generalmente es sólo una amenaza.

Uno de los factores clave durante ese proceso fue el hecho de avanzar por etapas y mantener el debate dentro del terreno de la salud pública, así como coordinar las acciones y actividades al interior de un mismo grupo de trabajo con una distinción clara de objetivos y actividades definidas, desde el ámbito local y respaldadas desde el ámbito internacional.

Consideraciones finales

México ha avanzado paulatina pero significativamente en el cumplimiento de sus compromisos asumidos. A siete años de la entrada en vigor del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, la organización reconoce los avances del Estado mexicano en materia de combate al tabaquismo y la instrumentación del CMCT OMS.

Dentro de sus principales logros destacan: la aprobación de la LGCT; la creación y establecimiento de la ONCT; la formulación de diferentes instrumentos regulatorios como el Reglamento de la LGCT y el Acuerdo Secretarial de Pictogramas y Advertencias Sanitarias sobre empaquetado y

etiquetado; el desarrollo y fortalecimiento de diferentes esquemas de monitoreo de la epidemia; y el incremento de los impuestos a los productos del tabaco en 2011.

A pesar del significativo avance que representan los logros alcanzados, se considera que hay tareas pendientes en lo que a la implementación integral del CMCT OMS se refiere, lo cual sin duda representará un importante reto que requerirá de voluntad política y de la acción coordinada de los tres poderes del Estado. Es innegable reconocer que la LGCT y su respectivo reglamento se aplican de manera tímida, en parte porque la ley ostenta ambigüedades y adolece de elementos regulatorios consistentes que garanticen su efectiva aplicación en todo el país. Por otro lado, destacan tres aspectos que parecen haber quedado al margen de la agenda de procesos instrumentados en los últimos años por el Estado mexicano: la indexación de la carga fiscal de los productos del tabaco con la inflación, la prohibición total de la publicidad y los ambientes 100% libres de humo de tabaco.

En los próximos años México deberá aprender de los aciertos y desaciertos durante este proceso para enfrentar los retos en el corto y mediano plazo que le permitan mantener y consolidar los logros alcanzados; enmendar las deficiencias de sus ordenamientos jurídicos para alinearlos con el CMCT OMS; hacer más eficientes los procesos de regulación y vigilancia de sus leyes; e incursionar en nuevas intervenciones de política pública y fortalecimiento de las capacidades nacionales para el control del tabaco.

La promoción de espacios 100% libres de humo de tabaco en todo el país; la prohibición total de toda forma de publicidad, promoción y patrocinio; el incremento del tamaño de las imágenes en las advertencias sanitarias, el fortalecimiento de los sistemas de monitoreo de la epidemia a través de instrumentos sencillos, continuos y eficaces; la oferta permanente y asequible de servicios de tratamiento para la dependencia a la nicotina; el incremento sistemático de la carga fiscal de los productos del tabaco y su indexación con los niveles de inflación esperados; así como la búsqueda de alternativas económicamente sostenibles al cultivo del tabaco, el desarrollo y consolidación de un observatorio nacional de monitoreo del control, la búsqueda e implementación de nuevas formas de verificación y vigilancia y el fortalecimiento de un laboratorio

de análisis de compuestos de tabaco, son algunos de los principales retos que en lo sucesivo México deberá abordar bajo el liderazgo de la Secretaría de Salud.

Sin duda, no será una tarea fácil, sin embargo creemos firmemente que con el apoyo decidido de las autoridades y la acción coordinada de la sociedad en su conjunto, México logrará a partir de la implementación integral del CMCT OMS, detener y revertir la epidemia del tabaquismo.

En este sentido refrendamos el compromiso de la OPS/OMS para continuar apoyando decididamente esta lucha que el Estado mexicano firmemente ha decidido afrontar, y finalmente hacemos patente la invitación para continuar trabajando y haciendo de la implementación del CMCT OMS una práctica de responsabilidad compartida, un esfuerzo colectivo y una tarea permanente.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Informe OMS sobre la epidemia mundial del tabaquismo, 2008. Un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia del tabaquismo. Ginebra: OMS, 2008.
2. World Health Organization. The WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2011. Warning about the dangers of tobacco. Geneva: OMS, 2011.
3. CD, Mathers y D, Loncar. Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. s.l.: PLoS Med, 2006.
4. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre control del tabaco para la región de las Américas. Washington DC: OPS, 2010.
5. Shafey Omar, y otros. *El atlas del tabaco*. Tercera edición. Atlanta: American Cancer Society, 2009.
6. Los líderes mundiales destacan el papel del CMCT. FCTC [En línea] 23 de septiembre de 2011 [citado el: 20 de febrero de 2012]. http://www.who.int/fctc/declarations_2011/es/index.html.
7. Organización de las Naciones Unidas. Declaración política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de Enfermedades no Transmisibles. Asamblea General, ONU. Nueva York: Asamblea General de las Naciones Unidas, 2011.
8. World Health Organization. WHO Global Status Report on Non Communicable Diseases 2010. Geneva: s.n., 2011.
9. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco: una respuesta global para una epidemia global. Silva, Da Costa e y C, Audera-López. Suplemento 2, Cuernavaca: INSP, 2005, Salud Publica Mex, vol. 49.
10. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico. "Prevención y tratamiento de las adicciones. Programa contra el tabaquismo. Actualización 2011-2012. Comisión Nacional contra las Adicciones. México: Secretaría de Salud, 2011.
11. Organización Panamericana de la Salud. *Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos*. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC: OPS, 2010.
12. [en línea] 15 de noviembre de 2010 [citado el: 15 de febrero de 2012]. http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop4/FCTC_COP4_DIV3-sp.pdf.
13. Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Ginebra: OMS, 2003.
14. Jaramillo Navarrete, Eduardo. *Los bienes públicos globales. Definición y políticas para su implantación: el Convenio Marco para el Control*

- del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud. El caso de México.* México: UNAM, 2005.
15. Camacho Solís, Rafael. El Convenio Marco para el Control del Tabaco: la respuesta internacional de la sociedad a un problema de salud pública global. En: María Elena Medina Mora. *El tabaquismo en México. ¿Cómo evitar 60 mil muertes prematuras cada año?* México: El Colegio Nacional, 2010.
 16. Organización Mundial de la Salud. Meeting of Interested Parties [en línea] OMS, 2003 [citado el: 20 de marzo de 2012] http://www.who.int/mip/2003/other_documents/other_tobacco/en/index.html.
 17. *Diario Oficial de la Federación.* Decreto por el que se aprueba el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, adoptado en Ginebra Suiza el 21 de mayo de 2003. México: s.n., 2004.
 18. Ramírez Barba, Éctor. Legislación del tabaco en México. En: María Elena Medina Mora. *El tabaquismo en México. ¿Cómo evitar 60 mil muertes prematuras cada año?* México: El Colegio Nacional, 2010.
 19. Guerrero, Angela, y otros. Identificación de estrategias de la industria tabacalera. México: CIDE, 2010.
 20. Cruz, Ángeles. Cancela Ssa convenio con la industria tabacalera. *La Jornada*, 1 de junio de 2007.
 21. *Notimex*, entra en operación la ONCT. *El Universal*, 28 de agosto de 2008.
 22. Conferencia de las Partes del CMCT OMS. Grupo de estudio sobre alternativas económicamente. [en línea] 4 de septiembre de 2008 [citado el 25 de enero de 2012.] http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop3/FCTC_COP3_11-sp.pdf.
 23. Rodríguez, Carlos y Regalado, Justino. Hacia las políticas públicas para el control de las adicciones. En: María Elena Medina Mora. *El tabaquismo en México. ¿Cómo evitar 60 mil muertes prematuras cada año?* México: El Colegio Nacional, 2008.
 24. Comisión Nacional contra las Adicciones. *Se fortalece Conadic* [en línea] Secretaría de Salud, 11 de enero de 2011 [citado el 16 de enero de 2012]. http://www.conadic.salud.gob.mx/prensa/boletines2011/fortalece_conadic0211.html.
 25. La Ley General para el Control del Tabaco en México. Ramírez Barba, Éctor y Saro Boardman, Ernesto. Supl 3, Cuernavaca: INSP, 2008, Salud Pública de Méx, vol. 50.
 26. *Diario Oficial de la Federación.* Decreto por el que se expide la Ley General para el Control del Tabaco; y deroga y reforma diversas disposiciones de la Ley General de Salud. México: s.n., 30 de 5 de 2008.
 27. *DOF.* Reglamento de la Ley General para el Control del Tabaco. México: s.n., 31 de mayo de 2009.
 28. *DOF.* Acuerdo mediante el cual se dan a conocer las disposiciones para la formulación, aprobación, aplicación, utilización e incorporación de las leyendas, imágenes, pictogramas, mensajes sanitarios de los productos de tabaco. México: s.n., 24 de diciembre de 2009.
 29. Ley General para el Control del Tabaco. México: Secretaría de Salud, 2008.
 30. Directrices para la aplicación del artículo 11 (Empaquetado y etiquetado de los productos del tabaco) del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Ginebra: OMS, 2009.
 31. PMM. Comentarios al Acuerdo mediante el cual se dan a conocer las disposiciones para la formulación, aprobación, aplicación, utilización e incorporación de las leyendas, imágenes, pictogramas, mensajes sanitarios de los productos de tabaco. Consulta pública de mejora regulatoria. México: Cofemer, 2009.
 32. *Diario Oficial de la Federación.* Acuerdo por el que se modifica el diverso mediante el cual se dan a conocer las disposiciones para la formulación, aprobación, aplicación, utilización e incorporación de las leyendas, imágenes, pictogramas, mensajes sanitarios de los productos de tabaco. México: s.n., 9 de mayo de 2011.
 33. JL, Llanes, y otros. Estimaciones de recaudación fiscal y costos asociados al consumo de tabaco en México. Documento de trabajo del grupo de coordinación intersectorial para el posicionamiento del incremento a los impuestos. México: s.n., 2010.
 34. H, Waters, y otros. La economía del tabaco y los impuestos al tabaco en México. París: Unión Internacional contra la Tuberculosis y las Enfermedades Respiratorias, 2010.
 35. Chaloupka F, Hu T, Warner K, Jacobs R, Yurekli A. *The Taxation of Tobacco Products.* In Jha P, Chaloupka F, eds. *Tobacco Control in Developing Countries.* Oxford: Oxford University Press, 2000.
 36. SHCP. Comunicado de prensa SHCP sobre la propuesta de Programa Económico 2010. Paquete económico para el ejercicio fiscal 2010 [en línea] 8 de septiembre de 2009 [citado el 26 de enero de 2012]. http://www.shcp.gob.mx/comunicados_principal/comunicado_047_2009.pdf.
 37. *Diario Oficial de la Federación.* Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley del Impuesto Especial sobre Producción y Servicios. México: s.n., 27 de noviembre de 2009.
 38. Rodríguez, Ruth. Encuesta: siete de cada 10 mexicanos, a favor de encarecer el tabaco. *El Universal*. 25 de octubre de 2010.
 39. Senado de la República. Iniciativas presentadas por el senador Ernesto Saro Boardman. Iniciativa con proyecto de decreto por la que reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley del Impuesto Especial sobre Producción y Servicios [en línea] Senado de la República, 2010 de abril de 2010 [citado el 31 de enero de 2012]. http://www.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/61/1/2010-04-27-1/assets/documentos/LEY_IEPS.pdf.
 40. León Zaragoza, Gabriel. Hay 110 millones de fumadores en México de más de 15 años. *La Jornada*, 1 de junio de 2010.
 41. Toribio, Laura. El cigarro se fuma el presupuesto de la Ssa. *Excélsior*, 1 de junio de 2010.
 42. Diez pesos para salvar más de un millón de vidas. Impuestos al tabaco: una política fiscal saludable. México: ITAM, Cuadernos de Derecho y Ciencia, 2010.
 43. Protestan ante los diputados. *Metro*. 20 de octubre de 2010, p. 8.
 44. Pérez, Matilde. Productores de tabaco piden más apoyo. *La Jornada*. 27 de octubre de 2010, p. 14.
 45. Desplegado. Desplegado de prensa sobre la posición de la IT en el tema de impuestos al tabaco. *El Universal*, 18 de octubre de 2010, p. 36.
 46. —. Desplegado de prensa con la posición de los institutos nacionales de Salud sobre el tema del incremento de impuestos al tabaco. *El Universal*, 19 de octubre de 2010.
 47. Merlos, Andrea. Cigarros suben siete pesos; empresas, al boicot. *El Universal*. 20 de octubre de 2010.
 48. Luciano, Franco. PRI, PAN y PVEM aprobaron en el pleno, a las 4:00 horas de ayer, la Ley de Ingresos. *La Crónica de Hoy*, 21 de octubre de 2010.
 49. *Diario Oficial de la Federación.* Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley del Impuesto Especial sobre Producción y Servicios. México: s.n., 19 de noviembre de 2010.
 50. Ojeda, Marcela. El Senado aprueba por mayoría la Ley de Ingresos para 2011. *El Financiero*, 27 de octubre de 2010.
 51. Gómez, Ricardo. Ni cabildos bajarán precio: legisladores. *El Universal*, 21 de octubre de 2010.
 52. Franco, Fernando. Sí hay impuesto, se va la inversión. *Excélsior*, 20 de octubre de 2010.

La regulación sanitaria, clave para el control del consumo del tabaco en México

Mikel Andoni Arriola Peñalosa⁽¹⁾

En los últimos tres años, antes incluso que la FDA –agencia sanitaria estadounidense–, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris), estableció el marco normativo para la regulación de los productos del tabaco en México, tomó medidas contra la comercialización ilegal de cigarros y ejecutó acciones de fomento para hacer cumplir la Ley General para el Control del Tabaco y su reglamento cuyo fin supremo es proteger la salud pública.

La epidemia del tabaquismo y el derecho de toda persona a una vida libre de humo, ha obligado a los países miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS), a tomar crecientes medidas regulatorias, para frenar las muertes provocadas por los cigarros y reducir los elevados costos de su atención.

México ha cumplido sin titubeos, en tiempo y forma con la aplicación de leyes, reglamentos y normas que recomienda el Convenio Marco de la Organización Mundial de Salud para el Control del Tabaco.

El 30 de mayo de 2008, el presidente de la República, Felipe Calderón Hinojosa, promulgó el decreto en el *Diario Oficial de la Federación*, por el que se expide la Ley General para el Control del Tabaco¹ que concedió a la Secretaría de Salud y la

Cofepris, la autoridad para regular los productos del tabaco en el territorio nacional. Es una legislación nacional de avanzada, que se publicó en México más de un año antes que las autoridades sanitarias de los Estados Unidos, y que previó controles para la fabricación, distribución, comercialización y publicidad de productos del tabaco, con la suprema finalidad de proteger la salud de la población de los efectos nocivos del cigarro.

Durante los últimos tres años y medio, la Cofepris ha establecido las bases científicas y modernizado el marco jurídico para la regulación de los productos del tabaco en el país.

La Cofepris, en concurrencia con las entidades federativas, es el instrumento en materia de salubridad general que permite al Estado mexicano salvaguardar la garantía constitucional a la protección de la salud.*

El 31 de mayo de 2009, justo en el marco del Día Mundial sin Tabaco, se publicó el reglamento de la citada ley, elaborado por la Cofepris, en el que se precisaron medidas para la expedición de licencias sanitarias, el diseño arquitectónico de las

* El artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos garantiza el derecho a la protección de la salud.

(1) Comisionado Federal. Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris)

áreas para no fumadores, la prohibición de la venta de tabaco a menores de edad y la obligación de incorporar advertencias sanitarias y pictogramas en las cajetillas, así como las sanciones a quienes incumplan con las reglas antitabaco.

A finales del año de 2009, el secretario de Salud, José Ángel Córdova Villalobos, cumplió con otras de las recomendaciones de la Organización Mundial de Salud, OMS, al publicar en el *Diario Oficial de la Federación*.

El acuerdo mediante el cual 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 de producción del tabaco y en todo empaquetado y etiquetado externo de los mismos.

La inclusión de los pictogramas en las nuevas cajetillas de cigarros es un tema que marca un cambio histórico en la lucha contra el tabaquismo en nuestro país y representa un avance notable en la comunicación sobre los peligros de fumar. Ilustra claramente el compromiso de México contra esta pandemia global y muestra cómo nos adelantamos a muchos países en el cumplimiento de esta disposición de la OMS.

Por ejemplo, desde el 24 de septiembre de 2010, todos los productos del tabaco fabricados en México o importados exhiben las leyendas sanitarias y las imágenes o los pictogramas que seleccionó la Secretaría de Salud para concientizar a la población sobre los riesgos a la salud y alentar a los fumadores a dejar el hábito de fumar.

A la fecha, los ocho pictogramas que se determinaron en el Acuerdo² se han impreso gradualmente en las nuevas cajetillas y circulan por el mercado. Es muy temprano para evaluar los resultados, pero se espera que tengan un impacto favorable para la salud pública al reducirse el número de fumadores, aumentar su esperanza de vida y disminuir los costos de atención en el sistema de salud.

En contraste, la agencia sanitaria de los Estados Unidos, Food and Drug Administration (FDA, por sus siglas en inglés) anunció el 21 de junio*

de 2010 la selección de nueve advertencias de salud por los cigarros e informó que a partir de septiembre de 2012 –es decir, dos años después que México–, exigirá a la industria tabacalera la impresión de los pictogramas más grandes en todos los paquetes y anuncios de tabaco en los Estados Unidos.

Paralelamente, el gobierno del Distrito Federal y los gobiernos de las demás entidades federativas han venido promulgando leyes nuevas, firmando acuerdos de coordinación con la Cofepris y adecuando sus marcos jurídicos sanitarios para alinearlos con la Ley General para el Control del Tabaco.

Todos los esfuerzos federales y locales se han encaminado a proteger la salud pública.

¿Cómo supervisa la Cofepris la aplicación de la Ley General contra el Tabaco y su Reglamento?

Para el cumplimiento de la legislación federal antitabaco, la modernización del marco normativo ha sido clave, pero también las estrategias puestas en marcha. En este texto resalto dos vertientes en las que trabaja la Cofepris de la mano de otras autoridades federales, industrias, organizaciones de la sociedad civil y la academia, para reducir la carga del consumo del tabaco en la salud: las actividades de fomento sanitario y la toma de medidas contra la comercialización ilegal de productos del tabaco.

El fomento sanitario es indispensable para promover en el país ambientes 100% libres de humo de tabaco en edificios y establecimientos mercantiles, logrando la reconversión de 9 mil 500 negocios al cierre de este artículo. Las Brigadas de Fomento Sanitario en Materia de Tabaco, de la Comisión de Fomento Sanitario de la Cofepris, tienen como finalidad orientar a propietarios de establecimientos mercantiles, respecto al adecuado cumplimiento de las disposiciones establecidas en la Ley General para el Control del Tabaco y su Reglamento (LGCT), a través de la entrega de la Guía. Sus objetivos específicos son:

1. Difundir la Ley General para el Control del Tabaco y su reglamento en establecimientos mercantiles, a través de la “Guía para el cum-

* Diarios mexicanos como *El Universal* y *Reforma* destacaron las nuevas advertencias sanitarias de la FDA.

plimiento de la Ley General para el Control del Tabaco y su Reglamento”.

2. Por medio de la difusión de la normatividad promover el cumplimiento de las disposiciones jurídicas establecidas en la LGCT.
3. Promover ambientes 100% libres de humo de tabaco a través de acciones de vinculación con cámaras de comercio y asociaciones civiles, a través de la entrega de la calcomanía de “Ambiente 100% libre de humo de tabaco”.

Se han realizado campañas informativas, a partir de octubre del 2009 se comenzó la distribución de las guías, en establecimientos para el cumplimiento de la ley y su reglamento en restaurantes, bares, hoteles, casinos, discotecas, cafeterías y salones de fiestas, entregando así alrededor de 75 mil Guías en todas las entidades federativas. Cabe señalar que la guía se encuentra disponible en la página de internet de la Cofepris para consulta pública (figura 1).³

En el primer trimestre de 2011, se inicia la estrategia de difusión de calcomanías, la cual tiene por objeto promover ambientes 100% libres de humo de tabaco. Esta acción es una propuesta de autorregulación, donde el sector privado se adhiere de manera voluntaria a declarar que su

establecimiento es ambiente 100% libre de humo de tabaco, por medio de un escrito libre dirigido a las direcciones de Regulación Sanitaria. Al mes de septiembre de 2011, 11 302 establecimientos se han adherido a la estrategia en el plano nacional (figura 2).

Además de realizar campañas de difusión, existe la denuncia ciudadana, promoviendo números telefónicos para que la población denuncie el incumplimiento de la ley, y se promueve el 01 800 66 3863 para cualquier denuncia.

Los objetivos de la estrategia de difusión que realiza la comisión federal son:

1. Concientizar a la población sobre la exigencia de la Ley y su Reglamento, así como el respeto de los espacios libres de humo de tabaco.
2. Promover que los dueños de establecimientos cumplan al 100% la legislación.
3. Difundir la señalización que los espacios que deben exponer para dar cumplimiento a la normatividad.
4. Dar a conocer la prohibición de la venta de cigarros a menores de edad y por unidad.

En beneficio de los sujetos regulados que se han apegado a esta estrategia para el cumplimien-



FIGURA 1. Campañas informativas. A partir de octubre de 2009 se distribuyeron las guías en establecimientos para el cumplimiento de la ley y su reglamento



FIGURA 2. Difusión de calcomanías, que promueven espacios con ambientes 100% libres de humo de tabaco. Además, se impulsa la denuncia ciudadana poniendo a disposición los números de teléfono

to de la Ley y su Reglamento se realizó una base de datos que se subirá a la página web de Cofepris, donde se recomienda a la población preferir “Ambientes 100% libres de humo de tabaco”.

Como estrategia para garantizar que las acciones de fomento sanitario se llevaran a cabo, se convocó en el ámbito federal, a los sectores privado y social, con la finalidad de impulsar acuerdos y convenios de coordinación de acciones; en estas reuniones participaron la Cámara Nacional de la Industria Restaurantera AC, (Canirac), que cuenta con más de 450 mil restaurantes, a la Asociación Nacional de la Industria de Discotecas Bares y Centros de Espectáculos AC, (Anidice), Asociación de Directores de Cadenas de Restaurantes, (Dicares) así como a la representación de casinos, para difundir la normatividad y sensibilizarlos de la necesidad y compromiso que esta institución requiere para el cumplimiento de la Ley general y su Reglamento, asimismo, la Cofepris se reunió con actores sociales tales como la Fundación Interamericana del Corazón, con la Alianza Nacional para el Control del Tabaco, entre otras; en estas reuniones se les informó sobre las acciones coordinadas con la Conadic y con el Instituto Nacional de Salud

Pública. Una de las herramientas importantes para el fortalecimiento de la estrategia de fomento sanitario fue el diseño de una campaña que tuvo por objetivo posicionar a la Ley y su Reglamento en la población. Estos mensajes fueron diseñados para diferentes públicos objetivo, con alcance en las escuelas, universidades, estanquillos, tiendas de conveniencia, restaurantes, cetera. Todas estas acciones fueron garantizadas por la Federación con el apoyo de la Coordinación General del Sistema Federal Sanitario, que en tiempo y forma entregó los recursos programados a las entidades federativas para cumplir con las metas y las acciones establecidas anualmente (figura 3).

La Cofepris cuenta con imágenes distintivas para la difusión de ambientes 100% libres de humo de tabaco, tanto para público en general como para estudiantes y establecimientos mercantiles (figura 4).

Las acciones de verificación sanitaria de las 32 entidades federativas que conforman la República Mexicana se ha firmado el Acuerdo de coordinación para el ejercicio de facultades en materia de control sanitario de productos del tabaco, publicados en el *Diario Oficial de la Federación*,



FIGURA 3. Como parte de las estrategias de fomento sanitario se convocó al sector privado y social en todo el país a firmar convenios e impulsar acuerdos

entre otras con: Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Colima, Durango, Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Nuevo León, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz y Zacatecas. Además de que en el año 2011 se firmaron convenios para el programa humo de tabaco, con la Canirac del estado de Colima y el estado de Durango.

La vigilancia sanitaria contra el comercio ilegal ha sido intensa. Cambiamos la estrategia. De los puntos de venta se revisaron los puntos de entrada y los resultados han sido formidables: 29.2 millones de cigarros asegurados por incumplir con la legislación sanitaria en lo que va del año. Entre los operativos realizados contra el comercio ilegal se encuentran tres en Distrito Federal (Pantaco, Tepito y Vallejo), uno en Veracruz, dos en Tijuana y uno en Jalisco; se aplicó como medida de

seguridad el decomiso de aproximadamente 32 millones de cigarros, por anomalías en los pictogramas y leyendas sanitarias (las más frecuentes no correspondían a los pictogramas autorizados); se recibieron más de 300 denuncias por escrito, por oficio y por correo electrónico, del tipo de denuncias recibidas: 237 por humo de tabaco y 71 por comercialización ilegal de cigarros. En 2011 la Cofepris realizó 409 visitas de verificación sanitaria, 20 en fábricas de tabaco, 65 en expendios y 324 establecimientos con espacios 100% libres de humo de tabaco.

En otras palabras, gracias a estos decomisos en las aduanas, alrededor de 1.4 millones de cajetillas de cigarros ya no serán consumidos por los mexicanos.

En la Cofepris tenemos la visión de que el tabaquismo puede erradicarse en el futuro de México. Los retos ahora son lograr que todas las entidades de la República sean vigilantes de la ley, reforzar



FIGURA 4. La estrategia de difusión del fomento sanitario cuenta con imágenes distintivas para la difusión de ambientes 100% libres de humo de tabaco, dirigidos para el público en general, para estudiantes y estancillos y otros establecimientos mercantiles

las acciones de verificación de los pictogramas en las nuevas cajetillas y fortalecer las campañas de prohibición de la venta de cigarros a los menores de edad.

Sitios de consulta en línea

<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf>
<http://www.who.int/es/>
<http://www.cofepris.gob.mx/>
http://www2.eluniversal.com.mx/pls/impreso/noticia.html?id_nota=131356&tabla=nacion

Referencias

1. DOF, publicado el 30 de mayo de 2008, 15 pp. [serie en internet] [consultado el 27 de marzo 2012]; ver: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGCT.pdf>
2. DOF, publicado el 24 de diciembre de 2009, ver; ocho pictogramas, [serie en internet] [consultado el 27 de marzo de 2012], ver: <http://www.cofepris.gob.mx/Paginas/Tabaco/ImagenesAcuerdoSecretarial.aspx>
3. Guía para el cumplimiento de la Ley General para el Control del Tabaco y su Reglamento, Cofepris, 36 pp. [sf] [serie en internet] [consultado el 27 de marzo de 2012], ver: <http://www.cofepris.gob.mx/Paginas/Tabaco/Tabaco.aspx>

La sociedad civil en el control del tabaquismo en México: ¿una red articulada o aislada?

Juan W Zinser Sierra^(1,2)

La sociedad civil juega un papel importante cuando se incorpora en la solución de políticas públicas y participa en las medidas legislativas que se pueden adoptar en la solución de problemáticas que le afectan. Con frecuencia se escucha el reclamo a las autoridades por no actuar de manera eficiente en la protección de sus derechos, sin antes preguntarse cuál debe ser la participación de la sociedad civil en dichas actividades. La sociedad civil organizada sabe que puede actuar, no siempre sabe cómo, ni siempre obtiene buenos resultados.

El avance en el control del tabaquismo en México es un buen ejemplo de la participación eficiente y coordinada de la sociedad civil con el poder legislativo para lograr leyes que apoyan la aplicación de las medidas de salud pública destinadas a reducir los daños secundarios en el consumo de tabaco.

En un lapso de más de 10 años, diferentes grupos pertenecientes principalmente al sector salud, trabajaron en diversos foros académicos para dar a conocer la información referente a los enormes daños que causa el tabaquismo, así como las medidas que debían adoptarse para su control. La evidencia científica apoyaba de manera sólida la necesidad de reducir, no sólo el consumo de tabaco, sino de proteger a los no fumadores del humo ambiental del tabaco, el llamado tabaquismo pasivo o de segunda mano. Sin embargo, a pesar

del respaldo científico transmitido con claridad y elocuencia por muchos participantes de un gremio cada vez más unido, no surgía el apoyo del gobierno para proponer leyes que limitaran a los fumadores; medida indispensable para el control del tabaquismo, puesto que está permitido legalmente y representa una adicción de difícil control y “aceptada” como un estilo de vida, que en muchos casos impide al fumador controlarse y respetar de manera voluntaria a terceros. Es decir, para controlar el tabaquismo, como se ha demostrado en otros países, son indispensables leyes que acoten y obliguen a los fumadores a respetar las medidas que la evidencia científica ha demostrado que son de utilidad.

Se necesitaba interactuar con el poder legislativo para que las recomendaciones médicas trascendieran los confines de una comunidad comprometida con el control del tabaquismo y pudieran beneficiar a toda la población. El planteamiento era muy claro, sin la participación de los legisladores no habría avance.

Estos son algunos de los hechos que configuraron el trabajo realizado con el poder legislativo. En octubre de 2005 y diciembre de 2006 se realizaron dos foros en la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, en los cuales se presentó la información sobre los daños secundarios del tabaquismo y la

(1) Consejo Mexicano contra el Tabaquismo

(2) Instituto Nacional de Cancerología

necesidad de impulsar leyes para su control. En el 2007 se estableció contacto con la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, buscando proteger los espacios públicos del humo del tabaco. Si la Ciudad de México establecía espacios 100% libres de humo de tabaco, indiscutiblemente su impacto contribuiría en la disminución en la media nacional de tabaquismo. Manteniendo la comunicación con los diputados federales, se estrechó la relación y se trabajó con la Asamblea Legislativa para intentar liberar del humo del tabaco a una de las ciudades más grandes del mundo.

Los diputados entendieron la magnitud y trascendencia de la medida y con gran compromiso trabajaron en ella. Les preocupaba sin embargo, el impacto político negativo que pudiera tener, en caso de ser rechazada por la población. La sociedad civil consciente de ello, los apoyó realizando una encuesta entre los habitantes de la Ciudad de México, que demostró que por abrumadora mayoría, incluyendo fumadores y no fumadores, la población estaba informada de los daños secundarios del tabaquismo, de la utilidad que tendrían las leyes para ayudar a disminuirlo y de que su aplicación no tendría un impacto negativo en la industria turística y de consumo; 80% de los encuestados señalaron que de prohibirse fumar en restaurantes y bares seguirían asistiendo con la misma o mayor frecuencia. Estos resultados positivos de las encuestas proporcionaron a los asambleístas la tranquilidad de que su trabajo en pro de la salud pública no tendría un costo político negativo, sino al contrario, sería un acierto político aceptado por la mayoría de los ciudadanos. De manera semejante, una encuesta nacional apoyó a los diputados federales en su decisión de aprobar la ley en diciembre de 2007. Estos mecanismos de consulta ciudadana permitió que el 26 de febrero de 2008 la aprobara el Senado de la República, coincidiendo en esa fecha con la aprobación de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal.

La aprobación por la Cámara de Diputados el 6 de diciembre de 2007, probablemente tuvo una trascendencia histórica, ya que de no haberse aprobado ese año, al retomar el caso la Cámara de Diputados al año siguiente, es posible que la iniciativa pasara a un segundo plano, en virtud de otras prioridades como fue el tema de los energéticos. En la aprobación por los diputados probablemente influyó la convocatoria urgente de la Secretaría de

Salud a la sociedad civil y la buena recepción que esta última tuvo en la Cámara de Diputados el 5 de diciembre del mismo año, para dialogar sobre la importancia de ser aprobada con franca mayoría al día siguiente. Este hecho representa un ejemplo del impacto que puede tener una acción coordinada, entre la sociedad civil y los diferentes organismos de gobierno.

La aprobación de las leyes del DF y de competencia federal constituyen los primeros resultados trascendentes en materia de control de tabaquismo derivados de la relación entre la sociedad civil y las instituciones legislativas. Esta relación de coordinación se ha mantenido en un proceso dinámico para fortalecer y mejorar todas aquellas leyes que norman y controlan el consumo del tabaco. Cuando a finales de 2010 se aprobó el incremento a los impuestos a los cigarros, la cámara de senadores fortaleció su iniciativa con los resultados de otra encuesta que reveló el apoyo mayoritario de la población a un incremento, no sólo de 10 pesos por cajetilla como se propuso, sino inclusive de 15 pesos. Los cigarros fueron el producto que la gente consideró debería recibir el mayor gravamen, por encima del alcohol y de otros productos, incluyendo alimentos y servicios. Antes de la encuesta, la percepción lógica de muchos era que el impuesto era excesivo y que sería rechazado por la mayoría de la gente. Obviamente tal reacción se presentó, pero no por parte del consumidor, si no por parte de la industria tabacalera, que sabe que el aumento en el precio desincentiva el consumo, principalmente entre los jóvenes, que son su principal objetivo.

La legislación en favor del control del tabaquismo en México es un excelente ejemplo de los resultados que puede tener la sociedad civil participando en el establecimiento de normas para modificar la conducta en favor; en este caso, de espacios libres de humo de tabaco e impulsar controles a la industria del tabaco. El consumo de tabaco es la causa evitable de enfermedad y muerte número uno de fumadores en muchos países. A pesar de ello, la sociedad civil no habría prosperado en mejorar las medidas de salud pública encaminadas a su control si no hubiese contado con el apoyo del poder legislativo. La sociedad civil entendió que el compromiso del legislador no podía ser irrestricto ni incondicional, ya que existen intereses que desafortunadamente pueden estar por encima de la salud. Para consolidar su compromiso se requiere

no solamente del peso de la evidencia científica, sino de aquellos elementos que no comprometieran los consensos políticos.

Los grupos que han impulsado formas para controlar el tabaquismo son heterogéneos y han evolucionado a lo largo de los años. Están consti-

tuidos por diferentes organizaciones e individuos de diferente perfil en su formación y manera de actuar, que concentrados en una meta común han sido exitosos en alcanzar sus objetivos. El de limitar los daños del tabaquismo a la salud en la población mexicana.

El papel de abogar en los medios de comunicación para la promoción de políticas de control del tabaco

Ch'uyasonqo H Lane, Marina I Carter⁽¹⁾

Abogacía en los medios para implementar políticas de control del tabaco

Una campaña de abogacía en los medios de comunicación puede tener múltiples componentes, actores y mensajes, además de emplear varias estrategias complementarias. Idealmente, todos los participantes clave trabajan de manera coordinada, con datos y mensajes consistentes y apoyados en la evidencia.

La evidencia es una fuerza motriz para cualquier campaña que busque implementar una política de control del tabaco. Una campaña eficaz se funda en la certeza que demuestra ¿por qué debe implementarse una política?, y ¿cuáles son los beneficios potenciales? Otro elemento esencial es la habilidad de traducir en términos comprensibles las pruebas o asuntos complejos para los legisladores y el público en general. Una vez que la evidencia es traducida en términos comprensibles, la información puede ser difundida en los medios de comunicación.

La abogacía en los medios es el proceso de diseminar información relacionada con la política utilizando los medios de comunicación, en donde el objetivo principal es generar la acción, un cambio de política o alterar la opinión del público sobre un tema. La cobertura periodística ganada tiene

la mayor probabilidad de tener éxito cuando los promotores logran que una noticia interese a los medios porque tiene utilidad periodística. Los medios de comunicación pagados ocurren cuando los defensores pagan por publicidad o un artículo que saldrá en un medio y en un momento particular para llegar a un público objetivo.

Este artículo se enfoca en: a) la importancia de la abogacía en sí, los métodos para obtener la información, comunicar la evidencia y la información para hacerla comprensible y útil para los legisladores, los medios y el público en general; y b) el papel de los medios (ganados y pagados) en el avance de temas de control del tabaco. Se realiza una discusión dentro del contexto de un ejemplo específico de la abogacía en los medios, en este caso la campaña durante el año 2010 para aumentar los impuestos al tabaco en México.

La meta de la abogacía en los medios: aumentar los impuestos a los cigarrillos para reducir el tabaquismo

Los actores en el control del tabaco implementaron una campaña en 2010, coordinada e intensiva de abogacía con el objetivo de convencer a la legislatura para aumentar de manera significativa los impuestos a los cigarrillos, con el objetivo general

(1) Campaña para niños libres de tabaco (*Campaign for Tobacco-Free Kids*)

de reducir el tabaquismo y las consecuencias para la salud relacionadas con el mismo. Otro beneficio adicional sería el aumento de la recaudación de impuestos para el gobierno.

El contexto de la campaña del 2010 y los actores clave en el control del tabaco

Los esfuerzos de aumentar los impuestos al tabaco estaban en marcha mucho antes del 2010. Sin embargo, al comienzo de este año, los actores clave en el control del tabaco, incluyendo el gobierno, la legislatura, los grupos académicos la sociedad civil y las organizaciones internacionales y multilaterales, se reunieron para emprender una campaña estratégica y exhaustiva en defensa de los impuestos a los productos del tabaco, basándose en las lecciones aprendidas en años anteriores. Cada uno de los actores de los sectores tenía un papel distinto que jugar y una manera distinta de participar en el tema, cuando esto fue posible, todos los actores clave trabajaron juntos para coordinar el mensaje y aprovechar los recursos disponibles.

Los actores clave para el control del tabaco en México se beneficiaban de la evidencia y las investigaciones que apoyaban el objetivo general de la campaña. Al mismo tiempo, los socios reconocían la necesidad de tener un fuerte componente de abogacía en los medios para propagar las evidencias como parte de la campaña del 2010. Los defensores del control del tabaco desarrollaron el plan para la abogacía en los medios, considerando los siguientes puntos clave:

- *Contexto.* A pesar del apoyo popular y el trabajo intensivo de los defensores del control del tabaco en el pasado, y más reciente en el año 2009, la reforma de la ley finalmente aprobada por el Congreso mexicano en noviembre del 2009 incluía un incremento muy pequeño del impuesto al consumo de los cigarros de dos pesos por cajetilla el cual estaba programado para implementarse de manera gradual de 2010 al 2013. Este pequeño aumento se debió en gran parte al intenso cabildeo de la industria del tabaco. Los defensores vieron la necesidad de una campaña de abogacía más exhaustiva para el año 2010, incluyendo un componen-

te sólido de incidencia sobre los medios de comunicación.

- *Evidencia.* Existía una base muy fuerte de evidencia científica para apoyar un aumento en el impuesto al tabaco:

Internacional. La existencia del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, era un motivo convincente para impulsar un aumento del impuesto al tabaco. Más de 170 países, incluido México, son miembros en el tratado, dentro del cual el artículo 6, en concreto afirma que los miembros deben adoptar una política del impuesto al tabaco que reduzca el consumo. El tratado incorporó tal política con base en la evidencia abrumadora que afirma que las medidas sobre el precio y los impuestos eficazmente implementados reducen el consumo de tabaco.¹ Además, los datos de la OMS afirmaban que el método más eficaz para reducir el consumo de tabaco es incrementar el precio de los productos del tabaco mediante aumentos en los impuestos.² Para fortalecer aún más el caso, se podía recurrir a datos del mundo entero que ilustraban los beneficios de un aumento de los impuestos al tabaco.

Nacional. Los datos del Instituto Nacional de Salud Pública, INSP, consultores independientes y un informe de colaboración titulado La economía del tabaco y los impuestos del tabaco en México [*Economics of Tobacco and Tobacco Taxation in Mexico*] incluían simulaciones económicas de varias opciones impositivas y sus efectos sobre el consumo, la recaudación y los beneficios en términos de las muertes evitadas, proporcionando una justificación convincente desde la perspectiva económica para el incremento del impuesto a los cigarros.

- *Ambiente.* Los defensores creían que existía el ambiente propicio para abogar eficazmente en los medios. La abogacía en los medios es un proceso de largo plazo, y en México ya se había empezado este proceso. Los grupos de la sociedad civil mexicana habían utilizando los medios de comunicación, creando un ambiente positivo para impulsar e implementar las políticas de control del tabaco durante varios años. El éxito de estos esfuerzos se reflejaba en el hecho que la cobertura en los

medios de comunicación del control del tabaco se había acrecentado con el tiempo y el tono era cada vez más favorable a promover medidas eficaces para el control del tabaco como las leyes de ambiente libre de humo de tabaco y los aumentos en los impuestos al tabaco.

- *Audiencia.* Todavía había algunas audiencias en las cuales había que alcanzar mediante los medios de comunicación para poder gestionar con éxito el incremento en los impuestos al tabaco. En México, la legislatura nacional toma las decisiones finales del presupuesto mediante la aprobación de leyes, por otro lado los legisladores se preocupan por la opinión pública. Por lo tanto, el enfoque general fue orientado a los legisladores, independientemente de su afiliación a un partido político. Las diferentes audiencias incluyendo los líderes de opinión pública, el público en general, el gobierno y otros grupos de la sociedad civil fueron convencidos de manera intermitente durante la campaña a través de tácticas específicas.
- *Credibilidad.* Había muchas y variadas voces creíbles en apoyo al aumento de los impuestos al tabaco que podían ser portavoces convincentes para el tema: como los miembros de la comunidad médica y salud pública, de la sociedad civil, los principales funcionarios del gobierno, del ámbito académico, legisladores y expertos internacionales.
- *Tácticas de la industria del tabaco.* La industria del tabaco ya había empezado una amplia gama de tácticas para luchar contra la legislación eficaz de control del tabaco, y la campaña impositiva en México no fue la excepción. La industria activamente participaba con los medios de comunicación durante la campaña impositiva del año 2010, difundiendo información errónea e incorrecta sobre el impacto económico de un aumento de los impuestos en la economía mexicana. Así, los defensores del control del tabaco no sólo tenían que explicar de manera proactiva los beneficios para la salud y la economía de un aumento de los impuestos, sino también tenían que reaccionar a los argumentos de la industria tabacalera.
- *Financiamiento.* Las campañas pagadas en los medios de comunicación pueden ser limitadas

por el alto costo, puesto que hay que comprar un espacio publicitario. Los defensores del control del tabaco en México tenían financiamiento, por lo que se complementó la campaña ganada en los medios de comunicación con una campaña pagada.

Evidencias y mensajes clave

Los defensores en el control del tabaco tienen que trabajar para citar evidencia que demuestre por qué se debe desarrollar una política impositiva, y ¿cuáles serían sus beneficios potenciales? Durante la campaña impositiva en México, era esencial comunicar los beneficios para la salud y los beneficios potenciales para la recaudación de impuestos. Los actores utilizaron evidencias para contrarrestar los argumentos de la industria del tabaco en contra de la propuesta de un aumento en los impuestos al tabaco; para persuadir a los legisladores, y adicionalmente se utilizaron los datos de una encuesta de opinión que mostraba un amplio apoyo de la población mexicana para incrementar el impuesto al tabaco.

El uso de evidencias clave era crítico para la campaña de abogacía en los medios de comunicación, y esto era relevante una y otra vez en las reuniones que sostenían tanto la sociedad civil como los miembros del gobierno con los legisladores y los principales funcionarios del gobierno para promocionar la aprobación del aumento de los impuestos al tabaco por parte del Congreso.

Evidencia que apoya a la campaña

La evidencia que demuestra que el tabaquismo es perjudicial está bien documentada; sin embargo, en algunas ocasiones se carece de datos específicos de cada país. Afortunadamente, en México existían investigaciones que documentaban la carga del tabaquismo, y las encuestas como la Encuesta global de tabaquismo en adultos (GATS, por sus siglas en inglés) y la Encuesta global de tabaquismo en jóvenes (GYTS, por sus siglas en inglés) también monitoreaban las prevalencias y las tendencias. Además, investigaciones publicadas por varias entidades gubernamentales y en particular por el Instituto Nacional de Salud Pública aportaron datos valiosos y relevantes. En México también existían investigaciones que incluían simulaciones

económicas de varias opciones impositivas y sus efectos sobre el consumo, la recaudación y las muertes salvadas.

Además de la evidencia documentada, se realizó una encuesta nacional de opinión pública, que encuestó a la población general sobre temas como: el tabaquismo, la edad de inicio de consumo, los impuestos sobre una variedad de productos de tabaco y los usos potenciales de la recaudación gubernamental generada por los impuestos al tabaco, entre otros temas.

Las evidencias disponibles se tradujeron en mensajes claros y concisos para informar al público objetivo y que posteriormente ellos se movieran a la acción. Mientras progresaba la campaña, los investigadores y defensores también lograron proporcionar a los legisladores las simulaciones de las metas fiscales, para ayudar al Congreso mexicano a tener un debate informado.

Mensajes principales

La campaña de los impuestos al tabaco en México utilizó un conjunto de mensajes clave, apoyados en las evidencias, diseñadas para ilustrar que votar a favor del impuesto al tabaco era un voto por la salud de la población mexicana, por ahorros en los gastos de atención médica y aumento de la recaudación por parte del gobierno. Si bien había muchos mensajes que se podían haber comunicado, un aspecto crítico de una campaña eficaz de abogacía en los medios es extraer un grupo de mensajes concisos de toda la información, deben limitarse a tres o cuatro mensajes principales que proporcionan la información al público y lo mueven a la acción. En este caso, el grupo básico de mensajes seleccionados fueron los siguientes:

- Impuestos al tabaco más elevados son de ganar/ganar/ganancia que ayuda a salvar vidas,³⁻⁴ desalentar el inicio del consumo entre los jóvenes⁵⁻⁷ y generan más ingresos para el gobierno.⁸⁻¹⁰
- Cada año, 60 mil mexicanos mueren por enfermedades atribuibles al tabaquismo.¹¹ El gobierno gasta más de 45 mil millones de pesos en el tratamiento de las enfermedades causadas por el tabaquismo; sin embargo, los ingresos recaudados por los impuestos al tabaco llegan sólo a 24.8 mil millones de pesos.¹²

- Siete de diez mexicanos apoyan el aumento del impuesto al tabaco.¹³
- Vote a favor de la salud de los mexicanos; vote a favor del aumento de los impuestos al tabaco.

Una amplia coalición de voceros creíbles, incluyendo diversos actores del gobierno, la legislatura, del ámbito académico, la sociedad civil y de las organizaciones internacionales y multilaterales, comunicaron estos mensajes en diferentes contextos, argumentando a favor de la salud e ilustrando la diferencia clara entre votar a favor de la salud comparado con votar a favor de los intereses de la industria del tabaco.

También se incorporaron mensajes importantes pero más complejos, los cuales fueron usados para contrarrestar los argumentos acerca del comercio ilícito y el impacto negativo en los agricultores de tabaco, se implementó una campaña de relaciones públicas y de componentes digitales (incluyendo entrevistas uno a uno y ruedas de prensa). Se llamó la atención del público utilizando estos mensajes principales y los mensajes más complejos a través de la campaña de los medios de comunicación, las cuales se discuten más en la sección sobre la abogacía en los medios de comunicación.

Para desarrollar la campaña pagada en los medios de comunicación, los mensajes de la campaña general fueron modificados a frases concisas (taglines) centradas en preguntar si los legisladores votarían por la salud (por el aumento del impuesto) o a favor del interés de la industria del tabaco (contra el aumento del impuesto). Los mensajes fueron probados, no sólo por los contenidos, sino además por las reacciones a las imágenes. Las frases concisas seleccionadas en última instancia estaban dirigidas a los legisladores, pero también para lograr que el público en general siguiera el tema:

NUESTROS JÓVENES FUMAN, Y ALGUNOS LEGISLADORES HACEN QUE SEA MÁS FÁCIL QUE LO HAGAN CONOZCA A SUS LEGISLADORES, A ALGUNOS NO LES IMPORTA SU SALUD
MI PADRE SE MORIRÁ DE CÁNCER PULMONAR, Y ALGUNOS LEGISLADORES ESTÁN A FAVOR

Además de los informes de la interferencia de la industria del tabaco en el proceso legislativo, cada uno de los anuncios pagados incluyó los logotipos de la sociedad civil y el siguiente mensaje:

SÍ AL AUMENTO DEL IMPUESTO AL TABACO
 POR LA SALUD DE LOS QUE MÁS AMAMOS – ÚNASE
 (TOME ACCIÓN):
www.votoporlasalud.org

La abogacía en los medios de comunicación

Para desarrollar una estrategia eficaz de abogacía en los medios, hay que afinar varios elementos antes de que tenga lugar cualquier trabajo proactivo en ellos. Esto incluye comprender la situación actual, seleccionar los objetivos y las estrategias generales, decidir cuál audiencia se necesita convencer para cambiar la política, considerar las evidencias, elaborar los mensajes principales y afinar las tácticas para alcanzar el objetivo. La sociedad civil, en un trabajo conjunto con una firma de relaciones públicas, consideraron estos puntos importantes y crearon un plan de acción concreto y un cronograma de trabajo para el 2010, diseñado para culminar en los meses de septiembre y octubre, cuando era inminente el voto sobre el impuesto al tabaco. Como ya se ha descrito el contexto, la meta, la audiencia, la evidencia y los mensajes principales. La siguiente discusión se enfoca en las estrategias y las tácticas de la abogacía en los medios.

Estrategia

1. Se realizó presión en los medios de comunicación durante todo el proceso de desarrollo del proyecto de ley desde la Cámara de Diputados al Senado, hasta la publicación final en la oficina del presidente de la República. Además del enfoque en todas estas fases, la campaña se centró continuamente en los beneficios generales de un aumento de los impuestos para que todos los órganos del gobierno apoyaran al aumento de los impuestos cuando llegara el momento de votar.
2. Los defensores desarrollaron una campaña exhaustiva que utiliza los medios de comunicación ganados y pagados:
 - a. El componente de los medios de comunicación ganados contaba con notas de prensa, foros políticos y académicos, ma-

nifestaciones públicas, comunicados de informes, cartas a funcionarios públicos que también fueron distribuidas a la prensa, cartas a los editores de periódicos clave y entrevistas por radio y televisión.

- b. El componente pagado contaba con espectaculares, vallas, y murales (colocados en 16 sitios clave e intersecciones de la Ciudad de México); la difusión en blogs; medios de comunicación en línea a través de las redes sociales como Facebook y Twitter; y un sitio web llamado Voto por la salud, creado para funcionar como una base para una campaña continua en los medios de comunicación social. De manera simultánea, se realizaba seguimiento de las opiniones y los argumentos de los legisladores mediante Twitter y los medios de comunicación. Según fuera necesario, se creaban respuestas a los argumentos en contra del aumento del impuesto propuesto. La campaña fue evaluada de manera constante y regular por los defensores que monitoreaban el “pulso” de los legisladores; estas personas podían constantemente evaluar la percepción de los legisladores y rendir cuentas al equipo general de defensores respondiendo a la pregunta de si los mensajes resonaban con los legisladores o no.

Este tema se retomó en el sitio web Voto por la salud, en donde se denunció los votos de los legisladores sobre el impuesto al tabaco en el año 2009.

Se crearon imágenes contrastantes en rojo y negro con un texto que invitaba a la reflexión para posicionar como una prioridad dentro del público mexicano el incremento de los impuestos al tabaco. En particular, el color rojo se asocia con la resistencia social y la creación de una consciencia social, y se contrastaba bien con el blanco y el negro para llamar atención de los anuncios.

Además de las vallas, la campaña pagada en los medios contaba con manifestaciones frente a los edificios del gobierno, que podían ser visualizadas por los legisladores y senadores. Estas manifestaciones obtuvieron cobertura ganada en los medios de comuni-

cación que ayudó a amplificar el mensaje. Estas estrategias crearon una base común para las tácticas que fueron discutidas en el cronograma de trabajo.

Tácticas: ejemplos de las principales intervenciones que utilizan evidencia y los medios de comunicación

Los siguientes ejemplos resaltan puntos específicos clave en los que utilizan la evidencia y la información y se tomó una acción en los medios de comunicación para apoyar la abogacía en curso y los esfuerzos de cabildeo.

Medios ganados:

- 28 de abril de 2010. El lanzamiento del informe económico Bloomberg: *La economía del tabaco y los impuestos del tabaco en México*. Este informe incluye las simulaciones económicas de varias opciones impositivas y sus efectos sobre el consumo, la recaudación y las muertes evitadas. El evento resaltó los mensajes principales, estableció un vínculo claro con el anuncio de una propuesta de reforma de ley de los impuestos al tabaco por un aliado principal en el parlamento e incluyó a oradores de la Secretaría de Salud, SSa, el Instituto Nacional de Salud Pública, INSP, los presidentes de la Comisión de Salud en la Cámara de Diputados y en el Senado, entre otros. La asistencia fue de aproximadamente 120 personas, incluyendo a la prensa de 25 agencias diferentes. Setenta artículos, la mayoría con un tono positivo, fueron publicados dentro de los siguientes cuatro días. El informe proporcionó una justificación económica convincente para aumentar el impuesto a los cigarrillos y generó una enorme cantidad de prensa y apoyo público.
- 24 de mayo de 2010. En una rueda de prensa, la sociedad civil lanzó el *5° Informe anual de la sociedad civil* sobre el cumplimiento de México con el CMCT OMS. El enfoque del lanzamiento fue hacer notar que mientras México era el primer país en ratificar el CMCT OMS, aún faltaba mucho para cumplir completamente con el tratado; los mensajes se enfocaron en la necesidad de aumentar el impuesto al tabaco, de publicar nuevas etiquetas de advertencia y de corregir las lagunas en la prohibición de la publicidad, la promoción y el patrocinio de productos de tabaco. Se generaron treinta y un artículos en la semana siguiente.
- 31 de mayo de 2010. El lanzamiento de la Encuesta global de tabaquismo en adultos (*Global Adult Tobacco Survey, GATS*) de México tuvo lugar en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, INER, como parte de la celebración del Día Mundial sin Tabaco, con la participación de los representantes del gobierno, los institutos académicos, de los expertos internacionales, de la sociedad civil y de los medios de comunicación. También se emitió un comunicado de prensa, aprobado por varios actores del control del tabaco, incluyendo el gobierno y organizaciones internacionales y nacionales. A través de los principales resultados de GATS se hizo un llamado a la acción para pasar una legislación eficaz que cumpliera con las especificaciones del CMCT OMS para reducir de manera significativa el consumo y la muerte por enfermedades relacionadas con el tabaco, además de la divulgación de cifras específicas para ilustrar la carga del tabaco, tal como: 60 mil, el número de mexicanos que mueren cada año por causas atribuidas al tabaquismo, los costos del sector salud para tratar las enfermedades relacionadas al tabaquismo (75.2 mil millones de pesos mexicanos, 5.7 billones de dólares de la época, lo que era equivalente al 6.2% del PIB de México en ese momento) y el número de vidas que un aumento específico en el impuesto al tabaco podría salvar. Se registraron 150 artículos en los medios de comunicaciones solamente el 31 de mayo y el 1 de junio, con amplia cobertura periodística centrada en la propuesta de aumento del impuesto.
- 21 de julio de 2010. Los presidentes de las Comisiones de Salud en el Senado y la Cámara de Diputados organizaron un foro político sobre el impuesto al tabaco en el Congreso Mexicano, con la participación de los legisladores clave, miembros del gobierno, expertos nacionales e internacionales y voceros clave de la sociedad civil. Sobre la solicitud de un aliado legislativo clave, los actores del control del tabaco elaboraron

hojas de datos que resaltaban la estructura vigente del impuesto al tabaco en México, incluyendo las simulaciones de metas fiscales presentadas en el Congreso mexicano, además de los ejemplos internacionales de impuestos al tabaco y argumentos en contra de las tácticas de la industria e intentos por frenar la aprobación de la Ley del Impuesto al Tabaco. Se distribuyeron hojas de datos a todos los participantes del foro y se incluyeron las mismas en los paquetes para los medios de prensa. En la semana siguiente la cobertura periodística incluyó 15 entrevistas uno a uno, 87 artículos noticieros y dos mesas redondas televisadas.

- 31 de agosto de 2010. Un aliado legislativo clave organizó una rueda de prensa para divulgar los resultados de una encuesta de opinión pública sobre el impuesto. Más de 45 periodistas asistieron y publicaron cerca de 65 reportes sobre la encuesta en los siguientes dos días. Los resultados mostraron que siete de diez mexicanos apoyaban el aumento del impuesto al tabaco.
- 24 de septiembre de 2010. La industria del tabaco emitió declaraciones que afirmaban que un aumento en los impuestos aumentaría el comercio ilícito, tomando un ejemplo erróneo de Canadá. En respuesta a un pedido de la SSA, los actores de control del tabaco entregaron a la SSA, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, SHCP y a múltiples medios de comunicación, una carta de las organizaciones internacionales de la salud pública, incluyendo importantes organizaciones canadienses, que directamente contrarrestaba los argumentos erróneos que aparecían en los medios de comunicación mexicanos. Los actores de la sociedad civil en México elaboraron una carta similar y se diseminaron a los medios de comunicación. El resultado de estas cartas fue la publicación de varios artículos en periódicos importantes que alcanzaron al gobierno, siendo éste el público objetivo.
- 7 de octubre de 2010. En una rueda de prensa, al inicio del mes de octubre los defensores lanzaron una campaña pagada en los medios de comunicación masiva y un nuevo sitio web: Voto por la salud. La rueda de prensa reiteró el mensaje principal de la campaña y creó un llamado a la acción para que los legisladores aumentaran los impuestos al tabaco. El lanzamiento de la campaña generó más de 62 artículos publicados.
- 18 de octubre de 2010. Las asociaciones de productores de tabaco emitieron declaraciones que afirmaban que el aumento en los impuestos al tabaco tendría un efecto negativo sobre las familias de agricultores de hoja de tabaco. En respuesta, los defensores proporcionaron evidencias tanto a los legisladores como a los periodistas acerca de la información que demostraba que los costos económicos del tratamiento de los problemas de salud relacionados con el tabaquismo son exponencialmente más altos que el perjuicio económico a los productores de tabaco que podría resultar de una disminución del consumo. Los defensores también resaltaron los programas de gobierno que ayudan a los productores de tabaco en una transición a cultivos alternativos. La industria del tabaco presionó intensamente y de manera individual a los legisladores en un intento de frenar la aprobación del impuesto. Los defensores denunciaron estas conexiones y desarrollaron una propuesta que dividió el voto de uno de los partidos políticos.
- 19 de octubre de 2010. La industria del tabaco amenazó con cerrar sus operaciones en México, pronosticando la pérdida de miles de puestos de trabajo. En respuesta, los defensores proporcionaron evidencias tanto a los legisladores como a los periodistas con información que demostraba que la inversión por parte de la industria del tabaco en México era insignificante para la economía mexicana y afectaba a una parte muy pequeña de la población (menos de uno por ciento del empleo en agricultura y fabricación en México está relacionado con el tabaco). Los defensores afirmaron que la amenaza de la industria no tenía sustento, puesto que el carácter lucrativo del mercado mexicano hacía que fuera improbable que se retiraran. Esta estrategia resultó contraproducente para la industria del tabaco, ya que los legisladores se percataron que la industria pretendía intimidarlos, y como resultado,

se volvieron más hostiles a los intereses de la industria. Al día siguiente en uno de los periódicos principales de México se destacó: Tabacaleras deben someterse: Congreso.¹⁴

- 26 de octubre de 2010. Mientras el Congreso estaba listo para emitir su voto final sobre la legislación propuesta, el Centro de Investigación y Docencia Económicas, CIDE, emitió un informe sobre la interferencia de la industria del tabaco en México. El informe, titulado *Identificación de las estrategias de la industria tabacalera en México*,¹⁵ mostró las estrategias que las empresas tabacaleras utilizan para influir en la aprobación de la legislación sobre control del tabaco. El diario *El Universal*, publicó un artículo extenso sobre el informe titulado: Tabacaleras compran políticos, lo que llamó la atención de los legisladores.¹⁶

Medios pagados:

Desde el 7 de octubre hasta el día del voto. La campaña pagada en los medios masivos de comunicación contaban con muchos componentes, como los anuncios de alta visibilidad en la ciudad y las múltiples manifestaciones públicas donde los defensores se vistieron con las camisetas de la campaña y con máscaras de gas y distribuyeron información y crisantemos blancos para simbolizar las muertes de las víctimas del tabaco. Los componentes adicionales incluyeron una campaña en los medios de comunicación social que reiteró los mensajes de la campaña pagada en los medios y un sitio web que proporcionó información y se dio seguimiento de los votos de los legisladores. La prensa mexicana resaltó la alta visibilidad de la campaña en los medios, en particular porque exigió la responsabilidad de los legisladores. Durante la campaña pagada en los medios de comunicación, se realizaron más de 50 entrevistas con portavoces de la campaña y se publicaron más de 180 artículos periodísticos, incluyendo tres artículos de primera plana en el principal diario nacional. Se estima que la cobertura periodística tiene un equivalente en publicidad de 1.5 millones de dólares, una cifra mucho más alta que los costos reales de la campaña pagada. Las campañas pagadas y ganadas influyeron en el apoyo de los principales

partidos políticos, incluyendo el PAN, PRI, PRD, PVEM y Partido Convergencia.

El resultado de la campaña

En el mes octubre del 2010, los legisladores votaron con abrumadora mayoría en favor del aumento en el impuesto al tabaco. El conteo final de los votos fue de 430 a favor, 11 en contra y 12 abstenciones en la Cámara de Diputados (19 de octubre) y 70 a favor, 10 en contra y tres abstenciones en el Senado (26 de octubre). Para tener una idea del cambio radical en la votación del año anterior, en 2009, hubo 135 votos a favor, 280 en contra y 13 abstenciones en la Cámara de Diputados, y 56 a favor, 42 en contra y cinco abstenciones en el Senado. En un año, los votos en favor pasaron de 191 a 500.

Este es el aumento más importante desde el año 1985, el impuesto específico a las cajetillas de cigarros se incrementó en siete pesos, siendo la tasa impositiva 69.2% del precio de venta final. El aumento en el impuesto del 2010 es una gran victoria para el control del tabaco, en particular sobre la base de la estrepitosa derrota del año anterior. En 2009, el precio promedio de una caja de cigarros era 26.52 pesos; con el aumento en el impuesto aprobado en el año 2010 el precio de la cajetilla se elevó en promedio a 35.74 pesos, un aumento de 34.8%. Según los modelos de simulación económica, se proyecta que el aumento en el impuesto reducirá el consumo del tabaco en 17.3%.

La campaña general, que incorporó múltiples estrategias además de un componente de abogacía en los medios de comunicación con base en evidencias, los esfuerzos de varios actores –incluyendo el gobierno, la sociedad civil, los académicos y las organizaciones internacionales y multilaterales– es considerada un éxito.

Conclusiones

La abogacía eficaz sobre los medios de comunicación es un proceso de largo plazo. En el caso de la campaña del aumento de los impuestos al tabaco en México en el año 2010, los actores por el control del tabaco aprovecharon la existencia de investigaciones previas importantes que apoyaron el objetivo general de la campaña. Además, los grupos en México habían estado capacitando y

trabajando en el uso de los medios para crear un ambiente positivo para la implementación de las políticas del control del tabaco, estos esfuerzos en los medios habían construido las bases favorables para una campaña de incidencia específica en los medios de comunicación ganados y pagados.

Durante la campaña por el incremento de los impuestos en México, era esencial comunicar los beneficios para la salud; así como, los beneficios potenciales en la recaudación asociados a un aumento en el impuesto. Los defensores del control del tabaco lograron actuar rápidamente para utilizar evidencias disponibles y contrarrestar los argumentos de la industria del tabaco en contra del aumento en el impuesto al tabaco propuesto. También se utilizaron los datos de una encuesta de opinión pública para persuadir a los legisladores, puesto que la encuesta mostró un apoyo amplio al impuesto. Además, la campaña fue evaluada de manera constante y regular por los defensores que dedicaban una buena cantidad de tiempo a monitorear el “pulso” de los legisladores y dar cuenta al equipo general si los mensajes resonaban entre los legisladores.

Mensajes claros, concisos y con base en la evidencia, la inclusión de una amplia variedad de voceros, las pruebas y encuestas de mensajes, y la colaboración entre muchos sectores de la sociedad proporcionaron una amplia gama de perspectivas, iniciativas, habilidades, recursos y en última instancia la campaña dio el poder de impulsar a los actores para el control del tabaco un resultado exitoso.

Referencias

1. Organización Mundial de Salud, OMS. Convenio Marco para el Control del Tabaco. Geneva: WHO; 2003. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241591013.pdf>
2. OMS. Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2008: El paquete MPOWER. Geneva: 2008. Disponible en http://www.who.int/entity/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf
3. Chaloupka F, Hu T, Warner KE, Jacobs R, Yurekli A. Los impuestos sobre los productos del tabaco. En: Jha P, Chaloupka F, editors. Tobacco control in developing countries [El control del tabaco en países en desarrollo]. New York: Oxford University Press, Inc.; 2000.
4. OMS. Elementos básicos para el control del tabaco: un manual. Geneva: Tobacco Free Initiative; 2004. Disponible en: <http://www.who.int/tobacco/resources/publications/general/HANDBOOK%20Lowres%20with%20cover.pdf>
5. Ross H, Chaloupka F. Políticas económicas para el control del tabaco en países en desarrollo. *Salud Publica Mex* 2006;48 suppl 1: S113-20.
6. Chaloupka F, Pacula R. Un examen de las diferencias de género y raza en la sensibilidad entre los jóvenes fumadores a políticas de precio y control del tabaco. National Bureau of Economic Research; 1998. Disponible en: <http://www.nber.org/papers/w6541.pdf>
7. US Centers for Disease Control and Prevention [Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades]. Respuestas a los aumentos en los precios de cigarrillos por raza-etnia, ingresos, y grupos de edad – Estados Unidos 1976-993. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 1998 July 31;47(29):605-9.
8. Guindon GE, AM P, Boisclair D. Precios más altos del tabaco e impuestos en el Sudeste Asiático: una herramienta eficaz para reducir el tabaquismo, salvar vidas y generar ingresos. Washington DC: World Bank; 2003. Disponible en: <http://repositories.cdlib.org/context/tc/article/1123/type/pdf/viewcontent/>
9. van Walbeek C. Impuestos especiales al tabaco en Sudáfrica. South Africa: World Health Organization; 2003. Disponible en: http://www.who.int/tobacco/training/success_stories/en/best_practices_south_africa_taxation.pdf
10. Vathesatogkit P. Los beneficios generados por la Ley del Control del Tabaco de Tailandia. *Tobacco and Health, WHO*: 1996-2002 2008.
11. Kuri-Morales PA, González-Roldán JF, Hoy MJ, Cortés-Ramírez M. Epidemiología del tabaquismo en México. *Salud Publica Mex* 2006; 48 suppl 1: S91-S98.
12. Llanes JL, Ramos A, Reynales LM, Sáenz de Miera B, Waters H. Propuestas para aumentar los impuestos a los cigarrillos. Mexico City, Mexico Report of a Working Group, August 10-12, 2009.
13. Encuesta nacional impuestos al tabaco. México: Consejo Mexicano contra el Tabaquismo, Parametría. 2010 agosto 31.
14. Rodríguez R. Tabacaleras deben someterse: Congreso. *El Universal*. México: 2010 octubre 21.
15. Guerrero A, Madrazo A, Cruz J, Ramírez T. Identificación de las estrategias de la industria tabacalera. México: CIDE. 2010. Disponible en: <http://www.cide.edu/publicaciones/status/dts/DTEJ%2051.pdf>
16. Editorial. Tabacaleras compran políticos. *El Universal*. 2010 octubre 26; sección Z: 14.

Ambientes libres de humo de tabaco

Legislación para un México 100% libre de humo de tabaco

Norma A Ibáñez Hernández⁽¹⁾

Los avances en materia de control del tabaco en México en años recientes son relevantes. Si bien, ya existía regulación en el tema desde hace algunas décadas, es a partir del año 2004, cuando se ratifica el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco (CMCT OMS) por parte de México, que se empieza a adaptar en algunos aspectos el marco legal nacional y se realizan importantes modificaciones a los ordenamientos estatales en materia de protección contra la exposición al humo de tabaco.

El 2008 es un año significativo en el desarrollo de la legislación en el tema de regulación del control del tabaco, en el plano federal se publica la Ley General para el Control del Tabaco, que integra en un solo ordenamiento la mayoría de los temas propuestos para la regulación de los productos de tabaco en el CMCT OMS como son: empaquetado y etiquetado, publicidad promoción y patrocinio, protección contra la exposición al humo de tabaco, comercio ilícito, entre otros. En el ámbito local se reformaron dos legislaciones locales que convirtieron a sus respectivas entidades en 100% libres de humo de tabaco.

No obstante estos avances, tanto la legislación federal, como la mayoría de las legislaciones locales, aún no se adecuan en su totalidad a los lineamientos generales establecidos en el instrumento internacional mencionado, por lo que es necesario adaptarlas, procurando una legislación

de avanzada que proteja cada vez más la salud de la población.

Antecedentes del control del tabaco en la legislación mexicana

Los temas sobre el control sanitario de los productos del tabaco y el programa contra el tabaquismo en la legislación mexicana, son relativamente recientes. La primera referencia en materia de tabaco en la legislación mexicana, la tenemos del año 1955 en el Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos,¹ donde menciona en su artículo 162, capítulo VIII, titulado “Comestibles, bebidas, tabacos y similares”, que *la recolección, elaboración, depósito, transporte y comercio de tabaco y otras sustancias que se fumen, estarán controlados, en cuanto a su aspecto sanitario por la Secretaría de Salubridad y Asistencia, y sujetos a los reglamentos respectivos.*² Es decir, para el ordenamiento mencionado, los productos de tabaco, por ser de consumo humano, serían sujetos a control sanitario por parte de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Es en el Código Sanitario del año 1973³ donde ya se establece el control sanitario de los productos de tabaco como materia de salubridad general, contemplando aspectos relativos a la publicidad y a las leyendas sanitarias que debería contener el empaque de los mismos. En ese momento se menciona que la publicidad y la propaganda de los

(1) Consultora Legal en Materia de Control de Tabaco

productos de tabaco tendría que ser autorizada por la Secretaría de Salubridad y Asistencia, y que en las etiquetas y contra etiquetas de los envases en que se expendiera o suministrara tabaco, debería figurar en forma clara y visible la leyenda: *Este producto puede ser nocivo para la salud*.

En dicho Código Sanitario, aún no se contemplaba un programa contra el tabaquismo, es decir, hasta ese momento en materia legislativa el tabaquismo todavía no era considerado como una enfermedad.

En 1983, se publica el decreto mediante el cual se adiciona con un penúltimo párrafo el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos,⁴ en el que establece:

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

Esto es, se eleva a rango constitucional el derecho a la protección de la salud, y se determina que la federación y las entidades federativas tendrán concurrencia en la materia.

Para reglamentar dicho párrafo, al año siguiente se publica en el *Diario Oficial de la Federación*, la Ley General de Salud,⁵ que contempla, además del control sanitario de los productos de tabaco –que ya se establecían en los dos últimos códigos sanitarios, predecesores a la ley–, al Programa Contra el Tabaquismo como materia de salubridad general. Se consagra el título décimo primero a los programas contra las adicciones, y su capítulo II se refiere al Programa contra el tabaquismo. Es decir, se manifiesta que el tabaquismo es una enfermedad que provoca adicción y daños a la salud a quien lo consume, será necesario que la Secretaría de Salud, las entidades federativas y el Consejo de Salubridad General se coordinen para desarrollar, en sus respectivos ámbitos de competencia, acciones dirigidas a prevenir, educar, tratar e investigar lo relacionado al mismo.

En este nuevo ordenamiento, se establecen las disposiciones para control sanitario de los productos de tabaco, referidas a regular la publicidad, promoción y patrocinio de los mismos como “autorización de la publicidad por parte de la autoridad sanitaria, sin contener imágenes o sonidos atractivos

para menores de edad, no mostrar a las personas consumiéndolos, entre otros”; en su empaquetado “leyendas de advertencia respecto a su consumo”, así como en su venta y distribución, la “prohibición de venta a menores y restricciones para la colocación de máquinas expendedoras de cigarros”.

En materia de protección contra la exposición al humo de tabaco, la primera referencia que tenemos en la legislación mexicana es precisamente desde la publicación de la Ley General de Salud, en la segunda fracción de su artículo 188,⁵ pues destaca en él la orientación a la población para que se abstuviera de fumar en lugares públicos.

La Secretaría de Salud en el año 1990, emite el Acuerdo 88,⁶ por el cual se restringen áreas para el consumo del tabaco en las unidades médicas de la Secretaría de Salud y en los Institutos Nacionales de Salud, y señala dentro de sus considerandos que:

la Organización Mundial de la Salud afirma que el tabaquismo pasivo, impuesto o involuntario, viola el derecho a la salud de los no fumadores, que deben protegerse contra toda forma perniciosa de contaminación ambiental; por lo que insta a los Estados miembros para que pongan en práctica medidas para garantizar este derecho.

Es de observarse que, las áreas de no fumar eran la excepción, pues dicho acuerdo establecía. “Se consideran áreas restringidas para el consumo de tabaco las de: atención médica, auditorios, aulas y zonas de peligro para la seguridad laboral y colectiva, así como los sitios de trabajo de ambiente cerrado”; esto es, en todas las demás áreas que no estuvieran contempladas en esta lista, se podía consumir productos de tabaco.

El 14 de junio de 1991, se publicó en el *Diario Oficial de la Federación*, la adición a la Ley General de Salud del artículo 277 bis,⁷ el cual retoma el Acuerdo 88, estableciendo que:

Las unidades hospitalarias y clínicas del Sistema Nacional de Salud, deberán contar con áreas en donde se prohíba el consumo de tabaco. Se consideran como tales las de atención médica, auditorios, aulas y zonas de peligro para la seguridad laboral y colectiva, así como los sitios de trabajo de ambiente cerrado.

El 31 de mayo de 2000 se reforma la fracción II del artículo 188⁸ de la Ley General de Salud, esta-

bleciendo la “prohibición de fumar en el interior de los edificios públicos propiedad del gobierno federal, en los que alberguen oficinas o dependencias de la federación y en aquellos en los que se presten servicios públicos de carácter federal, con excepción de las áreas restringidas reservadas en ellos para los fumadores”. Esta última línea impedía el establecimiento de espacios 100% libres de humo de tabaco, pues se contemplaban áreas destinadas para fumar.

A partir de esta reforma a la Ley General de Salud, el 27 de julio de 2000 se emite el Reglamento sobre Consumo de Tabaco,⁹ de aplicación federal, cuyo objeto era proteger la salud de las personas de los efectos nocivos causados por la exposición al humo del tabaco, con la reducción del consumo de éste, en edificios públicos federales. Pero, de igual forma, contemplaba la existencia de áreas para fumar en el interior de los mismos, así como las características que deberían tener; de esta manera, establecía que deberían estar aisladas de las áreas de trabajo, tener ventilación hacia el exterior o un sistema de extracción o purificación de aire, ubicarse, de acuerdo con la distribución de trabajadores, por piso, área o edificio, y estar identificada como área de fumar, con señalización clara y visible.

En el ámbito local en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, en 1990, se publicó el primer ordenamiento en materia de Protección a los No Fumadores, denominado Reglamento para la Protección a los No Fumadores,¹⁰ contenía la disposición de establecer secciones reservadas para fumar y para no fumar en los establecimientos donde se expendieran alimentos, también que en los hospitales y clínicas destinaran una sala de espera reservada para fumar; prohibía fumar en cines, teatros y auditorios cerrados (excepto en vestíbulos), centros de salud, salas de espera, auditorios, bibliotecas y cualquier otro lugar cerrado de las instituciones médicas; en vehículos de servicio público de transporte colectivo de pasajeros que circularan en el Distrito Federal, en las oficinas de las unidades administrativas dependientes del Departamento del Distrito Federal, en las que se proporcionara atención directa al público; en tiendas de autoservicio, áreas de atención al público, de oficinas bancarias, financieras, industriales, comerciales o de servicios, y en los auditorios, bibliotecas y salones de clases de las escuelas de educación inicial, jardín de niños, educación especial, primarias, secundarias y media superior.

Las sanciones para las personas que fumaran en los lugares que prohibía el ordenamiento eran

multas de uno a tres veces el salario mínimo diario general vigente; así como multa equivalente a diez veces el salario mínimo diario general vigente a los propietarios, poseedores o responsables de los locales cerrados, establecimientos y medios de transporte que no fijaran las señalizaciones que establecía el Reglamento. Como se puede observar, las sanciones eran bajas.

A partir de la publicación del Reglamento para la Protección de los No Fumadores del Distrito Federal, en 1990, las demás entidades federativas comenzaron a emitir ordenamientos similares o a reformar sus disposiciones jurídicas donde incluían algún capítulo o título relacionado, o emitir algunos de ellos incluso, leyes estatales en la materia. La siguiente entidad fue el Estado de México, con el Reglamento para la Protección de los No Fumadores,¹¹ el cual establece las mismas disposiciones que el Distrito Federal.

Baja California,¹² en 1995 fue el primer estado en publicar una ley específica en la materia, que en esencia no difería mucho del reglamento del Distrito Federal, pero era un ordenamiento de mayor jerarquía jurídica, emitido por un Congreso legislativo estatal.

Para mayo de 2005,¹³ los ordenamientos jurídicos en la materia constaban de siete leyes estatales, doce reglamentos estatales, un estado con reglamentos municipales y doce estados con disposiciones contenidas en otros ordenamientos jurídicos (como leyes estatales de salud) (figura 1).

En el año de 2004, se publica en la *Gaceta Oficial*, la Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores del Distrito Federal,¹⁴ que deroga el ya mencionado Reglamento para la Protección de los no Fumadores de 1990. Dicha ley tiene por objeto proteger la salud de los no fumadores de los efectos nocivos derivados de inhalar el humo ambiental generado por la combustión del tabaco, y establecer mecanismos, acciones y políticas públicas para prevenir y disminuir las consecuencias derivadas del consumo de tabaco y la exposición al humo del mismo.

Legislación mexicana en materia de protección contra la exposición al humo de tabaco

El abordaje sobre el consumo y la exposición al humo de tabaco no es nuevo en el país, incluso nuestra nación se ha sumado a las acciones internacionales que se están realizando en contra de esta



FIGURA 1. Los ordenamientos jurídicos en materia de control de tabaco, a mayo de 2005

epidemia mundial que es el tabaquismo. México participó como país miembro de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la discusión para la elaboración del tratado internacional denominado Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco,¹⁵ aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud, el 21 de mayo de 2003. En representación del presidente de la República, fue suscrito por el secretario de Salud, el 12 de agosto del 2003, y ratificado de manera unánime por el Senado de la República el 14 de abril de 2004, y el decreto se publicó en el *Diario Oficial de la Federación*, el 12 de mayo del mismo año.

La ratificación por parte de México del CMCT OMS, es depositada en la ONU el 28 de mayo de 2004, convirtiéndose en el primer país de las Américas en hacerlo. El CMCT OMS entró en vigor internacionalmente el 27 de febrero de 2005, 90 días después que Perú, el país número 40 depositó ante la ONU su ratificación. Hoy en día las partes del CMCT OMS suman 175 países.¹⁶

Dentro de los diversos temas incluidos en el CMCT OMS, destaca el artículo 8º relacionado con la protección contra la exposición al humo de tabaco; ya no es sólo la protección de las que no fuman, sino de todas las personas, incluidos los fumadores, que se encuentran expuestas a las emisiones generadas por la combustión del tabaco. Y es así como en esta disposición establece que las partes se encuentran obligadas a adoptar y aplicar:

medidas legislativas, ejecutivas, administrativas y/u otras medidas eficaces de protección contra la exposición al humo de tabaco en lugares de trabajo interiores, medios de transporte público, lugares públicos cerrados y, según proceda, otros lugares públicos, y promoverá activamente la adopción y aplicación de esas medidas de otros niveles jurisdiccionales.

En julio del 2007, dentro de la Segunda Conferencia de las Partes del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, llevada a cabo en Bangkok, Tailandia, se aprobaron las Directrices para la aplicación del artículo 8º. Protección contra la exposición al humo de tabaco, las que deben ser adoptadas por las Partes firmantes, y donde se establece que “no existen niveles seguros de exposición al humo ajeno”, por lo que “los métodos basados en soluciones técnicas tales como la ventilación, la renovación del aire y el uso de zonas destinadas a los fumadores no protegen suficientemente contra la exposición al humo de tabaco”,¹⁷ de esta forma, contar con áreas para fumar en espacios interiores ya no debe estar permitido, pues ello conlleva a que la población sea expuesta a daños severos a la salud.

Derivado de estos acuerdos, el 31 de agosto de 2007 se presentó ante la Comisión Permanente del Congreso de la Unión, la iniciativa de la Ley General para el Control del Tabaco,¹⁸ firmada por diversos diputados y senadores, encabezando el diputado

Éctor Jaime Ramírez Barba y el senador Ernesto Saro Boardman, presidentes de las comisiones de Salud de sus respectivas Cámaras, donde contemplaba en sus artículos 26 y 27:

Artículo 26. Queda prohibido el consumo de cualquier producto del tabaco en todo lugar cerrado de acceso al público, salvo en los lugares permitidos específicamente para ello por los reglamentos aplicables.

En dichos lugares se fijará en el interior o exterior los letreros, logotipos y emblemas que establezca la Secretaría.

Artículo 27. Las zonas habilitadas para fumar en los lugares permitidos, de conformidad con el artículo anterior, deberán ubicarse en espacios al aire libre, no ser áreas de paso obligado para los usuarios y disponer de mecanismos que eviten el traslado de partículas hacia los espacios 100% libres de humo de tabaco.

La iniciativa se turnó a la Cámara de Diputados y fue aprobada en el pleno de la misma el 6 de diciembre de 2007,¹⁹ con algunos cambios al documento original, entre los que destaca el considerar áreas para fumar en espacios interiores, para quedar como sigue:

Artículo 26. Queda prohibido a cualquier persona consumir o tener encendido cualquier producto del tabaco en los espacios 100% libres de humo de tabaco, así como en las escuelas públicas y privadas de educación básica y media superior.

En dichos lugares se fijará en el interior y en el exterior los letreros, logotipos y emblemas que establezca la Secretaría.

Artículo 27. En lugares con acceso al público, o en áreas interiores de trabajo, públicas o privadas, incluidas las universidades e instituciones de educación superior, deberán existir zonas exclusivamente para fumar, las cuales deberán de conformidad con las disposiciones reglamentarias:

- I. Ubicarse en espacios al aire libre, o
- II. 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.

Posteriormente, en la Cámara revisora, es aprobada en el pleno el 26 de febrero de 2008, se envía al Ejecutivo para los fines constitucionales respectivos, se publica en el Diario Oficial de la Federación, el 30 de mayo del mismo año,²⁰ y entra en vigor tres meses después, el 28 de agosto.

En esta ley federal se trata de reunir en un solo cuerpo normativo, de forma más extensa y actualizada, las disposiciones en la materia, pues hasta ese momento se encontraban contempladas en Ley General de Salud y reglamentos derivados de la misma.

La finalidad de esta ley general es: proteger la salud de la población de los efectos nocivos del tabaco; proteger los derechos de los no fumadores a vivir y convivir en espacios 100% libres de humo de tabaco; establecer las bases para la protección contra el humo de tabaco; establecer las 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 en los menores; fomentar la promoción, la educación para la salud, así como la difusión del conocimiento de los riesgos atribuibles al consumo y a la exposición al humo de tabaco; establecer los lineamientos generales para el diseño y evaluación de legislación y políticas públicas con base en evidencia contra el tabaquismo y, establecer los lineamientos generales para la entrega y difusión de información sobre los productos del tabaco y sus emisiones.

Este ordenamiento instauro como espacio 100% libre de humo de tabaco a “aquella área física cerrada con acceso al público o todo lugar de trabajo interior o de transporte público, en los que por razones de orden público e interés social queda prohibido fumar, consumir o tener encendido cualquier producto del tabaco”²¹ denominación que se encuentra apegada al CMCT OMS y sus directrices; no obstante, y como ya se había mencionado también contempla la posibilidad de contar con áreas para fumar, que deben ubicarse en el exterior del lugar o bien, en el interior pero con separación física del área de no fumar.²²

Así la Ley General para el Control del Tabaco marca un avance significativo en la legislación en materia de tabaco, al integrar en un solo ordenamiento todo lo relacionado a la misma, pero aún no se adecua totalmente a las disposiciones del CMCT

OMS y a las directrices emitidas en la COP2, puesto que en éstas últimas, se establece que:

no existen niveles seguros de exposición al humo ajeno y, tal como ha reconocido anteriormente la Conferencia de las Partes en su decisión FCTC/COP1(15),²³ los métodos basados en soluciones técnicas tales como la ventilación, la renovación del aire y el uso de zonas destinadas a los fumadores no protegen suficientemente contra la exposición al humo de tabaco,

por lo que contar con áreas para fumar en espacios interiores ya no debe concebirse en el marco legal nacional y estatal.

Al mismo tiempo que se aprobaba la LGCT en el Senado de la República el 26 de febrero de 2008, en la Asamblea Legislativa del Distrito Federal se votaba y aprobaba una reforma a la Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores del Distrito Federal, que convertía a la Ciudad de México en la primera entidad del país en ser 100% libre de humo de tabaco, pues a través de ella se eliminaba la posibilidad de que los espacios públicos cerrados contaran con áreas para fumar en su interior, dando sólo posibilidad de poder fumar en el exterior de los mismos. Esta reforma fue publicada el 4 de marzo de 2004 en la *Gaceta Oficial*.²⁴

Esta ley emitida en el DF es el primer ordenamiento nacional que se adecua a lo dispuesto en el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en cuanto a la protección contra la exposición al humo de tabaco. El estado de Tabasco fue la segunda entidad federativa al aprobar una serie de reformas a su marco legal sanitario que la convirtió también en 100% libre de humo de tabaco, específicamente en su Ley Estatal de Salud, aprobadas en el Congreso estatal el 8 de abril de 2008,²⁵ publicada el 10 mayo en el *Periódico Oficial* de la entidad, y entrando en vigor el 8 de agosto del mismo año. En estas reformas, además de establecer los espacios públicos cerrados como 100% libres de humo de tabaco, se contemplaron sitios al aire libre, en los que también estaría prohibido fumar, tales como instalaciones deportivas y parques recreativos.

En el ámbito federal, el 31 de mayo de 2009 se publicó en el *Diario Oficial de la Federación*, el Reglamento de la Ley General para el Control del Tabaco,²⁶ en donde se establecen las características

para los espacios interiores aislados, que son las zonas exclusivamente para fumar que se localizarán en el interior de los espacios públicos cerrados, entre las que se señala que deberá: encontrarse totalmente separado de piso a techo y de pared a pared de los espacios 100% libres de humo de tabaco por todos sus lados; contar con una puerta de apertura y cierre automática con mecanismo de movimiento lateral, no abatibles, que permanecerá cerrada permanentemente y se abrirá únicamente durante el acceso o salida de esas zonas; también contará con recambio de aire limpio, continuo y permanente, que corresponda al total del volumen interior por cada 20 minutos; no se podrán utilizar equipos de recirculación de aire; este mínimo suministro de aire puede transferir aire de otras zonas de no fumar del edificio o establecimiento, y debe mantenerse continuamente durante las horas de funcionamiento del establecimiento; además este suministro mínimo de aire debe estar claramente consignado en el certificado de ocupación; filtración adecuada del aire contaminado antes de su expulsión al exterior del edificio donde se encuentre el establecimiento, a una altura que no afecte a los peatones que pasan frente a esta salida; entre otras.

Como se puede apreciar, estos requisitos son estrictos y de difícil cumplimiento en la práctica por parte de los establecimientos y, considerando lo ya mencionado en las Directrices para la aplicación del artículo 8° del CMCT OMS respecto a que no existe un nivel seguro de exposición al humo de tabaco, lo que debe prevalecer en todo momento son los espacios 100% libres de humo de tabaco, es decir, que no exista la opción de que los lugares públicos cerrados cuenten con áreas interiores para fumar. Es por ello que muchos de los grupos interesados en la promoción de políticas públicas en México en materia de control del tabaco, han impulsado en los estados del país ambientes 100% libres de humo de tabaco.

Criterios emitidos por la Suprema Corte de Justicia de la Nación

En materia legislativa ha habido intentos de ciertos sectores que tratan de obstaculizar las disposiciones legales que establecen espacios 100% libre de humo de tabaco, pero que al mismo tiempo fortalecen e impulsan, sin pretenderlo de esta manera, a las mismas. Tal es el caso del Distrito Federal, que en

el año 2008, a partir de las reformas publicadas en el mes de marzo de ese año a su Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores, diputados de la Asamblea Legislativa de la entidad interpusieron una acción de inconstitucionalidad^{*,27} contra las mismas, considerando en ella que al ya contarse con una ley federal que incluía disposiciones en materia de protección contra la exposición al humo de tabaco, ésta es la que tendría que prevalecer, esto es que, la ley local no podía disponer de forma diferente lo relacionado con los espacios 100% libres de humo de tabaco.

A partir de esta controversia, la Suprema Corte de Justicia de la Nación se pronunció respecto a las facultades que tienen las entidades para legislar en la materia, e incluso de manera diferente a lo establecido en la Ley General para el Control del Tabaco, pues esta misma instancia manifiesta que tratándose de derechos fundamentales regulados en un sistema de facultades concurrentes como la protección de la salud (artículos 4º constitucional y 13 apartado B, fracción I de la Ley General de Salud), las entidades federativas pueden regular las materias incluidas en leyes generales o federales siempre que avancen en el mismo sentido marcado por la Constitución y otorguen mayores garantías a los gobernados.

Leyes locales en materias concurrentes. En ellas se pueden aumentar las prohibiciones o los deberes impuestos por las leyes generales²⁸

Las leyes generales son normas expedidas por el Congreso de la Unión que distribuyen competencias entre los distintos niveles de gobierno en las materias concurrentes y sientan las bases para su regulación, de ahí que no pretenden agotar la regulación de la materia respectiva, sino que buscan ser la plataforma mínima desde la que las entidades puedan darse sus

* Acción de inconstitucionalidad 119/2008, promovida por diputados de la IV Legislatura de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, en contra de la Asamblea Legislativa y del jefe de Gobierno de esa entidad federativa, demandando la invalidez de los decretos por los que se reformaron, adicionaron y derogaron artículos de la Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores y de la Ley para el Funcionamiento de Establecimientos Mercantiles; publicado en la *Gaceta Oficial* de dicha entidad el 4 de marzo de 2008, y el decreto por el que se reformaron y adicionaron disposiciones de la Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores en el Distrito Federal, publicado en la *Gaceta Oficial* de dicha entidad el 3 de octubre de 2008.

propias normas tomando en cuenta su realidad social. Por tanto, **cumpliendo el mínimo normativo que marca la ley general, las leyes locales pueden tener su propio ámbito de regulación, poniendo mayor énfasis en determinados aspectos que sean preocupantes en una región específica.** Si no fuera así, las leyes locales en las materias concurrentes no tendrían razón de ser, pues se limitarían a repetir lo establecido por el legislador federal, lo que resulta carente de sentido, pues se vaciaría el concepto mismo de concurrencia. En este sentido, **las entidades federativas pueden aumentar las obligaciones o las prohibiciones que contiene una ley general,** pero no reducirlas, pues ello haría nugatoria a ésta.*

Clave: P/J, núm.: 5/2010

Acción de inconstitucionalidad 119/2008.

Asamblea Legislativa del Distrito Federal. Está facultada para legislar en materia de protección a la salud de los no fumadores²⁹

La protección a la salud de los no fumadores es un aspecto de salubridad general, materia concurrente en términos de los artículos 4º y 73, fracción XVI, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, por lo que las bases mínimas y la distribución de competencias para legislar en esa materia se encuentran en la Ley General de Salud, de cuyos artículos 3º fracción XIV y 13, apartado B, fracción I, se advierte que los programas de prevención, orientación, control y vigilancia en materia de enfermedades atribuibles al tabaquismo corresponden a las entidades federativas, dentro de las que se encuentra el Distrito Federal. Por otra parte, si bien dichos preceptos no hacen referencia expresa a una facultad legislativa sino a aspectos administrativos, debe entenderse que también incluyen una atribución para legislar al respecto, porque la Constitución General de la República se refiere a una concurrencia legislativa entre la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad y no sólo a una administrativa, en la que autoridades locales apliquen leyes federales. Por tanto, **los legisladores locales pueden regular el ejercicio de las facultades administrativas que la ley general concede a las autoridades sanitarias locales, pues éstas no pueden improvisar sobre las medidas de prevención al taba-**

* El remarcado es del autor.

quismo ni pueden tomar medidas de control y de vigilancia espontáneamente, sino que requieren de un marco referencial que les permita actuar. Consecuentemente, el Distrito Federal puede legislar en materia de protección a la salud de los no fumadores, correspondiendo dicha facultad a la Asamblea Legislativa de esa entidad, conforme al artículo 122, apartado C, base primera, fracción V, inciso i), constitucional, que faculta expresamente a dicho órgano a normar los aspectos de la salubridad general que conforme a la ley general respectiva correspondan al Distrito Federal.

Clave: P/J, núm.: 6/2010

Acción de inconstitucionalidad 119/2008.

Asamblea Legislativa del Distrito Federal.

No está obligada a regular las áreas libres de humo de tabaco en los mismos términos que los de la Ley General para el Control del Tabaco³⁰

Tomando en cuenta que la Asamblea Legislativa del Distrito Federal **tiene facultades para aumentar las prohibiciones e imponer sanciones en materia de protección a la salud de los no fumadores**, es evidente que **no está obligada a regular las áreas libres de humo de tabaco en idénticos términos que los de la Ley General para el Control del Tabaco**, sin que obste para ello que el artículo cuarto transitorio del decreto por el que se expide dicha ley disponga que las entidades federativas y los municipios deberán adecuar sus normas para hacerlas congruentes con dicho ordenamiento, pues ese precepto no puede entenderse como una obligación de reproducir a nivel local los preceptos de la ley general, sino como el deber de incorporar el mínimo de protección que ésta garantiza.

Clave: P/J, núm.: 7/2010

Acción de inconstitucionalidad 119/2008.

Entonces, la facultad constitucional que se ha otorgado a las legislaturas locales, y que con estas tesis se reitera por parte de la Suprema Corte de Justicia de la Nación; de ninguna forma viola los derechos de las personas sino que, por el contrario, tienen un alcance más amplio el derecho a la protección de la salud, el derecho a un ambiente adecuado para el desarrollo y bienestar y el derecho de las niñas, niños y adolescentes a la satisfacción de sus necesidades de salud, entre otros.

También debemos referir que la propia Ley General para el Control del Tabaco³¹ y su Reglamento,³² ambos en su artículo cuarto transitorio, disponen que tanto el gobierno del Distrito Federal como los gobiernos de las entidades federativas y de los municipios, deberán adecuar sus leyes, reglamentos, bandos y demás disposiciones jurídicas, de acuerdo con las competencias que a cada uno corresponda, para que sean congruentes con los ordenamientos mencionados. Por lo que desde este momento se establece que la Federación está delegando a las entidades federativas la responsabilidad de adecuar sus marcos legales en la materia, debiendo proteger la salud de su población de la forma más amplia posible.

Los ordenamientos jurídicos estatales en materia de protección contra la exposición al humo de tabaco

Del año 2006 a la fecha, el avance en materia legislativa en las entidades federativas ha sido significativo, pues en este momento México cuenta con veintitrés estados con leyes estatales, tres con reglamentos estatales y seis con disposiciones incluidas en otros ordenamientos jurídicos, tales como leyes estatales de salud (figura 2).

Como ya se mencionó, las primeras entidades federativas en modificar sus marcos legales para convertirlas en 100% libres de humo de tabaco, son el Distrito Federal y Tabasco, ambas en 2008, a través de reformas a su Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores y Ley Estatal de Salud, respectivamente.

En noviembre de 2010, se publicó el primer reglamento municipal 100% libre de humo de tabaco, denominado Reglamento de Protección contra la Exposición al Humo de Tabaco del Municipio de Tecate, Baja California,³³ hecho muy importante, pues además de beneficiar a la población de la localidad, este es un municipio colindante con el estado de California, Estados Unidos, el cual desde el año de 1998 es 100% libre de humo de tabaco,³⁴ lo que puede reportar grandes beneficios regionales. Sus disposiciones refieren la imposibilidad de contar con áreas para fumar en el interior de los espacios públicos, e incluso, va más allá, contemplando la prohibición de fumar en sitios de concurrencia colectiva al aire libre, como parques, centros recreativos, entre otros.



FIGURA 2. Ordenamientos jurídicos de protección contra la exposición al humo de tabaco

El 4 de julio de 2011 el Congreso Legislativo del estado de Morelos aprobó en pleno la reforma a la Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores para el estado de Morelos, modificando su denominación a Ley de Protección contra la Exposición Frente al Humo de Tabaco, que considera también los espacios 100% libres de humo de tabaco, restringiendo las áreas para fumar a los espacios al aire libre. Además contempla la prohibición de fumar en los sitios de concurrencia colectiva, tales como jardines y deportivos.

Se publicó en el *Periódico Oficial Tierra y Libertad* el 14 de diciembre de 2011, y entró en vigor en junio de 2012.³⁵

El 22 de diciembre de 2011, el Congreso Legislativo del estado de Veracruz aprobó la Ley para la Protección de los No Fumadores,³⁶ resultado de dos iniciativas de ley en la materia ingresadas el 31 de mayo de ese mismo año, la primera por el doctor Javier Duarte de Ochoa, gobernador del estado, que establecía espacios interiores para fumar y, la segunda, impulsada por organizaciones de la sociedad civil a través del diputado Jesús Danilo Alvariz Guerrero, que contemplaba espacios 100% libres de humo de tabaco. Finalmente el texto aprobado incluyó varios aspectos de ambas iniciativas, contemplando los espacios 100% libres de humo de tabaco, por lo que no se permite contar con áreas para fumar en espacios

interiores. Fue publicada en la *Gaceta Oficial* del estado el 11 de enero de 2012, y entró en vigor en marzo de 2012.³⁷

El 5 de octubre de 2011, en el *Periódico Oficial del Estado de Zacatecas*, se publicó la Ley de Protección de la Salud de los No Fumadores, la cual en su artículo 7 contemplaba la posibilidad de que los establecimientos cerrados con acceso al público incorporaran áreas para fumar en su interior, y es a partir del impulso de una iniciativa de reforma de ley por parte de las organizaciones de la sociedad civil, es que el 12 de junio de 2012, el Congreso Legislativo aprueba convertir la ley en 100% libre de humo de tabaco, cambiando su denominación a Ley de Protección contra la Exposición al Humo de Tabaco del Estado de Zacatecas.³⁸

Hasta el momento en México existen cinco entidades federativas y un municipio en un sexto estado que tienen ordenamientos que los convierten en 100% libres de humo de tabaco, por lo que el trabajo que resta por hacer en los estados, para proporcionar a la población mexicana un mayor nivel de protección de su salud, es aún muy arduo (figura 3).

A la fecha en varios de los estados se encuentran en discusión en sus respectivos Congresos locales, iniciativas de leyes 100% libres de humo de tabaco o bien, reformas a sus ordenamientos ya existentes para convertirlos en 100% libres de humo de tabaco.



FIGURA 3. Los estados de Tabasco, Morelos, Veracruz, Zacatecas y Distrito Federal, y el Municipio de Tecate, Baja California, cuentan con ordenamientos 100% libres de humo de tabaco

Papel de las organizaciones de la sociedad civil

La participación ciudadana es fundamental para la vigilancia en el cumplimiento de la legislación en materia de control de tabaco, así como para impulsar la creación de ordenamientos 100% libres de humo de tabaco. Como se ha observado en varias partes del mundo, estas disposiciones tienen muy buena aceptación por parte de la población, quien las hace suyas y exige su cumplimiento, por lo que es necesario dotar a la ciudadanía de los medios jurídicos necesarios de participación y denuncia, para que sea corresponsable en su aplicación.

En México existen diversas organizaciones de la sociedad civil abocadas al desarrollo de acciones en materia de control de tabaco, orientadas a la protección de la salud de las personas, a través del impulso de políticas públicas dirigidas a cumplir cabalmente con el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco, entre otras, en cuanto a la protección contra la exposición al humo de tabaco.

De esta forma, agrupaciones como la Alianza contra el Tabaco, AC (Acta), Fundación Interamericana del Corazón México (FIC México), Comunicación, Diálogo y Conciencia, SC (Códice), Consejo Mexicano contra el Tabaquismo (CMCT), Red México sin Tabaco, Alianza Nacional para el

Control del Tabaco (Aliento), entre otras, han realizado grandes esfuerzos en la materia y tienen un compromiso firme para hacer efectivo el derecho fundamental de la población de ver protegida su salud.

Conclusiones

En menos de una década, el desarrollo que ha tenido el tema del control del tabaco en nuestro país ha sido vertiginoso, a partir de la adhesión de México como Parte al CMCT OMS; no obstante esto, aún falta mucho por hacer, pues no se ha logrado adecuar en su totalidad el marco legal federal y de las entidades federativas a lo dispuesto en el convenio internacional mencionado.

Es necesario comentar que nuestro país está obligado a cumplir con todo lo estipulado en el CMCT OMS, puesto que de acuerdo con la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 133, todo tratado internacional firmado por nuestro país y ratificado por el Senado de la República, será también ley suprema, tan sólo por debajo de la carta magna. Lo cual ha sido reiterado por la Suprema Corte de Justicia de la Nación.³⁹

Resaltar que la reciente reforma a la Constitución publicada el 10 de junio de 2011,⁴⁰ donde se eleva a rango constitucional los derechos humanos, manifiesta que:

En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado mexicano sea parte...”, así como “Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad.

Dicha reforma constitucional es fundamental para que las disposiciones del CMCT OMS se incorporen plenamente a nuestro sistema jurídico, pues es constitucionalmente obligatorio para el Estado mexicano reconocer los derechos humanos establecidos en los tratados internacionales de los que México es parte. De igual forma, no sólo se deberá legislar con los estándares mínimos requeridos, sino que las disposiciones deberán a ser progresivas y proteger cada vez más la salud de las personas.

Acorde con lo ya mencionado, en el mes de octubre de 2011 se ingresó para su estudio en el Senado de la República, una iniciativa que reforma y adiciona diversas disposiciones de la Ley General para el Control del Tabaco,⁴¹ propuesta por los senadores Emma Lucía Larios Gaxiola y Ernesto Saro Boardman, la cual contiene avances significativos para adecuar el ordenamiento federal a lo contemplado puntualmente en el CMCT OMS, entre otros, los espacios 100% libres de humo de tabaco, es decir, que efectivamente los espacios públicos cerrados sean libres de humo de tabaco y no se contemplen zonas para fumar en su interior.

Existen iniciativas en los congresos estatales de varias entidades federativas; tal es el caso de Jalisco, Estado de México, Nuevo León, Puebla e Hidalgo y aunque varias de ellas no son 100% libres de humo de tabaco, se está luchando para que evolucionen hacia ello. En Nuevo León la iniciativa es presentada también por diversas organizaciones de la sociedad civil que están trabajando en el tema.

En el caso del Estado de México existe una iniciativa presentada por el gobernador, la cual no contempla espacios 100% libres de humo de tabaco pues permite la existencia de áreas para fumar en espacios interiores; por ello, diversas organizaciones de la sociedad civil participan proponiendo otra iniciativa de ley 100% libre de humo de tabaco, para que se proteja de mejor forma a la población mexiquense al establecer espacios interiores que

efectivamente no se encuentren contaminados con el humo de tabaco.

Como se observa, aún falta mucho trabajo por hacer en la materia legislativa en el ámbito federal y estatal, en la sensibilización de los diferentes actores sociales sobre las devastadoras consecuencias en la salud, del consumo de los productos de tabaco, como la vigilancia de las disposiciones vigentes: la prohibición de venta de productos de tabaco a menores de edad, la venta por unidad y que efectivamente se respete no fumar en los lugares en que esta prohibido por la ley. Es por ello que se requiere de:

1. Un compromiso sólido por parte de los legisladores, federales y locales, para emitir disposiciones jurídicas que provean ambientes efectivamente 100% libres de humo de tabaco.
2. Una sociedad civil informada, concientizada y organizada para que incida de forma positiva en el avance y cumplimiento de las disposiciones que decretan espacios 100% libres de humo de tabaco.
3. Autoridades administrativas proactivas que lleven a cabo una buena aplicación y vigilancia del cumplimiento de las disposiciones jurídicas, e
4. Cooperación con organismos internacionales, entre otros los de protección a los derechos humanos, que apoyen las acciones que se desarrollen en México en la materia.
5. Impulso a la investigación en la materia, con la finalidad de proveer de evidencia científica a los actores mencionados y así lograr el diseño e implementación de mejores políticas públicas sobre ambientes 100% libres de humo de tabaco.

Referencias

1. Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos. En: Diario Oficial de la Federación. 1 de marzo de 1955.
2. Ramírez-Barba É, Saro-Boardman E, Vázquez-Guerrero A, Vázquez-Guerrero MA. Ley General para el Control del Tabaco. Salud Publica Mex 2008;50(3):372-383.
3. Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos. En: Diario Oficial de la Federación. 13 de marzo de 1973.
4. Reforma a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, DOF, 3 de febrero de 1983. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4794103&fecha=03/02/1983
5. Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación. 7 de febrero de 1984. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/Leyes-Biblio/ref/lgs/LGS_orig_07feb84_ima.pdf
6. Acuerdo 88. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/a170490.html>
7. Reforma a la Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación, 14 de junio de 1991. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/LGS_ref03_14jun91_ima.pdf

8. Reforma a la Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación, 31 de mayo de 2000. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/LGS_ref06_31may00.pdf
9. Reglamento sobre Consumo de Tabaco. Diario Oficial de la Federación, 27 de julio de 2000. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rsct.html>
10. Reglamento para la Protección a los No Fumadores. Gaceta Oficial del Distrito Federal, 6 de agosto de 1990. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/r060890.html>
11. Reglamento para la Protección de los No Fumadores. Gaceta de Gobierno del Estado de México, 8 de mayo de 1991. Disponible en: <http://www.edomex.gob.mx/legistelfon/doc/pdf/rgl/vig/rglvig289.pdf>
12. Ley que Protege los Derechos de los no Fumadores en el Estado de Baja California. Periódico Oficial del 6 de octubre de 1995, última reforma publicada el 19 de agosto de 2005. Disponible en: http://www.congresobc.gob.mx/contenido/LegislacionEstatal/Parlamentarias/TomosPDF/Leyes/TOMO_VI/Leynofum.pdf
13. Ibáñez-Hernández NA, Disposiciones jurídicas sobre la protección de los fumadores en los estados de la República Mexicana. En: Valdés-Salgado R, Lazzano-Ponce EC, Hernández-Avila M, Primer informe sobre el combate al tabaquismo. México ante el Convenio Marco para el Control del Tabaco, México: INSP, 2005:149-160. Disponible en: http://www.insp.mx/images/stories/Produccion/pdf/100722_cp27.pdf
14. Ley de Protección a la Salud de los no Fumadores del Distrito Federal. En: la Gaceta Oficial del Distrito Federal, el 29 de enero de 2004. Disponible en: <http://www.poderjudicialdf.gob.mx/work/models/PJDF/PDFs/Legislacion/Leynofumadores.pdf>
15. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9243591010.pdf>
16. Partes del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Disponible en: http://www.who.int/fctc/signatories_parties/es/index.html
17. Directrices sobre la protección contra la exposición al humo de tabaco. Disponible en: http://www.who.int/fctc/cop/art%208%20guidelines_spanish.pdf
18. Iniciativa por la que se crea la Ley General para el Control del Tabaco, y se derogan diversos artículos de la Ley General de Salud, presentada el 31 de agosto de 2007. Disponible en: <http://gaceta.diputados.gob.mx/>
19. Dictamen de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, con proyecto de decreto que expide la Ley General para el Control del Tabaco, y deroga y reforma diversas disposiciones de la Ley General de Salud, del 6 de diciembre de 2007. Disponible en: <http://gaceta.diputados.gob.mx/>
20. Ley General para el Control del Tabaco, Diario Oficial de la Federación, el 30 de mayo de 2008. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGCT.pdf>
21. Artículo 6, fracción 10 de la Ley General para el Control del Tabaco. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGCT.pdf>
22. Artículo 27, fracción II de la Ley General para el Control del Tabaco. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGCT.pdf>
23. Organización Mundial de la Salud. FCTC/COP1(15). Elaboración de directrices para la aplicación del Convenio. En: Conferencia de las Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Primera reunión. Decisiones y documentos complementarios. Ginebra, Suiza: OMS, 2006. Disponible en: http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop1/cop1_06_cd_decisionsdocumentsauxiliaires-sp.pdf
24. Gaceta Oficial del Distrito Federal, 4 de marzo de 2008, décima séptima época, núm. 287. Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Estatal/DISTRITO%20FEDERAL/Oficios/DFOF01.pdf>
25. Decreto 078. Disponible en: http://www.congresotabasco.gob.mx/60legislatura/transparencia/2008/pdfs/decretos_pdfs/decreto078.pdf
26. Reglamento de la Ley General para el Control del Tabaco. Diario Oficial de la Federación. 31 de mayo de 2009. Disponible en: <http://www.interamericanheart.org/ficmexico/wp-content/uploads/2009/06/reglamento-lgct-31-mayo.pdf>
27. Acción de Inconstitucionalidad 119/2008. Disponible en: <http://ius.scjn.gob.mx/paginas/DetalleGeneralScroll.aspx?id=21909&Clase=DetalleTesisEjecutorias>
28. Seminario Judicial de la Federación y su Gaceta. 9ª época, t. xxxi, febrero 2010, p. 2322 [registro 165224], tesis disponible en: <http://200.38.163.161/UnaTesisInkTmp.asp?nlus=165224&cPalPm=LEYES,LOCALES,EN,MATERIAS,CONCURRENTES,&cFrPm=>
29. Seminario Judicial de la Federación y su Gaceta. 9ª época, t. xxxiii, enero 2011, p. 2419 [registro 40523], tesis disponible en: <http://200.38.163.161/UnaTesisInkTmp.asp?nlus=165339&cPalPm=ASAMBLEA,LEGISLATIVA,&cFrPm=>
30. Seminario Judicial de la Federación y su Gaceta. 9ª época, T. XXXI, febrero 2010, p. 2313 [registro 165338], tesis 7/2010. Disponible en: <http://200.38.163.161/UnaTesisInkTmp.asp?nlus=165338&cPalPm=ASAMBLEA,LEGISLATIVA,&cFrPm=>
31. Ley General para el Control del Tabaco, Diario Oficial de la Federación, 30 de mayo de 2008, p. 13. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGCT.pdf>
32. Reglamento de la Ley General para el Control del Tabaco, publicado en el Diario Oficial de la Federación, del 31 de mayo de 2009, p. 14. Disponible en: <http://www.interamericanheart.org/ficmexico/wp-content/uploads/2009/06/reglamento-lgct-31-mayo.pdf> [consultado en 2010].
33. Reglamento de Protección contra la Exposición al Humo de Tabaco. En: Periódico Oficial del Estado de Baja California. 19 de noviembre de 2010. Disponible en: <http://www.tecate.gob.mx/sindicatura/reglamentos/REGTO%20DE%20PROTECCION%20CONTRA%20LA%20EXPOSICION%20AL%20HUMO%20DE%20TABACO%20EN%20TECATE/SECC-I-19-11-2010%20-%20reglamento.pdf>
34. Emerson Elizabeth, MA. En colaboración con la Sección de Control del Consumo de Tabaco del Departamento de Servicios de Salud de California. Organización Panamericana de la Salud, mayo 2001. Disponible en: <http://www.interamericanheart.org/aliar/archivos/08-52california-espaxol-2001.pdf>
35. Decreto por el que se expide la Ley de Protección contra la Exposición Frente al Humo del Tabaco del Estado de Morelos, publicado el 14 de diciembre de 2011 en el Periódico Oficial "Tierra y Libertad". Disponible en: <http://periodico.morelos.gob.mx/periodicos/2011/4939.pdf>
36. Dictamen de la Comisión Permanente de Salud y Asistencia de la Ley para la Protección de los No Fumadores del Estado de Veracruz, Gaceta Parlamentaria del 22 de diciembre de 2011. Disponible en: <http://www.legisver.gob.mx/gaceta/gacetaLXII/GACETA74.pdf>
37. Gaceta Oficial del Estado de Veracruz del 11 de enero de 2012, tomo CLXXXV, núm. ext. 13. Disponible en: <http://www.veracruz.gob.mx/conoce-al-gobierno/gaceta-oficial/consulta-la-gaceta-oficial/>
38. Gaceta Parlamentaria del 12 de junio de 2012, tomo II, núm. 0212, segundo periodo ordinario, segundo año. Disponible en: <http://www.congresoac.gob.mx/coz/images/uploads/20120612120607.pdf>
39. Seminario Judicial de la Federación y su Gaceta. 9ª época, T. XXV, abril 2007, p. 6 [registro 172650], tesis IX/2007. Disponible en: <http://200.38.163.161/UnaTesisInkTmp.asp?nlus=172650&cPalPm=TRATADOS,INTERNACIONALES,SON,PORTE,INTEGRANTE,DE,LA,LEY,SUPREMA,&cFrPm=>
40. Reforma a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en materia de Derechos Humanos. Diario Oficial de la Federación del 10 de junio de 2011, Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/dof/CPEUM_ref_194_10jun11.pdf
41. Iniciativa que reforma y adiciona diversos artículos de la Ley General para el Control del Tabaco. Gaceta Parlamentaria, núm. 293 del jueves 20 de octubre de 2011. Disponible en: http://www.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/61/3/2011-10-20-1/assets/documentos/inic_Tabaco.pdf

Ambiente 100% libre de humo de tabaco, caso exitoso en la Ciudad de México

Armando Ahued Ortega⁽¹⁾

La Ciudad de México tiene una población aproximada de 8.5 millones de habitantes, de acuerdo con el censo nacional de población del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI, la Encuesta Nacional de Adicciones 2008 señala que 53.5% de la población del Distrito Federal entre 18 y 65 años, cerca de tres millones de personas, ha probado alguna vez en su vida el cigarro, esto corresponde a 68.2% de los hombres y 40.7% de las mujeres entrevistadas.

La encuesta señala los 17.1 años como edad promedio de inicio de consumo de tabaco en la población de 18 a 65 años; cuyas razones más importantes para hacerlo fueron: la *curiosidad* 56.2%, la *convivencia con fumadores* 34.5% y *otras razones* 9.3% (figura 1).

El 37.3% de los encuestados nunca han fumado; cerca de un millón 212 mil residentes del Distrito Federal, reportaron estar expuestos al humo de tabaco ambiental; mientras que 42.3% de los adolescentes, reportaron la misma exposición, que representan cerca de 274 mil adolescentes.

Respecto del establecimiento de espacios libres de humo de tabaco en lugares públicos, los participantes estuvieron mediana o completamente a favor de que esta política pública sea establecida en restaurantes y otros lugares en donde se expen-

den alimentos, 90%; en cines y otros lugares de espectáculos 90.7%; en bares y otros lugares en donde se venden bebidas con alcohol, 65.5%; en hospitales y centros de atención a la salud, 94.7%; en lugares de trabajo 89%; en el transporte público, 93.2%. El 88.1% de las personas encuestadas, estuvo completa o medianamente de acuerdo en la prohibición del consumo de tabaco en cualquier lugar cerrado (figura 2).

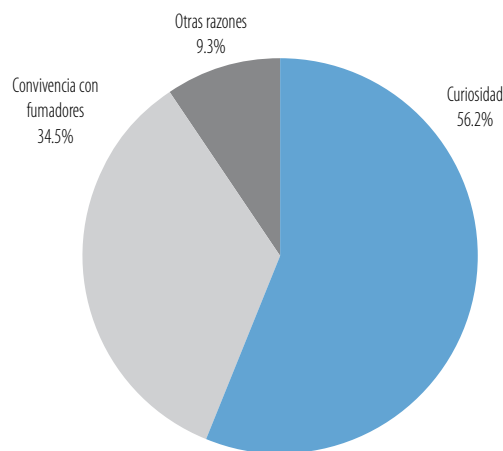


FIGURA 1. Razones de inicio de consumo de tabaco, Ciudad de México

(1) Secretario de Salud del Distrito Federal

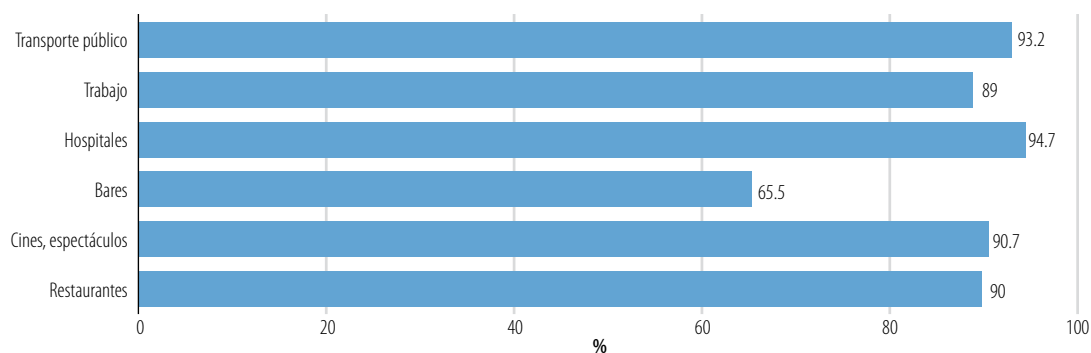


FIGURA 2. Aceptación de establecimientos de espacios 100% libres de humo de tabaco

Legislación para la protección a la salud de los no fumadores

Ley de Protección a la Salud de los no Fumadores en el Distrito Federal, publicada el 29 de enero de 2004, ha tenido diversas reformas, las más recientes corresponden a:

- El 1 de noviembre de 2007, permite área para fumadores y no fumadores; complementada en las reformas del 11 de enero de 2008, de la entonces Ley para el Funcionamiento de Establecimientos Mercantiles, publicada el veintiocho de febrero del 2002, designando como máximo 30% del espacio, como área para fumadores.
- La Asamblea Legislativa del Distrito Federal, reforma nuevamente la Ley de Protección a la Salud, el 4 de marzo de 2008, que prohíbe fumar en espacios cerrados de acceso público; dando prioridad a la creación de espacios 100% libres de humo de tabaco. Esta reforma entra en vigor el 3 de abril de 2008, y el reglamento de la ley, publicado el 4 de abril, se encuentra en vigor a partir del día 7 del mismo mes y año.
- El 26 de enero de 2009, se publica en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, el decreto por el cual se abroga la Ley para el Funcionamiento de Establecimientos Mercantiles del Distrito Federal y se crea la Ley de establecimientos mercantiles del Distrito Federal, en vigor desde el 25 de febrero del 2009, en la que reafirma la prohibición de fumar en espacios cerrados de acceso público, permitiendo fumar en áreas de servicio al aire libre siempre y cuando el humo no invada los espacios cerrados de acceso al público. Asimismo, prohíbe a los propietarios y

dependientes realizar, permitir o participar en la venta de productos del tabaco a los menores de edad; venta de cigarrillos por unidad suelta. La venta de los productos derivados del tabaco en billares, restaurantes, establecimientos de hospedaje, salas de cine, teatros y auditorios; establecimientos que únicamente vendan alimentos preparados, establecimientos en cuya localidad se distribuya y/o se venda en envase abierto y/o se consuman bebidas alcohólicas. (figura 3)

Programa para la atención del tabaquismo

Se desarrolla en la Secretaría de Salud del Distrito Federal, a través de acciones de promoción de espacios libres de humo de tabaco; orientación a la población para que se abstenga de fumar; detección temprana y atención oportuna del fumador.

Espacios libres de humo de tabaco

El secretario de Salud del Distrito Federal, desde 2008, giró instrucciones para que todas las unidades de salud de esta secretaría fueran 100% libres de humo de tabaco, que se cumplen en los 32 hospitales, 250 centros de salud, 32 unidades de especialidad médica, Centros de Atención Primaria a las Adicciones y dos unidades de atención toxicológica.

En relación con los establecimientos mercantiles, a partir del 2009 se han realizado visitas y entrega de reconocimientos a los responsables de los establecimientos que se han declarado 100% libres de humo de tabaco. Asimismo, inició la en-

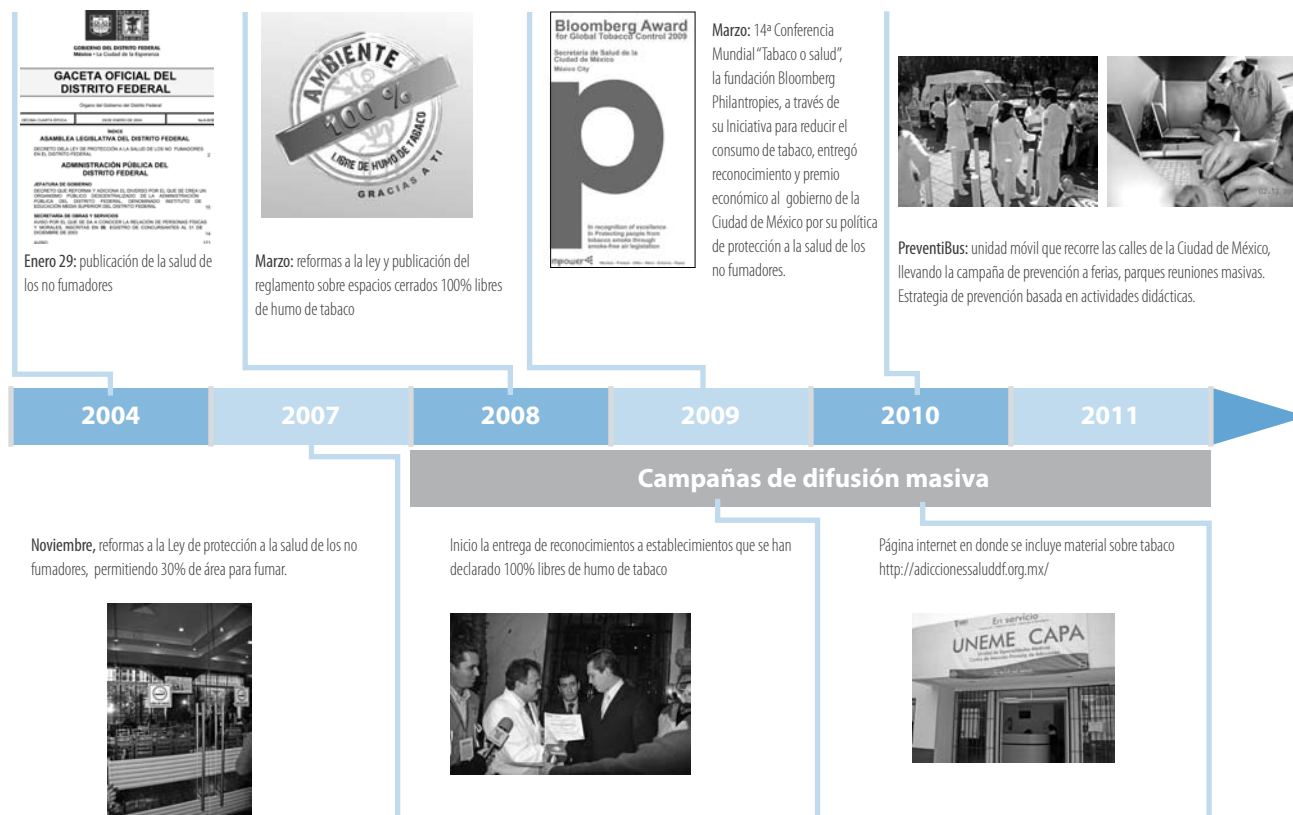


FIGURA 3. Reformas a la legislación y campañas de difusión masiva en la Ciudad de México, 2004-2011

trega de material de difusión a inmuebles urbanos del gobierno del Distrito Federal con el propósito de informar sobre los daños a la salud.

Orientación a la población; campañas de difusión masiva

Sustentada en la prevención de consumo, riesgos atribuibles al uso y abuso del tabaco y daños a la salud por inhalar el humo desprendido de su combustión, tanto a quienes fuman como a las personas que les rodean.

La campaña en 2008, se realizó en diferentes etapas contando con material cuyo contenido alude al daño ocasionado por consumo; promoción de ambiente libre de humo de tabaco; y cesación de fumar; el personal responsable del programa participó en las emisiones de radio: IMER y "Familia DIF, Familia DF"; en el Canal 11 y TV UNAM Canal 22, así como en la conferencia para difundir la ley a responsables de las clínicas de tabaco de Centros de Integración Juvenil. En marzo de 2008 la cam-

paña inició en el Sistema de Transporte Público de la Ciudad de México; se entregaron carteles y trípticos en instituciones, asociaciones, hospitales y escuelas que lo solicitaron como resultado de la difusión en inmuebles urbanos del gobierno del Distrito Federal. "Gracias a Ti", en esta etapa de la campaña se sumaron al diseño y financiamiento del material promocional, unificando criterios: Comunicación Social de la Jefatura de Gobierno, Asamblea Legislativa, Consejo Nacional contra las Adicciones, Fundación Interamericana del Corazón, Caedro y World Lung Foundation (figura 4).

Con la entrada en vigor de la Ley de Protección a la Salud de los no Fumadores en el Distrito Federal se dio inicio al programa de promoción a la ley, la estrategia en esta etapa se basó en el trabajo a través de brigadas en los establecimientos más concurridos por los fumadores como lo son restaurantes, restaurantes-bar y cantinas. A partir del mes de abril de 2008 las brigadas cubrieron los turnos diurno y nocturno. Participaron también promotores de la salud responsables de los



FIGURA 4. Campañas de difusión masiva de orientación a la población para la prevención del consumo de tabaco, riesgos atribuibles al uso y abuso del tabaco y daños a la salud por inhalación, tanto a los fumadores como a las personas que los rodean

servicios en unidades móviles de la Secretaría de Salud denominadas Medibuses, quienes trabajaron directamente en centros comerciales.

La intención de trabajar bajo este esquema no era sólo promover el cumplimiento de la normativa, sino lograr un acercamiento con la ciudadanía a fin de resolver dudas, recibir comentarios y sobre todo conocer la percepción y reacciones de fumadores, no fumadores y trabajadores de bares y restaurantes ante esta medida.

La promoción fue realizada por brigadas conformadas con el personal verificador sanitario, trabajadores sociales, epidemiólogos y promotores de salud de las 16 jurisdicciones sanitarias y se propagó en las 16 delegaciones políticas; los recorridos fueron determinados por las zonas de mayor concentración de corredores comerciales y establecimientos, con la finalidad de ampliar la cobertura de promoción a los giros que sólo operan por las noches por los principales corredores en donde se ubican restaurantes, bares y los llamados “antros”, se organizaron recorridos nocturnos de jueves a sábado en un horario de 21:00 a 24:00 horas.

Fueron visitados más de 21 mil establecimientos: restaurantes, restaurantes-bar, cantinas, hoteles y cocinas económicas. Sin embargo, fue tan grande el impacto de la promoción que se visitaron también: tiendas de abarrotes, farmacias, panaderías, vulcanizadoras, escuelas, consultorios médicos y una amplia diversidad de giros de establecimientos. Las brigadas informaron de la entrada en vigor de la ley a más de 53 mil personas, gran parte de las personas informadas felicitaron a la Secretaría de Salud del Distrito Federal por el trabajo realizado

en favor del respeto de los no fumadores; se hizo entrega de más de 210 mil piezas de material de difusión que incluyó pulseras, trípticos, carteles, calcomanías y caballetes (figura 5).

En la promoción de la campaña se contó con la participación de los integrantes del Sistema de Transporte de la Ciudad de México (Sistema Colectivo Metro, Metrobús y Red de Transporte Público); en los meses de marzo y abril, las radiodifusoras emitieron mensajes alusivos al ambiente 100% libre de humo de tabaco (Grupo Radiomil, Televisa Radio, Grupo Radio Fórmula); se hizo la inserción de audio sobre mensajes alusivos al bienestar de espacios libres de humo de tabaco en el servicio de localización telefónica Locatel, el conmutador de la Secretaría de Salud del Distrito Federal y las áreas comunes de Unidades de Salud.

En coordinación con la Fundación Mundial del Pulmón, se lanzó la etapa “Porque todos respiramos lo mismo” la cual promovió los espacios libres de humo en vallas, espectaculares, periódicos, televisión y radio (figura 6).

En 2009, en colaboración con la Fundación Interamericana del Corazón, México, se lanzó la campaña “Más Vida” celebrando un año de que la Asamblea Legislativa del Distrito Federal aprobara las reformas a la legislación, se integró por promocionales de los espacios libres de humo de tabaco: portavasos, plumas, pastillas de menta; carteles relativos a la protección de las mujeres embarazadas; carteles que muestran las etapas de la vida y trípticos dirigidos a responsables de establecimientos mercantiles; distribuidas más de 85 mil piezas; la entrega de este material fue a

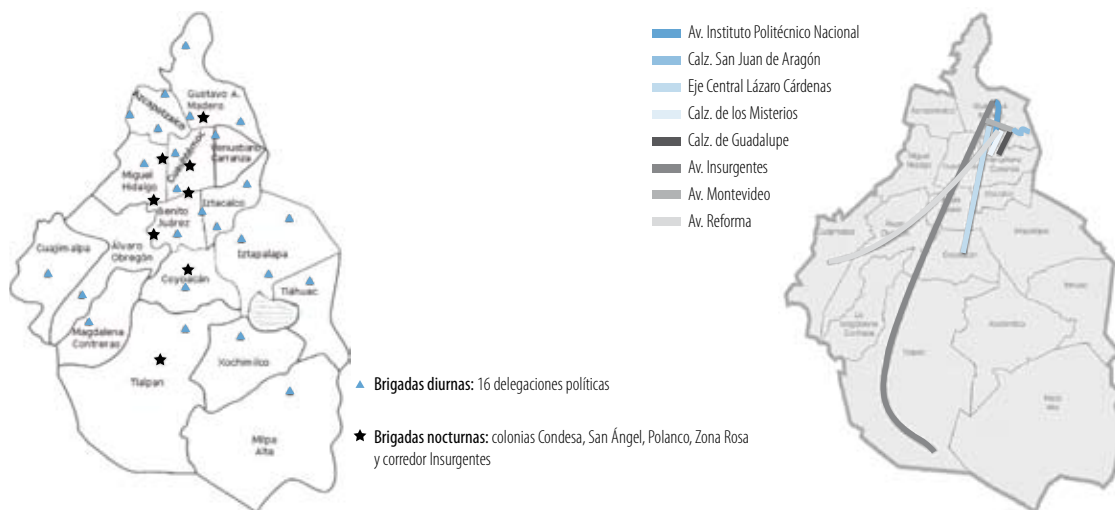


FIGURA 5. Recorridos realizados por las brigadas en una estrategia de información de la ley de protección a los no fumadores en la Ciudad de México, 2008



FIGURA 6. Se lanzó una campaña “Porque todos respiramos lo mismo” que promovió los espacios libres de humo de tabaco

través de las brigadas que realizaron recorridos por establecimientos de la Zona Rosa, colonia Condesa y zona del Zócalo capitalino (figura 7).

En 2010, con el ánimo incluyente y el firme propósito de llegar a sectores de la población específicos, la campaña de tabaco incluyó un cuadernillo con mensaje en Braille e iconografía de la

Lengua de Señas Mexicana, que contiene consejos para dejar de fumar (figura 8).

Como una estrategia de motivación, se diseñó el tríptico “Una olfateada a la salud” que señala los daños que el humo de cigarro ocasiona a las mascotas. La Federación Canófila Mexicana, y el Cooperativo +Kota, promovió el material en sus actividades y tiendas respectivamente (figura 9).

Respecto al público infantil, se elaboró un par de trípticos, con el fin de motivar a proteger la salud de los menores en hogares y automóviles, señala que los niños son imitadores por naturaleza, particularmente de lo que ven de sus padres, por lo que la influencia para fumar o no, también es parte de su formación; incluye *tips* para lograr la protección de los menores como por ejemplo: eliminar los ceniceros en casa e informar a sus invitados que al interior del hogar no se fuma, y solicitar que lo hagan en áreas abiertas (figura 10).

Se lanzó otra serie de trípticos y cartel dirigido a la promoción de espacios laborales libres de humo de tabaco y aplicación de la normatividad, señalan que los beneficios de eliminar el consumo del tabaco repercute positivamente en los costos de las empresas, disminuyendo el ausentismo en áreas de trabajo, descendiendo los riesgos laborales vinculados con el consumo del cigarro y mejorando el clima laboral (figura 11).



FIGURA 7. Campaña “Más Vida” con la Fundación Interamericana del Corazón, México, en 2009, celebrando un año de que la Asamblea Legislativa del Distrito Federal aprobara las reformas a la legislación de protección a los no fumadores



FIGURA 8. La campaña en 2010 en contra el tabaco incluyó un cuadernillo con mensaje en Braille e iconografía de la Lengua de Señas Mexicana, el cual contiene consejos para dejar de fumar



FIGURA 9. Como una estrategia de motivación, se publicó el tríptico “Una olfateada a la salud” el que señala los daños que el humo de cigarro ocasiona a las mascotas



FIGURA 10. Se imprimieron un par de trípticos, con el fin de motivar a proteger la salud de los menores en hogares y automóviles



FIGURA 11. Campaña para la promoción de espacios laborales libres de humo de tabaco y aplicación de la normatividad, señalando que los beneficios de eliminar el consumo del tabaco repercuten positivamente en los costos de las empresas, disminuyendo el ausentismo en áreas de trabajo, descienden los riesgos laborales vinculados con el consumo del cigarro y mejora el ambiente laboral

En coordinación con la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris), se imprimieron 500 mil calcomanías adheribles para: microbús, casa, hotel, restaurante, metrobús, bar, oficina, escuela, taxi, cine y hospital; distribuidas en el Distrito Federal a las instituciones, establecimientos y lugares para los que están destinados (figura 12).

Se realizó la segunda edición de material para responsables de establecimientos mercantiles, con breve descripción de la legislación aplicable; se diseñaron carteles sobre las consecuencias del consumo y los componentes del cigarro, señalan que la combustión del tabaco contiene más de cuatro mil sustancias entre las que destacan: químicos que provocan cáncer, metales tóxicos y gases venenos; asimismo el cartel dirigido a las mujeres “¿Sabías que en la Ciudad de México, una de cada cuatro chavas piensa que se ve bonita cuando fuma?” (figura 13).



FIGURA 12. En coordinación con Cofepris se distribuyeron 50 mil calcomanías en el Distrito Federal, en las instituciones, establecimientos y lugares para que se colocaran en el interior de estos espacios

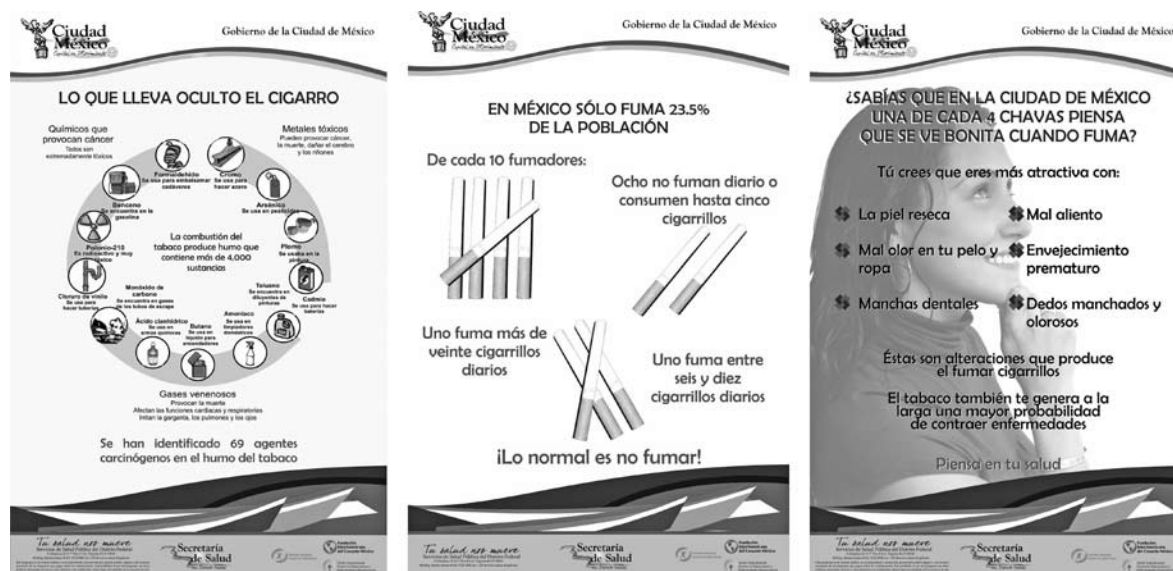


FIGURA 13. Campaña con carteles donde destacan las consecuencias del consumo y los componentes del cigarro, señalando que la combustión del tabaco contiene más de 4 000 sustancias entre las que se encuentran químicos que provocan cáncer, metales tóxicos y gases venenosos

Diversos programas para conmemorar el Día Mundial sin Tabaco

En 2008, con el fin de dar a conocer la política de 100% libre de humo de tabaco, se llevó a cabo un acto al aire libre en el Parque México, al que asistieron jóvenes y personas interesadas en el tema.

A dos años de las modificaciones a la Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores, en 2010, se realizó el Simposio Día Mundial sin Tabaco, en el que participaron ponentes con amplia experiencia en el tema de tabaco, daños asociados al consumo y exposición al humo.

En 2011, se celebró en conjunto con el Instituto Politécnico Nacional, el Foro de análisis, debate y construcción colectiva de soluciones en espacios públicos ilibres de tabaco!, donde se contó con la participación de representantes de dependencias gubernamentales, instituciones educativas y alumnos con un enriquecedor debate estudiantil; se presentaron las exposiciones: “Lo mono del fumador” y “Entre colillas”, del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

Actividades de promoción de la salud

Se asiste a actos masivos, donde se brinda información, se entrega material impreso y se aplican

cédulas de tamizaje para detectar consumo y referir oportunamente. Con el objetivo de sensibilizar sobre las consecuencias del abuso de alcohol y tabaco, en 2008, se creó un sociodrama dirigido a jóvenes, el cual se presentó en escenarios abiertos.

PreventiBus

A partir de 2010, con los recursos obtenidos del Premio Bloomberg, se adquirió una unidad móvil, llamada “PreventiBus”, que recorre las calles de la Ciudad de México, lleva la campaña de prevención a ferias, parques y actos masivos. Es una estrategia de prevención basada en juegos didácticos para hacerla amena y comprensible a niños y adolescentes; cuenta con material didáctico, un video y un videojuego “Bruno contra el humo” que apoyan la promoción de la Ley de Protección a los no Fumadores. Adicionalmente cuenta con espirómetros y se aplica tamizaje para detección temprana y referencia de casos (figura 14).

Página de internet

Entró en funcionamiento la página de internet diseñada para jóvenes, pero accesible a todo público, en donde se incluye material sobre tabaco.



FIGURA 14. “PreventiBus”, recorre las calles de la Ciudad de México, cuenta con material didáctico, un video y un videojuego “Bruno contra el humo” que apoyan la promoción de la Ley de Protección a la salud de los No Fumadores. Cuenta con espirómetros y se aplica tamizaje para detección temprana y referencia de casos

Cuenta con espacios de discusión sobre temas de adicciones “Blog”. <http://adiccionessaluddf.org.mx/> (figura 15).

Detección y atención del tabaquismo

Con el propósito de brindar asesoría especializada a los fumadores para lograr abandonar el hábito de fumar, se impulsa en la Secretaría de Salud el programa de atención del tabaquismo, el cual incluye la promoción de la salud a través de la orientación a la población sobre los riesgos por el consumo de tabaco, la exposición al humo y los beneficios de abandonarlo.

Desde 2008 se tiene en operación 16 clínicas de tabaquismo, a la fecha más de 100 mil pacientes han recibido atención integral y se han impartido más de cuatro mil 500 pláticas a más de 90 mil usuarios de los servicios de salud. Entre marzo y abril del 2009, entraron en funciones 32 Unidades de Especialidad Médica, Centros de Atención Primaria en Adicciones, Uneme, CAPA, las cuales dentro de sus actividades realizan talleres, pláticas y sesiones de orientación a fin de sensibilizar a la población sobre los riesgos de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas; así como los beneficios de abandonar el consumo.

Reconocimientos

Diferentes organismos internacionales han reconocido y muestran interés en aprender sobre las acciones realizadas por la secretaría, en cuanto al



FIGURA 15. Como parte de la campaña de protección de la salud se creó una página en Internet diseñada para jóvenes, accesible a todo público, en donde se incluye información sobre tabaco. Cuenta con espacios de discusión sobre temas de adicciones “Blog” <http://adiccionessaluddf.org.mx/>

cumplimiento de la Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores en el Distrito Federal. Se recibió la visita del representante de la oficina del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, así como de una misión de OMS y OPS, quienes reconocieron los esfuerzos que se han realizado en materia de protección a la salud de los no fumadores.

Experiencia exitosa

En México, el trabajo de fomento al cumplimiento de la Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores que hemos expuesto, siendo la primera

regulación que establece los espacios 100% libres de humo de tabaco, fue reconocido como una de las experiencias exitosas por los logros en materia de prevención en el país y en su implementación (figura 16).

Premio Bloomberg Philantropies

En el marco de la 14 Conferencia Mundial Tabaco o salud, celebrado en la ciudad de Mumbai, en la India, el 9 de marzo de 2009, la Fundación Bloomberg Philantropies, a través de su programa para reducir el consumo de tabaco, entregó por primera vez reconocimientos y premios económicos a aquellas iniciativas que desarrollaron tecnologías, programas y normas para combatir los riesgos del humo del tabaco en fumadores y no fumadores (figura 17).

La Ciudad de México destacó entre los gobiernos premiados por su política de protección del humo



FIGURA 17. Premio al gobierno de la Ciudad de México. La fundación Bloomberg Philantropies, entregó por primera vez reconocimientos y premios económicos a aquellas iniciativas que desarrollaron tecnologías, programas y normas para combatir los riesgos del humo del tabaco en fumadores y no fumadores



FIGURA 16. Experiencia exitosa, el fomento al cumplimiento de la Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores, es la primera regulación en México que establece los espacios 100% libres de humo de tabaco

del tabaco, el gobierno del Distrito Federal recibió de la fundación internacional un reconocimiento por sus acciones emprendidas en el combate a las adicciones y por la protección a la salud de los no fumadores. El reconocimiento le fue entregado al secretario de Salud del Distrito Federal, doctor Armando Ahued Ortega, quien lo recibió a nombre del Jefe de Gobierno, Marcelo Ebrard Casaubón.

Estudios de caso

México, DF. Estudio de caso de una ciudad libre de humo de tabaco

La Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias, con el apoyo de Bloomberg Philantropies.

En 2009, el primer aporte de la experiencia de la Ciudad de México a los gobiernos del mundo, fue documentada por la Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias, la investigación evidenció la política pública 100% libre de humo de tabaco en la Ciudad de México, considerando al tabaquismo y la exposición involuntaria al humo del tabaco como problemas de salud pública que implican daños importantes a la salud de los individuos. Tomando como la legislación base la Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores de la Ciudad de México del 2004, de la que se derogaron artículos para transformar la proporción del 70 al 100% libre de humo de tabaco en 2008 cuyo objetivo fue lograr la disminución de la exposición al humo de tabaco de segunda mano en la población general, incluyendo todos los espacios públicos (figura 18).

Proyecto ciudades libres de humo. Ciudad de México: Estudio de caso de una política 100% libre de humo de tabaco. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud.

En 2010, en seguimiento de la aplicación de la legislación del Distrito Federal, la OPS-OMS, realizó la investigación documental basada en la experiencia de la Ciudad de México en el diseño, aprobación e implementación de la política pública 100% libre de humo de tabaco. El estudio de caso, se realizó con base en la revisión de diversas fuentes documentales y entrevistas con personalidades clave (figura 19).

Diversos artículos en la revista Salud Pública de México

El Instituto Nacional de Salud Pública presentó, en ocasión del Día Mundial sin Tabaco 2008, el *suplemento especial de Salud Pública de México*, en el cual se publicaron artículos que hacen referencia al caso de la Ciudad de México: espacios 100% libres de humo: una realidad en el Distrito Federal, Xiuh Guillermo-Tenorio. Leyes que

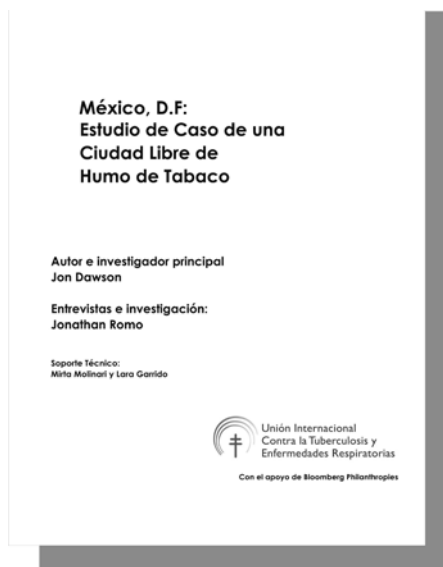


FIGURA 18. México, DF: estudio de caso de una ciudad libre de humo de tabaco, Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias, con el apoyo de Bloomberg Philanthropies

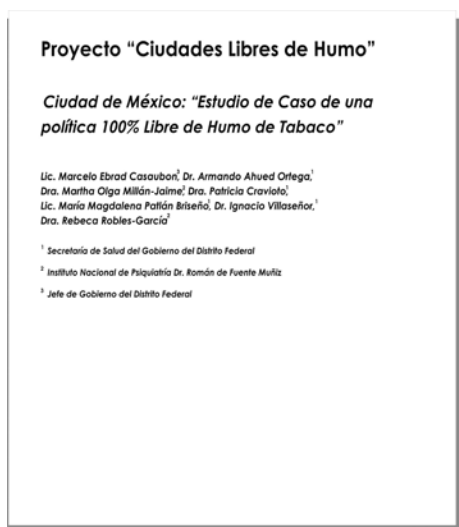


FIGURA 19. Proyecto ciudades libres de humo. Ciudad de México: estudio de caso de una política 100% libre de humo de tabaco Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud

prohíben fumar en espacios cerrados en México, Raydel Valdés-Salgado, MS, MPH, Érika Ávila-Tang, PhD, MHS, Frances A Stillman, EdD, Heather Wipfli, PhD, Jonathan M Samet, MD, MS. Prohibición de fumar en lugares públicos y mercantiles: retos para implementar la ley en el Distrito Federal, Manuel Mondragón y Kalb (figura 20).

Atención a quejas

Con el propósito de atender dudas, quejas, sugerencias y canalizaciones a clínicas de tabaquismo y Centros de Atención Primaria a las Adicciones, a partir de abril de 2008, entraron en servicio los teléfonos: 51.32.09.18 y 51.32.09.00 extensión 1025 y el correo electrónico tabaquismo@salud.df.gob.mx.

A la fecha, se han atendido más de seiscientas llamadas, se espera que en la medida que la difusión de estas alternativas sea mayor, el número de usuarios se incremente.

Ciudad de México, julio 2012



FIGURA 20. Dentro las actividades de la divulgación y de la promoción de la salud, se publicaron diversos artículos en la revista *Salud Pública de México* 2008, Volumen 50, suplemento 3
 Xiuh Guillermo-Tenorio. “Espacios 100% libres de humo: una realidad en el Distrito Federal”
 Raydel Valdés-Salgado, MS, MPH, Érika Ávila-Tang, PhD, MHS, Frances A Stillman, EdD, Heather Wipfli, PhD, Jonathan M Samet, MD, MS. “Leyes que prohíben fumar en espacios cerrados en México”
 Manuel Mondragón y Kalb. “Prohibición de fumar en lugares públicos y mercantiles: retos para implementar la ley en el Distrito Federal”

Prohibición del tabaco en la publicidad e internet

La prohibición de la publicidad del tabaco: análisis jurídico

Francisco Javier Zenteno Barrios,⁽¹⁾ Horacio Montoya Key⁽²⁾

La suscripción del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco y la posterior publicación de la Ley General para el Control del Tabaco, constituyeron importantes avances en el cumplimiento de la obligación que tiene el Estado mexicano para dar plena vigencia al derecho a la protección de la salud.

No obstante los logros obtenidos, la evidencia en manos de las instituciones del sector salud permite observar que aún con las políticas públicas implementadas, se ha reducido la edad promedio de inicio en la adicción.¹

Por ello, para prevenir un retroceso en la aplicación de las políticas contra el consumo de tabaco, es necesario que los órganos competentes refuercen las medidas que actualmente se aplican o bien, implemente nuevas con el propósito de dar plena vigencia al derecho humano a la salud.

En este tenor, una de las medidas que se pretende impulsar es la que tiene que ver con el establecimiento de una prohibición total a la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco. Dicha medida representa modificar la Ley General para el Control del Tabaco en cuyos artículos 23 y 24 establecen una prohibición al patrocinio y una serie de restricciones a la publicidad y promoción del tabaco.

Este documento tiene como propósito realizar la descripción y el análisis del marco jurídico que

en nuestro país regula la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco. Comprende la identificación y análisis del fundamento constitucional de las políticas y disposiciones para el control del tabaco; de las previsiones que en la materia establecen el CMCT OMS, así como de la Ley General para el Control del Tabaco y su Reglamento. Comprende también una reflexión acerca de la importancia y los retos jurídicos que enfrentará una reforma legal que establezca la prohibición a la publicidad del tabaco, en el contexto actual de la protección de los derechos humanos como consecuencia de la reforma constitucional del mes de junio de 2011.

El fundamento constitucional

El análisis de toda norma jurídica implica necesariamente la identificación de los preceptos constitucionales que le dan fundamento. Esto es así porque la Constitución es la norma suprema dentro del orden jurídico que legitima y da validez al resto de las disposiciones jurídicas del Estado.²

Las normas de la Constitución son superiores dentro del orden jurídico debido a que éste no es un sistema en el que todas las normas tengan igual jerarquía, sino que existe un orden gradual, una especie de pirámide, en cuya base están las llamadas normas jurídicas individualizadas, como

(1) Socio fundador de la firma Zenteno, Lira, Mora y Asociados, SC

(2) Abogado asociado de la firma Zenteno, Lira, Mora y Asociados, SC

las sentencias, los contratos y otros actos jurídicos, encontrándose, posteriormente, en orden ascendente los actos administrativos con efectos jurídicos generales; reglamentos; leyes ordinarias, orgánicas y reglamentarias, así como tratados internacionales, hasta llegar al vértice de la pirámide en el que se encuentra la carta magna.

Esta supremacía que encuentra su fundamento en el artículo 133 constitucional deviene de dos razones esenciales; en primer lugar, porque las normas contenidas en la Constitución son el resultado de la decisión del poder Constituyente que, en un sistema democrático, es la fuente de legitimación del poder político y del orden jurídico y, en segundo lugar, porque en ella se expresan los contenidos esenciales de un Estado, es decir la organización del poder político y los derechos fundamentales de las personas.³

Para Riccardo Guastini las normas que prevé la Constitución son fundamentales dado que:⁴

- Regulan la organización del Estado y el ejercicio del poder estatal, así como la conformación de los órganos que ejercen esos poderes;
- Regulan la legislación, y
- Regulan las relaciones entre Estado y los ciudadanos (por ejemplo las normas que reconocen los derechos de libertad).

Para el doctor Miguel Carbonell esta superioridad deriva, cuando menos, del hecho de que la Constitución crea los poderes públicos del Estado; delimita sus funciones; recoge los procedimientos de creación normativa; incorpora los valores esenciales o superiores de la comunidad y reconoce los derechos humanos o derechos fundamentales que han de ser protegidos por los órganos del Estado.

Los derechos humanos o fundamentales que la Constitución ha reconocido, cuya observancia es indispensable para garantizar la validez constitucional de las otras normas del orden jurídico, tienen por objeto la protección de los intereses vitales de todo individuo, con independencia de sus gustos personales, de sus preferencias o de cualquier circunstancia que pueda caracterizar su existencia.⁵

Para Luigi Ferrajoli, esta clase de derechos son todos aquellos derechos de carácter subjetivo que corresponden universalmente a todos los seres humanos por el simple hecho de contar con la

calidad de personas, ciudadanos o de personas con capacidad de obrar.⁶

En el derecho internacional de los derechos humanos se ha reconocido que la salud es uno de los bienes más preciados por las personas, siendo indubitable que su protección es una de las tareas esenciales de los modernos Estados democráticos.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos ha reconocido en nuestro orden jurídico el derecho humano de la protección de la salud, tal y como se puede observar en el párrafo cuarto del artículo 4 de la Carta Magna, cuyo texto es el siguiente:

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

El derecho a la protección de la salud tiene por objeto proteger el bienestar físico y mental de los seres humanos para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades, así como a la prolongación y mejoramiento de la calidad de vida humana.⁷

En el Pacto de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se reconoce que entre las medidas que deben adoptarse para asegurar la plena efectividad de este derecho figuran la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole y la lucha contra ellas, así como la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

La protección de este derecho humano genera para los órganos del Estado mexicano dos tipos de obligaciones. Por un lado las constriñe a abstenerse de ejecutar actos y acciones que menoscaben la salud de los individuos y, por la otra, les manda desplegar acciones positivas para proteger, garantizar y promover la salud, ya sea emitiendo regulaciones e implementando políticas y programas orientados a disminuir o erradicar los factores de riesgo para la salud, o bien, proveer de servicios de salud a la población que lo requiera.

Para la Suprema Corte de Justicia de la Nación, las obligaciones que este derecho humano genera para los órganos del Estado se cumplen mediante

la realización de acciones concretas para proteger, garantizar y promover un estado de bienestar físico, psíquico y social que permita a los individuos desplegar al máximo sus potencialidades.⁸

En este contexto, si partimos de la evidencia científica aceptada de que el consumo de tabaco constituye uno de los principales riesgos para la salud de las personas, no queda duda de que para la protección del derecho humano a la salud, el Estado mexicano está obligado a implementar políticas y expedir normas jurídicas para prevenir y reducir el consumo del tabaco y de los productos que de él derivan

En el ámbito internacional se ha documentado que una de las medidas más apropiadas para prevenir o reducir el consumo del tabaco es la prohibición total de la publicidad, la promoción y el patrocinio de los productos tabaco o cuando menos su restricción sustantiva.

Por esta razón, podemos considerar que la expedición de normas jurídicas para prohibir o restringir la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco forma parte de las obligaciones que tiene el Estado mexicano para garantizar el debido respeto al derecho humano a la protección de la salud, por lo que es dable concluir que el fundamento constitucional de la prohibición de la publicidad, promoción y patrocinio de los productos del tabaco se encuentra en el artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Los fundamentos previstos en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco

La prohibición de la publicidad, promoción y patrocinio de los productos del tabaco también encuentra su fundamento en el CMCT OMS, cuyas disposiciones permean en el orden jurídico nacional de conformidad con lo previsto en el artículo 133 de la Constitución.

El Convenio Marco es un tratado internacional en el que el Estado mexicano asumió compromisos específicos para controlar el tabaquismo.

Entre otros aspectos, en el convenio se establecen compromisos relativos a la instrumentación de medidas encaminadas a la reducción de la demanda, entre las que destacan las concernientes a la utilización de la política fiscal; la protección contra la exposición al humo de tabaco ajeno; la

reglamentación del contenido de los productos de tabaco; la regulación del empaquetado y etiquetado, así como la prohibición de la publicidad, promoción y patrocinio.

Al respecto, en el artículo 13 del convenio, los Estados firmantes reconocieron expresamente que una prohibición total de la publicidad, la promoción y el patrocinio reduciría el consumo de productos de tabaco, por lo que asumieron el compromiso concreto de adoptar, de conformidad con su constitución o principios constitucionales, medidas administrativas y legislativas para eliminar eficazmente y de forma integral todo tipo de promoción, publicidad y patrocinio de los productos del tabaco.

Cabe señalar que en este artículo se pueden identificar dos clases de compromisos. Por una parte, están aquellos asumidos por los países cuyo régimen constitucional les permite adoptar medidas legales para prohibir totalmente la publicidad, promoción y patrocinio de los productos del tabaco, y por la otra, los que corresponden a los Estados que, en razón de sus disposiciones y principios constitucionales, están imposibilitados jurídicamente para imponer una prohibición total.

Los Estados que se encuentran en esta última condición se comprometieron a aplicar restricciones a toda forma de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco. Este es el caso de México cuya legislación vigente no contempla una prohibición total a la publicidad, promoción y patrocinio.

Ahora bien, el numeral 4 del artículo 13 del Convenio marco, señala que, como mínimo, los compromisos asumidos por los Estados respecto de la publicidad, promoción y patrocinio comprenderán:

- I. La prohibición de toda forma de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco que promueva un producto de tabaco por cualquier medio que sea falso, equívoco o engañoso en alguna otra forma o que pueda crear una impresión errónea con respecto a sus características, efectos para la salud, riesgos o emisiones;
- II. La obligación de que toda publicidad de tabaco y, según proceda, su promoción y patrocinio, vaya acompañada de una advertencia o mensaje sanitario o de otro tipo pertinente;
- III. La restricción al uso de incentivos directos o indirectos que fomenten la compra de productos de tabaco por parte de la población;

- IV. La obligación de revelar a las autoridades gubernamentales competentes los gastos efectuados por la industria del tabaco en actividades de publicidad, promoción y patrocinio aún no prohibidas, sólo en el caso de aquellos Estados que no impongan una prohibición total;
- V. La prohibición total o la restricción, según sea el caso, de la publicidad, la promoción y el patrocinio por radio, televisión, medios impresos y, según proceda, otros medios, como Internet,
- VI. La prohibición total o la restricción, según sea el caso, del patrocinio de acontecimientos y actividades internacionales o de participantes en las mismas por parte de empresas tabacaleras.

También se prevé la prohibición de las formas de publicidad, promoción y patrocinio transfronterizos de productos de tabaco que penetren en el territorio de los estados firmantes del convenio, así como la imposición de sanciones para la publicidad, la promoción y el patrocinio que se originen en su propio territorio.

Además se contempla la posibilidad de que las partes elaboren un protocolo en el cual se establezcan medidas apropiadas que requieran colaboración internacional para prohibir completamente la publicidad, la promoción y el patrocinio transfronterizos.

La regulación prevista por la Ley General para el Control del Tabaco y su Reglamento

Los compromisos asumidos por el Estado mexicano en el Convenio Marco, se incorporaron a nuestro orden jurídico mediante la Ley General para el Control del Tabaco, en lo sucesivo la Ley general, la cual fue publicada en el *Diario Oficial de la Federación*, el 30 de mayo de 2008.

La Ley general, tiene como objetivo proteger la salud de la población de los efectos nocivos del tabaco. Regula la orientación, educación, prevención, producción, distribución, comercialización, importación, consumo, publicidad, promoción, patrocinio, muestreo, verificación y, en su caso, la aplicación de medidas de seguridad y sanciones relativas a los productos del tabaco.

De manera previa al análisis de las disposiciones legales que regulan la publicidad, promoción y pa-

trocinio del tabaco conviene recordar la diferencia entre los vocablos “prohibición” y “restricción”.

El diccionario de la Real Academia Española, señala que el vocablo “prohibición” deriva del verbo “prohibir” implica la acción de vedar o impedir el uso o ejecución de algo; mientras que el verbo “restringir” implica ceñir, circunscribir, reducir a menores límites.

Juan Palomar de Miguel señala en su *Diccionario para juristas* que “prohibir” debe entenderse como el hecho de vedar o impedir el uso o ejecución de una cosa, mientras que “restringir” implica circunscribir, reducir o ceñir a límites más estrechos⁹

Como podemos observar no son iguales los alcances jurídicos de una prohibición y de una restricción, pues la primera impone la obligación expresa de abstenerse totalmente de realizar una acción, mientras que una restricción implica la realización de una actividad pero sujeta a los límites previstos por la propia norma, los cuales no pueden ser rebasados *so pena* de la imposición de las sanciones establecidas para el caso concreto.

Así las cosas, en el primer párrafo del artículo 23 de la Ley general, se establece categóricamente que está prohibido realizar toda forma de patrocinio como medio para posicionar los elementos de la marca de cualquier producto de tabaco o que fomente la compra y el consumo de productos del tabaco por parte de la población.

Debemos entender como patrocinio del tabaco a toda forma de contribución a cualquier acto, actividad o individuo con el fin, o el efecto de promover los productos del tabaco o el consumo de los mismos.

Por otra parte, en el segundo párrafo del artículo 23 se establece una restricción a la publicidad y promoción pues sólo podrán dirigirse a mayores de edad a través de revistas para adultos, comunicación personal por correo o dentro de establecimientos de acceso exclusivo para aquéllos. Asimismo, se establece que la industria, los propietarios y/o administradores de establecimientos donde se realice publicidad o promoción de estos productos deberán demostrar la mayoría de edad de los destinatarios de la misma.

Debemos entender como promoción y publicidad de los productos del tabaco a toda forma de

comunicación, recomendación o acción comercial con el fin, o el efecto de promover productos del tabaco, marca o fabricante, para venderlo o alentar su consumo, mediante cualquier medio, incluidos el anuncio directo, los descuentos, los incentivos, los reembolsos, la distribución gratuita, la promoción de elementos de la marca mediante eventos y productos relacionados, a través de cualquier medio de comunicación o difusión.

El artículo 24 prohíbe emplear incentivos que fomenten la compra de productos del tabaco y prohíbe que puedan distribuirse, venderse u obsequiarse, directa o indirectamente, artículos promocionales que muestren el nombre o logotipo de productos del tabaco.

De lo anterior se desprende que más que una prohibición total, en la legislación vigente lo que existe es una suerte de restricción a la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco, en los siguientes términos:

- I. Existe una prohibición expresa respecto del patrocinio, como medio para posicionar los elementos de la marca de cualquier producto de tabaco;
- II. Se restringe la publicidad a los mayores de edad, solamente en revistas para adultos, comunicación personal por correo o dentro de establecimientos de acceso exclusivo para aquéllos;
- III. Se prohíbe vender, distribuir y obsequiar artículos promocionales con el nombre o logotipo de productos del tabaco, y
- IV. Se excluye la publicidad en medios de comunicación distintos a los señalados anteriormente.

La regulación prevista en el Reglamento de la Ley General para el Control del Tabaco

El Reglamento de la Ley General para el Control del Tabaco publicado en el *Diario Oficial de la Federación*, el 31 de mayo de 2009 y establece los términos jurídicos que permiten operar las restricciones que establecen los artículos 23 y 24 de la Ley general, respecto de la publicidad y promoción de los productos del tabaco.

En dicho ordenamiento existe un capítulo específico denominado “publicidad” y “promoción”, cuyos artículos 40, 41, 42, 44 y 47 establecen las siguientes restricciones a que deberá sujetarse la publicidad:

- I. La publicidad de productos del tabaco sólo podrá realizarse en revistas para adultos, comunicación personal por correspondencia, conforme a lo establecido por la Ley del Servicio Postal Mexicano, así como dentro de los lugares de acceso exclusivo para adultos.
- II. La publicidad expuesta dentro de establecimientos de acceso exclusivo para adultos se realizará en medios impresos.
- III. La publicidad difundida en el territorio nacional, independientemente de su procedencia, se ajustará a lo dispuesto en la ley, el reglamento y demás disposiciones legales aplicables.
- IV. La publicidad que se difunda en el territorio nacional se presentará únicamente en idioma español y se referirá exclusivamente al producto de tabaco de que se trate.
- V. En cualquier publicidad, si de manera figurativa aparece un paquete de cualquier producto del tabaco, deberá cumplirse con los mensajes sanitarios y pictogramas, así como ajustarse a los requisitos sanitarios establecidos en la ley, el reglamento y demás disposiciones legales aplicables.

El artículo 43 establece que la publicidad y promoción de los productos del tabaco:

- I. No deberán inducir a conductas, prácticas o hábitos relacionados con el consumo de productos de tabaco.
- II. No deberán indicar o inducir a creer explícita o implícitamente que el producto cuenta con los ingredientes o las propiedades de los cuales carezca;
- III. No deberán indicar que un producto es menos nocivo que otro en razón de sus emisiones, ingredientes o las propiedades de los cuales carezca, y
- IV. No deberán ser falsas, equívocas o engañosas, ni crear la impresión errónea respecto de las características, efectos en la salud, riesgos y emisiones.
- V. No deberán desvirtuar ni contravenir las disposiciones en materia preventiva y educativa.

En términos del artículo 46, se considerará que la publicidad induce a una falsa apreciación con respecto a los productos del tabaco, cuando, de manera enunciativa más no limitativa:

- I. Induzca al error o confusión;
- II. Exagere las características o propiedades de los productos;
- III. Indique o sugiera que el uso del producto es factor para modificar la conducta, las características físicas, intelectuales, económicas o sexuales de los individuos, en general, o de los personajes reales que se incluyen en el mensaje, y
- IV. Establezca comparaciones entre productos.

Finalmente, el artículo 48 establece que se entenderá que la publicidad de productos del tabaco incentiva su consumo cuando:

- I. Los productos del tabaco se presenten como promotores de éxito, bienestar o salud;
- II. Se les atribuya a los productos del tabaco directa o indirectamente propiedades sedantes, estimulantes, desinhibidoras o que induzcan a conductas de riesgo;
- III. Se asocien directa o indirectamente con alimentos y bebidas u otros bienes o servicios;
- IV. Se haga uso de términos absolutos, categóricos o superlativos;
- V. Se dirija a menores de edad;
- VI. Se utilicen dibujos animados, personajes virtuales, ficticios o caricaturas;
- VII. Participen en el mensaje personas menores de 18 años, o se asocie con actividades, conductas o caracteres propios de jóvenes menores de esta edad;
- VIII. Se transmitan imperativos que induzcan directa o indirectamente al consumo;
- IX. Se consuman productos de tabaco directa o indirectamente;
- X. Se asocie con ideas o imágenes atléticas, deportivas o de popularidad, y
- XI. Se promuevan a través de sorteos, rifas, concursos o coleccionables, programas de recompensas, descuentos y otros eventos en donde intervenga el azar.

Aplicación y vigilancia de las normas en materia de publicidad, promoción y patrocinio

En términos generales, la aplicación y vigilancia de la Ley general, su reglamento y demás disposiciones corresponde a la Secretaría de Salud, así como a los gobiernos de las entidades federativas

de conformidad con los acuerdos de coordinación que se suscriban.

De manera concreta en la materia que nos ocupa, cuando en ejercicio de sus facultades de vigilancia la autoridad detecte alguna publicidad que no reúna los requisitos exigidos por el reglamento, deberá integrar un informe de verificación que servirá de soporte para la imposición de las sanciones relativas. El artículo 76 del reglamento señala los elementos que deberán considerarse en la integración de dicho informe.

Asimismo, la autoridad podrá instruir la ejecución de medidas de seguridad cuyo objetivo será, entre otros, la suspensión de la publicidad, ya sea de forma parcial o total o permanente; el aseguramiento de publicidad y del equipo que se utilice para su fabricación o distribución; la destrucción de publicidad, y el retiro del mercado.

El artículo 48 fracción III de la Ley general, señala que la infracción a la prohibición del patrocinio y a las restricciones en materia de publicidad y promoción previstas en el artículo 23, se sancionarán con multa que va de cuatro mil hasta diez mil veces el salario mínimo general diario vigente en la zona económica de que se trate. En caso de reincidencia se duplicará el monto de dicha multa.

Debemos señalar que la instancia competente para imponer las sanciones que procedan por la infracción a las normas en materia de publicidad, promoción y patrocinio es la Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris), tal y como lo establece el artículo 80 del reglamento.

Hacia una prohibición total de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco

En la Ley general y su reglamento se prevén una prohibición a las actividades de patrocinio de los productos del tabaco y una serie de restricciones a su publicidad y promoción, con lo que podemos considerar que nuestro marco jurídico no contempla una prohibición total.

De hecho, como lo vimos líneas arriba, el artículo 13 del Convenio Marco, establece la posibilidad de que los Estados firmantes sólo impongan restricciones a la publicidad, promoción y patrocinio cuando su marco jurídico constitucional no permita el establecimiento de una prohibición total.

Sin embargo, la reforma constitucional publicada 10 de junio de 2011, de cuyo texto se desprende una nueva dimensión en la obligación que tienen los órganos del Estado de respetar y dar plena vigencia a los derechos humanos, nos obliga a replantear los alcances actuales del marco jurídico con el propósito de establecer una prohibición total a la publicidad, promoción y patrocinio que otorgue plena vigencia al derecho humano a la salud frente a los riesgos que genera el consumo de productos del tabaco.

Esto es importante, toda vez que como señalan las directrices del artículo 13 del Convenio Marco, está demostrado que una restricción a la publicidad y promoción no es efectiva para reducir la demanda de tabaco, ya que la comunicación mercadotécnica contemporánea tiene un enfoque integrado de la publicidad y la promoción de la compra y la venta de mercancías, y comprende la comercialización directa, las relaciones públicas, la promoción de las ventas, así como métodos mercadotécnicos de venta personal o interactiva en línea.¹⁰

Por esta razón, se ha recomendado a los Estados signantes del Convenio Marco, transitar hacia una prohibición total de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco.

Al respecto, durante el mes de octubre de 2011 se presentaron ante el Congreso de la Unión sendas iniciativas para reformar la Ley General para el Control del Tabaco, que contenían, entre otros supuestos, la propuesta para modificar el artículo 23 de la ley, con el propósito de incorporar en nuestro orden jurídico una prohibición total a la publicidad y promoción de los productos del tabaco.

No obstante su importancia, tanto el procedimiento legislativo respectivo como una eventual incorporación a nuestro marco jurídico de dicha prohibición total, podrían acarrear sendas inconformidades e impugnaciones fundadas en una aparente contradicción con otros derechos humanos reconocidos por nuestra Constitución, como es el caso de la libertad de comercio.

La libertad de comercio prevista por el artículo 5 de la Constitución consiste en el derecho subjetivo que tiene toda persona para dedicarse a la actividad comercial que le acomode. Esta libertad no es absoluta, ilimitada e irrestricta, pues su ejercicio puede limitarse cuando se refiera

a actividades contrarias a la ley; se lesionen los derechos de tercero o se ofendan los derechos de la sociedad.

En este tenor, una reforma legal que admita en nuestro marco jurídico una prohibición total a la publicidad, promoción y patrocinio de los productos del tabaco podría considerarse como una contradicción entre el derecho humano a la protección de la salud y la libertad de comercio, lo que implica una posible colisión entre derechos humanos reconocidos por la Constitución.

De acuerdo con la moderna doctrina y práctica constitucional, cuando dos derechos constitucionales entran en colisión, no puede declararse la invalidez de uno de ellos, ya que ambos se encuentran consignados en la carta magna, sino que para el caso concreto uno tiene que ceder ante el otro.

Para resolver esta eventual colisión de derechos, los órganos que resuelvan los casos concretos deberán ponderar la importancia que la salud y su protección tienen como elementos que contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida de todos los mexicanos.

Referencias

1. Encuesta Nacional de Adicciones 2008, disponible en http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ena08/ENA08_NACIONAL.pdf
2. Carbonell, Miguel, *Elementos de Derecho Constitucional*, México, Fontamara, 2004, p. 17.
3. Landa, César, *Derechos fundamentales y justicia constitucional*, México, Porrúa, 2011, p. 9.
4. Guastini, Riccardo, *Estudios de Teoría Constitucional*, Fontamara, México: 2001, p. 30.
5. Carbonell, Miguel, *Los derechos fundamentales en México*, 2ª edición, Porrúa, México, p. 5
6. Ferrajoli, Luigi, *Los fundamentos de los derechos fundamentales*, 4ª edición, Madrid, 2009, Ed. Trota. 291.
7. Sánchez Cordero, Olga del Carmen, El Derecho Constitucional a la protección de la salud, su regulación constitucional y algunos precedentes relevantes del Poder Judicial de la Federación en México, disponible en www2.scjn.gob.mx/.../EL%20DERECHO%20CONSTITUCIONAL%20A%20LA%20PR... p. 16
8. Suprema Corte de Justicia de la Nación. novena época, Instancia: primera sala, Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, XXVIII, julio de 2008, página: 457, tesis: 1a LXV/2008, tesis aislada, materia(s): Constitucional, Administrativa: Derecho a la salud. Su regulación en el artículo 4o de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y su complementariedad con los tratados internacionales en materia de derechos humanos.
9. Palomar de Miguel, Juan, *Diccionario para juristas*, tomo II, México: 2003; Porrúa. 1391.
10. Directrices para la aplicación del artículo 13 (publicidad, promoción y patrocinio del tabaco) del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, disponibles en http://www.who.int/fctc/guidelines/article_13_es.pdf

Vigilancia y monitoreo de las estrategias para el control del tabaco: un análisis a través del Sistema de Información Geográfica

Rosibel Rodríguez Bolaños,⁽¹⁾ Luz Myriam Reynales Shigematsu,⁽¹⁾
Tonatiuh Barrientos Gutiérrez,⁽¹⁾ René Santos Luna,⁽²⁾
Erika Ávila Tang,⁽³⁾ Belén Sáenz de Miera Juárez⁽¹⁾
Grupo colaborador: proyecto Tracking Tools 2008-2011

El Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco (CMCT OMS), ratificado por México en 2004¹ concreta la convocatoria de la OMS, para controlar la epidemia del tabaquismo mundial, estableciendo lineamientos y obligaciones para los países firmantes.² El CMCT OMS en los diferentes artículos y sus correspondientes directrices, plantea estrategias dirigidas a evitar el inicio de consumo de productos de tabaco entre los jóvenes, través de:

- a) La eliminación total de la publicidad, promoción y patrocinio de los productos de tabaco (artículo 13 y sus directrices),³
- b) La reglamentación del empaquetado y etiquetado de los productos del tabaco (artículo 11 y sus directrices),⁴ y
- c) La regulación de la venta de cigarrillos sueltos a menores de edad; así como, la distribución gratuita de productos del tabaco (artículo 16).

En México, las recomendaciones del CMCT OMS sobre publicidad, empaquetado y venta al por menor se retoman en los artículos 15 al 17 de la Ley General para el Control del Tabaco, (LGCT),⁵ vigente desde mayo de 2008. Sin embargo, la implementación representa retos tanto para la federación como para

las entidades estatales y municipales. De acuerdo con el último informe de seguimiento al CMCT OMS, México cumple parcialmente con la prohibición sobre la publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco.⁶⁻⁷ En este sentido, una de las acciones más urgentes es el desarrollo de un sistema de monitoreo y vigilancia federal, estatal y local que permita evaluar la efectividad de las estrategias de control del tabaco desarrolladas a la luz de los parámetros establecidos en el Convenio Marco.

Los Sistemas de información Geográfica (SIG) en el monitoreo y vigilancia de las estrategias de control del tabaco

Los Sistemas de Información Geográfica, SIG, hacen uso de diversas fuentes de información condensada en puntos de referencia geográfica, permitiendo la evaluación de cambios en las características de la población con relación al espacio a lo largo del tiempo. En la última década los SIG han sido utilizados exitosamente en el desarrollo de sistemas de vigilancia epidemiológica^{8,9} así como, en el análisis de patrones relacionados con el consumo de tabaco,¹⁰ venta a menores,^{11,12} publicidad del tabaco¹³ y vigilancia de puntos de venta.¹⁴

(1) Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Investigación en Salud Poblacional, México

(2) Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Información para Decisiones en Salud Pública, México

(3) Instituto para el Control Mundial del Tabaco, Escuela de Salud Pública Johns Hopkins Bloomberg, EU

En el año 2006, Hernández-Ávila JE *et al.*,¹⁵ realizaron un estudio piloto en dos ciudades de México (Cuernavaca y Culiacán) con el fin de monitorear la publicidad en puntos de ventas fijos, la venta de cigarros sueltos en puntos de venta ambulantes y la presencia de espectaculares alrededor de las escuelas. Las unidades de observación se georeferenciaron y se generaron los mapas informativos evaluando el cumplimiento de la legislación vigente en ese momento. Esta experiencia piloto permitió en el año 2008 desarrollar un proyecto formal de vigilancia centinela de la publicidad, promoción y patrocinio, empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco, con perspectiva local en 12 ciudades capitales de México.¹⁶ Se utilizó la herramienta observacional (*Tobacco Control Tracking Tools*)¹⁷ desarrollada por la Escuela de Salud Pública Johns Hopkins Bloomberg (JHU) e implementada en varios países,^{18,19} articulada con una plataforma tecnológica (Sistema de Información Geográfica para la vigilancia de las estrategias de control del tabaco).²⁰

Este documento tiene como objetivo dar a conocer una propuesta de vigilancia centinela para monitorear las estrategias de publicidad, promoción, empaquetado y venta de los productos del tabaco utilizando herramientas observacionales integradas en un Sistema de Información Geográfica, SIG, realizado en cuatro ciudades capitales de México (Ciudad de México, Toluca, Culiacán y Tepic) durante los años 2008 y 2011.

Conceptualización de la estrategia de monitoreo y vigilancia

El monitoreo y vigilancia de las estrategias de publicidad, promoción, empaquetado y venta de los productos del tabaco propuesto para México, está basado en cuatro pilares:

1. Fundamento conceptual de los lineamientos y directrices de los artículos 11, 13 y 16 del CMCT OMS,
2. Los instrumentos observacionales de monitoreo y vigilancia *Tobacco Control Tracking Tools*,
3. El diseño muestra e indicadores epidemiológicos de la Encuesta de Tabaquismo en Jóvenes (ETJ) que hace parte del Sistema de Vigilancia Epidemiológica Global del Tabaco (GTSS),²¹
4. El SIG para la vigilancia de las estrategias de control del tabaco

Con el fin de realizar una estrategia útil para México se requirió de la traducción, adaptación y validación de los instrumentos observacionales al contexto del país. Aprovechando que la ETJ en México se ha hecho de manera escalonada en las 32 ciudades capitales de México desde el año 2000,^{22,23} se pensó en una estrategia de monitoreo local, que de manera conjunta apoyara la toma de decisiones. Finalmente, la estrategia se vio beneficiada de la experiencia del grupo de investigadores en el desarrollo de SIG en salud y la disponibilidad de la tecnología en el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), por lo que se decidió innovar y desarrollar esta estrategia acoplada a un SIG.

Selección de los puntos de referencia del SIG

Los puntos de referencia en un SIG son seleccionados en función del tema a analizar. Se debe establecer claramente los criterios de selección de tal manera que se garantice el adecuado seguimiento y evaluación a través del tiempo. En este caso en particular, se buscó caracterizar la exposición de los adolescentes a la publicidad, promoción y patrocinio de los productos del tabaco; así como, el acceso potencial de estos menores de edad a los productos de tabaco en los puntos de venta fijos y ambulantes.

Considerando estos objetivos se definieron como punto de referencia las escuelas participantes en la ETJ. Esta encuesta tiene representatividad de la ciudad capital donde se realiza, seleccionando escuelas del sector público y privado, la cual brinda información sobre la prevalencia y los factores de riesgo relacionados con el tabaquismo en la población blanco de 13 a 15 años de edad.

Se establecieron zonas de vigilancia (*buffers*) a 200, 300 y 500 metros alrededor de las escuelas participantes en la ETJ y se visitaron todos los establecimientos y puestos de calle que pudieran vender cigarros.

Tobacco Control Tracking Tools

Se utilizaron cuatro formatos para realizar la observación en los puntos de venta:

- Formatos individuales para puntos de venta (establecimientos y puestos de calle). Estos permiten obtener información sobre las características del punto de venta: observación de existencia de publicidad directa (interna y externa), indirecta (productos a la altura de los ojos de los niños), promociones sobre precio, regalos por la compra de productos, precio de las cajetillas, presencia de letreros de prohibición y precio de los cigarros cuando había venta al menudeo.
- Características del empaquetado y etiquetado: Para este seguimiento, se compraron al menos una cajetilla por establecimiento y puesto de calle localizados alrededor de cada una de las escuelas. Se dio preferencia a cajetillas de las marcas más populares, con empaquetado novedoso o con algún tipo de promoción. Asimismo se buscó intencionalmente cajetillas que tuvieran características que sugirieran procedencia ilícita, como el texto en otro idioma o la falta de algún elemento de las cajetillas que están especificados en la ley.
- Ambiente externo: se registró la presencia de espectaculares, mobiliario urbano y la publicidad de alguna actividad de filantropía por parte de la industria del tabaco (IT).

Para garantizar la consistencia de la información, el levantamiento de la información se realizó en el mismo periodo en que se aplicó la ETJ. Todo el personal de campo fue entrenado y homologado por los Consejos Estatales contra las Adicciones (Cecas), de cada ciudad participante.

SIG para la vigilancia de las estrategias de control del tabaco

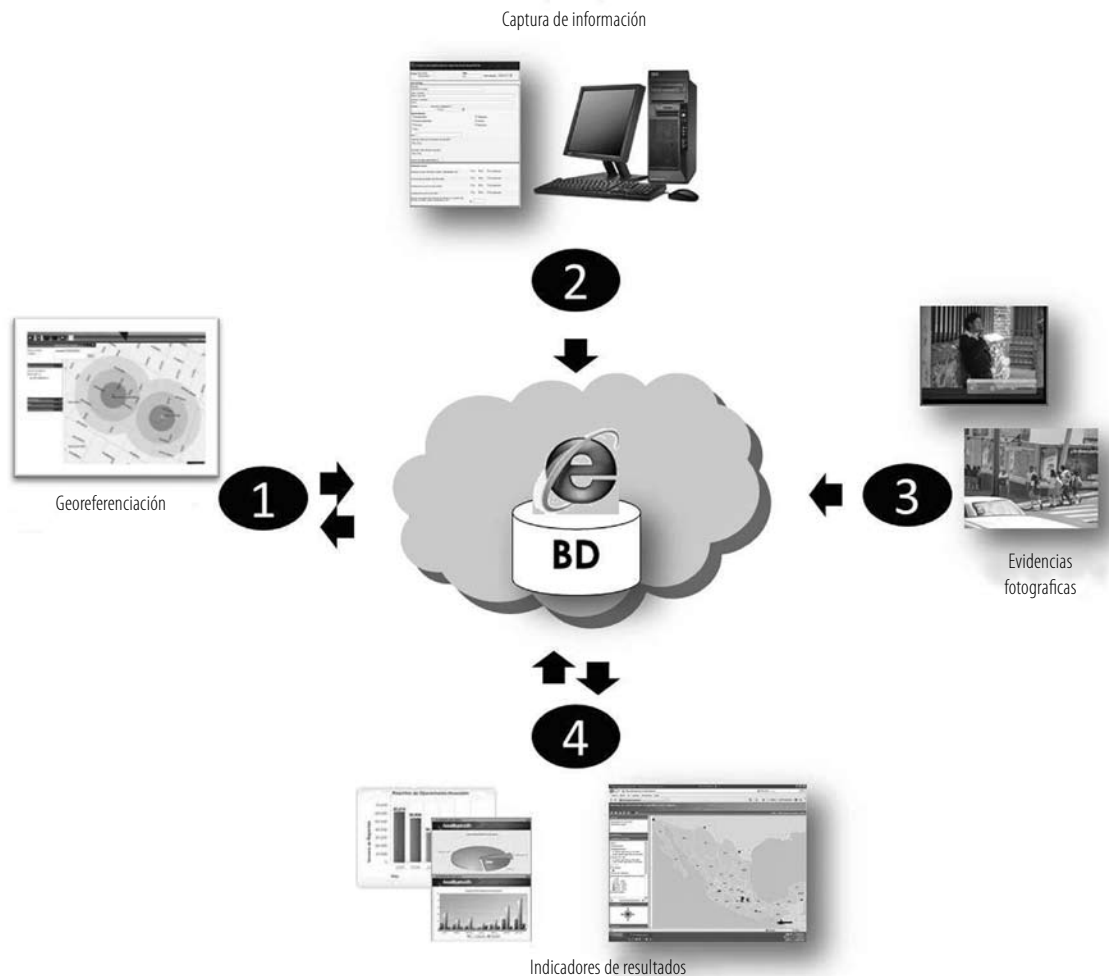
El SIG desarrollado por el INSP es un sistema WEB integrado por cuatro módulos (figura 1).¹⁶

1. Módulo 1. Puntos de referencia. Las escuelas son georeferenciadas, definiendo las zonas de vigilancia (200, 300 y 500 m, también conocidas como *buffers*) que permiten la generación de mapas que delimitan los accesos como calles, avenidas principales, puentes peatonales, entre otros; así como, la ubicación de los puntos de venta de tabaco.
2. Módulo 2. Captura y almacenamiento de la información. En este módulo se codifica la información obtenida con los formatos de observación, incluyendo puntos de venta (establecimiento, puesto de calle), la publicidad y promoción (incluyendo artículos promocionales y de mercadeo), el empaquetado y etiquetado de las cajetillas y la venta de cigarros (a menores de edad y sueltos).
3. Módulo 3. Centro de acopio y repositorio de imágenes. Las observaciones hechas en los puntos de venta son enriquecidas con material fotográfico, que también es integrado en el sistema. Las evidencias fotográficas fueron registradas con el código de cada escuela para su identificación y se almacenaron en la plataforma del sistema.
4. Módulo 4. Visualizador geográfico. Una vez integrada la información se utiliza un servicio de mapas en línea WMS (*Web Map Services*)²⁴ que presenta los indicadores de resultados: densidad de establecimientos y puestos de calle que venden cigarros sueltos, distancia promedio entre punto de referencia y punto de venta e identificación de zonas de mayor riesgo.

Los indicadores se asocian a las zonas de vigilancia a las cuales se han integrado los resultados del estudio, de manera que se pueden sobreponer las capas geográficas y observar su comportamiento (cuadro I).

Integración y análisis de la información

El proyecto fue desarrollado por el Departamento de Investigación sobre Tabaco del Centro de Investigación en Salud Poblacional y el Centro de Información para Decisiones en Salud Pública (Cenids) del INSP, con apoyo financiero del Instituto para el Control Mundial del Tabaco (IGTC por sus siglas en inglés) de la Escuela de Salud Pública Bloomberg de la Universidad de Johns Hopkins a través de un financiamiento de FOGARTY. El proyecto cuenta con la aprobación de los comités de ética e investigación del INSP. Los formatos de observación y la georeferenciación, fueron capturados en el SIG local y posteriormente validados en el INSP. El análisis de la información se realizó utilizando el paquete estadístico STATA versión 11.



Fuente: Rodríguez Bolaños, *et al.* Estrategia de vigilancia para el control del tabaco en México: publicidad, promoción y patrocinio, empaque y etiquetado. 2010

FIGURA 1. Modelo conceptual del Sistema de Información Geográfica WEB 2008

Principales hallazgos del monitoreo y vigilancia

Puntos de venta: establecimientos y puestos de calle

En las cuatro ciudades estudiadas se visitaron en total 96 escuelas en el año 2008 y 94 en el 2011. En cuanto al número de puntos de venta fijos (establecimientos) alrededor de las escuelas, no se observó un cambio significativo ni en números absolutos ni en el promedio; excepto, en la ciudad de Tepic donde se observó un incremento absoluto de 171 en 2008 a 544 en 2011 (figura 2).

En general, en las cuatro ciudades entre 2008 y 2011, se observó una disminución de los puestos de calle alrededor de las escuelas. En el 2011, en la ciudad de Culiacán se observó la menor densidad de puestos de venta alrededor de las escuelas, sin embargo 4 de cada 10 de los establecimientos y todos los puestos de calle eran visibles desde la escuela.

Publicidad, promoción y patrocinio

En cuanto a la publicidad, promoción y patrocinio de los productos de tabaco en los puntos de venta entre 2008 y 2011 se observó un incremento en la

CUADRO I. Indicadores utilizados para el monitoreo de publicidad, promoción y venta de cigarros

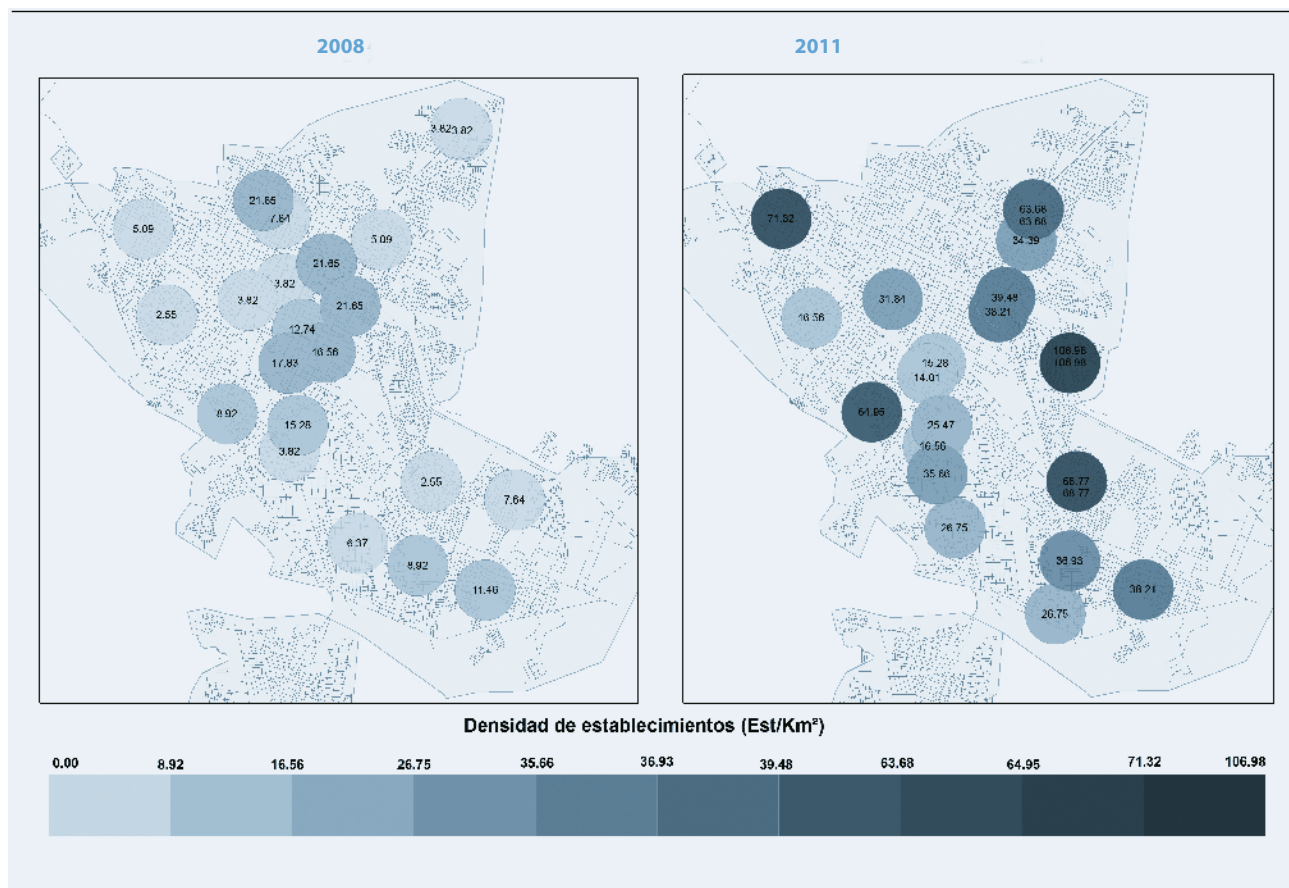
CMCT	VARIABLES	DEFINICIÓN	INDICADOR
Artículos	Puntos de venta por escuela	Indica el número de establecimientos alrededor del punto de referencia en el área de vigilancia.	Densidad de establecimientos por escuela (establecimientos/km ²)
Artículo 13	Publicidad	Permite identificar y caracterizar toda forma de comunicación, recomendación o acción comercial para promover directa o indirectamente un producto o el uso del tabaco.	
	Directa	Anuncios como carteles, póster, anuncios iluminados o con movimiento de la IT que se pueden ver desde la calle.	Proporción de anuncios en el interior de establecimientos
	Interior		
	Exterior		Proporción de anuncios en puertas y ventanas vistos desde la calle
	Indirecta	Estantes con colores de la IT, productos que se colocan a la altura de los ojos de los niños. Paredes o anaqueles pintados con colores o emblemas, ropa o artículos personales con colores o emblemas.	Proporción de productos a la altura de los ojos de los niños en establecimientos Proporción de anaqueles con colores de la IT Proporción de artículos con colores o emblemas de la IT
Promoción	Precio especial o con promocional (regalo) y ofertas o promociones con cupones.	Proporción de productos con promociones	
Artículo 11	Empaquetado y etiquetado de cajetillas de cigarros	Permite vigilar el cumplimiento de la legislación referente al empaque y etiquetado; advertencias (color, texto y porcentaje que abarca en la etiqueta), contenido de los mensajes, línea telefónica de ayuda para la cesación, información sobre ingredientes y emisiones y procedencia del producto.	Proporción del tamaño de las advertencias en cajetillas
			Proporción del tamaño en relación con el área donde se ubica
			Proporción de cajetillas con pictogramas
			Proporción de cajetillas con líneas telefónicas de ayuda
Artículo 16	Venta de cigarros al menudeo	Venta de cigarros sueltos en puntos de venta: establecimientos y puesto de calle.	Proporción de puntos de venta que venden cigarros sueltos
Artículo 15	Comercio ilícito de productos del tabaco	Permite vigilar el cumplimiento de la legislación en cuanto a la regulación del comercio ilícito de productos de tabaco, como el contrabando, la fabricación ilícita y la falsificación, se observa la presencia de la frase: Para venta exclusiva en México.	Proporción de cajetillas con frases en otro idioma Proporción de cajetillas con sin la frase para venta exclusiva en México

Fuente: Proyecto Tracking Tools, México 2008-2011

proporción de estantes con publicidad del tabaco localizados cerca de las cajas registradoras (10.5 a 16.5%, $p=0.021$); en la Ciudad de México y en Tepic de 27.5 a 37% ($p=0.022$), mientras que en Toluca disminuyó significativamente de 43.3 a 13.8%

($p<0.001$). En 23.4% de los estantes se observaron las cajetillas de cigarros con las nuevas advertencias sanitarias que incluían los pictogramas.

La publicidad en el interior de los establecimientos disminuyó significativamente en todas



Fuente: Sistema de Información Geográfica. México 2008-2011

FIGURA 2. Densidad de establecimientos por escuela, ciudad de Tepic. 2008-2011

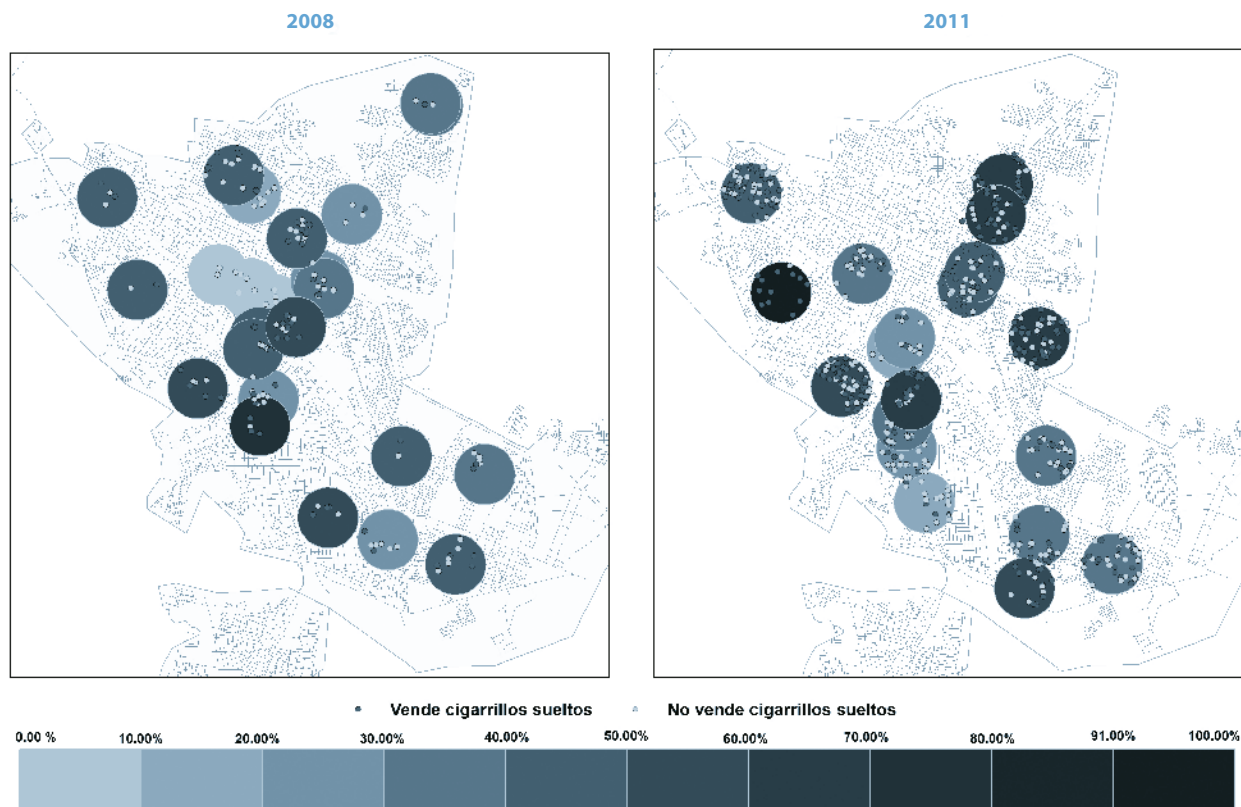
las ciudades. Sin embargo, es importante destacar que en la Ciudad de México se observó publicidad exterior en 1.1% de los establecimientos y en 4.9% los productos estaban colocados a la altura de los ojos de los niños. Dos Hallazgos que no fueron observados en la medición de 2008.

En las ciudades de México y Tepic aumentó el número de establecimientos que ofrecen cajetillas con menor cantidad de cigarros a precios especiales pasando de 2.9 a 11.6% y de 12.9 a 25% respectivamente; mientras, que este indicador disminuyó en la ciudad de Toluca donde pasó de 14.3 a 6.4%. Las promociones que ofrecen algún tipo de regalo por la compra disminuyeron y en los puestos de calle no se observó ningún tipo de promoción.

Venta de cigarros a menores y por menores (suelos)

La venta de cigarros sueltos es una práctica común en Toluca, Tepic y Culiacán. En la Ciudad de México, esta actividad ilícita,²⁵ aumentó significativamente entre 2008 y 2011 tanto en los establecimientos como en los puestos de calle, pasando de 4.7 a 27.8% y del 41.9 al 90.9% respectivamente.

La figura 3 se generó a través del SIG, utilizando como indicador el porcentaje de establecimientos que venden cigarros al menudeo en la zona de influencia (500 metros) alrededor de las escuelas. La ciudad de Tepic fue donde se observó la mayor densidad de puntos de venta y se estima que cer-



Fuente: Sistema de Información Geográfica. México 2008-2011

FIGURA 3. Porcentaje de establecimientos que venden cigarrillos al menudeo, ciudad de Tepic. 2008-2011

ca del 50% vende cigarrillos sueltos (47.6% de los establecimientos y 46% de puestos de calle). En la figura 3 se observan las zonas de vigilancia (círculos - *buffers*) alrededor de las escuelas y los puestos de venta de cigarrillos sueltos (los puntos corresponden a los puestos que venden y los triángulos a los puestos que no venden), la escala de grises hace referencia a la densidad de establecimientos que venden cigarrillos sueltos. Esta figura comparativa nos muestra el incremento tanto de la proporción de puntos de venta como de aquellos que venden cigarrillos sueltos.

Otro indicador importante de acceso que calcula el SIG, es la distancia entre los puntos de venta y las escuelas, en la ciudad de Toluca, la distancia promedio entre los establecimientos que venden

cigarrillos al menudeo es menor comparada con un establecimiento que no lo hace (234.98 establecimiento con venta de cigarrillos al menudeo y 244.44 sin venta).

Por otro lado, en las cuatro ciudades el porcentaje de establecimientos con letreros de prohibición de venta a menores disminuyó 29% en promedio, siendo estadísticamente significativo en la ciudad de Culiacán (66.7 a 34.9%). El 22% de los letreros exhibidos fueron proporcionados por la IT mostrando el logo de la compañía.

Del año 2008 a 2011, se observó un aumento promedio de casi un peso en el precio de venta de los cigarrillos sueltos en todas las ciudades, el precio promedio fue de 3.4 y 3.5 pesos en los establecimientos y puestos de calle respectivamente.

Espectaculares y patrocinio

Durante esta medición se planteó además de la publicidad en espectaculares, la búsqueda de publicidad en mobiliario urbano como vallas, parabuses, casetas para puestos de periódicos, postes con un marco para exhibir publicidad los que tienen una utilidad (en la columna colocan un buzón o un bote de basura). No se encontraron espectaculares, ni mobiliario urbano con publicidad en las zonas de vigilancia alrededor de las escuelas; además, no se tuvo noticia de algún patrocinio de la industria.

Empaquetado y etiquetado

En el año 2008 y 2011 se obtuvieron 101 y 190 cajetillas para evaluación respectivamente. Si tenemos en cuenta el criterio de compra de las cajetillas de las marcas más vendidas y más populares, se observó una disminución en la proporción de cajetillas de 20 unidades la cual pasó de 85%

en el 2008 a 76% en el 2011, incrementándose la proporción de cajetillas de 14 cigarros (1% en 2008 a 14% en 2011).

La marca Marlboro conserva la mayor cantidad de presentaciones de productos tanto de cajetilla dura o blanda. También presenta diversas versiones (rojo y azul), y mantiene las presentaciones mentoladas (verde, menthol), y aparecen nuevas versiones y adjetivos como “Ice Xpress”, “fresh”, “touch”, “gold”. En otras marcas se encontraron frases en inglés como “Lights”, “gold”, “shots” o “Menthol Lights”, por mencionar algunos (figura 4).

La marca más vendida fue Pall Mall se encontró en todas las ciudades, posiblemente porque su precio es accesible y fue la única marca que se encontró con alguna promoción (encendedores); además que se ha diversificado en sus presentaciones. Los diseños de las cajetillas son atractivos y dirigidos a una determinada población; como es el caso de los “superslims” de Benson & Hedges o Capri (Menthol índigo), cigarros delgados orientados al mercado femenino (figura 5).



Fuente: Proyecto Tracking Tools. México 2008-2011

FIGURA 4. Características de empaquetado y etiquetado de las cajetillas de cigarros. Familia Marlboro 2011



Fuente: Proyecto Tracking Tools. México 2008-2011.

FIGURA 5. Características de empaquetado y etiquetado de las cajetillas de cigarros, 2011

Entre las marcas nacionales se encontraron cajetillas que contenían 10 puritos en forma de cigarros, que pertenecen a una marca nacional (TabaRicos) de venta en la ciudad de Tepic. Estos puritos son hechos a mano, con presentaciones en distintos sabores: natural, uva y chocolate. Su costo es de 60 pesos por cajetilla, no todas las cajetillas cuentan con pictogramas y su etiqueta de advertencia abarca aproximadamente 30% de su cara posterior (figura 6). Los Faros se presentan en cajetillas de 16 y 20 cigarros y se venden en todas las ciudades. La marca con mayor número de presentaciones son los Delicados (14, 18, 20 y 25 unidades por cajetillas). Otras marcas nacionales poco conocidas pero que están disponibles en las ciudades son: “Luchadores” cajetillas de 14 cigarros (manufacturada en Michoacán) y “Samba” con diferentes sabores (manufacturada en Quintana Roo). Estas no presentan pictogramas, e incluso, no cuentan con advertencias sanitarias.

En la Ciudad de México y Toluca las cajetillas que contienen pictogramas alcanzan 60%, mientras en Tepic y Culiacán 78.8 y 84.1%, respectivamente. Las que no tienen pictogramas presentan leyendas de advertencias ubicadas en la cara posterior. En la Ciudad de México, 91.7% de las cajetillas contienen etiquetas con advertencias que abarcan entre 21 y 30% de una de las caras. En cuanto a los pictogramas, se encontraron frases como: “Fumar te mata... y no solo a ti”, “Fumando pierdes... más que un miembro” y “Fumada tras fumada... lo puedes perder”.

La línea telefónica de ayuda se encontró impresa en 66.7% de las cajetillas de la Ciudad de



Fuente: Proyecto Tracking Tools. México 2008-2011

FIGURA 6. Características de empaquetado y etiquetado de las cajetillas de cigarros. Marca Nacional, TabaRicos, 2011

México, 60% de Toluca, 81.8% de Tepic y 84.1% de Culiacán. Se localizaron cinco números de teléfono diferentes, el 01 800 9663863 se encuentra en todas las cajetillas con pictogramas que corresponde a la línea de los centros Nueva Vida. Los otros números (01 800 8874579, 01 800 8361762, 01 800 400500, 01 800 2098507), están sin servicio disponible o corresponden a la empresa tabacalera.

Venta de cigarros de contrabando

En el 2011, se obtuvieron 21 cajetillas que se clasificaron como potencialmente ilícitas. Doce de éstas porque no cumplían con las regulaciones sobre etiquetado ya que las leyendas estaban en inglés

(marcas Dean's, Djarum Black, Marlboro, Native, Capri –dos cajetillas– y Capital –dos cajetillas) o japonés (marca New York) y/o porque el tamaño de las leyendas era relativamente pequeño, por ejemplo, sólo abarcaba una de las caras laterales (marcas Boots, Marshal y Romeo y Julieta; figura 5). Las otras nueve cajetillas sí cumplían con las regulaciones sobre etiquetado, ya fueran las previas a las vigentes (marcas Evidence, Maxwell y Bill –dos cajetillas) o las vigentes que exigen pictogramas (marcas D&J, Garañón, Joe's, Poker y Gold Seal). Sin embargo, las marcas que exhibían esas cajetillas no se encontraron en el anexo 11 de la Resolución Miscelánea Fiscal para 2011.²⁶ En ese anexo se publican las claves presentadas ante las autoridades hacendarias de las marcas de todos los productos de tabaco que se producen e importan, lo cual parece indicar que las marcas que no aparecen, no tienen registro para su venta legal en México.

El precio promedio de las 21 cajetillas potencialmente ilícitas fue de 35 pesos (todas las cajetillas contenían 20 cigarros). Pero si excluimos cuatro que cuentan con características poco comunes en el mercado –como la mezcla con clavo (Djarum Black, 60 pesos), saborizante de chocolate (Dean's 50 pesos), cigarros alargados (Capri, 67.5 pesos en promedio) y tabaco cubano (Romeo y Julieta, 80 pesos)–, el precio promedio por cajetilla se reduce a 25.7 pesos, el cual se ubica por debajo del precio de las cajetillas de marca Marlboro de 20 cigarros que fue de 38 pesos en ese año, mientras que el precio de las cajetillas de marca Delicados de 20 cigarros, una de las marcas más baratas en el mercado nacional, fue de 29 pesos.

También es importante mencionar que la mayoría de las cajetillas potencialmente ilícitas se adquirieron en la ciudad de Tepic (diez de veintiuna), el resto en la Ciudad de México y Toluca. Asimismo, poco más de la mitad de éstas (trece de veintiuna) se adquirió en tiendas de abarrotes (en las tres ciudades), cinco en puestos de calle (todos en la Ciudad de México) y el resto en otro tipo de establecimientos como papelerías o farmacias.

Discusión

Las estrategias de vigilancia centinela de las políticas de control del tabaco y la presentada en este

informe, son de implementación obligada en toda la República mexicana, ya que permite conocer el cumplimiento de las legislaciones federales y locales; así como, las estrategias novedosas y cambiantes de la IT para posicionar sus productos en los diferentes segmentos del mercado. Las herramientas observacionales como *The Tobacco Tracking Tools*, continúan siendo válidas y vigentes a la fecha y constituyen una herramienta útil y efectiva para monitorear la publicidad, promoción y el patrocinio de productos del tabaco. Sin un seguimiento constante de las estrategias de control del tabaco, los esfuerzos para controlar la epidemia pueden verse debilitados y obstaculizados por la industria tabacalera.

El contar adicionalmente con una herramienta tecnológica como los Sistemas de Información Geográfica, permiten difundir y desarrollar la estrategia más rápidamente en el ámbito nacional y podrían ser más eficientes en llegar al plano local (municipal). Los SIG manejan de manera flexible sus indicadores y de manera simultánea pueden ser globales o específicos. Su capacidad visual ayuda a la identificación de zonas de mayor riesgo según el tema de estudio. Gracias a su fácil ejecución estos sistemas son usados en el sector salud de manera rutinaria, en temas epidemiológicos, acceso a los servicios de salud, indicadores de sociales y de pobreza y en el caso del control del tabaco en actividades de regulación sanitaria.

Como se ha demostrado en este nuevo estudio, las estrategias aplicadas con el SIG para el control del tabaco tiene relevancia actual, la inversión económica que hubiera de realizarse para la compra y el mantenimiento se compensa con el mejor manejo del tiempo del personal que está a cargo de realizar esta actividad; la posibilidad de tener una cobertura nacional en todos los órdenes de gobiernos, con la posibilidad de tener datos actualizados en línea comparativos a través del tiempo y entre zonas geográficas para la toma de decisiones en el ámbito federal, estatal y local.

Los principales hallazgos observados con la herramienta SIG en las cuatro ciudades evaluadas son:

1. La distancia promedio entre la escuela y los puntos de venta (establecimientos) donde se venden cigarros sueltos es menor comparada con aquellos donde no se venden, por lo que éstos siguen siendo un lugar estratégico de la

- IT para impulsar sus ventas y ser más accesible a los jóvenes.
2. La publicidad y promoción en los puntos de venta no presentan un patrón común entre las ciudades incluidas en el estudio. En la ciudad de Tepic se incrementó casi el triple los puntos de venta alrededor de las escuelas; sin que se pueda dar una explicación objetiva sobre esta situación.
 3. La venta de cigarros sueltos continua siendo alta a pesar de la prohibición vigente y de la disminución de puestos de calle alrededor de las escuelas. En casi la mitad de los establecimientos se puede obtener cigarros al menudeo y es de notarse el incremento en la Ciudad de México donde pasó de 4.7% a 27.8%; sin duda, por la falta de vigilancia y sanción por parte de las autoridades.
 4. El SIG puede identificar las zonas de mayor vulnerabilidad donde los jóvenes tienen un mayor acceso a los productos de tabaco, adicionalmente permitiría acoplar la información de la venta de alcohol a menores, y la de drogas ilícitas. Esto sería de gran valor para las autoridades e instituciones regulatoria para establecer las brigadas de fomento, las visitas de verificación así como los operativos de la autoridad policial.

Otro indicador que se obtuvo con los formatos establecidos en la observación es la disminución, en todas las ciudades, de los letreros que prohíben la venta de tabaco a menores de edad. En la ciudad de Tepic 34% de establecimientos con letreros, 22% eran proporcionados por la IT, lo cual se evidencia por la presencia del logotipo de la compañía que los facilita, siendo ésta otra forma de publicitarse. También demuestra que las autoridades sanitarias no proveen esta información aun cuando el artículo 12 de la LGCT estipula la responsabilidad de que en cada establecimiento donde se venda tabaco se debe de informar esta prohibición y se especifica que debe de incluirse leyendas de “Venta prohibida de cigarrillos por unidad” y el artículo 15 dice que: “Se prohíbe el comercio, venta, distribución o suministro a menores”.

Los estantes continúan siendo el medio de publicidad en los establecimientos, a pesar que los estantes con colores de marcas han disminuido, el lugar de ubicación junto a las cajas registradoras

ha aumentado y se conoce que este es el lugar ideal para el posicionamiento (*marketing*) de los productos. En cuanto a la ubicación de los productos se observa un descenso en el porcentaje de los establecimientos que los colocan a la altura de los ojos de los niños.

En septiembre del 2010 se introducen al mercado mexicano las cajetillas con el nuevo empaquetado y etiquetado, en la cara anterior presenta una imagen que abarca 30%, estas imágenes se rotan anualmente, por lo que en el momento de realizar este estudio deberían estar en el mercado las ocho imágenes correspondientes a la primera ronda de pictogramas; en la cara posterior y una de las caras laterales tienen advertencias sanitarias en fondo negro con letras amarillas, que de forma temática se refieren a los daños a la salud de los no nacidos, niños y adultos, entre otros. También incluyen información sobre el número telefónico de ayuda para dejar de fumar.

La disposición de las cajetillas al interior de los estantes impedía que las imágenes fueran visibles desde el mostrador. Llama la atención que en las ciudades del centro (Ciudad de México y Toluca) apenas 60% de las cajetillas tenían pictogramas y en las ciudades de Tepic y Culiacán era de aproximadamente del 80% si se considera que había transcurrido cerca de seis meses de su aplicación. Se esperaría que este porcentaje fuera mayor en la Ciudad de México, en donde se continuaban comercializando los antiguos empaques y que contienen mensajes que confunden a los consumidores sobre productos menos nocivos para la salud.

Otro de los hallazgos a resaltar fue encontrar cajetillas con 10 puritos, esta marca (TabaRicos) tiene varias presentaciones en cuanto al sabor. La cajetilla con sabor uva no tenía pictograma, la presentación natural sí tiene pictograma y se observan todas las especificaciones de la LGCT excepto la del rótulo “Para venta exclusiva en México”, según la página de la compañía que la produce están dirigidas para los que están iniciando con el consumo o para fumadores ocasionales.²⁷ Esto demuestra un vacío de la LGCT, en ella se delimita el número mínimo para cigarros, sin embargo no para otros productos del tabaco. El producto no incumple en cuanto al número de cigarros⁵ en las cajetillas porque son puritos (figura 6).

La diversidad de productos sigue siendo una de las mejores estrategias utilizadas por la IT; y



Fuente: Proyecto Tracking Tools. México 2008-2011

FIGURA 7. Características de empaquetado y etiquetado de las cajetillas de cigarros. Marcas nacionales, 2011

ésta se encontró tanto en los productos tradicionales como los de origen nacional, lo cual tiene una variedad de saborizantes y estos ni siquiera presentan advertencias sanitarias ni pictogramas, evidencia clara de la falta de cumplimiento de la LGCT (figura 7).

Se sugiere la publicación de las empresas que importan tabaco y actualizarla de manera periódica para poder monitorear sistemáticamente la presencia de productos de tabaco que sugieran ser de procedencia ilícita y de contrabando.

Conclusión

Los SIG son una poderosa herramienta tecnológica, accesible en línea, que en conjunto con las estrategias de vigilancia centinela permiten monitorear y vigilar un factor de riesgo, una estrategia de control pero que también puede servir para monitorear todas las estrategias MPOWER²⁸ recomendadas por la OMS.

El reto a corto plazo para México es poder diseñar y organizar el Observatorio Mexicano para el Control de las Adicciones (Omextad),²⁹ el cual tendrá un plano nacional y estatal (Oestad) y que incluye el monitoreo y vigilancia tanto de los factores de riesgo (tabaco, alcohol y drogas ilícitas), sus efectos en la salud y el monitoreo y vigilancia del cumplimiento de las estrategias de control.

Agradecimientos

A las autoridades del Consejo Nacional contra las Adicciones y el personal de los Consejos Estatales contra las Adicciones: en Sinaloa al doctor Roberto Gastelum Castro, licenciada Cecilia María Peimbert López y TS Yolanda López Gastelum; en Tepic a la licenciada TS Marisela Peralta López y CP Luis Abel Rosas Contreras; al maestro Raúl Martín del Campo Sánchez, licenciado Martín Mosqueda, licenciado Luis Alberto Terrón Hernández y a la licenciada Susana Acevedo del Instituto Mexiquense contra las Adicciones del Estado de México. En el Distrito Federal a la ingeniera María Guadalupe Flores Escartín del Departamento de Investigación sobre Tabaco del INSP. Al equipo colaborador del Centro de Información para Decisiones en Salud Pública del INSP, doctor Juan Eugenio Hernández Ávila e ingeniera Ana Salgado Salgado, quienes diseñaron e implementaron el Sistema de Información Geográfica.

Este proyecto fue financiado por el Instituto para el Control Mundial del Tabaco de la Universidad de Johns Hopkins, USA, a través del apoyo financiero de Fogarty International Center HL-73699-05.

Referencias

- 1 Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. [consultado 2012 enero 29]. Disponible en: http://www.who.int/fctc/signatories_parties/es/index.html

- 2 Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco [consultado 2012 enero 29]. Disponible en: <http://www.who.int/fctc/es/>.
- 3 Directrices para la aplicación del artículo 13 (publicidad, promoción y patrocinio del tabaco) del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Durban, Sudáfrica 2008. [consultado 2012 enero 29]. Disponible en: http://www.who.int/fctc/guidelines/article_13_es.pdf.
- 4 Directrices para la aplicación del artículo 11 (empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco) del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Durban, Sudáfrica 2008. [consultado 2012 enero 29]. Disponible en: http://www.who.int/fctc/guidelines/article_11_es.pdf.
- 5 Ley General para el Control del Tabaco. Diario Oficial de la Federación. 30/04/2008. México, DF: Congreso General, 2008.
- 6 WHO report on the global tobacco epidemic: warning about the dangers of tobacco. Ginebra, 2011;62-65.
- 7 OPS. Informe sobre Control del Tabaco 2011. México. 2011; 2-7.
- 8 Gosselin, Lebel, Rivest, & Douville-Fradet. The Integrated System for Public Health Monitoring of West Nile Virus (ISPHM-WNV): a real-time GIS for surveillance and decision-making. *International Journal of Health Geographics* 2005;4:21
- 9 Dragicevic S. The Potential of Web-based GIS. *Journal of Geographical Systems* 2004;6(2):79-82.
- 10 Murnaghan D, Perry M, LaRosa J, & McGrath-Gaudet, E. Youth tobacco use and purchase and geographic information systems: A pilot study. 2006. Report prepared for the Tobacco Control Programme, Health Canada.
- 11 Lipton R, Banerjee A, Levy D, Manzanilla N, Cochrane M. Prevention Research Center (PRC). The spatial distribution of underage tobacco sales in Los Angeles. *Subst Use Misuse* 2008;43(11):1594-614
- 12 Ogneva-Himmelberger Y, Ross L, Burdick W, Simpson SA. Using geographic information systems to compare the density of stores selling tobacco and alcohol: youth making an argument for increased regulation of the tobacco permitting process in Worcester, Massachusetts, USA. *Tobacco control* 2010; 19:475-480.
- 13 Vardavas CI, Connolly GN, Kafatos AG. Geographical information systems as a tool for monitoring tobacco industry advertising. *Tobacco control* 2009;18:190-196.
- 14 Ontario Health Promotion E-Bulletin. Geographic Information Systems and Tobacco Control: An Overview of the City of Hamilton's Tobacco Vendor. *OHPE Bulletin* 2008; 596.
- 15 Hernández-Ávila JE, Tirado-Ramírez E, Santos-Luna R, Reynales-Shigematsu LM. Use of GIS for billboards and points-of-sale surveillance in two Mexico cities. *Salud Publica Mex* 2007;49 supl 2:S241-S246.
- 16 Rodríguez-Bolaños R, Reynales-Shigematsu LM, Ibáñez-Hernández NA, Santos-Luna R, Valdés-Salgado R, Ávila-Tang E, Stillman F. Estrategia de vigilancia para el control del tabaco en México: publicidad, promoción y patrocinio, empaque y etiquetado. *Salud Publica Mex* 2010;52 supl 2:S254-S266.
- 17 Stillman F, Hoang M, Linton R, Ritthiphakdee B, Trochim W. Mapping tobacco industry strategies in South East Asia for action planning and surveillance. *Tob Control*. 2008;17(1):e1
- 18 Tracking Tobacco Control Measures in Southeast Asia: A Capacity Building Project (Symposium). Asian Pacific Conference on Tobacco or Health (2004).
- 19 Elf J, Meyers M, Almeida LM, Apelberg B, Figueiredo V, Hepp L, Ávila-Tang E. Tobacco tracking tools en Brazil Assessment of Second-Hand Smoke (SHS) Exposure and Point of Purchase (POP) Tobacco Advertising in Rio de Janeiro, Brazil. 137th American Public Health Association Annual Meeting, 2009, Philadelphia, PA.
- 20 Video. Vigilancia epidemiológica de las estrategias de control de los productos del tabaco en términos de publicidad, mercadeo y venta, empaque y etiquetado. 2009. ISBN: 978-607-7530-56-5 [consultado 2012 enero 29]. Disponible en: <http://www.insp.mx/tabaco/doars.php?idcola=70>
- 21 Warren CW, Asma S, Lee J, Lea V Mackay J. Global Tobacco Surveillance System. The GTSS Atlas. CDC World Lund Foundation. 2009. [consultado 2012 enero 29]. Disponible en: http://www.cdc.gov/tobacco/global/gtss/tobacco_atlas/pdfs/tobacco_atlas.pdf
- 22 Valdés-Salgado R, Meneses-González F, Lazcano-Ponce EC, Hernández-Ramos MI, Hernández-Ávila M. Encuesta sobre Tabaquismo en Jóvenes, México 2003. Cuernavaca: INSP, 2004. [consultado 2012 enero 29]. Disponible en: <http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/pie/etj2003.pdf>
- 23 Reynales-Shigematsu LM, Valdés-Salgado R, Rodríguez-Bolaños R, Lazcano-Ponce E, Hernández-Ávila M. Encuesta de Tabaquismo en Jóvenes en México. Análisis descriptivo 2003, 2005, 2006, 2008. Cuernavaca, México: INSP. 2009.
- 24 ArcGIS Online Map services [consultado 2012 enero 29]. Disponible en: http://webhelp.esri.com/arcgisserver/9.3/java/index.htm#wms_service.htm.
- 25 Artículo de la LGCT que prohíbe la venta a menores.
- 26 Anexo 1 de la Resolución Miscelánea Fiscal para 2011. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 5 de julio de 2011 [consultado 2012 enero 29]. Disponible en: http://www.sat.gob.mx/sitio_internet/informacion_fiscal/legislacion/52_21041.html
- 27 Línea de Tabaricos [consultado 2012 enero 29]. Disponible en: <http://tabaver.com/tabaricos.htm>
- 28 WHO. WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package. Geneva, World Health Organization. ISBN: 978 92 4 159628 2. http://www.who.int/tobacco/mpower/gtcr_download/en/index.html.
- 29 Ssa. Informe de actividades 2011: Avances en la prevención y atención de las adicciones. Acciones estratégicas, evaluación y seguimiento de los programas nacionales contra las adicciones. Comisión Nacional contra las Adicciones. 2011.

Autorreporte de exposición a publicidad y promoción de tabaco en una cohorte de fumadores mexicanos

Rosaura Pérez Hernández,⁽¹⁾ James F Thrasher,^(1,2) Rosibel Rodríguez Bolaños,⁽¹⁾ Inti Barrientos Gutiérrez⁽¹⁾ Norma A Ibáñez Hernández⁽³⁾

Diversos estudios han demostrado enfáticamente que una prohibición total en la publicidad y promoción de los productos de tabaco contribuye a disminuir la percepción de que el tabaco es socialmente aceptable, lo que promueve que los adolescentes retarden o rechacen el inicio del consumo, además de que reduce el consumo entre los fumadores.¹⁻³ Sin embargo, en los países en que las prohibiciones sobre la publicidad sólo abarcan uno o algunos medios de comunicación, éstas han tenido muy poco o ningún efecto en la reducción del consumo de tabaco entre la población,^{4,5} principalmente debido a que la industria canaliza los recursos de mercadotecnia hacia los métodos permitidos. El presente estudio pretende estudiar este fenómeno en México.

El Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco (CMCT OMS), en su artículo 13, establece que los países que lo han ratificado deben prohibir toda la publicidad, la promoción y el patrocinio de los productos de tabaco.⁶ Los países que no estén en condiciones de proceder a una prohibición total podrán aplicar las siguientes restricciones: prohibir la publicidad falsa o engañosa, restringir el uso de incentivos que fomenten la compra de productos del tabaco y prohibir o restringir la publicidad, promoción y

patrocinio en la mayor cantidad de medios posibles, entre otras.⁷

Estas medidas de prohibición y regulación implementadas en los países han motivado a la industria tabacalera (IT) a utilizar nuevos recursos de mercadotecnia pro-tabaco a través de medios directos e indirectos con poca o ninguna regulación.⁸ Las estrategias varían en función del nivel de restricción, ambigüedad en las leyes y su grado de cumplimiento en los países.^{4,9}

En el último reporte de la OMS sobre la epidemia global del tabaco, 19 países a nivel mundial han establecido una prohibición completa de todas las formas de publicidad directa e indirecta, entre los que se encuentran Panamá y Colombia, de la región de las Américas. Otros países como Bolivia, Brasil, Canadá, Chile y Uruguay han tenido un alto cumplimiento de las restricciones impuestas, aunque no tengan una prohibición total.¹⁰

En México, con la última reforma a la Ley General de Salud en la materia en el año 2004,¹¹ se prohibió la publicidad tanto en televisión como en radio. En agosto de 2008 entró en vigor La Ley General para el Control del Tabaco (LGCT) en donde se establecen nuevas disposiciones legales.¹² En esta ley se prohíben formas de publicidad, promoción y patrocinio en medios como radio y televisión

(1) Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México

(2) Arnold School of Public Health, University of South Carolina. Columbia, SC, EU

(3) Consultora jurídica en materia de control de tabaco

nacional, vallas publicitarias y anuncios al aire libre. También prohíbe descuentos promocionales y patrocinio de eventos, siempre y cuando sea como “medio para posicionar los elementos de la marca de cualquier producto del tabaco o que fomente la compra y el consumo de productos del tabaco por parte de la población” (Art. 23 LGCT) y restringe la distribución gratuita de productos por correo u otros medios; sin embargo, no prohíbe la publicidad en medios impresos nacionales y puntos de venta que son dirigidos hacia la población adulta.

En el caso específico de los puntos de venta, la LGCT establece que la publicidad sólo será dirigida a mayores de edad dentro de establecimientos de acceso exclusivo para aquéllos y bajo ese supuesto, por lo que en teoría no se podrá realizar en los puntos de venta si no cumple con el acceso exclusivo a adultos. En el caso de los sitios de internet no existe una prohibición expresa, lo cual deja esta ventana de oportunidad para la IT.¹³ A pesar de que esta ley es de orden federal, no fue hasta junio de 2009 que entró en vigor el Reglamento,¹⁴ fecha en que se inicia con los procesos administrativos para la vigilancia y control de la publicidad de productos del tabaco (figura 1).

Con base en estas observaciones podemos destacar que la publicidad, prohibición de publicidad, promoción y patrocinio en México es parcial, y que la LGCT es permisiva en medios de comunicación tanto directos como indirectos, lo que ayuda a que la IT emplee nuevas estrategias y medios para promover sus productos. Asimismo, el periodo de tiempo entre la publicación y la entrada en vigor

de la LGCT y su reglamento pudo haber favorecido a la IT, ya que ante la población se crearon expectativas que la LGCT no era de carácter obligatorio hasta que se publicara su reglamento.

El objetivo de este documento es determinar en la población fumadora el nivel de exposición a la mercadotecnia por parte de la IT, a través de diferentes medios de comunicación y métodos de promoción sobre productos de tabaco, antes y después de la publicación de la LGCT en 2008.

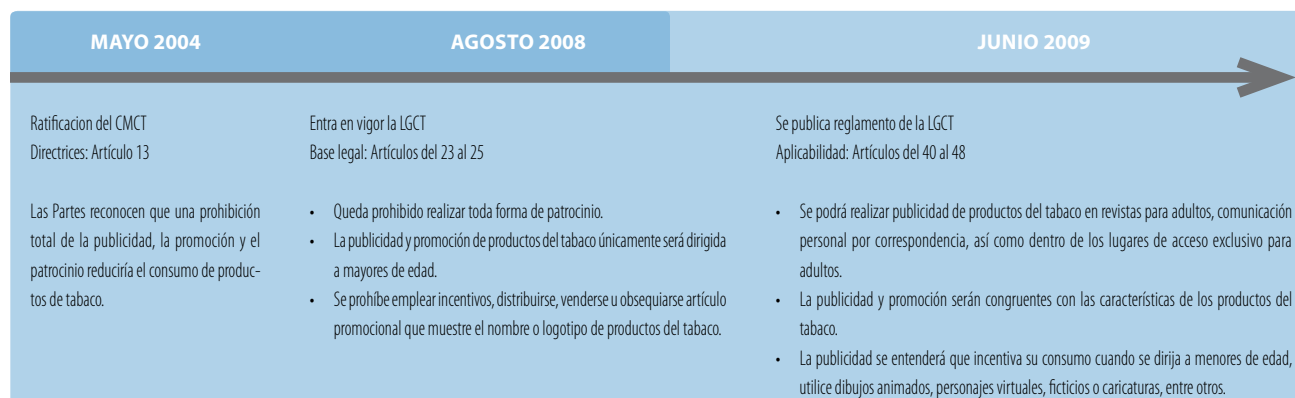
Material y métodos

Marco muestral y muestra

Se analizaron datos mexicanos provenientes del Proyecto Internacional de Evaluación de Políticas para el Control del Tabaco (ITC, por sus siglas en inglés) en su segunda (octubre y noviembre de 2007) y tercera medición (noviembre y diciembre de 2008). El proyecto de ITC tiene como objetivo evaluar las políticas de control del tabaco, principalmente aquéllas que son promovidas por el CMCT OMS a nivel nacional e internacional, siendo México uno de los países que participa en este proyecto.¹⁵ Para ello se establecen cohortes de fumadores adultos, los cuales se convierten en sus propios controles, es decir, se modelan las influencias en los cambios individuales a través del tiempo, lo que permite un mayor control estadístico sobre las posibles variables confusoras.

El marco muestral corresponde a la base de datos de INEGI del año 2000. La muestra tiene

FIGURA 1. Directrices de la Ley General para el Control de Tabaco (LGCT) en México antes y después de su publicación en 2008



Fuente: LGCT 2004,11 2008,12 200914

un diseño multietápico por conglomerados: 1) Se estableció el número de viviendas por Área Geoestadística Básica (AGEB) dentro de los límites urbanos de cada ciudad, se seleccionaron 20 AGEB iniciales para cada una y de ellas se eligieron dos manzanas, con probabilidad de selección proporcional al número de viviendas; 2) se seleccionaron viviendas de manera aleatoria; y 3) se encuestó a siete participantes (fumadores y los ex fumadores que han dejado de fumar desde su reclutamiento) por manzana, con previo consentimiento informado para su participación en el estudio.

Los criterios de inclusión para el estudio fueron: tener más de 18 años de edad, haber fumado más de 100 cigarros en su vida y haber fumado al menos un cigarro la semana pasada. En caso de no poder encuestar a un participante de la primera medición, se siguieron los mismos pasos de selección aleatoria de manzanas dentro del mismo AGEB para identificar participantes fumadores elegibles y sustituir por otro fumador de manera que se lograra mantener el tamaño de la muestra por AGEB y ciudad a través del tiempo. Se incluyeron fumadores actuales de cuatro ciudades de la República mexicana: Guadalajara, Ciudad de México, Tijuana y Ciudad Juárez. Participaron un total de 941 fumadores en el año 2007 y 1 051 en 2008. En ambas mediciones se incluyeron aproximadamente 230 participantes por cada ciudad, con excepción de la Ciudad de México, donde con el fin de aumentar la precisión de las estimaciones, se incrementó la muestra al utilizar los mismos procedimientos de selección en la muestra inicial (224 en 2007 y 352 en 2008). El protocolo de estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Instituto Nacional de Salud Pública. La metodología se explica con mayor detalle en artículos publicados en Thrasher y colaboradores y Fong y colaboradores.¹⁵⁻¹⁷

Medición

La promoción ha sido definida como la combinación de actividades destinadas a incrementar las ventas.³ Para evaluar los diversos tipos de promoción de tabaco en este estudio, se utilizaron preguntas sobre la última vez que: 1) recibió muestras gratis; 2) usó promociones de cigarros a bajo precio; 3) recibió regalos o descuentos especiales en otros productos de tabaco al comprar cigarros; 4) recibió ropa u otros artículos con marcas o logos

de cigarros; 5) ha visto información sobre eventos especiales que inviten a los fumadores a participar como excursiones o deportes extremos; 6) recibió mensajes por correo electrónico que promueven cigarros o productos de tabaco; y 7) recibió correspondencia que promueve cigarros o productos de tabaco. El participante indicó su respuesta con opciones predeterminadas, que se clasificaron en dos categorías para el presente estudio: haber visto o recibido promociones en los últimos seis meses y haber visto o recibido promociones hace más de seis meses o nunca.

La publicidad ha sido definida como el uso de los medios para crear una imagen positiva asociada con características personales deseables, actividades o resultados ligados al producto de venta.³ Para la evaluación de la publicidad se aplicó una serie de preguntas sobre la publicidad que promueve el consumo de cigarro y las marcas de cigarro, pidiendo a los participantes que dijeran la última vez que vio publicidad de las marcas de cigarro en: 1) periódicos o revistas; 2) posters, paradas de autobús o espectaculares; 3) en las tiendas donde se vende tabaco; 4) en cafés o restaurantes; 5) bares, discotecas u otros lugares para mayores de edad; 6) publicidad para eventos deportivos, musicales o artísticos patrocinados por marcas de cigarros o compañías tabacaleras. Las opciones de respuesta fueron las mismas que para las preguntas sobre promoción, y para el presente estudio se categorizan las opciones en haber visto publicidad en los últimos seis meses en contraste con nunca o haberla visto hace más de seis meses.

Variables sociodemográficas

Se integraron datos de edad, sexo, nivel educativo (primaria o menos, secundaria, preparatoria, licenciatura o más) e ingreso mensual. Se construyeron categorías de edad e ingreso que lograron una distribución uniforme. Se creó una categoría de “No saber o no recuerda” para poder incluir en los modelos multivariados a las personas que se rehusaron a dar datos sobre su ingreso. Se creó una variable para definir el tipo de marca de consumo, si ésta provenía de una marca internacional o nacional. Asimismo se creó una variable para definir el estatus de consumo de cigarros con opciones de fumar eventualmente, fumar diario de 1-4 cigarros, de 5-9 o de 10 o más cigarros.

Análisis

Se realizaron análisis descriptivos de las características de los participantes en las dos mediciones, comparándolas con una prueba de chi cuadrada. En cada medición se estimó la prevalencia ajustada al diseño de la muestra para el reporte de exposición en cada método de publicidad y patrocinio. Para determinar el cambio de prevalencia con el tiempo, se realizaron análisis bivariados y multivariados mediante modelos de ecuaciones de estimación generalizada (GEE). Estos modelos GEE han sido utilizados en otros estudios para determinar los cambios alrededor del tiempo al tomar en cuenta la variabilidad de los grupos así como la del propio individuo.^{16,17} Se trató cada variable de exposición a un método de mercadotecnia como una variable dependiente y la medición como variable independiente en modelos bivariados y ajustados, a partir del diseño de la muestra, y a variables sociodemográficas como sexo, edad, educación, ingreso mensual, consumo y tipo de marca de consumo. Los análisis se realizaron con el programa estadístico Stata versión 12.

Resultados

Factores sociodemográficos

Se obtuvo un seguimiento en 73% de los participantes. En el cuadro I se observan las características generales de la muestra, sin diferencias estadísticamente significativas en ambas mediciones, a excepción del nivel socioeconómico donde la diferencia está relacionada con el incremento en el porcentaje de personas que no reportaron o no sabían su ingreso mensual (3% en 2007 a 12% en 2008).

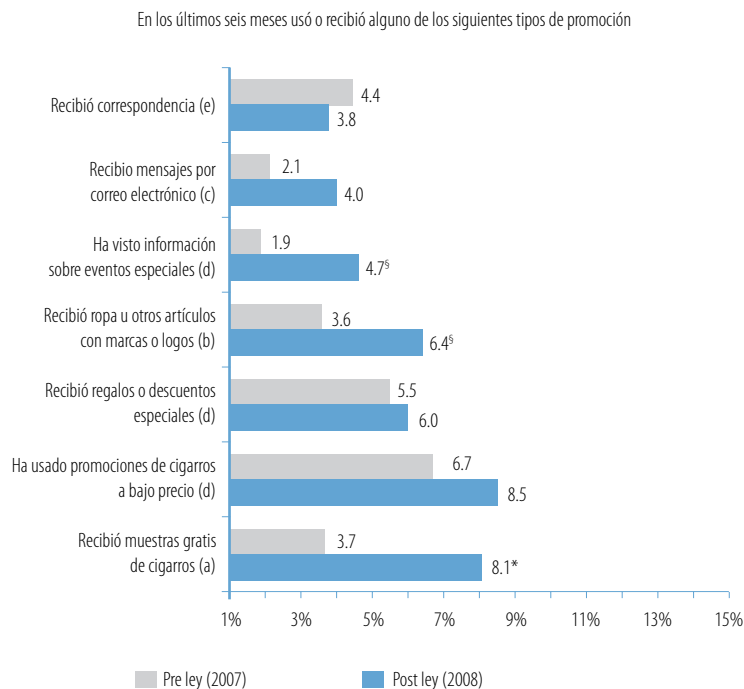
Tendencias de la promoción de tabaco

En la figura 2 se muestran las prevalencias auto-reportadas de exposición a diferentes tipos de promoción de productos de tabaco. Se observaron incrementos en haber recibido muestras gratis de cigarros (3.7% en 2007 a 8.1% en 2008, $p=0.001$) y recibir ropa u otros artículos con marcas de logos de cigarros (3.6% en 2007 a 6.4% en 2008, $p=0.030$), los cuales muestran diferencias estadísticamente

CUADRO I. Distribución de la muestra de fumadores, ITC México 2007 y 2008

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS		PRE LEY 2007 (N=941) %	POST LEY 2008 (N=1051) %	VALOR P
Sexo	Mujer	40.7	41.67	0.66
	Hombre	59.3	58.33	
Edad	18-34 años	39.11	38.15	0.663
	35 o más años	60.89	61.85	
Educación	Primaria	32.37	30.81	0.834
	Secundaria	29.68	30.05	
	Preparatoria	24.19	24.21	
	Universidad o más	13.76	14.93	
Ingreso mensual	\$ 0-3000	23.09	24.4	0.000
	\$ 3001-5000	29.32	26.6	
	\$ 5001-10000	34.69	30.14	
	\$ 10001 o +	9.45	7.27	
Consumo	No sabe / No recuerda	3.44	11.58	0.06
	No-diario	23.7	27.67	
	Diario, 1 a 4 cigarros	23.7	25.29	
	Diario, 5 a 9 cigarros	22.85	21.76	
Marca	Diario, 10 o más cigarros	29.76	25.29	0.511
	Nacional	28.37	29.71	
	Internacional	71.63	70.29	

Fuente: Proyecto ITC México. 2007 y 2008



(a) Prohibición total en 2007 y 2008; (b) prohibición parcial en 2007 y prohibición total en 2008; (c) prohibición parcial en 2007 y 2008; (d) permitido en 2007 y prohibición total en 2008; (e) permitido en 2007 y prohibición parcial en 2008; (f) permitido en 2007 y 2008

* $p < 0.001$

† $p < 0.01$

§ $p < 0.05$

Fuente: Proyecto ITC México. 2007 y 2008

FIGURA 2. Prevalencia del uso o la recepción de promoción sobre tabaco durante los últimos seis meses, en fumadores mexicanos, ITC México 2007 y 2008

significativas en el modelo ajustado por todas las variables de control (cuadro II). En 2007, 1.9% de los participantes reportó haber visto información sobre eventos especiales en comparación con 4.7% en 2008, mostrándose una diferencia estadísticamente significativa en el modelo ajustado ($p=0.011$). En cuanto al uso de promociones de cigarros a bajo precio (6.7 a 8.5%), recibir mensajes por correo electrónico (2.1 a 4%), recibir correspondencia que promueve productos de tabaco (4.4 a 3.8%), las diferencias con el tiempo no se mostraron estadísticamente significativas.

Tendencias en la publicidad de tabaco

La figura 3 muestra las prevalencias autorreportadas de exposición a la publicidad que promueve el consumo y las marcas de tabaco durante 2007 y 2008. A diferencia de la proporción de fumadores

que reportaron exposición a la promoción, algunos métodos de publicidad presentan una mayor prevalencia e incremento en sus porcentajes. Se observaron incrementos en publicidad en eventos musicales (11.9% en 2007 a 18.1% en 2008, $p=0.006$) y en bares, discotecas u otros lugares para mayores de edad (21.4% en 2007 a 28% en 2008, $p=0.010$), se observó una diferencia ajustada estadísticamente significativa (cuadro II). Asimismo no se observaron diferencias estadísticamente significativas en el autorreporte de exposición a publicidad en eventos deportivos (15.8 a 17.7%), cafés o restaurantes (24.5 a 26.5%), tiendas (66.5 a 64.8%) ni en periódicos y revistas (42.7 a 39.4%). El autorreporte de haber visto publicidad en posters o paradas de autobús bajó de 54.7 a 47.2%, observándose una diferencia estadísticamente significativa en los modelos bivariados y ajustados (cuadro II).

CUADRO II. Razones de momios crudas (RM) y ajustadas (RMA+) para el cambio de 2007 a 2008 en el autorreporte de exposición a diferentes tipos de promoción y publicidad que promueve el consumo del tabaco, en fumadores mexicanos

Variables	Razón de momios cruda		Razón de momios ajustada		
	RM (2008 vs 2007)	IC(95%)	RMA (2008 vs 2007)	IC(95%)	
En los últimos seis meses usó o recibió alguno de los siguientes tipos de promoción de tabaco...	Ha recibido muestras gratis de cigarros	2.38*	[1.434 - 3.954]	2.46*	[1.472 - 4.121]
	Ha usado promociones de cigarros a bajo precio	1.28	[0.874 - 1.877]	1.39	[0.931 - 2.075]
	Ha recibido regalos o descuentos especiales	1.09	[0.698 - 1.689]	1.14	[0.727 - 1.773]
	Ha recibido ropa u otros artículos con marcas o logos	1.77 [§]	[1.104 - 2.839]	1.80 [§]	[1.102 - 2.949]
	Ha visto información sobre eventos especiales	2.57 [†]	[1.297 - 5.107]	2.65 [†]	[1.332 - 5.267]
	Ha recibido mensajes por correo electrónico	1.92	[0.918 - 4.036]	1.9	[0.898 - 4.017]
	Ha recibido correspondencia	0.87	[0.521 - 1.448]	0.91	[0.534 - 1.550]
En los últimos seis meses vio o escuchó publicidad de las marcas de cigarro en...	Periódicos y revistas	0.88	[0.711 - 1.087]	0.84	[0.674 - 1.044]
	Posters, paradas de autobús o espectaculares	0.76 [‡]	[0.621 - 0.928]	0.75 [‡]	[0.610 - 0.924]
	Tiendas donde se vende tabaco	0.99	[0.804 - 1.214]	0.98	[0.791 - 1.220]
	Cafés o restaurantes	1.10	[0.880 - 1.382]	1.10	[0.867 - 1.395]
	Bares y discotecas para mayores de edad	1.42 [†]	[1.109 - 1.827]	1.42 [†]	[1.093 - 1.845]
	Eventos deportivos patrocinados por marcas de cigarro	1.10	[0.836 - 1.459]	1.11	[0.831 - 1.485]
	Evento musical o artístico patrocinado por marcas de cigarro	1.10	[0.836 - 1.459]	1.11	[0.831 - 1.485]

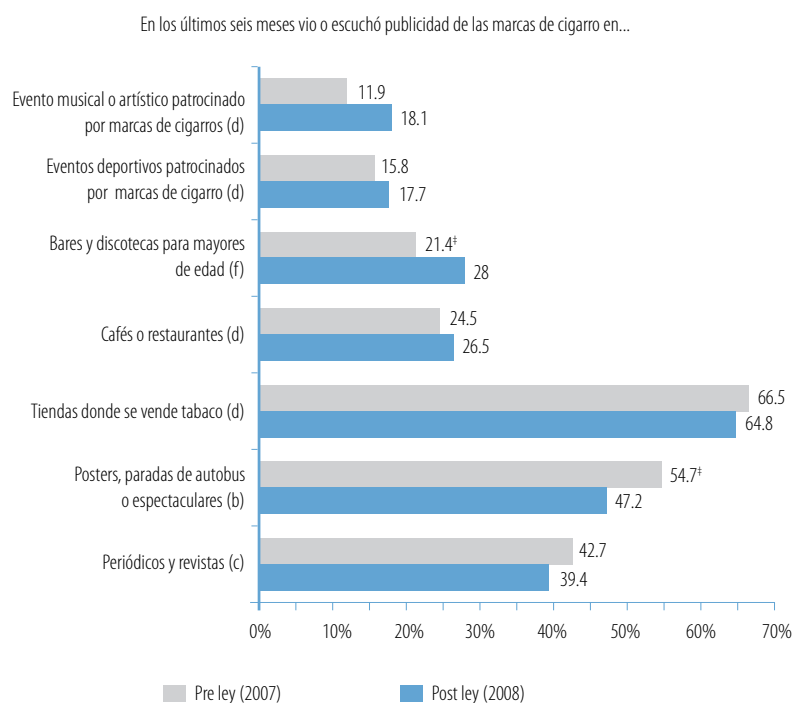
* p<0.001

† p<0.01

‡ p<0.05

(+) Los análisis fueron ajustados por sexo, edad, educación, ingreso, consumo y marca de cigarro

Fuente: Proyecto ITC México. 2007 y 2008



(a) Prohibición total en 2007 y 2008; (b) prohibición parcial en 2007 y prohibición total en 2008; (c) prohibición parcial en 2007 y 2008; (d) permitido en 2007 y prohibición total en 2008; (e) permitido en 2007 y prohibición parcial en 2008; (f) permitido en 2007 y 2008

* p<0.001

† p<0.01

‡ p<0.05

Fuente: Proyecto ITC México. 2007 y 2008

FIGURA 3. Prevalencia del autorreporte de exposición a publicidad del tabaco durante los últimos seis meses en fumadores mexicanos, ITC México 2007 y 2008

Discusión

Los resultados obtenidos en este estudio sugieren que durante la discusión y publicación de la Ley General para el Control de Tabaco en México el nivel de exposición a varias formas de publicidad y promoción de productos de tabaco aumentó. El único tipo de exposición que bajó desde antes hasta después de la publicación de la LGCT fue el de publicidad al aire libre; aun así, casi la mitad (47%) de los fumadores dicen que han visto este tipo de publicidad en el periodo post publicación.

Aun cuando la LGCT había sido publicada en agosto de 2008, y por tanto se hacen obligatorias las disposiciones en materia de publicidad, promoción y patrocinio, en este periodo “sin” reglamento la IT aprovechó abiertamente y utilizó todas sus estrategias para saturar el mercado con publicidad y promoción. Al igual que en otros países, en México la IT aprovecha el espacio permitido en la ley -exclusivo para adultos-, por lo que se destaca el aumento significativo de la prevalencia de exposición a publicidad en el único sitio donde se permite anunciar el tabaco –en los bares y otros lugares para mayores de edad (21 a 28%)-. Como era de esperarse, según estudios realizados en México, se reporta que en los establecimientos donde se permite fumar es mayor la posibilidad de encontrar promociones como cigarros gratis, así como patrocinio de eventos.¹⁸

Para el caso de puntos de venta -en específico de las tiendas o establecimientos-, estudios realizados en países como Canadá, Reino Unido, Australia y Estados Unidos han reportado que la publicidad donde se vende el tabaco ha sido la que presenta mayores porcentajes.^{1,4,19,20} En México se mostró que casi la mitad de establecimientos que venden productos de tabaco tenían publicidad de tabaco en su interior, así como productos de tabaco a la altura de los ojos de los niños lo cual es un medio eficaz para posicionar la marca en los futuros consumidores. También se encontraron promociones de objetos con logos de la compañía.²¹

Los puntos de venta, principalmente establecimientos, ha sido uno de los medios de promoción en donde hace falta una mayor regulación, pues aunque sólo está permitido para aquellos lugares exclusivos para mayores de edad, en México la mayor parte de los establecimientos en donde se encuentran estos puntos de venta no tienen accesos

restringidos a menores de edad, pues la mayoría son tiendas de acceso público. Esto representa un ejemplo no sólo de publicidad directa, sino también indirecta al ir mas allá de la mercadotecnia tradicional mediante la creación de una gran variedad de marcas en aparador para promocionar el consumo de un producto de tabaco y así evadir las prohibiciones a la publicidad; podría también observarse la colocación de los productos en estos puntos de venta como se ha presentado en otros estudios.^{4,20,21} Estos hallazgos confirman lo que se ha encontrado en otros países sobre el método de las tabacaleras de concentrar más recursos en los canales permitidos.^{1,5}

En el autorreporte de haber estado expuesto a algunos métodos de promoción que están prohibidos, se muestran incrementos significativos de 2007 a 2008, por ejemplo, la promoción de muestras gratuitas, ropa o artículos con marcas de cigarros e información sobre eventos que patrocinan las compañías tabacaleras. Durante el periodo de estudio, se corroboraron datos de conciertos musicales gratuitos que fueron patrocinados por la IT, los cuales fueron un medio para posicionar la marca e incrementar sus ventas durante la discusión de la LGCT.

Se debe resaltar que la IT, además del patrocinio a eventos musicales, utiliza otros medios como las prendas de vestir y otros artículos con marcas de cigarros como promoción directa. Esto se revela en documentos internos de la IT en donde se confirma que el uso de marcas en artículos no relacionados con productos de tabaco se utiliza para promocionar el consumo de éstos y para evadir las prohibiciones a la publicidad.²¹ Al igual que los resultados obtenidos en este estudio, se muestra que en países desarrollados como Reino Unido han encontrado que la promoción de ropa o artículos con las marcas mostraron incrementos incluso después de prohibiciones integrales en estos rubros.⁴

La eliminación total de la promoción del tabaco disminuye el consumo,^{4,5} razón por la cual el CMCT OMS promueve llevar a cabo una prohibición integral así como la aplicación de restricciones sobre todas las acciones de publicidad directa e indirecta, promoción y patrocinio del tabaco. En el caso de no lograrse una prohibición total, las restricciones deberán ser tan integrales como sea legalmente posible. Estudios han mostrado que las restricciones parciales de la publicidad tienen poco

o ningún impacto en el consumo, generalmente porque cuando algunos medios o tipos de publicidad están prohibidos las compañías tabacaleras simplemente invierten más recursos en aquellas formas de promoción y publicidad que todavía están permitidas.^{4,5,22} Los resultados obtenidos en este estudio muestran cómo la publicidad que se permite en bares y discotecas para mayores de edad mostró incrementos significativos de un periodo a otro, lo cual refuerza esta premisa.

Recientemente, diversos estudios realizados en países donde las prohibiciones en la promoción, publicidad y patrocinio de la IT son totales, han encontrado un uso creciente de medios electrónicos, como es el caso de Facebook²³ y Youtube,²² y también en el uso de juegos electrónicos en países donde hay prohibición o restricción.⁸ La industria tabacalera ha aprovechado estos medios difíciles de controlar para su promoción e incentivar el inicio del consumo de sus productos, por lo que se hace necesario enfocar e integrar esfuerzos regulatorios en este tipo de medios donde los jóvenes son quienes tienen mayor acceso y con pocas restricciones.

Una de las limitaciones de nuestro estudio ha sido la sobreestimación del autorreporte como indicador de exposición a cada uno de los medios que se evaluaron.¹⁵ Otra es el lapso de tiempo entre la entrada en vigor de la ley en 2008 y la fecha en que se llevó a cabo la encuesta, principalmente en aquellos entrevistados en las primeras fechas del mes de noviembre, pues los criterios de medición retrospectiva se tomaron en cuenta a partir de seis meses previos a la encuesta, por lo cual pudo existir un traslape en algunos casos del tiempo de entrada en vigor de la ley y la fecha de la encuesta realizada. Sin embargo, es importante considerar la fortaleza del diseño del estudio longitudinal, lo cual permite la estimación de los cambios en el tiempo, así como también los modelos de estimación (GEE) utilizados para el análisis, pues toma en cuenta la correlación de los datos dentro del individuo y dentro del grupo de individuos en el cambio.

Conclusiones

En el año 2007, previo a la aprobación e implementación de la LGCT, existía mayor permisividad en cuanto a este tema, por lo que se esperaba que

luego de la publicación de la ley en 2008 hubiera una disminución a la exposición de la publicidad y promoción como ha sucedido en algunos países. Sin embargo, los datos obtenidos muestran que en ese periodo se presentaron más incrementos que disminuciones en la exposición a la publicidad y promoción. El periodo de tiempo entre la publicación y entrada en vigor de la LGCT, así como el periodo de la reglamentación, fue suficiente como para dejar a la IT implementar estrategias de saturación de mercado.

Es importante realizar estudios que den continuidad a la evaluación de la política pública siguiendo los lineamientos establecidos por el CMCT OMS en México. Se sugiere un incremento en la vigilancia de la publicidad y promoción del consumo de tabaco que realizan las tabacaleras y su respectiva sanción al violar la ley. Sin embargo, es necesaria una política integral que prohíba cualquier tipo de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco para lograr una mayor disminución del consumo de tabaco en los fumadores así como la prevención del consumo en las futuras generaciones mexicanas.

Agradecimientos

La recolección de datos fue financiada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt Convocatoria Salud-2007-C01-70032). El análisis de datos para el presente estudio se llevó a cabo en conjunto con la Unión Internacional en contra de la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (México 07-01). El doctor Thrasher también recibió apoyo financiero del National Cancer Institute de los Estados Unidos (P01 CA138389).

Referencias

1. Crawford MMA, Brown A, Hastings G. Tobacco marketing awareness on youth smoking susceptibility and perceived prevalence before and after an advertising ban. *Eur J Public Health*; 2008:7.
2. Li L, Yong HH, Borland R, Fong GT, Thompson ME, Jiang Y, *et al*. Reported awareness of tobacco advertising and promotion in China compared to Thailand, Australia and the USA. *Tob Control* 2009;18(3):222-227.
3. Saffer H. Tobacco advertising and promotion. In: Jha P, Chaloupka F, eds. *Tobacco control in developing countries*. New York: Oxford University Press, 2000:70-76.
4. Harris F, MacKintosh AM, Anderson S, Hastings G, Borland R, Fong GT, *et al*. Effects of the 2003 advertising/promotion ban in the United Kingdom on awareness of tobacco marketing: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tob Control* 2006;15(3):26-33.

5. Saffer H. The effect of tobacco advertising bans on tobacco consumption. *J Health Econ* 2000;19(6):20.
6. Directrices para la aplicación del artículo 13 (publicidad, promoción y patrocinio del Tabaco) del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Durban, Sudáfrica, 2008. [consultado 2012 marzo 22]. Disponible en: http://www.who.int/fctc/guidelines/article_13_es.pdf
7. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre Control del Tabaco para la Región de las Américas. Washington, DC: OPS, 2011.
8. Barrientos-Gutiérrez T, Barrientos-Gutiérrez I, Lazcano-Ponce E, Thrasher JF. Gaming Tobacco content in video games: 1994-2011. *Cancer and Society*, 2012;13:237-238.
9. Yong HH, Borland R, Hammond D, Sirirassamee B, Ritthiphakdee B, Awang R, *et al.* Levels and correlates of awareness of tobacco promotional activities among adult smokers in Malaysia and Thailand: findings from the International Tobacco Control Southeast Asia (ITC-SEA) Survey. *Tob Control* 2008;17(1):46-52.
10. World Health Organization. Report on the global tobacco epidemic: warning about the dangers of tobacco. Ginebra, Suiza: WHO, 2011;62-65. [consultado 2012 marzo 22]. Disponible en: <http://www.who.int/tobacco/mpower/2011/es/index.html>
11. Decreto que reforma la Ley General de Salud, publicado en el DOF el 19 de enero de 2004.
12. Ley General para el Control del Tabaco. México. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de mayo de 2008 [consultado 2012 marzo 22]. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgct.htm>
13. Organización Panamericana de la Salud. México: Informe sobre Control del Tabaco. Washington, DC: OPS, 2011.
14. Reglamento de la Ley General para el Control del Tabaco. México. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 31 de mayo de 2009 [consultado 2012 marzo 22]. Disponible en: http://www.arcticcircle.com.mx/docs/disposiciones_LGCT.pdf
15. Thrasher JC, Hammond F, Fong D, Borland G, Hastings R, Cummings M. Evaluación de las políticas del tabaquismo en países latinoamericanos en la era del Convenio Marco para el Control del Tabaco. *Salud Publica Mex* 2006;48(S1):55-66.1
16. James W, Hardin JMH. Generalized Estimating Equations. Boca Raton, Fl: Chapman and Hall/CRC, 2002.
17. Kasza KAH, Brown A, Mohammad A, Hua-Hie S, McNeill Y, Lin Li D, *et al.* The effectiveness of tobacco marketing regulations on reducing smokers exposure to advertisements and promotion findings from the International Tobacco Control (ITC) four country survey. *Int J Environ Res Public Health* 2011;8:18.
18. Shahrir S, Wipfli H, Avila-Tang E, Breyse PN, Samet JM, Navas-Acien A, the FAMRI Bar Study Investigators. Tobacco sales and promotion in bars, cafes and nightclubs from large cities around the world. *Tob Control* published online February 17, 2011.
19. Rodríguez-Bolaños R, Reynales-Shigematsu LM, Ibáñez-Hernández NA, Santos-Luna R, Valdés-Salgado R, Ávila-Tang E, *et al.* Estrategia de vigilancia para el control del tabaco en México: publicidad, promoción y patrocinio, empaque y etiquetado. *Salud Publica Mex* 2010;52(S2):S254-S266.
20. Harper T. Marketing life after advertising bans. *Tobacco Control* 2001;10:2.
21. Tobacco Free Initiative. Publicidad, promoción y patrocinio del tabaco: refutando los argumentos de la industria. 2011. [consultado 2012 febrero 14]. Disponible en: http://global.tobaccofreekids.org/files/pdfs/es/APS_industry_arguments_es.pdf
22. Forsyth SMR. "I'll be your cigarette-Light me up and get on with it": Examining smoking imagery on YouTube. *Nicotine & Tobacco Research* 2010(8):16.
23. Freeman BCS. British American Tobacco on Facebook: undermining article 13 of the global World Organization Framework Convention on Tobacco Control. *Tob Control* 2010;19:9.

Apoyo a los fumadores para dejar de fumar

Modelos de atención del tabaquismo en México

Raúl H Sansores,⁽¹⁾ Justino Regalado Pineda,⁽²⁾ Mónica Velázquez Uncal,⁽¹⁾ Alejandra Ramírez Venegas,⁽¹⁾ Fabiola Valdelamar Vázquez,⁽¹⁾ Mónica Casar,⁽³⁾ Juan W Zinser Sierra,^(3,4) Víctor H Arellano Rocha,⁽⁵⁾ Carmen Fernández Cáceres⁽⁵⁾

El tabaquismo es un problema mundial de salud pública. Sus consecuencias son numerosas, desde enfermedades devastadoras así como diversos tipos de cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares,¹ y otros padecimientos donde interviene como un factor de riesgo para complicaciones que ponen en peligro la salud, como son: el bajo peso al nacer, síndrome de muerte súbita del lactante, infecciones de vías respiratorias en infantes, agravamiento de asma, etcétera.^{2,3}

La OMS ha estimado que aproximadamente ocurren diariamente 14 mil muertes por causas relacionadas al tabaquismo.⁴ En nuestro país, 18.5% de la población entre 12 a 65 años de edad son fumadores activos;^{5,6} de ellos, alrededor de 60 mil muere anualmente por alguna causa relacionada con el consumo crónico de tabaco.⁷ La mayor parte de estas muertes y de las enfermedades que las ocasionan podrían prevenirse si las personas dejaran de fumar.⁸

Sin embargo, con la dependencia a la nicotina sólo una minoría de los fumadores consigue mantener la abstinencia a largo plazo (más de 12 meses) en el primer intento de abandono. La mayoría de los fumadores persiste en el consumo de

tabaco durante muchos años y típicamente alterna periodos de remisión y recaídas.⁹ Así, es necesario otorgar facilidades a los fumadores para dejar de fumar.¹⁰

La OMS desarrolló una serie de estrategias que se describen con el acrónimo MPOWER que significa lo siguiente: M= Monitor: se refiere a la vigilancia en el consumo de tabaco y las políticas de prevención; P= Protect: proteger a la población del humo de tabaco; O= Offer: ofrecer ayuda para el abandono del tabaco; la W= Warn: advertir de los peligros del tabaco; E= Enforce: Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco; R= Raise: aumentar impuestos al tabaco.¹¹

En nuestro país existen clínicas especializadas que ofrecen ayuda para dejar de fumar, ubicadas en las instituciones sanitarias conocidas como de tercer y segundo nivel, es decir, hospitales donde se atienden con mayor o menor grado de especialización los problemas de salud. Sin embargo, poco se ha logrado para poner al alcance de los fumadores y a los médicos, la atención especializada, a pesar del número amplio de fumadores que quieren dejar de fumar.^{5,6,12-14} El Censo, Capacitación y Certificación (Cecace), de clínicas de profesionales de

(1) Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, "Ismael Cosío Villegas"

(2) Oficina Nacional para el Control del Tabaco. Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones. Secretaría de Salud

(3) Consejo Mexicano contra el Tabaquismo

(4) Instituto Nacional de Cancerología

(5) Centros de Integración Juvenil

la salud dedicados al tratamiento del tabaquismo, es un programa diseñado, entre otros objetivos, para hacer públicas y accesibles las opciones que existen en México para ayudar a los fumadores al cese tabáquico. Este censo resume los modelos de atención en materia de tabaquismo existentes en México; forma parte de la estrategia “M” y “O” de MPOWER del CMCT OMS, es decir monitoreo y oferta de tratamiento. El objetivo del presente trabajo es describir dichos modelos y analizarlos en el marco de las políticas de salud de la OMS.¹¹

Métodos

El Cecace es una iniciativa del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, INER, del Consejo Mexicano contra el Tabaquismo, CMCT, de los Centros de Integración Juvenil, CIJ, y de la Oficina Nacional para el Control del Tabaco, ONCT. El primer objetivo del programa fue realizar un censo para determinar la infraestructura disponible en materia de servicios para dejar de fumar, particularmente el número de clínicas, su ubicación, tipo de servicios ofrecidos y su publicación en Internet para que la información sea de fácil acceso a la comunidad. El segundo objetivo fue capacitar a todo individuo o institución que desee actualizar sus conocimientos y estrategias en programas para dejar de fumar. El tercero, certificar a las instituciones participantes. En este trabajo se muestran los resultados del censo a casi dos años de su inicio.

Convocatoria para elaborar el censo. Se hizo una invitación para registrar en este censo a todas las instituciones públicas y/o privadas con servicios de atención a fumadores a través de comunicaciones directas, ya sea vía escrita, electrónica o durante las sesiones del Comité Interinstitucional de Lucha contra el Tabaco CIILCT. Este es un comité formado por representantes de todas las instituciones involucradas, de una u otra manera, en la lucha contra el tabaco. Para la ubicación de las unidades participantes, se distribuyó una invitación a todos los centros de tratamiento del tabaquismo que integran el sistema de los CIJ; asimismo, se invitó a los titulares de los Consejos Estatales contra las Adicciones (Cecas) de las 31 entidades federativas y del Distrito Federal, mismos que a su vez coordinan a los centros de atención primaria contra las

adicciones (Red de Centros Nueva Vida), así como a todas las clínicas de ayuda para dejar de fumar registradas en los cursos de monitores organizados por el CIILCT.

Con base en experiencias previas¹⁵ se diseñó un instrumento para evaluar la infraestructura, capacidad, recursos humanos y tipo de servicio de cada centro (anexo 1).

Encuesta. Para registrarse en el censo nacional, se proporcionó a cada clínica participante una encuesta cuyo objetivo fue determinar el modelo de atención en materia de tabaquismo. La encuesta fue distribuida directamente y también por Internet. Para acrecentar el registro se hizo una conferencia de prensa abierta a medios de comunicación masiva para presentar el programa ante la comunidad general y a la que se dedica a llevar a cabo algún programa en la lucha contra la adicción al tabaco.

La encuesta fue diseñada para determinar el origen público o privado de una clínica. En el caso de ser público, el sector salud al que pertenecía SSA, IMSS o ISSSTE. Se investigó adicionalmente la ciudad en la que estaban prestando el servicio con dirección precisa (con mapa de las calles y cruceros), la formación profesional de los responsables, tipo de intervención ofrecida, costo, horario, datos de contacto, mecanismos de seguimiento para corroborar la abstinencia y si se desarrollaba algún tipo de programa de promoción para la salud y prevención e investigación en tabaquismo. De los resultados obtenidos de esta encuesta se conformó el directorio que está disponible en la página web www.quierodejardefumar.mx. Este directorio es actualizado cada vez que se registra una nueva clínica. Para mayores detalles del instrumento de registro (anexo I).

Resultados

Se registraron 257 clínicas. En el cuadro I se muestra la distribución de las clínicas en el país. Como puede observarse, 26.8% de los centros de atención participantes se concentran en la Ciudad de México y el Estado de México.

La mayoría de las clínicas pertenecen al sistema de los Centros de Integración Juvenil CIJ, 41% y a las clínicas del Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones (Cenadic) conocidas

CUADRO I. Clínicas registradas según entidad federativa del país

ENTIDAD FEDERATIVA	N	%	%	ENTIDAD FEDERATIVA	N	%	%	ENTIDAD FEDERATIVA	N	%	%
Distrito Federal	35	13.6	6.1%	Jalisco	8	3.1	18.5%	Baja California Sur	3	1.2	8.6%
Estado de México	34	13.2	8.8%	Oaxaca	8	3.1	5.4%	Chiapas	3	1.2	7.4%
Querétaro	15	5.8	8.8%	Tamaulipas	7	2.7	12.4%	Chihuahua	3	1.2	21.7%
Tabasco	15	5.8	9.6%	Aguascalientes	6	2.3	11.9%	Coahuila	3	1.2	11.8%
Sinaloa	12	4.7	13.5%	Colima	6	2.3	15.1%	Hidalgo	3	1.2	4.1%
Zacatecas	11	4.3	8.5%	Veracruz	6	2.3	6.8%	Nayarit	2	0.8	12.9%
Puebla	10	3.9	7.9%	Morelos	5	1.9	6.7%	San Luis Potosí	2	0.8	5.6%
Quintana Roo	10	3.9	9.2%	Nuevo León	5	1.9	13%	Sonora	2	0.8	17.6%
Campeche	9	3.5	14.1%	Baja California Norte	4	1.6	11.7%	Durango	1	0.4	9.2%
Guanajuato	9	3.5	20%	Michoacán	4	1.6	17.1%	Tlaxcala	1	0.4	10.6%
Guerrero	9	3.5	3.6%	Yucatán	4	1.6	11.4%	No hay dato	2	0.8	

Nota: Distrito Federal se refiere a la Ciudad de México

como centros “Nueva Vida” (34.2%) (cuadro II). Sólo en 27 clínicas (10.7%) los servicios tienen un costo, en el resto no lo tienen o se basan en un estudio socioeconómico (cuadro III). El 51%

CUADRO II. Clínicas registradas según institución

SSa	22	8.5
CIJ	105	41
Cenadic	88	34.2
ISSSTE	12	4.7
IMSS	12	4.7
Privados y otras	12	2
Universitarios	6	2
Total	257	100

Nota: SSa: Secretaría de Salud; CIJ: Centros de Integración Juvenil; Cenadic: Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones; ISSSTE Instituto de Seguridad Social sólo para Trabajadores del Estado; IMSS Instituto Mexicano del Seguro Social
Las de la SSa se refieren a clínicas instaladas dentro de instituciones y/o hospitales que pertenecen a la SSa. Estrictamente hablando, las de CIJ y Cenadic también pertenecen al sistema de la SSa

de los responsables de las clínicas son psicólogos, 28% médicos y 10% trabajadores sociales. En el cuadro IV se muestran resultados sobre el servicio ofrecido y el perfil de los profesionales que lo prestan. La mayor parte de la cobertura profesional de las clínicas está en manos de psicólogos, médicos y trabajadores sociales (89.5, 82 y 74%

CUADRO III. Clínicas según costo del servicio

COSTO DE LOS SERVICIOS	NÚM.	%
Gratuito	92	34
Con costo	27	10
Costo según estudio socioeconómico	127	47
Sólo derechohabientes	24	9
Total	270	100

Nota: El número sobrepasa a las existentes porque algunas tienen un costo y al mismo tiempo, para algunos usuarios no hay costo

CUADRO IV. Descripción de los modelos de atención existentes en México y del perfil de los profesionales que ofrecen el servicio

TIPO DE PERSONAL	NÚM.	%
Enfermeras	59	23.0
Médicos	211	82.1
Psicólogos	230	89.5
Trabajador social	190	73.9
Otros	37	14.4
Consejo breve	233	90.7
Terapia psicológica individual	210	81.7
Terapia psicológica grupal	201	78.2
Terapia farmacológica	193	75.1
Seguimiento periódico para evaluar efectos secundarios y niveles de abstinencia	217	84.4
Programa dx. Oportuno de enfermedades asociadas a tabaquismo	161	62.6
Campañas de promoción prevención	198	77
Investigación y docencia	103	40.1

Nota: El 90% de los profesionales son psicólogos

respectivamente). Todas ellas ofrecen consejo breve para dejar de fumar y casi 80% brinda terapia psicológica individual y grupal. El 75% da terapia farmacológica y sólo 62% cuenta con un sistema médico integrado para el diagnóstico de enfermedades asociadas. El 65% de los centros refiere hacer campañas de promoción en contra del tabaquismo y 17% participa en proyectos de investigación. En el cuadro V se muestra el proceso de seguimiento y vigilancia de la abstinencia al concluir los programas para dejar de fumar. Más del 80% de las clínicas encuestadas refiere hacer

CUADRO V. Estrategias de seguimiento y vigilancia

SEGUIMIENTO	NUM.	%
Teléfono	125	48.6
Virtual	19	7.4
Presencial	220	85.6
Presencial testimonio	109	42.4
Presencial nivel sérico cotinina	2	0.8
Presencial monóxido de carbono	17	6.6
No se realiza seguimiento	25	9.7
Sólo durante la fase del tratamiento	14	5.4
Entre 3 y 6 meses después de tratamiento	55	21.4
Entre 6 meses y 1 año después de tratamiento	117	45.5
Más de 1 año después de tratamiento	46	17.9
Total	257	100.0

Nota: Estrategias de seguimiento y vigilancia de la abstinencia una vez que el programa de ayuda para dejar de fumar ha concluido

seguimiento para vigilar la abstinencia, la mayoría a través de testimonios verbales o telefónicos. Sólo 17 centros utilizan monóxido de carbono (CO) espirado como método de evaluación de la abstinencia a largo plazo, y dos centros participantes realizan niveles séricos de cotinina.

Discusión

Este trabajo presenta un análisis descriptivo de los programas disponibles en México para ayudar a los fumadores a dejar de fumar. Cada clínica o centro de atención tuvo la oportunidad de anunciar el tipo de servicio que ofrece. Así, este trabajo muestra los

modelos de asistencia que ofrece tanto el sector público y privado a los fumadores en México.

En la distribución de las clínicas por entidad federativa casi 27% de las mismas se concentran en la Ciudad de México y Estado de México, en tanto que entidades relativamente pequeñas tanto en extensión territorial como en número de habitantes como Querétaro, cuentan hasta con 15 clínicas. Por el contrario, entidades de mayor extensión geográfica (como Chihuahua) tienen un número mucho menor. Sin embargo, como se muestra en el cuadro I, tomando en cuenta la prevalencia de sujetos adictos a la nicotina por entidad federativa, se aprecia que la atención reflejada por el Cecace no coincide con las necesidades de atención de adictos en cada estado.⁶ En algunos como Chihuahua, Nayarit, Sonora y Tlaxcala, la prevalencia de fumadores adictos a la nicotina, claramente superan las posibilidades de atención.⁶ En general se observa la necesidad de ampliar la oferta de servicios especializados de cesación tabáquica. Una explicación potencial a esta aparente distribución desbalanceada es que exista un subregistro de clínicas.

El 75% de la atención en el ámbito nacional depende de los CIJ y del Cenadic. Los primeros funcionan con una cuota inicial de 15 pesos (poco más de un dólar estadounidense); posteriormente, el costo completo del tratamiento depende de un estudio socioeconómico. El costo máximo de las 10 sesiones de tratamiento es de aproximadamente 550 pesos mexicanos (poco más de 42 dólares estadounidenses). Los CIJ son centros cuya atención inicial sólo estaba dirigida a jóvenes con adicción a drogas ilícitas. Desde hace aproximadamente 10 años incluyeron un programa de tabaquismo en sus modelos de atención; dicho programa sólo se agregó a una infraestructura y recursos humanos que ya existían en sus centros. Sin embargo, a pesar de contar con 113 centros en el país, solamente se registraron 105. Esto último sugiere la necesidad de mayor difusión y promoción de los centros de ayuda para dejar de fumar.

En México, la mayoría de las clínicas ofrece servicios sin costo o a un precio que depende de la situación socioeconómica del fumador. Alternativamente puede existir cobertura del sistema de salud del Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS o del Instituto de Seguridad Social y de Servicios para los trabajadores del Estado ISSSTE. De esta

manera, la atención médica no tendría un costo adicional (incluyendo tratamiento psicológico y farmacológico). Sólo 10.7% del total de las clínicas registradas son remuneradas y funcionan como establecimientos privados. Exceptuando el IMSS e ISSSTE, ninguna clínica ofrece gratuitamente los medicamentos.

El IMSS representa el grueso de la atención médica en México. Se estima que más del 50% de la población general de nuestro país (incluyendo población fumadora) son sus derechohabientes. Sin embargo, solamente se registraron doce clínicas de este instituto (4.7%), lo cual sugiere subregistro o, en su defecto, que no cuentan con este servicio. En cualquiera de los dos casos, los fumadores que buscan ayuda y que podrían recibirla gratuitamente en el IMSS, posiblemente ignoren esta opción de atención. El ISSSTE se encuentra en circunstancias similares aunque su cobertura poblacional es menor. En términos de servicios médicos sin costo para los trabajadores, ocupa el segundo lugar después del IMSS y solamente se registraron doce clínicas de ayuda para dejar de fumar. Tanto las clínicas del Cenadic como las de los CIJ y aquellas que aparecen en el cuadro II, son instancias que dependen de la Secretaría de Salud SSA y explican 84% de la atención que se le ofrece a los fumadores en México. Seis clínicas son parte del sistema universitario de salud.

Llama la atención que la mayor parte de la capacidad nacional para ofrecer servicios de cesación del tabaquismo provenga de instituciones vinculadas al gobierno federal y estatal. Lo anterior es consistente con los esfuerzos realizados durante los últimos años para implementar políticas públicas de control del tabaco que inciden en los patrones de consumo de los fumadores y los inducen a dejar de fumar. También resulta llamativo el escaso número de centros de tratamiento en el sector privado.

Un tema relevante en este estudio es el concerniente al personal de salud involucrado en la atención del problema. El 90% de los profesionales de la salud que ofrecen tratamiento para dejar de fumar son psicólogos y este hecho explica que la terapia psicológica, ya sea grupal o individual sea ofrecida en 80% de todas las clínicas. Aunque solamente 82 % de las clínicas cuenta con un médico, 90.7% ofrece consejos breves para dejar de fumar, lo cual indica que este recurso es utilizado

no solamente por el grupo de médicos. En cambio, respecto al número de clínicas que cuenta con un médico es probablemente el mismo que ofrece terapia farmacológica puesto que para algunos medicamentos se requiere una prescripción médica. Esta investigación no incluyó la pregunta del tipo de medicamentos o fármacos que se utilizan preferentemente para ayudar a los fumadores a dejar de fumar.

Los datos deben hacernos reflexionar sobre la situación que guarda la epidemia de tabaquismo en México y la oferta de tratamiento que hay para los fumadores. De acuerdo con los resultados de la Encuesta GATS 2009, de todos los fumadores que intentaron dejar de fumar en los últimos doce meses, sólo 6.2% utilizó algún tipo de tratamiento farmacológico, 2.9% lo hizo por asesoría o consejo médico breve, y 90.3% lo hizo por sí mismo, sólo con fuerza de voluntad.⁵ De la misma manera, se estima que cerca de 7.7 millones de fumadores están interesados en dejar de fumar.⁵ Este dato resulta muy relevante a la luz de los resultados del estudio, ya que nos muestra la necesidad de ampliar la infraestructura física, la difusión de los servicios de cesación del tabaquismo e intensificar la capacitación del personal de profesionales de la salud quienes deben abordar este problema de manera urgente.

El éxito de cualquier programa para dejar de fumar es alto a corto plazo, pero disminuye conforme se aleja de la fecha en que terminaron las intervenciones.^{9,16} Es por esto que la forma de seguimiento y la evaluación periódica del mantenimiento de la abstinencia es de suma relevancia. En el informe se logró documentar que 86% de las clínicas se ocupan de hacer seguimiento del estado de abstinencia y por lo tanto del impacto de sus intervenciones. Sin embargo, sólo un bajo porcentaje utiliza CO exhalado o cotinina urinaria, y la vigilancia es predominantemente telefónica durante un periodo que oscila entre los tres y doce meses.

En este sentido es importante insistir en la necesidad de abordar el tabaquismo y la dependencia a la nicotina como un modelo de enfermedad crónica. La mayor parte de los médicos y otros profesionales de la salud como odontólogos, psicólogos y trabajadores sociales se sienten cómodos atendiendo pacientes con otros padecimientos crónicos como diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica o dislipidemia; sin embargo, muchos profesionales

de la salud no se sienten motivados a brindar a sus pacientes fumadores algún tipo de consejería o medicamentos para dejar de fumar.^{17,18}

Otros aspectos identificados en esta encuesta son las características de cada clínica, por ejemplo, en cuanto a actividades de promoción o de investigación. Así, existen clínicas en donde no se realizan campañas o actividades de investigación.

El modelo de atención prevalente es el de la terapia psicológica combinada con algún tipo de intervención farmacológica. La terapia cognitivo conductual es la estrategia más utilizada. Esta intervención, modificada de la utilizada en el INER es la que se aplica en los CIJ y en las clínicas del Cenadic y algunas clínicas universitarias o de la Secretaría de Salud. Se ha reportado que esta intervención¹⁶ tiene más de 35% de éxito en términos de abstinencia sostenida en un año y por lo tanto, se podría asumir un éxito al menos similar en otros centros que la empleen (condiciones y población similares). De especial importancia es la incorporación del consejo breve en 90% de los centros de acuerdo a datos publicados previamente.¹⁹

Una limitación del estudio es que no analiza la eficacia y eficiencia de los servicios ofrecidos por las instituciones participantes, por lo que no es posible juzgar si los servicios ofrecidos son de calidad. Lo anterior nos plantea el reto de implementar un sistema de evaluación y posterior acreditación o certificación de los servicios de cesación del tabaquismo. Un reto para los años por venir será la estandarización de los servicios; la incorporación de nuevas y mejores modalidades de tratamiento que incluyan servicios de atención de fumadores desde la atención primaria; uso amplio y extenso de la consejería para dejar de fumar en todo el sistema de salud; así como un manejo razonable de los medicamentos para dejar de fumar por parte de los profesionales de la salud. Otros retos por atender será el desarrollo de modelos de atención para poblaciones vulnerables como los adolescentes o los pacientes aquejados por enfermedades psiquiátricas.

Conclusiones

En México, la cobertura de clínicas de ayuda para dejar de fumar es amplia y la atención médica y psicológica es en su mayor parte gratuita o con bajo costo pero aparentemente la distribución es

irregular y desbalanceada. Se requiere una planeación que considere la densidad de población, la prevalencia regional de fumadores y la posibilidad de ofrecer intervención farmacológica gratuita o con bajo costo.

Del sistema de salud, de la SSA depende más del 80% de la atención a los fumadores. En este sentido, es necesario reforzar la estrategia “O” del CMCT OMS de ofrecer ayuda para dejar de fumar en nuestro país, con: a) la creación de nuevas clínicas en el primer nivel de atención de salud, b) la participación de todas las instituciones públicas y privadas, c) el registro de cada clínica y, d) el seguimiento y mantenimiento adecuado del estado de abstinencia.

Los profesionales de la salud involucrados con mayor frecuencia en la atención de los fumadores son psicólogos y médicos para quienes el modelo de atención prevalente es el de la terapia psicológica combinada con algún tipo de intervención farmacológica. Aún es frecuente la existencia de clínicas de ayuda para dejar de fumar con pocas o nulas actividades de promoción e investigación en la adicción al consumo del tabaco.

Siglas:

CIJ	Centros de Integración Juvenil
Cenadic	Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
ISSSTE	Instituto de Seguridad Social solo para Trabajadores del Estado
FCCT	Framework Convention on Tobacco Control
CMCT OMS	Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco
WHO	World Health Organization
Cecace	Censo Capacitación y Certificación de profesionales y clínicas de ayuda para dejar de fumar
INER	Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Ismael Cosío Villegas”
CMCT	Consejo Mexicano contra el Tabaquismo
ONCT	Oficina Nacional para el Control del Tabaco

Referencias

- Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997;349:1498-1504.
- US Department of Health and Human Services. How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2010.
- US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA, US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004.
- Tobacco: Deadly in any form or disguise. World non tobacco day 2006. Disponible en: www.who.int/tobacco/wntd
- GATS. Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos. México, 2009.
- SSa. Encuesta nacional de adicciones 2008. INSP 2009.
- Kuri-Morales P, Alegre-Díaz J, Mata-Miranda MP, Hernández-Ávila M. Mortalidad atribuible al tabaquismo en México. *Salud Pública de México (supl.)* 2002;4:29-33
- World Health Organization. Tobacco free initiative. Geneva: WHO 2006
- Fiore MC, Jaen CR, Baker TB. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. 2008.
- Rasmussen SR, Prescott E, Sorensen TI. The total lifetime health cost savings of smoking cessation to society. *Eur J Public Health* 2005;15:601-6.
- MPOWER. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: the MPOWER package
- Olaiz G, Rivera J, Shamah T, Rojas R, Villalpando S, Hernández M, Sepúlveda J. Encuesta Nacional de Salud 2006. México. INSP.
- Reynales-Shigematsu LM, Valdés-Salgado R, Rodríguez-Bolaños R, Lazcano-Ponce E, Hernández-Ávila M. Encuesta de tabaquismo en jóvenes en México. Análisis descriptivo 2003, 2005, 2006, 2008.
- Reynales-Shigematsu LM, Vázquez-Grameix JH, Lazcano-Ponce E. Encuesta Mundial de Tabaquismo en Estudiantes de la Salud 2006. México. *Salud Pública Mex* 2007;49 supl 2:S194-S204.
- Regalado-Pineda J, Sansores-Martínez R, Buitrago G. Editores. Guías mexicanas para el tratamiento del tabaquismo. *Rev Inst Nal Enf Resp* 2005;64:S83-S112.
- Sansores-Martínez RH, Córdoba-Ponce MP, Espinosa-Martínez M, Loredmy Herrera-Kiengelher L, Ramírez-Venegas A, Martínez-Rossier LA y cols. Evaluación del Programa cognitivo-conductual para dejar de fumar del INER. *Rev Inst Nal Enf Resp* M1998;11:29-35.
- Vogt F, Hall S, Marteau TM. General practitioners' and family physicians' negative beliefs and attitudes towards discussing smoking cessation with patients: a systematic review. *Addiction* 2005;100:1423-31.
- Collins BN, Levin KP, Bryant-Stephens T. Pediatricians' practices and attitudes about environmental tobacco smoke and parental smoking. *J Pediatr* 2007;150:547-52.
- Rothemich SF, Woolf SH, Johnson RE. Effect on cessation counseling of documenting smoking status as a routine vital sign: An ACORN study. *Ann Fam Med* 2008;6:60-8.
- Centers for Disease Control and Prevention. Cigarette smoking among adults-United States, 2006. *MMWR* 2007; 56:1157-61.

Intervenciones para dejar de fumar en México: análisis de disponibilidad a pagar por un método efectivo de cesación

Edson E Serván Mori,⁽¹⁾ Ileana B Heredia Pi⁽²⁾
Luz Myriam Reynales Shigematsu,⁽³⁾ Sergio A Bautista Arredondo⁽¹⁾

El apoyo a la cesación tabáquica es una de las cinco principales áreas de intervención en el combate del tabaquismo, establecidas en el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco (CMCT OMS)¹ y en las estrategias MPOWER de la Organización Mundial de la Salud (OMS).² En México, actualmente, existen varios tratamientos de cesación tabáquica (TCT) eficaces, tanto de índole psicológica como farmacológica, como la terapia de reemplazo de nicotina (parches, gomas de mascar y los inhaladores de nicotina), y los compuestos no nicotínicos como el bupropion, la nortriptilina y la vareniclina.³⁻⁶

En el ámbito internacional, cerca de 70% de los fumadores quiere dejar de fumar, 30% ha hecho algún intento previo de cesación y de éstos 8% ha utilizado algún medicamento para dejar de fumar.⁷ En México, la Encuesta Nacional de Adicciones 2008⁸ informó que 51.3% de los fumadores ha intentado dejar de fumar alguna vez, sin embargo, sólo 2.6% de ellos se ha sometido a algún TCT, y aunque 72% de los fumadores ha escuchado hablar sobre algún medicamento que ayuda a dejar de fumar, 37.1% opina que son muy caros; 29.5% que pueden dañar la salud, y 16.9% que son difíciles de conseguir.⁸ Esta información muestra el enorme

espacio de oportunidad para la implementación de intervenciones que apoyen a los fumadores en su intento por dejar de fumar.

Adicionalmente, datos de México sugieren que, si bien más de la mitad de los fumadores desea abandonar el consumo de productos de tabaco, un porcentaje importante lo intenta sin apoyo psicológico, médico, ni farmacológico.⁹ Ello se vuelve más relevante si consideramos informes de otros contextos que señalan que menos de 3% de los fumadores que hacen un intento por dejar de fumar lo logran únicamente mediante la fuerza de voluntad.¹⁰⁻¹³ Lo anterior se puede explicar, al menos en parte, la existencia de importantes barreras al acceso y utilización de los programas de cesación, por el nivel de información sobre los métodos para dejar de fumar, por la deficiencia en la oferta oportuna de estos servicios, y por la falta de capacidad de pago por parte del fumador.

Un fumador preparado para dejar de fumar, al ser informado de los potenciales beneficios de la cesación –tanto para él como para terceros– puede revelar sus preferencias por un método de cesación que le ofrezca tales beneficios, asignando un valor monetario a dicho método. Esta información además puede ser utilizada para aproximar la demanda por dichos servicios y ser de utilidad

(1) Dirección de Economía de la Salud, Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México

(2) Dirección de Gerencia y Liderazgo en Salud, Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México

(3) Grupo de Investigación sobre el Tabaco, Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México

para los tomadores de decisiones para evaluar la oferta de los TCT ofrecidos por el sistema nacional de salud y para valorar potenciales estrategias de financiamiento de las mismas.

La metodología de la disponibilidad a pagar (DAP) es una herramienta diseñada para este tipo de análisis.¹⁴⁻¹⁸ Esta metodología requiere que cada sujeto de estudio responda a preguntas hipotéticas cuyo objetivo es obtener el valor social, en términos monetarios, de una intervención específica.

En el área de la cesación tabáquica, la evidencia existente al respecto es escasa, sin embargo hay ejercicios previos relevantes. Por ejemplo, Bush y cols,¹⁹ exploraron la factibilidad de la utilización de la técnica para valorar un hipotético y novedoso TCT, demostrando que existe un mercado potencialmente sustancial para los TCT, especialmente frente a incrementos en su efectividad en comparación con los ya existentes. Los autores incluyeron en sus análisis variables relacionadas con las características socioeconómicas y demográficas de los entrevistados (edad, raza, nivel educativo e ingreso familiar), su historia de fumador (número de intentos previos para dejar de fumar, número de cigarros consumidos al día) y variables relacionadas con el peso corporal y antecedentes de alcoholismo (índice de masa corporal, antecedentes de intentos por bajar de peso e intensidad de la dependencia al alcohol). En este estudio se demostró una mayor DAP entre fumadores del sexo femenino y en los encuestados con un nivel socioeconómico más alto. Ninguna de las variables relacionadas con la historia de fumador fueron encontradas asociadas de manera estadísticamente significativa con la DAP por un método de cesación efectivo.¹⁹

En otro estudio, Weimer y cols,²⁰ utilizaron la metodología DAP para estimar la valoración por los fumadores de un TCT. Para ello midieron la pérdida en el excedente del consumidor, derivada de la reducción en el consumo de productos de tabaco por la implementación de políticas de combate al tabaquismo. Los autores propusieron una novedosa forma de estimar el costo social de las intervenciones de cesación, argumentando que la forma correcta de medir los cambios en el bienestar individual, a partir de intervenciones para dejar de fumar, sólo debería considerar bienes no adictivos y no la demanda de los bienes adictivos. Estos ha-

llazgos cambiaron considerablemente la valoración de las ventajas netas de implementar programas y políticas que intentan reducir el consumo de bienes adictivos.²⁰ Los modelos estimados por los autores sugieren asociaciones estadísticamente significativas entre la DAP y las variables de ingreso, intensidad del consumo, gasto en los productos de tabaco, intentos previos de cesación, percepción sobre las consecuencias para la salud por el consumo de cigarros y el grado de dependencia física y psicológica a la nicotina.²⁰

En el caso de México, se han reportado algunos estudios que aplican la metodología de la DAP en el campo de la salud pública, pero no relacionados con el área de la cesación tabáquica.²¹⁻²³ Sin embargo un estudio reciente aplicó la metodología de la DAP al área específica del control de la epidemia de tabaquismo.* Se trata de un estudio realizado a partir de la Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos, México 2009. En el mismo, los autores estimaron la DAP de los fumadores para tres diferentes dimensiones de beneficios (cesación, salud individual y salud de terceros). Se concluyó que los fumadores mexicanos que desean dejar de fumar atribuyen un alto valor monetario por un método de cesación efectivo. Los fumadores del sexo masculino evidenciaron una actitud menos altruista que las mujeres fumadoras y se demostró una fuerte asociación entre la DAP y los niveles educativo y socioeconómico.

El objetivo del presente estudio fue identificar factores socioeconómicos, demográficos, de la historia de tabaquismo y contextuales asociados con el deseo de dejar de fumar, estimar la DAP por un TCT efectivo e identificar los asociados con esta valoración.

Material y métodos

La información analizada se obtuvo a partir de la Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos (GATS) México 2009. Se trata de una encuesta de representatividad nacional (N= 13 627), por sexo y

* Heredia-Pi IB, Serván-Mori E, Reynales-Shigematsu LM, Bautista-Arredondo S. The Maximum Willingness to Pay for Smoking Cessation Method among Adult Smokers in Mexico. *Value in Health* 2012. En prensa.

tamaño de localidad, cuyo propósito fue recolectar, entre la población mayor de 15 años, información sobre consumo de tabaco, experiencia en el uso de TCT, exposición a humo de tabaco, características socioeconómicas y demográficas, conocimiento y actitudes acerca de la epidemia, y las percepciones sobre las estrategias de control en las advertencias sanitarias y en los medios de comunicación.

Adicionalmente, la GATS-México incluyó preguntas sobre la DAP de los fumadores por un TCT. Las preguntas de esta sección fueron agregando progresivamente información sobre los beneficios potenciales del TCT en tres dimensiones de bienestar: cesación, mejoras en la salud individual y mejoras en la salud familiar. La DAP por un TCT se identificó mostrando a los individuos un listado de valores prefijados y ordenados (a partir de precios nacionales de TCT), entre los cuales los participantes eligieron su respuesta (apéndice I). El protocolo de investigación que permitió el desarrollo de la GATS en México fue aprobado por las Comisiones de Investigación y de Ética del Instituto Nacional de Salud Pública, y durante el desarrollo de la encuesta se obtuvo el consentimiento informado de los sujetos participantes en el estudio.

La muestra de análisis incluyó 1 626 fumadores actuales (diario u ocasional), divididos entre aquellos que deseaban o no dejar de fumar (fumador diario u ocasional que responde afirmativamente/negativamente a la pregunta: *¿Usted quiere dejar de fumar?*). A quienes respondieron afirmativamente (N= 1 043) se les aplicaron las preguntas relacionadas con su disponibilidad a pagar.

En primer lugar caracterizamos a los fumadores actuales con base en variables socioeconómicas, demográficas, de historia de tabaquismo y de entorno. Entre estas variables se encuentran la edad del fumador (15-24, 25-44, 45-64 y 65 y más años de edad); nivel educativo (sin educación formal, primaria, secundaria, preparatoria, y licenciatura o superior); condición laboral (si trabajaba o no); tipo de localidad de residencia (urbana, semiurbana y rural) y variables relacionadas con la historia de tabaquismo de los individuos (tipo de fumador—diario, adicto o no y ocasional—; número de años de fumar; conocimientos sobre centros de apoyo al fumador y el antecedente de intentos previos de cesación). Adicionalmente, se identificaron las principales diferencias entre los fumadores de acuerdo con su disposición para dejar de fumar.

En segundo lugar, identificamos los factores asociados con el deseo de cesación, tanto para quienes han intentado dejar de fumar como para aquellos que no, con base en la estimación de modelos logit. Dichos factores incluyeron, además de las características señaladas anteriormente, un índice de nivel socioeconómico (NSE) de los individuos, el cual conjuga, a partir de un análisis de componentes principales con matrices de correlación policórica,²⁴⁻²⁹ la posesión de diferentes tipos de activos y características de la infraestructura de los hogares. El apéndice II detalla las variables utilizadas en la construcción del índice de NSE. Los resultados del modelo logit fueron expresados en razones de momios (*RM*).

Finalmente, analizamos la DAP (en pesos de 2009) por un TCT a partir de dos aproximaciones. La primera, con base en un análisis gráfico, a través del cual mostramos diferencias en DAP por sexo, NSE, nivel educativo, años de fumar, conocimiento de centros de apoyo e intentos previos por dejar de fumar. La segunda identifica los factores asociados con la DAP en escala logarítmica. Ambos análisis se realizaron con base en modelos de regresión lineal múltiples que incluyeron errores estándar robustos. En particular, en el caso de la segunda estrategia se estimaron modelos de asociación estadística aditivos con el fin analizar la robustez de las estimaciones. El análisis se realizó utilizando el *software* STATA SE 11.0.

Resultados

El cuadro I muestra las características sociodemográficas, demográficas y de tabaquismo en la muestra de fumadores analizada, así como las diferencias entre aquellos que desean dejar de fumar y los que no. Entre el grupo que no deseaba abandonar el consumo de productos de tabaco, una mayor proporción fueron hombres. Otras diferencias se detectaron en edad, nivel educativo, NSE, localidad de residencia, tipo de fumador y la experiencia previa de intentos previos para dejar de fumar.

El cuadro II muestra los factores asociados con la probabilidad de querer dejar de fumar para dos grupos de fumadores (con y sin intentos previos de cesación). Los hombres sin intentos previos tienen menor probabilidad de querer dejar de fumar (*RM*= 0.622) que las fumadoras del sexo femenino. Entre los que reportaron haber intentado dejar de fumar

CUADRO I. Características individuales sociodemográficas y sobre la experiencia tabáquica, de acuerdo con el deseo o no de cesación del consumo de tabaco en México, 2009

	TODOS MEDIA (DE) (N= 1 626)	NO DESEA CESAR MEDIA (DE) (N= 583)	DESEA CESAR MEDIA (DE) (N= 1 043)	DIFERENCIA DE MEDIAS O PROPORCIONES VALOR P*
Sexo (Hombre)	0.775	0.822	0.749	0.000
Edad				
15 – 24	0.328	0.346	0.318	0.001
25 – 44	0.442	0.425	0.452	
45 – 64	0.175	0.148	0.191	
65 y más	0.054	0.081	0.039	
Nivel educativo				
Sin educación formal	0.204	0.184	0.216	0.071
Primaria	0.249	0.223	0.264	
Secundaria	0.312	0.329	0.302	
Preparatoria	0.162	0.180	0.151	
Licenciatura o superior	0.073	0.084	0.067	
Trabaja	0.708	0.720	0.702	0.427
Nivel socioeconómico				
Quintil 1	0.127	0.144	0.118	0.031
Quintil 2	0.156	0.134	0.169	
Quintil 3	0.198	0.170	0.214	
Quintil 4	0.236	0.250	0.228	
Quintil 5	0.282	0.302	0.271	
Localidad de residencia				
Urbana	0.351	0.310	0.373	0.039
Semiurbana	0.259	0.278	0.248	
Rural	0.391	0.412	0.379	
Antecedentes tabáquicos				
Fumador ocasional	0.472	0.417	0.502	0.001
Fumador diario	0.528	0.583	0.498	
Adicto	0.145	0.139	0.147	0.797
No adicto	0.855	0.861	0.853	
Número de años fumando	16.62 (14.65)	17.28 (15.68)	16.25 (14.04)	0.189
Conoce centros de apoyo para dejar de fumar	0.101	0.106	0.098	0.587
Intentos previos para dejar de fumar	0.442	0.214	0.57	0.000

Nota:

* Se reportan las diferencias entre el grupo que desea cesar y el que no desea cesar. Para el caso de las variables categóricas se reporta el valor p del estadístico χ^2 de Pearson. Para el caso de variables continuas se reporta el valor p del estadístico t

Fuente: Elaboración propia de los autores a partir de los datos de la GATS 2009

CUADRO II. Factores asociados con el deseo de cesar el consumo de tabaco, según historia de intentos previos de cesación. México, 2009

	DESEA CESAR= 1, RAZONES DE MOMIOS REPORTADOS	
	SIN INTENTOS PREVIOS	CON INTENTOS PREVIOS
Hombre	0.622* [0.422 - 0.916]	0.740 [0.437 - 1.255]
Edad (Ref.: 15 – 24 años)		
25 - 44	1.220 [0.810 - 1.838]	1.925* [1.028 - 3.607]
45 - 64	1.510 [0.692 - 3.293]	5.022* [1.358 - 18.574]
65 y más	0.807 [0.225 - 2.894]	1.088 [0.172 - 6.859]
Nivel educativo (Ref.: Ninguno)		
Primaria	1.223 [0.801 - 1.868]	0.418* [0.194 - 0.900]
Secundaria	0.740 [0.476 - 1.148]	0.343 [‡] [0.157 - 0.749]
Preparatoria	0.711 [0.424 - 1.194]	0.431 [§] [0.177 - 1.051]
Más que preparatoria	0.731 [0.394 - 1.354]	0.426 [0.137 - 1.323]
Trabaja	1.336 [§] [0.948 - 1.882]	0.998 [0.620 - 1.608]
Nivel socioeconómico (Ref.: Quintil 1)		
Quintil 2	1.191 [0.712 - 1.993]	2.201 [§] [0.968 - 5.005]
Quintil 3	1.085 [0.651 - 1.809]	3.392 [‡] [1.462 - 7.871]
Quintil 4	1.106 [0.663 - 1.847]	1.399 [0.653 - 2.996]
Quintil 5	1.159 [0.685 - 1.961]	1.536 [0.686 - 3.440]
Localidad de residencia (Ref.: Urbana)		
Semiurbana	0.789 [0.542 - 1.148]	0.627 [0.355 - 1.106]
Rural	0.862 [0.595 - 1.250]	0.579 [§] [0.329 - 1.021]
Antecedentes tabáquicos		
Tipo de fumador (Ref.: ocasional)		
Adicto	2.039* [1.151 - 3.611]	0.760 [0.339 - 1.706]
Diario no adicto	1.777 [‡] [1.330 - 2.375]	1.202 [0.768 - 1.881]
Número de años fumando	0.981 [0.959 - 1.004]	0.981 [0.947 - 1.016]
Conoce centros de apoyo para dejar de fumar	1.137 [0.711 - 1.817]	0.644 [0.361 - 1.148]
Observaciones	907	719
Log de verosimilitud	-604.9	-305.1
Pseudo R ²	0.038	0.081
AIC	1,250	650.2

Nota: Intervalos de confianza al 95% en corchetes

* $p < 0.05$ ‡ $p < 0.01$ § $p < 0.1$

Fuente: Elaboración propia de los autores a partir de los datos de la GATS 2009

previamente, al compararse frente al grupo de edad de 15-24 años, la *RM* estimada para el grupo de 25-44 años fue de 1.925 y para el grupo de 45-64 años, dicha *RM* fue 5.022. En este mismo grupo y, frente a quintil 1 de NSE, la *RM* del quintil 3 fue 3.392. Finalmente, las características de la historia

del fumador resultaron estadísticamente significativas entre los fumadores sin intentos previos de cesación. En este grupo, la *RM* para los fumadores adictos fue 2.039.

El cuadro III muestra las principales diferencias en las características señaladas anteriormente

CUADRO III. Perfil de los fumadores en México, 2009, según su disponibilidad a pagar por un método de cesación tabáquica

	DISPONIBILIDAD A PAGAR = 0 MEDIA (DE) (N= 199)	DISPONIBILIDAD A PAGAR > 0 MEDIA (DE) (N= 844)	DIFERENCIA DE MEDIAS O PROPORCIONES VALOR P*
Hombre	0.749	0.749	0.998
Edad			
15 - 24	0.276	0.328	0.093
25 - 44	0.432	0.456	
45 - 64	0.231	0.181	
65 y más	0.060	0.034	
Nivel educativo			
Ninguno	0.276	0.201	0.017
Primaria	0.312	0.252	
Secundaria	0.246	0.315	
Preparatoria	0.111	0.161	
Más que preparatoria	0.055	0.070	
Trabaja	0.688	0.705	0.650
Nivel socioeconómico			
Quintil 1	0.116	0.118	0.996
Quintil 2	0.176	0.167	
Quintil 3	0.216	0.213	
Quintil 4	0.231	0.227	
Quintil 5	0.261	0.274	
Localidad de residencia			
Urbana	0.372	0.373	0.065
Semiurbana	0.307	0.235	
Rural	0.322	0.392	
Antecedentes tabáquicos			
Fumador ocasional	0.462	0.512	0.209
Fumador diario	0.538	0.488	
Adicto	0.141	0.148	0.866
No adicto	0.859	0.852	
Número de años fumando	18.23 (14.53)	15.78 (13.89)	0.031
Conoce centros de apoyo para dejar de fumar	0.101	0.097	0.888
Intentos previos para dejar de fumar	0.497	0.586	0.024
Disponibilidad a pagar (en miles de pesos)	-	2.708 (4.439)	-

Nota:

* Para el caso de las variables categóricas se reporta el valor *p* del estadístico χ^2 de Pearson. Para el caso de variables continuas se reporta el valor *p* del estadístico *t*

Fuente: Elaboración propia de los autores a partir de los datos de la GATS 2009

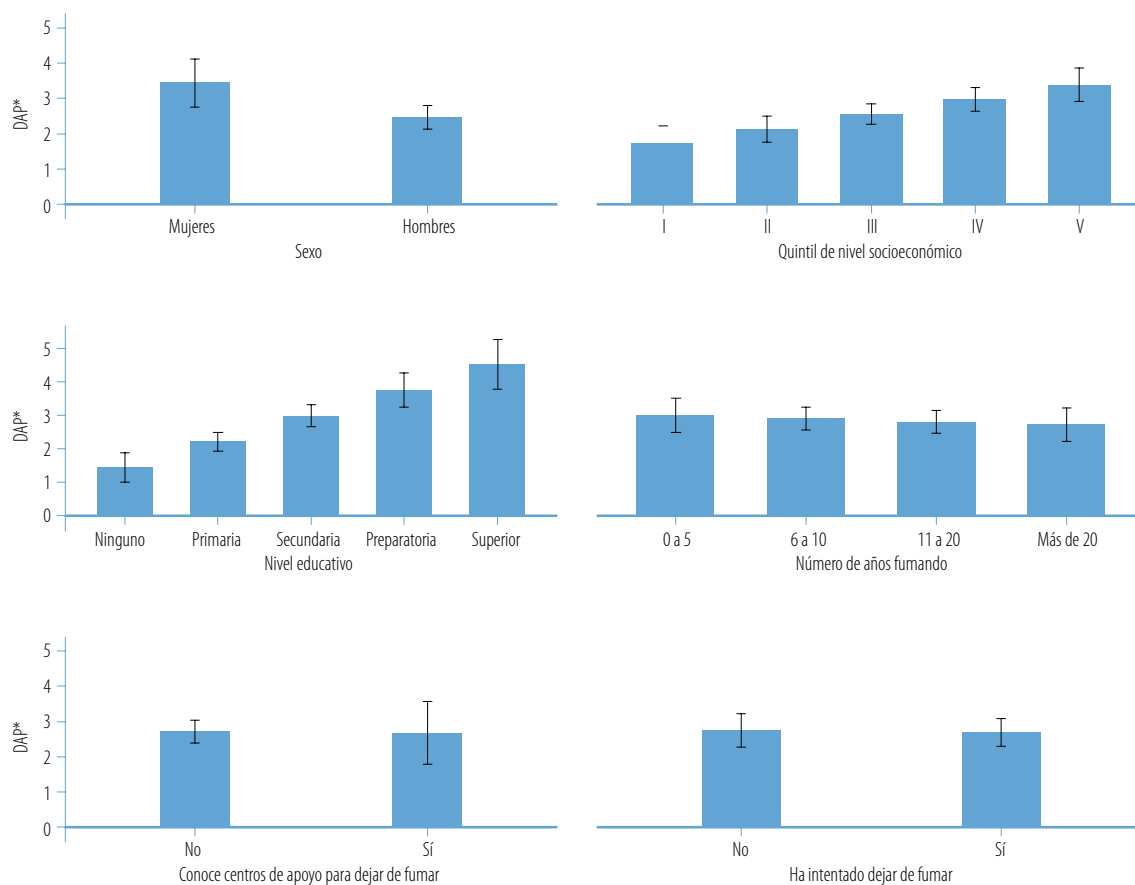
entre los fumadores, según su DAP. Quienes manifestaron una DAP >0 fueron los más jóvenes, con mejor nivel educativo, aquellos residentes en localidades rurales y quienes reportaron intentos previos de cesación. En promedio, la DAP fue 2 708 pesos (200.6 USD). Por su parte, quienes manifestaron una DAP=0 fueron quienes tenían más años de fumar.

El análisis gráfico de la DAP muestra que existen diferencias significativas por sexo, NSE y nivel educativo. No existieron diferencias por experiencia tabáquica ni por conocimiento de centros de apoyo (figura 1). Finalmente, los modelos multivariados

presentados en el cuadro IV (modelo 3) confirman los resultados del análisis gráfico; el nivel de educación y el NSE se asociaron a una mayor DAP.

Discusión

A partir de la caracterización socioeconómica, demográfica, de tabaquismo y del entorno de los fumadores mexicanos de 15 y más años de edad, nuestro estudio presenta resultados relevantes para el diseño e implementación de intervenciones de apoyo a los fumadores durante su intento por abandonar el consumo de tabaco. La utilidad de la



* Significa disponibilidad a pagar (en miles de pesos mexicanos). Intervalos de confianza al 95%. Estimaciones ajustadas por sexo, nivel educativo, nivel socioeconómico, número de años fumando, conocimiento sobre centros de apoyo para dejar de fumar e intentos previos para abandonar la adicción

Fuente: Elaboración propia de los autores a partir de los datos de la GATS 2009

FIGURA 1. Diferencias en la disponibilidad a pagar por un tratamiento de cesación tabáquica según características sociodemográficas y experiencia tabáquica entre fumadores que desean dejar de consumir tabaco en México, 2009

CUADRO IV. Factores asociados con el monto de la disponibilidad a pagar por un tratamiento de cesación tabáquica, entre fumadores que desean dejar el consumo del tabaco en México, 2009

	LN[DISPONIBILIDAD A PAGAR (EN MILES DE PESOS)]		
	MODELO 1	MODELO 2	MODELO 3
Hombre	-0.389* [0.159]	-0.311 [§] [0.174]	-0.268 [0.178]
Edad			
25 - 44	-0.029 [0.152]	-0.020 [0.150]	0.160 [0.194]
45 - 64	-0.272 [0.200]	-0.105 [0.199]	0.324 [0.381]
65 y más	-1.341 [†] [0.309]	-0.704* [0.307]	0.010 [0.613]
Nivel educativo			
Primaria		0.485* [0.192]	0.459* [0.193]
Secundaria		0.746 [‡] [0.200]	0.693 [‡] [0.200]
Preparatoria		0.835 [‡] [0.247]	0.808 [‡] [0.249]
Más que preparatoria		1.433 [‡] [0.313]	1.403 [‡] [0.315]
Trabaja		0.136 [0.160]	0.131 [0.159]
Nivel socioeconómico			
Quintil 2		0.314 [0.242]	0.319 [0.244]
Quintil 3		0.447+ [0.231]	0.461* [0.232]
Quintil 4		0.779 [‡] [0.240]	0.782 [‡] [0.242]
Quintil 5		0.698 [‡] [0.244]	0.711 [‡] [0.248]
Localidad de residencia			
Semiurbana		0.037 [0.182]	0.029 [0.183]
Rural		-0.179 [0.170]	-0.197 [0.171]
Antecedentes tabáquicos			
Tipo de fumador (Ref: ocasional)			
Adicto			-0.006 [0.257]
Diario no adicto			0.208 [0.143]
Número de años fumando			-0.017 [0.011]
Conoce centros de apoyo para dejar de fumar			0.046 [0.229]
Intentos previos para dejar de fumar			-0.056 [0.136]
Intercepto	-0.233 [0.166]	-1.491 [‡] [0.256]	-1.474 [‡] [0.276]
Observaciones	844	844	844
R ²	0.023	0.084	0.090
AIC	3,524	3,492	3,496
Estadísticos del error estimado			
Promedio	0.000	0.000	0.000
Kurtosis	0.274	0.223	0.234
Skewness	1.851	2.000	2.003

Nota: Modelos estimados por Mínimos Cuadrados Ordinarios. Errores estándar robustos en corchetes

* $p < 0.05$

† $p < 0.01$

§ $p < 0.1$

Fuente: Elaboración de los autores a partir de los datos de la GATS 2009

información generada por este estudio es relevante porque identifica tres niveles de oportunidad para focalizar intervenciones de cesación tabáquica.

En primer lugar, se caracterizó a dos grupos de fumadores (los que desean y los que no desean dejar de fumar). Estos grupos se diferencian por variables como sexo, nivel educativo, NSE, localidad de residencia, tipo de fumador (diario u ocasional), años de fumar e intentos previos de cesación. Ello evidencia que existe una población de fumadores sobre quienes hay necesidad de dirigir estrategias de cesación más enérgicas e integrales que los motiven a querer dejar de fumar y que podrían dirigirse de manera específica (aunque con componentes diferenciados de acuerdo con la edad) hacia fumadores hombres, de bajo NSE, residentes de localidades rurales y semiurbanas que fumen diariamente, con mayor tiempo de ser fumadores y sin intentos previos de cesación. Según la expansión poblacional de nuestros resultados, este grupo poblacional representa 37.75% (4 095 993) de los fumadores mexicanos actuales.

En segundo lugar, de acuerdo con nuestros resultados, entre los fumadores que ya desean dejar de fumar se pueden identificar dos grupos: aquellos con disponibilidad a pagar (DAP) por un tratamiento de cesación tabáquica (TCT) igual a 0 y aquellos con $DAP > 0$. Estos últimos representan 84.04% (5 676 755) de los fumadores interesados en abandonar el consumo de productos de tabaco. Para estos dos grupos se identificó igualmente un perfil diferenciado en función de la edad, nivel educativo, número de años de fumar y la existencia de intentos previos de cesación. Esta información puede ser útil al pensar en intervenciones de cesación diferenciadas en función de su financiamiento: intervenciones de cesación gratuitas para todos los fumadores (cobertura universal para todos los fumadores recomendada por la OMS³⁰), *versus* intervenciones con mecanismos de pago que permitan aprovechar la disponibilidad a pagar y la capacidad de pago de algunos fumadores.

Finalmente, nuestros resultados muestran que entre los fumadores que tienen una DAP positiva, la cantidad que estarían dispuestos a pagar se asocia con la edad, el nivel educativo y el NSE de los individuos. No sólo corroboran dicha relación ya reportada en un estudio previo,¹⁹ sino que se evidencia la existencia de una asociación creciente entre nivel educativo y la DAP de los fumadores

mexicanos.^{19,20} Nuestros resultados sugieren además que en México el nivel educativo se asocia de manera más fuerte que el NSE con una mayor DAP. Se encontraron resultados similares en un estudio previo realizado a partir de esta misma encuesta, aunque con una muestra analítica distinta. Por otra parte, la asociación entre la DAP y las variables relacionadas con la historia de fumador en el presente análisis no mostró ser estadísticamente significativa, a diferencia de lo informado en estudios previos, donde la intensidad del consumo de cigarrillos y los intentos previos de cesación se asocian significativamente con la DAP reportada por los fumadores.²⁰

En promedio, la DAP de los fumadores mexicanos fue 2 708 pesos mexicanos por TCT. Si comparamos este valor y los precios actuales de este tipo de tecnología disponible en México, como por ejemplo, los parches de nicotina (medicamentos incorporados al cuadro básico del sector salud mexicano),* la DAP estimada fue aproximadamente 60% superior al costo real del tratamiento completo (considerando los precios de compra del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para el año 2009).³¹ Esto podría estar sugiriendo la existencia de una demanda potencial aún no cubierta por la oferta actual de tratamientos para dejar de fumar en los servicios de salud en México.

Esta información sugiere que existe una ventana de oportunidad para establecer mecanismos de financiamiento mixtos o de copagos, donde tanto los fumadores como el gobierno aporten recursos para financiar intervenciones de cesación. Una posibilidad, por ejemplo, puede ser establecer mecanismos de cofinanciamiento para aquellas tecnologías más novedosas y de elevado costo. Una extensa literatura sobre el efecto *crowding-out* en el sistema de salud estadounidense deja importantes lecciones que se pueden aprovechar para financiar de manera privada algunos bienes de salud, en vez de desplazar el financiamiento público de otros bienes que sí deben ser financiados de manera pública.^{32,33}

Tomar en cuenta los resultados de nuestro estudio puede hacer factible el propósito a corto y mediano plazo de encaminar al sistema de salud

* Listado de medicamentos que se requieren en las instituciones del sector salud para atender los principales problemas de salud de la población mexicana.

mexicano a lograr que las intervenciones de cesación tabáquica se oferten en los tres niveles de atención y en todas las instituciones de salud del sistema de salud mexicano, tanto públicas como privadas. Adicionalmente, se pueden implementar otras acciones que generen sinergias importantes en el proceso de implementación de las políticas de cesación en el contexto nacional, estableciendo algoritmos de prevención y de tratamiento diferenciados de acuerdo a los perfiles identificados en el presente estudio.

Este estudio no está exento de limitaciones. En el análisis aquí presentado puede existir un potencial sesgo de selección debido a que sólo se tiene información sobre la DAP para aquellos fumadores que deseaban dejar de fumar. Este es un problema de origen de la encuesta, ya que no se preguntó sobre la DAP a quienes no estaban dispuestos a dejar de fumar. El efecto de este inconveniente sobre nuestras estimaciones no es claro, y futuras encuestas deberán considerar este aspecto. Otra limitante es que las preguntas de la encuesta hacen referencia a un TCT 100% efectivo; sin embargo, sabemos que en la práctica no existe ningún TCT perfectamente efectivo, lo cual podría conllevar una sobreestimación de nuestros resultados. Finalmente, sólo comparamos la DAP de los fumadores con los precios publicados por el IMSS y reconocemos que los precios de compra de las otras instituciones del sector salud mexicano no necesariamente corresponden con los precios de compra de esta institución.

Agradecimientos

La Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos (GATS por sus siglas en inglés) recibió financiamiento de la Iniciativa Bloomberg para reducir el consumo de tabaco, un programa de Filantropías Bloomberg. Los patrocinadores no tuvieron ningún papel en el diseño, recolección y análisis de datos, ni en la decisión de la publicación o preparación de este manuscrito.

Referencias

- World Health Organization. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: World Health Organization, 2003.
- WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008 - The MPOWER package. [Consultado 12 de agosto de 2009] Disponible en: <http://www.who.int/tobacco/mpower/en/>.
- Regalado-Pineda J, Lara-Rivas G, Osio-Echánove J, Ramírez-Venegas A. Tratamiento actual del tabaquismo. *Salud Publica Mex* 2007;49(supl 2):S270-S279.
- Sansores RH, Ramírez-Venegas A, Espinosa- Martínez M, Sandoval RA. Tratamientos para dejar de fumar disponibles en México. *Salud Publica Mex* 2002;44(S1):116-124.
- Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, Rennard SI, Johnston JA, Hughes AR *et al*. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med* 1999;340(9):685-691.
- Oncken C, Gonzales D, Nides M, Rennard S, Watsky E, Billing CB, *et al*. Efficacy and Safety of the Novel Selective Nicotinic Acetylcholine Receptor Partial Agonist, Varenicline, for Smoking Cessation. *Arch Intern Med* 2006;166:1571-1577.
- West R. ABC of smoking cessation. Assessment of dependence and motivation to stop smoking. *BMJ* 2004;328:338-339.
- Encuesta Nacional de Adicciones 2008. Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México. [Consultado: 2 de noviembre de 2009]. Disponible en http://www.insp.mx/Portal/Inf/ENA08_nacional.pdf.
- Organización Panamericana de la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública (MX). Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos. México 2009. Cuernavaca (México): Instituto Nacional de Salud Pública, 2010. Coeditado con la Organización Panamericana de la Salud, 2010. [Consultado: 8 de octubre de 2010]. Disponible en: <http://www.insp.mx/images/stories/INSP/Docs/GATS.pdf>.
- US Department of Health and Human Services. The Health Benefits of Smoking Cessation. A report of the Surgeon General, 1990. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. [Consultado: 20 de mayo de 2008]. Disponible en: http://profiles.nlm.nih.gov/NN/B/B/C/T/_/nnbbct.pdf.
- Centers for Disease Control and Prevention. Smoking cessation during previous year among adults-United States, 1990 and 1991. *Morb Mortal Wkly Rep* 1993;42:504-507.
- González-Enríquez J, Salvador-Livina T, López-Nicolás A, Antón de las Heras E, Musin A, Fernández E, *et al*. Morbilidad, mortalidad y costes sanitarios evitables mediante una estrategia de tratamiento del tabaquismo en España. *Gac Sanit* 2002;16(4):308-317.
- Antoñanzas F, Portillo F. Evaluación económica del empleo de terapias farmacológicas para la cesación en el hábito tabáquico. *Gac Sanit* 2003;17(5):393-403
- Arrow K, Solow R, Portney PR, Leamer EE, Radner R, Schuman H. Report of the NOAA panel of contingent valuation. *Federal Register* 1993;58:4601-4614.
- Smith RD, Sach TH. Contingent Valuation: (Still) on the Road to nowhere? *Health Econ* 2009;18:863-866.
- Frew E, Wolstenholme JL, Whynes DK. Willingness-to-pay for colorectal cancer screening. *Eur J Cancer* 2001;37:1746-1751.
- Frew EJ, Whynes DK, Wolstenholme JL. Eliciting Willingness to Pay: Comparing Closed-Ended with Open-Ended and Payment Scale Formats. *Med Decis Making* 2003;23:150-159.
- Whynes DK, Frew EJ, Wolstenholme JL. Willingness-to-Pay and Demand Curves: A Comparison of Results Obtained Using Different Elicitation Formats. *Int J Health Care Finance Econ* 2005;(5):369-386.
- Busch SH, Falba TA, Duchovny N, Jafre-Bonet M, O'Malley SS, Sindelar JL. Value to smokers of improved cessation products: evidence from a willingness-to-pay survey. *Nicotine Tob Res* 2004;6(4):631-639.
- Weimer DL, Vining AR, Thomas RK. Cost-Benefit Analysis involving addictive goods: contingent valuation to estimate willingness to pay for smoking cessation. *Health Econ* 2009;18:181-202.
- Avila-Burgos L, Gutiérrez-Zúñiga C, Hernández-Peña P, Santos-Burgoa C, Silvia-Aycaguer L. El costo social de la bronquitis crónica en la Ciudad de México: una experiencia piloto. *Salud Publica Mex* 1996;128-138.
- Vargas-Bustamante A, Ojeda G, Castañeda X. Willingness to pay for cross border health insurance between the United States

- and Mexicoel futuro Estados Unidos y México los programas de inmigración. *Health Affairs* 2008;27(11)(2008):169-178;10.1377/hlthaff.27.1.169;169-178.
23. Vásquez WF, Mozumder P, Hernández-Arce J, Berrens RP. Willingness to pay for safe drinking water: Evidence from Parral, Mexico. *J Environ Manage* 2009;90(11):3391-3400.
 24. Kolenikov S, Angeles G. The use of discrete data in PCA: theory, simulations, and applications to socioeconomic indices. Chapel Hill: Carolina Population Center, University of North Carolina, 2004.
 25. McKenzie, D. Measuring inequality with assets indicators. *J Pop Econ* 2005;18:229-260.
 26. Filmer D, Pritchett LH. Estimating wealth effect without expenditure data – or tears: an application to educational enrollments in states of India. *Demography* 2001;38:115-132.
 27. Hotelling H. Analysis of a complex of statistical variables into principal components. *J Educ Psychol* 1933;24:417-441,498-520.
 28. Anderson TW. *An Introduction to Multivariate Statistical Analysis*, 3rd edn. New York: John Wiley and Sons, 2003.
 29. Mardia KV, Kent JT, Bibby J. M. *Multivariate Analysis*. London: Academic Press, 1980.
 30. World Health Organization. Tools for Advancing Tobacco Control in the XXIst century: Policy Recommendations for Smoking Cessation and Treatment of Tobacco Dependence. Tools for public health. WHO, 2003. [Consultado: 28 de septiembre de 2011]. Disponible en: http://www.who.int/tobacco/resources/publications/tobacco_dependence/en/
 31. Instituto Mexicano del Seguro Social. Cuadro Básico Institucional de Medicamentos. [Consultado: 9 de marzo de 2009]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/transparencia/CuadrosBasicos/medicamentos.htm>.
 32. Cutler DM, Gruber J. Does Public Insurance Crowd Out Private Insurance? *Q J Econ* 1996;111:391-430.
 33. Dubay L, Kenney G. The Effects of Medicaid Expansions on Insurance Coverage of Children. *Future Child* 1996;6(1):152-161.

Economía y política fiscal

Costos de atención médica atribuibles al consumo de tabaco en México: estimaciones 2010

Roger Humberto Quintana Carrillo,⁽¹⁾ Luz Myriam Reynales Shigematsu⁽¹⁾

La evidencia científica producida en varias décadas asocia causalmente el consumo de tabaco con daños a la salud al aumentar el riesgo de padecer enfermedades relacionadas con esta adicción, que se manifiestan en más de 25, entre ellas el cáncer de pulmón (CP), infarto agudo de miocardio (IAM), enfermedad cerebro vascular (ECV) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).¹⁻² La adicción al tabaco ha sido considerada un problema de salud pública³ y causa determinante de morbilidad prematura prevenible tanto en México⁴ como internacionalmente.⁵ Para 2030, el cáncer que es considerado la segunda causa de muerte en el ámbito internacional, será responsable de 10.3 millones de muertes en todo el mundo, de las cuales 833 000 corresponderán a América Latina y el Caribe, con mayor impacto en América del Sur y Central.⁶

Del total de muertes asociadas a las enfermedades no transmisibles en el ámbito mundial, 63%; aproximadamente 36 millones de individuos mueren anualmente por enfermedades asociadas al tabaco y, 80% de estas muertes ocurrieron en países de ingresos medios y bajos.⁵ Se estima que para el 2030 fallecerán ocho millones de personas por tabaquismo.⁷

El impacto financiero de los costos por tabaquismo a la economía de los países, son manifiestos

por los costos de atención médica de fumadores activos y pasivos, pérdida de productividad, muerte prematura y daño ambiental por contaminación de pesticidas y fertilizantes. Las pérdidas a la economía mundial se estiman en 500 billones de dolares, cifra que supera el gasto total en salud de todos los países de bajos y medianos recursos. Los costos económicos totales reducen el PIB hasta un 3.6%.⁸⁻⁹

En México, durante 2009, habían 10.9 millones de fumadores activos adultos; 8.1 correspondían a hombres y 2.8 a mujeres. En promedio, los hombres fumaron 9.7 y las mujeres 8.4 cigarrillos por día, respectivamente.¹⁰ Además, durante el mismo año fallecieron¹¹ un total de 239,113 personas con edades iguales o mayores a 35 años, por enfermedades relacionadas con los sistemas respiratorios (18%), circulatorio (52%), nervioso (3%) y de tumores (27%), siendo el tabaquismo un factor asociado a estos resultados.

Los estudios relacionados con la estimación de costos debido al consumo de tabaco, principalmente son realizados en países desarrollados,^{12,13} aunque en los últimos años han proliferado en países en proceso de desarrollo.¹⁴⁻¹⁷ En México, el estudio realizado por Reynales y colaboradores, estimó los costos de atención médica atribuibles al consumo de tabaco, en el Instituto Mexicano del Seguro

(1) Departamento de Investigación sobre Tabaco. Centro de Investigación en Salud Poblacional. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México

Social, IMSS, en el plano nacional. Los resultados de este estudio muestran que el costo total asociado a tabaquismo ascendió a 7.1 millones de pesos; 61% por infarto agudo al miocardio (IAM), 24% por enfermedad cerebro vascular (ECV), 14% por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y 1% por cáncer pulmonar (CP), del costo total respectivamente.¹⁴

Los costos por consumo de tabaco en México, no han sido completamente documentados. La estimación que se disponía hasta entonces correspondía al IMSS nacional. Por ello, la incorporación de nuevas instituciones de salud además del IMSS, como la Secretaría de Salud, SSa, la Secretaría de la Defensa Nacional, Sedena, y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, ISSSTE, para estimar los costos nacionales por consumo de tabaco permitirán dimensionar el impacto financiero de las enfermedades asociadas al tabaquismo. De esta manera, el objetivo del estudio fue estimar la carga económica, en términos de costos de atención médica que las enfermedades atribuibles al consumo de tabaco representan para el sistema de salud mexicano. Nuestros resultados evidenciarán la carga económica que impone el tabaquismo a la sociedad y proporcionará información sustancial para apoyar las decisiones de política de salud para el control del tabaco.

Metodología

Fuente de información

La información clínica y financiera proporcionada por las instituciones de salud participantes, permitió elaborar un modelo contable para estimar los costos atribuibles al consumo de tabaco a nivel nacional con las enfermedades¹⁸ CP, IAM, EPOC y ECV. Entre las instituciones figuran: la Secretaría de Salud, SSa, integrada por el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez”, INNN, el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Ismael Cosío Villegas”, INER, el Instituto Nacional de Cancerología de México, INCan, e Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez”, INCICH, el Hospital Central Militar, HCM, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, ISSSTE, y el Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS. El ISSSTE sólo comprende información del Centro Médico

Nacional 20 de Noviembre y del Hospital Regional de Zona 1 de Octubre. Los servicios de atención que se costearon correspondieron a servicios de tercer nivel y son: 1. Consulta Externa, 2. Urgencias, 3. Hospitalización, 4. Unidad de Cuidados Intensivos, 5. Unidad Coronaria, 6. Unidad de Hemodinamia, 7. Quirófano, 8. Quimioterapia, 9. Radioterapia y 10. Cuidados Paliativos.

Población de estudio

Para el estudio, se incluyeron pacientes con edades mayores o iguales a 35 años y que tuvieran antecedentes exclusivos de tabaquismo actual y pasado en el momento de su diagnóstico, que fueran susceptibles de seguimiento médico por lo menos un año después del diagnóstico. En 2009, la distribución de pacientes con diagnóstico de primera vez según IAM, CP, EPOC y ECV es como sigue. En el ISSSTE: 197, 100, 58 y 49, INCICH: 1,550, INCan: 250, INER: 509, INNN: 297, HCM: 123, 20, 160 y 288; mientras que en 2004 en el IMSS: 39,906; 685; 14,742 y 21,061 pacientes, respectivamente.

Panel de expertos

Para estimar los costos directos de atención médica (CDAM), se construyó una guía de diagnóstico terapéutica (GDT) con información obtenida del consenso del panel de expertos^{19,20} y de las guías de tratamientos elaboradas por las instituciones involucradas.²¹ Lo anterior permitió definir el caso tipo por enfermedad e institución. Las GDT tomaron en cuenta el nivel de infraestructura, recursos humanos, tecnología y servicios proporcionados por las unidades de cuidados médicos de las instituciones de salud respectivas.

Revisión de expedientes clínicos

En el INNN utilizamos la revisión de expedientes clínicos,²²⁻²³ para cuantificar los costos del ECV asociados al consumo de tabaco. 25 pacientes con diagnóstico de primera vez por ECV y con edades mayores o iguales a 35, fueron seleccionados de acuerdo con los códigos del sistema internacional de clasificación de enfermedades, CIE-10; I60-I69. Los pacientes se agruparon en cuatro tipos de ECV según distribución porcentual: infarto cerebral

(31.4%), hemorragia intracerebral (11.8%) trombosis venosa cerebral (4.1%) y hemorragia subaracnoidea (52.7%). Durante 2010, el INNN atendió 297 pacientes de primera vez con edades mayores o iguales a 35 años por esta enfermedad.

Costo directo de atención médica

Elaboramos un modelo contable para estimar los CDAM^{14,22} de las enfermedades asociadas al consumo de tabaco desde la perspectiva del proveedor de servicios médicos,^{8,24} bajo la dirección del panel de expertos y revisión de expedientes clínicos,²⁰⁻²² utilizando la metodología *Cost of illness* (COI).²⁵ El modelo incluyó los salarios anualizados de los recursos humanos; así como, los beneficios sociales. Además, depreciamos y prorrateamos los costos del capital de acuerdo con la metodología del costo anual equivalente.²⁶ Posteriormente aplicamos la fracción atribuible al tabaco,¹⁴ entendida ésta como la proporción de casos de enfermedades que se reducirían si el tabaco, que corresponde al factor causal; fuera eliminado.²⁶⁻²⁷ Los costos están expresados en pesos mexicanos del 2010.

Resultados

La estimación nacional de los costos ocasionados por el consumo de tabaco en México fue realizada a través del IMSS, ISSSTE, SSa y HCM (figura 1). La institución con el costo promedio anual más alto del tratamiento de un paciente por alguna de estas enfermedades correspondió al ISSSTE; excepto el CP, la cual tuvo el costo mayor en el

INCan. El IMSS muestra los costos menores y más estables respecto de las otras instituciones, excepto para ECV, ya que esta enfermedad es tratada en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (SSa). Además, se observa una tendencia similar en los costos de tratamiento de estas enfermedades entre la SSa y el HCM, siendo el CP para ambas instituciones la más costosa.

Los costos directos de atención médica atribuibles al consumo de tabaco en el plano institucional ascendieron a 10,656,408,719 pesos. De estos costos: 93.7% correspondieron al IMSS, 4.4% a la SSa, 1.1% al ISSSTE y 0.8% al HCM (cuadro I). El costo del IAM fue más dinámico en el IMSS e ISSSTE, al representar más del 55% del costo total respectivo por tabaquismo en estas instituciones. El CP (INCan) aplicó más del 50% de los costos de la SSa. Para el HCM no existe diferencia marcada entre los costos de las enfermedades respectivas, sin embargo el CP fue marginalmente la enfermedad más activa en este hospital. El IMSS fue la institución que asumió el mayor impacto financiero por estos costos de atención médica.

Las enfermedades que resultaron más caras en México debido al consumo de tabaco fueron el IAM; 6,120,146,118 pesos y la ECV; 2,864,714,089 pesos. Mientras que el costo del tratamiento del CP fue mayor en la SSa (INCan) que en el IMSS, a pesar de que esta institución es la que absorbe el mayor impacto financiero por estas enfermedades (cuadro I).

Para el sistema de salud de México, la carga económica de las enfermedades asociadas al consumo activo de tabaco se estimó entre 27 000 millones

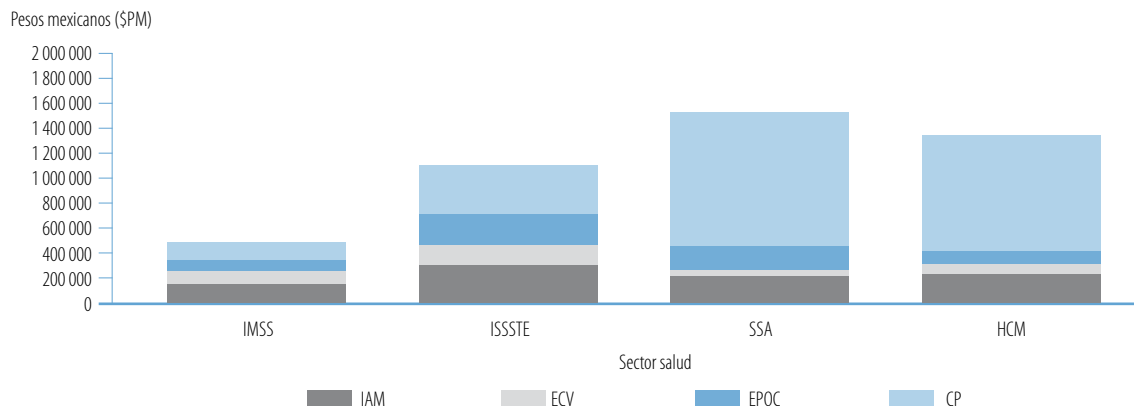


FIGURA 1. Costo promedio anual de atención médica atribuible al consumo de tabaco en pacientes con diagnóstico de IAM, ECV, EPOC y CP. Sector salud de México. 2010

de pesos; escenario conservador y 43 000 millones de pesos; escenario alto (cuadro II). El IAM y la ECV fueron las enfermedades más onerosas en los escenarios respectivos, no obstante; el CP fue más caro en el escenario alto después del IAM. La enfermedad con mayor dinamismo, en términos del costo promedio, según escenario conservador y alto, correspondió al CP con un rango entre un millón hasta tres millones de pesos, respectivamente.

Conclusiones

Como ha sido demostrado por varias décadas de estudios científicos, el consumo de tabaco genera considerables daños a la salud, manifiestas en más de 25 enfermedades. Con las implicaciones económicas que ello conlleva.^{1-2,18} Nuestro estudio dimensiona la magnitud de la carga económica que representa al sistema de salud de México.

CUADRO I. Costo total anual de atención médica atribuible al consumo de tabaco en pacientes con diagnóstico de IAM, ECV, EPOC y CP, según sector salud 2010

SECTOR SALUD	ENFERMEDADES				TOTAL
	IAM	ECV	EPOC	CP	
IMSS*	5 866 166 986 (59)	2 823 209 156 (28)	1 211 613 800 (12)	84 071 575 (1)	9 985 061 517 (100)
ISSSTE [†]	64 111 312 (56)	4 510 596 (4)	11 531 344 (10)	34 378 174 (30)	114 531 426 (100)
SSa [‡]	167 335 949 (36)	14 544 649 (3)	37 300 315 (8)	247 146 999 (53)	466 327 913 (100)
HCM [§]	22 531 871 (25)	22 449 688 (25)	18 893 631 (21)	26 612 674 (29)	90 487 864 (100)

Unidad monetaria: pesos de México

* Estimaciones a partir del 2004

[†] Únicamente comprende información del CMN "20 de Noviembre" y del HRZ "1 de Octubre"

[‡] Se integra por los institutos nacionales: INNN, INCICH, INER e INCAN

[§] Corresponde al Hospital Central Militar (Sedena)

Corresponde a (%)

CUADRO II. Costo de atención médica atribuible al consumo de tabaco en México, 2010

ENFERMEDAD	ANÁLISIS DE ESCENARIO						
	CASOS*	FAT [‡]	ATRIBUIBLE A TABACO	COSTO PROMEDIO POR PACIENTE		COSTOS TOTALES	
				CONSERVADOR	ALTO	CONSERVADOR	ALTO
EPOC	10 314	0.69	7 117	307 794	813 248	2 190 465 965	5 787 612 986
CP	5 848	0.66	3 860	1 167 668	3 009 052	4 506 824 270	11 613 978 074
IAM	51 870	0.61	31 641	409 511	549 713	12 957 212 205	17 393 307 029
ECV	43 777	0.49	21 451	329 171	376 170	7 060 963 402	8 069 125 842
TOTAL						26 715 465 843	42 864 023 931

Unidad monetaria: pesos de México

* Corresponde al número de casos del 2008. DGIS-SINAIS

Corresponde a las fracciones atribuibles a tabaco¹⁴

El análisis de costo realizado sólo incluyó instituciones de salud pública y de seguridad social. Petróleos Mexicanos (Pemex), la Secretaría de Marina (Semar), y aseguradora privada, inicialmente fueron consideradas para realizar dicha estimación, pero no fue posible en virtud de no poder acceder a la información requerida.

Al aplicar la metodología del costo de la enfermedad,²⁵ con un enfoque del proveedor de servicios⁸ y utilizando el conocimiento de un grupo¹⁹⁻²⁰ de especialistas multidisciplinares de las enfermedades respectivas, pudimos realizar comparaciones del costo del tabaquismo entre las instituciones. En el ISSSTE, el costo promedio anual por atender un paciente por IAM debido a tabaquismo fue de 301,789 pesos; siendo el costo más alto respecto al IMSS, HCM y SSa. La enfermedad más cara asociada al consumo de tabaco correspondió al CP y se localizó en el INCan, con un costo promedio anual de 1,073,191 pesos. El mayor impacto financiero del tabaquismo se presentó en el IMSS, institución que explicó más del 90% de los costos totales institucionales, de los cuales el IAM explicó aproximadamente 57% de estos costos, siendo la enfermedad más costosa en términos institucionales.

La carga económica¹³ que representa el consumo de tabaco al sistema de salud mexicano, solamente por costos de atención médica de las cuatro principales enfermedades se estimó en 43 000 millones de pesos anuales.

El tabaquismo además de generar costos de atención médica, desencadena otros tipos⁸⁻⁹ de costos que no fueron incluidos en el presente trabajo. La muerte prematura, ausentismo laboral y pérdida de productividad, costos de transporte y sufrimiento a la familia y costos ambientales por empleo de fertilizantes y pesticidas. A pesar de que América Latina no cuenta con estudios que incluyan los costos por pérdida de productividad y otras enfermedades ocasionadas por el tabaquismo, estudios previos estiman que estos costos pueden oscilar entre 40 y 60% de los costos totales asociados al consumo de tabaco.

De gran impacto es el papel de la política para el control del tabaco, que impida el incremento del número de fumadores activos y pasivos, lo que traerá considerables beneficios económicos y sociales al país.^{1,28}

El principal logro del presente estudio consistió en dimensionar la carga económica que representa el consumo de tabaco y proporciona información²⁹ sólida a los responsables de aplicar la política para el control del tabaco en México. Además de promover el incremento en impuestos al tabaco, como una medida para reducir el consumo del mismo. También, proveerá información relacionada con la construcción de este tipo de indicador de costos nacionales para los países en desarrollo.

Entre las principales recomendaciones^{14,25,28} se encuentran:

- a) Crear un sistema de información nacional que permita construir indicadores clínicos y económicos de las enfermedades atribuibles al consumo de tabaco.
- b) Realizar análisis de costo-efectividad y costo-beneficio de los programas y políticos de control de tabaco, produciendo nueva información para apoyar las políticas públicas.
- c) Realizar evaluaciones de impacto de las políticas antitabáquicas, en términos de mostrar la reducción de pacientes tratados por estas enfermedades y su correspondiente efecto en los costos del mismo.
- d) Continuar con la promoción de políticas de prevención en contra del consumo de tabaco, en todos los sectores de la sociedad. Siguiendo las recomendaciones del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco y apegados a los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud.

Agradecimientos

Esta investigación se desarrolló gracias al apoyo financiero del Consejo Mexicano contra el Tabaquismo.

Referencias

1. Kuri-Morales PA, Alegre-Díaz J, Mata-Miranda MP y Hernández-Ávila, M. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en México. *Salud Publica Mex* 2002;44(1):29-33.
2. Rogers RG, Hummer RA, Krueger PM y Pampel FC. Mortality Attributable to Cigarette Smoking in the United States. *Population and Development Review* 2005;31(2):259-292.
3. González-Enríquez J, Salvador-Llivina T, López-Nicolás A, Antón de las Heras E, Musin A, Fernández E, García M, Schiaffino A, y Pérez-

- Escolano I. Morbilidad, mortalidad y costes sanitarios evitables mediante una estrategia de tratamiento del tabaquismo en España. *Gac Sanit* 2002;16(4):308-17.
4. Kuri-Morales PA, González-Roldán JF, Hoy MJ, Cortez-Ramírez M. Epidemiología del tabaquismo en México. *Salud Publica Mex* 2006;48(1):S91-98.
 5. MPOWER. WHO report on the global tobacco epidemic, 2011. Disponible en: <http://www.who.int/tobacco/>
 6. SINAIS/SINAVE/DGE/SALUD/Perfil epidemiológico de los tumores malignos en México. Junio 2011.
 7. World Bank. Curbing the epidemic: Governments and economics of tobacco control.
 8. Eisenberg JM. Clinical Economics. A Guide to the Economic Analysis of Clinical Practices. *JAMA* 1989;262:20; 2879:86.
 9. The Tobacco Atlas. American Cancer Society/World Lung Fundation, Third edition, 2009.
 10. Global Adult Tobacco Survey (GATS), México, 2009.
 11. INEGI. Estadísticas de mortalidad. [consultado 2011]. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/continuas/mortalidad/MortalidadGeneral.asp?s=est&c=11144&proy=mort_mg.
 12. Reynales-Shigematsu LM. Costos de atención médica de las enfermedades atribuibles al consumo de tabaco en América: revisión de la literatura. *Salud Publica Mex*. 2006;48:S48-S64.
 13. Samet JM. Estimating the burden of smoking: premature mortality, morbidity, and costs. *Salud Publica Mex* 2010;52:S98-S106.
 14. Reynales-Shigematsu LM, Rodríguez-Bolaños R de L, Jiménez JA, Juárez-Márquez SA, Castro-Ríos A, Hernández-Ávila M. Health care costs attributable to tobacco consumption on a national level in the Mexican Social Security Institute. *Salud Publica Mex*. 2006;48:S48-64.
 15. Martínez-Gutiérrez MS, Vanegas-L Jairo, Reveco-U Sandra, Valenzuela-R Rodrigo, Arteaga-H O. Pilot study: tobacco-attributable direct costs in two hospitals in Santiago, Chile. *Rev Méd Chile* 2008;136:1281-1287.
 16. Christensen MC, Previgliano I, Capparelli FJ, Lerman D, Lee WC, Wainsztein NA. Acute treatment costs of intracerebral hemorrhage and ischemic stroke in Argentina. *Acta Neurol Scand* 2009;119:246-253.
 17. Christensen MC, Valiente R, Sampaio-Silva G, Lee WC, Dutcher S, Guimarães-Rocha MS, Massaro A. Acute Treatment Costs of Stroke in Brazil. *Neuroepidemiology* 2009;32:142-149.
 18. Lee H, Yoon, SJ, y Ahn HS. Measuring the burden of major cancers due to smoking in Korea. *Cancer Sci* 2006;97(6):530-534.
 19. Fink A, Koseoff J, Chassin M y Brook, RH. Consensus Methods: Characteristics and Guidelines For Use. *AJPH* 1984, 74:9.
 20. Jones J. and Hunter D. Consensus methods for medical and health services research. *BMJ* 1995;311: 376-380.
 21. ISSSTE, IMSS e INCan. Programa nacional para el control del cáncer en México. Oncoguías. México
 22. Reynales-Shigematsu LM, Campuzano-Rincón JC, Sesma-Vázquez S, Juárez-Márquez SA, Valdés-Salgado R, Lazcano-Ponce E y Hernández-Ávila M. Costs of Medical Care for Acute Myocardial Infarction Attributable to Tobacco Consumption. *Archives of Medical Research* 2006;37:871-879.
 23. Quintana-Carrillo RH, Arauz A, Sam-Juan D, López de Santiago IT, Aguirre-Cruz L, Corona T y Reynales-Shigematsu LM. The economic impact of smoking on the treatment costs of stroke at a third-level neurological center in Mexico [en proceso de publicación. 2011].
 24. Ruff LK, Volmer T, Nowak D, Meyer A. The economic impact of smoking in Germany. *Eur Respir J*. 2000;16:385-90.
 25. Mogyoros Z, Smith P. The main methodological issues in costing health care services. A literature review. Centre for Health Economics. University of York. 2005. http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/rp7_Methodological_issues_in_costing_health_care_services.pdf. Accessed July 12, 2011.
 26. Lightwood J, Collins D, Lapsley H, Novotny T. Estimating the costs of tobacco use. In: Jha P, Chaloupka F, eds. *Tobacco Control in Developing Countries*. Oxford, UK: Oxford University Press, 2000:63-99.
 27. RITC. At what cost? The economic impact of tobacco use on national health systems, societies and individuals: a summary of methods and findings, 2003; Monographs series No. 1, Ottawa, Canada [consultado 2011, julio 12]. Disponible en: <http://web.idrc.ca/uploads/user-S/11287091571Monograph1.pdf>
 28. Hernández-Ávila M, Rodríguez-Ajenjo CJ, García-Handal KM, Ibañez-Hernández NA, Martínez-Ruiz MJ. Perspectivas para el control del tabaquismo en México: reflexiones sobre las políticas actuales y acciones futuras. *Salud Publica Mex* 2007;49(2):S302-S312.
 29. Reynales-Shigematsu LM, Quintana-Carrillo RH. Costos de atención médica atribuibles al consumo de tabaco en México [consultado 2011, julio 12]. Disponible en: <http://www.insp.mx/tabaco/pc/archivos/tobaccoOKversion%20mayo%202007.pdf>.

Costos por ausentismo laboral atribuibles al consumo de tabaco en el Instituto Mexicano del Seguro Social y en México, 2006-2009

Carlos Manuel Guerrero López,⁽¹⁾ Luz Myriam Reynales Shigematsu,⁽¹⁾
Jorge Alberto Jiménez Ruiz,⁽¹⁾ Roberto Karam Araujo,⁽²⁾
César Augusto Maldonado Cruz,⁽²⁾ Rafael Camacho Solís⁽²⁾

El tabaquismo es un problema prioritario de salud pública pues es una causa importante de enfermedad y discapacidad tanto en México como en el mundo. Las repercusiones del tabaquismo incluyen daños a la salud humana, costos directos (gastos en atención médica), costos indirectos (incapacidad, discapacidad y pérdida de productividad) y costos intangibles tales como sufrimiento, dolor y afectación a familiares, tanto en fumadores activos como en pasivos.^{1,2}

Cuantificar las consecuencias económicas y financieras del tabaquismo resulta de gran utilidad para planear las políticas en salud pública en un contexto de escasez de recursos económicos, ya que el sistema de salud debe erogar una cantidad importante de recursos para atender las enfermedades relacionadas con el tabaquismo, que principalmente son cardiovasculares, respiratorias y neoplasias.³ En particular, las afectaciones en términos de pérdida de productividad no recaen solamente sobre el paciente, sino también tienen un efecto multiplicador en la planta productiva del país al afectar un valioso insumo, el capital humano.

Existen diversos enfoques y alcances para determinar los costos que una enfermedad impone. En nuestro estudio se aborda la cuantificación de costos institucionales, en este caso el IMSS, y los costos indirectos relativos al ausentismo laboral

atribuibles al consumo de tabaco desde la perspectiva de capital humano, que básicamente consiste en considerar la pérdida de productividad como el valor de la producción perdida.⁴⁻⁷ Es decir, puede usarse el salario o remuneración del individuo como el costo de oportunidad de los días de ausencia laboral causados por una enfermedad.⁸

En este sentido, el presente estudio tiene los siguientes objetivos: 1) estimar los montos de subsidio erogados por el IMSS atribuibles al consumo de tabaco por incapacidades debidas a las cuatro principales enfermedades asociadas con el tabaquismo: cáncer pulmonar (CP), enfermedad cerebrovascular (ECV), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) e infarto agudo de miocardio (IAM); y 2) estimar los costos por ausentismo laboral causados por las enfermedades asociadas con el consumo de tabaco antes señaladas en asegurados del IMSS a través de una aproximación de capital humano. Asimismo, se realiza un ejercicio de extrapolación de los parámetros encontrados en la población del IMSS a fin de aproximar estos costos en la población ocupada en México.

El Instituto Mexicano del Seguro Social en el sistema de salud de México

El sistema de salud mexicano se conforma por el sector público y el privado. El primero incluye a las

(1) Departamento de Investigación sobre Tabaco, Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública. México
(2) Instituto Mexicano del Seguro Social. México

instituciones de seguridad social como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos, Secretaría de Defensa Nacional, Secretaría de Marina, las instituciones de seguridad social para los trabajadores de los gobiernos estatales y las instituciones que atienden a la población sin seguridad social (Secretaría de Salud, Servicios Estatales de Salud, IMSS-Oportunidades y Seguro Popular de Salud). El sector privado abarca a las aseguradoras, hospitales y servicios de atención médica privados.⁹

El IMSS es una institución de seguridad social para los trabajadores y sus familias creada en 1943, con 429 000 plazas laborales totales a diciembre de 2010. En ese mismo periodo contaba con casi 20.3 millones de asegurados en el país, y una población derechohabiente total de más de 52.3 millones, lo que hace que el IMSS sea la institución de seguridad social más grande de América Latina.¹⁰ Brinda asistencia médica a través de la Dirección de Prestaciones Médicas. La Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales otorga servicios sociales necesarios para el bienestar y desarrollo de los asegurados, los beneficiarios y, en algunos casos, la población en general. A través de los servicios de prestaciones económicas, brinda pensiones a los trabajadores jubilados, pensionados o sus beneficiarios y prestaciones en dinero cuando ocurre alguno de los riesgos contemplados en la Ley del Seguro Social, por ejemplo, días subsidiados por incapacidad.

Material y métodos

Material

A partir de información censal de la Coordinación de Prestaciones Económicas del IMSS, se obtuvieron datos de sexo, edad, diagnóstico, número total de días por incapacidad, fecha de inicio de las incapacidades, fecha final de las mismas, salario diario integrado y unidad de adscripción de asegurados y beneficiarios del IMSS con diagnóstico de CP (C34), ECV (I60-I69), EPOC (J40-J44) e IAM (I21) de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

Ante una incapacidad temporal para el trabajo, la cual se define como la pérdida o disminución por cierto tiempo de las facultades físicas o mentales

que imposibilitan al asegurado para realizar su trabajo habitual,¹¹ el IMSS expide un certificado, el cual es un documento que brinda justificación ante la ausencia laboral, así como protección financiera al trabajador, ya que a través del mismo se estima la compensación de salario o subsidio que se otorga al trabajador durante el periodo de incapacidad.¹²

La base de datos fue depurada a fin de eliminar algunas inconsistencias, como fue el caso de 807 registros de un total de 36 639, en los cuales la variable salario presentaba valores de cero o cercanos a éste por lo que se imputó el salario promedio de los pacientes de la delegación de adscripción a la que el paciente pertenece para el año que correspondía. Todas las variables expresadas en unidades monetarias fueron deflactadas usando el Índice Nacional de Precios al Consumidor y periodo base diciembre de 2009.

El protocolo de este estudio fue revisado por la Comisión de Ética del Instituto Nacional de Salud Pública y fue considerado exento de revisión, debido a que no incluye sujetos humanos, y se trata de análisis de datos que obtuvieron los permisos apropiados en su tiempo y no se proponen cambios que tengan implicaciones éticas.

Métodos

En coincidencia con los objetivos, el análisis de los costos se hace desde dos enfoques: a) los montos erogados por el IMSS en términos de los subsidios que otorga a las personas por eventos de incapacidad y b) la productividad perdida entre los asegurados del IMSS con un ejercicio de extrapolación a la población ocupada en el país* para el subgrupo mayor de 15 años, mediante la imputación de los parámetros obtenidos en los casos del IMSS.

Con el objeto de estimar los costos atribuibles al consumo de tabaco bajo las perspectivas antes señaladas para las cuatro principales enfermedades asociadas con el consumo de tabaco, se aplicaron

* Total de personas de 12 años y más que realizaron cualquier actividad económica, a cambio de un sueldo, salario, jornal u otro tipo de pago en dinero o especie. Incluye además a las personas que tenían trabajo pero no trabajaron por alguna causa temporal (vacaciones, licencia, enfermedad, mal tiempo, huelga o estaban en espera de iniciar o continuar con las labores agrícolas). Incluye también a las personas que ayudaron en el predio, fábrica, tienda o taller de algún familiar sin recibir sueldo o salario de ninguna especie; y a los aprendices o ayudantes que trabajaron sin remuneración.

las fracciones atribuibles poblacionales¹³ estimadas por Reynales (2007) a los costos calculados, siendo de 0.66 para CP, 0.69 para EPOC, 0.49 para la ECV y de 0.61 para el IAM.¹⁴ La fracción atribuible poblacional se entiende como la proporción de la enfermedad en la población específica que se eliminaría si no existiera exposición al factor de riesgo, el tabaco en este caso.

a) Montos erogados por el IMSS

Como se mencionó anteriormente, el IMSS otorga una compensación de salario a los trabajadores en un evento de incapacidad, por ello se calculan los importes erogados por el instituto de acuerdo con la ecuación 1.

Ecuación 1

$$s_{wt} = fap_w * 0.6 \sum_{j=1}^N ((iac_{jw} - 3) * i_{jw})$$

Donde *s* es el importe por incapacidad erogado por el IMSS, *fap* es la fracción atribuible estimada por Reynales (2007), *iac* son los días de incapacidad acumulados (los días que el trabajador dejó de trabajar debido a la enfermedad), e *i* es el salario de cotización del trabajador. El subíndice *j* es el paciente, *w* el padecimiento y *t* es el año. Cabe aclarar que el IMSS indemniza las incapacidades a partir del cuarto día y las cubre con 60% del salario de cotización.

b) Productividad perdida entre los asegurados del IMSS y ejercicio de extrapolación

La estimación de costos por pérdida de productividad desde el enfoque del capital humano se calculó para los asegurados del IMSS de acuerdo con la ecuación 2:

Ecuación 2

$$pp_{wt} = fap_w * \sum_{j=1}^N (inc_{jw} * i_{jw})$$

Donde *pp* es la productividad perdida, *fap* es la fracción atribuible, *inc* son los días de incapacidad e *i* es el salario de cotización del trabajador. El subíndice *j* es el paciente, *w* es el padecimiento (CP, ECV, EPOC e IAM) y *t* es el año. El salario fue deflactado usando el Índice Nacional de Precios

al Consumidor y tomando como periodo base a diciembre de 2009.

A diferencia de la cuantificación del inciso anterior, en este caso se asigna un costo desde el primer día de incapacidad y se hace sobre el 100% del salario de cotización.

A fin de dimensionar este costo en el ámbito nacional, se realizó un ejercicio de extrapolación de los parámetros encontrados en la población asegurada del IMSS a la población ocupada a nivel nacional. Para tal efecto, se obtuvieron datos sobre el número total de asegurados en el IMSS, el ingreso promedio por trabajo de acuerdo con la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) conducida por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en 2008,¹⁵ en pesos a precios de 2009 mediante el Índice de Precios al Consumidor, y la población ocupada¹⁶ mayor a 15 años en México a fin de que corresponda con la edad mínima entre los asegurados del IMSS, la cual fue de 16 años. Para expandir el número de días de incapacidad por cada padecimiento (CP, ECV, EPOC e IAM) a la población ocupada mayor de 15 años en el país, se multiplicó el inverso de la proporción de los asegurados del IMSS en la población ocupada en el periodo 2006-2009 (0.43) por el número de días de incapacidad atribuibles al tabaquismo entre los asegurados del IMSS.

La ecuación 3 ilustra cómo se estimaron los costos en el ámbito nacional causados por los cuatro padecimientos analizados:

Ecuación 3

$$ppn_{wt} = fap_w * \sum_{j=1}^N (inc_{jw} * (\sum_1^t IMSS / \sum_1^t PO)^{-1} * g)$$

Donde *ppn* es la productividad perdida en el ámbito nacional, *fap* es la fracción atribuible de la enfermedad, *inc* son los días de incapacidad correspondiente al IMSS, *IMSS* es el número de asegurados en el IMSS, *PO* es la población ocupada y *g* es el salario diario promedio por trabajo por individuo de acuerdo con la ENIGH 2008, es decir 383.8 pesos a precios de 2009. El subíndice *j* es el paciente, *w* es el padecimiento (CP, ECV, EPOC e IAM) y *t* es el año (2006-2009).

Este ejercicio de extrapolación de la productividad perdida en trabajadores asegurados en el

IMSS a la población ocupada en México implica, principalmente, los siguientes supuestos:

- La prevalencia y días de incapacidad promedio de las enfermedades consideradas son iguales entre asegurados del IMSS y en la población ocupada abierta. Se recurrió a este supuesto ya que se exploraron datos de algunas encuestas (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, entre otras) y no se encontró información suficiente respecto a la prevalencia de dichas enfermedades.
- Los ingresos promedio por trabajo de acuerdo con la ENIGH corresponden a los de la población ocupada y se consideran constantes en términos reales a lo largo del periodo de análisis. Este último supuesto se considera más verosímil que el suponer la igualdad entre el ingreso medio en la población ocupada y los asegurados del IMSS, ya que los salarios del sector formal son más altos que los de la población promedio (incluye informales).

Resultados

En el cuadro I se presenta un análisis descriptivo de los pacientes del IMSS diagnosticados con las enfermedades analizadas. Puede apreciarse que la mayor parte de estos son hombres, ya que en

CUADRO I. Análisis descriptivo de los pacientes con discapacidad por cáncer pulmonar, enfermedad cerebrovascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica e infarto agudo de miocardio. México, IMSS, 2006-2009

	AÑO			
	2006	2007	2008	2009
Registros totales	8 986	10 538	10 965	10 409
Pacientes* Distrito Federal	1 128	1 417	1 387	1 103
Pacientes resto del país	6 760	7 854	8 468	8 522
Pacientes totales	7 888	9 271	9 855	9 625
Hombres (%)	76.1	75.8	75.4	74.4
Mujeres (%)	23.9	24.2	24.6	25.6
Edad media (años)	49.6	49.6	49.7	49.5
Desviación estándar	11.5	11.3	11.3	11.5

* Considerando que los números de seguridad social son únicos

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la Coordinación de Prestaciones Sociales y Coordinación de Prestaciones Económicas del IMSS, 2006-2009

ninguno de los cuatro años analizados el porcentaje fue menor de 74. La edad promedio de los pacientes fue un poco menor de 50 años para el total de registros, que fueron aproximadamente 41 000 en los cuatro años de análisis, con una desviación estándar de poco más de once años. Por otro lado, el número de pacientes es menor al número de registros puesto que podían existir individuos con más de un registro de incapacidad. Además, se muestra la distribución de los pacientes por región –DF y resto del país–. Resalta que la participación del DF para los cuatro padecimientos considerados en este estudio ha disminuido en el último año del análisis; en 2006 era de 14.3%, para 2007 fue de 15.3%, en 2008 fue de 14.1% y finalmente en 2009 disminuyó a 11.5%.

a) Montos erogados por el IMSS atribuibles al tabaquismo

El cuadro II muestra los montos erogados por el IMSS como subsidio por incapacidad de acuerdo con la ecuación 1. Los montos totales atribuibles al tabaquismo en el periodo ascendieron a 143.9 millones de pesos. El padecimiento más costoso es el IAM, con 106.1 millones de pesos, y el menos costoso es el cáncer pulmonar, ya que ese instituto erogó 2.03 millones de pesos.

Sin embargo, el panorama es diferente si analizamos el costo promedio por paciente. El cáncer pulmonar resulta ser el más elevado, con 18 178 pesos promedio por paciente, mientras que la EPOC es el padecimiento menos costoso en estos términos, con 2 869 pesos en promedio por paciente. Por otro lado, en el periodo de análisis, los montos erogados para subsidiar las incapacidades por cáncer pulmonar en el Distrito Federal respecto al total del país representan 19%, cifra que es más proporcional que su participación lo que podría ser causado por el mayor costo de oportunidad de sus trabajadores. Asimismo, ese porcentaje fue de 14.5, 27.6 y 15.2% para ECV, EPOC e IAM, respectivamente. Es importante hacer notar que el porcentaje que representan las indemnizaciones en el Distrito Federal ha disminuido, en correspondencia con la reducción en su participación en el número de casos por año, como se comentó anteriormente, y en 2009 fue de 14.3, 22.1 y 12.6% para ECV, EPOC e IAM, respectivamente.

CUADRO II. Montos atribuibles erogados por el IMSS para los casos que cumplieron con los supuestos para ser beneficiarios por región (\$ 2009). México, 2006-2009

ZONA/ ENFERMEDAD		AÑO			
		2006	2007	2008	2009
Distrito Federal					
CP	# Pacientes	3	5	2	3
	Cambio (%)		40	-150	33.3
	Días de incapacidad totales	293	269	283	360
	Cambio (%)		-8.9	4.9	21.4
	Montos erogados totales (\$ 2009)	93 074	68 437	28 095	194 878
ECV	# Pacientes	49	58	59	49
	Cambio (%)		15.5	1.7	-20.4
	Días de incapacidad totales	5 266	7 419	6 319	3 628
	Cambio (%)		29	-17.4	-74.2
	Montos erogados totales (\$ 2009)	1 031 265	1 188 131	837 109	608 530
EPOC	# Pacientes	115	170	167	156
	Cambio (%)		32.4	-1.8	-7.1
	Días de incapacidad totales	2 803	5 069	5 517	3 054
	Cambio (%)		44.7	8.1	-80.6
	Montos erogados totales (\$ 2009)	342 317	946 724	1 057 217	530 012
IAM	# Pacientes	331	356	340	267
	Cambio (%)		7	-4.7	-27.3
	Días de incapacidad totales	25 525	22 321	22 916	13 387
	Cambio (%)		-14.4	2.6	-71.2
	Montos erogados totales (\$ 2009)	5 003 625	4 435 290	4 168 914	2 473 768
Sub-total	# Pacientes	499	588	568	476
	Cambio (%)		15.1	-3.5	-19.3
	Días de incapacidad totales	33 887	35 078	35 035	20 429
	Cambio (%)		3.4	-0.1	-71.5
	Montos erogados totales (\$ 2009)	6 470 281	6 638 583	6 091 336	3 807 187
Resto del país					
CP	# Pacientes	24	22	22	30
	Cambio (%)		-9.1	0	26.7
	Días de incapacidad totales	2 957	2 328	2 873	2 286
	Cambio (%)		-27	19	-25.7
	Montos erogados totales (\$ 2009)	485 497	331 110	514 920	311 551
ECV	# Pacientes	349	431	464	457
	Cambio (%)		19	7.1	-1.5
	Días de incapacidad totales	35 275	40 355	45 423	27 825
	Cambio (%)		12.6	11.2	-63.2
	Montos erogados totales (\$ 2009)	4 988 262	6 084 653	6 911 840	3 649 102
EPOC	# Pacientes	593	730	760	945
	Cambio (%)		18.8	3.9	19.6
	Días de incapacidad totales	16 893	19 274	22 297	18 137
	Cambio (%)		12.4	13.6	-22.9
	Montos erogados totales (\$ 2009)	1 496 728	1 896 466	2 291 361	1 867 365

(Continúa...)

(Continuación)

IAM	# Pacientes	1 835	2 062	2 209	2 049
	Cambio (%)		11	6.7	-7.8
	Días de incapacidad totales	147 676	161 275	174 625	109 398
	Cambio (%)		8.4	7.6	-59.6
	Montos erogados totales (\$ 2009)	22 685 258	24 232 341	26 053 159	17 088 248
Sub-total	# Pacientes	2 802	3 245	3 455	3 481
	Cambio (%)		13.7	6.1	0.7
	Días de incapacidad totales	202 802	223 233	245 219	157 646
	Cambio (%)		9.2	9	-55.6
	Montos erogados totales (\$ 2009)	29 655 746	32 544 570	35 771 280	22 916 267
Total	# Pacientes	3 301	3 833	4 023	3 957
	Cambio (%)		13.9	4.7	-1.7
	Días de incapacidad totales	236 689	258 311	280 254	178 075
	Cambio (%)		8.4	7.8	-57.4
	Montos erogados totales (\$ 2009)	36 126 027	39 183 152	41 862 617	26 723 454

CP: cáncer pulmonar; ECV: enfermedad cerebrovascular; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; IAM: infarto agudo de miocardio
Fuente: Elaboración propia con base en datos de la Coordinación de Prestaciones Sociales y Coordinación de Prestaciones Económicas del IMSS, 2006-2009

b) Productividad perdida entre los asegurados del IMSS y en la población ocupada en México

El cuadro III muestra la productividad perdida atribuida al tabaquismo a causa de CP, ECV, EPOC e IAM entre los asegurados del IMSS debido a los días de incapacidad de los asegurados, entre 2006 y 2009, el cual fue de 298.2 millones en total. Asimismo, esto representa casi un millón 140 000 días-hombre perdidos atribuibles al consumo de tabaco debido a las incapacidades ocasionadas por las cuatro enfermedades consideradas en el estudio.

Por otro lado, la figura 1 muestra la estimación de los costos por pérdida de productividad atribuible por días de incapacidad en la población ocupada mayor de 15 años en México debido a las cuatro enfermedades analizadas en este estudio de acuerdo con la ecuación 3. En el periodo de análisis, la estimación de la productividad perdida total a causa de estas enfermedades es de 733.9 millones de pesos. De estos, 437.8 millones pueden atribuirse al tabaquismo. Además, se estima una pérdida atribuible al tabaquismo de 2.65 millones de días-hombre.

Discusión

Este estudio encontró que el tabaquismo ocasiona pérdidas cuantiosas en términos de subsidios y

productividad. De 2006 a 2009 se erogaron 143.9 millones de pesos de 2009 para subsidiar las incapacidades en el IMSS. Adicionalmente, estas incapacidades ocasionaron 298.2 millones de pesos en pérdidas por ausencia laboral, lo que implicaría 437.8 millones de pesos si se trasladara a toda la población ocupada en México, según nuestra estimación. Esta información constituye un elemento adicional para reforzar las políticas públicas que buscan controlar el consumo de tabaco, de acuerdo con el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, ratificado por México en 2004.

Este documento cuantifica los costos ocasionados únicamente por la pérdida de productividad utilizando datos censales del IMSS lo que representa su principal fortaleza. Sin embargo, no estima los costos de atención médica ni los intangibles como el dolor y sufrimiento ocasionados, y las afectaciones a familiares. Excluye también los costos causados por años de vida perdidos en México.* De manera similar, se toman en cuenta únicamente los días de ausentismo laboral, pero no la disminución en productividad en trabajadores presentes en su empleo pero que no

* Comisión Federal de Mejora Regulatoria. El tabaquismo en México: Análisis y Recomendaciones de Mejora Regulatoria. (No publicado) México, 2011.

CUADRO III. Costos por pérdida de productividad atribuible al tabaquismo en asegurados del IMSS. México, 2006-2009

ZONA/ ENFERMEDAD		AÑO			
		2006	2007	2008	2009
Distrito Federal					
CP	Pacientes	3	5	3	4
	Días de incapacidad	293	269	284	592
	Costo totales (\$) 2009	156 746	121 830	56 074	203 892
ECV	Pacientes	57	71	75	61
	Días de incapacidad	5791	7479	6883	6338
	Costo totales (\$) 2009	1 867 312	2 301 305	1 526 987	1 430 807
EPOC	Pacientes	234	345	342	293
	Días de incapacidad	3122	5576	5957	4617
	Costo totales (\$) 2009	730 863	1 833 263	1 965 679	993 985
IAM	Pacientes	409	470	451	348
	Días de incapacidad	26 170	23 417	24 151	21 477
	Costo totales (\$) 2009	9 149 863	8 312 606	7 740 035	5 955 699
Sub-total	Pacientes	704	890	871	705
	Días de incapacidad	35 376	36 741	37 274	33 023
	Costo totales (\$) 2009	11 904 785	12 569 003	11 288 776	8 584 384
Resto del país					
CP	Pacientes	28	26	26	36
	Días de incapacidad	3 050	2 364	3 014	4 033
	Costo totales (\$) 2009	905 053	577 682	888 840	1 387 772
ECV	Pacientes	447	541	596	598
	Días de incapacidad	38 260	44 047	50 252	53 478
	Costo totales (\$) 2009	9 317 410	11 120 321	13 121 172	12 072 466
EPOC	Pacientes	1 258	1 493	1 615	1 846
	Días de incapacidad	19 833	22 227	25 538	29 040
	Costo totales (\$) 2009	3 467 477	4 168 311	4 760 370	6 252 707
IAM	Pacientes	2 446	2 797	2 987	2 811
	Días de incapacidad	159 021	174 942	189 149	180 213
	Costo totales (\$) 2009	42 083 208	45 266 491	48 515 755	49 975 235
Sub-total	Pacientes	4 179	4 857	5 225	5 291
	Días de incapacidad	220 163	243 580	267 953	266 764
	Costo totales (\$) 2009	55 773 148	61 132 805	67 286 137	69 688 180
Total	Pacientes	4 883	5 747	6 095	5 996
	Días de incapacidad	255 539	280 321	305 227	299 788
	Costo totales (\$) 2009	67 677 933	73 701 808	78 574 912	78 272 564

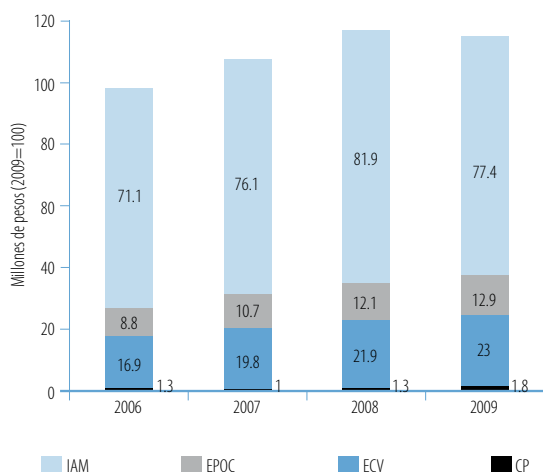
CP: cáncer pulmonar; ECV: enfermedad cerebrovascular; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; IAM: infarto agudo de miocardio
Fuente: Elaboración propia con base en datos de la Coordinación de Prestaciones Sociales y Coordinación de Prestaciones Económicas del IMSS, 2006-2009

se desempeñan conforme a su capacidad normal debido a una enfermedad.¹⁷

Además, es necesario cobrar conciencia de los resultados diferentes cuando se usa el enfoque del capital humano en comparación con el método de costos friccionales. Este último consiste en considerar a la productividad perdida como el tiempo que transcurre entre la ausencia de un trabajador y la llegada de un remplazo. Usualmente, las estimaciones de costos friccionales son de entre 1

y 3% de las estimaciones realizadas mediante el método del capital humano.¹⁸

Por otra parte, existe una aparente disminución relativa en las incapacidades ocasionadas por las enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco en el Distrito Federal respecto al resto del país, sobre todo en 2009, lo que contrasta con la estabilidad del porcentaje de asegurados de las delegaciones del Distrito Federal respecto al país¹⁹ (18.2, 18.4, 18.1 y 18.5% en 2006, 2007, 2008 y



Fuente: elaboración propia con base en datos de la Coordinación de Prestaciones Sociales y Coordinación de Prestaciones Económicas del IMSS, Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo 2006-2009

FIGURA 1. Costos por pérdida de productividad por enfermedades atribuibles al tabaquismo en la población ocupada mayor de 15 años. México, 2006-2009

2009, respectivamente). Es necesario llevar a cabo una investigación más profunda al respecto para explicar esta disminución y la posible influencia de legislaciones que promueven ambientes libres de humo de tabaco, tales como la Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores del Distrito Federal que entró en vigor en abril de 2008.

Es preciso poner en perspectiva estos hallazgos, de tal forma que se aprecie la dimensión del problema expuesto aquí. Por ejemplo, se encontró que para 2006, los días de incapacidad atribuibles al tabaco por las cuatro enfermedades consideradas en este estudio representan 0.96% de los días subsidiados por enfermedad general en el IMSS. Este indicador es de 1.02, 1.08 y 0.66% para 2007, 2008 y 2009, respectivamente.

Por otro lado, los montos erogados como subsidio por el IMSS atribuibles al tabaquismo para las cuatro enfermedades respecto a los gastos por subsidios por enfermedad general del instituto fueron de 1.12, 1.15, 1.19 y 0.74% para el periodo 2006 a 2009, respectivamente.²⁰

Finalmente, los montos erogados por el IMSS atribuibles al tabaquismo, por concepto de incapacidad para las cuatro enfermedades, respecto a los gastos de operación del instituto son de 0.02, 0.02, 0.2 y 0.1% para 2006, 2007, 2008 y 2009,

respectivamente.¹⁰ Reynales (2007) reportó que los costos de atención médica atribuibles al consumo de tabaco para CP, ECV, EPOC e IAM fueron de 4.3% de los gastos de operación del IMSS en 2004.

Conclusiones

Los hallazgos de este estudio se unen a la amplia evidencia que demuestra los importantes costos económicos y sociales que la epidemia del tabaquismo ocasiona. Este escenario hace prioritaria la implementación y fortalecimiento de políticas públicas en el sector encaminadas a reducir las pérdidas de bienestar social.

En este sentido, existen políticas impulsadas por la Secretaría de Salud y expresadas en el Programa Nacional de Salud 2007-2012 en lo relativo al combate de las adicciones, tales como el tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas.²¹ Estas medidas buscan alinearse con el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco, y atacan al problema del consumo de tabaco desde el lado de la oferta y la demanda. Particularmente y sin dejar del lado el resto de artículos y medidas promovidas por el mismo, nos referimos al artículo 6 que hace referencia a las medidas relacionadas con los precios e impuestos para reducir la demanda del tabaco; al artículo 8, que obliga a los países signatarios a adoptar y aplicar medidas legislativas efectivas de protección contra la exposición al humo de tabaco en lugares de trabajo interiores, medios de transporte, lugares públicos cerrados; al artículo 11 que versa sobre el empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco; al artículo 13, sobre la prohibición de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco; al artículo 14, acerca de medidas de reducción de la demanda relativas a la dependencia y al abandono del tabaco; al artículo 15, sobre el comercio ilícito de productos de tabaco y finalmente al artículo 20, que promueve la investigación, vigilancia e intercambio de información.²²

Agradecimientos

Agradecemos a la Coordinación de Prestaciones Económicas del IMSS por facilitar la base de datos necesaria para llevar a cabo este estudio. Estos resultados forman parte del proyecto Investigación de Economía del Tabaco para apoyar el Control

del Tabaco en México, apoyado financieramente por la Iniciativa Global Bloomberg para Reducir el Consumo de Tabaco.

Referencias

1. Warner K, Hodgson TA, Carroll C. Medical cost of smoking in the United States: Estimates, their validity, and their implications. *Tob Control* 1999; (8): 290-300.
2. Leistikow B. The Human and Financial Costs of smoking. En: *Smoking and Pulmonary and Cardiovascular Diseases*. Clin Chest Med 2000; (21):189-195.
3. Samet JM. The risk of active and passive smoking. En: Slovic P ed. *Smoking: Risk, perception and policy*. Thousand Oaks, California: Sage Publications, 2002.
4. Easton B. *The social costs of tobacco use and alcohol misuse*. Wellington: Public Health Monograph Series, 1997.
5. Cordeiro de Azevedo AB, Bosi-Ferraz M, Mesquita-Ciconelli R. Indirect Costs of Rheumatoid Arthritis in Brazil. *Value in Health* 2008; 11(5): 869-877.
6. Hamer HM, Spottke A, Aletsee C, Knake S, Reis J, Strzelczyk A *et al*. Direct and indirect costs of refractory epilepsy in a tertiary epilepsy center in Germany. *Epilepsia* 2006; 47(12):2165-2172
7. Xie F, Thumboo J, Fong KY, Lo NN, Yeo SJ, Yang KY et al. A study on indirect and intangible costs for patients with knee osteoarthritis in Singapore. *Value in Health* 2008; 11(S1):S84-S90.
8. Tsai SP, Wen CP, Hu SC, Cheng TY, Huang SJ. Workplace smoking related absenteeism and productivity costs in Taiwan. *Tob Control* 2005; (14):i33-i37.
9. Frenk J, Gómez-Dantés O. *Para entender el sistema de salud de México*. México, DF: Nostra Ediciones, 2008:60.
10. Dirección de Finanzas. Instituto Mexicano del Seguro Social. Reporte de gestión nacional 52. Información de enero de 2006 a diciembre de 2010. México: IMSS, 2010.
11. Instituto Mexicano del Seguro Social. Reglamento de Servicios Médicos. Capítulo VI: De la expedición de certificados de incapacidad temporal para el trabajo a los asegurados del régimen obligatorio. [Consultado 2011 noviembre 16]. Disponible en <http://www.dv-vimss.org.mx/pdf/reglamentodeserviciosmedicosdelimss.pdf>.
12. Constantino-Casas P, Torres-Arreola LP, Posadas-García JL, Nevárez-Sida A, García-Contreras F. Prescripción de certificados de incapacidad temporal en el IMSS. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2007; 45 (1): 89-96.
13. Yang MC, Fann CY, Wen CP, Wen CP, Cheng TY. Smoking attributable medical expenditures, years of potential life lost, and the cost of premature death in Taiwan. *Tob Control* 2005; 14: i62-i70.
14. Reynales-Shigematsu LM. Costos de atención por enfermedades atribuidas al consumo de tabaco en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Publica Mex* 2007; 49:E19-22.
15. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares. 2008. [Consultado 2010 junio 13]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/soc/sis/microdatos/enigh/default.aspx?s=est&c=14606>
16. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional de Empleo. [Consultado 2010 abril 8]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/proyectos/encuestas/hogares/enoe/bd/consulta2/po.asp?s=est&c=10826>
17. Trogon JG, Finkelstein EA, Hylands T, Dellea PS, Kamal-Bahl SJ. Indirect costs of obesity: a review of the current literature. *Journal Compilation. International Association for the study of obesity. Obes Rev* 2008; (9): 489-500.
18. Moller L, Matic S (eds). *Best practice in estimating the costs of alcohol. Recommendations for future Studies*. Ginebra: WHO Europe, 2010.
19. Instituto Mexicano del Seguro Social. Memoria Estadística 2010. [Consultado 2011 diciembre 18]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/estadisticas/financieras/Pages/memoriaestadistica.aspx>
20. Sistema de información Delegacional. Subdirección de Prestaciones Económicas. México: IMSS, 2010.
21. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. México: Secretaría de Salud, 2007.
22. Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco para el Control del Tabaco. Ginebra: OMS, 2005.

Impuestos al tabaco en México: análisis del periodo 2006-2012

Belén Sáenz de Miera Juárez⁽¹⁾

La literatura que documenta la efectividad de la política fiscal para el control del tabaquismo es amplia. A las revisiones ahora clásicas sobre este tema,¹ se ha sumado un nuevo estudio en el que más de veinte expertos evalúan la robustez de la evidencia disponible.² El estudio concluye que existe suficiente evidencia sobre la efectividad de los impuestos para reducir el consumo de tabaco y la prevalencia de fumadores, prevenir el inicio del consumo en los jóvenes y promover la cesación entre los fumadores actuales. Otro estudio reciente para diecisiete países de ingresos medios y bajos (entre los que se incluye México), muestra que un incremento del precio de 10% reduce el consumo de los jóvenes en 21.1%, en promedio.³ Casi una tercera parte de esa disminución se debe a reducciones en la decisión de consumir y el resto a reducciones en cantidades para los que deciden consumir.

En México también se ha avanzado en la generación de evidencia sobre la efectividad de los impuestos al tabaco, y al mismo tiempo, en la implementación de una política fiscal más fuerte.^{4,5} Desde hace poco más de diez años se ha incrementado de manera sostenida el impuesto especial a los productos de tabaco, y más recientemente, se homologó la tasa para todos los productos de tabaco y se fortaleció la estructura impositiva al introducir

un componente fijo o específico. Sin embargo, aún se tienen retos para los próximos años.

El objetivo de este trabajo es describir la política fiscal que se aplica a los productos de tabaco actualmente y su evolución durante el último sexenio, sus efectos sobre el consumo y la recaudación, y algunos aspectos sobre su administración. Al final se presentan conclusiones y recomendaciones.

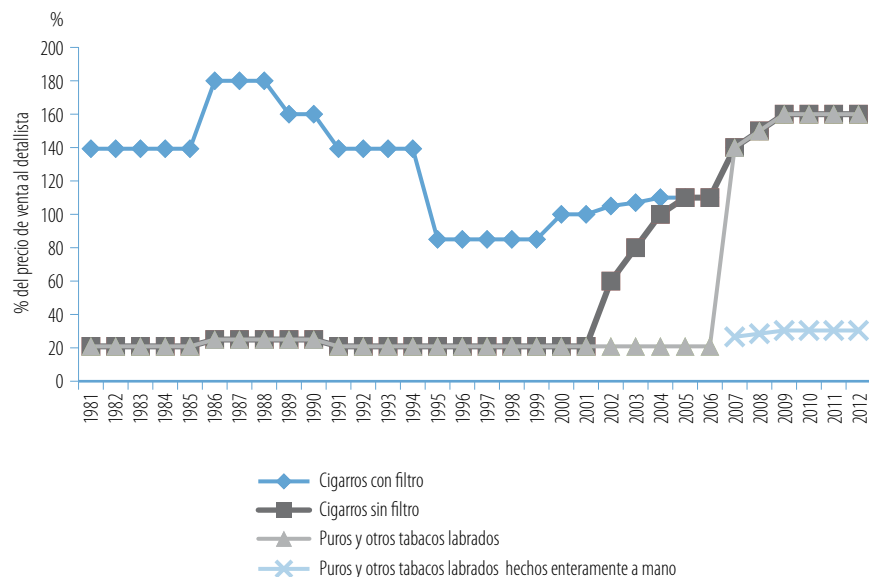
Los impuestos al tabaco en México

El impuesto especial a los productos de tabaco

En México se cobra un impuesto especial a los productos de tabaco que se llama impuesto especial sobre producción y servicios (IEPS).⁶ Este impuesto ha sufrido varios cambios desde su creación en 1981, pero sólo hasta hace alrededor de diez años comenzaron a vincularse claramente con fines de salud pública (figura 1).⁷

El IEPS nació como un impuesto *ad valorem*, es decir, se calcula como porcentaje de un precio, en particular, del precio que paga el detallista al productor o mayorista. El precio de venta al detallista incluye los costos y ganancias del productor, y si corresponde, los costos y ganancias del mayorista.

(1) Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México



Fuente: Ley del IEPS

* En 2010 se añadió un componente fijo al IEPS de 0.04 pesos por cigarro o por 0.75 gramos; en 2011 ese componente se incrementó a 0.35 pesos

FIGURA 1. Impuesto especial a los productos del tabaco en México (IEPS), 1981-2012 (componente *ad valorem*)*

En sus primeros años, el IEPS fue de 139.3% para los cigarros con filtro y de 20.9% para los cigarros sin filtro y los puros y otros tabacos labrados. Al comenzar el 2000, las tasas eran de 100% y 20.9%, respectivamente. Sin embargo, al final de 2001 se aprobaron incrementos graduales que permitieron homologar la tasa para los cigarros con y sin filtro en 110% en 2005. Esto último fue el cambio más importante en la política fiscal aplicable a los cigarros durante el sexenio 2000-2006 ya que se redujeron los incentivos para los fumadores de cigarros con filtro a cambiar hacia cigarros sin filtro, mucho más baratos, ante el incremento de los impuestos. La tasa del IEPS para los puros y otros tabacos labrados se mantuvo en 20.9% en ese periodo.

Justo al comenzar el sexenio 2006-2012 se aprobaron nuevos incrementos graduales que llevaron al IEPS a 140% en 2007, 150% en 2008 y 160% en 2009. Los incrementos de 2007 a 2009 también se aplicaron a los puros y otros tabacos labrados. Los únicos productos para los que se ha mantenido un componente *ad valorem* menor es para los puros y otros tabacos labrados hechos enteramente a mano: 26.6% en 2007, 28.5% en 2008 y 30.4% en 2009.⁸

Al final del año de 2009 se dio otro paso importante en materia impositiva pues se aprobó la introducción de un componente fijo de 0.04 pesos por cigarro. En principio, la reforma a la Ley del IEPS en la que se incluía el nuevo componente planteaba un incremento gradual: 0.06 pesos por cigarro en 2011, 0.08 pesos en 2012 y 0.10 pesos en 2013. De esta manera, la cuota llegaría a los dos pesos por cajetilla de 20 cigarros hasta el 2012. Sin embargo, después de un esfuerzo coordinado de la sociedad civil, la Secretaría de Salud y las comisiones de salud del Congreso, los legisladores aprobaron un incremento en el componente fijo del IEPS que lo llevó a 0.35 pesos por cigarro y se encuentra en vigor desde el 1 de enero de 2011.⁹

Así, el IEPS para los tabacos labrados tiene actualmente un componente *ad valorem* de 160% sobre el precio de venta al detallista, excepto para los puros y productos de tabaco hechos enteramente a mano que pagan una tasa de 30.4%, y de 0.35 pesos por cigarro o por 0.75 gramos (cuadro 1).

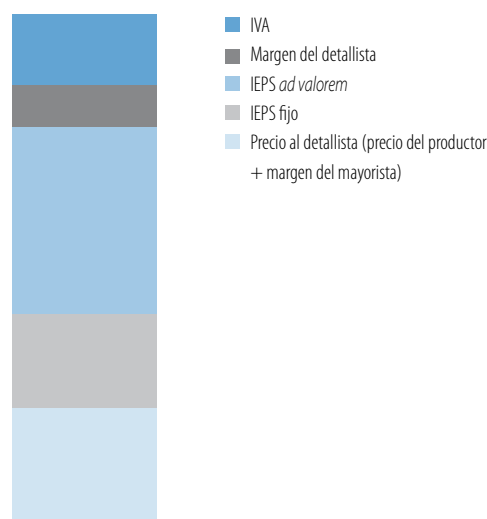
El IEPS para los cigarros Marlboro, la marca más popular en el país,¹⁰ representaba en 2011, 55% del precio de venta final: 18.4% el componente fijo y 36.6% el componente *ad valorem* (figura 2 y cuadro II).

CUADRO 1. Impuesto especial a los productos de tabaco en México, IEPS, 2012

PRODUCTO DE TABACO	IMPUESTO ESPECIAL (IEPS)		IMPUESTO AL VALOR AGREGADO (IVA)
	AD VALOREM (% DEL PRECIO AL DETALLISTA)	FIJO (PESOS MEXICANOS)	(% DEL PRECIO AL CONSUMIDOR)
Cigarros	160	0.35 por cigarro	16%
Puros y otros productos de tabaco manufacturados	160	0.35 por .75 gramos	16%
Puros y otros productos de tabaco manufacturados hechos enteramente a mano	30.4	0.35 por .75 gramos	16%

Fuente: Ley del IEPS y Ley del IVA

En 2009, cuando el IEPS era de 48% del precio de venta al público de los cigarros, sólo siete países del continente americano (de un total de 34 con información disponible) tenían una incidencia del impuesto especial mayor que la de México (figura 3). Sin embargo, 32 países europeos (de 49 con información disponible) tenían una incidencia mayor. Aún considerando que el IEPS era a fines del 2011 de aproximadamente 55% del precio al consumidor en México, 45 países del mundo ya tenían una incidencia del impuesto especial mayor en 2009-2010, 26 de los cuales eran países europeos.



Fuente: Estimaciones propias basadas en información de precio de venta al público de tiendas del Distrito Federal y margen del detallista de 10.72%¹¹

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones 2011, la mitad de los fumadores adquirieron cigarros Marlboro la última vez que compraron cigarros (estimaciones propias)

FIGURA 2. Estructura de los impuestos por cajetilla de cigarros Marlboro en México, 2011

Otros impuestos aplicables a los productos de tabaco: el IVA y los impuestos a la importación

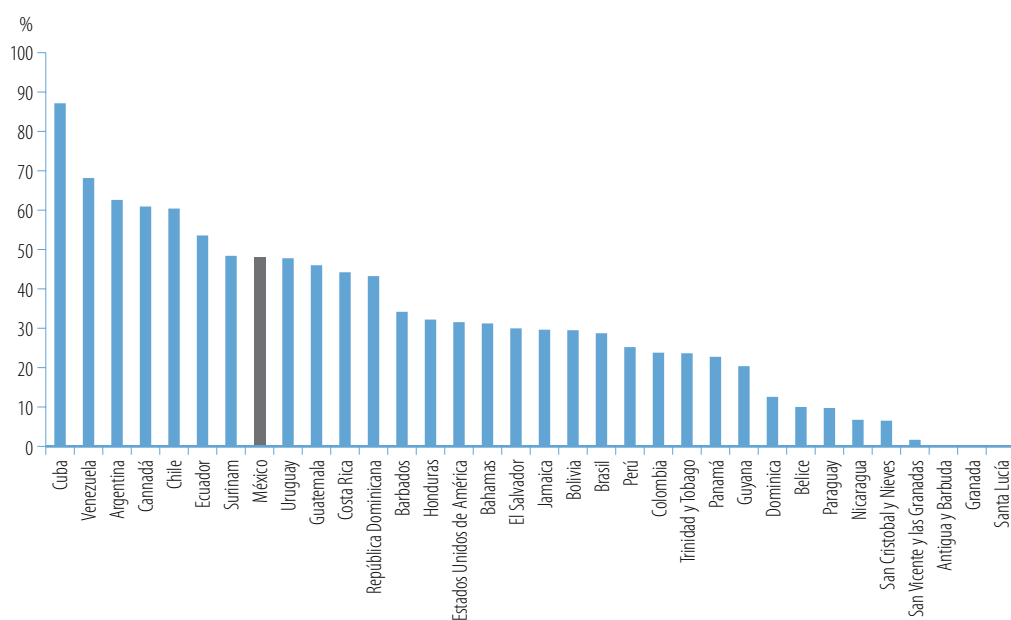
Los productos de tabaco, como casi todos los productos y servicios, también pagan el impuesto al valor agregado (IVA). Actualmente, el IVA es de 16% del precio al consumidor final, excepto en las ciudades de la frontera norte en las que es de 11%. El precio al consumidor, base de cálculo del IVA (o base gravable), incluye el precio al detallista, el IEPS (componente fijo y *ad valorem*) y las ganancias y costos del detallista. El IVA se cobra cada vez que se venden los productos, es decir, los productores lo incluyen en el precio a los mayoristas, los mayoristas lo incluyen en el precio a los minoristas, y finalmente, los minoristas lo incluyen en el precio de venta al público. Sin embargo, como los mayoristas y minoristas pueden deducir el IVA que pagan al adquirir los productos que luego venden, sólo el IVA que pagan los consumidores finales genera recaudación para el gobierno.

En resumen, los impuestos a los productos de tabaco se cobran de la siguiente manera. Primero se añade el IEPS al precio al detallista; luego el detallista añade su ganancia y costos, lo cual equivale a alrededor de 10.72% del precio al detallista después del IEPS;¹¹ finalmente, se añade el IVA al precio de venta al público. En el caso de una cajetilla de 20 cigarros marca Marlboro, la más popular en México,¹³ la cual se vendía en 38 pesos a finales de 2011, el IEPS era de 20.9 pesos por cajetilla (7 pesos del componente fijo y 13.9 pesos del *ad valorem*), el IVA era de 5.2 pesos, y el precio al detallista era de 8.7 pesos (cuadro 2). De esta manera, el IEPS e IVA eran de 55% y 13.8% del precio de venta final, respectivamente (18.4% el

CUADRO 2. Estructura de los impuestos por cajetilla de cigarros Marlboro en México, 2011

CONCEPTOS	MARLBORO (CAJETILLA DE 20)
Precio de venta al público por cajetilla – con IVA de 16%	38.00
IVA por cajetilla	5.24
Precio por cajetilla después del margen del detallista pero sin IVA	32.76
Margen del detallista	3.17
Precio al detallista por cajetilla con IEPS pero sin margen del detallista	29.59
IEPS por cajetilla - componente fijo (0.35 pesos por cigarro)	7.00
IEPS por cajetilla - componente <i>ad valorem</i> (160%)	13.90
Precio al detallista por cajetilla antes del IEPS	8.69
IVA por cajetilla como % del precio de venta al público	13.79%
IEPS por cajetilla como % del precio de venta al público	55.00%
Impuesto total (IVA + IEPS) por cajetilla como % de venta al público	68.79%

Fuente: Estimaciones propias basadas en información de precio de venta al público de tiendas locales y margen del detallista de 10.72%.¹¹
De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones 2011, la mitad de los fumadores adquirieron cigarros Marlboro la última vez que compraron cigarros (estimaciones propias)



Fuente: Organización Mundial de la Salud (2011).¹²

FIGURA 3. Impuesto especial a los cigarros como % del precio final en el Continente Americano, 2009-2010

componente fijo del IEPS y 36.6% el componente *ad valorem*), es decir, ambos impuestos sumaban 68.9% (figura 2 y cuadro II).

Además del IEPS y el IVA, los productos de tabaco importados de algunos países pagan otro impuesto *ad valorem*. La tasa vigente para los cigarros importados es de 67% del precio al im-

portador. La tasa vigente para los puros y puritos es de 45%. En estos casos, el precio al detallista que se utiliza para calcular el IEPS consiste en el precio al importador, el impuesto a la importación, el margen del importador y el margen del mayorista. Los productos de tabaco que se importan de algunos países están exentos del pago del impuesto

a la importación; los de otros están sujetos a tasas preferenciales (cuadro 3).¹⁴

El efecto de los cambios en el impuesto especial a los productos de tabaco sobre el consumo

Los incrementos del impuesto especial a los productos de tabaco se han traducido, efectivamente, en incrementos del precio de venta al consumidor final (figura 4). El incremento más reciente, por ejemplo, condujo a un incremento del precio de venta de alrededor de 25%. En tiendas de la capital del país, el precio por cajetilla de la marca más fumada aumentó de 30 a 38 pesos aproximadamente.

Se ha mostrado para México que un incremento en los precios de los cigarrillos de 10% reduce el consumo de los hogares en 5.2%, en promedio.⁴ Esta reducción se relaciona principalmente con

reducciones en las cantidades de los que deciden consumir. Otro estudio basado en una cohorte de fumadores de cuatro ciudades del país –Ciudad Juárez, Distrito Federal, Guadalajara, y Tijuana–, encontró que el consumo promedio de cigarrillos se redujo después del incremento de los impuestos implementado en 2007.⁵ Esas reducciones fueron consistentes para todos los grupos definidos según características sociodemográficas y psicosociales (eg, edad, sexo, escolaridad, ingreso, intentos serios para dejar de fumar), aunque sólo tuvieron lugar entre los individuos que fumaban relativamente más (más que la mediana de cinco cigarrillos al día). Sin embargo, se observó que los fumadores que fumaban relativamente menos (cinco o menos cigarrillos al día) tenían una mayor probabilidad de dejar de fumar que los otros.

La información agregada para todo el país también muestra que el incremento de los impuestos a los cigarrillos de los últimos años ha estado acompañado de una reducción en el consumo (figura 5). Sin embargo, es importante considerar que este indicador no toma en cuenta el consumo de cigarrillos de contrabando;¹⁵ además, es sensible a los movimientos de inventarios estratégicos por parte de la industria que se describen con mayor detalle en la figura 8.

El comportamiento de la prevalencia de fumadores en los últimos años parece consistente con la evidencia de reducciones en la cantidad consumida. De acuerdo con información de la Encuesta Nacional de Adicciones, la prevalencia de fumadoras activas ha permanecido estable entre 2002 y 2011, aunque se ha reducido entre los hombres (figura 6).¹⁶ La reducción en la prevalencia de fumadores activos hombres se debe principalmente a la reducción entre los que fuman con mayor frecuencia.

El efecto de los cambios en el impuesto especial a los productos del tabaco sobre la recaudación

El efecto de los cambios al IEPS en la recaudación parece claro. En la figura 7 se puede ver que los incrementos recientes en el impuesto especial al tabaco han estado acompañados de incrementos en la recaudación proveniente de ese impuesto. Lo ocurrido desde la implementación del impuesto de 35 centavos no ha sido la excepción. En 2011, la recaudación por concepto de IEPS a los tabacos labrados fue 8.9% mayor en términos reales (después

CUADRO 3. Impuesto a la importación de productos del tabaco en México, 2010

SOCIOS COMERCIALES	PUROS Y PURITOS	CIGARRILLOS
Estados Unidos	Ex	Ex
Canadá	Ex	Ex
Chile	Excl	Ex
Costa Rica	Excl	Excl
El Salvador	Excl	Excl
Guatemala	Excl	Excl
Honduras	Excl	Excl
Nicaragua	Ex	Ex
Colombia	Excl	Excl
Uruguay	Excl	Excl
Bolivia	Ex	Excl
Islandia	Excl	Excl
Noruega	Excl	Excl
Suiza	Excl	Excl
Unión Europea	Ex	Excl
Israel	Excl	Excl
Japón	Ex	Excl
Resto del mundo	45	67
Unidad de medida	Pieza	Kg

Fuente: Sistema de Información Arancelaria Vía Internet (SIAVI) de la Secretaría de Economía (www.economia.gob.mx). Información arancelaria actualizada conforme al *Diario Oficial de la Federación* a diciembre de 2010

*EXCL. Significa excluido del acuerdo comercial por lo que aplica el impuesto a la importación de la nación más favorecida, es decir, el arancel que un país miembro de la OMC cobra a las importaciones provenientes de otro miembro. Ex. significa que las importaciones provenientes de esos países entran libres de impuesto a la importación

de descontar la inflación) que en 2010. La recaudación obtenida por el mismo concepto durante el primer semestre de 2012 fue 15.2% mayor que la obtenida en el mismo periodo de 2010.¹⁷

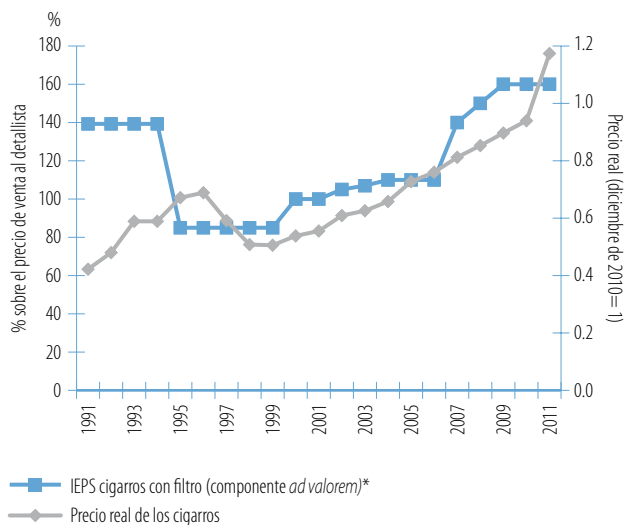
La administración de los impuestos al tabaco

El Servicio de Administración Tributaria (SAT), órgano desconcentrado de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), es el encargado de la administración de los impuestos en México. La Subsecretaría de Ingresos de la SHCP, por su parte, está involucrada en el diseño de la política fiscal y en la investigación relacionada a través de la Unidad de Política de Ingresos y la Unidad de Legislación Tributaria.

Prácticas para la recolección de los impuestos al tabaco

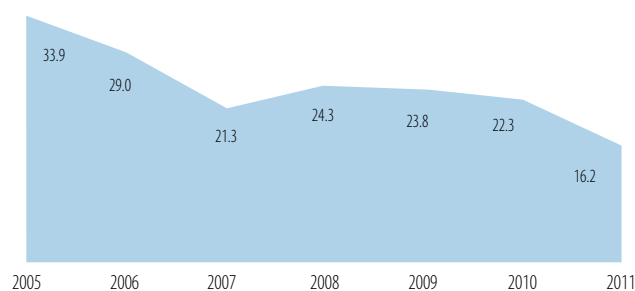
Las prácticas para la recolección de los impuestos a los productos del tabaco se detallan en la Ley del IEPS, la Ley del IVA y la Ley Aduanera. En particular, de acuerdo con el artículo 19 de la Ley del IEPS, una vez que los productores o importadores venden productos de tabaco a los detallistas, deben pagar el IEPS correspondiente a más tardar el día 17 del mes subsecuente. Esta misma disposición se aplica para el IVA. Además, los importadores y productores deben presentar al SAT una lista de precios para todos sus productos, clasificados por marca y presentación, durante el primer mes de cada año. La lista debe incluir el precio al mayorista, el precio al detallista y el precio sugerido al consumidor. Si estos precios se modifican antes de enero del año que sigue, los productores e importadores deben presentar al SAT una nueva lista de precios en los cinco días subsecuentes al cambio.

Cada marzo, los productores e importadores de productos del tabaco también deben presentar al SAT información sobre los productos vendidos durante el año previo, y cada enero, abril, julio y octubre, deben presentar información sobre sus 50 clientes y proveedores principales del trimestre previo. Finalmente, los productores e importadores deben proveer información sobre el precio y el volumen de los productos de tabacos vendidos cada mes, clasificados por marca.



Fuente: Ley del IEPS, Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).
 *Antes de 2005 los cigarrillos sin filtro pagaban un IEPS *ad valorem* menor que los cigarrillos con filtro. En 2010 se añadió un componente fijo al IEPS de 0.04 pesos por cigarrillo o por 0.75 gramos; en 2011 ese componente se incrementó a 0.35 pesos.

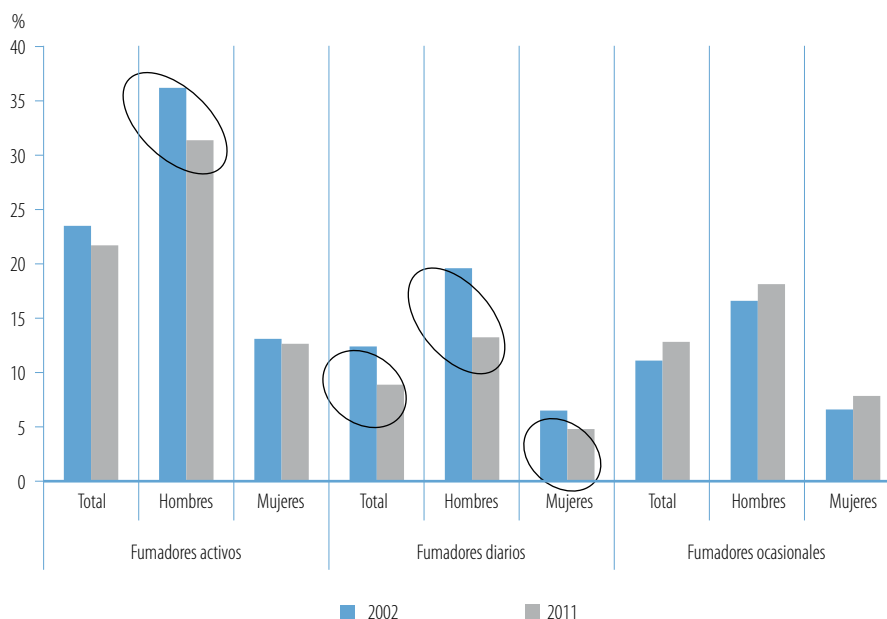
FIGURA 4. Impuesto especial a los cigarrillos (IEPS) y precios en México, 1991-2011



Consumo = Producción nacional (Encuesta Mensual de la Industria Manufacturera, INEGI) + importaciones netas (Secretaría de Economía).

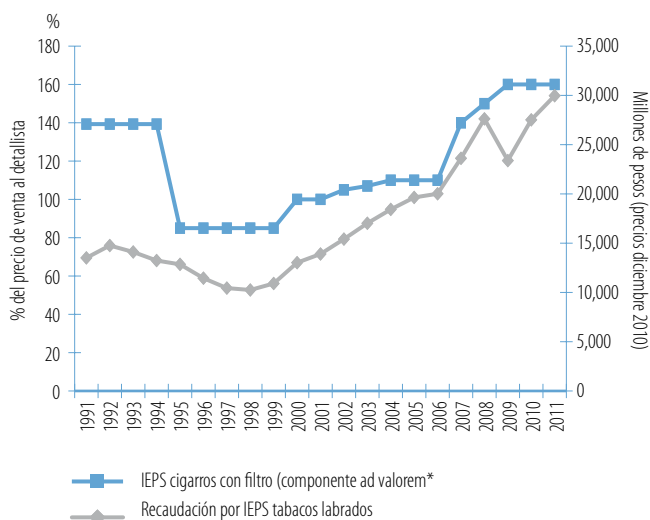
FIGURA 5. Consumo de cigarrillos en México, 2005-2011 (número promedio de cajetillas por persona de 15 años y más)

En el caso de los productos de tabaco importados, los importadores deben presentar a las autoridades aduanales un documento llamado *pedimento* con la información requerida por la SHCP, la cual incluye, el origen y el destino de los productos, la certificación del peso o volumen, las facturas y los documentos correspondientes que prueben el cumplimiento de otras disposiciones como la Ley General para el Control del Tabaco. Una vez



Fuente: Análisis propio de la Encuesta Nacional de Adicciones 2002 y 2011
 Fumador activo es el que ha fumado alguna vez en la vida y fumó por última vez hace menos de un año. Fumador diario es el fumador activo que fuma diariamente. Fumador ocasional es el fumador activo que no fuma a diario sino semanalmente, mensualmente, ocasionalmente o al menos una vez al año. Se señalan con un óvalo los casos en los que el cambio 2002-2011 es estadísticamente significativo

FIGURA 6. Prevalencia de fumadores activos en México 2002, 2011 (población de 12 a 65 años)



Fuente: Ley del IEPS; Informes trimestrales sobre la situación económica, las finanzas públicas y la deuda pública (Secretaría de Hacienda y Crédito Público, disponibles en www.shcp.gob.mx)
 *Antes de 2005 los cigarros sin filtro pagaban un IEPS *ad valorem* menor que los cigarros con filtro; lo mismo sucedía con los puros y otros tabacos labrados hasta el 2006. A partir de 2007 sólo los puros y otros tabacos labrados hechos enteramente a mano pagan un IEPS menor que el resto de los productos de tabaco. En 2010 se añadió un componente fijo al IEPS de 0.04 pesos por cigarro o por 0.75 gramos; en 2011 ese componente se incrementó a 0.35 pesos

FIGURA 7. Impuesto especial a los productos del tabaco (IEPS) y recaudación, México 1991-2011

que se pagan los impuestos a la importación correspondientes y se presentan a las autoridades aduanales el pedimento y los productos, se activa un mecanismo de selección automática para determinar si los productos serán examinados. Si no se detectan irregularidades durante la inspección (o si no se lleva a cabo una inspección), los productos quedan en manos de los importadores para su distribución. Una vez en el país, no se aplican sistemas adicionales de seguimiento a los productos importados. Para el caso de los productos en tránsito, la Ley Aduanera establece con detalle los periodos permitidos, documentos necesarios y medios de transporte que se pueden utilizar.

Prácticas para el desarrollo de la política fiscal

La SHCP tiene la responsabilidad de evaluar el efecto de todos los impuestos sobre la recaudación del gobierno.¹⁸ En la iniciativa de Ley de Ingresos que presenta el poder Ejecutivo cada año (el 8 de septiembre a más tardar), incluye las proyecciones de la recaudación para el año fiscal subsecuente por impuesto, y si los legisladores aprueban mo-

dificaciones a la iniciativa (el 31 de octubre a más tardar), adecúa las proyecciones según corresponda. Además, 15 días después de la publicación de la Ley de Ingresos en el *Diario Oficial de la Federación* (DOF), la SHCP debe publicar el calendario de recaudación mensual, incluyendo la metodología utilizada para calcularla.^{19,20} La recaudación mensual del IEPS a los tabacos labrados para el 2011, por ejemplo, se estimó de la siguiente manera.²¹ Primero se estimaron factores estacionales con la serie de recaudación del IEPS a los productos de tabaco de enero de 2007 a diciembre de 2010 y un modelo Holt-Winters multiplicativo, los cuales se aplicaron a la estimación de recaudación anual para obtener flujos mensuales.²² Después se estimó el efecto mensual esperado del incremento del IEPS a los productos de tabaco en la recaudación y se sumó a lo obtenido en el primer paso. El efecto esperado del incremento del impuesto se calculó con la siguiente fórmula:

$$R = V(C_{2011} - C_{2010})$$

Donde R es el efecto mensual esperado del incremento del impuesto sobre la recaudación, V es el volumen mensual de ventas de cigarros de 2010, C_{2011} es el componente específico del IEPS aprobado para 2011, 0.35 pesos por cigarro, y C_{2010} es el componente específico del IEPS aprobado en la reforma de fines de 2009 que entraría en vigor en 2011, es decir, 0.06 pesos por cigarro. La definición de V implica que no se consideraron posibles reducciones en las ventas por el incremento del impuesto.

Tanto los senadores como los diputados pueden presentar propuestas para modificar el IEPS en cualquiera de los dos periodos legislativos ordinarios (del 1 de septiembre al 31 de diciembre y del 1 de febrero al 30 de abril).²³ Sin embargo, las modificaciones sólo se pueden aprobar durante el periodo legislativo que inicia el 1 de septiembre. El Ejecutivo puede presentar propuestas para modificar el IEPS hasta el 8 de septiembre a más tardar ya que éstas deben incluirse en la iniciativa de Ley de Ingresos.²⁴ Por tratarse de un impuesto relacionado con la salud pública, las propuestas del Ejecutivo tendrían que considerar las recomendaciones de la Secretaría de Salud pero esto no se encuentra formalmente regulado (en la LGCT, por ejemplo) y la coordinación intersecretarial suele ser complicada.

El Congreso debe aprobar las modificaciones el 31 de octubre a más tardar y éstas deben publicarse en el *DOF* dentro de los siguientes 20 días.²⁵ Si se aprueban cambios al IEPS, la implementación comienza en el inicio del año fiscal siguiente (el 1 de enero).

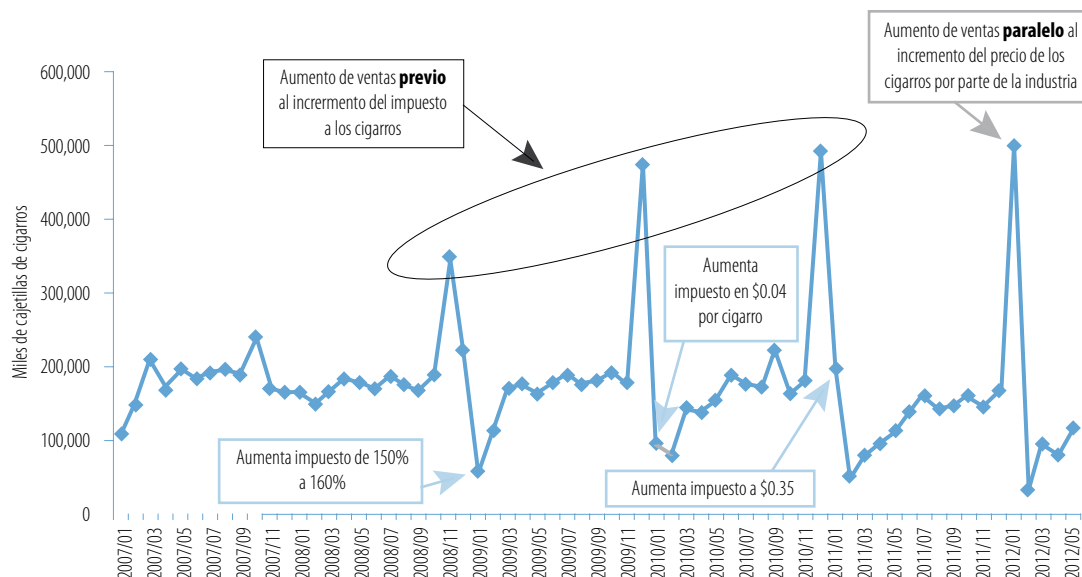
Hasta el 2010, lo usual era que los legisladores sólo propusieran modificaciones a las iniciativas del Ejecutivo. Sin embargo, el incremento del IEPS a los tabacos labrados finalmente implementado en el 2011 fue propuesto por legisladores.

Normalmente transcurre al menos un mes desde el anuncio de los cambios en el impuesto especial y la fecha de implementación, lo cual puede incentivar a los productores a declarar durante ese periodo la mayor producción posible.^{26,27} Efectivamente, hemos visto que en los últimos años en los que se han incrementado los impuestos en México, los productores han aumentado de manera significativa las ventas de lo producido en el mes previo a la entrada en vigor de esos incrementos para evitar el pago de impuestos más altos (figura 8). En diciembre de 2010, por ejemplo, los productores vendieron 492 millones de cajetillas, mientras que en los meses previos de ese año habían vendido 184 millones de cajetillas en promedio.

Otros actores interesados en el desarrollo de la política fiscal aplicada al tabaco como la sociedad civil y los productores pueden tratar de incidir antes de que las propuestas se presenten al Congreso o cuando se están discutiendo. El cabildeo toma lugar directamente y a través de compañías especializadas.²⁸ La regulación del acceso de cabilderos al Congreso se ha modificado recientemente.²⁹ Desde febrero de 2011, las instituciones o individuos deben solicitar su registro al Registro de Cabilderos. Por ejemplo, el registro de Philip Morris México en el Registro de Cabilderos de la Cámara de Diputados (con nueve cabilderos) se aprobó en mayo de 2011.

Conclusiones

La evidencia existente parece indicar que la cantidad de cigarros que se consumen en México se ha reducido en los últimos años. Formalmente no se tienen estudios que permitan atribuir esas reducciones de manera directa a los incrementos del impuesto especial debido a que éste se implementa de manera uniforme en todo el país, es decir, no



Fuente: Encuesta Mensual de la Industria Manufacturera (INEGI; disponible en www.inegi.gob.mx)

A finales de 2011 no se aprobaron nuevos incrementos del impuesto pero a inicios de 2012 los productores incrementaron el precio de venta al público de los cigarrillos

FIGURA 8. Volumen de ventas de los cigarrillos elaborados en México, enero de 2007 a mayo de 2012

se tiene un grupo de la población no expuesto al impuesto con el cual se puedan comparar los cambios en el consumo. Sin embargo, debido a que hasta hace pocos años la política para el control del tabaco en la que se tuvo mayor progreso fue la política fiscal, parece razonable atribuir al menos parte de esas reducciones a esta política.

El resultado más deseado desde el punto de vista de la salud pública es, sin duda, la reducción sostenida de la prevalencia de fumadores. En el caso de los hombres, parece que la prevalencia de fumadores activos se ha reducido en los últimos 10 años pero no así en el caso de las mujeres. Sin embargo, para que la prevalencia se reduzca se requiere la implementación de una estrategia integral y sostenida.³⁰⁻³²

Durante el periodo 2006-2012 se tuvieron avances importantes en materia de impuestos a los productos de tabaco. En primer lugar, se introdujo un componente fijo a la estructura del impuesto especial. Este tipo de componente tiene la ventaja de que ayuda a reducir la dispersión de precios entre marcas, lo cual desincentiva el cambio hacia marcas más baratas cuando se incrementan los impuestos.³³⁻³⁵ Además, se logró implementar un incremento importante en el impuesto especial al aumentar el componente fijo de 0.04 pesos por

cigarrillo a 0.35 a partir de enero de 2011. Esto condujo a un incremento de alrededor de 25% en el precio de venta al público por cajetilla. Finalmente, a partir de 2007 se logró homologar el IEPS para los puros y otros tabacos labrados (excluyendo los hechos enteramente a mano) con el de los cigarrillos. La homologación del impuesto especial para los diferentes productos de tabaco es importante porque desincentiva el cambio hacia productos con menor impuesto cuando éste se incrementa.

No obstante lo anterior, aún se tienen desafíos importantes. La ley del IEPS vigente no contempla ajustes por la inflación del componente fijo que pagan los tabacos labrados. Esos ajustes son esenciales pues evitan que los productos de tabaco se abaraten en relación a otros productos. Otro ajuste necesario tendría que considerar los cambios en el poder adquisitivo de la población. Si este último aumenta, los impuestos tendrían que aumentar también para evitar un aumento en el consumo de productos de tabaco. Lo anterior implica que la política fiscal que se aplica a los productos de tabaco tendría que concebirse como un proceso. Establecer metas concretas sobre la incidencia del impuesto especial en el precio al consumidor puede ser útil en términos prácticos y nos permite compararnos fácilmente con otros países (figura 3),³⁶ pero no es

suficiente. En línea con esta idea, se ha propuesto recientemente utilizar como punto de referencia para la política fiscal un indicador de asequibilidad que incorpora ajustes según cambios en el precio real y el poder adquisitivo.³⁷ Las directrices sobre el artículo 6 del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco seguramente aportarán más elementos a esta discusión.³⁸

Además, existen aspectos relacionados con la administración del impuesto especial que podrían mejorarse. Actualmente, el SAT depende de las declaraciones de los productores e importadores de tabaco para calcular la producción y las obligaciones fiscales correspondientes. La evasión del IEPS a los tabacos labrados implica la pérdida de ingresos para el gobierno.³⁹ Por ello, la implementación de un sistema de seguimiento y localización de la producción nacional de productos de tabaco podría ayudar a reducir la evasión, a identificar mejor los productos ilícitos, y a mejorar los flujos de información y simplificar las obligaciones tributarias. En el caso de las bebidas alcohólicas se ha tenido un avance en este sentido al legislar la obligación de incluir una estampa fiscal o marbete desde hace varios años.⁴⁰ Sin embargo, en el caso de los productos de tabaco se han presentado iniciativas para introducir marbetes que al final no se han aprobado o implementado.⁴¹ Más aún, la legislación actual incluye la obligación de imprimir un “código de seguridad” en los empaques de cigarros pero la implementación se ha retrasado debido a que no se ha publicado la regulación correspondiente.⁴²

Diversos países solicitan estampas fiscales para los productos de tabaco aunque tienen la desventaja de ser susceptibles de falsificación. En parte por esto, algunos países han elegido sistemas de monitoreo de la producción “reforzados” como Brasil y Turquía, los cuales permiten transferir información instantánea a los ministerios de Finanzas sobre la cantidad, lugar y marcas en el momento de producción. Esos sistemas son más costosos que las estampillas fiscales por lo que en Brasil, por ejemplo, se responsabilizó a los productores del pago de la instalación y mantenimiento del sistema en cada línea de producción (lo cual tuvo un costo de 1% a 1.6% del precio al menudeo por cajetilla).⁴³

Otro aspecto relacionado con la administración del impuesto que podría mejorarse tiene que ver con el anuncio e implementación de los cambios en el IEPS. Hemos visto que en los últimos años

en los que se han incrementado los impuestos, los productores han aumentado de manera significativa las ventas de la producción nacional en el mes previo a la entrada en vigor para evitar el pago de impuestos más altos (figura 8). Las modificaciones que se hagan en el futuro al impuesto especial al tabaco podrían considerar algún mecanismo para evitar esa posibilidad y la elusión fiscal correspondiente. Podría establecerse, por ejemplo, que el nuevo impuesto se aplique a los cigarros producidos y mantenidos como inventarios antes de la entrada en vigor del mismo, aunque habría que evaluar las dificultades prácticas de una medida de este tipo, en especial, debido a que no se cuenta con un sistema de monitoreo de la producción.⁴⁶

Finalmente, hemos visto que los cálculos para proyectar la recaudación por concepto de IEPS a los tabacos labrados son iguales a los que se usan para las proyecciones de la recaudación de otros productos que pagan IEPS. Si bien el principio de parsimonia es importante para estas estimaciones, sería recomendable considerar más elementos para mejorar las proyecciones. Aunque la recaudación ha aumentado como resultado del incremento del impuesto especial a los productos de tabaco, los incrementos observados en el 2011 fueron menores a los proyectados por la SHCP. Esto puede obedecer a movimientos de inventarios estratégicos como los comentados arriba, a reducciones en el consumo mayores a las esperadas, a aumentos del contrabando y/o a fallas en los cálculos de las proyecciones. Para dilucidar con precisión las causas es necesario que las autoridades monitoreen sistemáticamente el contrabando y refuercen las medidas para combatirlo, pero también sería conveniente hacer una revisión de los métodos de estimación de las proyecciones.

Referencias y notas

1. Jha P, Chaloupka F. *Curbing the epidemic. Governments and the Economics of Tobacco Control*. Washington: The World Bank, 1999; Chaloupka FJ, Hu T, Warner KE, Jacobs R, Yurekli A. The taxation of tobacco products. En: Jha P, Chaloupka FJ, eds. *Tobacco Control in Developing Countries*. Washington DC: The World Bank, 2000;237-272.
2. Chaloupka FJ, Straif K, Leon ME. Effectiveness of tax and price policies in tobacco control. *Tob Control*, Epub 29 de noviembre de 2010.
3. Kostova D, Ross H, Blecher E, Markowitz S. Is youth smoking responsive to cigarette prices? Evidence from low- and middle-income countries. *Tob Control*, Epub 7 de julio de 2011.
4. En la sección 1.3 se describen algunos estudios para México, por ejemplo: Jimenez-Ruiz JA, Sáenz de Miera B, Reynales-Shigematsu

- LM, Waters HR, Hernández-Ávila M. The impact of taxation on tobacco consumption in Mexico. *Tob Control* 2008, 17:105-110
5. Sáenz de Miera B, Thrasher JF, Chaloupka FJ, Waters HR, Hernández-Ávila M, Fong GT. Self-reported Price of cigarettes, consumption and compensatory behaviours in a cohort of Mexican smokers before and after a cigarette tax increase. *Tob Control* 2010;19:481-487.
 6. El IEPS también se cobra a las bebidas alcohólicas, las bebidas energéticas, la gasolina y las telecomunicaciones (Ley del IEPS).
 7. El incremento de 1985, por ejemplo, tuvo un objetivo claramente recaudatorio pues la capital del país había quedado devastada después de un terremoto y se necesitaban recursos para su reconstrucción.
 8. Cerca del 10% de los puros largos, 20% de los puros estándar, 50% de los puritos y 90% de los cigarros se enrollan con máquinas. Además, hasta el 85% de la hoja de tabaco se usa para productos enrollados con máquinas (Euromonitor International. *Tobacco in Mexico*, octubre 2009).
 9. Con la reforma a la Ley del IEPS de fines de 2010 se aprobó el incremento a 0.35 pesos por cigarro y se eliminaron los artículos transitorios que se habían aprobado un año antes para implementar los incrementos escalonados.
 10. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones 2011, la mitad de la población de 12 a 65 años compró cigarros Marlboro la última vez que adquirió cigarros (estimaciones propias).
 11. Waters H, Sáenz de Miera B, Ross H, Reynales-Shigematsu LM. *La economía del tabaco y los impuestos al tabaco en México*. París: Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias, 2010.
 12. OMS. *WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco*. Ginebra: OMS, 2011.
 13. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones 2011, la mitad de la población de 12 a 65 años compró cigarros Marlboro la última vez que adquirió cigarros (estimaciones propias).
 14. La cantidad de cigarros importados en 2010 equivalía a sólo 3.5% de la producción nacional. La mayoría de esos cigarros provenían de países para los cuales no se aplicaban aranceles: 72.2% de Canadá y 11.8% de EUA; el resto provenía de Paraguay (5.7%), Lituania (3.9%), y otros países con una participación menor al 3% cada uno. La composición de las importaciones de cigarros en 2009 era: 68.0% de Canadá, 8.2% de Paraguay, 7.1% del Reino Unido, 4.7% de Lituania y 12% de otros países con una participación menor al 3% (estimaciones propias con base en información de la Secretaría de Economía).
 15. Otro capítulo de este libro trata con mayor detalle el tema de comercio ilícito de productos de tabaco.
 16. También se tuvieron levantamientos de la ENA antes de 2002: en 1988, 1993 y 1998. Sin embargo, esos resultados fueron representativos sólo para zonas urbanas. Los resultados que aquí comentamos, para 2002 y 2011, son representativos para toda la población, tanto de zonas urbanas como rurales.
 17. De acuerdo con los informes trimestrales sobre la situación económica, las finanzas públicas y la deuda pública de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (consultados en julio de 2012 en www.shcp.gob.mx), la recaudación de enero a junio de 2010 por concepto de IEPS a los tabacos labrados fue de 13 mil 726 millones de pesos (a precios de diciembre de 2010); la recaudación de enero a junio de 2012 por el mismo concepto fue de 15 mil 818 millones de pesos (a precios de diciembre de 2010).
 18. De acuerdo con el artículo 31 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, la SCHP calcula y pronostica los ingresos de la Federación.
 19. Artículo 23 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria: "También se publicará en el Diario Oficial de la Federación el calendario mensual de ingresos derivado de la Ley de Ingresos de la Federación, 15 días hábiles después de la publicación de dicha ley".
 20. En la Ley de Ingresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal de 2011, por ejemplo, el artículo 30 dice:

Con la finalidad de transparentar el calendario mensual de ingresos que, en términos del artículo 23 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, debe publicar la Secretaría de Hacienda y Crédito Público en el Diario Oficial de la Federación 15 días hábiles después de la publicación de esta ley, dicha dependencia deberá entregar a la Comisión de Hacienda y Crédito Público de la Cámara de Diputados, así como al Centro de Estudios de las Finanzas Públicas de dicho órgano legislativo, la metodología y criterios adicionales que hubiese utilizado para dicha estimación, misma que deberá ser incluida en la citada publicación.
 21. Acuerdo por el que se da a conocer el calendario mensual de la estimación de los ingresos contenidos en el artículo 1 de la Ley de Ingresos de la Federación para el ejercicio fiscal de 2011 y la metodología utilizada para realizar dicha estimación, publicado el 6 de diciembre de 2010 en el Diario Oficial de la Federación. Se obtuvo información adicional sobre el cálculo a través de la solicitud de acceso a la información pública 0000600264511.
 22. Se puede ver más sobre el método Holt-Winters en: Chatfield C. The Holt-Winters Forecasting Procedure. *Journal of the Royal Statistical Society. Series C (Applied Statistics)*, 1978;27(3):264-279.
 23. A finales de abril de 2011, por ejemplo, los senadores Ernesto Saro Boardman y Ricardo García Cervantes presentaron iniciativas para modificar el IEPS a los tabacos labrados.
 24. El Ejecutivo, por ejemplo, presentó una propuesta para incrementar el IEPS en septiembre de 2009.
 25. Artículo 42 de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria.
 26. Sunley E, Yurekli A, Chaloupka FJ. The design, administration and potential revenue of tobacco taxes. In: Jha P, Chaloupka F, eds. *Tobacco control in developing countries*. Oxford: Oxford University Press, 2000.
 27. WHO. *WHO technical manual on tobacco tax administration*. Malta: WHO, 2010.
 28. Se puede ver una descripción de las estrategias que emplea la industria del tabaco para interferir en los procesos de toma de decisiones en México, con especial énfasis en la estrategia de cabildero, en: Guerrero A, Madrazo A, Cruz J, Ramírez T. *Identificación de las estrategias de la industria tabacalera en México*. Documento de trabajo del CIDE número 51, diciembre de 2010.
 29. Reglamentos de la Cámara de Diputados y de la Cámara de Senadores.
 30. OMS. *WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: The MPOWER package*. Ginebra: OMS, 2008.
 31. Organización Mundial de la Salud. *WHO report on the global tobacco epidemic, 2009: Implementing smoke-free environments*. Ginebra: OMS, 2009.
 32. Organización Mundial de la Salud. *WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: Warning about the dangers of tobacco*. Ginebra: OMS, 2011.
 33. Waters H, Sáenz de Miera B, Ross H, Reynales-Shigematsu LM. *La Economía del Tabaco y los Impuestos al Tabaco en México*. París: Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias, 2010.
 34. WHO. *WHO technical manual on tobacco tax administration*. Malta: WHO, 2010.
 35. OMS. *WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: The MPOWER package*. Ginebra: OMS, 2008.
 36. Es importante tener en cuenta que debido a que la mayoría de los productos pagan IVA, sólo los cambios en el impuesto especial afectan los precios relativos de los productos del tabaco.
 37. Blecher E. Targeting the affordability of cigarettes: a new benchmark for taxation policy in low-income and middle-income countries. *Tob Control* 2010; 19: 325-330.
 38. La cuarta reunión de la Conferencia de las Partes (COP4), celebrada en noviembre de 2010, estableció un grupo de trabajo para elaborar directrices y recomendaciones para la aplicación del artículo 6 (Medidas relacionadas con los precios e impuestos para reducir la demanda de tabaco).

39. Shafey O, Eriksen M, Ross H, Mackay J. *El atlas del tabaco*, Atlanta: Bookhouse Group, Inc, 2009.
40. Artículo 19, fracción V de la Ley del IEPS.
41. A finales de 2006, por ejemplo, se presentó una iniciativa para establecer el uso de marbetes en los empaques de cigarros que fue desechada.
42. Artículo 19, fracción XXII de la Ley del IEPS (reforma publicada el 27 de noviembre de 2009 en el Diario Oficial de la Federación): Los productores, fabricantes e importadores de cigarros y otros tabacos labrados, con excepción de puros y otros tabacos labrados hechos enteramente a mano, deberán imprimir en cada una de las cajetillas de cigarros para su venta en México, el código de seguridad que reúna las características que determine el Servicio de Administración Tributaria mediante reglas de carácter general. En dichas reglas se podrán establecer los mecanismos o sistemas que se utilizarán para imprimir en cada cajetilla de cigarros el código de seguridad correspondiente. Los contribuyentes a que se refiere esta fracción deberán poner a disposición de las autoridades fiscales la información, documentación o dispositivos necesarios, que se establezcan en las reglas de carácter general, que permitan constatar que la impresión del código de seguridad en cada una de las cajetillas de cigarros producidos o importados, se está llevando a cabo de conformidad con lo dispuesto por las propias reglas de carácter general.
43. WHO. *WHO technical manual on tobacco tax administration*. Malta: WHO, 2010.

Las OSC como agentes clave en el proceso de las políticas públicas. Estudio de caso: el aumento a los impuestos de tabaco en México

Erick Antonio Ochoa⁽¹⁾

En octubre de 2010 el Congreso de la Unión aprobó un incremento considerable de los impuestos al tabaco, con un impacto en el precio final de las cajetillas de cigarros de, al menos, 25%.

Desde mayo de 2008 cuando se publicó la Ley General para el Control del Tabaco, una legislación federal pero que tiene el mérito de ajustarse en cierta medida al Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco (CMCT OMS), no se había avanzado con paso más decidido en la protección de la salud contra la adicción de ese producto. Sin embargo, previamente a la aprobación de los impuestos en 2010, en octubre de 2009, una mayoría abrumadora de legisladores había resuelto por un diminuto ajuste impositivo a los productos del tabaco que parecía más una garantía para que la industria tabacalera mantuviera su margen de ganancias que una política pública para disminuir el consumo.

¿Qué fue lo que cambió entre octubre de 2009 y octubre de 2010 para que los tomadores de decisión resolvieran a favor de un incremento impositivo significativo a los cigarros? ¿Cuál fue la contribución de las organizaciones de la sociedad civil en el proceso de esta nueva política fiscal? ¿Qué lecciones aprendidas pueden desprenderse de esta experiencia?

Una conceptualización mínima de las OSC

La conceptualización de las organizaciones de la sociedad civil, OSC, debe iniciar a partir de las diferencias con las organizaciones no gubernamentales, ONG, un término más acotado e históricamente identificable en el ámbito de las relaciones internacionales.

Antes del surgimiento de la Organización de las Naciones Unidas, fundada en 1945, el término de ONG estaba delimitado al ámbito de la protección internacional de los derechos de los trabajadores, lo cual constituyó un avance notable.¹

Según Luciano Tomassini, tradicionalmente se entendió que las relaciones internacionales estaban configuradas por las relaciones mantenidas entre Estados soberanos a través de sus fronteras nacionales. Hoy tienden a concebirse en forma más amplia, como toda forma de interacción que se establezca entre las distintas sociedades nacionales, a través de los diversos grupos que forman parte de ellas –gubernamentales o no gubernamentales– actuando en función de sus intereses específicos.

La constitución de la Organización Internacional del Trabajo, redactada entre enero y abril de 1919,

(1) Director de Iniciativas para el Control del Tabaco, Fundación InterAmericana del Corazón México

misma que se convirtió en la Parte XIII del Tratado de Versalles del 28 de junio de ese año, reconoce que los miembros se comprometen a designar a “consejeros técnicos no gubernamentales” que pertenezcan a las organizaciones profesionales más representativas de empleadores y trabajadores.²

Los consejeros técnicos no estaban autorizados para tomar la palabra sino solamente a pedido hecho por los delegados del gobierno al cual se encuentran agregados y con la autorización especial del presidente de la conferencia. Salvo cuando el delegado envía nota al presidente para designar a uno de sus consejeros técnicos como suplente suyo, en cuyo caso sí puede participar en las deliberaciones y votaciones; los consejeros no pueden votar.

Sin ambigüedades, la Carta de las Naciones Unidas firmada en San Francisco, Estados Unidos, el 26 de junio de 1945, refiere por primera vez el concepto de “organizaciones no gubernamentales”. Según la carta, el Consejo Económico y Social, un órgano de la Asamblea General de la ONU conformado por 54 gobiernos, podrá celebrar consultas con organizaciones no gubernamentales que se ocupen en asuntos de la competencia del consejo. Sean organizaciones internacionales u organizaciones nacionales, previa consulta con el respectivo miembro de las Naciones Unidas, las competencias del consejo iban desde estudios e informes sobre asuntos de carácter económico, social, cultural, educativo y sanitario, hasta recomendaciones para promover el respeto de los derechos humanos y las libertades fundamentales.³

El Consejo Económico y Social es el órgano de coordinación más importante en materia económica, social y conexas de 14 organismos especializados de la ONU, las comisiones orgánicas y las cinco comisiones regionales, y actúa como foro principal para la formulación de recomendaciones sobre políticas públicas en los Estados miembros.

Con 3500 ONG reconocidas hoy por el consejo con estatus consultivo, éstas cumplen actividades como “difusión de información, sensibilización, educación para el desarrollo, promoción de políticas, proyectos operativos conjuntos, participación en procesos gubernamentales, contribución de servicios y conocimientos técnicos”.⁴

Hecha esta breve revisión de los antecedentes de las ONG y habiendo destacado su capacidad de mediación ante organismos internacionales, las organizaciones de la sociedad civil cubren un

rango de acción pública mayor, pues sin necesidad de reconocimiento formal de interlocución, pueden incidir sobre preferencias y jerarquías en el proceso de las políticas públicas.⁵

Las organizaciones de la sociedad civil no pertenecen ni al Estado ni al mercado, ni buscan hacerlo, si bien pueden cooperar de manera tal que no vulneren su autonomía. Aunque sus intereses pueden ser diversos tanto como sus destrezas, las OSC deben ser apartidistas, sin perseguir lucro salvo para el logro de sus fines societarios y con un compromiso permanente hacia la solución de problemas públicos.

En aras de una definición mínima podemos decir que las OSC son agentes de cambio para el desarrollo de un país, pues diseñan y “ejecutan estrategias, actividades y prácticas que promueven los derechos humanos colectivos e individuales, incluyendo el derecho al desarrollo con dignidad, el trabajo digno, la justicia social y la equidad para todas las personas”.^{*,6}

De la interacción exclusiva de los Estados en el ámbito internacional, hemos pasado por una conceptualización acotada de las ONG hacia 1919, por una acepción más amplia en 1945, hasta el surgimiento de las OSC como agentes clave en la definición de políticas públicas. La tendencia es que cada vez haya un reconocimiento mayor a la importancia de las OSC. En un documento oficial de la Organización Mundial de la Salud se le atribuye nuevas formas de interacción entre la ONU y las Organizaciones de la Sociedad Civil:

Muchas organizaciones del sistema de Naciones están apostando por formas nuevas y más eficaces de comunicación y colaboración. Algunas han modificado su sistema de acreditación para permitir que las OSC asistan a las reuniones de sus órganos ejecutivos y han mejorado y ampliado sus unidades centrales y sus redes consagradas a cuestiones relacionadas con la sociedad civil. Se están estableciendo, a los máximos niveles de gestión, mecanismos que permitan la participación de las OSC, con o sin rango oficial, en el proceso de adopción de decisiones.⁷

* Harold Lasswell en un ensayo seminal destaca el proceso de las políticas públicas como un esquema causal según el cual se propone, examina, instrumenta y evalúa una política pública determinada. Específicamente, el modelo de siete etapas abarca: inteligencia, promoción, prescripción, invocación, aplicación, impacto y evaluación.

Son justamente las decisiones públicas el ámbito de incidencia de las OSC. Como veremos en el siguiente apartado, el debate para la acción política debe estructurarse conforme a ciertos elementos, como son la evidencia, argumentación y persuasión.

Evidencia, argumentación y persuasión para el debate público

Giandomenico Majone, un notable académico del Instituto Europeo Universitario, en 1989 escribió un libro cuyo título original es *Evidence, Argument & Persuasion in the Policy Process*, traducido al español por el Fondo de Cultura Económica en 1997.⁸

El libro presenta aportaciones significativas de cómo la acción gubernamental debe ofrecer argumentos y razones de sus actos de autoridad a los ciudadanos, lo cual no sólo implica un exigente conocimiento técnico que es condición para una acción eficaz y eficiente, sino comunicación pública sobre las decisiones de los políticos. En sus propias palabras, “la política pública está hecha de palabras (y) la argumentación es esencial en todas las etapas del proceso de formulación de políticas”.⁸

Por su parte, la evidencia científica permite la elaboración de argumentos empíricos. Sin embargo, si el estilo de presentación es inadecuado para el auditorio, se puede destruir la eficacia de la información. De ahí la necesidad de argumentos persuasivos: en un mundo de racionalidad limitada, la incertidumbre subjetiva puede ser incluso más trascendente que las regularidades estadísticas.⁸

En este punto la *evidencia* “no es sinónimo de datos ni de información. Más bien, es una información seleccionada entre el acervo disponible e introducida en un punto específico del argumento”.⁸ Cuándo y cómo se introduce el argumento, Majone reconoce que depende de la factibilidad política, esto es, restricciones e imposibilidades institucionales, burocráticas, distributivas o políticas que limitan la libertad de acción del gobernante en una situación particular.

El vínculo entre evidencia, argumentación y persuasión, que Majone identificó para los analistas de las políticas públicas o los funcionarios que actúan para el gobierno, también es útil para las OSC. Frente a un problema público, las OSC no sólo deben recabar evidencia, ajustar los argumentos

en virtud del contexto y cuidar cómo se presentan evidencias y argumentos de manera que persuadan a los decisores públicos, a los líderes de opinión, a la sociedad en su conjunto, que la opción de política pública que promueven es necesaria y útil para el desarrollo del país.

Sin embargo, escaso o nulo avance tendrán las OSC si no asumen el espacio de la opinión pública como su ámbito principal, lo cual exige transparencia, posición y congruencia. Como dice Habermas, el espacio de la opinión pública es “como una red para la comunicación de contenidos y tomas de postura, es decir, de *opiniones*, y en él los flujos de comunicación quedan filtrados y sintetizados...”⁹ Puesto en los regímenes democráticos la opinión pública está dominada por la controversia, “el asentimiento a temas y contribuciones sólo se forma como resultado de una controversia más o menos exhaustiva en las propuestas, las informaciones y las razones que pueden elaborarse de forma más o menos racional”.⁹ Dicho en otros términos, la opinión pública no está exenta del pluralismo y de la capacidad o intereses que tienen los agentes para colocar sus temas en la agenda.

Las propuestas legislativas para incrementar los impuestos al tabaco

Veamos la parte más descriptiva de este ensayo, sin dejar de reflexionar sobre la utilidad de los planteamientos conceptuales y normativos que se han hecho. Con esta sección comienza el estudio de caso sobre el aumento al IEPS de tabaco en 2010.

El 27 de noviembre de 2009 fue publicado en el *Diario Oficial de la Federación* la reforma a la Ley del Impuesto Especial sobre Producción y Servicios, que introduce un impuesto de tasa fija de diez centavos por cigarro enajenado o importado. En principio las OSC no hubieran considerado tan negativa esta política fiscal si no es porque el incremento se aplicaría gradualmente: cuatro centavos en 2010, dos centavos en 2011, dos centavos en 2012 y dos centavos en 2013. En suma, la reforma fiscal en sí misma constituía una garantía para la industria tabacalera pues su contribución para reducir la demanda de tabaco se diluiría en el tiempo.

El CMCT OMS, ratificado por México el 28 de mayo de 2004, por lo cual tiene rango de legisla-

ción internacional vinculante, establece claramente que “las medidas relacionadas con los precios e impuestos son un medio eficaz e importante para que diversos sectores de la población, en particular los jóvenes, reduzcan su consumo” (artículo 6). Por otra parte, aunque el CMCT OMS no da una recomendación específica de impuesto “óptimo”, el *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo 2011*, pone como ejemplo a los países que tienen impuestos al tabaco superiores al 75% del precio de venta.¹⁰

Era obvio que el ajuste fiscal al tabaco en 2009 no cumplía con las recomendaciones de la OMS pero había que cuantificar qué tan lejos estaba. Esto quedó resuelto no sólo como dato sino acompañado de una argumentación sólida más amplia con la publicación del documento “La economía del tabaco y los impuestos al tabaco en México”, una valiosa investigación sobre consumo, producción, costos de atención médica, precios e impuestos del tabaco en nuestro país.

Según la investigación, con la implementación del impuesto fijo de dos pesos por cajetilla de 20 cigarros, la incidencia conjunta de impuestos había pasado de 61.4% en 2009 a 64.3% en 2010, sin variaciones entre ese año y el 2013 como consecuencia de la inflación. En realidad lo único que impactaría el consumo eran los cuatro centavos por cigarro aprobados para 2010, mientras los seis centavos restantes aplicables de 2011 a 2013 sólo iban a compensar las variaciones inflacionarias.¹¹ Este fue un dato valioso para argumentar y persuadir a los tomadores de decisión sobre la necesidad de una nueva reforma fiscal.

Desde la visión de las OSC, por ejemplo la Fundación InterAmericana del Corazón México, FIC México, la Red México sin Tabaco, la Alianza contra el Tabaco, Acta, o Comunicación, Diálogo y Conciencia, Códice, así como la organización internacional Campaign for Tobacco Free Kids, la reforma de 2009 se veía como una derrota. Sin embargo, más que imperar el desánimo, el contexto adverso exigía actuar con agilidad, eficacia y oportunidad.

En un grupo de legisladores también cabía la misma percepción sobre la escasa utilidad del impuesto aprobado en 2009 pero principalmente sobre la necesidad de llevar de nuevo el tema a la agenda pública. Esto fue relevante para iniciar formalmente la discusión parlamentaria.

El senador Ernesto Saro Boardman, presidente de la Comisión de Salud en el Senado de la República, encabezó las reformas a la Ley del Impuesto Especial sobre Producción y Servicios, IEPS, esta sí para promover un incremento significativo de los impuestos al tabaco. Además de derogar el transitorio que aplazaba el incremento aprobado en 2009, con lo cual la aplicación de 10 centavos por cigarro sería inmediata; el 29 de abril de 2010 propuso ante el pleno del Senado un esquema de ajuste al impuesto *ad valorem* (de 160% al 180%), además de un impuesto fijo adicional de 40 centavos por cigarro. Para que el impuesto no perdiera eficacia con el paso del tiempo, las cuotas se actualizarían conforme a las disposiciones del Código Fiscal de la Federación, esto es contando la inflación anual. Además, el impuesto *ad valorem* de puros y otros tabacos labrados hechos enteramente a mano subiría del 30.4 al 34.2%. El cuadro I detalla todas las iniciativas mencionadas en esta sección.

Al mismo tiempo que el senador Saro presentó la propuesta con el respaldo de otros 60 legisladores, el senador Ricardo García Cervantes presentó otra iniciativa de reformas que, a diferencia de la anterior, propone un impuesto de 70 centavos por cigarro, el cual aunado a la derogación del transitorio del decreto en 2009, suma en total 80 centavos por cigarro de impuesto específico. Adicionalmente, su propuesta consideraba que los recursos recaudados por este concepto deberían destinarse al sistema nacional de salud.

Entre ambas propuestas las OSC construyeron y acordaron mensajes clave para promover la aprobación de las iniciativas, considerando estratégicamente que la iniciativa del senador Saro constituía lo mínimo aceptable, mientras la iniciativa del senador García Cervantes, significaba el escenario óptimo.

A estas propuestas fueron sumándose otras iniciativas (cuadro I), entre ellas la iniciativa del Partido de la Revolución Democrática, presentada el 7 de septiembre de 2010 por el diputado Vidal Llerenas Morales que en los mismos términos de la iniciativa presentada por el senador García Cervantes, respecto al impuesto fijo y *ad valorem*, proponía la creación del Fondo de Aportaciones para la Atención Preventiva y Correctiva de Problemas de Salud Pública y Adicciones; la iniciativa del Partido Verde Ecologista de México, que presentó

CUADRO I. Impuestos al tabaco en México. Legislaciones 2010-2011 e iniciativas 2010

LEGISLACIÓN Y PROPUESTAS. (ARTÍCULO 2, DE LA LEY DEL IEPS)	IMPUESTO AD VALOREM ^{1*}	IMPUESTO DE TASA FIJA Y OTRAS DISPOSICIONES	TRANSITORIOS
1. Ley del impuesto especial sobre producción y servicios (aprobada en 2009. Publicada en el DOF el 27 de noviembre de 2009)	a) cigarros: 160%; b) puros y otros tabacos labrados: 160%; c) puros y otros tabacos labrados hechos enteramente a mano: 30.4%	10 centavos por cigarro enajenado o importado, con esquema gradual de aplicación hasta 2013	4 centavos en 2010, 2 centavos en 2011, 2 centavos en 2012 y 2 centavos en 2013
2. Iniciativa del senador Ricardo García Cervantes, del PAN (presentada en el pleno el 27 de abril de 2010)	a) cigarros: 180%; b) puros y otros tabacos labrados: 180%; c) puros y otros tabacos labrados hechos enteramente a mano: 34.2%	70 centavos por cigarro enajenado o importado, aplicable a partir de 2011. Las cuotas se actualizarán conforme a las disposiciones del Código fiscal de la federación. Los recursos que se recauden por este concepto deberán destinarse al sistema nacional de salud	Se deroga el transitorio. Por lo tanto, ya no habrá incremento gradual
3. Iniciativa del senador Ernesto Saro Boardman, ^{2†} del PAN (presentada en el pleno el 29 de abril de 2010)	a) cigarros: 180%; b) puros y otros tabacos labrados: 180%; c) puros y otros tabacos labrados hechos enteramente a mano: 34.2%	40 centavos por cigarro enajenado o importado, aplicable a partir de 2011. Las cuotas se actualizarán conforme a las disposiciones del Código fiscal de la federación	Se deroga el transitorio
4. Iniciativa presentada por el diputado Vidal Llerenas Morales del PRD ^{3‡} (presentada el 7 de septiembre de 2010)	a) cigarros: 180%; b) puros y otros tabacos labrados: 180%; c) puros y otros tabacos labrados hechos enteramente a mano: 34.2%	70 centavos por cigarro enajenado o importado, aplicable a partir de 2011. Las cuotas se actualizarán conforme a las disposiciones del Código fiscal de la federación. Se crea el Fondo de Aportaciones para la Atención Preventiva y Correctiva de Problemas de Salud Pública y Adicciones, por un monto equivalente al 10% de la recaudación derivada del IEPS, entre otros, del tabaco.	Se deroga el transitorio
5. Iniciativa presentada por el senador Arturo Escobar y Vega, del Partido Verde Ecologista de México (presentada en el Senado de la República, el 12 de octubre de 2010 y en la Cámara de Diputados el 14 del mismo mes) ^{4#}	a) cigarros: 180%; b) puros y otros tabacos labrados: 180%; c) puros y otros tabacos labrados hechos enteramente a mano: 35%	50 centavos por cigarro enajenado o importado, aplicable a partir de 2011	No se deroga artículo transitorio
6. Iniciativa presentada por el diputado Fernando Espino Arévalo, del PRI (presentada en la Cámara de Diputados el 19 de octubre de 2010)	a) cigarros: 200%; b) puros y otros tabacos labrados: 200%; c) puros y otros tabacos labrados hechos enteramente a mano: 30.4%	25 centavos por cigarro enajenado o importado, aplicable a partir de 2011	Se modifica transitorio, para que el impuesto ad valorem se ajuste hasta 2014 como sigue: 2012: 240% 2013: 280% 2014: 320%
7. Iniciativa presentada por el diputado Héctor Franco López del Grupo Parlamentario del Partido Revolucionario Institucional (presentada el 19 de octubre de 2010)	a) cigarros: 180%; b) puros y otros tabacos labrados: 180%; c) puros y otros tabacos labrados hechos enteramente a mano: 34.2%	30 centavos por cigarro enajenado o importado, aplicable a partir de 2011	Se deroga el transitorio
8. Ley del impuesto especial sobre producción y servicios (aprobada en 2010 y vigente en 2011. Publicada en el DOF el 19 de noviembre de 2010)	a) cigarros: 160%; b) puros y otros tabacos labrados: 160%; c) puros y otros tabacos labrados hechos enteramente a mano: 30.4%	35 centavos por cigarro enajenado o importado, aplicable a partir de 2011	Se deroga el transitorio

* El componente *ad valorem* del IEPS está expresado como porcentaje del precio de venta al detallista o minorista, el cual se compone por el precio de fábrica, la ganancia y costos del mayorista

† La iniciativa se presentó con el apoyo de 60 legisladores de todos los grupos parlamentarios

‡ La iniciativa fue respaldada por los diputados Vidal Llerenas Morales, Víctor Manuel Báez Ceja, Armando Ríos Piter, José Narro Céspedes, Leticia Quezada Contreras y Samuel Herrera Chávez, todos del Grupo Parlamentario del PRD

La iniciativa fue rubricada por todos los senadores (seis representantes en dicho órgano legislativo) y todos los diputados (21 en total) del Grupo Parlamentario del PVEM

el 12 de octubre el senador Arturo Escobar y Vega, misma que implica un impuesto fijo de 60 centavos por cigarro, además de un ajuste al impuesto *ad valorem* para que quede en 180%; y finalmente, la iniciativa del diputado Fernando Espino Arévalo del Partido Revolucionario Institucional, para que los impuestos *ad valorem* se aumentaran gradualmente (200% en 2011, 240% en 2012, 280% en 2013 y 320% en 2014), además de un impuesto fijo de 25 centavos por cigarro. Esta última propuesta, junto a otra presentada por el diputado Héctor Franco López (PRI), ingresadas el mismo día en que tuvo lugar la discusión del dictamen en el pleno de la Cámara de Diputados. Sin embargo, hay que destacar por qué su solo anuncio generó un intenso debate interno que resultó oportuno.

Si bien había iniciado el proceso parlamentario, en septiembre de 2010 las OSC no tenían una visión optimista sobre el desenlace de las iniciativas. Las respuestas de algunos funcionarios del gobierno federal, que reflejaban las tensiones entre las secretarías de Salud y Hacienda y Crédito Público (una preocupada por la salud y la otra por la recaudación), así como los posicionamientos públicos de ciertos legisladores importantes, no daban buenas señales de que un ajuste fiscal a los productos de tabaco podía ser aprobado.

La contribución de las OSC en el proceso de la política fiscal

En este apartado no voy a referirme exhaustivamente a la contribución de todas las organizaciones de la sociedad civil, nacionales e internacionales, en la construcción de argumentos y la suma de voluntades. Tampoco nos referimos a las contribuciones importantes de funcionarios de gobierno, incluyendo funcionarios dentro de la Secretaría de Salud. Hacerlo de esa forma podría ser correcto pero excedería los objetivos de este ensayo. Por si fuera poco debo pedir una concesión, porque en este apartado también se encontrarán institutos académicos y de investigación que en sí mismos no constituyen una OSC. Sin embargo, su contribución ha sido relevante para el proceso de la política fiscal, por lo que creo deben ir aquí.

En principio quiero señalar que una vez presentadas las propuestas, para la evidencia y argumentación que sirviera de apoyo, el Instituto Nacional de Salud Pública, INSP, específicamente su direc-

tora del Departamento de Prevención y Control de Tabaquismo, la doctora Luz Myriam Reynales, así como la maestra Belén Sáenz de Miera, aportaron su capacidad técnica y profesional en el diseño y divulgación de investigaciones, algunas realizadas por otros docentes del INSP que reforzaron ante los tomadores de decisión la necesidad de reformar la política fiscal. Esta contribución generó información estadística sobre la producción, el consumo, la recaudación fiscal, las proyecciones económicas si se aprobaban modificaciones a los impuestos, etcétera.

Una selección de informes, datos y argumentos, compilados por la Fundación InterAmericana del Corazón, fueron entregados a legisladores, funcionarios y líderes de opinión para que se sumaran a favor de las iniciativas. Algunos de estos documentos incluso sirvieron como materiales de apoyo para la elaboración de otras iniciativas.

Como líderes de las OSC, manteniendo una congruencia con los mensajes clave acordados con otros actores, los doctores Jesús Felipe González Roldán, Sonia Meza Vargas, Rafael Camacho Solís y Francisco Javier López-Antuñano, actuaron con determinación para expresar públicamente su postura sobre las iniciativas, así como para argumentar y persuadir a tomadores de decisión clave. Fue determinante que, como en otros años, estos líderes presentaran el *5º Reporte de la sociedad civil*, sobre el cumplimiento del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, un planteamiento crítico y propositivo que en el Día Mundial sin Tabaco sirve para evaluar anualmente los avances, pendientes y fracasos de las políticas de control de tabaco en el país. En representación de estos líderes, la Alianza contra el Tabaco y la Red México sin Tabaco, como veremos en el siguiente apartado, tuvo una intervención destacada para la campaña voto por la salud.

En otro ámbito de incidencia, la Alianza Nacional para el Control del Tabaco, Aliento, coordinada por Juan Núñez Guadarrama, una red que agrupa a más de 50 organizaciones, sindicatos, universidades, asociaciones médicas, centros de rehabilitación de adicciones y organizaciones civiles: centradas en el control de tabaco, la obesidad, la actividad física y la prevención y tratamiento del cáncer; unió esfuerzos para que las cartas presentadas ante la opinión pública o para incidir sobre tomadores de decisión fueran respaldadas por decenas de

firmantes. En algún momento, Aliento fue capaz de movilizar a enfermos de cáncer ante la sede de debates de la Cámara de Diputados, para mostrar que si los legisladores no asumían una posición a favor de los impuestos eran responsables del daño en la vida y salud de las personas.

Por otra parte la organización civil Códice, encabezada por Eduardo del Castillo, ayudó a reforzar el apoyo en los estados, donde trabaja para construir legislaciones libres de humo de tabaco. En algunas coyunturas también formó parte del proceso de las políticas como vocero de las OSC y como activista en el Congreso de la Unión.

Para persuadir a legisladores y funcionarios, el Consejo Mexicano contra el Tabaquismo y la encuestadora Parametría realizaron entre julio y agosto de 2010 la “Encuesta nacional de opinión pública sobre impuestos en México”. Este estudio, patrocinado por Campaign for Tobacco Free Kids, mostró con claridad el apoyo social a las iniciativas para incrementar los impuestos al tabaco: siete de cada diez mujeres y varones apoyaron el incremento de 10 pesos al precio de los cigarros, identificándola como una medida importante para reducir el consumo de tabaco en jóvenes.*¹²

Otra pregunta importante fue cuál era la opción impositiva más preferida por los ciudadanos: aumentar los impuestos al tabaco resultó ser la medida con mayor respaldo social (69%), seguida de los impuestos de las bebidas alcohólicas (66%), de las bebidas refrescantes (24%), de la televisión de paga (20%), y otras propuestas que ese mismo año el Congreso de la Unión consideró como alternativas para incrementar la recaudación fiscal.¹²

En cauces independientes, mientras la Secretaría de Salud y la Oficina Nacional para el Control del Tabaco hacían sus propios movimientos, FIC México evaluaba y presentaba argumentos, ajustaba estrategias política y mediática, a su vez que escuchaba

sugerencias de expertos como la doctora Beatriz Marcet Champagne (directora ejecutiva de FIC), el doctor Jesús Felipe González, el doctor Alejandro Madrazo Lajous, el licenciado Xiuh Tenorio, el doctor Rafael Camacho Solís, el maestro Juvenal Lobato, y la maestra Belén Sáenz de Miera.

La coordinación entre instancias académicas, parlamentarias, gubernamentales, internacionales y de la sociedad civil, alentada por la Organización Panamericana de la Salud, coadyuvó en el debate público a través de dos foros:

- 1) El foro “Impuestos al tabaco en México: mitos y realidades”, realizado el 21 de julio de 2010 por convocatoria de las comisiones de Salud del Congreso de la Unión, además que agrupó a legisladores aliados proporcionó el escenario para que el secretario de Salud federal, el doctor José Ángel Córdova Villalobos, se pronunciara a favor de incrementar los impuestos al tabaco como una medida fiscal saludable para disminuir el consumo y reducir el déficit público derivado del costo por la atención de enfermedades atribuibles al tabaquismo.
- 2) El foro “Diez pesos para salvar un millón de vidas. Impuestos al tabaco: una política fiscal saludable”, convocado por el Instituto Autónomo de México, la OPS y la Secretaría de Salud federal.

Los foros posibilitaron la discusión, la entrega de evidencia científica y argumentos para los tomadores de decisión, y contribuyeron para la identificación de aliados, opositores y actores que no consideraban las iniciativas dentro de sus agendas.

En el ámbito de las OSC de abril a septiembre de 2010 se siguió una estrategia política y mediática convencional: buscar y conseguir reuniones con políticos y funcionarios clave, entregar información, argumentar con ellos, evaluar internamente posturas sobre un mapa de actores, reforzar el diálogo con los aliados, identificar adversarios, dar conferencias de prensa, emitir boletines y acercarse a periodistas, editores y editorialistas. En las funciones de abogacía y estrategia política el equipo de Human Quality Development, HQD, fue un soporte importante, tanto como Fleishman-Hillard que contribuyó en acciones de relaciones públicas y estrategia mediática.

* La encuesta, aplicada entre el 29 de julio y el 3 de agosto en 1500 viviendas, aportó otros datos interesantes, mismos que fueron seleccionados para las actividades de abogacía: 98% de los encuestados estaban conscientes que fumar es dañino para la salud; 96% opinaron que el humo de cigarros de otras personas es dañino; 95% de los mexicanos apoya que en México se adopten medidas para prevenir y tratar las enfermedades causadas por el tabaquismo; 73% aprueban aumentar el precio de los cigarros en 10 pesos; 65% de los encuestados cree que al aumentar los precios desalienta a una persona a empezar a fumar, entre otros resultados.

Ninguna de estas medidas, incluso todas juntas, parecía ser suficiente para proveer un contexto en favor de las iniciativas. Esto parecía confirmarse con el hecho que en la iniciativa de Ley de Ingresos 2011 presentada el 8 de septiembre de 2010 por el Ejecutivo federal, donde suelen definirse reformas a los regímenes fiscales especiales, no incluía ninguna consideración sobre el impuesto al tabaco. Formalmente el proceso parlamentario podía seguir, pero el mensaje político de que la Secretaría de Hacienda y Crédito Público no hubiera incluido los impuestos al tabaco para que el Ejecutivo la hiciera propia no era un asunto menor.

¿Qué tuvieron que hacer las OSC, específicamente FIC México, para coadyuvar en que cambiara radicalmente el escenario? La campaña Voto por la salud, fue la respuesta (figura 1).

La campaña Voto por la salud

Campaign for Tobacco Free Kids, TFK, una organización civil internacional que apoya la promoción de políticas para el control de tabaco en México, tenía sus propias consideraciones sobre la viabilidad política de incrementar los impuestos al tabaco. TFK como FIC México, advertían que con las estrategias seguidas hasta entonces era poco probable que se aprobara una nueva política fiscal hacia el tabaco. En donde veían mayores obstáculos era en la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y el Congreso de la Unión (según nuestros cálculos, nuestros aliados no conformaban mayoría).

Se diseñó e instrumentó una campaña breve pero intensa centrada en un objetivo claro: que

los legisladores rindan cuentas de sus decisiones públicas, en este caso sobre los impuestos al tabaco. De esta forma nace la campaña Voto por la salud, una estrategia mediática con alcances políticos soportada por FIC México, la Red México sin Tabaco, la Alianza Nacional para el Control del Tabaco y la Alianza contra el Tabaco, con fondos y asesoría estratégica internacional de TFK.

Con la precisión del objetivo se desarrolló un concepto de campaña con predominio de los colores rojo y negro. Luego se generaron tres imágenes que llamaban a la reflexión, ligadas a dos mensajes principales:

1. Un mensaje de denuncia: en una de las imágenes se decía “Conoce a tus diputados. A algunos de ellos no les interesa tu salud”.
2. Un mensaje de apoyo: “Sí al impuesto al tabaco. Por la salud de quienes más queremos”.

Las imágenes fueron utilizadas en espectaculares y muros que se colocaron en puntos estratégicos de la Ciudad de México, principalmente en vialidades importantes cercanas a la Cámara de Diputados, la Cámara de Senadores, el Aeropuerto Internacional, la Universidad Nacional Autónoma de México, entre otras.

Desde el mismo concepto de las imágenes se diseñó un folleto con argumentos en favor de incrementar los impuestos al tabaco como una medida de salud pública. En la información, no sólo se destacó la prevalencia de consumo, el número de muertes causadas por el tabaquismo o los costos de atención médica por enfermedades atribuibles a la



FIGURA 1. La campaña voto por la salud. Que los legisladores rindan cuentas sobre sus decisiones sobre impuestos al tabaco

adicción, sino el apoyo social que reflejó la encuesta del Consejo Mexicano contra el Tabaquismo. Si los legisladores resolvían en contra del impuesto al tabaco, la población conocería el rostro de quienes votaron a favor de sus propios intereses y en contra de la sociedad en su conjunto.

La campaña se presentó ante medios el 7 de octubre de 2010, faltando 13 días para cumplir el plazo máximo para su aprobación en la Cámara de Diputados y 24 días para la fecha límite en la Cámara de Senadores.* La conferencia de prensa estuvo a cargo de los representantes de las organizaciones promotoras, mientras activistas que traían máscaras antigás repartían flores de cempasúchil (que en México se asocia con el culto a los muertos), folletos con mensajes clave y *stickers*. Con un intenso trabajo de relaciones públicas, a la conferencia asistieron más de 30 medios de comunicación, a quienes se les detalló el concepto y alcance de la campaña, que además de los elementos enunciados incluía una página en Internet y cuentas de Twitter y Facebook, para denunciar, incluso con fotografías, a los opositores al impuesto.

El tono de denuncia de la campaña no fue bien recibido por algunos legisladores. Éstos se quejaron con funcionarios del gobierno, quienes solicitaron que se bajara la campaña.

La campaña no se suspendió. Se ajustaron ciertos contenidos de la página de Internet durante algunos días, como una forma de mostrar que las OSC pueden escuchar, pero no para comprometer los objetivos estratégicos o sus valores. Es justo en esos momentos cuando se debe recordar que las OSC son independientes con el gobierno, si bien pueden colaborar entre sí.

En vez de ello se continuó con la presencia de activistas en las sedes del Congreso de la Unión, el

zócalo capitalino, el Palacio de Bellas Artes y las instalaciones de diarios y televisión. En total se destinaron más de 110 horas para entregar material.

El 14 de octubre de 2010 fue una fecha clave para aislar políticamente a los opositores al impuesto al tabaco. Ese día, representantes de las bancadas del PAN, PRD y Convergencia hicieron un posicionamiento conjunto a favor de incrementar 10 pesos al menos los impuestos a las cajetillas. A esta conferencia, convocada por las OSC, asistieron legisladores como el senador Ernesto Saro (PAN) y los diputados Miguel Antonio Osuna Millán (PAN), Vidal Llerenas (PRD), Armando Ríos Pítter (PRD), Víctor Hugo Círiga Vásquez (Convergencia), entre otros. Una vez que concluyó esa conferencia, en la misma sala de prensa de la Cámara de Diputados, el PVEM hizo pública su iniciativa para incrementar los impuestos al tabaco.

La estrategia mediática, combinada con una estrategia política fincada en buscar aliados y denunciar adversarios dio resultado. La votación a favor de los impuestos al tabaco en el Congreso de la Unión fue histórica. Mientras en la Cámara de Diputados 430 legisladores dieron su apoyo, nueve votaron en contra y 11 se abstuvieron, en el Senado 71 votos fueron a favor del impuesto, con sólo 10 votos en contra y tres abstenciones. Salvo el Partido del Trabajo—que algún legislador llamó partido del tabaco— todos los grupos parlamentarios votaron en favor de los impuestos al tabaco. Con esta decisión mayoritaria las amenazas de la industria tabacalera hacia los legisladores fueron conjuradas.*.¹³

Un punto relevante en el proceso parlamentario del Senado de la República. El martes 26 de octubre, el mismo día en que se iba a discutir este tema en el pleno del Senado, el diario *El Universal* dedicó la primera plana a una investigación del Centro de Investigación y Docencia Económicas.¹⁴

El documento, elaborado por Ángela Guerrero, Alejandro Madrazo Lajous y otros expertos, documenta las estrategias utilizadas por la industria tabacalera para interferir en la adopción de políticas públicas de control de tabaco. Las acciones analizadas van desde pagos para campañas electorales, entrega de dinero, viajes al extranjero y

* Según el artículo 42 fracción III, de la Ley federal de presupuesto y responsabilidad hacendaria, el Ejecutivo federal debe presentar, a más tardar el 8 de septiembre de cada año, los criterios generales de política económica para el ejercicio fiscal que se presupuesta, la iniciativa de Ley de Ingresos (con las reformas relativas a las fuentes de ingresos por lo que aquí se incluye la Ley del IEPS) y el proyecto de presupuesto de egresos ante la Cámara de Diputados. La Ley de Ingresos deberá ser aprobada por la Cámara de Diputados a más tardar el 20 de octubre y por el Senado de la República a más tardar el 31 del mismo mes. Aunque la ley no especifica hasta cuándo, si existen observaciones desde el Senado, si dice que el presupuesto de egresos deberá ser aprobado a más tardar el 15 de noviembre. Previo a la aprobación del presupuesto, debe discutirse y aprobarse lo relativo a la Ley de Ingresos.

* Después de la aprobación en la Cámara de Diputados y antes de la discusión en Senado de la República, las dos principales empresas tabacaleras, Phillip Morris y British American Tobacco, que controlan 72 y 27%, respectivamente del mercado en México, amenazaron con frenar sus inversiones en el país.

beneficios económicos para bloquear las iniciativas en contra de sus intereses. Por el momento en que fue dada a conocer esta investigación, pocos senadores decidieron mantener su postura en contra del impuesto.¹⁵

Consideraciones finales

Las OSC han sido clave para el proceso de las políticas públicas en materia de control de tabaco. Específicamente en este último avance en materia de política fiscal, su rol fue fundamental. Sin embargo, es justo reconocer que en este proceso se han implicado virtuosamente tomadores de decisión, algunos en la vanguardia como el senador Ernesto Saro Boardman y el doctor José Ángel Córdova Villalobos, secretario de salud del 1 de diciembre de 2006 al 9 de septiembre de 2011.

También ha contribuido el apoyo a la investigación, encabezado de manera predominante por el Instituto Nacional de Salud Pública, que cuenta con un panel de expertos, así como el Centro de Investigación y Docencia Económicas, cuyo Programa de Derecho a la Salud ha litigado diversos asuntos estratégicos de la agenda de control de tabaco.

Al terminar de escribir estas líneas la incidencia conjunta del impuesto al tabaco –como porcentaje del precio final– mejoró al pasar del 64.3% en 2010 al 68.8% en 2011. Con respecto a la recaudación fiscal, ésta se ha incrementado 9% en términos reales al comparar el tercer trimestre de 2011 respecto al mismo periodo del año anterior. En números absolutos el IEPS a productos de tabaco aumentó de 19,934.5 a 22,463.6 millones de pesos.

Con una encuesta nacional de adicciones en proceso, cuyos resultados tal vez ya se conozcan cuando este artículo sea publicado, será posible analizar el impacto en la disminución del consumo de todas las políticas para el control del tabaco que se implementan hoy. Para conocer el impacto específico de los impuestos, además que lleva escasos meses de vigencia, deberá hacerse otro estudio posterior.

Como ha concluido el proceso de discusión y aprobación de nuevos impuestos en este 2011, ya se sabe que no hubo un nuevo ajuste por parte del Congreso de la Unión. Sin embargo, en un futuro deberá documentarse con detalle la intensa campaña que desplegó la industria tabacalera con las

pretensiones de echarlo abajo. No se consiguió otro aumento pero tampoco hubo una regresión, como lo quería la industria, para lo cual intensificó sus acciones de cabildeo.

Los pendientes en la agenda de control de tabaco continúan. Esto no se acaba hasta disminuir considerablemente los efectos de sustancias que generan enfermedad y muerte.

Referencias

1. Tomassini Luciano (comp). *Trasnacionalización y desarrollo nacional en América Latina*. Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano, 1984:19-20.
2. La Parte XIII del Tratado de Versalles forma parte del Pacto de la Sociedad de Naciones, firmado en Versalles el 28 de junio de 1919. Entró en vigor el 10 de enero de 1920. Disponible en: <http://www.ehu.es/ceinik/tratados/1TRATADOSSOBREORGANIZACIONESINTERNACIONALES/11SociedaddeNacionesyNacionesUnidas/OI111.pdf>
3. ONU. Carta de las Naciones Unidas. En vigor desde el 24 de octubre de 1945. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/charter/>
4. ONU. Working with the ECOSOC (Economic and Social Council). An NGOs Guide to Consultative Status, Nueva York: 2011:1. Disponible en: <http://csonet.org/content/documents/Brochure.pdf>
5. Lasswell Harold. *The Decision Process: Seven Categories of Functional Analysis*. Maryland: University of Maryland Press, 1956:23pp.
6. Civil society voices for Better Aid. OSC de camino a Busán: mensajes y propuestas clave. 2011. Disponible en: http://www.cso-effectiveness.org/IMG/pdf/cso_asks_final_spanish-2.pdf
7. OMS. Examen de la interacción entre la OMS y las organizaciones de la sociedad civil y no gubernamentales. Ginebra, 2002:7pp. Disponible en: <http://www.who.int/civilsociety/documents/RevreportS.pdf>
8. Majone Giandomenico. Evidencia, argumentación y persuasión en la formulación de políticas. México: FCE, Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública, 1997:240pp.
9. Habermas Jürgen. *Facticidad y validez*. 4ª edición, Madrid: Editorial Trotta, 2005:440,442.
10. OMS. Report on the Global Tobacco Epidemic, 2011: Warning about the dangers of tobacco, Italia: 2011:65-68.
11. Waters H, Sáenz de Miera B, Ross H. y Reynales Shigematsu LM. La economía del tabaco y los impuestos al tabaco en México. París: Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias; 2010;36pp.
12. Consejo Mexicano contra el Tabaquismo. Resultados de la encuesta nacional sobre impuestos al tabaco, México: Parametría, 2010. Disponible en: http://cmct.mx/wp-content/uploads/2010/09/cmct_resultados_encuesta_impuestos_tabaco.pdf
13. Maksymiv Nikolas. Tabacaleras amenazan frenar inversiones. CNN Expansión. 20 de octubre de 2010. Disponible en: <http://www.cnnexpansion.com/negocios/2010/10/20/tabacaleras-ven-problemas-por-impuestos>
14. Revelan tácticas para frenar lucha antitabaco. 26 de octubre de 2010. Disponible en <http://www.eluniversal.com.mx/nacion/181455.html>
15. Guerrero Ángela, Madrazo Alejandro, Cruz José y Ramírez Tania. Identificación de las estrategias de la industria tabacalera en México. Serie Documentos de la División de Estudios Jurídicos, México: 2010;51pp. Disponible en: <http://www.cide.edu/publicaciones/status/dts/DTEJ%2051.pdf>.

Avances en la política de impuestos a los productos del tabaco en América Latina

Alejandro Ramos Carbajales⁽¹⁾

Luego de unos años de vigencia del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT OMS), y en particular, considerando el artículo 6, con la recomendación a los Estados-Parte en aumentar los impuestos a los productos de tabaco, cabe hacer una evaluación y consideración crítica de los resultados obtenidos en la región de América Latina.

Algunas publicaciones recientes como el *Informe mundial*¹ y el *Manual sobre administración fiscal*² de la OMS y un *Informe sobre tributación en un conjunto seleccionado de países de la región*, realizado por la OCDE, CEPAL y el CIAT³ proveen el marco adecuado para esta discusión

Este informe se fundamenta también en experiencias del autor y un equipo regional en el apoyo a organizaciones no gubernamentales en la abogacía de incrementos de impuestos y precios a productos de tabaco en diversos países de la región (Uruguay, Paraguay, Ecuador, Panamá, Colombia, Perú, Guatemala, Brasil, México) durante los años 2008-2011.

Se formulan y discuten en este trabajo cuatro hipótesis al respecto. Vale dejar establecido que estas hipótesis tienen carácter tentativo y su utilidad es abrir la discusión en estos temas.

1. Pocos países de la región han avanzado en una estrategia de incremento de impuestos y precios para combatir la epidemia del tabaco y casi ninguno tiene una política de largo plazo al respecto asentada en ajustes periódicos con bases específicas en impuestos a los productos de tabaco y en combatir la asequibilidad

Las recomendaciones del CMCT OMS en el artículo 6, sobre aumento de impuestos y precios tienen un alcance general y no ofrecen un claro objetivo con relación a estos aumentos.

La demora de las partes en avanzar en una guía para la aplicación del artículo 6,* que claramente apunte a recomendaciones más específicas sobre objetivos cuantificables como la presión fiscal sobre el precio final, ajustes por inflación cuando corresponde y enfrentar la asequibilidad, ha sido una limitante para avanzar en la tributación al tabaco. Pero no es la única ni quizás la más importante.

* En la COP-4 de Punta del Este, Uruguay, noviembre 2010, se decidió formar un grupo de trabajo para elaborar estas guías las que están en preparación y existen avances importantes pero todavía no están aprobadas (febrero 2012).

(1) Consultor independiente en economía de la salud. Miembro del Policy List de la Alianza para el Convenio Marco, FCA. Uruguay

Existen dos antecedentes que apuntan a objetivos cuantificables en los aumentos de impuestos: el Banco Mundial en 1999⁴ recomendó que los impuestos al tabaco globalmente considerados debían ser entre dos tercios y cuatro quintos del precio al consumidor. Más recientemente el Informe sobre administración fiscal de la OMS² recomienda alcanzar un impuesto específico a los productos de tabaco (sin considerar el agregado de otros impuestos al consumo como el Impuesto al Valor Agregado, IVA) de un 70% del precio final al consumidor.

El manual recomienda como buenas prácticas contemplar el impacto de la inflación en forma automática (por posible pérdida del valor real del impuesto y precio en los sistemas con componentes específicos en la base de tributación) y enfrentar con mayores aumentos del impuesto el incremento en los ingresos de los hogares en términos reales

Ningún país de la región ha alcanzado el 70% de presión fiscal del impuesto al tabaco sobre el precio final, y la mayoría está muy lejos de dicho objetivo

El reciente Informe mundial de la OMS¹ informa que sólo cuatro países de la región (Uruguay, Venezuela, Chile, Argentina) tienen una presión global de impuestos sobre el precio al consumidor superior al 70%,* incluye impuestos al tabaco e IVA y otros impuestos que tienen incidencia sobre el mismo. Esto contrasta por ejemplo con la región Europa de la OMS donde la mayoría de los países ya están en ese nivel de presión fiscal.

Pero resulta útil evaluar el avance y no sólo la situación puntual respecto del objetivo. Sólo seis países de la región latinoamericana han mostrado políticas fiscales respecto del tabaco con algún grado de alineamiento a lo dispuesto por el CMCT OMS y las políticas fiscales más efectivas para el control de la epidemia. Pero no ha sido total y en particular ninguno tiene un compromiso objetivo respecto a presión fiscal o una política de largo plazo al respecto.

Ecuador: en noviembre 2011 Ecuador fortaleció su política con base en un aumento del impuesto específico de 0.08 dólares por cigarro, valor ajustable por índice de precios al consumo cada

seis meses. La presión fiscal del impuesto sobre el precio final es de 64% y globalmente sumando el IVA superior al 75%. La política del control del tabaco es un elemento importante que impulsó este aumento.

Brasil:* cambios en la ley en agosto 2011 y su reglamentación en diciembre pasado incluyen un aumento en la base específica y ajustes por inflación así como aumentos en el componente *ad valorem*. La nueva política tenderá a unificar el impuesto pagado por las marcas más baratas de cigarrillos y las de mayor precio, enfrentando además el problema de la mayor asequibilidad

Estos aumentos que regirán desde mayo 2012 hasta 2015, determinarán una subida de la presión fiscal de alrededor de 60% sobre el precio al consumidor hasta 69% en 2015.

Esta nueva política responde a un cambio sustancial a la aplicada anteriormente por la Receita Federal y los gobiernos brasileños. En efecto, durante la década pasada permitieron que impuestos y precios de los cigarrillos se redujeran en términos reales con el fin de que las marcas baratas pudieran enfrentar al contrabando de origen paraguayo. Esta política fracasó y las autoridades brasileñas con la nueva normativa de finales de 2011 la dejaron de lado. Un importante cambio, ya que existió una toma de conciencia en Brasil de que bajar los impuestos no funciona como un instrumento para combatir el contrabando y esto es un gran antecedente para los países de la región.

Panamá: este país aumentó fuertemente la tasa del impuesto a los cigarrillos a finales de 2009 llevándola al 100% de la base imponible (el precio fijado por el fabricante o importador para la venta al detalle). El mínimo del impuesto se fijó en 1.50 balboas (equivalente a 1.5 dólares); con estos cambios el precio de las marcas más vendidas se ubicó en alrededor de cuatro dólares, el más alto en la región.

Estos aumentos impulsados por el Ministerio de Salud y aceptados por el Ministerio de Finanzas y el parlamento, ubican a Panamá como uno de los países

* Desde noviembre 2011 Ecuador se agrega a esta lista.

* Discusión con base en "The Brazilian case", working paper de Roberto Iglesias, enero 2012.

con mayor integralidad en la política de impuestos al tabaco en la región. Sin embargo, no han existido más aumentos recientes ni una política de largo plazo para enfrentar la mayor asequibilidad.

México: en noviembre de 2010 el Congreso mexicano aprobó un impuesto que incrementó en siete pesos el precio al detalle de las cajetillas de tabaco, cinco pesos por el aumento del impuesto específico y dos pesos más por la eliminación de la gradualidad que se había aprobado en el presupuesto de ingresos aprobado un año antes.

Esta modificación al alza fue más allá de lo planteado por el poder Ejecutivo y en particular por la Secretaría de Hacienda e incrementó el impuesto frente a la gradualidad en tres años aprobada en el presupuesto de ingresos del año anterior.

Este cambio favorable resultó por la acción de un conjunto de parlamentarios y recibió el apoyo de legisladores de todos los partidos. Su objetivo fue principalmente el control del tabaco aún sin perder de vista la mayor recaudación fiscal esperada con estos aumentos.

Uruguay: a finales de febrero de 2010, a pocos días de terminar el periodo de cinco años del gobierno del doctor Tabaré Vázquez (impulsor de políticas antitabaco), se incrementó por decreto el valor del monto específico del impuesto a los cigarros y especialmente aumentó, pasando a un sistema de monto específico, el impuesto al tabaco de armar (de fuerte incidencia en el consumo total en el país, un 33%). Esto se basó sin dudas en contactos con la sociedad civil apoyando el rol de este instrumento de políticas para el control del tabaco

Sin embargo, desde la asunción del nuevo gobierno el 1 de marzo de 2010 no ha existido ningún ajuste de la base imponible específica, lo que implica una fuerte pérdida de valor real al erosionarse por la inflación y por el aumento de la asequibilidad con motivo del fuerte incremento del ingreso de los hogares en el periodo.

Venezuela: en noviembre de 2007 por Decreto 5916 se reformó la ley de 1981 del impuesto a los cigarros y se subió la tasa *ad valorem* 70% sobre precio de venta al público. Los considerandos de la ley incluyen específicamente a la política anti-tabaco y las recomendaciones de la OMS.

Existieron aumentos de impuestos al tabaco en los últimos años en algunos países de la región que no estuvieron vinculados a políticas de control de tabaco.

Chile: con el objetivo de financiar gastos de reconstrucción luego del terremoto de 2010 Chile aumentó el impuesto *ad valorem* del cigarro de 60,2 a 62,3% del precio final al consumidor y fijó un gravamen adicional de 50 pesos por cada 20 cigarros.

También Honduras y El Salvador se incluyen en este grupo de países que aumentaron los impuestos para mejora de recaudación fiscal.

Otros países de la región tuvieron intentos fracasados de aumento de impuestos a los productos de tabaco y se mencionan algunos casos a continuación.

Guatemala: a comienzos de 2010 y frente a esfuerzos de divulgación y abogacía de la sociedad civil para aumentar los impuestos a los productos de tabaco la industria tabacalera recurrió ante la Corte de Constitucionalidad, la ley vigente de impuestos a los cigarros (vigente durante 24 años). La corte falló a favor de la empresa BAT y suspendió la aplicación del impuesto para los cigarros importados (todos los de la BAT). El Ministerio de Finanzas presentó un proyecto de ley para restitución del impuesto que modificaba la norma vigente para contemplar algunas observaciones de la corte pero no incluía ningún aumento efectivo de tasas o de la base imponible.

La sociedad civil con apoyo de consultores regionales elaboró una propuesta alternativa con aumentos que rondaban 40% del precio final al consumidor, pero el Congreso aprobó la propuesta del Ejecutivo en enero de 2012 y no se produjo ningún aumento.

Paraguay: la autoridad fiscal y el Ministerio de Finanzas se abocaron en una modificación por decreto de la base imponible del impuesto a los cigarros. Por Decreto 5445 de noviembre de 2010 se ajustó la base imponible para un aumento del impuesto que promovería un estimado de entre 17 y 22% de aumento en los precios minoristas de los cigarros. La industria multinacional y local respondió masivamente contra el aumento (en el

país de precios e impuestos más bajos de la región y de los menores en el mundo) y logró revertir el aumento en el poder judicial.

En los demás países de la subregión no han existido cambios significativos en las políticas fiscales sobre productos de tabaco.

Colombia:* El impuesto específico en 2010 quedó por ley 1393 en COP 570 por cajetilla de 20 cigarros. El valor se ajusta anualmente por IPC de manera que el nivel en 2011 fue de 584,76.

En la reforma de 2010 se estableció un impuesto adicional, una sobretasa *ad valorem* de 10 por ciento.

Si se observa el impacto sobre el precio de los cigarros de más de dos mil pesos por cajetilla, claramente la carga impositiva se redujo con esta reforma de 2010 (este rango pagaba en 2007 un específico de 800 pesos por cajetilla).

Además, las tabacaleras se están aprovechando de que el sistema haya pasado de específico a mixto para sacar marcas baratas al mercado colombiano. En resumen, la reforma no sólo no modificó la presión fiscal sino que la redujo para muchas marcas y contribuyó a bajar los precios medios al detalle.

2. Tendencias generales de fiscalización en los países de AL, no van en la dirección de aumentos en los impuestos específicos al consumo del tabaco

El escaso interés de la mayoría de los gobiernos en la región, respecto de aumentar los impuestos y precios de acuerdo con la política establecida en un convenio internacional como es el CMCT OMS del que casi todos son firmantes hace ya más de seis años, tiene diversas posibles causas

Una es la preocupación por el posible aumento del contrabando, aun cuando existe evidencia suficiente² que esos aumentos no afectan el impacto sanitario positivo y recaudatorio del aumento de los impuestos. Pero la industria insiste y tiene mucho *lobby*. Además, no hay casi investigación sobre el comercio ilegal de cigarros en la región.³

Otra preocupación es el posible impacto sobre la inflación. Cuando no existe indexación de las bases imponibles específicas y transcurre un tiempo considerable entre los incrementos de los impuestos, un incremento en el monto específico del impuesto tendría impacto significativo en muchos países en el índice de precios al consumo y el Poder Ejecutivo y los ministerios de finanzas se verían complicados para solicitar nuevos aumentos.^{4,5}

Cabe consignar que las tabacaleras suelen aumentar más los precios que lo derivado de los aumentos de impuestos y esto agrega más incertidumbre aún a los ministerios de finanzas respecto del impacto inflacionario en el corto plazo.

Pero vale la pena analizar una causa más profunda: el aumento de los impuestos específicos al consumo no es la prioridad dentro de las políticas de reforma tributaria de los últimos 10 años en la región.

De acuerdo al análisis especializado más reciente³ en la región y a partir del análisis de lo ocurrido en un conjunto importante de países (Argentina, Brasil, México, Uruguay, Perú, Colombia, Guatemala, Venezuela, República Dominicana, El Salvador, Costa Rica y Chile), existe desde 1990 y hasta 2009 una tendencia creciente en el aumento de la presión fiscal global (4.3%), definida como el total de los ingresos por impuestos sobre el Producto Interno Bruto, PIB.

Esta tendencia se apoyó en el aumento del IVA como impuesto al consumo general en la década de los noventa y luego relativamente más en el aumento en los últimos años de los impuestos a la renta de las empresas y la incorporación, donde no existía, del impuesto a la renta personal:

El peso relativo total de los impuestos de consumo sobre el PIB permaneció relativamente estable durante el periodo entre 1990 y 2009, pero en total, la proporción de los impuestos de consumo general aumentó considerablemente en 11 puntos porcentuales entre 1990 y 2009, mientras que los impuestos de

* Se agradece a la doctora Blanca Llorente de la Universidad Sergio Arboleda de Bogotá por la aclaración de este punto.

² Con la excepción de un estudio de los países del Mercosur en 2009. *Illegal trade in tobacco in Mercosur countries*. Alejandro Ramos. Centro de Investigación de la Epidemia del Tabaquismo, CIET, Uruguay. Working Paper. June 2009.

³ Los países de la región no han seguido todavía el ejemplo de algunos europeos como Francia y Bélgica donde los productos del tabaco se excluyen en los índices utilizados para ajustar convenios laborales y de distinto tipo.

⁴ Este es el caso de la reticencia actual de las autoridades económicas en Uruguay en ajustar la base imponible del impuesto y de la postergación hasta mayo del presente año del aumento en Brasil aprobado en diciembre de 2011.

consumo específico vieron su cuota de declinar por 13 puntos porcentuales respecto al mismo periodo (*op. cit.*, p. 19).

Esto presenta una complicación hasta ahora no discutida ni analizada específicamente en la comunidad del control del tabaco en la región latinoamericana. En efecto, no sólo hay que apuntar a un incremento de un impuesto específico como el del tabaco sino que hay que enfrentar a una tendencia en las reformas fiscales de la región que no fortalece en general la apuesta a los impuestos específicos al consumo, a pesar de que en parte pueden verse como un instrumento para moderar los efectos regresivos en la distribución del ingreso del Impuesto al Valor Agregado en la distribución del ingreso.

Ejemplos existen varios. En Paraguay el Ministerio de Finanzas ha tenido como prioridad desde 2008 en obtener del parlamento una aceptación del impuesto a la renta de las personas físicas, por lo que los esfuerzos para aumentar el impuesto a los cigarrillos y en general los impuestos al consumo (incluido el IVA, que tiene una tasa de 10%) han quedado con menor nivel de prioridad.

En Uruguay la reforma de la tributación de julio de 2007 introdujo el IVA al tabaco pero redujo el impuesto específico a dichos productos para neutralizar en parte el impacto del aumento del IVA sobre los precios al consumidor. El objetivo principal de esta reforma fue la introducción del impuesto a la renta de las personas; puede afirmarse que la inclusión del IVA a los cigarrillos y productos del tabaco era una materia pendiente en el Uruguay, y que la reducción del impuesto específico a los cigarrillos y productos de tabaco que se realizó en forma simultánea al aumento del IVA fue principalmente una contemplación de las demandas de la industria para que el aumento de la presión fiscal global no fuera tan fuerte.

Esto demuestra que existen resistencias a utilizar el instrumento fiscal para el control de tabaco aun en aquellos países que lideran esta estrategia en la región.

Dentro de un proceso de reforma fiscal en diversos países de la región el aumento en el IVA donde aún es bajo tendría mayor prioridad. En esta línea, se observa que donde la presión fiscal

respecto del PIB es menos de la mitad que en los países donde es más alta en la región, el IVA tiene tasas menores al 15% (Guatemala, El Salvador, Paraguay, Honduras, Nicaragua, Bolivia, Honduras, etcétera).

Es probable que las autoridades de varios países ubiquen entonces aumentar el IVA como estrategia prioritaria (en caso de involucrarse en una reforma fiscal, los que mucho no harán, ver punto siguiente) siguiendo la tendencia ya observada en los demás países de América Latina desde 1990 y esto relegue en sus prioridades los aumentos de los impuestos al consumo específico y entre ellos el tabaco. Esto afectaría la política de aumento de impuestos al tabaco en países de menor desarrollo relativo de la región.

En los de mayor desarrollo sencillamente los impuestos específicos importan menos, siguiendo la tendencia de hace muchos años.

3. Los países que tienen impuestos bajos al tabaco, también tienen baja presión fiscal global respecto del PIB

En general (figura 1) se observa una relación directa entre bajo nivel de presión fiscal del impuesto al tabaco y bajo nivel de presión de la recaudación total respecto del PIB. Hay excepciones hacia arriba con Venezuela y Chile y hacia abajo con Brasil.

Esto indicaría que los impuestos bajos a los productos del tabaco en varios países son tales, no por una estrategia específica con respecto a los mismos sino porque existe baja presión fiscal global. Esto ocurre en un conjunto de países pequeños o con bajo PIB global de la región.

Una política de subir los impuestos al tabaco chocará contra una tendencia a no subir los impuestos de ningún tipo. Esto es típico de algunos países pequeños y de bajo desarrollo económico y social de la región donde existen limitaciones constitucionales o legales importantes y resistencia de los parlamentos a cualquier aumento de la presión fiscal, aun cuando sean bajas comparativamente en el continente.

El estudio de la OCDE y la información sobre presión fiscal de los productos del tabaco en 12 países de la región da pistas positivas al respecto. Pero no son concluyentes aún.



FIGURA 1. Comparativo de presión fiscal en países seleccionados de América Latina, 2009

4. Existen problemas profundos en las administraciones de los sistemas de impuestos de muchos países de la región: problemas en los sistemas de información, carencia de recursos técnicos y presupuestarios, dificultades políticas para avanzar en reformas para aumentar la presión fiscal global, mejorar eficiencia y disminuir evasión

En el trabajo de abogacía y apoyo técnico a diversos países de la región se han constatado problemas diversos:

- En algunos países la legislación fiscal y la reglamentación (incluso la propia Constitución en algún caso) están redactadas de forma que pueden ser usadas judicialmente por empresas interesadas en bloquear aumentos de impuestos. Esto ha ocurrido en Guatemala y Paraguay recientemente.
- En varios países de la región el grado de desarrollo de las administraciones fiscales es todavía insuficiente lo que limita la capacidad de control de los impuestos existentes (problemas con los sistemas de información fiscal y por tanto ausencia de seguimiento y control, formularios de declaraciones juradas con información insuficiente, ausencia de auditorías presenciales, etcétera). Esto desalienta los cambios en los impuestos por las dificultades administrativas, informáticas y gerenciales que se derivan de cualquier cambio que implique una carga adicional.
- En estos casos las reformas fiscales se imponen, pero las debilidades políticas y la falta de

conciencia sobre estos problemas en los parlamentos es un elemento adicional que limita el cambio. Aumentar el impuesto al tabaco implica generalmente una nueva ley (salvo en Uruguay y Brasil donde la base imponible puede ser ajustada por Decreto), lo que implica apoyos parlamentarios no siempre dispuestos y donde la industria se mueve muy bien para desactivar los aumentos.

- A todo esto se agrega la informalidad, corrupción y el contrabando de forma que las administraciones fiscales se ven a la defensiva y con necesidad de priorizar políticas de corto plazo para justificar políticamente su actuación. El aumento del impuesto al tabaco en estos casos puede ser parte de un paquete donde se aumentan varios selectivos (como el alcohol, no alcohólicas, etcétera), pero las razones sanitarias se diluyen o no existen en estos aumentos (Chile, Colombia, etcétera).

Conclusiones

Este análisis no tiene el objetivo de desalentar la búsqueda de incrementos al impuesto a los productos de tabaco sino de otorgarle un toque realista y regional al tema y ubicarlo dentro de una reforma más amplia de la tributación en muchos países de la región.

Para esto hay que aceptar que para muchos países hay que aumentar la presión fiscal global, mejorar la eficiencia, reducir la evasión fiscal para que, en particular los de menor desarrollo relativo de la región, puedan adquirir los recursos para

mejorar nutrición, educación, salud y seguridad públicas. O sea, el Estado cumplir mejor sus roles básicos.

En esta línea, las acciones de abogacía para aumentar los impuestos al tabaco deberían avanzar en dos direcciones:

- Incrementando el número y profundizando alianzas y coaliciones con organizaciones que buscan fortalecer las acciones en el campo de la salud, educación, seguridad mediante mayores recursos estatales. Esto se puede hacer apoyando las reformas fiscales que se orienten a hacer posible dicho cambio, incluyendo al impuesto al tabaco entre ellos. Por eso parece oportuno que la futura guía del artículo 6 del CMCT OMS incluya recomendaciones sobre rentas afectadas derivadas del impuesto para en parte financiar actividades prioritarias en el campo social.
- Asimismo, dado el rol central de los ministerios de finanzas en la definición de las políticas tiene que existir una acción mucho mayor de la OMS y el secretariado de la Conferencia de las

Partes del CMCT con los organismos regionales como el Banco Interamericano de Desarrollo, el Centro Interamericano de Administración Tributaria, CIAT, y al propio Banco Mundial para que integren al impuesto a los productos de tabaco en sus apoyos concretos a las reformas de los sistemas fiscales de la región.

Agradecimientos: el autor agradece al licenciado Hugo Vallarino Mouchantef por observaciones y sugerencias a una versión preliminar de este informe. Toda la responsabilidad del producto final recae exclusivamente en el autor.

Referencias

1. Who Report on the global Tobacco epidemic, 2011-Warning about the dangers of tobacco.
2. Who Technical Manual on Tax Administration-2011.
3. Estadísticas tributarias en América Latina 1990-2009. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, OCDE, Comisión Económica para América Latina y el Caribe de las Naciones Unidas, CEPAL y Centro Interamericano de Administraciones Tributarias, CIAT. 2011.
4. Curbing the Epidemic. Governments and the economics of tobacco control. World Bank, 1999.

Comercio ilícito de productos de tabaco en México: evidencia disponible y legislación vigente

Belén Sáenz de Miera Juárez,⁽¹⁾ Javier Zúñiga Ramiro⁽²⁾

Desde el punto de vista de la salud pública, el comercio ilícito de productos de tabaco es un obstáculo importante porque estimula el consumo al ofrecer a la población productos de bajo costo. Es por esto que el artículo 15 del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco (CMCT OMS),¹ ratificado por México en mayo de 2004, contempla una serie de medidas para combatirlo, mismas que se detallan en un protocolo actualmente en las últimas etapas de discusión.²

De acuerdo con el CMCT OMS, el comercio ilícito se define como “toda práctica o conducta prohibida por la ley, relativa a la producción, envío, recepción, posesión, distribución, venta o compra, incluida cualquier práctica o conducta destinada a facilitar esa actividad”.³ Algunos ejemplos de comercio ilícito que el CMCT OMS menciona son el contrabando, la falsificación de marcas y la fabricación ilícita de productos del tabaco,⁴ pero de acuerdo con la definición que establece, existen muchas más conductas que se pueden considerar prácticas comerciales ilegales como la venta a menores y la venta de cigarrillos sueltos.

Los cigarrillos son los productos legales que se encuentran más sujetos a contrabando en el mundo. Se estima que en 2006 el contrabando de

cigarrillos fue de 11% de las ventas mundiales de estos productos, lo cual equivale a cerca de 600 mil millones de piezas.⁵ Lo anterior se traduce en una pérdida de recaudación para los gobiernos de 40.5 billones de dólares cada año. En países del Mercosur (Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay), se ha estimado que el comercio ilegal de cigarrillos es de 45 billones por año.⁶ La mayoría de esos cigarrillos provienen de Paraguay y la mayoría se destinan a Brasil. Las pérdidas fiscales correspondientes se estiman en 900 millones de dólares por año.

El objetivo de este trabajo consiste en presentar la información disponible, tanto cuantitativa como cualitativa, sobre el comercio ilícito de productos de tabaco en México. También se hace una revisión de la legislación vigente sobre el tema. El primer apartado presenta información cuantitativa. El segundo apartado presenta la información cualitativa que se deriva de aseguramientos recientes por parte de Aduanas y la Procuraduría General de la República (PGR). El tercer apartado presenta la legislación vigente en la materia. Finalmente, se presentan conclusiones y recomendaciones.

Por limitaciones de las fuentes utilizadas, el primer apartado únicamente se concentra en el problema de contrabando, es decir, en el comercio de productos que no pagan impuestos. El segundo

(1) Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México

(2) Fundación Interamericana del Corazón México

aborda el contrabando y la falsificación de marcas o piratería. El tercer apartado, sobre legislación, aborda además del contrabando y la falsificación, otras conductas ilícitas: venta a menores de edad, venta de cigarros sueltos o por unidad, importación sin permisos sanitarios y producción o importación sin licencia.

Estimaciones de contrabando de cigarros en México

Datos y métodos

El contrabando se refiere a todos los intentos de evadir el pago de impuestos mediante la elusión de los controles fronterizos.⁷ Algunas de los métodos que se han propuesto para medir el contrabando son:⁸

- Observar a los fabricantes y pedir datos de contrabando a los expertos.
- Observar a los fumadores y preguntarles sobre sus métodos para obtener productos de tabaco.
- Comparar las ventas de productos de tabaco al menudeo con el consumo calculado con base en encuestas a hogares.
- Comparar las ventas de productos de tabaco al menudeo con el consumo calculado con una fórmula matemática y la inferencia económica.

En este documento nos enfocamos en el segundo método ya que usamos información que han recopilado distintas encuestas entre los fumadores. En particular, usamos información sobre la marca de cigarros comprada la última vez de dos encuestas nacionales –la Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos México 2009 (GATS, por sus siglas en inglés) y la Encuesta Nacional de Adicciones 2011 (ENA)–, y una encuesta representativa para siete ciudades (Distrito Federal, Guadalajara, Guanajuato, Mérida, Monterrey, Puebla, y Tijuana) –la Encuesta Internacional de Evaluación de las Políticas para el Control del Tabaco 2010 y 2011 (ITC México).^{9,10}

La forma en la que se recopilaron los datos que utilizamos es parecida en las tres encuestas. En la GATS se preguntó: ¿Qué marca compró la última vez que compró cigarros para usted mismo? En la ENA 2011 la pregunta fue: La última vez que compró cigarros para usted mismo, ¿de qué marca

fueron? Y en la ITC México se preguntó: [La última vez que compró sus cigarros] ¿Qué marca compró? En los tres casos se hicieron estas preguntas a fumadores aunque la manera en la que éstos se definen es distinta. De acuerdo con la GATS, son fumadores aquellos que fuman actualmente. De acuerdo con la ENA, son fumadores aquellos que han fumado alguna vez en la vida y la última vez que fumaron un cigarro fue hace menos de un año. De acuerdo con la ITC, son fumadores aquellos que han fumado al menos cien cigarros o más en su vida. También es importante considerar que la población que participó en cada encuesta difiere en su edad. En la GATS participaron individuos de 15 años y más, en la ENA individuos de 12 a 65 años, y en la ITC México individuos de 18 años y más.

El reporte de marcas nos permite identificar la proporción de fumadores que compran marcas que no tienen registro para su venta en México, y por lo tanto, suponemos que no pagan impuestos. Para determinar si una marca tenía registro para su venta legal o no en los años de las encuestas, se usó el anexo 11 de la Resolución Miscelánea Fiscal para 2009, 2010 y 2011. En este anexo se publican las claves presentadas ante las autoridades hacendarias de las marcas de tabacos labrados que se producen e importan.¹¹

Al final de esta primera sección presentamos también una estimación de posibles pérdidas de recaudación por la evasión del impuesto especial a los productos de tabaco (IEPS- impuesto especial sobre producción y servicios).¹² Para hacer este cálculo usamos la siguiente ecuación:

$$P_t = \text{IEPS}_t * \text{Evasión}_t$$

Donde P_t es la recaudación perdida en el año t , IEPS_t es el IEPS por cajetilla en el año t (en pesos), y Evasión_t es la estimación de cajetillas de contrabando en México. El impuesto especial por cajetilla de 20 cigarros de la marca Marlboro, la más popular en el país,¹³ se calcula que era de 13.5 pesos en 2009, 14.7 pesos en 2010 (13.8 pesos correspondientes al componente *ad valorem* y 8.7 correspondientes al nuevo componente fijo o específico), y 20.9 pesos en 2011 (13.9 pesos correspondientes al componente *ad valorem* y 7.0 pesos correspondientes al componente fijo).^{14,15}

Estimaciones de contrabando

Las estimaciones obtenidas a partir de las encuestas nacionales se pueden ver en el cuadro I. De acuerdo con la GATS, el 0.5% (IC95% 0.02-1.04) de los fumadores compraron cigarrillos de contrabando en 2009, lo cual equivale a cerca de 57 mil fumadores.¹⁶ De acuerdo con la ENA, este porcentaje fue casi un punto porcentual mayor en 2011 (1.4%, IC95% 0.94-1.92), lo cual equivale a 247 mil fumadores aproximadamente.¹⁷

Si consideramos el consumo promedio de cigarrillos de los fumadores y los porcentajes presentados arriba, podemos estimar el consumo total de cigarrillos de los fumadores que compraron cigarrillos de contrabando. De acuerdo con la GATS, el consumo promedio de los fumadores diarios era de 9.4 cigarrillos por día; de acuerdo con la ENA, era de 6.5 cigarrillos por día. Entonces, el consumo total anual de los 57 mil fumadores que compraron cigarrillos de contrabando según la GATS sería de 195 millones de cigarrillos o 9.8 millones de cajetillas. El consumo total anual de los 247 mil fumadores que compraron cigarrillos de contrabando sería de 586 millones de cigarrillos o 29.3 millones de cajetillas.

El precio promedio pagado por los cigarrillos ilícitos en 2011 fue menor que el precio de las marcas más populares que cuentan con registro ante las autoridades hacendarias. Las únicas marcas con precios similares fueron las marcas Delicados –tradicionalmente una de las más baratas del mercado– y Boots.

El cuadro II muestra las estimaciones basadas en la encuesta ITC México para 2010 y 2011. El porcentaje de fumadores que compraron cigarrillos ilícitos en 2010 es muy parecido al encontrado con la GATS para 2009. Lo mismo sucede con el porcentaje encontrado para 2011 si lo comparamos con el de la ENA de ese mismo año. En este caso se puede comparar entre las dos mediciones pues en ambas se utilizaron las mismas preguntas y se dirigieron a grupos de población iguales. De esta manera, parece que no hay un cambio estadísticamente significativo en el porcentaje de fumadores que compraron cigarrillos ilícitos en 2010 y 2011. Sin embargo, se tienen pocas observaciones por lo que las estadísticas paramétricas tradicionales no nos permiten ser concluyentes.

La información de la encuesta ITC México 2011 también muestra que el precio promedio de las

CUADRO I. Fumadores según marca comprada la última vez, encuestas GATS 2009 y ENA 2011

MARCA	PRODUCTOR	ENCUESTA GLOBAL DE TABAQUISMO EN ADULTOS (GATS) 2009			ENCUESTA NACIONAL DE ADICIONES (ENA) 2011				
		% DE FUMADORES ACTUALES SEGÚN MARCA COMPRADA LA ÚLTIMA VEZ [§]		N	% DE FUMADORES ACTIVOS SEGÚN MARCA COMPRADA LA ÚLTIMA VEZ [§]		PRECIO PROMEDIO PAGADO POR CIGARRO	N	
Marlboro	PM	53.9%	(50.12-57.73)	868	50.9%	(48.15-53.59)	2.64	(2.56-2.73)	1 256
Marlboro blanco	PM	6.0%	(3.18-8.86)	105	11.0%	(9.63-12.41)	2.44	(2.30-2.58)	436
Camel	BAT	8.6%	(5.70-11.52)	104	8.7%	(6.95-10.47)	2.78	(2.58-2.97)	187
Benson & Hedges	PM	3.9%	(2.79-5.10)	66	7.5%	(6.11-8.87)	2.27	(2.10-2.44)	222
Montana	BAT	6.4%	(4.04-8.77)	110	6.2%	(4.89-7.50)	2.08	(1.92-2.25)	187
Delicados	PM	6.2%	(4.82-7.62)	104	4.1%	(3.03-5.19)	1.63	(1.47-1.79)	102
Pall Mall	BAT	1.4%	(0.56-2.18)	17	2.4%	(1.63-3.09)	1.95	(1.64-2.26)	83
Boots	BAT	4.1%	(2.64-5.54)	97	1.4%	(0.87-1.96)	1.57	(1.31-1.84)	56
Raleigh	BAT	3.3%	(2.03-4.54)	73	1.2%	(0.78-1.57)	2.70	(1.39-4.01)	57
Otras marcas legales*		5.6%	(4.11-7.10)	179	5.2%	(4.17-6.30)	1.72	(1.54-1.90)	169
Marcas ilegales [†]		0.5%	(0.02-1.04)	8	1.4%	(0.94-1.92)	1.20	(0.95-1.46)	84
TOTAL		100.0%		1 731	100.0%		2.42	(2.36-2.48)	2 839

* Otras marcas legales: Alas, Broadway, Faros, Lucky Strike, y Salem, entre otras

† Otras marcas ilegales: Euro, Fox, Garañón, Jaisalmer, Meridian, Marshall, Sheriff, y Xo, entre otras

§ Fumador actual es aquel que reportó fumar actualmente cigarrillos. Se incluye población de 15 años y más

* Fumador activo es aquel que ha fumado alguna vez en la vida y fumó un cigarrillo por última vez hace menos de un año. Se incluye población de 12 a 65 años

PM=Philip Morris, BAT=British American Tobacco

Fuente: Estimaciones propias con base en la GATS 2009 y la ENA 2011

CUADRO II. Fumadores según marca comprada la última vez, encuesta ITC México 2010 y 2011

MARCA	PRODUCTOR	ENCUESTA ITC MÉXICO 2010			ENCUESTA ITC MÉXICO 2011				
		% DE FUMADORES SEGÚN MARCA COMPRADA LA ÚLTIMA VEZ		N	% DE FUMADORES SEGÚN MARCA COMPRADA LA ÚLTIMA VEZ		PRECIO PROMEDIO PAGADO POR CIGARRO		N
Marlboro	PM	42.3%	(38.25-46.30)	762	44.0%	(39.87-48.17)	2.2	(2.08-2.24)	816
Camel	BAT	15.6%	(12.23-19.01)	162	15.3%	(12.18-18.41)	2.2	(2.07-2.43)	167
Montana	BAT	11.0%	(7.83-14.17)	188	11.0%	(8.42-13.49)	1.9	(1.75-2.03)	174
Benson	PM	5.3%	(3.96-6.56)	162	7.6%	(5.40-9.85)	2.1	(2.01-2.22)	170
Delicados	PM	8.5%	(6.53-10.53)	131	7.2%	(4.88-9.43)	1.9	(1.36-2.42)	92
Marlboro blanco	PM	8.4%	(6.92-9.91)	227	5.5%	(4.03-6.96)	2.2	(2.04-2.34)	131
Pall Mall	BAT	2.4%	(1.22-3.60)	59	2.9%	(1.09-4.76)	1.6	(1.53-1.72)	63
Raleigh	BAT	2.3%	(1.57-3.03)	53	2.0%	(1.16-2.82)	1.8	(1.69-1.87)	48
Boots	BAT	0.9%	(0.45-1.41)	25	0.8%	(0.16-1.36)	2.0	(1.54-2.54)	16
Otras marcas legales*		2.8%	(1.71-3.83)	59	2.3%	(1.01-3.61)	1.6	(1.32-1.88)	43
Marcas ilegales [†]		0.5%	(0.15-0.85)	19	1.5%	(0.68-2.27)	1.2	(1.05-1.42)	40
TOTAL		100.0%		1 847	100.0%		2.1	(2.02-2.13)	1 760

Fuente: Estimaciones propias con base en la encuesta ITC México 2010 y 2011

*Otras marcas legales: Alas, Broadway, Faros, Lucky Strike, y Salem, entre otras

[†] Otras marcas ilegales: Black, Blitz, Cimarrón, Dunston, Euro, Jaisalmer, Marshall, Meridian, More, San Marino, Santa Fe, Sheriff, entre otras. PM=Philip Morris, BAT=British American Tobacco. Fumador es aquel que ha fumado 100 o más cigarrillos en su vida. Se incluye población de 18 años y más para 7 ciudades del país

Fuente: Estimaciones propias con base en la GATS 2009 y la ENA 2011

marcas ilegales es menor que el de las marcas más populares excepto en el caso de la marca Delicados y la categoría que agrupa a otras marcas legales.

Estimaciones de pérdida de recaudación por contrabando

De acuerdo con las estimaciones de la sección anterior, la pérdida de recaudación del IEPS debida al contrabando de cigarrillos pudo haber sido de 131.6 millones de pesos en 2009. Como se explica en la sección de datos y métodos, estas cifras resultan de multiplicar el IEPS por cajetilla para ese año (13.5 pesos) por la cantidad de cajetillas vendidas sin pagar el impuesto correspondiente, es decir, de contrabando (9.8 millones según estimaciones basadas en la GATS 2009).

En 2011, el IEPS por cajetilla aumentó a 20.9 pesos, y según lo analizado (datos de la ENA 2011), es posible que la evasión haya aumentado a cerca de 612.7 millones de pesos. Sin embargo, en 2011 se obtuvo una recaudación por el impuesto especial a los productos de tabaco mayor en 8 mil 300 millones (o 6 mil 600 millones en términos reales, es decir, después de descontar la inflación)

a la obtenida en 2009. Esto quiere decir que el incremento en la recaudación de 2011 habría más que compensado la pérdida por evasión.

Aseguramientos de los productos del tabaco en México

Los aseguramientos son medidas precautorias que utilizan las autoridades con la finalidad de salvaguardar determinados bienes ante la existencia de algún riesgo o la comisión de un delito. Además de ser una medida que previene la posibilidad de poner en riesgo algún bien jurídico, en caso de tratarse de un proceso penal se guardan los bienes para ofrecerse como prueba o como parte del cuerpo del delito.

De este modo y en el caso de los productos de tabaco, cuando las autoridades encuentran que hay alguna violación a las disposiciones que los regulan tienen la obligación de asegurarlos. Son distintos los supuestos en los que se puede dar un aseguramiento. Por mencionar un ejemplo, si los productos de tabaco se someten a la verificación de algún centro aduanero y durante ésta se detectan irregularidades, pueden ser asegurados. De igual

manera, si omitieron el pago de impuestos, bajo ciertos supuestos, los bienes podrán ser conservados como medios probatorios para corroborar las imputaciones de la autoridad.

Con esto se refleja que el aseguramiento *per se* no implica la aplicación de una sanción sino únicamente una medida preventiva previa al inicio de cualquier proceso jurídico que pueda determinar la responsabilidad de los sujetos involucrados.

La información de los aseguramientos no permite cuantificar el contrabando pero nos permite monitorear parte del trabajo que hacen las autoridades encargadas de controlarlo y conocer algunas características de los productos de tabaco que se venden de manera ilícita en México. En particular, nos permite identificar el país de origen de estos productos, las marcas y las zonas por las que se ha intentado ingresarlos.

En 2010, la cantidad de cigarros embargados en las aduanas de México fue menor que en 2009 (725 590 vs 5 461 480; cuadro III). Sin embargo, esto no necesariamente implica que en 2010 el contrabando de cigarros se redujo pues el comportamiento de los embargos obedece a diversos factores, como los métodos de inspección aduanal (que si se mejoran pueden incrementar el número de embargos y/o de las cantidades embargadas), y no sólo al comportamiento del contrabando como tal. Lo observado en el ámbito internacional sirve para ilustrar esta relación no lineal entre aseguramientos y contrabando. La mayor cantidad de incautaciones de embarques ilícitos que excedían 100 mil cigarros en 2006 tuvieron lugar en Europa Central y Europa Occidental. Sin embargo, la mayor evasión de impuestos en ese mismo año no tuvo lugar en esas regiones de Europa sino en América Latina y en la Comunidad de Estados Independientes (si se considera el número de cigarros de contrabando como porcentaje de las ventas totales) o en Asia (si sólo se considera el número de cigarros de contrabando).¹⁸

Para recopilar información sobre los aseguramientos de productos de tabaco efectuados en los últimos años por las autoridades aduanales del Servicio de Administración Tributaria (SAT) y la Procuraduría General de la República (PGR), enviamos solicitudes de información a estas instituciones a través del Instituto Federal de Acceso a la Información Pública (IFAI).

Aseguramientos en aduanas

Entre 2006 y 2010, los países de origen de los productos de tabaco embargados en las aduanas de México que más se repiten son Cuba, China y Estados Unidos (cuadro III). El caso de Cuba corresponde principalmente a embargos de puros mientras que los otros dos países a embargos de cigarros. Si observamos los países de los que provenían los embargos de mayor número de cigarros, también figuran Estados Unidos y China, pero se suman Paraguay, Jordania, Suiza y Dinamarca. Esto coincide con lo que hemos observado en algunos mercados y puestos ambulantes del Distrito Federal. Lo único diferente es que en esos casos también hemos observado varias marcas de la India (como Jaisalmer y D&Y, las cuales se mencionan en las encuestas analizadas en la primera sección 1) y ninguna de Dinamarca. La mención de Suiza la hemos encontrado en cajetillas Marlboro.

Sólo contamos con información sobre las marcas de los productos asegurados en las aduanas del país para el año 2010 y los primeros meses de 2011 (no se muestra en el cuadro III). Sin embargo, en esos datos se puede observar el patrón geográfico esperado: en las aduanas Subteniente López y Coatzacoalcos, localizadas en la frontera con Belice y en el Golfo de México, respectivamente, se aseguraron marcas como Euro y Blitz, provenientes de Paraguay, China y la India; mientras que en las aduanas de Tijuana, Ciudad Juárez, Nuevo Laredo, Matamoros, Piedras Negras y Reynosa, localizadas en la frontera norte, se aseguraron marcas como Sheriff, Dunhill, y New port, además de marcas que se venden legalmente en México como Camel, Benson y Marlboro. En las encuestas analizadas en la sección anterior, las marcas ilegales que se reportan coinciden con las de los aseguramientos. Cabe notar que según la ENA 2011, una de las marcas más compradas por los fumadores de Ciudad Juárez fue la marca Sheriff, la cual no se vende legalmente en el país. Sólo hubo aseguramientos de esta marca en Ciudad Juárez, Matamoros y Tijuana. También, la marca del mayor aseguramiento de 2010 (Coatzacoalcos) fue Marshall, la cual fue una de las marcas ilegales que reportaron los fumadores en las encuestas analizadas en la sección anterior.

CUADRO III. Embargos de productos del tabaco en aduanas de México, 2006-2010

	2006	2007	2008	2009	2010
Nº total de embargos*	97	37	43	37	57
Embargos de puros: Cantidad total de puros embargados [†] Aduana con el mayor embargo	8 812 Cancún (88%)	1 671 Cancún (79%)	5 569 AICM (99%)	5 872 La Paz (87%)	9 133 Cd. Hidalgo (66%)
Embargos de cigarros: Cantidad total de cigarros embargados [‡] % que representan del consumo legal total Nº de embargos de más de 100 mil cigarros Aduana con el mayor embargo	53 960 0.0001% 0 Nogales (53%)	570 805 0.0019% 3 Coatzacoalcos (75%)	554 600 0.0015% 1 Cd. Juárez (94%)	5 461 480 0.0151% 3 AICM (55%)	725 590 0.0021% 2 Coatzacoalcos (69%)
Lugar de origen de los productos embargados [§]	Cuba, China, EUA, Honduras, Jamaica, Rep. Dominicana	Bélgica, Cuba, China, Dinamarca, Guatemala, EUA, Honduras, Rep. Dominicana, Suiza	Cuba, China, EUA, Jordania, Nicaragua	Cuba, EUA, Paraguay	Cuba, China, Egipto, EUA, Guatemala, India, Rep. Dominicana, Suiza
Sanciones aplicadas: Concepto	Artículos 151, 176, 178 de Ley Aduanera; Crédito fiscal; Abandono	Artículos 151 y 50, 61, 71, 73, 80, 144, 176, 178 de Ley Aduanera; Crédito fiscal	Artículos 151 y 50, 61, 71, 73, 80, 144, 176, 178 de Ley Aduanera; Abandono	Artículos 151, 50, 61, 71, 73, 80, 144, 176, 178 de Ley Aduanera; Abandono	Artículos 151, 176, 178 de Ley Aduanera; Crédito fiscal; Abandono; Artículo 1 Ley del IVA y artículo 2 de la Ley del IEPS
Monto [¶] Nº de sanciones entre \$100 000 y \$500 000 Nº de sanciones mayores a \$500 000	\$1 548 447.40 3 0	\$1 824 567.31 4 0	\$3 019 574.40 2 1	\$22 459 221.76 1 2	\$2 937 048.69 8 1
Destino final de los productos embargados	Destrucción excepto en el caso de los aseguramientos en AICM y Reynosa	Destrucción excepto en el caso de los aseguramientos en AICM y Reynosa	Destrucción excepto en el caso de los aseguramientos en AICM	Destrucción excepto en el caso de los aseguramientos en AICM y en otro caso "asegurado por PGR"	Destrucción excepto en el caso de los aseguramientos en aduanas de AICM y Reynosa. En un caso devuelto al contribuyente y en 3 casos de Tijuana "sin destino"

AICM: Aeropuerto Internacional de la Ciudad de México

* No se incluyen tres embargos reportados por piratería, uno para 2007 (de 9 799 800 cigarros, aduana de Ensenada, lugar del embargo "visita domiciliaria", destino del producto "averiguación previa por robo") y dos para 2008 (de 13 028 000 de cigarros en total, aduana de Ensenada, en diferentes fechas, lugar del embargo "visita domiciliaria", destino del producto "destrucción"). Para algunos embargos no se dan detalles de las cantidades y aduanas (3 reportados como embargos de "tabaco" (2006, 2007, 2010), 1 de "Hojas de tabaco" (2009), 1 de "Masticable" (2009), 1 "Para mascar" (2010) y 1 de "Muestras de tabaco" (2008)); estos casos se incluyeron en el número total de embargos y en el monto de las multas

[†] No se considera la cantidad de dos embargos de 2006 pues no se pudo diferenciar la cantidad de puros de la de otros productos (tabaco en lata en un caso y cigarros en el otro)

[‡] No se incluyeron los casos de piratería reportados para 2007 y 2008. Las "cajas" o "paquetes" reportados se consideraron cajetillas de 20 cigarros cada una a menos de que se especificara el contenido de cada "caja" o "paquete"

[§] Para la mayoría de los embargos no se reporta el lugar de origen de los productos, en especial para el caso de los puros. El país subrayado corresponde al origen del mayor embargo de cigarros (arriba)

[¶] Los casos en los que no se aplicaron multas fueron: productos abandonados (2006, 2008, 2009, 2010), casos de piratería (2007 y 2008), embargos en aduanas de Tampico (2007 y 2009) y Salina Cruz (2009 y 2010), muestras de tabaco (2008), y uno pendiente en Tijuana (2010)

Fuente: elaboración propia con base en información de Aduanas

Las multas impuestas por los embargos registrados en aduanas entre 2006 y 2010 fueron en la mayoría de los casos menores a 100 mil pesos (cuadro III). En total, estas multas ascendieron a 1.5 millones de pesos en 2006, 1.8 millones en 2007, 3 millones en 2008, 22.5 millones en 2009, y 2.9 millones en 2010, lo cual representa el 0.01% de la recaudación obtenida por concepto del impuesto especial a los productos de tabaco (Impuesto Especial sobre Producción y Servicios, IEPS) en el año correspondiente, excepto en el 2009 cuando las multas equivalieron al 0.1% de esa recaudación.

Llama la atención que en los datos reportados por las autoridades aduanales también se incluyen tres aseguramientos por piratería que no se llevaron a cabo en aduanas del país sino en “visitas domiciliarias” (ver notas del cuadro III). Es posible que esto ocurriera al llevar a cabo una visita domiciliaria por motivos fiscales (relacionada con cuestiones de contabilidad y pago de impuestos) en la que se encontró mercancía de la cual no se pudo acreditar su estancia legal.

Finalmente, es importante notar que las cantidades aseguradas representan una parte muy pequeña del consumo total. En los últimos cinco años, los embargos en las aduanas de México representaron menos del 0.02% del consumo legal total. Además, se tienen muy pocos embargos de más de 100 mil cigarros (3 en 2007 y 2009, 1 en 2008 y 2 en 2010; cuadro III). Aún considerando que parte de esto podría deberse a fallas en los registros de las autoridades, parece que la probabilidad de captura es baja, lo que hace más rentable la actividad ilícita. En los países del Mercosur se ha observado que los aseguramientos sólo constituyen un pequeño porcentaje del contrabando de cigarros estimado. Esto podría relacionarse con la variedad de estrategias y rutas que se emplean para el contrabando de productos (no sólo de tabaco), a lo que se suma la corrupción y la baja capacidad de control.¹⁹

Aseguramientos por parte de la Procuraduría General de la República por los delitos de contrabando, contrabando equiparado y falsificación de marcas

En el caso de los aseguramientos efectuados por la Procuraduría General de la República (PGR) en los últimos años, no se reporta información sobre

la procedencia de los productos excepto para uno de contrabando equiparado en Jalisco (marca Garañón de Perú), uno de contrabando en Michoacán (marcas Blueriver de Vietnam y Séneca de Canadá), y uno de falsificación (marca Marlboro de EU y Boston de Colombia; cuadro IV).

Las marcas de los productos asegurados por contrabando coinciden con las de los aseguramientos registrados en aduanas: por un lado se tienen marcas no registradas para su venta en México como Euro y Blitz (también reportadas en las encuestas analizadas en la primera sección) y otras marcas populares como Marlboro y Camel. En el caso de productos falsificados se observa lo que sucede en otros países: la marca más presente en este tipo de aseguramientos fue Marlboro.²⁰ La otra marca falsificada en estos aseguramientos fue Boston.

La cantidad de cigarros asegurada por el delito de falsificación fue superior a la asegurada por los delitos de contrabando y contrabando equiparado (28.9 millones vs 2.3 y 7.4, respectivamente), aunque esta diferencia se debe a que uno de los aseguramientos por piratería fue de 20 millones y medio de cigarros (efectuado en Colima, en 2007). En realidad, las cantidades de cigarros asegurados por los delitos de contrabando y piratería poco nos dicen sobre la contribución relativa de cada delito al comercio ilícito de productos de tabaco total. Esto se debe, al menos en parte, a la forma en la que se genera la información de los delitos. La información que vemos ahora es de casos concluidos cuyo proceso pudo tomar años. De esta manera, no es una radiografía actual de la situación sino algo más parecido a una foto desplazada.

Legislación vigente en materia de comercio ilícito en México

En la regulación federal se encuentran los actos de comercio ilícito más frecuentes: contrabando y falsificación de marcas. Si bien éstos no están tipificados en la Ley General para el Control del Tabaco (LGCT), se desprenden de otros instrumentos normativos como lo son el Código Fiscal de la Federación (CFF)²¹ y la Ley de Propiedad Industrial (LPI).²² La LGCT y el Reglamento para la Ley General del Control del Tabaco (RLGCT) sólo establecen actos de prevención del mercado ilícito al obligar a los importadores y exportadores de pro-

CUADRO IV. Aseguramientos de cigarros por contrabando, contrabando equiparado y falsificación de marcas por entidad federativa, Procuraduría General de la República, 2005-2011

ENTIDAD FEDERATIVA	DELITO	FECHA DEL ASEGURAMIENTO	MARCA DE LOS PRODUCTOS	CANTIDADES ASEGURADAS SEGÚN DELITO		
				CONTRABANDO	CONTRABANDO EQUIPARADO	FALSIFICACIÓN DE MARCAS
Aguascalientes	Contrabando equiparado	2010 y 2011	Pint american blend, Strand, Euro, Elegance luxury, Gt one, racer, folden deer, entre otros		344 860	
Baja California	Contrabando; falsificación	03 y 26 feb 2011; 19/08/2001	New sport, Kads, Capri y Camel; Marlboro	4 116		7 788 000
Campeche	Contrabando; contrabando equiparado	20/08/2009; 28/08/2008	Marlboro, Euro full, Flavor box; ND	2 000 000	19 180	
Chiapas	Contrabando equiparado	23 y 28 mayo 2011	LG premium, Marlboro, Capital, LG premium, Gold seal	101 000		
Colima	Falsificación	marzo, abril y junio 2007	Marlboro y Boston			20 510 000
Distrito Federal	Contrabando equiparado; falsificación	07/08/2007, 17/05/2010, 29/03/2011, 27/07/2011; 23/01/2008	Marlboro, diversas, lher king cigaret 200, Farstar, Blackdog, Tough, Palermo, Jaisalmer y Fox; Marlboro		215 140	14 580
Estado de Méx	Falsificación	09/03/2005	Marlboro light			25 600
Hidalgo	Contrabando	26/05/2011	Valentine, President, Blueriver, Jaisalmer, Goldsmans, Golden	2 460		
Jalisco	Contrabando equiparado; falsificación	13/07/2011; 08/01/2008 y 25/06/2008	Garañon (peruanos); Marlboro (USA), Boston (Colombia)		90 000	480 000
Michoacán	Contrabando	23/02/2011	Blueriver (procedencia Vietnamita), Seneca (procedencia canadiense), evidence box	169 000		
Puebla	Contrabando equiparado	01/01 al 31/05/2010	Oficio DEP/4904/2011, INFORMACIÓN RESERVADA		1 868 400	
Quintana Roo	Contrabando equiparado	03/2010 y febrero, abril, mayo y junio de 2011	Blitzcon, Lucky, Intershop, Fox, Euro con filtro, Lamo, D&Y, Alamo azul, Alamo rojo, Elite, Hills export, Gold city		4 374 800	
Tabasco	Contrabando; contrabando equiparado; falsificación	31/05/2011; 21/09/2005; 23/05/2007	Elite; Marlboro rojos; Marlboro rojos	9 000	8 000	80 000
Veracruz	Contrabando equiparado	2011	Marshall		500 000	
Total				2 285 576	7 420 380	28 898 180

Fuente: Elaboración propia con base en información de la Subprocuraduría de Control Regional Procedimientos Penales y Amparo (respuesta a solicitud de acceso a la información pública)

En San Luis Potosí (aeropuerto del estado) se registró en 2009 un aseguramiento por contrabando de puros

ductos de tabaco a tener licencias para el tránsito internacional de esta mercancía, así como permisos únicos por cada importación o exportación.²³ La LGCT también establece sanciones para otro tipo de comercio ilícito: la venta por unidad y la venta de productos derivados del tabaco a menores.

En el caso de los delitos mencionados, cada una de sus regulaciones prevé la posibilidad de iniciar tanto procesos administrativos como penales, dependiendo de las circunstancias en que se den los hechos ilícitos (cuadro V). Aclarado lo anterior, primero se explican las posibles medidas administrativas que se puedan tomar y, posteriormente, se habla de los procesos y las sanciones penales.

Medidas administrativas

Regulación no fiscal de la importación y exportación de productos derivados del tabaco

La LGCT tiene un breve apartado en el que, de manera general, establece las obligaciones o lineamientos para combatir el comercio ilícito. Sin embargo, el reglamento de la ley establece mecanismos más detallados. La principal regulación tiene que ver con la importación y exportación de productos de tabaco. De acuerdo con el Reglamento, existen dos requisitos administrativos obligatorios para la importación de mercancías: la adquisición de una licencia y de un permiso sanitario.

La licencia se otorga a importadores de productos del tabaco,²⁴ puede tener una temporalidad de tres años y ser renovada si se siguen cumpliendo con las normas.²⁵ El órgano facultado para expedir estas licencias es la Comisión Federal para la Protección de Riesgos Sanitarios (Cofepris)²⁶ y sus requisitos para otorgarlas son de dos tipos: administrativos y técnicos. Los primeros se refieren a la persona moral: inscripción como contribuyente en la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, entre otros.²⁷ Los técnicos se refieren a la higiene, el orden y demás aspectos sanitarios que deben cumplir como empresas.²⁸

Además de las licencias, cada uno de los importadores debe solicitar permisos únicos a cada importación. Este permiso se otorga al cumplir con los requisitos que pide el Reglamento.²⁹ Su finalidad es corroborar que la mercancía que se

pretende importar es la que realmente llega al Estado mexicano. Así, en caso de que no correspondan los productos mencionados en el permiso y aquello que regula la autoridad sanitaria (tamaño, cantidad, marca, pictogramas, leyendas de empaquetado y etiquetado, entre otros) se deberá pedir un permiso sanitario previo de importación por retorno de mercancía³⁰ y ser acreedor de las sanciones correspondientes.³¹ El retorno de mercancía aplica también para exportadores, es decir, puede interpretarse también para productores nacionales que exportaron sus productos y fueron rechazados por otro país.

La importancia de estas regulaciones es que todos los productos que no cuenten con los permisos que mencionan dichas normas se considerarán ilícitos³² y, por ende, se deberán aplicar las medidas de seguridad correspondientes, cuyo ejemplo más claro es el aseguramiento y destrucción de estos productos.³³ De igual manera, se deberá aplicar una multa de 4 mil hasta 10 mil veces el salario mínimo vigente.³⁴ La Secretaría de Salud puede pedir muestras y analizar los productos del tabaco. Si no cumplen con las normas de la ley, entonces se aplican las sanciones citadas.

Regulación de índole fiscal de la importación y exportación de productos derivados del tabaco

Las sanciones administrativas de índole fiscal se pueden encontrar, principalmente, en la Ley Aduanera. Ésta se encarga de las regulaciones sobre la importación y exportación de bienes. Por lo tanto, impone obligaciones específicas para su entrada y salida, así como sanciones en el caso de incumplimiento. Vale la pena subrayar que estas sanciones son independientes de las que pudiera imponer una autoridad judicial después de un proceso penal. Así, para una misma conducta se podrían aplicar tanto sanciones administrativas como penales.³⁵

Los supuestos, es decir, las conductas o acciones que menciona la Ley Aduanera son diversas. Sin embargo, a continuación se citan algunos ejemplos que pueden aplicarse a las mercancías ilícitas derivadas del tabaco:³⁶

- Omitir parcial o totalmente los pagos del comercio exterior o las cuotas compensatorias;³⁷

CUADRO V. Regulación jurídica de conductas ilícitas relacionadas con el comercio de productos de tabaco en México

CONDUCTAS ILÍCITAS							
	PRODUCCIÓN, IMPORTACIÓN O FABRICACIÓN SIN LICENCIA SANITARIA	IMPORTACIÓN SIN PERMISO SANITARIO	AUSENCIA DE REQUISITOS FISCALES NECESARIOS PARA LA IMPORTACIÓN Y EXPORTACIÓN	VENTA POR UNIDAD	VENTA A MENORES DE EDAD	CONTRABANDO Y CONTRABANDO EQUIPARADO	FALSIFICACIÓN DE MARCAS
Tipo de medida	Administrativa	Administrativa	Administrativa	Administrativa	Administrativa	Penal	Penal
Ley en la que se encuentra regulada (de manera específica o general)	Ley General para el Control del Tabaco (LGCT), Reglamento de la LGCT	Ley General para el Control del Tabaco (LGCT), Reglamento de la LGCT	Ley Aduanera	Ley General para el Control del Tabaco (LGCT), Reglamento de la LGCT, Ley General de Salud	Ley General para el Control del Tabaco (LGCT), Reglamento de la LGCT, Ley General de Salud	Código Fiscal de la Federación	Ley de Propiedad Industrial
Sujeto susceptible de aplicación	Productores, fabricantes e importadores de productos derivados del tabaco	Importadores de productos derivados del tabaco	Todo tipo de importadores o exportadores, sea o no de productos de tabaco	Vendedores, distribuidores, suministradores, comerciantes de productos derivados del tabaco	Vendedores, distribuidores, suministradores, comerciantes de productos derivados del tabaco	Todo tipo de importadores o exportadores, sea o no de productos de tabaco	Todo vendedor, distribuidor, productor o transportador de este tipo de mercancía
Autoridades involucradas	Cofepris, Secretaría de Salud	Cofepris	SAT (agentes aduanales)	Cofepris, autoridades estatales y municipales	Cofepris, autoridades estatales y municipales	Autoridades aduanales del SAT, PGR, SHCP, SAE	IMPI, PGR, SAE
Proceso administrativo/penal frente a las autoridades.	La Cofepris inicia un proceso de revocación de licencia. En este se contempla una audiencia para el afectado en el que puede brindar las pruebas necesarias.	La Cofepris inicia un proceso de revocación de licencia. En este se contempla una audiencia para el afectado en el que puede brindar las pruebas necesarias.	Se sigue el recurso administrativo que contempla el CFF.	No existen procesos de verificación. Se aplicará supletoriamente la Ley General de Salud. Los inspectores capacitados realizarán las verificaciones. En caso de encontrar algún incumplimiento se aplicarán las medidas de seguridad.	No existen procesos de verificación. Se aplicará supletoriamente la Ley General de Salud. Los inspectores capacitados realizarán las verificaciones. En caso de encontrar algún incumplimiento se aplicarán las medidas de seguridad.	Querrela formulada por la SHCP de acuerdo con el CFF. Proceso penal regulado por el Código de Procedimientos Penales. Administración de los bienes por parte del SAE.	Querrela formulada por el afectado. Dictamen técnico del IMPI para el ejercicio de la acción penal. Proceso penal regulado por el Código de Procedimientos Penales. Administración de los bienes por parte del SAE.
Sanciones	De mil hasta cuatro mil veces el salario mínimo general vigente en la zona económica de que se trate. Además, se puede revocar la licencia sanitaria en caso de incumplimiento.	De cuatro mil hasta diez mil veces el salario mínimo general diario vigente en la zona económica de que se trate. Además, se puede revocar el permiso sanitario en caso de incumplimiento.	No existe una sanción específica. Ante la variedad de supuestos existen muchas específicas.	De mil hasta cuatro mil veces el salario mínimo general diario vigente en la zona económica de que se trate.	De cuatro mil hasta diez mil veces el salario mínimo general diario vigente en la zona económica de que se trate.	1) De 3 meses a 5 años, si el monto de las contribuciones o cuotas compensatorias omitidas, es de hasta \$876,220,000, o la suma de ambas es de hasta \$1,314,320,000. 2) De tres a nueve años, si el monto de las contribuciones o de las cuotas compensatorias omitidas, excede de \$876,220,000, o la suma de ambas excede de \$1,314,320,000. 3) De tres a seis años, cuando no sea posible determinar el monto de las contribuciones o cuotas compensatorias omitidas; o se trate de mercancías que se necesite el permiso de autoridad y no se tenga.	De tres a diez años de prisión y multa de dos mil a veinte mil días de salario mínimo general vigente en el Distrito Federal.
Destino final de la mercancía		En caso de no contar con el permiso sanitario, su destrucción. En caso de no contar con los requisitos sanitarios serán devueltos a su lugar de origen (importación). En caso de productos devueltos a México la COFEPRIS determinará su destino.	En caso de pasar a ser propiedad del fisco Federal, el destino lo decide la SHCP con la asesoría de un Consejo integrado por instituciones flantropicas y representantes de las Cámaras y asociaciones de contribuyentes interesados en la producción y comercialización de mercancías idénticas o similares a aquellas.	Aseguramiento y destrucción como parte de las medidas de seguridad sanitarias.	Aseguramiento y destrucción como parte de las medidas de seguridad sanitarias.	Se guardan por el SAE durante el proceso penal para corroborar el cuerpo del delito. En caso de que proceda el delito se destruyen. Se necesita un expediente con todos los datos de los bienes destruidos.	Se guardan por el SAE durante el proceso penal para corroborar el cuerpo del delito. En caso de que proceda el delito se destruyen. Se necesita un expediente con todos los datos de los bienes destruidos.
Aplicación de la sanciones	Cofepris	Cofepris	SAT	Cofepris	Cofepris	Autoridad judicial federal penal	Autoridad judicial federal penal

Fuente: elaboración propia con base en diversas leyes y reglamentos.

- No contar con el permiso de las autoridades o la firma electrónica en el pedimento³⁸ que demuestre el descargo total o parcial del permiso antes de realizar los trámites del despacho aduanero;³⁹
- Importar o exportar mercancía prohibida;
- Extraer o intentar extraer bienes de los recintos fiscales⁴⁰ sin que se tenga la facultad legal para hacerlo;
- Desviar mercancías extranjeras de las rutas fiscales en el tránsito internacional o transportarlas en medios distintos a los autorizados para el tránsito interno o nacional;
- No acreditar la documentación aduanal necesaria para la estancia o posesión de las mercancías. De igual manera, no contar con los documentos sobre los trámites previos para la introducción o extracción de mercancías.

Además, existen supuestos en los que se presume que son cometidas las infracciones mencionadas.⁴¹ Las sanciones que prevé esta ley son multas que se determinan con base en los porcentajes de la evasión fiscal que se haya causado⁴² o en un intervalo fijo para que la autoridad administrativa decida.⁴³ Ante cada supuesto de infracción existe una multa específica.

En caso de que las autoridades aduaneras, durante los procesos de importación, se encuentren con mercancía ilícita, tienen la obligación de entregársela a las autoridades correspondientes.⁴⁴ En caso de violar derechos de autor u omitir el pago de las contribuciones necesarias, corresponde a la Procuraduría Federal de la República; en caso de no cumplir con las disposiciones sanitarias (pictogramas, leyendas en el empaquetado, reglas de etiquetado, entre otros), principalmente las mencionadas en la LGCT, se deberá hacer cargo la Cofepris.

El destino de las mercancías ilícitas es variado. La Ley Aduanera menciona, primero, la devolución de la mercancía o el traslado de la propiedad hacia el fisco federal. En el último caso, el SAT podrá determinar su destrucción, donación, asignación o venta, dependiendo de lo que determine la SCHC con la asesoría de un consejo especial.⁴⁵ Como se puede apreciar en el cuadro III, la medida administrativa que se ha tomado con mayor frecuencia

en el caso de productos de tabaco que no han cumplido con las disposiciones fiscales en los últimos años, es su destrucción.

Por último, si bien estas medidas administrativas son bastante variadas y específicas, lo único que se pretende en este trabajo es denotar su existencia, con la finalidad de dar a conocer las posibilidades que tienen las autoridades de sancionar administrativamente y de iniciar un proceso penal.

Regulación sobre la venta (venta por unidad y venta a menores de edad)

En la LGCT se encuentra un apartado específico que regula la venta, distribución, comercio y suministro de los productos derivados del tabaco. Dentro de éste se reglamenta, entre otros aspectos, la venta por unidad y la venta a menores de edad de esos productos. Sobre lo primero, la LGCT prohíbe todo tipo de comercio, venta, distribución o suministro de cigarros por unidad o de empaques que tengan menos de 10 gramos o 14 cigarros.⁴⁶ Sobre lo segundo, la LGCT prohíbe el comercio, venta, distribución o suministro a menores, además de la donación.⁴⁷

Todo lo relativo a los procesos administrativos de impugnación, los procesos de verificación y las medidas de seguridad en los cuales se basan las autoridades para determinar si se aplican sanciones o no, se encuentran en la Ley General de Salud ya que la LGCT expresamente remite a ella.⁴⁸ La autoridad encargada de realizar las actividades relacionadas con el control sanitario es la Comisión Federal para la Protección de Riesgos Sanitarios (Cofepris)⁴⁹ en ayuda de las autoridades estatales, mientras que los procesos de impugnación administrativos se llevan ante la Secretaría de Salud.

Medidas penales

Los delitos por los cuales se aplican medidas penales son el de contrabando, contrabando equiparado y falsificación de marcas (o piratería). Los dos primeros se encuentran regulados en el Código Fiscal de la Federación (CFF), mientras que el tercero se encuentra regulado en la Ley de Propiedad Industrial (LPI).

Definiciones de los delitos de contrabando y contrabando equiparado

El contrabando es un delito fiscal que prevé, en su forma original, sanciones a la importación o la extracción de mercancías del país cuando:

- No se paguen, de manera parcial o total, las contribuciones o cuotas compensatorias;
- Se haga sin el permiso de la autoridad competente; o
- La importación o extracción se encuentre prohibida.⁵⁰

Además, existen supuestos que hacen presuponer este delito.⁵¹ Ejemplo de esto son:

- El descubrimiento de mercancías extranjeras sin la documentación aduanera que acredite que las mercancías se sometieron a los trámites necesarios.
- La ausencia de justificación para mercancía que faltara o sobrara al efectuarse las descargas del transporte.
- El descubrimiento de mercancías extranjeras a bordo de una embarcación en tráfico mixto sin documentación alguna.⁵²

Por otro lado, el delito de contrabando equiparado se refiere a las conductas que no encuadran en la tipificación clásica del contrabando pero se considera que no deben quedar impunes y se sancionan con las mismas penas que el contrabando.⁵³ Algunas de estas conductas son:

- La enajenación, adquisición, el comercio o posesión de mercancía extranjera que no sea para uso personal, sin la documentación que compruebe su estancia legal en el país, o sin el permiso previo de la autoridad federal competente;⁵⁴
- La tenencia de mercancías extranjeras de tráfico prohibido;⁵⁵
- Si se trata del exportador o productor de mercancías, cuando certifique falsamente su origen con el objeto de que se importen bajo trato arancelario preferencial a territorio de un país con el que México tenga suscrito un tratado o acuerdo internacional;⁵⁶

- La introducción de mercancías a otro país desde el territorio nacional omitiendo el pago total o parcial de los impuestos al comercio exterior que en ese país correspondan.

Proceso penal para los delitos de contrabando y contrabando equiparado

Antes de iniciar cualquier tipo de acción penal en el caso de los delitos de contrabando y contrabando equiparado es necesario que la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) genere una querrela, declare al fisco federal que hubo un perjuicio (esto únicamente en el delito de contrabando y de robo en los recintos fiscales) y formule su declaratoria.⁵⁷⁻⁵⁹

Además, al tratarse de daños cuantificables, la SHCP deberá estimar el perjuicio dentro de la querrela o de la declaratoria. Así, la presentación de esta querrela es independiente de las posibles infracciones administrativas que pudieran estar en proceso. La finalidad de ésta es dar aviso al Ministerio Público Federal del delito para que éste inicie un proceso judicial en el cual se podrían establecer sanciones penales (privación de la libertad y determinados montos por el concepto de multa, dependiendo del perjuicio que haya sufrido el fisco federal).⁶⁰

Otro requisito para que pueda presentarse la querrela es que el monto de la omisión exceda \$123,440.00 pesos o el 10% de los impuestos causados (lo que sea mayor). De lo contrario, la SHCP no podrá generar su declaratoria y, por ende, no se podrá iniciar un proceso penal.⁶¹

Definición del delito de falsificación de marcas

El delito de falsificación de marcas reguladas por la ley se encuentra previsto en el artículo 223, fracción II, de la LPI. Éste se define simplemente como la falsificación, en forma dolosa y con el fin de especular comercialmente, de marcas que se encuentren protegidas por la ley. En la siguiente fracción se mencionan otros supuestos que están relacionados con este delito: también están sancionados la producción, almacenamiento, transportation, introducción al país, distribución o venta de productos falsificados. Asimismo, si se proveen materias primas o insumos para la producción de

esos productos y se sabe cuál es el fin, también se considerará un delito.

Proceso penal para los delitos relacionados con la falsificación de marcas

La primera característica que presentan estos delitos es que también inician su proceso judicial penal por querrela de la víctima o afectado.⁶² Además, para ejercer la acción penal es necesario que el Instituto Mexicano de la Propiedad Intelectual (IMPI) realice un dictamen técnico.⁶³ Independientemente de que se ejerza la acción penal, los afectados pueden ejercer una demanda por los daños y los perjuicios que sufrieron.⁶⁴

Un ente institucional que tiene una particular intervención en los procesos penales del delito de falsificación es el Servicio de Administración y Enajenación de Bienes (SAE). Éste se encarga no sólo de la recepción y administración de los productos que las autoridades decomisan,⁶⁵ sino que además debe encargarse de la destrucción de los productos procedentes por falsificación de marcas y realizar un expediente sobre ellos.⁶⁶

Por último, las sanciones que se pueden imponer a quien cometa este delito pueden variar de 3 a 10 años de prisión y multa de 2 mil a 20 mil días de salario mínimo general. Estas sanciones se establecen mediante el proceso judicial penal que inicia el Ministerio Público.

Discusión y conclusiones

Para evaluar la medida en la que el contrabando podría haber socavado las políticas para el control del tabaco, en particular los incrementos recientes del impuesto especial, es importante considerar la evolución del consumo y las pérdidas de recaudación originadas por la evasión. De acuerdo con las estimaciones presentadas en este estudio, el contrabando de cigarros pudo haber oscilado entre 10 y 29 millones de cajetillas entre 2009 y 2011, lo cual se traduce en una pérdida de recaudación de entre 132 y 613 millones de pesos. Sin embargo, según información agregada para todo el país, el consumo legal se redujo en más de 200 millones de cajetillas en ese mismo periodo.⁶⁷ Además, la recaudación por el impuesto especial aumentó en más de 6 mil millones de pesos en términos reales entre 2009 y 2011.

Las cifras de contrabando de cigarros presentadas en este estudio difieren en gran medida de las estimaciones de Euromonitor para México.⁶⁸ Euromonitor es una empresa que conduce investigación sobre el mercado de diversos productos, incluyendo los de tabaco, para varios países. Según datos publicados en el 2011, el comercio ilícito de cigarros para México se estimaba en 4.4% en 2006, 5.1% en 2007, 5.6% en 2008, 5.9% en 2009 y 6.1% en 2010. Sin embargo, en 2012 realizaron ajustes de manera que la información actualizada señala que el comercio ilícito de cigarros se ubicaba en 11.5% en 2006, 12.0% en 2007, 12.5% en 2008, 13.2% en 2009, 14.2% en 2010 y 21.8% en 2011. Esta no es la primera vez que Euromonitor ajusta estas estimaciones. Un reporte publicado en 2005, señalaba que el contrabando de cigarros en México se ubicaba en 11.6% en 2003 y 11.9% en 2004.⁶⁹ Pero en un reporte publicado cuatro años después, las estimaciones para esos dos años habían cambiado a 3.9% y 4.0%, respectivamente.⁷⁰ De acuerdo con información de la misma empresa, los cambios han obedecido a mejoras en sus fuentes de información y metodología, pero son justamente estos dos aspectos los que no explica claramente. Para el caso de México señala como fuente de información *Official statistics, trade associations, trade press, trade interviews, Euromonitor International estimates*, pero no proporciona más detalles y dentro de las entrevistas a expertos incluye a la industria del tabaco, la cual tiene incentivos a sobreestimar el problema del contrabando para evitar el avance en las medidas de control. Un estudio que analizó las estimaciones de Euromonitor para Sudáfrica también sostiene que su credibilidad es discutible y encuentra que los niveles y tendencias difieren de los que en él se calculan con base en información de encuestas.⁷¹ De cualquier manera, vale la pena resaltar que aún considerando las elevadas estimaciones de contrabando, Euromonitor señala que el consumo total de cigarros en México se ha reducido en poco más de 100 millones de cajetillas entre 2009 y 2011 y en poco más de 400 millones entre 2006 y 2011.

Otros métodos que se han propuesto para medir el contrabando, tales como comparar las ventas de productos de tabaco al menudeo con el consumo calculado con base en encuestas a hogares o con el consumo calculado con una fórmula matemática y la inferencia económica, no se utilizaron en el estu-

dio porque no se cuenta con información adecuada. En particular, no se tiene información disponible sobre las ventas totales al menudeo de cigarros. Tampoco se cuenta con información precisa sobre el consumo promedio de los fumadores ocasionales, los cuales son poco más de la mitad de los fumadores en México.⁷² Esto se debe en parte a la forma en la que se pregunta sobre consumo en las encuestas, pues se incluyen opciones de respuesta que no se refieren a un periodo específico,⁷³ pero también puede relacionarse con la dificultad que implica para los mismos fumadores calcular un consumo que realizan de manera irregular.

Una de las limitaciones de los cálculos basados en encuestas que aquí presentamos es que no permiten cuantificar con precisión la compra de cigarros de contrabando de marcas populares que sí cuentan con registro para su venta en México como Marlboro o Camel. Sin embargo, aún considerando esta limitación parece difícil que el contrabando de cigarros se sitúe por encima del 20% que calcula Euromonitor o que mencionan representantes de la industria del tabaco.⁷⁴ De cualquier manera, es necesario implementar medidas adecuadas para combatirlo, como sería la instalación de un sistema que permita el seguimiento y localización de los productos de tabaco. El protocolo sobre comercio ilícito de tabaco actualmente en discusión, contiene ésta y varias medidas más que podrían ayudar a combatir mejor este problema. Con todo, es importante que en México se empiece a trabajar en las estrategias desde ahora, pues la conclusión y ratificación del protocolo –si se logra– aún tomará un par de años. Para esto es fundamental la cooperación entre distintas instituciones del gobierno, pues si bien el contrabando de tabaco es un problema de salud pública, instituciones como el SAT y la PGR tienen más experiencia y capacidad para combatirlo.⁷⁵

En la segunda sección de este trabajo hablamos de la importancia de analizar la información sobre aseguramientos. Sin embargo, encontramos muchas deficiencias en la información proporcionada tanto por Aduanas como por la PGR. Entre otras cosas, sería conveniente homologar la forma en la que las instituciones reportan los aseguramientos. Un formato único, que permita especificar claramente las unidades de medidas, marcas, país de procedencia, destino de los productos, etc., podría resultar útil. Además, estas instituciones y otras

involucradas deberían poner a disposición del público información como la que solicitamos para este estudio en su sitio en internet, y sobre todo, deberían darle seguimiento y proveer un análisis propio sobre lo observado.

Referencias y notas

1. Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco de la OMS para el Control de Tabaco, Ginebra: OMS, 2003.
2. A mediados de 2007 la Conferencia de las Partes decidió comenzar la negociación de un protocolo sobre comercio ilícito de tabaco. La quinta reunión (la cual se prevé sea la última) se llevará a cabo en noviembre de 2012.
3. Artículo 1 del Convenio Marco de la OMS para el Control de Tabaco.
4. Artículo 15 del Convenio Marco de la OMS para el Control de Tabaco.
5. Shafey O, Eriksen M, Ross H, Mackay J. *El Atlas del Tabaco*, Atlanta: Bookhouse Group, Inc, 2009.
6. Ramos A. *Illegal trade in tobacco in Mercosur countries*, documento de trabajo del Centro de Investigación sobre la Epidemia de Tabaquismo (CIET), Montevideo: CIET, junio de 2009.
7. Merriman D. *Comprender, medir y combatir el contrabando de tabaco: Herramienta 7: contrabando*. Washington, DC: OPS/Banco Mundial, 2005. La definición del delito de contrabando en México, dada por el Código Fiscal de la Federación, se encuentra en el apartado 3.2.1.
8. Merriman D (2005). Además de los cuatro métodos descritos, también se contempla otro que consiste en examinar los datos sobre exportaciones e importaciones de tabaco. Como las exportaciones generalmente no están sujetas al pago de impuestos, se espera que éstas se registren de manera más exacta que las importaciones. Sin embargo, es un método que funciona mejor para estudiar la situación a escala mundial o regional.
9. Se puede ver más información sobre la GATS en: Organización Panamericana de la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. *Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos, México 2009*. Cuernavaca (México): Instituto Nacional de Salud Pública, 2010. Coeditado con la Organización Panamericana de la Salud, 2010.
10. Se puede ver más información sobre la encuesta ITC en: Fong GT, Cummings KM, Borland R, et al. The conceptual framework of the International Tobacco Control Policy Evaluation Project. *Tob Control* 2006; 15(Supp 3): iii3-11. La encuesta ITC México se aplica a una cohorte de fumadores, es decir, en cada medición se busca entrevistar a los mismos individuos, aunque a algunos no se les puede recontactar. En este estudio incluimos todas las observaciones de 2010 sin importar si pudieron recontactarse en 2011 o no. También se utilizaron todas las observaciones de 2011, incluyendo observaciones de individuos que se añadieron al estudio en ese año para compensar las pérdidas por falta de recontacto.
11. Según la Resolución Miscelánea Fiscal de 2009 (apartado II.6.29), si los productores o importadores de tabacos labrados querían lanzar al mercado marcas distintas a las clasificadas en el anexo 11, debían asignar una nueva clave y presentarla ante la Unidad de Política de Ingresos de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público con quince días de anticipación a la primera enajenación al público.
12. Se puede consultar más información sobre los impuestos a los productos de tabaco en México en: Waters H, Sáenz de Miera B, Ross H, Reynales-Shigematsu LM. *La economía del tabaco y los impuestos al tabaco en México*. París: Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias, 2010; Sáenz de Miera Juárez B, Jiménez Ruiz JA, Reynales-Shigematsu LM. La economía del tabaco en México. Cuernavaca: INSP, 2007. También se puede consultar el artículo de esta publicación "Impuestos al tabaco en México: análisis del periodo 2006-2012".
13. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones 2011, la mitad de los fumadores compraron cigarros Marlboro la última vez que

- adquirieron cigarros para ellos mismos (50.5%, IC95%: 48.0-53.1); un 11% adicional (IC95%: 9.7-12.3) compró Marlboro blancos (estimaciones propias).
14. Waters H, Sáenz de Miera B, Ross H, Reynales-Shigematsu LM. *La economía del tabaco y los impuestos al tabaco en México*. París: Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias, 2010.
 15. Ver en este libro Sáenz de Miera Juárez B. Impuestos al tabaco en México: análisis del periodo 2006-2012.
 16. De acuerdo con la GATS, había 10.7 millones de fumadores actuales de cigarros de 15 años y más en el país, en 2009 (estimaciones propias).
 17. De acuerdo con la ENA, había 17.3 millones de fumadores activos de 12 a 65 años en el país, en 2011 (estimaciones propias).
 18. Shafey O, Eriksen M, Ross H, Mackay J. *El atlas del tabaco*. Atlanta: Bookhouse Group, Inc, 2009.
 19. Ramos A. *Illegal trade in tobacco in Mercosur countries*, documento de trabajo del Centro de Investigación sobre la Epidemia de Tabaquismo (CIET), Montevideo: CIET, junio de 2009.
 20. World Customs Organization. *Customs and Tobacco Report 2010*. Bruselas: World Customs Organization, 2011.
 21. Artículos 103 a 106 del Código Fiscal de la Federación.
 22. Artículo 223 de la Ley de Propiedad Industrial.
 23. Artículos 7 a 29 del RLGCT.
 24. De acuerdo con el artículo 9 del Reglamento de la LGCT, esta licencia no es exclusiva de los importadores de tabaco, sino también de los productores y fabricantes de estos productos.
 25. Artículos 9 y 15.
 26. Artículo 16 del RLGCT.
 27. Artículo 14 del RLGCT, fracción I: solicitud debidamente requisitada, en su caso original o copia certificada del acta constitutiva, acreditación de personalidad jurídica, carta de representación o distribuidor legalmente validada en su caso, registro federal de contribuyentes, comprobante de pago de derechos en la forma autorizada por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público
 28. Artículo 14 del RLGCT, fracción II: instalaciones adecuadas que aseguren la higiene, el orden, la seguridad en el desarrollo de las actividades, el proceso de fabricación o de almacenamiento de los productos del tabaco, el control de procesos de acuerdo a sus actividades y la documentación respectiva, en los términos que establezcan las normas correspondientes.
 29. Los requisitos que impone el artículo 20 del RLGCT son: 1) Constancia expedida por la autoridad competente del país de origen en el que se indique que el producto de tabaco fue fabricado en el país de origen, su composición fisicoquímica, el lugar de procedencia, con vigencia por lote o por certificado de libre venta que mencione que se consume este producto sin restricción en el país de origen; 2) Copia de licencia sanitaria del establecimiento; 3) Original de la etiqueta de origen; 4) Original de la etiqueta con la que se comercializará en México; 5) Comprobante de pago de derechos.
 30. Los requisitos de la solicitud, de acuerdo con el artículo 26, son: 1) Copia del pedimento de exportación; 2) Factura de exportación con la cantidad, el nombre y domicilio, completo del destinatario; 3) Carta de rechazo emitida por la autoridad competente en la cual se indique el motivo; 4) Carta del importador donde indique cantidad, destino, uso del producto y lote; 5) Etiquetas con la que comercializará el producto en México, en su caso, 6) Comprobante del pago de derechos.
 31. Artículo 48 de la LGCT. Las multas pueden variar desde cuatro mil hasta diez mil veces el salario mínimo general diario vigente en la zona económica de que se trate.
 32. Artículo 23 del RLGCT.
 33. Estas son las medidas de seguridad que establece la Ley General de Salud en su artículo 404, principalmente.
 34. Las que mencione el artículo 48.
 35. Artículo 70 del Código Fiscal de la Federación.
 36. Artículo 176 de la Ley Aduanera.
 37. Se le llama cuotas compensatorias a aquellas que se aplican a las mercancías importadas en condiciones de discriminación de precios o de subvención en su país de origen, conforme a lo establecido en la Ley de Comercio Exterior, artículo 3, fracción III.
 38. El pedimento aduanal es un comprobante fiscal con el que se demuestra que se han pagado todas las contribuciones ante la autoridad aduanera por la entrada y/o salida de mercancías hacia o desde el territorio nacional.
 39. Estas se encuentran reguladas, principalmente, en la Ley de Comercio Exterior.
 40. Los recintos fiscales son aquellos lugares en donde las autoridades aduaneras realizan indistintamente las funciones de manejo, almacenaje, custodia, carga y descarga de las mercancías de comercio exterior, fiscalización, así como el despacho aduanero de las mismas. Artículo 14 de la Ley Aduanera.
 41. Se encuentran en el artículo 177. Estos supuestos son ejemplos de hechos que en si no presentan ningún tipo de ilícito y, por ende, ningún tipo de sanción, pero que representan ciertas sospechas, pues se pueden asociar o actuar como mecanismos para cometer alguna infracción de las que regula el artículo 178. Sólo por mencionar algunas: el descargo oculto o subrepticio de mercaderías extranjeras, la introducción de mercancías ocultas para que pasen inadvertidas, o la introducción por lugares no autorizados.
 42. Fracciones I, II, IV, V, VI VII, VIII, IX, X del artículo 178 de la Ley Aduanera.
 43. Fracción III de artículo 178 de la Ley Aduanera.
 44. Artículo 156 de la Ley Aduanera.
 45. Esto lo menciona el artículo 145 de la Ley Aduanera. El consejo será integrado por instituciones filantrópicas y representantes de las cámaras y asociaciones de contribuyentes interesadas en la producción y comercialización de estas mercancías, en este caso, productos derivados del tabaco.
 46. Artículo 16, fracción I, de la LGCT.
 47. Artículo 17, fracción I, de la LGCT.
 48. Artículo 55 de la LGCT.
 49. Reglamento de la Comisión Federal para la Protección de Riesgos Sanitarios. Artículo 3, fracción I, inciso f.
 50. Artículo 102, fracciones I, II y III del CFF.
 51. Artículo 103 del CFF.
 52. Artículo 103, fracciones I, III, VI.
 53. Esto se encuentra regulado en el artículo 105 del CFF, además de que la jurisprudencia le ha otorgado el nombre de "contrabando equiparado" a los supuestos que contiene dicho artículo. En el caso de la fracción primera se presenta la siguiente jurisprudencia: "Contrabando equiparado previsto en el artículo 105, fracción I, del Código Fiscal de la Federación. no se configura esta hipótesis delictiva tratándose de vehículos de motor (legislación vigente a partir del 1 de enero de 2004)", registro 176349, localización: novena época, instancia: Tribunales Colegiados de Circuito.
 54. Fracción I del artículo 105 del CFF.
 55. Fracción IV del artículo 105 del CFF.
 56. Fracción X, artículo 105 del CFF.
 57. El delito de robo en los recintos fiscales se tipifica en el artículo 115 del CFF.
 58. Se debe recordar, primero, que la fracción I del delito de contrabando menciona la omisión de pago de impuestos para configurar el delito. Ahora bien, sobre esta omisión es que se debe hacer la estimación del perjuicio.
 59. Artículo 92 del CFF. El artículo 102 menciona excepciones específicas en las que no se debe formular la querrela.
 60. Las sanciones y los montos los establece el artículo 104 del CFF.
 61. Existen otros supuestos relativos al monto omitido que se encuentran regulados en el artículo 102 del CFF.
 62. Artículo 223 de la LPI.
 63. El ejercicio de la acción penal se refiere a la facultad que tiene el Ministerio Público para presentar ante el juez la acreditación del

- cuerpo del delito y un probable responsable sobre los cuales éste resolverá si procede la acusación o no.
64. Esto lo prevé el artículo 226 de la LPI. Menciona que para que se puedan configurar los daños y perjuicios en ningún caso deberán ser inferiores al 40% del precio de venta al público de cada producto o de la prestación de servicios. Ver también artículo 221 Bis de la LPI.
 65. Artículo 182 del Código Federal de Procedimientos Penales.
 66. Artículos 70 y 72 de la Ley Federal de la Administración y Enajenación de Bienes.
 67. Ver más sobre la evolución del consumo de cigarros en los últimos años en el artículo de esta publicación "Impuestos al tabaco en México: análisis del periodo 2006-2012".
 68. Base de datos en internet de la empresa Euromonitor.
 69. Euromonitor. Tobacco in Mexico. Junio 2005.
 70. Euromonitor International. Tobacco in Mexico. Octubre 2009.
 71. Blecher E. A mountain or a molehill: is the illicit trade in cigarettes undermining tobacco control policy in South Africa? *Trends Organ Crim*, 2010.
 72. De acuerdo con la GATS 2009, el 52% de los fumadores actuales fuma ocasionalmente. De acuerdo con la ENA 2011, el 59% de los fumadores activos fuma ocasionalmente.
 73. Por ejemplo, en la ENA se pregunta a los fumadores activos "¿Cuántos cigarros fuma y con qué frecuencia...?", con opciones de respuesta diario, semanal, mensual, ocasional, al menos una vez al año, y no sabe/no contesta.
 74. Ver, por ejemplo, la nota del periódico *Milenio* (versión Online) del 26 de septiembre de 2011 bajo el titular "Entra México al top 5 de ilegalidad en cigarros".
 75. Liberman, *et al.*, 2011.

Comercio ilícito de tabaco entre México y Estados Unidos

John W Colledge⁽¹⁾

Hay muchas noticias no corroboradas circulando en varios sitios del internet sobre el contrabando del tabaco desde México a Estados Unidos. Parece ser que la fuente común de muchas de estas noticias es la misma: un informe del Centro Mackinac titulado *Impuestos sobre cigarros y el contrabando: un análisis estadístico y reseña histórica*, que describió a México como el país de origen de los productos del tabaco y contrabando hacia Estados Unidos.¹

Los autores del informe Mackinac alegan que entre 8 y 10 por ciento de los cigarros de contrabando en California, Texas, Nuevo México y Arizona fueron pasados de contrabando desde México.¹ Los autores no proporcionaron las fuentes de los datos.

El informe no proporciona ningún ejemplo de contrabando “informal” u organizado desde México a Estados Unidos.* Es común que los con-

sumidores diurnos crucen la frontera internacional de México, compren productos del tabaco y otras mercancías, y regresen a Estados Unidos.

De hecho, el plazo de viaje de 48 horas que típicamente se requiere para las importaciones libres de impuestos no se aplica a los consumidores diurnos residentes de Estados Unidos. “Si usted es residente de Estados Unidos que regresa del extranjero con artículos adquiridos con el propósito de solicitar una exención arancelaria personal. Si usted está volviendo de México, la regla de 48 horas no se aplica”.²

La capacidad de los residentes estadounidenses de cruzar la frontera internacional, o en algunos casos de simplemente visitar las tiendas libres de impuestos en la frontera, hacer compras y regresar con productos del tabaco el mismo día, frustra los esfuerzos tributarios estatales en Estados Unidos.

En el 2010, el Centro de Políticas Públicas Mackinac hizo público un segundo informe titulado: *Los impuestos sobre cigarros y el contrabando, 2010; una actualización de investigaciones anteriores*.³ En este informe, los autores declararon:

* El contrabando “informal”, un término usado en el Informe Mackinac, se utiliza comúnmente en la literatura de control de tabaco europea y en los informes del gobierno del Reino Unido. El término erróneo y que se puede interpretar de muchas formas.

(1) Asesor contra el tráfico ilícito. Colledge es un investigador jubilado de supervisión criminal del Servicio de Aduanas de Estados Unidos. Colledge llevó a cabo investigaciones de contrabando internacional del tabaco, dirigió el Programa Internacional de Contrabando del Tabaco, representó como delegado a Estados Unidos en el Grupo Pericial de Contrabando de Cigarros de la Organización Mundial de Aduanas y en el antiguo subgrupo del crimen organizado del G-8 Lyon. Colledge aporta servicios de asesoría en varios asuntos de fraude comercial incluyendo el protocolo sobre comercio ilícito del tabaco del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco. Colledge ha testificado sobre asuntos de contrabando del tabaco ante las comisiones de la Cámara de Representantes de Estados Unidos y de la asamblea estatal de Nevada

...Tal como en el análisis previo, México tuvo un papel considerable en el nivel estimado de contrabando en cuatro estados: Arizona, Nuevo México, California y Texas. Es más, casi el 24 por ciento del consumo de cigarrillos en el estado de Nuevo México se estima ser originado en México.³

Una vez más, los autores no proporcionaron las referencias de los datos usados para definir “el papel considerable” ni las grandes cantidades de cigarrillos que alegaron haberse originado en México.

Es importante reconocer que estos informes a menudo se reportan a legisladores estatales y a los medios de comunicación en los estados en que se plantea un aumento de impuestos en Estados Unidos; sin embargo, los informes se han publicado por lo menos en un foro internacional. Los medios de comunicación hacen mucho énfasis en los temas del informe que afirman que el incremento de los impuestos provoca el contrabando o un aumento del mismo y otras consecuencias imprevistas como otros tipos de delincuencia.

La “reseña histórica” mencionada en el título del primer informe Mackinac carecía de varios aspectos. Los autores omitieron los datos sobre las importantes tendencias históricas del contrabando, metodologías, particularmente al relacionar la función de los grandes fabricantes del tabaco.

¿Qué sabemos del comercio ilícito del tabaco entre México y Estados Unidos?, no es un problema reciente y la información histórica ha demostrado que la mayoría de las veces Estados Unidos ha sido el país que lo origina.

La referencia más antigua que encontré fue tomada de las *Memorias personales de US Grant*, teniente general del ejército y expresidente de Estados Unidos. En septiembre de 1845, el entonces teniente general se encontraba en Corpus Christi (Texas). Aquí están algunos de sus comentarios:

... Había además un pequeño puesto comercial fronterizo en la que se vendían mercancías a los contrabandistas mexicanos. Todas las mercancías eran introducidas en bultos compactos de más o menos cien libras cada uno, los cuales eran conve-

nientes para cargar en las mulas. Dos de estos bultos bastan para una mula mexicana y tres [de ellos] para las [mulas] de mayor tamaño. La mayoría del comercio era de hoja de tabaco, ropa doméstica y tejidos de algodón... El comercio del tabaco era enorme, considerando la población que abastecer. Casi todos los mexicanos mayores de 10 años de edad, y muchos aún más jóvenes, fumaban cigarrillos. Casi todos los mexicanos llevaban una bolsa con hojas de tabaco, pulverizado enrollándolo entre las manos, y un rollo de hojas de maíz para hacer envoltorios. Los fumadores hacían los cigarrillos a medida que los usaban.

Hasta la fecha en que escribo, y por años después –creo que hasta la administración del presidente Juárez– el cultivo, la manufactura y la venta del tabaco representaban un monopolio del gobierno, y pagaban la mayoría de las rentas públicas recaudadas de fuentes internas. El precio era exageradamente alto, y hacía que el contrabando fuera muy lucrativo. La dificultad en conseguir tabaco probablemente es la razón por la que todos, hombres y mujeres, lo usaban en aquel entonces.⁴

En 1994, unos 149 años después de las observaciones del teniente Grant en Texas, otra operación importante del contrabando del tabaco llamó la atención del gobierno de Estados Unidos en Nueva Orleans, Luisiana. Esta vez la empresa del tabaco Brown y Williamson, asentada en Louisville, Kentucky era uno de los sospechosos.⁵ La frontera internacional en Texas fue nuevamente el lugar del contrabando y actividades relacionadas.

La investigación alrededor de Brown and Williamson empezó como una investigación de su participación en proporcionar a proveedores navales grandes cantidades de cigarrillos de marca canadiense que finalmente fueron pasados de contrabando a Canadá en contra de las leyes de Canadá y de Estados Unidos. Los investigadores se enteraron de que Brown y Williamson también se ocupaba de pasar cigarrillos de contrabando a México y de sobornar a funcionarios mexicanos para que facilitaran el contrabando.

Una copia de una declaración jurídica para una orden de cateo relacionada con esa investigación fue encontrada en la página web del Centro de

Integridad Pública.*⁵ Según la declaración jurídica, la empresa Brown y Williamson mantuvo un despacho en San Antonio, Texas conocido como la División de Mercados de Especialidades (Specialty Markets Division) que coordinaba ventas ilegales a México.⁵

La declaración jurídica afirmó que Brown y Williamson vendían grandes cantidades de cigarrillos a “almacenes libres de impuestos” a lo largo de la frontera entre Texas y los estados mexicanos colindantes en donde los cigarrillos se vendían como mercancías de exportación, de este modo evitando los impuestos internos estadounidenses y texanos.⁵ Los deponentes declararon que el personal de Brown y Williamson pagaban “incentivos de ventas,” sobornos, a varios funcionarios mexicanos para que facilitaran el contrabando de los productos del tabaco de Brown y Williamson de Estados Unidos a México.⁵

Cinco años después, otra operación más importante de contrabando del tabaco, incluyendo el contrabando desde Estados Unidos hacia México, una desviación del sistema de “depósito aduanero o libre de impuestos” (*in-bond or duty-free*) de las Aduanas de Estados Unidos y cigarrillos falsificados e introducidos por contrabando desde China al mercado de Estados Unidos, fue descubierto por investigadores del Servicio de Aduanas de Estados Unidos en El Paso, Texas.

El Centro de Integridad Pública publicó una serie de relatos del contrabando del tabaco en el 2008 como parte del Tobacco Underground; The Booming Global Trade in Smuggled Cigarettes (*El tabaco clandestino: el floreciente comercio mundial de cigarrillos de contrabando*). Uno de estos relatos

fue titulado: The Guy in A Wheelchair: How an El Paso Smuggler Moved A Half-Billion Cigarettes Across America (El individuo en silla de ruedas: como un contrabandista de El Paso trasladó 500 millones de cigarrillos a Estados Unidos).⁶

Los delincuentes en este caso estaban pasando cigarrillos y bebidas alcohólicas de contrabando a México por el puerto de entrada de Ciudad Juárez. La organización utilizó camiones con compartimientos falsos, sobornó por lo menos a un funcionario mexicano, y se aprovechó de las debilidades del sistema de depósito aduanero o libre de impuestos de las aduanas estadounidenses.*

La acusación, en este caso resaltó cómo la organización utilizó los puntos débiles del sistema de depósito aduanero o libre de impuestos para evitar el pago de impuestos estadounidenses sobre los cigarrillos que fueron sacados de la custodia aduanera con documentos falsos y finalmente pasados por contrabando hacia México.⁷ Los documentos falsos incluían documentos mexicanos de importación y exportación conocidos como “Pedimentos”.⁷ En la sección de definiciones y antecedentes de la acusación, se presentó la siguiente declaración de antecedentes:

La República de México tiene estrictos requisitos para la importación de cigarrillos. Según las aduanas mexicanas, un importador de cigarrillos a México está obligado a tramitar una solicitud y que sea aprobada por el gobierno de México. El importador tiene que pertenecer al listado de censo de importadores. Las aduanas mexicanas tienen una lista autorizada de puertos de entrada para cigarrillos. La lista incluye los siguientes puertos: Cancún, Ciudad Hidalgo, Colombia, Manzanillo, Nuevo Laredo, Subteniente López, Tijuana, Veracruz y el Aeropuerto Internacional de México.

Ciudad Juárez no es un puerto de entrada autorizado para cigarrillos. Todos los cigarrillos importados a México están sujetos a un impuesto de aproximadamente doscientos cincuenta por ciento (250%).⁷

* No pude confirmar la autenticidad de la declaración hallada en la página web del Centro de Integridad Pública, CPI. Estaba familiarizado con algunos aspectos de esta investigación como exinvestigador criminal del Servicio de Aduanas de Estados Unidos y gerente del Programa Nacional. La declaración era en formato PDF, nombrado “Attachment D Affidavit,” y contenía la hoja de firma con las firmas de los dos declarantes y el juez magistrado federal, fechado el 9 de enero del 1995. No había un número de caso ni de archivo en ninguna página de la declaración. Es más, conozco a uno de los reporteros asociados con las investigaciones de contrabando de tabaco y con los informes redactados por el DPI. No pude confirmar con el auxiliar de la Corte Federal del Distrito Occidental de Kentucky que una orden federal de cateo fuera expedida para la Torre Brown and Williamson con el número de magistrado federal 395MJ4 el 9 de enero del 1995 por el Juez Magistrado Federal Gambill. Los archivos del magistrado federal se destruyeron después de cinco años. Al momento, no tengo motivo para dudar la autenticidad del documento.

* Como gerente del Programa Nacional para el Contrabando Internacional de Tabaco cuando esta investigación inició. Recibí informativos acerca de esta investigación con regularidad, me reuní con los investigadores y los fiscales e informé al personal de la oficina central de Aduanas sobre esta investigación hasta mi salida de la oficina central de Aduanas en octubre del 2002.

A pesar de que este caso fue uno de los más significativos de contrabando del tabaco que jamás se ha visto, como se notó en el relato del Centro de Integridad Pública, fue desacreditado cuando una fuente clave del caso fue ligada a asesinatos relacionados con el narcotráfico en Ciudad Juárez. Esto tuvo como resultado una serie de convenios jurídicos, en la que los delincuentes recibieron sentencias menores.⁶

En mayo del 2004, la Oficina de Responsabilidad Gubernamental (Government Accountability Office) del Congreso de los Estados publicó un reporte titulado: *Cigarette Smuggling; Federal Law Enforcement Efforts and Seizures Increasing (El contrabando de cigarros: Incremento de los esfuerzos de aplicación de la ley federal y decomisos)*. El reporte incluyó a México como un país originario de cigarros que pasan de contrabando a Estados Unidos, basándose en información recibida de la Agencia de Alcohol, Tabaco, Armas de fuego y el Servicio de Inmigración y Control de Aduanas de Estados Unidos (Bureau of Alcohol, tobacco and Firearms and US Immigration and Customs Enforcement).⁸ No había referencias para la inclusión de México en la lista de países originarios.

Mientras asistía al Foro de timbres fiscales tres (Tax Stamp Forum 3) en Washington, DC del 13 al 14 de septiembre del 2011, tuve la oportunidad de discutir con mucha gente sobre del comercio ilícito del tabaco, incluyendo Anthony Forschino, director asistente del Departamento de Rentas Públicas de Arizona (Assistant Director, Arizona Department of Revenue). Forschino no estaba enterado de ningún tipo de contrabando de productos del tabaco significativo de México a Estados Unidos.⁹

En conclusión, la campaña de información errónea emprendida por la industria tabacalera y sus sustitutos definió y controló las discusiones en cuanto al comercio ilícito del tabaco, incluyendo el comercio ilícito entre México y Estados Unidos. Los informes del Centro Mackinac son ejemplos de los documentos utilizados comúnmente para definir y distorsionar los fundamentos de los hechos reales del comercio ilícito entre México y Estados Unidos.

El contrabando del tabaco entre México y Estados Unidos no es un asunto nuevo. La mayoría de la información del dominio público sugiere

claramente que Estados Unidos ha sido el país originario de comercio ilícito con más frecuencia que México.

El contrabando presenciado por el expresidente Grant cuando era un joven oficial militar, ocurrió durante una época en la que había muy poco control fronterizo entre los dos países.

El control fronterizo ha mejorado hoy en día, sin embargo no es perfecto. La corrupción, sistemas inadecuados de importación, exportación, y control de productos libres de impuestos han dado y siguen dando oportunidades para pasar contrabando, incluyendo productos del tabaco, entre los dos países. Estos defectos se encuentran en los dos lados de la frontera, a pesar de la retórica política estadounidense diciendo lo contrario.

El expresidente Grant también notó que un nivel alto de impuestos en México sirvió como estímulo para el contrabando en 1845. Además, en el año 2000, el impuesto de 250% sobre productos del tabaco en México resultó en grandes ganancias para los contrabandistas. En los últimos cinco años, el incremento de los impuestos internos estatales y federales sobre los productos del tabaco resultan en ganancias significativas en el contrabando del tabaco al interior de los Estados Unidos y una desviación desde estados de bajos impuestos a estados de altos impuestos. El incremento reciente del impuesto al tabaco en México también proporcionará aún más incentivos para pasar productos del tabaco de contrabando a México.

Desafortunadamente, los defensores de los aumentos de impuestos muchas veces no incluyen leyes de aplicación adecuadas, dotación de personal, recursos financieros y lo ideal, un sistema de marca que habilitara el rastreo de productos del tabaco. Los mecanismos de aplicación de la ley deben acompañar un aumento de impuestos para proteger el flujo de rentas públicas. La inadecuada aplicación de la ley o la falta de aplicación, da la oportunidad para actividad criminal organizada. Estas deficiencias dan aún más oportunidades para la industria tabacalera y a sus sustitutos de definir y controlar el discurso sobre el comercio ilícito.

Otro factor en esas discusiones ha sido “los cigarros falsificados,” es decir los cigarros que llevan marcas registradas falsificadas. Los productos falsificados encontrados en El Paso en el año 2000 eran rudimentarios en comparación con los

de hoy. Aunque este acceso es legal e integrado a la ley internacional, ha permitido que definan el comercio ilícito del tabaco en términos suyos.

Muchos fabricantes ilegales, inclusive los falsificadores, compran papel de liar, filtros, tabaco en hoja y equipo de manufactura de las mismas fuentes que los grandes fabricantes y otros dueños de marcas registradas. El volumen de falsificación a principios del año 2000 proporcionó a la industria tabacalera la manera de obtener acceso a una amplia gama de agencias de orden público al buscar protección de sus marcas, lo que muchas veces provocó que los esfuerzos de aplicación de la ley y los escasos recursos se enfocaran en esfuerzos de antifalsificación en vez de la aplicación de las leyes tributarias.

El combate al comercio ilícito es complicado. El tabaco es un producto legal, pero por siglos ha sido contrabandeadado para eludir los monopolios gubernamentales y los altos impuestos. Es mucho lo que está en juego para los gobiernos de México y de Estados Unidos. Tienen el derecho soberano de imponer impuestos, pero con ese derecho viene la responsabilidad de proteger el flujo de la renta pública.

Referencias

1. Lafaive Michael, Fleenor Patrick, Nesbitt Todd, Cigarette Taxes and Smuggling: A Statistical Analysis And Historical Review, Mackinac Center for Public Policy, Midland, Michigan, 2008 [consultado 2011 octubre 30]. Disponible en: <http://www.mackinac.org/10005>
2. Importaciones libres de impuestos, regalos, US aduanas y fronteras (Duty-free exemption, Gifts, US Customs and Border Protection) [consultado 2011 octubre 30]. Disponible en: https://help.cbp.gov/app/answers/detail/a_id/454/~/-/importaciones-libres-de-impuestos-excepción,-gifts
3. Lafaive Michael and Nesbitt Todd, Cigarrillos Texas y contrabando (Cigarette Taxes and Smuggling) 2010; Una actualización de investigaciones previas, Mackinac Center for Public Policy, Midland, Michigan, 2010 [consultado 2011 octubre 30]. Disponible en: <http://www.mackinac.org/14210>
4. Memorias personales de US Grant (Grant, US, Personal Memoirs of US), edited by: Long, FB, Da Capo Press, segunda edición. Cambridge, MA, 2001:28-29.
5. Declaraciones jurídicas, búsqueda y captura orden judicial (Search and Seizure Warrant) [consultado 2011 octubre 31]. Disponible en: http://projects.publicintegrity.org/docs/Tobacco/tob_affidavit_1.pdf
6. Wilson Kate. The Guy in A Wheelchair; How an El Paso Smuggler Moved A Half-Billion Cigarettes Across America. Center for Public Integrity, Washington. 2008 [2011 octubre 31]. Disponible en: <http://www.publicintegrity.org/investigations/tobacco/articles/entry/715>
7. United States of America, Plaintiff, v. Jorge Abraham, also known as (aka): George, aka: Jorge Abraham Garcia, et al., EPO03CR2294, Filed 2003 DEC 11 PM 1:50, United States District Court Western District of Texas.
8. General Accountability Office. Cigarette Smuggling; Federal Law Enforcement Efforts and Seizures Increasing. Washington. May 2004, Report 04-641.
9. Colledge III, John W., Interview of Anthony Forschino, Assistant Director, Arizona Department of Revenue, Washington. 2011 septiembre 13-14.

Estrategias de la industria tabacalera en México para interferir en las políticas de control del tabaco

Ángela Guerrero Alcántara,⁽¹⁾ Alejandro Madrazo Lajous⁽²⁾

El 12 de mayo de 2004 el presidente Vicente Fox publicó en el *Diario Oficial de la Federación (DOF)* el decreto del Senado con el que México ratificó el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco (CMCT OMS). El objetivo del convenio, vigente desde entonces, consistió en comprometer a los países signatarios a instrumentar políticas públicas encaminadas a controlar la epidemia mundial de tabaquismo.¹ Por su parte, la industria tabacalera (IT) ha desplegado diversas estrategias para entorpecer la aplicación del CMCT OMS en distintos países.² América Latina ha sido una región relevante en este proceso, pues el tamaño actual del mercado, su potencial de crecimiento y la debilidad estructural de las instituciones estatales de la región permiten que las estrategias de la IT sean más efectivas y redituables que las desplegadas en las economías desarrolladas.³

Dada la importancia del mercado nacional del tabaco, México ha sido uno de los países prioritarios para la IT internacional.⁴ La implementación cabal del CMCT OMS en nuestro país resulta estratégica tanto para la región como para el esfuerzo mundial por consolidar políticas de control del tabaco.⁵

Las políticas previstas por el CMCT OMS no han sido cabalmente implementadas, inclusive en

su versión mínima, a pesar de haber transcurrido más de ocho años desde que México ratificó el CMCT OMS* a la fecha.⁶ La interferencia de la IT se ha intensificado a partir de la firma del CMCT OMS en 2003. Ya desde 1997, cuando por primera ocasión el partido en el gobierno perdió la mayoría legislativa, la IT se adaptó al cambio político en México al identificar los nuevos puntos de veto en la cadena de elaboración de las políticas públicas.⁷ A partir de entonces, la IT ha desplegado múltiples estrategias para influir en el diseño de la política de control de tabaco.⁷ De este modo, ha conseguido alterar y retrasar la promulgación de un marco regulatorio que adopte plenamente las políticas del CMCT OMS y sirva como fundamento para una política pública eficaz en esta materia.

Los resultados de la investigación se lograron a partir de un estudio cualitativo donde se detalla la identificación de actores, conceptos y variables clave necesarios para comprender en qué consisten los instrumentos de control de tabaco. Se identificaron cinco grupos clave: 1) cabilderos, 2) representantes de organizaciones civiles, 3) funcionarios públicos a favor del control de tabaco,

*México firmó el tratado en 2003 y lo ratificó en 2004.

(1) Área de Control de Substancias del Programa de Derecho a la Salud del Centro de Investigación y Docencia Económica. México

(2) Programa de Derecho a la Salud, División de Estudios Jurídicos del Centro de Investigación y Docencia Económica. México

4) funcionarios públicos en contra del control de tabaco y 5) asesores jurídicos. Una vez ubicados, se construyeron cuestionarios semiestructurados para cada una de las categorías encontradas con tres grupos de información: 1) actividad que realiza, 2) relación con la IT o el gobierno, 3) impacto de las estrategias de interferencia y recomendaciones.

Posteriormente, se recabó información y se realizó una revisión bibliográfica sobre las estrategias de interferencia de la IT en otros países. Se revisaron convenios internacionales firmados y ratificados por México; se rastreó la modificación del marco regulatorio mexicano en materia de impuestos al tabaco y de legislación de salud y se consultaron los archivos de las gacetas parlamentarias de las dos cámaras legislativas a nivel federal. Terminado este proceso, se realizaron diez entrevistas confidenciales a legisladores, integrantes de la sociedad civil y cabilderos de la IT. Se identificaron los tipos, las esferas de incidencia y el número de estrategias que la IT ha desplegado durante la última década. De esta forma, se definieron las estrategias de la IT sobre las instituciones del Estado mexicano y cómo respondió éste a los objetivos de la industria. Finalmente se analizaron los resultados obtenidos y se exploraron las implicaciones políticas y sociales derivadas de la investigación en este último sexenio.

Dada la naturaleza no pública de muchas de las actividades relacionadas con el cabildeo y las estrategias de la IT, es difícil generar datos que permitan conocer con amplitud los alcances y las características de dichas actividades, por lo que en parte éstas se han inferido. El lector debe tomar en consideración este aspecto.

Discusión

Se identificaron cinco momentos clave para el control de tabaco en México entre los años 2004 y 2010. Cada uno constituye un proceso en el cual han intervenido diversos actores formales (institucionales) e informales (actores independientes o individuales) en un periodo determinado de tiempo. Los momentos son: a) La firma del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en 2003, y la ratificación del mismo en 2004; b) El acuerdo entre el poder Ejecutivo federal y la IT comúnmente

conocido como “un peso por cajetilla”, firmado en 2004, el cual fijaba por mutuo acuerdo la regulación de los productos derivados del tabaco y establecía el acuerdo común de evitar la imposición de nuevos o mayores impuestos al tabaco;⁸ c) La aprobación y promulgación de la Ley General para el Control del Tabaco (en adelante, LGCT) en 2008 que contenía, entre otras, las siguientes medidas: la prohibición para la industria de regalar y vender cigarros en unidades sueltas; la separación física –aislamiento mediante barreras físicas y sistemas de ventilación– entre espacios de fumadores y no fumadores en espacios públicos y la prohibición de fumar en áreas de trabajo; la inclusión de pictogramas en las cajetillas de cigarros en 30% de la cara anterior; la restricción –pero no la eliminación– de la publicidad del tabaco entre otras; d) La aprobación de un esquema de alza gradual de impuestos establecido en la Ley del Impuesto Especial sobre Producción y Servicios (en adelante, IEPS), en 2009, y e) el aumento adicional en el precio de las cajetillas para 2011 el cual correspondió a un incremento del Impuesto Especial sobre Producción y Servicios (el aumento fue de cinco pesos, que aunados a los dos pesos graduales suman siete pesos para las cajetillas de 20 cigarros).

Áreas prioritarias para la IT en México

Los documentos internos de la IT permiten identificar que las compañías tabacaleras se han preocupado por los mismos temas en todo el mundo. Consistentemente, la IT busca evitar la implementación de políticas públicas orientadas a disminuir o desalentar el consumo de tabaco. En su defecto, procura la adopción de las políticas de control de tabaco menos eficaces en la disminución del consumo.

A partir de los planes e informes de las empresas más grandes que operan en Latinoamérica –British American Tobacco (BAT) y Philip Morris México (PMM)– se pueden inferir los rubros prioritarios para la IT de política de control de tabaco. Éstos se agrupan en los siguientes rubros: 1) tributación, 2) libertad de comercio, 3) espacios 100% libres de humo, consumo de tabaco y salud y 4) publicidad y relaciones públicas. En el cuadro I se observa la importancia de cada rubro y los objetivos de la IT:

CUADRO 1. Áreas prioritarias para la industria tabacalera (IT)

ÁREA DE CONTROL DE TABACO	EFFECTIVIDAD DE LA INTERVENCIÓN PARA COMBATIR EL TABAQUISMO	OBJETIVOS GENERALES DE INTERFERENCIA DE LA IT	OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE INTERFERENCIA DE LA IT
Tributación	Muy alta	Mantener la tasa del impuesto al tabaco, en términos del precio final al consumidor, tan baja como sea posible, idealmente, menor al 75%.	Gradualidad, sobre alzas abruptas de impuestos. Impuestos nominales sobre los <i>ad valorem</i> . Diferenciación de tasas impositivas para cigarrillos con filtro y sin filtro.
Libertad de comercialización	Alta	Mínimas restricciones a la comercialización de cigarrillos	Inexistencia de requerimientos legales para contar con licencias sanitarias para vender cigarrillos. Falta de un registro de puntos de venta. Posibilidad de vender cigarrillos sueltos.
Espacios 100% libres de humo de tabaco (Humo de segunda mano)	Alta	Evitar que existan áreas públicas 100% libres de humo de tabaco	Que los negocios cuenten con áreas exclusivas para fumar. Que en las áreas exclusivas para fumar pueda acceder personal de servicio. Equiparar los derechos de los fumadores a los no fumadores.
Advertencias sanitarias	Alta	Retrasar la inclusión de advertencias de riesgos a la salud en las cajetillas	Gradualidad en la adopción de las leyendas de advertencia. Utilizar mensajes de texto poco claros en lugar de imágenes de advertencias. Otorgar el mínimo espacio en la cajetilla a la impresión de tales leyendas.
Publicidad	Media	Poder utilizar cualquier medio de comunicación para promover el consumo de tabaco.	Restricciones a la publicidad no totales: en particular poder utilizar revistas "para adultos" y el servicio postal. Restricción gradual y autorregulada en medios de comunicación. Poder organizar eventos culturales

A pesar de que esta categoría fue ordenada como "alta" dentro de las entrevistas realizadas a cabilderos de la industria, el tabaco y la salud no fue mencionado como un tema prioritario

Las dos áreas más importantes son tributación y libertad de comercio (publicidad). En la primera se busca que los impuestos se mantengan en el nivel más bajo posible como porcentaje del precio final al consumidor o, en su defecto, que el aumento en impuestos sea gradual y no sea *ad valorem*.⁵ Para la industria los efectos en el alza de impuestos son equiparables a la aplicación del conjunto del resto de las políticas de regulación.*

En el caso de la libertad de comercio la IT busca aprovechar al máximo todas las herramientas que, directa o indirectamente, le permitan llegar más fácilmente a todos los segmentos de mercado: adolescentes, jóvenes, mujeres y adultos. En las otras áreas, el impacto de las políticas en el mercado de la IT son indirectas por lo que no son consideradas tan importantes y, en consecuencia, son utilizadas como "fichas de cambio" para lograr una negociación con los tomadores de decisión. En palabras de un legislador entrevistado confidencialmente: "las tabacaleras están dispuestas

* Ángela Guerrero, Entrevistado 6. México DF, mayo 2010.

a hablar de algunos temas que impliquen su regularización, mientras no involucre un tema tributario”.^{*} Es fundamental tener en mente este punto pues de él se desprende una de las recomendaciones que resultan más relevantes para impulsar exitosamente políticas de control de tabaco, como se verá en las conclusiones.

Identificación de las estrategias de la IT

El objetivo general de la IT consiste en evitar o retrasar la entrada en vigor de cualquier política pública de control de tabaco por medio de estrategias que construyan y fortalezcan relaciones políticas con actores clave. Aunque en México se conoce el intenso trabajo que realizan despachos de cabildeo, su actividad ha sido regulada mínimamente. Hasta septiembre de 2010 entró en vigor el reglamento de la Cámara de Senadores y en enero de 2011 el de la Cámara de Diputados.⁹ En ambos casos se establece qué es el cabildeo y se obliga a los legisladores a publicar las actividades que realizan con los cabilderos. Resulta ilustrativo de las estrategias de la IT que al registrar a los cabilderos en la Cámara de Diputados, la Mesa Directiva informó que PMM registró seis de ellos.¹⁰

El cabildeo se puede clasificar en dos tipos: cotidiano y estratégico. El cabildeo cotidiano se realiza principalmente en el Poder Legislativo por cabilderos oficiales que están diariamente en las Cámaras. Sus principales funciones son: 1) servir de interlocutores entre la empresa y diputados y senadores; 2) hacer llegar a los legisladores información relevante para la industria, 3) iniciar y estrechar lazos con los principales dirigentes. Un ex ejecutivo de la IT en entrevista comentó: “un cabildero todo el tiempo construye relaciones porque no sabes en qué momento vas a requerir tener acceso a cierto actor político, siempre necesitas estar abriendo canales de comunicación que eventualmente se necesitarán”.[‡]

El cabildeo estratégico consiste en buscar negociaciones coyunturales entre la IT y actores políticos clave tanto del poder ejecutivo como del legislativo. Éste se despliega a partir del trabajo realizado en el cabildeo cotidiano.

En la investigación se identificaron once estrategias de la IT desplegadas con este fin, las cuales se agrupan en dos tipos: formales e informales. Las de carácter formal consisten en la utilización de las herramientas legales que le permitan a la IT negociar con el Estado sin recurrir abiertamente a la corrupción de los actores, y las de carácter informal, que consisten en la utilización del poder económico de la industria para intimidar y capturar a los actores clave del diseño de la política. El corazón de la estrategia en el segundo grupo radica en acciones que no podrían ser rastreadas ni verificadas en medios de comunicación ni en documentos oficiales del Estado, pero que explican sustantivamente el resultado visible al público.

Las estrategias formales son:

1. Promover programas que permitan posicionar a las empresas de la IT como empresas socialmente responsables. Entre ellas destaca el pago temprano de impuestos. El impuesto especial sobre producción y servicios recaudado en 2008 superó los 250 000 millones de pesos, de los cuales 25 500 millones de pesos correspondieron al rubro de tabaco. Así, el ingreso fiscal por venta de tabaco representa 10% de la recaudación total del IEPS.¹¹
2. Regionalizar la problemática de la regulación al tabaco: las empresas tabacaleras pretenden hacer ver que la problemática de la industria es también de las entidades donde se realizan actividades económicas vinculadas con la IT, como el cultivo y la fabricación. Aquí, la IT difunde la idea de que en la medida en que se aumenten impuestos en comercio, venta y producción, ellos tendrán que dejar de realizar actividades económicas en los estados donde actualmente residen, lo que “hará perder muchos empleos a nivel estatal”. Ejemplo de este discurso es la declaración emitida por un legislador en 2009 durante la discusión del artículo 4 transitorio de la Ley del Impuesto Especial sobre Producción y Servicios para el año 2010, relativa a tabacos labrados enajenados donde advirtió que “un aumento inmediato al precio por cajetilla hará que se pierdan por lo menos 30 000 empleos a lo largo de toda la cadena productiva”.¹²
3. Maximizar los costos económicos y políticos de la regulación al tabaco a través de amenazas a la estabilidad económica del país. Éstas se pre-

* Ángela Guerrero, Entrevistado 1. México DF, mayo 2010.

‡ Ángela Guerrero, Entrevistado 6. México DF, junio 2010.

sentan usualmente en dos formas: a) el impacto en la “aportación” tributaria del tabaco para el ingreso fiscal federal y b) el número de empleos que generan en una determinada región del país. Se despliega mediante presión en los medios de comunicación, o bien, directamente con los poderes del Estado. Así, por ejemplo, Andrea Martini, director general de ATM, declaró en 2008 en relación con la aprobación de la LGCT: “entre los efectos económicos de la ley, contrasta el pago de 11 000 pesos por hectárea cosechada a sus proveedores de tabaco ubicados en Nayarit, contra los 2 400 pesos que recibirían al cambiar a la siembra de frijol. Los trabajadores en el campo que atienden directa o indirectamente las necesidades de BAT suman 6 568, 38% menos que hace dos años, según cifras de la compañía”.¹³

4. Maximización de riesgos ante el aumento de impuestos al amenazar con la posibilidad del contrabando.* La IT sostiene que el aumento en los impuestos trae como consecuencia inmediata un crecimiento del mercado negro y alerta que dicho crecimiento traerá muchos mas problemas de los que el consumo de tabaco a través del mercado formal en México conlleva.¹⁴ En el marco de esta intervención uno de los entrevistados comentó: “argumentan que va a haber afectación en los estados donde se produce el tabaco, que si se aumenta el impuesto los plantíos de tabaco se convertirán en plantíos de marihuana y que disminuirá el número de empleos”.[‡]
5. Difundir estudios “científicos” patrocinados por la industria. Esta estrategia consiste en impulsar o financiar estudios que pretenden demostrar científicamente que el consumo del tabaco no es tan dañino como doctores o asociaciones médicas reconocidas han sostenido. Presentan también investigaciones de corte económico que muestran costos financieros que se generarán a partir de una regulación mayor para la IT. Esto les es muy útil para cualquier mesa de diálogo o negociación.⁵

* Después del cierre de la investigación, se presentaron ejemplos de estas estrategias con la aprobación de un aumento de siete pesos a los cigarrillos por parte de la Cámara de Diputados.

‡ Entrevistado 2. México DF, diciembre 2009.

6. La construcción de acuerdos mutuos o legislación conjunta para intercambiar la aplicación de unos instrumentos de control por otros. Para lograrlo, la IT busca enaltecer la importancia de generar acuerdos integrales en los que sean tomados en cuenta todas las partes interesadas. Ejemplo de ello es la declaración que hizo un legislador al respecto: “en la construcción de la Ley General del Control del Tabaco sostuvimos reuniones con representantes de la industria tabacalera para negociar con ellos todos los temas que queríamos tratar en la Ley para que se pudiera aprobar”.* Esto a pesar de que el CMCT OMS expresamente establece entre las obligaciones de los Estados parte el evitar que la IT participe en la construcción de políticas de control del tabaco.¹⁵

Las estrategias informales son:

- a) Bloquear o retardar el proceso legislativo para que las iniciativas relevantes no sean dictaminadas o rechazadas.* Al respecto un ex ejecutivo de la industria comentó: “...durante las reuniones para la Ley General de Control del Tabaco, hubo un momento donde no nos convenía un texto de la regulación; yo busqué ganar tiempo incluyendo muchas más comisiones de las que

* Ángela Guerrero Alcántara y José Sicabí Cruz Salinas, entrevistado 1. México, DF, mayo 2010.

* El Poder Legislativo de los Estados Unidos Mexicanos se deposita en un Congreso General, que se divide en dos Cámaras, una de Diputados y otra de Senadores. La formación de leyes y decretos puede iniciarse indistintamente en cualquiera de las dos Cámaras. Toda iniciativa presentada se turna a Comisiones por conducto de la Mesa Directiva para su análisis y posterior dictaminación. Una vez que la comisión elabora el anteproyecto de dictamen, el cual debe ser firmado por la mayoría de los individuos que la compone, se discute en el Pleno de la Cámara y, en su caso, se aprueba. En caso de no ser aprobado, se preguntará en votación económica, si vuelve o no todo el proyecto a la Comisión. Si la resolución fuere afirmativa, volverá para que lo reforme; mas si fuere negativa, se tendrá por desechado. Aprobado un proyecto en la Cámara de origen, pasará para su discusión a la Cámara revisora que recibe la minuta del dictamen con Proyecto de Decreto y lleva a cabo el mismo procedimiento de estudio, dictamen, discusión y aprobación, seguido por la Cámara de origen. Si la Cámara revisora lo aprueba, la ley pasará al Ejecutivo para su publicación.

El presidente de la República, al recibir el decreto aprobado por el Congreso, cuenta con dos opciones: a) realizar observaciones al decreto aprobado, en cuyo caso lo remitirá a la Cámara de origen para su estudio o b) promulgarlo y entonces mandarlo publicar para que se observen y cumplan las disposiciones que contenga la ley.

la iniciativa debería tener. Lo logré, pero al momento de la votación perdimos ese punto”.*

- b) Aportar beneficios económicos personales como los regalos y el pago de viajes al extranjero y para el financiamiento de campañas políticas. En ese orden de ideas un legislador comentó: “una tabacalera me envió a mi casa en el mes de diciembre como regalo una caja de puros, la cual no acepté porque excedía el monto permitido, así que a las dos semanas me enviaron sólo seis puros con una constancia notarial de que no excedían el monto permitido para un regalo, y los acepté, pero la caja no”.‡ Más adelante puntualizó: “además de los ofrecimientos de dinero que les hacen a los funcionarios, tienen gente permanentemente en las cámaras para evitar cualquier reforma que los afecte”.
- c) Donar recursos a instituciones de caridad que se estima beneficiarían a actores clave. Otra de las estrategias importantes dentro de este marco es la donación o las ofertas al Estado, situación que se ha dado en distintos momentos. Para ilustrar este punto retomamos lo que un legislador nos comentó: “una vez hubo una tromba muy fuerte en mi estado y una tabacalera me habló por teléfono para decirme que iba a donar algunas cosas, que ellos depositaban cierta cantidad para que yo pudiera comprarlas. Yo les dije que no podía hacerlo y les recomendé que la donación la hicieran a través de alguna instancia”.‡
- d) Contratar funcionarios de alto perfil en centros de investigación para colocarlos en un conflicto de intereses que les impida promover adecuadamente el control de tabaco. De las entrevistas realizadas se desprende que la IT sostiene, en ocasiones, lo que puede calificarse como contubernio con diferentes actores al interior de los procesos de toma de decisión, en los que se genera un mecanismo de soborno con el cual logran poner en la agenda política la defensa del sector y los temas de su interés. Se tiene registro de diputados que responden directa o indirectamente a los intereses de la IT. Ejemplo de ello es un diputado del cual nos comenta un ex legislador lo siguiente: “quien está asociado con un despacho LTG Lobbying

México, que tiene como principal cliente a British American Tobacco, es un legislador muy cercano a un dirigente de un partido político importante del país, es con el cabildeo de ese partido en las dos Cámaras que logran inhibir el impuesto de tajo”.* Este testimonio coincide con otros informes sobre el alcance que ha tenido la filtración de las grandes corporaciones en la toma de decisiones públicas, como es el caso del cabildero oficial de FEMSA de 1997 a 2009, tiempo en el que fue legislador suplente en dos ocasiones.¹⁶

Los esfuerzos de interferencia de la IT se pueden clasificar en función del espacio institucional en el que se despliegan, siendo dos tipos de instancias del Estado mexicano las principales: a) las encargadas de las políticas fiscales –la Secretaría de Hacienda y las comisiones de Hacienda del poder Legislativo federal– y b) las relacionadas con la salud pública –la Secretaría de Salud, las comisiones de Salud del poder Legislativo y la Comisión Federal de Mejora Regulatoria–.

En el primer grupo (instancias fiscales), la IT ha impedido, por largos periodos de tiempo, que el precio de los cigarros aumente lo suficientemente rápido como para reducir la demanda de tabaco. De 2000 a 2009 el aumento en el precio a los consumidores en promedio es de menos de 1%. En las instancias de salud, la industria ha sido capaz de matizar sustancialmente y retrasar la aprobación de leyes y regulaciones sanitarias que protegen la salud de los no fumadores y buscan disminuir la demanda de cigarros a través de intervenciones no relacionadas con los precios.‡ Su actuación en ambas instancias le ha permitido disminuir la eficacia del

* Entrevistado 2, México DF, diciembre 2009.

‡ El proceso de reglamentación de la LGCT estuvo marcado por retrasos en la elaboración de los documentos, modificaciones sustanciales a las disposiciones de la ley, declaraciones de Cofepri y Cofemer, y la intervención de la IT en todo momento. La publicación de la Ley General para el Control del Tabaco por parte del Ejecutivo Federal tomó tres meses después de que había vencido el plazo para ejercer el veto. El reglamento, a su vez, se publicó hasta junio de 2009, más de un año después de la aprobación de la Ley y con más de seis meses de retraso del plazo previsto en ella, y medidas mucho más permisivas y flexibles respecto a los lugares libres de humo, incertidumbre respecto a la publicación de los pictogramas y la vigilancia al cumplimiento de las obligaciones fijadas por la Ley. Para mayor información consultar: <http://www.cide.edu/publicaciones/status/dts/DTEJ%2051.pdf>

* Entrevistado 8, México DF, junio 2010.

‡ Entrevistado 2, México DF, diciembre 2009.

diseño e implementación de la política de control de tabaco en México.

En lo que se refiere a LGCT, la IT logró que se modificara sensiblemente la iniciativa original, lo que permite, entre otras cosas, la creación de áreas exclusivas para fumar en espacios interiores, derrotando así la política recomendada por organismos internacionales que proponen establecer espacios totalmente libres de humo de tabaco. Asimismo, en un giro difícil de explicar bajo la normatividad correspondiente al proceso legislativo, el documento aprobado en comisiones fue alterado al someterse al pleno, reduciendo de 100 a 30% del costado de la cajetilla el espacio asignado a pictogramas para la advertencia sanitaria.

Conclusiones

Las estrategias de interferencia de la IT son, en gran medida, eficaces en su afectación de las decisiones públicas sobre control de tabaco. La investigación emprendida confirma la jerarquía de prioridades de la IT para moldear o frenar la regulación del tabaco y el éxito que ésta ha tenido para influir en nuestra regulación.

La comprensión del *modus operandi* de la IT ilustra cuán vulnerable es el sistema político mexicano ante industrias tan influyentes como la tabacalera. En la medida en que se identifiquen las estrategias con mayor claridad se logrará reforzar el control de tabaco por dos vías: mediante la obstaculización de las estrategias de la IT y mediante una priorización estratégica de las intervenciones que promueve el movimiento que tome en cuenta la priorización estratégica de la IT.

En este sentido, resultará determinante que quienes impulsan medidas para controlar la epidemia del tabaquismo tengan claras no sólo las prioridades de la IT, sino también las prioridades del movimiento por el control del tabaco y, específicamente, las oportunidades que ofrece el conocer mejor las prioridades de la IT y utilizar esa jerarquización estratégicamente.

Con los hallazgos presentados, es posible articular, tentativamente, algunas sugerencias a tener en cuenta a la hora de impulsar políticas públicas en esta materia:

1. Conocer las estrategias de “ficha de cambio” que utilizan las tabacaleras, preverlas y contra-

rrestarlas. En este sentido, se sugiere impulsar distintas medidas de control de tabaco simultáneamente a fin de contar con más “fichas de cambio” al momento de negociar con las tabacaleras, tomando en cuenta la jerarquía de prioridades de la industria tabacalera –referidas en este texto– a la hora del “canje”.

2. Difundir información precisa sobre la actividad económica y el impacto del alza de impuestos de la IT a legisladores y funcionarios públicos del poder Ejecutivo así como a la ciudadanía.
3. Realizar periódicamente estudios sobre la identificación de los temas prioritarios para la IT en las políticas de control de tabaco, así como las notificaciones que realicen a las estrategias actualmente implementadas. Identificar las estrategias de interferencia de la IT en el ámbito federal y estatal del poder judicial para conocer las posibles acciones que afecten la eficacia de las políticas públicas adoptadas por las autoridades.

Agradecimientos

La preparación de este documento fue posible gracias al financiamiento de Tobacco Free Kids para el proyecto “Understanding Undue Tobacco Interference in Tobacco Control Policies in Mexico”. En la creación del documento participaron Tania T. Ramírez y José Sicabí Cruz como asistentes de investigación.

Referencias

1. World Health Organization, report on the global tobacco epidemic. Ginebra: WHO, 2009.
2. World Health Organization, report on the global tobacco epidemic. Ginebra: WHO, 2008.
3. World Health Organization, report on the global tobacco epidemic. Ginebra: WHO, 2009:5
4. Shafey O, Erikses M, Ross H, Mackay J. El Atlas del Tabaco. 3ra edición. Atlanta, Georgia: Sociedad Americana del Cáncer, 2009.
5. Aguinaga-Bialous S, Shatensein S. La rentabilidad a costa de la gente. Actividades de la industria tabacalera para comercializar en América Latina y el Caribe y minar la salud pública. Organización Panamericana de la Salud, 2002.
6. López-Antuñano F. Firma y ratificación del Convenio. Salud Publica Mex 2003; 46:155-156.
7. Immergut E. The rules of game: The logic of health policy. En: Steimmo S, Thelen K, Longstreh F, eds. Cambridge: Structuring Politics, 1992:60.
8. Secretaría de Salud. Convenio para ampliar la regulación y normatividad relativas al taba, y el convenio para establecer restricciones adicionales a la regulación y legislación vigente para la publicidad, comercialización y leyendas de advertencia de productos de tabaco.

- México: SSA, 2004. [Consultado 2010 octubre]. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/ressisi/0001200020306_055.pdf
9. Dworak F. Cabildeo, Cuadernos de trabajo. México: Instituto Belisario Domínguez del Senado de la República, 2011.
 10. Gaceta Parlamentaria de la Cámara de Diputados, Relación de Cabildeos. México: Cámara de Diputados, 2011. [Consultado 2011 mayo]. Disponible en: <http://gaceta.diputados.gob.mx/Gaceta/61/2011/abr/20110401-II.pdf>
 11. Waters H, Sáenz de Miera B, Ross H, Reynales LM. La economía al tabaco y los impuestos al tabaco en México. París: Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias, 2010:31.
 12. Cámara de Diputados. Boletín de Información. México. Cámara de Diputados 2009. [Consultado 2010 marzo]. Disponible en: http://www3.diputados.gob.mx/camara/005_comunicacion/a_boletines/2009_2009/010_octubre/31_31/0361_rechazan_diputados_modificacion_del_senado_sobre_impuesto_especial_al_tabaco.
 13. British American Tobacco México (sitio de internet). México. [Consultado 2010 ene15]. BATM; (aprox. 6 pantallas) Disponible en: http://www.batmexico.com.mx/OneWeb/sites/BAT_5NNARK.nsf/vwPagesWebLive/DO7CMNS4?opendocument&SID=&DTC=&TMP=1
 14. Maksymiv N. Tabacaleras amenazan con frenar inversiones. CNN Expansión 2010 octubre 20; sección negocios.
 15. Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco para el Control del Tabaco. Artículo 5.3. Ginebra; OMS, 2003
 16. Galarza R. El Negociador, CNN Expansión 2009 noviembre 22; sección negocios.

El futuro del control del tabaco en México y la perspectiva global

El control del tabaco, estrategia esencial para reducir las enfermedades crónicas no transmisibles

Luz Myriam Reynales Shigematsu⁽¹⁾

Consumo y exposición a humo de tabaco, factor de riesgo causal de las enfermedades crónicas no transmisibles

En 2008, cerca de dos terceras partes del total de muertes en el ámbito global, 36 millones, fueron causadas por las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), principalmente enfermedades cardiovasculares (48%), cáncer (21%), enfermedades respiratorias crónicas (12%) y diabetes (3%). El 25% de las muertes ocurrieron en personas menores de 60 años, reduciendo significativamente la productividad laboral.¹ Proyecciones realizadas para el 2020 estiman que las ECNT causarán 44 millones de muertes al año; en los siguientes 20 años, las ECNT costarán más de 30 trillones de dólares, 48% del producto interno bruto (PIB) global en 2010, lo que traerá como consecuencia millones de personas por debajo de la línea de pobreza.²

Los principales factores de riesgo comunes que causan las ECNT son el consumo de tabaco, una dieta malsana, inactividad física y el abuso del alcohol. Un poco más de 1 000 millones de personas fuman tabaco en todo el mundo; su consumo causa 1 de cada 6 muertes por ECNT y es factor de riesgo de seis de las ocho principales causas de mortalidad en el mundo,³ lo que ocasiona de

manera prematura cerca de 6 millones de muertes anuales.⁴ El consumo de tabaco se mantiene hoy día como la principal causa de muerte prevenible a nivel mundial.

Adicionalmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que alrededor de 700 millones de niños, casi la mitad de la población infantil mundial, respiran aire contaminado por humo de tabaco, y es la exposición en el hogar la de mayor importancia.⁵ La exposición al humo del tabaco contribuye en gran medida a la carga mundial de la enfermedad atribuible al tabaquismo.⁶

De continuar el patrón de consumo actual, el número de muertes anuales atribuibles al tabaquismo aumentará a 10 millones anuales en 2030; se estima que el tabaco podría matar a cerca de 1 000 millones de fumadores durante el siglo XXI y el 80% de estas muertes prematuras ocurrirán en los países de ingresos bajos y medios.^{4,7-9} Cerca de la mitad de los fumadores morirá entre los 30 y 69 años de edad y perderán por lo menos una década de vida productiva.⁸

La epidemia del tabaquismo converge con las epidemias de origen infeccioso

En una visión integral de la situación epidemiológica mundial, el consumo de tabaco y la exposición

(1) Departamento de Investigación sobre Tabaco, Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México

a su humo no sólo están asociados con la epidemia causada por las ECNT; también converge y en especial en los países de bajos y medianos ingresos, con epidemias infecciosas como la tuberculosis (TB), el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y la influenza.¹⁰ Estudios de metaanálisis refieren que el consumo de tabaco se encuentra asociado con la infección latente por TB, la progresión hacia la enfermedad activa, la muerte y la recaída de la enfermedad.¹¹ De igual manera, es un factor de riesgo independiente para los pacientes fumadores que han contraído una infección por VIH, los cuales tienen mayor carga viral y una tasa de progresión de la enfermedad mayor si se compara con los no fumadores.¹¹

El consumo de tabaco se asocia con infecciones respiratorias y neumonías, principalmente causadas por *Streptococo*, *Legionella*, *Mycoplasma* y *Haemophilus influenzae*. Se ha documentado que los fumadores tienen mayor riesgo individual de infección por influenza, pues presentan los cuadros más severos y complicados. Adicionalmente, la eficacia de la vacunación es reducida en este grupo poblacional.¹² Aunque hay muy pocos datos de la asociación del consumo de tabaco y la reciente pandemia por H1N1; dado que los estudios no reportaron el status del fumador, es importante tenerlo presente, pues coexisten a nivel global.¹⁰

La transición epidemiológica, demográfica y social de la epidemia de tabaquismo

La relación entre el tabaquismo, los daños a la salud y su impacto en la morbimortalidad están ampliamente documentados desde el punto de vista científico.^{13,14} De manera paradójica, la magnitud de sus efectos no son percibidos por la población general ni por los fumadores, lo que se debe en gran medida a la falta de comprensión del comportamiento y la evolución del factor de riesgo, pero de manera particular, en el tiempo que transcurre entre la instauración de la epidemia y el incremento masivo de las tasas de mortalidad, lo cual, en el caso del tabaquismo, puede tomar de tres a cuatro décadas en llegar a ser completamente evidente.¹⁵ De igual manera, los fumadores no son conscientes de la rápida disminución del riesgo que ocurre inmediatamente después de abandonar el

consumo de tabaco y que se observa de manera evidente en la enfermedad coronaria.¹⁶

En menos de una década, la mortalidad atribuible al tabaco se ha incrementado en casi dos millones de muertes anuales y la carga de la mortalidad ha pasado de 50 a más de 80% en los países de bajos y medianos ingresos.⁷⁻⁹ La pandemia global del tabaco se mueve hacia los países en desarrollo y se focaliza en la población más vulnerable (mujeres, jóvenes y grupos con menores ingresos económicos). En los próximos años, las tasas de mortalidad atribuibles a tabaco caerán en los países desarrollados pero continuarán incrementándose a nivel global a menos que los fumadores de los países en desarrollo dejen de fumar antes de los 35 años.⁷⁻⁹ Por otro lado, las proyecciones prevén que aun cuando las prevalencias de consumo tendieran a disminuir, el número absoluto de fumadores aumentaría dado el crecimiento poblacional.¹⁷ Esta transición epidemiológica y demográfica que varía a través del tiempo y entre las regiones del mundo, también se encuentra asociada con las características socioeconómicas de las poblaciones. Al hacer un paralelo entre el modelo de las cuatro etapas de la epidemia de tabaquismo en los países desarrollados propuesto por López AD,¹⁵ varios autores proponen una transición socioeconómica de la epidemia: en las etapas iniciales se disemina entre los grupos de mayores ingresos, posiblemente por estar más abiertos a la innovación; durante las etapas intermedias se difunde al resto de la población, para finalmente declinar entre los grupos socioeconómicos altos como consecuencia de un mayor grado de conciencia de la salud.¹⁸ Aunque este modelo no necesariamente aplica a todos los países, es importante visualizar la perspectiva.

El consumo de tabaco causa un daño inmediato en los fumadores y sus familias; poco a poco, cada día, los debilita y con el tiempo los empobrece. El dinero que gastan en tabaco deja de invertirse en alimentos y otras necesidades básicas como educación y salud.¹⁸ Las enfermedades y la muerte prematura de los fumadores reducen en principio el ingreso familiar, pero sus consecuencias podrían ser devastadoras si esto ocurriera en una familia que está muy cerca o por debajo de la línea de pobreza, pues tendrían que decidir entre buscar el sustento alimenticio de la familia o atender su salud, lo que

los hace vulnerables y, en consecuencia, se crea una gran inequidad social.^{18,19}

La globalización de la epidemia

La globalización de la epidemia de tabaquismo obedece a una interacción mixta y compleja de factores, con efectos transfronterizos que incluyen la liberalización del comercio y la inversión extranjera directa.²⁰ Otros factores como el carácter transnacional y monopolístico de la industria del tabaco (IT), sus nuevas estrategias de mercadotecnia mundial dirigidas a captar el mercado adolescente, el cabildeo que realiza entre los grupos de influencia,²¹ además del movimiento internacional del contrabando y la falsificación de cigarrillos, han contribuido en el incremento explosivo del consumo de tabaco a nivel global.

La epidemia en México, la carga de la enfermedad y su impacto económico y social

México no escapa a esta epidemia globalizada. La Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos (GATS) realizada en México en el año 2009²² refiere que 15.9% (10.9 millones) de los adultos en México son fumadores actuales, 24.8% de los hombres (8.1 millones) y 7.8% (2.8 millones) de las mujeres. El 48% de los fumadores actuales son fumadores diarios. El 99% de los hombres y 96% de mujeres fuman cigarrillos manufacturados. Entre los fumadores diarios de cigarrillos, en promedio, los hombres fuman 9.7 cigarrillos por día y las mujeres 8.4. La edad de inicio de fumar entre los fumadores diarios de 18 a 43 años fue de 16.3 años para los hombres y 16.8 años para las mujeres.

La Encuesta de Tabaquismo en Jóvenes (ETJ) realizada en 32 ciudades capitales de México durante 2005, 2006 y 2008,²³ en estudiantes entre 13 y 15 años de edad estima una prevalencia de consumo de tabaco que oscila entre 10.5 y 27.8%. Los adolescentes inician el consumo de tabaco en edades cada vez más tempranas, generalmente antes de cumplir los 15 años. La ETJ encontró que entre 8 y 15% de los estudiantes ha probado el cigarrillo antes de los 13 años de edad y 7.6% de los estudiantes fuman más de 6 cigarrillos al día, lo cual es signo de adicción a la nicotina en este grupo de edad.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA 2008),²⁴ en el ámbito nacional cerca de 11 millones (23.3%) de mexicanos que nunca han fumado, se encuentran expuestos al humo de tabaco ambiental (HTA); 25.5% son hombres (4.7 millones) y 22% mujeres (6.5 millones). La ETJ de 2005, 2006 y 2008, encontró que los estudiantes entre 13 y 15 años de edad estaban expuestos al HTA tanto en los lugares públicos como en sus hogares. En 2005, Barrientos y colaboradores²⁵ realizaron un estudio para cuantificar los niveles de exposición al humo de tabaco en hogares mexicanos y encontró una correlación directa entre el número de fumadores en el hogar y las concentraciones de nicotina en el cabello de los no fumadores, observando los más altos grados de exposición entre los niños.

Otro grupo poblacional de especial interés por su rol en el control del tabaco son los estudiantes de profesiones relacionadas con la salud. La Encuesta de Tabaquismo en Estudiantes de la Salud,²⁶ aplicada en 2007 a estudiantes de tercer año de medicina y odontología de universidades públicas y con representatividad nacional, encontró una prevalencia de fumadores de 33.3% en estudiantes de medicina y de 43.6% en estudiantes de odontología, sin que existieran diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres. Más de 80% de los estudiantes que respondieron a esta encuesta tenían entre 19 y 24 años, que corresponde al grupo de edad donde se presenta la mayor prevalencia de fumadores en el país.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut 2006),²⁷ la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) y el Sistema Global de Vigilancia Epidemiológica del Tabaco (GTSS) confirman que la epidemia de tabaquismo en México continúa siendo un grave problema de salud pública, con una tendencia al incremento entre los adolescentes, adultos jóvenes (18-25 años) y las mujeres, tanto en las áreas urbanas como rurales. A pesar de que la prevalencia de consumo está dada principalmente por fumadores ocasionales y fumadores diarios que consumen en promedio pocos cigarrillos por día, es preciso recordar que no existen niveles seguros de consumo de tabaco.²⁸ Por lo tanto, la mejor opción es que los fumadores dejen completamente de fumar y que los adolescentes nunca inicien el consumo.

Valdés-Salgado²⁹ estimó que en el año 2000 ocurrieron cerca de 25 383 muertes prematuras

atribuibles al consumo de tabaco, de las cuales 5 165 fueron por neoplasias, 9 057 por enfermedades respiratorias, 5 345 por enfermedades cardiovasculares y 5 816 por otras causas médicas relacionadas con el consumo de tabaco. Las enfermedades relacionadas con su consumo directo e indirecto, como el infarto agudo del miocardio, las enfermedades cerebrovasculares, las respiratorias crónicas y el cáncer de pulmón continúan en el México de hoy dentro de las diez primeras causas de mortalidad.³⁰

Sáenz de Miera B y colaboradores,³¹ en su estudio “Las repercusiones del consumo de tabaco en la distribución del gasto de los hogares mexicanos”, encontraron que en términos relativos los hogares fumadores más pobres de México destinan una porción mayor de su gasto total a cigarros comparado con los hogares más ricos. Un hogar fumador pobre gasta en promedio 211 pesos* en tabaco por mes, lo cual representa 5.5% de su gasto total y la octava parte de su gasto en alimentos. Los hogares fumadores más ricos gastan en promedio 360 pesos por mes en tabaco, lo cual representa 3.1% de su gasto total.³² Al igual que en otros estudios internacionales¹⁸ se encontró que los hogares fumadores en México gastan menos en alimentación y educación comparado con los hogares no fumadores; este hallazgo fue independiente del nivel de ingreso.³¹

Los hogares fumadores pobres gastaron al menos 485 millones de pesos en productos de tabaco en 2010, lo cual representa 13% del presupuesto para el Programa de Apoyo Alimentario de ese año. En total, los hogares fumadores gastaron al menos 6 372 millones de pesos en productos de tabaco en 2010.³¹

Estudios recientes del impacto económico del consumo de tabaco en México estima que los costos anuales de atención médica atribuibles al consumo activo de tabaco en México de las cuatro principales enfermedades (infarto agudo de miocardio, enfermedad cerebrovascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y cáncer de pulmón) oscila entre 23 000 millones de pesos mexicanos, en un escenario conservador, y 43 000 millones considerando un escenario alto. El infarto agudo

al miocardio y el cáncer de pulmón fueron las enfermedades más costosas tanto en el escenario conservador como en el alto.³³

La respuesta del mundo globalizado

En septiembre de 2011, la Asamblea General de las Naciones Unidas (UN) aprobó la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las ECNT^{34,35} en todo el mundo, centrándose particularmente en los problemas de desarrollo y en sus repercusiones sociales y económicas, especialmente para los países en desarrollo. En esta asamblea hay un reconocimiento claro de que la carga de enfermedad ocasionada por las ECNT son un obstáculo para el desarrollo en el siglo XXI, socavan el desarrollo social y económico, aumentan las desigualdades entre países y poblaciones (inequidad) y pueden tener consecuencias directas para el logro de los objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente, incluidos los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).³⁶

La Asamblea reconoce el conflicto fundamental de intereses entre la industria del tabaco y la salud pública y observa con aprecio el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT OMS).¹⁸ Reafirma todas las resoluciones y decisiones pertinentes aprobadas por la Asamblea Mundial de la Salud en relación con la prevención y el control de las ECNT, subrayando la importancia de que los Estados Miembros sigan haciendo frente a los factores de riesgo comunes a través de cinco intervenciones prioritarias que consideran los efectos en la salud, la costoefectividad, el bajo costo de implementación y la factibilidad financiera y política:

1. Control del tabaco (la prioridad más urgente e inmediata)
2. Reducción del consumo de sal
3. Mejoría en la dieta y actividad física
4. Reducción del consumo peligroso de alcohol
5. Acceso a los medicamentos esenciales y la tecnología

El CMCT OMS demuestra que hay voluntad política mundial para reforzar el control del tabaco y salvar vidas humanas. Este tratado mundial, jurídicamente vinculante, sienta las bases para que los países apliquen y gestionen programas de

* Cantidades en pesos corresponden a pesos mexicanos de 2010.

control para hacer frente a la epidemia creciente de consumo de tabaco. En septiembre de 2011, el CMCT OMS reunía 174 Partes, 87% de la población mundial, lo cual hace de él uno de los tratados que más rápidamente ha suscitado adhesiones en la historia de las Naciones Unidas.³⁷ Para ayudar a los países al cumplimiento de las obligaciones establecidas en el CMCT, la OMS estableció en 2008 el plan de medidas MPOWER,³ el cual es parte integral del Plan de Acción de la OMS para la Prevención y el Control del Tabaco, e incluye las seis estrategias más costoefectivas que deben implementar los países miembros para abatir la epidemia del tabaquismo a nivel global:

- Monitor:* Monitorear el consumo de tabaco y las políticas de prevención
- Protect:* Proteger a las personas de la exposición al humo de tabaco ajeno
- Offer:* Ofrecer ayuda para dejar el consumo de tabaco
- Warn:* Advertir sobre los peligros del tabaco
- Enforce:* Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio
- Raise:* Aumentar los impuestos sobre el tabaco

Las estrategias para el control del tabaco previamente descritas, sin lugar a dudas, son parte de las intervenciones que han demostrado ser costoefectivas y factibles para abatir la epidemia de las ECNT. La completa implementación del CMCT OMS podría evitar cerca de 5.5 millones de muertes en los siguientes 10 años en los países de bajos y medianos ingresos con la mayor carga de la enfermedad por ECNT.³⁸

Reconociendo los retos de la aplicación del CMCT OMS en la Región de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha adoptado dos resoluciones: la Resolución CD48.R2 del 30 de septiembre de 2008³⁹ y la CD50.R6 del 29 de septiembre de 2010⁴⁰ las cuales, entre otras recomendaciones, instan a los estados miembros a considerar la ratificación e implementación del CMCT OMS, dando especial atención al artículo 5.3. del CMCT OMS y sus directrices, que establecen las medidas para limitar la interacción con la IT y garantizar su transparencia, con el fin de evitar que la misma obstaculice el alcance de las metas de salud pública en el control de tabaco.⁴¹

La respuesta de México

En la última década, México ha tenido grandes logros en el control del tabaco. El país firmó el CMCT OMS el 12 de agosto de 2003, fue aprobado por el Senado de la República el 14 de abril de 2004 y ratificado el 28 de mayo del mismo año,³⁷ hechos que llevaron a México a ser el primer país de América en adherirse formalmente a este tratado internacional.

La Secretaría de Salud (SSa), preocupada por el daño en la salud poblacional, los altos costos que el tabaco impone a la sociedad mexicana y como respuesta manifiesta de apoyo al CMCT OMS, estableció el Plan Nacional de Salud 2007-2012,⁴² para enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades. Una de ellas es el combate a las adicciones legales e ilegales (tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas). El programa de acción específico 2007-2012 sobre prevención y tratamiento de las adicciones en México plantea como objetivo fundamental disminuir el uso, abuso y la dependencia, así como el impacto de las enfermedades y las lesiones que ocasionan en individuos, familias y comunidades, mediante intervenciones de tipo universal, selectivas e indicadas dirigidas a los diversos grupos de población.

En respuesta al Plan de acción de la OMS para la estrategia global para el control de las ECNT 2008-2013, el gobierno federal por acuerdo presidencial crea en 2010, el Consejo Nacional para el Control y Prevención de las ECNT,⁴³ el cual tiene como función principal el diseño, implementación y evaluación de programas orientados a abatir la epidemia de ECNT. En 2011, este Consejo presentó el programa “5 Pasos por tu Salud para Vivir Mejor”,* cuyo objetivo es prevenir los factores de

* Programa “5 Pasos por tu Salud para Vivir Mejor” Paso 1: Actívate. (30 minutos de actividad física diariamente en adultos, y 60 minutos en niños y adolescentes). Paso 2: Toma agua (6 – 8 vasos de agua simple al día). Paso 3: Come frutas y verduras (5 raciones de verduras y frutas al día). Paso 4: Mídete (Mídete física y emocionalmente. Conoce tu peso, talla y estado emocional. Mídete en lo que comes y tomas. No tabaco. No a las drogas. Sexo seguro. Toma tu medicina prescrita. No violencia. Respeta a la mujer. Menos sal. Lactancia materna exclusiva. Usa tu cartilla Nacional de Salud. Afíliate al Seguro Popular). Paso 5: Comparte (comparte con tu familia y tus amigos).

riesgo comunes causantes de las enfermedades crónicas para mejorar la calidad de vida de la población. Utiliza un criterio de inclusión voluntaria que apela a la honestidad y a la pasión de las personas y fomenta la responsabilidad personal y familiar. En el paso cuatro de este programa, MIDETE, se recomienda acertadamente evitar el consumo de tabaco.⁴⁴

En el plano legislativo se aprobaron e implementaron nuevas leyes federales y locales como la Ley General para el Control del Tabaco (LGCT),⁴⁵ la Ley de Protección a los No Fumadores del Distrito Federal⁴⁶ y el Decreto 078 de la Ley de Salud del Estado de Tabasco.⁴⁷ Se fortalecieron dos áreas rectoras gubernamentales a nivel federal, se creó la Comisión Nacional contra las Adicciones (Conadic) y se fortaleció el papel del Estado en materia de regulación sanitaria para el control del tabaco a través de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris). Desde el punto de vista de prestación de servicios de salud, se amplió la cobertura a través de una red nacional de clínicas de ayuda para dejar de fumar (Centros Nueva Vida) bajo la coordinación del Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones (Cenadic). De manera estratégica se creó la Oficina Nacional para el Control del Tabaco (ONCT) que asesora a los tomadores de decisiones y vincula el trabajo entre el gobierno, las instituciones y la sociedad civil.⁴⁸

México tiene hoy día la oportunidad única para desarrollar, implementar y evaluar una política integral de control del tabaco acorde con las provisiones establecidas en el CMCT OMS, que se articule con el Plan de acción de la OMS para la estrategia global para el control de las ECNT y de esta manera coadyuve al cumplimiento de los ODM.

Retos y recomendaciones a nivel global

Sin lugar a dudas, el control del tabaco es una estrategia costo-efectiva para reducir y abatir la epidemia de las enfermedades crónicas y esencial para alcanzar las MDM.⁴⁹ Un estudio de la OMS indica que el precio de implementación de las intervenciones básicas para abatir las ECNT es comparativamente bajo. El costo total para reducir

dos factores de riesgo, el consumo de tabaco y el consumo peligroso del alcohol, se estima en 2 billones de dólares anuales para todos los países de bajos y medianos ingresos, lo que significa una inversión de 40 centavos de dólar por persona.²

A nivel global, la OMS recomienda incorporar el control del tabaco en la agenda de desarrollo como una estrategia para reducir la pobreza extrema y mejorar la salud de la población mundial. El control del tabaco puede apoyar al cumplimiento de las metas de los ocho objetivos establecidos:⁴⁹

Objetivo 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre. Si los fumadores dejaran de gastar en tabaco mejoraría la economía individual y familiar. Gastarían sus recursos en otros bienes básicos, incluyendo alimentación, educación y salud. Los países afrontarían una menor carga de la enfermedad y podrían reasignar lo que se gasta en la atención de las enfermedades atribuibles al tabaco a un programa dirigido a combatir la pobreza extrema. Adicionalmente, al evitar las muertes prematuras los países mejorarían productividad a nivel nacional.

Objetivo 2. Lograr la enseñanza primaria universal. Si las familias dejan de gastar en tabaco, gastarían sus recursos en educación. Incrementar los niveles de educación en una población es esencial para mejorar su nivel de salud y bienestar. Una población informada es más consciente de los daños a la salud y más receptiva a los programas de prevención y las políticas de salud.

Objetivo 3. Promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer. Las mujeres juegan un rol importante en las decisiones de salud en el hogar, por lo tanto, mejorar su salud individual implica mejorar la salud de todo su grupo familiar. Adicionalmente, las mujeres representan un alto porcentaje de la fuerza laboral de los países; evitar las muertes prematuras en este grupo poblacional no solo reduciría la carga de enfermedad y muerte sino que mejoraría la productividad nacional.

Objetivos 4 y 5. Reducir la mortalidad infantil y mejorar la salud materna. Evitar el consumo de tabaco en las mujeres reducirá la morbimortalidad perinatal y neonatal, además de evitar las enfermedades de su grupo familiar causadas o agravadas por la exposición a humo de tabaco.

Si dejan de gastar en tabaco, podrían asignar el recurso para mejorar su alimentación y la atención en salud.

Objetivo 6. Combatir el VIH / SIDA, el paludismo y otras enfermedades. Evitar el consumo de tabaco y la exposición a su humo evitaría la progresión de enfermedades infecciosas como la TB, las complicaciones que presentan los pacientes con VIH / SIDA y otras enfermedades infecciosas respiratorias.

Objetivo 7. Garantizar la sostenibilidad ambiental. Reducir la deforestación causada por el cultivo de tabaco, la manufactura y los desechos de basura evitarán el impacto negativo en el ambiente y coadyuvará en la sostenibilidad ambiental.

Objetivo 8. Fomentar una alianza mundial para el desarrollo. El Banco Mundial (BM), la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) reconocen la carga de la enfermedad causada por el consumo de tabaco y recomiendan el control del tabaco como una estrategia para reducirla. De igual manera, recomiendan una estrategia de cooperación internacional y compromiso de los países para establecer una agenda global para el desarrollo y para la implementación del CMCT OMS.

Aún en el peor de los escenarios, donde los recursos económicos son limitados, la mayoría de las recomendaciones son viables y factibles de implementar, si se consideran la voluntad política de los gobiernos, la infraestructura disponible, la capacidad técnica existente, y la participación coordinada de todos los sectores y grupos de interés, incluyendo la sociedad civil organizada y la colectividad en su conjunto.

¿Cómo incorporar el control del tabaco en la agenda de desarrollo de México?

México requiere considerar y posicionar los objetivos de salud como una prioridad en todas las políticas y niveles de gobierno (federal, estatal y local), con enfoques rectores multisectoriales que involucren, según proceda, a las secretarías de educación, energía, agricultura, deportes, transporte, comunicaciones, urbanismo, medio ambiente, trabajo, industria y comercio, finanzas, y desarrollo

social y económico a fin de responder a los factores de riesgo de las ECNT y los factores determinantes básicos de la salud de forma integral y decisiva.

Implementar con decisión, de manera integral, sinérgica y sostenida todas las estrategias MPOWER, como una medida inicial para la ejecución completa del CMCT OMS. A ocho años de su ratificación, México tiene compromisos pendientes y debe a muy corto plazo:

1. Consolidarse como un país 100% libre de humo de tabaco, de acuerdo con el artículo 8 del CMCT OMS y sus directrices.
2. Prohibir totalmente la publicidad, promoción y patrocinio de los productos de tabaco, de acuerdo con el artículo 13 del CMCT OMS y sus directrices.
3. Incrementar el precio final de los productos de tabaco vía impuestos de acuerdo con lo establecido en el artículo 6 del CMCT OMS y sus directrices.
4. Asegurar la sanción efectiva de aquellos que comercian de manera ilícita los productos de tabaco y los venden a los menores de edad y al menudeo (artículos 15 y 16 del CMCT OMS y sus directrices, respectivamente).
5. Implementar todas las directrices del artículo 11 del CMCT OMS en torno al empaquetado y etiquetado de productos de tabaco.

Vincular el sector gubernamental con un grupo de trabajo intersectorial de nivel técnico, académico y de investigación que:

1. En primer lugar fortalezcan los sistemas de información, monitoreo y vigilancia de la epidemia de ECNT y sus factores de riesgo, creando un Observatorio Mexicano que integre tanto factores de riesgo como enfermedades.
2. Evalúen el impacto de las estrategias globales y locales implementadas desde una perspectiva ampliada (epidemiológica, económica, ambiental y social entre otras).
3. Impulsen programas académicos para la formación y capacitación de recursos humanos de tipo multidisciplinario con posibilidad de incorporarse en los programas preventivos y de atención médica a nivel local, nacional o regional; y

4. Fomenten grupos de investigación interinstitucional con capacidad de vinculación e intercambio a nivel nacional e internacional.

Gestionar nuevas fuentes de financiamiento, recursos económicos e infraestructura a través de cooperaciones internacionales o nacionales que permitan operar los programas preventivos y las estrategias de acción sin apartarse de los parámetros de ética, transparencia y rendición de cuentas. Abogar por el etiquetado de los recursos económicos procedentes de la recaudación de impuestos para el tratamiento de la adicción y las enfermedades atribuibles al tabaco que en la actualidad no están cubiertos por la seguridad social ni el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). Lograr una mejor negociación en la asignación de recursos económicos para todos los sectores involucrados en alcanzar los objetivos de salud.

Asegurar el acceso a los servicios de salud y la cobertura universal de los pacientes con adicción al tabaco o con padecimientos relacionados con el consumo o exposición a su humo, buscando la incorporación del tratamiento farmacológico de la adicción al cuadro básico de medicamentos y la implementación de estrategias de diagnóstico temprano y tamizaje de las enfermedades, específicamente para el cáncer.

Incorporar las bases y conceptos de la mercadotecnia social en los proyectos del sector salud que generen un verdadero cambio de comportamiento de la sociedad mexicana, especialmente en los grupos vulnerables ya identificados, creando un colectivo de salud y bienestar. Estas estrategias deben ir más allá de una campaña asilada en los medios masivos de comunicación, deben ser innovadoras y progresistas de acuerdo con el desarrollo tecnológico e incluir estrategias de investigación de mercados, monitoreo y evaluación.

Todo este esfuerzo no será posible si no se es equitativo e incluyente y se incorpora a la sociedad mexicana en su conjunto. Vincular y trabajar de manera armónica con la sociedad civil organizada en la búsqueda de proyectos e iniciativas para la resolución de necesidades sentidas a corto plazo e incorporar acciones dirigidas a grupos vulnerables con participación activa de las comunidades tanto en la ejecución como en la evaluación de programas.

Involucrar de manera activa a la población civil en la denuncia de violaciones a la legislación y normatividad. Una respuesta oportuna y efectiva de las instituciones a la denuncia ciudadana confidencial y anónima es fundamental para incentivar la utilización de las líneas existentes y garantizar la correcta aplicación de la normatividad federal y local.

Estas son sólo algunas de las estrategias orientadas a fortalecer la capacidad de la sociedad mexicana para decidir por alternativas más sanas y adoptar modos de vida que propicien bienestar y buen estado de salud.

Un poco más de una década nos separa del inicio del siglo XXI. La historia nos demuestra que las epidemias son cambiantes en todas sus dimensiones, por lo tanto, el quehacer de la salud pública, nuestro quehacer diario, no puede detenerse en el tiempo, romper viejos paradigmas y conceptualizar los problemas de salud. Al considerar la presencia simultánea de factores y circunstancias de orden global como las crisis económicas, los desastres naturales generados por el cambio climático, los nuevos sistemas de gobierno, la escasez de recursos económicos, el desempleo, la discriminación, así como los factores locales que afectan de manera particular a nuestros países serán los retos que debemos superar para disminuir la prevalencia global de consumo de tabaco al 5% y alcanzar la meta propuesta para el 2040, un mundo esencialmente libre de tabaco.

Referencias

1. World Health Organization. Global status report on Non-communicable Diseases. Geneva:WHO, 2011
2. World Economic Forum, Harvard School of Public Health. The Global Economic Burden of Non Communicable Diseases. Geneva: World Economic Forum, 2011.
3. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package. Geneva, World Health Organization. ISBN: 978 92 4 159628 2. [Consultado 2011 septiembre 21]. Disponible en: http://www.who.int/tobacco/mpower/gtcr_download/en/index.html.
4. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco. [Consultado 2012 febrero 5]. Disponible en: http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/en/index.html
5. World Health Organization. International consultation on environmental tobacco smoke (ETS) and child health. 1999. [Consultado 2011 septiembre 21]. Disponible en: <http://www.who.int/tobacco/resources/publications/ets/en/>
6. US Department of Health and Human Services. The health consequences of involuntary exposure to Tobacco Smoke: A Report of the

- Surgeon General. Atlanta (GA): US Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006.
7. World Bank. 1999. Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control. The International Bank for Reconstruction and Development/THE WORLD BANK, 1818 H Street, N.W. Washington, D.C. 20433. [Consultado 2011 septiembre 21]. Disponible en: <http://www.usaid.gov/policy/ads/200/tobacco.pdf>
 8. Jha P. Avoidable global cancer deaths and total deaths from smoking. *Nat Rev Cancer* 2009;9 (9):655-664.
 9. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine* 2006; 3 (11):e 442.
 10. Van Zyl-Smit, Bwnet L, Pai M, Yew WW. The Convergence of the Global Smoking, COPD, Tuberculosis, HIV, and Respiratory Infections Epidemics. *Infect Dis Clin N Am* 2010; 24: 693-703.
 11. Van Zyl-Smit RN, Pai M, Yew WW, Leung CC, Zumla A, Bateman ED, Dneda K. Global lung Health: the colliding epidemics of tuberculosis, tobacco smoking, HIV, and COPD. *Eur Respir J* 2010; 35: 27-33.
 12. Farr BM, BarLETT cl, Wadsworth J, Miller DL. Risk factors for community-acquired pneumonia diagnosed upon hospital admission. *British Thoracic Society Pneumonia Study Group. Resp Med* 2000;94(10):954-963.
 13. Doll R, Peto R, Boreman J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *Br J Cancer* 2005; 92:426-429.
 14. US Department of Health and Human Services (USDHHS). The health consequences of smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA): US Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004.
 15. Lopez AD, Collishaw NE, Piha T. A Descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control* 1994; 3(3): 242-247.
 16. US Department of Health and Human Services (USDHHS). The Health Benefits of Smoking Cessation A Report of the Surgeon General, 1990. US Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1990. (DHHS publication No (CDC) 90-8416).
 17. ACS, WLF, Shafey O, Eriksen M, Ross H, Mackay J. The Tobacco Atlas. Third Edition, 2009. [Consultado 2011 septiembre 21]. Disponible en: <http://www.tobaccoatlas.org/>
 18. World Health Organization. 2011. Systematic review of the link between tobacco and Poverty, Geneva: WHO, 2011
 19. Jha P, Peto R, Zatonski W, Boreham J, Jarvis MJ, Lopez AD. Social inequalities in male mortality, and in male mortality from smoking: indirect estimation from national death rates in England and Wales, Poland, and North America. *Lancet* 2006;368(9533):367-370.
 20. World Health Organization. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Geneva 2003. [Consultado 2011 septiembre 21]. Disponible en: <http://www.who.int/tobacco/framework/en/>
 21. World Health Organization. Tobacco industry interference with tobacco control. 1.Tobacco industry - legislation. 2.Tobacco industry - trends. 3.Smoking - prevention and control. 4.Smoking - economics. 5.Lobbying. 6.Tobacco - supply and distribution. 7.Policy making. I.World Health Organization. II.WHO Tobacco Free Initiative. III. Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control.
 22. Organización Panamericana de la Salud; Instituto Nacional de Salud Pública (MX). Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos. México 2009. Cuernavaca (México): INSP/OPS, 2010.
 23. Reynales-Shigematsu LM, Valdés-Salgado R, Rodríguez-Bolaños R, Lazcano- Ponce E, Hernández-Ávila M. Encuesta de Tabaquismo en Jóvenes en México. Análisis descriptivo 2003, 2005, 2006, 2008. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2009.
 24. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2008. México: SSA, 2009.
 25. Barrientos GT, Reynales SLM, Ávila TE *et al*. Exposición al humo de tabaco en hogares de la Ciudad de México: análisis de nicotina ambiental y en cabello de niños y mujeres. *Salud Pública Mex* 2007 b;49 (supl 2):S224- S232.
 26. Reynales-Shigematsu LM, Vázquez JH, Lazcano E. Encuesta Mundial de Tabaquismo en Estudiantes de la Salud, México 2006. *Salud Publica Mex* 2007; 49 supl. 2:194-204.
 27. Olaíz G, Rivera J, Shamah T, Rojas R, Villalpando S, Hernández M, *et al*. Encuesta Nacional de Salud 2006. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
 28. US. Department of Health and Human Services. How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: US. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2010.
 29. Valdés R. Las cifras de la epidemia. Daños a la salud y mortalidad atribuible. En: Primer informe sobre combate al tabaquismo. México ante el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. México. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2005:29-41.
 30. Ssa. Sinais Sistema Nacional de Información en Salud, Tabla Dinámica de Defunciones, 1979-2009. [Consultado 2011 septiembre 21]. Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/index.html#dinamica>
 31. Sáenz de Miera-Juárez B, 15ht World Conference Tobacco or Health; 2012 March 20-24; Singapure, Singapure. Las repercusiones del consumo de tabaco en la distribución del gasto de los hogares mexicanos. Documento interno de trabajo.
 32. Análisis de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2010 (INEGI). [Consultado 2011 septiembre 21]. Disponible en www.inegi.gob.mx.
 33. Reynales-Shigematsu LM. Costos de atención médica atribuibles al consumo de tabaco en México. ISPOR 3rd Latin America Conference. Building Networks across the institutions for access to Health care in Latin America; 2011 september 8-10; Mexico City, Mexico.
 34. Naciones Unidas. Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles. Septiembre de 2011. Ginebra: UN, 2011
 35. Mamudu HM. UN resolution on the prevention and control of non-communicable diseases: an opportunity for global action. *Glob Public Health* 2011;6 (4):347-353.
 36. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2011. [Consultado 2012 enero 5] Disponible en: http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2011_SP
 37. Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. [Consultado 2012 enero 5] Disponible en: http://www.who.int/fctc/signatories_parties/es/index.html
 38. Beaglehole R, Bonita R, Horton R, Adams C, Alleyne G, Asaria P, *et al*. Priority actions for the non-communicable disease crisis. *Lancet* 2011; 377(9775):1438-1447.
 39. Organización Panamericana de la Salud 48° Consejo Directivo. Resolución CD48.R2 — El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco: oportunidades y retos para su implementación en la Región de las Américas [Consultado 2012 febrero 12]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd48.r2-s.pdf>
 40. Organización Panamericana de la Salud 50° Consejo Directivo. Resolución CD50.R6 — Fortalecimiento de la capacidad de los Estados Miembros para Implementar las disposiciones y directrices del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco [Consultado 2012 febrero 12]. Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50.R6-s.pdf>
 41. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre Control del Tabaco 2011. México [Consultado 2012 febrero 5]. Disponible en: http://new.paho.org/hg/index.php?option=com_content&task=view&id=4457&Itemid=1231&lang=es.

42. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. Secretaría de Salud. México, D.F. [Consultado 2011 diciembre 12] Disponible en: http://alianza.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf
43. Versión estenográfica de la Sesión de Instalación del Consejo Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles, presidida esta mañana por el doctor José Ángel Córdova Villalobos, Secretario de Salud Federal, en el Salón del Consejo Nacional de Salud "Guillermo Soberón Acevedo", de esta Secretaría [Consultado 2011 Diciembre 12] Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/dgcs/sala_noticias/discursos/2010_05_12-prevencion.htm
44. Barrigüete A. 5 Pasos por tu Salud para Vivir Mejor 2009 – 2012. Presentación disponible en: [Consultado 2011 diciembre 12] Disponible en: [http://www.promocion.salud.gob.mx/red/descargables/Disco_gto_web_con_imagina/dia_10/conferencias/5%20Pasos%20por%20Tu%20Salud%20MUNICIPIO%20Barrigüete\[1\].pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/red/descargables/Disco_gto_web_con_imagina/dia_10/conferencias/5%20Pasos%20por%20Tu%20Salud%20MUNICIPIO%20Barrigüete[1].pdf)
45. Ley General para el Control del Tabaco. Diario Oficial de la Federación. 30/04/2008. México, DF: Congreso General, 2008.
46. Ley de Protección a los No Fumadores del Distrito Federal. [Consultado 2011 diciembre 12] Disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/onct/LeyProteccionSalud_NoFumadoresDF.pdf
47. Ley de Salud del Estado de Tabasco [Consultado 2011 Diciembre 12]. Disponible en: http://www.tabasco.gob.mx/noticias/vernotas_sp.php?id=4662
48. Secretaría de Salud. Informe de Actividades 2011: Avances en la Prevención y Atención de las Adicciones. Acciones Estratégicas, Evaluación y seguimiento de los Programas Nacionales contra las Adicciones. México: Secretaría de Salud, Comisión Nacional contra las Adicciones, 2011.
49. World Health Organization. The Millennium development goals and tobacco control: an opportunity for global partnership / Katharine M. Esson, Stephen R. Leeder. 1. Development 2. Goals 3. Tobacco – adverse effects 4. Smoking – prevention and control 5. Tobacco industry – legislation 6. Socioeconomic factors 7. International cooperation I. Leeder, Stephen R. II. Title. (NLM classification: WA 530.1).

Internet y videojuegos: las nuevas estrategias de la industria tabacalera para el mercado adolescente

Tonatiuh Barrientos Gutiérrez,^(1,2) Inti Barrientos Gutiérrez,⁽¹⁾
Luz Myriam Reynales Shigematsu,⁽¹⁾ James F Thrasher,^(1,3) Eduardo Lazcano Ponce⁽¹⁾

La exposición a publicidad sobre tabaco está asociada con el inicio en el consumo, particularmente en población joven,¹ por lo que su control es un objetivo clave para reducir la incidencia de tabaquismo.² El artículo 13 del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco (CMCT OMS) establece que toda forma de promoción, publicidad y patrocinio del tabaco en los medios de comunicación debe ser prohibida.³ Los esfuerzos internacionales para controlar la publicidad han sido razonablemente exitosos en medios tradicionales como la televisión, el radio o la prensa escrita, pero aún son insuficientes en medios emergentes.

Históricamente, la industria tabacalera (IT) ha sido pionera en la utilización de tecnologías de comunicación para posicionarse ante nuevos mercados y mantener la preferencia de los consumidores. El tabaco fue uno de los primeros productos en ocupar espacios publicitarios en los periódicos a finales del siglo XVIII y en capitalizar el potencial de comunicación masiva del radio y la televisión. Internet y los videojuegos son la nueva frontera para la publicidad del tabaco, ya que proporcionan espacios virtuales donde fácilmente pueden posicionarse los productos, además de acceso directo a población joven bajo marcos regulatorios laxos,

que impiden la aplicación de las políticas de control que han sido efectivas en otros medios.⁴ Internet y los videojuegos han trascendido el espacio del entretenimiento, lo que los convierte en medios de comunicación masiva con un alto potencial publicitario. El presente artículo hace una revisión de la literatura existente sobre la presencia de tabaco en el internet y los videojuegos con la intención de definir líneas de trabajo para desarrollar mecanismos efectivos de regulación y control de la publicidad en estos medios.

Internet

Desarrollado originalmente con fines militares, internet se transformó rápidamente en un proyecto de comunicación masiva fundado en la premisa de acceso irrestricto a la información. Esencialmente, internet es una red de computadoras interconectadas a través de “servidores” independientes, de manera que la eliminación de un servidor no pone en riesgo el funcionamiento de la red en su conjunto. Aunque existen algunas agencias reguladoras internacionales, internet no cuenta con un órgano central que controle su desarrollo; de hecho, la arquitectura misma del sistema impide la regulación sistemática y efectiva de los contenidos en la red. Esto asegura

(1) Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México

(2) Center for Social Epidemiology and Population Health, University of Michigan. Ann Arbor, USA

(3) Department of Health Promotion, Education, and Behavior, Arnold School of Public Health, University of South Carolina. Columbia, South Carolina, USA

un espacio de libre expresión con alcance global, pero al mismo tiempo constituye un reto en términos regulatorios, ya que permite la transmisión y acceso a contenidos ilegales o inapropiados para ciertos grupos de edad.

Internet es utilizado actualmente por una cuarta parte de la población mundial. Entre 2000 y 2009 el número de usuarios de internet pasó de 360 000 a 1.8 billones a nivel mundial,⁵ de los cuales 34.9 millones son mexicanos,⁶ en su mayoría adolescentes de ingreso medio bajo y medio alto.⁷ Internet continuará creciendo a un ritmo de 32% anual, de manera que para 2015 habrá dos dispositivos conectados por cada habitante en el planeta.⁸ El acceso global a internet, que otorga una relativa facilidad para burlar restricciones locales, y la gran cantidad de recursos para crear contenidos atractivos hacen de éste un medio ideal para la promoción y publicidad de productos del tabaco. Aunque a la fecha se han realizado pocos estudios evaluando el impacto de internet en el consumo de tabaco, es claro que la industria tabacalera ha intentado utilizarlo como una herramienta de mercadotecnia.⁴

Publicidad directa

La industria tabacalera ha firmado acuerdos que le impiden la publicidad directa de sus productos y marcas, como el Acuerdo Maestro de Conciliación, que evitó que la industria pagara los gastos de salud de los fumadores en los Estados Unidos a cambio, entre otras cosas, de la eliminación de la publicidad sobre tabaco en medios masivos. La presencia corporativa de la IT en internet ha sido guiada por normas establecidas a finales de la década de 1990 y reforzadas por los estándares de marketing de 2002.^{9,10} De acuerdo con estos estándares la IT evitaría cualquier forma de promoción o venta de sus productos o marcas a través de internet, haciendo extensiva esta restricción a sus empleados.

En 2007, la IT enmendó su declaratoria de no utilización de internet para permitir el desarrollo de páginas web dedicadas a la marcas de cigarros siempre y cuando el acceso estuviera restringido a adultos verificados.¹⁰ Siguiendo estos lineamientos, actualmente los sitios web corporativos de la IT no promocionan marcas pero sí información financiera, documentos de posicionamiento sobre los

riesgos a la salud derivados del tabaco y opiniones sobre las políticas públicas dirigidas a controlar la epidemia de tabaquismo. Las páginas oficiales de las principales marcas de cigarros están protegidas por claves, que se obtienen a través de un proceso de verificación de edad y una declaratoria de consumo activo de tabaco.

Las tabacaleras patrocinan de manera directa sitios dedicados a generar presión política por parte de los fumadores en contra del desarrollo de las políticas de control del tabaco. Sitios como www.tabaccoissues.com y www.nocigtax.com, patrocinados por Altria y R.J. Reynolds, presentan los puntos de vista de la IT sobre el incremento a los impuestos del tabaco, el desarrollo de espacios 100% libres de humo de tabaco y la regulación de los compuestos del tabaco. A través de ellos la IT encauza la participación política de los consumidores de tabaco para evitar el desarrollo de políticas de salud que amenazan los intereses de la IT.

Publicidad indirecta

La mayor parte de la promoción del tabaco en internet proviene de sitios web que no están vinculados directamente con la IT. Un ejemplo de ello son los “blogs” o diarios electrónicos, páginas desarrolladas por individuos para expresar sus opiniones sobre diversos temas, entre los cuales se encuentra el tabaco. En muchos blogs dedicados al tabaco y su consumo es evidente el patrocinio directo de compañías dedicadas a su comercialización. Por ejemplo, la página www.bocaratonpipeguild.com/ se dedica a difundir las actividades de un club de fumadores de pipa, pero cuenta con vínculos a la tienda en línea de su patrocinador, la tabaquería Bennington. Este esquema de mercadeo ha sido utilizado para estimular el consumo de cigarros electrónicos (www.sucigarrillo.blogspot.com/), puros (www.howtosmokeacigar.com/), shisha (<http://shishajosea.blogspot.com/>) y otras presentaciones del tabaco.

De forma similar, la IT ha aprovechado el desarrollo de redes sociales en internet para introducir líneas indirectas de mercadeo. Facebook, un sitio con más de 730 millones de miembros,¹¹ permite la interacción entre personas a través del encadenamiento de páginas donde se comparte información personal y a través de la creación de grupos. En 2010, una búsqueda de contenidos sobre tabaco

en Facebook produjo miles de resultados tanto de individuos como de grupos. Entre ellos se encontraron 96 grupos dedicados al tabaco de los cuales 32 eran creados y mantenidos por empleados de British American Tobacco.¹² Otros grupos en Facebook estaban dedicados a personas afines a ciertas marcas de cigarros, como Kent, Dunhill o Lucky Strike, que contenían fotografías de artículos promocionales y posters, así como información sobre eventos patrocinados por las marcas (imagen 1).

You Tube es un sitio dedicado a compartir públicamente videos generados por los usuarios. Una gran proporción de los visitantes a You Tube son adolescentes (12 a 17 años), aspecto que, unido a la capacidad de anonimato que otorgan las redes sociales, crea un entorno ideal para que las compañías tabacaleras lleguen a un mercado joven. En 2007, Freeman y Chapman analizaron 29 325 vídeos en You Tube resultantes de la búsqueda del término “smoking”.¹³ El 70.6% contenían imágenes de marcas o personas fumando cigarros con marcas reconocibles (imagen 2). En 2010, Elkin, Thomson y Wilson analizaron 163 vídeos y encontraron que, aunque muchos videos eran generados por personas, otros tenían un nivel

de producción que sugería la intervención de la IT.¹⁰ Los autores concluyeron que las imágenes de tabaco en You Tube eran prolíficas y fácilmente accesibles al público adolescente.

Venta de tabaco

Internet se ha convertido en el centro neurálgico de las transacciones comerciales, que van desde la compra-venta de acciones en todo el mundo hasta el comercio ilegal de tabaco. El control de la venta de tabaco en internet es un problema particularmente urgente, ya que internet no cuenta con una agencia reguladora centralizada. Esto hace que cualquier responsabilidad sobre la comercialización de tabaco se diluya rápidamente, evitando la acción de agencias reguladoras locales.

Malone y Bero realizaron un estudio en 141 sitios web dedicados a la venta de cigarros.¹⁴ Encontraron que 21.3% de los sitios utilizaba caricaturas, imágenes, música y artículos promocionales como medios para incentivar las compras, mientras que 6% utilizaba concursos, juegos y dibujos. El 32% de los sitios aceptaba pagos sin tarjeta de crédito

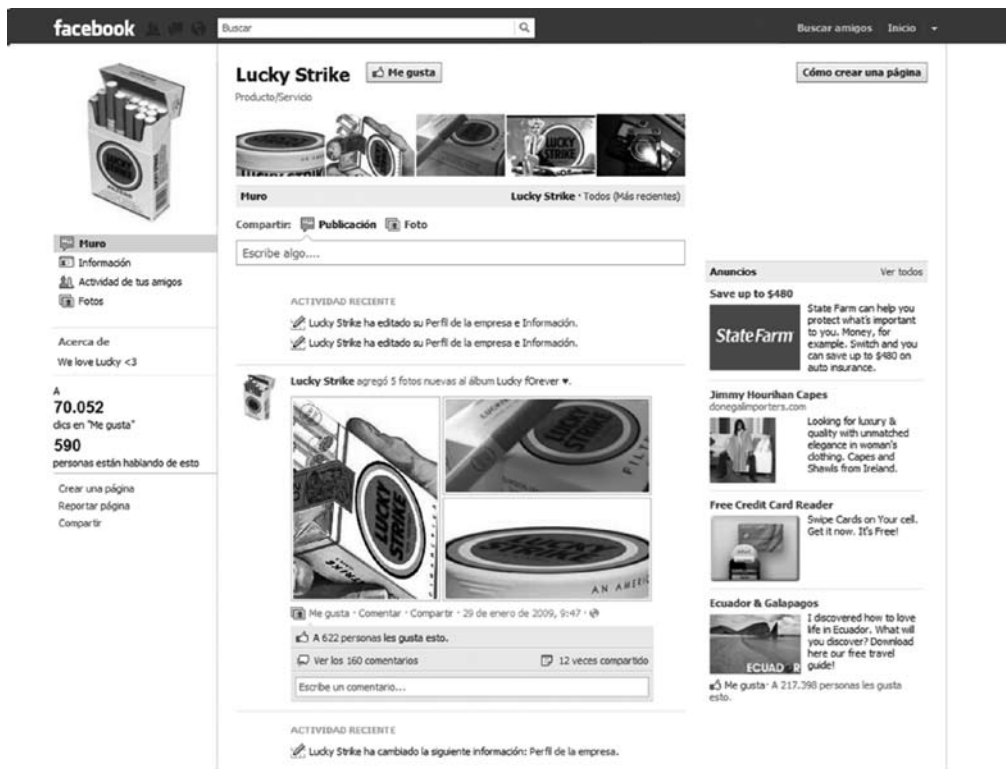


IMAGEN 1. Grupo de Facebook dedicado a la marca Lucky Strike. Este grupo ha sido aprobado por 70 052 miembros y replicado en otras páginas por 590 miembros

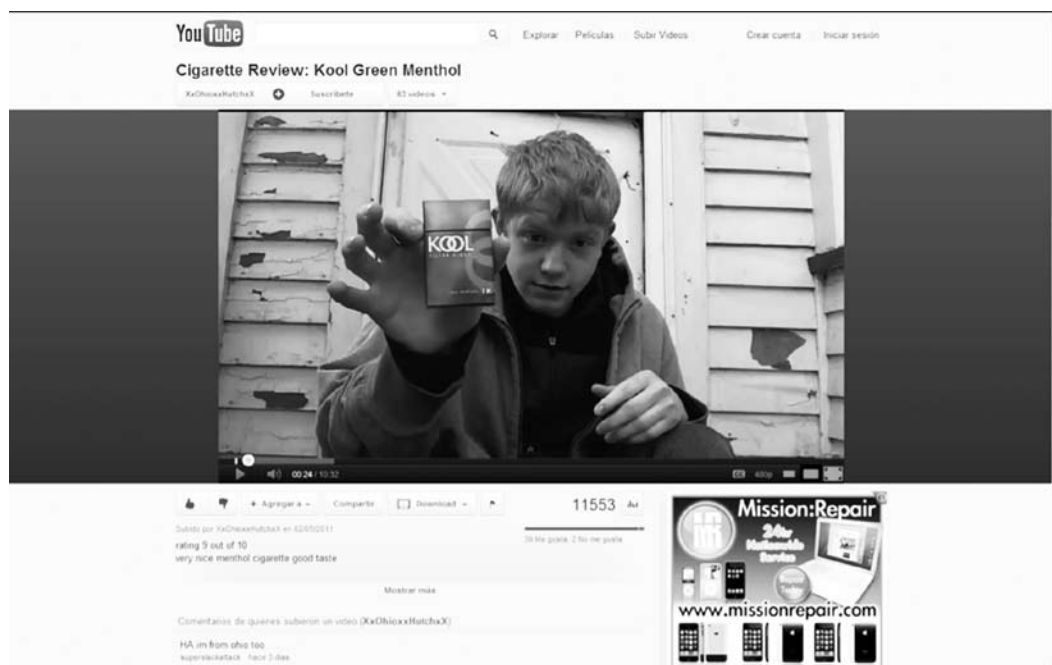


IMAGEN 2. Video en www.youtube.com donde “Hutch the smoker”, un adolescente que refiere tener 18 años, fuma y califica los cigarros Kool mentolados. Este adolescente ha subido 63 videos calificando marcas en menos de 1 año que han sido vistos por más de 125 000 personas

(COD, órdenes de pago) y 49% sólo aceptaba pagos vía tarjeta de crédito. Únicamente la cuarta parte de los sitios incluía declaratorias de prohibición, la mayoría pasivas (por ejemplo, “Debes tener edad suficiente para comprar cigarros”). Menos de 10% requerían afirmaciones activas sobre mayoría de edad y sólo 3.5% proveían advertencias sobre los efectos de fumar sobre la salud.

La compra de tabaco en internet es fácilmente accesible a menores de edad. Jensen y colaboradores reclutaron a 36 menores (entre 15 y 16 años) para que encontraran un vendedor de tabaco on-line y colocaran un pedido.¹⁵ El 96.7% de los adolescentes fue capaz de llevar a cabo la tarea en un tiempo promedio de siete minutos. Los adolescentes utilizaron 14 sitios web, 13 de los cuales (92.9%) requerían que se indicara la mayoría de edad, pero sólo uno requería la fecha de nacimiento. El 76.7% recibió su pedido por correo; 91% de ellos no requirió prueba alguna de edad para su entrega.

Videojuegos

Los videojuegos ocupan un lugar fundamental entre las nuevas formas de entretenimiento. De

acuerdo con la Asociación de Programas para el Entretenimiento, 72% de los hogares en los Estados Unidos de América cuenta con una consola para videojuegos.¹⁶ Los jugadores de video son predominantemente jóvenes al tener 44% de los jugadores menos de 18 años.¹⁷ Los videojuegos son la segunda fuente de entretenimiento en los hogares estadounidenses, donde los niños pasan 40 minutos al día jugando videojuegos y 134 viendo la televisión.¹⁸ En México existen 16 millones de jugadores que dedican en promedio 1.8 horas al día a jugar y representan un mercado potencial de 1 200 millones de dólares anuales.¹⁹ Esto forma parte importante de las ganancias globales del sector, que pasaron de 5.5 billones en el año 2000 a 15.9 billones de dólares en 2010.¹⁶

Los videojuegos han sufrido cambios tecnológicos tan dramáticos como las computadoras personales. El primer videojuego comercial, Pong, consistía en dos líneas rectas y un cuadro que simulaban un juego de ping-pong que utilizaba tan solo 2 bits de procesamiento. Actualmente, los videojuegos han alcanzado una capacidad de procesamiento de 128 bits que permite desarrollar historias, imágenes y sonidos con calidad cinematográfica. Los nuevos videojuegos pertenecen a la

séptima generación y se caracterizan por contar con sistemas de detección de movimiento que permiten la inmersión completa del jugador en el videojuego, sin necesidad de cables o controles exteriores. Los videojuegos se han integrado a internet a través de la Web 2.0, y han creado redes sociales donde millones de personas interactúan a través de servidores controlados por las compañías diseñadoras de videojuegos.²⁰

Publicidad en videojuegos

En años recientes, los diseñadores de videojuegos han comenzado a reconocer su potencial como medio publicitario, desarrollando áreas comerciales dedicadas a la venta de espacios publicitarios en los videojuegos. Esta nueva tendencia, conocida como “publicidad dentro del juego” (in-game advertisement) ha sido utilizada ya por productos deportivos, alimentos e incluso campañas políticas. En 2006 la publicidad en videojuegos generó ganancias por 77.7 millones de dólares, pero se espera que este indicador crezca a 971.3 millones de dólares para finales de 2011.²¹

El carácter virtual de los videojuegos permite la integración natural de productos y marcas en la narrativa y ambiente del videojuego.²²⁻²⁷ De esta forma, los productos no son percibidos como externos al videojuego e incluso refuerzan la sensación de “realidad” recreada en el juego. Diversos estudios han mostrado que los videojuegos facilitan la retención de información sobre una marca y son capaces de influir en las decisiones de compra, uso y recomendación de los consumidores.²³⁻²⁷ Los videojuegos son interactivos y proporcionan a los jugadores la posibilidad de participar del ambiente donde los productos son anunciados al pasar de publicidad pasiva a activa, lo que favorece el impacto publicitario.

Videojuegos y la industria tabacalera

La IT reconoció el potencial de los videojuegos como herramienta publicitaria desde los años ochenta. La presencia de marcas de cigarrillos en los videojuegos se remonta a etapas tan tempranas como 1983, cuando Namco sacó al mercado “Pole Position II”, un juego de carreras de automóviles que tenía espectaculares de Marlboro (imagen 3). Diversas marcas de cigarrillos fueron anunciadas

directamente en videojuegos de aventuras (L&M en “Sunny Shine: on the funny side of life”, 1990) y carreras de automóviles (Marlboro y John Player Special en Hang 198X, Marlboro en Out Run 1986, Monaco GP 1989, Chase HQ 1988, entre otros).²² La comercialización de estos videojuegos hacia la población infantil causó controversia, por lo que la IT se deslindó de ellos argumentando que las marcas habían sido utilizadas sin su consentimiento.

Aunque nunca se pudo comprobar un vínculo financiero entre los desarrolladores de videojuegos y la IT, existe evidencia que vincula a la IT directamente con el desarrollo de videojuegos. “Marlboro go” fue un prototipo no comercializado desarrollado en 1993 por Digital Image para la consola portátil “Lynx” de Atari. El exterior de la consola mostraba los colores rojo y blanco, con la leyenda “Marlboro Go”. Otra campaña de marketing que utilizó videojuegos fue creada por Philip Morris en el año 2000, llamada “Party Marlboro Ranch”. Para ello, Marlboro contrató los servicios de Arcade Planet, Inc., quien desarrolló un videojuego de esquí en la nieve, que era utilizado en fiestas organizadas por Marlboro, conocidas como “Marlboro bar party”.²⁸ La participación en las fiestas requería la certificación de la mayoría de edad.

A partir de la prohibición de la publicidad directa del tabaco, la IT ha buscado formas cada vez más sutiles e indirectas de publicidad. La presencia de tabaco en videojuegos ha sido documentada de forma anecdótica en diversos videojuegos, particularmente en éxitos comerciales.^{22,29} En el videojuego “The Chronicles of Riddick: Escape from Butcher Bay” (18 años y más) los cigarrillos eran utilizados como premios y presentados como algo deseable. En “Halo 2”, uno de los videojuegos más populares de los últimos años, el personaje Mayor Avery Johnson fuma puro (imagen 4), mientras que en Team Fortress 2 el personaje Spy siempre está fumando (imagen 5).

Videojuegos y consumo de tabaco

Los videojuegos son herramientas poderosas para influir en el consumo de tabaco. Estudios experimentales han mostrado que las imágenes relacionadas con el tabaco, recreadas en realidad virtual, tienen la capacidad de estimular el deseo de fumar entre los fumadores.³⁰⁻³⁷ Incluso, los adultos fumadores menores de 24 años responden a los



IMAGEN 3. Pole Position II, uno de los primeros videojuegos en integrar marcas de cigarrillos en el ambiente del juego

estímulos en realidad virtual con mayor fuerza que los adultos de mayor edad, por lo que son particularmente susceptibles a desarrollar deseos sostenidos de fumar.³⁶ Pocos estudios epidemiológicos han evaluado la relación entre los videojuegos y el incremento en el consumo de tabaco, produciendo resultados mixtos.^{38,39}

Los videojuegos también han mostrado gran potencial para incentivar y facilitar el proceso de cesación entre los fumadores. Un videojuego que permite a los fumadores aplastar cigarrillos fue utilizado exitosamente como coadyuvante en un programa de cesación. Al término de cuatro semanas, los fumadores que aplastaban cigarrillos presentaron mayor apego al programa, mayores tasas de cesación y menos síntomas de adicción que el grupo control.⁴⁰ Los videojuegos también han sido utilizados como herramientas de prevención del inicio en el consumo de tabaco en niños y adolescentes. El video juego “Rex Ronan” se centraba en un cirujano reducido a tamaño microscópico, que viajaba a través del cuerpo mostrando los daños provocados por el tabaquismo (imagen 6).⁴¹ El juego tuvo éxito en incrementar el conocimiento de los niños sobre los daños a la salud relacionados con el tabaco, aunque no se evaluó la prevención del inicio de consumo.



IMAGEN 4. Sargento Avery Johnson, uno de los héroes del videojuego Halo 2. El puro forma parte integral del personaje



IMAGEN 5. El personaje "Spy" del juego Team Fortress 2 (>17 años). En la esquina inferior izquierda se muestra uno de los dispositivos de espionaje, que consiste en una caja para cigarrillos con una computadora

En México, un grupo de investigadores y profesionales de diseño gráfico y animación de la Universidad Autónoma de México (UNAM) desarrolló dos juegos interactivos dirigidos a mujeres entre 13 y 15 años con alto grado de susceptibilidad a fumar. Los videojuegos "¡No manches! Ya fuma" y "Déjenla en Paz", tienen como propósito desarrollar las habilidades necesarias para reconocer y resistir las presiones sociales para fumar. Las jóvenes participan activamente en el juego, toman decisiones y pueden avanzar de manera individualizada. Estos videojuegos fueron evaluados como estrategias de promoción de la salud dirigidas a estudiantes de secundaria y mostraron un impacto benéfico al reducir la susceptibilidad de consumo de tabaco.⁴²

Regulación del contenido de tabaco en videojuegos

La evaluación del contenido de los videojuegos en América del Norte es llevada a cabo por el Consejo de Clasificación de Programas para el Entretenimiento (ESRB por sus siglas en inglés).⁴³ El ESRB es

una agencia creada por la Asociación de Programas de Entretenimiento para autorregular el contenido de los videojuegos. La clasificación de videojuegos no es obligatoria, quedando a discreción de los desarrolladores la decisión de enviar sus productos al ESRB. El proceso de evaluación inicia con los desarrolladores, quienes seleccionan el material más relevante de acuerdo con guías de contenido desarrolladas por el ESRB. Esta información es evaluada por tres jueces vinculados al ESRB, que listan el contenido más extremo o controversial y definen el grupo de edad al que podrá ser comercializado el producto. Finalmente, los jueces crean una lista no exhaustiva del contenido controversial que dio lugar a la clasificación por edad, misma que es hecha pública e impresa en el empaque del videojuego.

El ESRB reconoce que la presencia de tabaco en los videojuegos es controversial, ya que incluye cuatro posibles descripciones relacionadas con el tabaco: uso de tabaco, referencia a tabaco, uso de alcohol y tabaco, y referencia a alcohol y tabaco. Sin embargo, más allá de algunas descripciones vagas,



IMAGEN 6. Video juego Rex Ronan, desarrollado para mostrar los daños a la salud producidos por el tabaco. En la imagen Rex Ronan intenta destruir una placa de aterosclerosis, con el mensaje en pantalla: ¡Arteria bloqueada! ¡Alerta de ataque al corazón!



IMAGEN 7. Videojuego "No manches, ya fuma". El propósito del juego es conducir a las adolescentes a identificar y ensayar nuevas conductas a fin de resistir la presión que sus pares ejercen sobre ellas para modificar las normas relacionadas con el consumo de tabaco

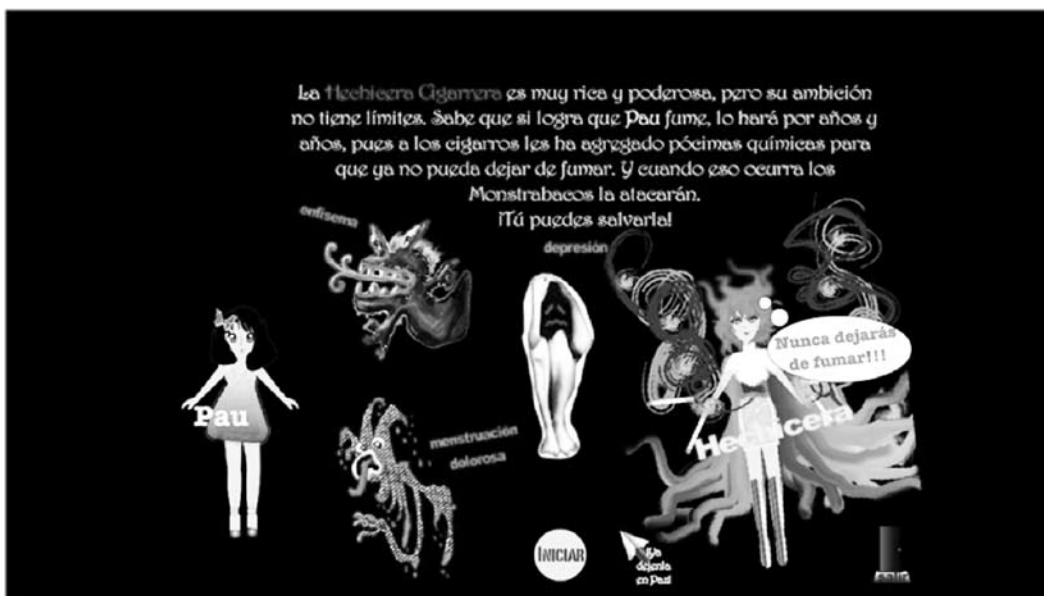


IMAGEN 8. Videojuego “Déjenla en paz”. El propósito del juego es evocar sentimientos de empatía hacia las fumadoras que padecen enfermedades devastadoras a consecuencia del consumo de tabaco, así como disgusto hacia la IT que dirige el poder adictivo de la nicotina hacia los jóvenes

los criterios del ESRB para asignar los videojuegos a una determinada categoría de edad no son claros.⁴⁴ Por tanto, la clasificación de edad que recibe un videojuego con contenido de tabaco no está sujeta a criterios bien definidos o acordes con recomendaciones internacionales sobre la presencia de tabaco en los medios. Esto facilita que el contenido de tabaco esté presente en videojuegos recomendados para menores de edad, lo que representa una clara violación al artículo 13 del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco.

Discusión

El desarrollo de políticas públicas dirigidas a eliminar la publicidad sobre tabaco en los medios de comunicación ha forzado a la IT a desarrollar estrategias indirectas para circunvenir la normatividad y tener acceso a potenciales consumidores. Los nuevos medios de comunicación, como internet y los videojuegos, son nichos naturales para estas estrategias, ya que permiten el acceso a población joven susceptible de iniciarse y proporcionan un ambiente virtual adecuado para promocionar el consumo de tabaco.

Aunque la evidencia aún es escasa, es razonable esperar que la exposición a publicidad de tabaco

en internet y videojuegos produzca un incremento en el inicio en el consumo de tabaco entre los adolescentes similar al observado con la publicidad en las películas.^{1,4,45,46} Incluso, la interactividad de estos medios podría hacerlos más efectivos, ya que evidencia meta-analítica ha mostrado que los medios con alto potencial de participación son tres veces más efectivos para promover el consumo de tabaco que los medios pasivos.⁴⁷

El principio regulatorio fundamental para el control de la publicidad del tabaco en los medios es simple: prohibición completa de la publicidad y promoción y patrocinio de los productos del tabaco. Dicha prohibición debe incluir “...*toda forma de comunicación comercial, recomendación o acción y toda forma de contribución a eventos, actividades o individuos con el objetivo, efecto o potencial efecto de promover productos del tabaco o su uso, ya sea de forma directa o indirecta*”.³ Esta acción debe extenderse de manera efectiva a los nuevos medios de comunicación como internet y los videojuegos, teniendo particular cuidado en detectar y eliminar formas indirectas de publicidad como las que se han documentado a lo largo de este artículo.

Desde 2008 la legislación en materia de publicidad, promoción y patrocinio de los productos de tabaco en México se considera en la Ley General

para el Control del Tabaco (LGCT),⁴⁸ que prohíbe toda forma de patrocinio para posicionar los elementos de marca de cualquier producto de tabaco que fomente su compra y su consumo por parte de la población. Sin embargo, la LGCT no menciona las nuevas estrategias de mercadotecnia de la IT, ni las nuevas tecnologías o medios de comunicación como Internet. El compromiso de México de apearse a los principios delineados en el artículo 13 del CMCT OMS y sus directrices venció en 2009; es urgente apoyar la reforma de la LGCT que busque la prohibición total de la publicidad, promoción y patrocinio de los productos de tabaco en todos los medios posibles (puntos de venta, programas de televisión, películas, videojuegos e internet) a nivel nacional y a través de restricciones transfronterizas. El reto en materia legislativa y regulatoria es un desafío para los países signatarios del CMCT OMS ya que deben considerar además de lo establecido en las directrices del artículo 13, los nuevos avances y desarrollos de la mercadotecnia actual, como los descritos en este manuscrito. Tanto la OMS como diversos investigadores en el campo han desarrollado propuestas para el control de la publicidad del tabaco en Internet y videojuegos, que se enlistan a continuación:

1. Monitoreo y registro. Existe relativamente poca información sobre las actividades y estrategias de la IT para publicitar sus productos en internet y videojuegos, por lo que es fundamental desarrollar proyectos de investigación independientes que permitan estimar la presencia e impacto de estos contenidos.^{12,49,50}
2. Regulación. La producción internacional de los contenidos en estos medios dificulta la regulación, sin embargo, existen acciones viables que pueden generar un impacto inmediato y positivo. Un primer paso es demandar el desarrollo de regulaciones nacionales efectivas, particularmente en los países donde se genera la mayoría de los contenidos de internet y los videojuegos. Esta acción reduce el campo de acción de la IT, tal como ha ocurrido con la industria filmica.⁴⁶ Dentro de este esfuerzo, es necesario impulsar el uso de advertencias sanitarias y mecanismos de prevención de venta a menores.^{14,50} Asimismo, se debe concientizar a los padres sobre el riesgo al que están expues-

tos los niños o adolescentes que navegan en Internet y promover el uso de programas de bloqueos de contenido.

3. Interacción con agencias reguladoras. El control efectivo de los contenidos de tabaco en internet y los videojuegos puede lograrse a través de la sinergia con entidades regulatorias ya establecidas. El ESRB y las asociaciones internacionales de regulación de internet deben ser contactadas para requerir el control estricto de la publicidad y promoción del consumo de tabaco en sus medios en apego al CMCT OMS. El principio fundamental para la protección de niños y jóvenes debe aplicarse de forma clara y contundente: ningún medio de comunicación o entretenimiento que presente contenidos de tabaco puede ser considerado adecuado para menores de edad.⁵¹ Esta misma idea puede ser compartida con las empresas que controlan el flujo de información en las redes sociales, como Facebook o Youtube, quienes deben incluir en sus códigos de conducta la prohibición de mostrar marcas o productos relacionados con tabaco, tal como se hace con conductas o sustancias ilícitas.¹³
4. Ventas por internet. Idealmente las ventas de tabaco por internet deberían estar prohibidas, involucrando tanto a los ofertantes del producto como a los proveedores de la logística necesaria para la transacción (bancos, tarjetas de crédito, servicios de mensajería y entrega por correo).³ Sin embargo, un primer paso hacia la regulación es obligar a los ofertantes de productos de tabaco a crear sitios basados exclusivamente en texto, sin publicidad ni imágenes. Adicionalmente, todo sitio que hospede transacciones comerciales de tabaco debe contar con sistemas de verificación de edad que aseguren que los menores de edad no tendrán acceso a los productos.

Finalmente, la regulación de la publicidad debe ser apoyada por acciones que contrarresten los mensajes protabaco. Esta aproximación implica pasar de la contención del mercadeo de la IT a la implementación activa de iniciativas que proporcionen información clara sobre los riesgos a la salud asociados con el consumo de tabaco y deconstruyan la falsa imagen creada alrededor

de su consumo. Utilizados de manera creativa, Internet y los videojuegos pueden proporcionar vehículos efectivos para alcanzar a la población joven, proporcionando la información necesaria para incentivar la cesación y prevenir el inicio del consumo.^{5,12,13,42,49}

Referencias

- Charlesworth A, Glantz SA. Smoking in the movies increases adolescent smoking: A review. *Pediatrics* 2005;116(6):1516.
- World Health Organization. WHO framework convention on tobacco control (WHO FCTC). World Health Organization (Switzerland); 2003. [Consultado: 2011 mayo 3]. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241591013.pdf>.
- World Health Organization. Guidelines for implementation of article 13 of the WHO framework convention on tobacco control. World Health Organization (Switzerland); 2009. [Consultado: 2011 abril 21]. Disponible en: http://www.who.int/fctc/guidelines/article_13.pdf.
- National Cancer Institute. The role of the media in promoting and reducing tobacco use. tobacco control monograph no. 19. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health (US); 2008. Report no. 07-6242.
- Ribisl K. The potential of the internet as a medium to encourage and discourage youth tobacco use. *Tob Control* 2003;12(suppl 1):i48.
- Asociación Mexicana de Internet. Hábitos de los usuarios de internet en México. Asociación Mexicana de Internet (México); 2011. [Consultado 2011 agosto 8]. Disponible en: <http://estudios.amipci.org.mx:8080/mashboard/main.jsp>.
- Jenssen BP, Klein JD, Salazar LF, Daluga NA, DiClemente RJ. Exposure to tobacco on the internet: Content analysis of adolescents' internet use. *Pediatrics* 2009;124(2):e180.
- Cisco Systems. Cisco visual networking index: Forecast and methodology: 2010-2015. [Consultado 2011 agosto 8] Disponible en: http://www.cisco.com/en/US/solutions/collateral/ns341/ns525/ns537/ns705/ns827/white_paper_c11-481360.pdf.
- Philip Morris, Co. Internet usage policy. 1998. [Consultado 2011 agosto 8]. Disponible en: <http://legacy.library.ucsf.edu/tid/gyr69h00/pdf>.
- Elkin L, Thomson G, Wilson N. Connecting world youth with tobacco brands: YouTube and the internet policy vacuum on Web 2.0. *Tob Control* 2010;19(5):361.
- Asociación Mexicana de Internet. Redes sociales en México y Latinoamérica. Asociación Mexicana de Internet (México); 2011. [Consultado 2011 agosto 8]. Disponible en: <http://www.amipci.org.mx/temp/EstudioAMIPCIdeRedesSociales2011-041364300131653272-OB.pdf>.
- Freeman B, Chapman S. Tobacco promotion invades new media. *Lancet Oncology* 2007;8(11):973-974.
- Freeman B, Chapman S. Is "YouTube" telling or selling you something? Tobacco content on the YouTube video-sharing website. *Tob Control* 2007;16(3):207.
- Malone RE, Bero LA. Cigars, youth, and the internet link. *Am J Public Health* 2000;90(5):790.
- Jensen JA, Hickman NJ, Landrine H, Klonoff EA. Availability of tobacco to youth via the internet. *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 2004;291(15):1837.
- Entertainment Software Association. Essential facts about the computer and video game industry: Sales, demographic and usage data. [Consultado: 2011 marzo 2] Disponible en: http://www.theesa.com/facts/pdfs/ESA_EF_2011.pdf.
- The Nielsen Company. Who, when and how? A closer look at the video game measurement. 2010. [Consultado 2011 agosto 8]. Disponible en: <http://blog.nielsen.com/nielsenwire/consumer/who-when-and-how-a-closer-look-at-video-game-measurement/>.
- Marshall SJ, Gorely T, Biddle SJH. A descriptive epidemiology of screen-based media use in youth: A review and critique. *J Adolesc* 2006;29(3):333-349.
- Newzoo B. Games spending in Mexico will reach 1.2 billion in 2011. 2011. [Consultado 2011 agosto 8]. Disponible en: www.newzoo.com/press/PRESSRELEASE_2011_Newzoo_National_Gamers_Survey_Mexico_130911.pdf.
- Griffiths MD, Davies MNO, Chappell D. Online computer gaming: A comparison of adolescent and adult gamers. *J Adolesc* 2004;27(1):87-96.
- Yankee Group. Advertising and games: 2007 in-game advertising forecast. [Consultado 2011 agosto 8]. Disponible en: <http://www.yankeegroup.com/ResearchDocument.do?id=16395>.
- Richards JW, Tye JB, Fischer PM. The tobacco industry's code of advertising in the United States: Myth and reality. *Tob Control* 1996;5(4):295-311.
- Glass Z. The effectiveness of product placement in video games. *Journal of Interactive Advertising* 2007;8(1):1-27.
- Yang HL, Wang CS. Product placement of computer games in cyberspace. *CyberPsychology & Behavior* 2008;11(4):399-404.
- Lee M, Faber RJ. Effects of product placement in on-line games on brand memory: A perspective of the limited-capacity model of attention. *Journal of Advertising* 2007;36(4):75-90.
- Winkler T, Buckner K. Receptiveness of gamers to embedded brand messages in advergames: Attitudes towards product placement. *Journal of Interactive Advertising* 2006;7(1):37-46.
- Nelson MR, Keum H, Yaros RA. Adertainment or adcreep? game players' attitudes toward advertising and product placements in computer games. *Journal of Interactive Advertising* 2004;5(1):3-21.
- Philip Morris, Inc. Video game purchase, refurbishment and upgrade agreement 2000. [Consultado 2011 agosto 8]. Disponible en: <http://legacy.library.ucsf.edu/tid/cdh51h00>.
- National Cancer Institute. Types and extent of tobacco advertising and promotion. In: Davis RM, Gilpin EA, Loken B, Viswanath K, Wakefield MA, eds. *The Role of the Media in Promoting and Reducing Tobacco use*. National Cancer Institute. U.S. Department of Health and Human Services (US); 2008. Report No.: NIH 07-6242.
- Baumann SB, Sayette MA. Smoking cues in a virtual world provoke craving in cigarette smokers. *Psychology of Addictive Behaviors* 2006;20(4):484.
- Carter BL, Bordnick P, Traylor A, Day SX, Paris M. Location and longing: The nicotine craving experience in virtual reality. *Drug Alcohol Depend* 2008;95(1-2):73-80.
- Lee JH, Lim Y, Wiederhold BK, Graham SJ. A functional magnetic resonance imaging (fMRI) study of cue-induced smoking craving in virtual environments. *Appl Psychophysiol Biofeedback* 2005;30(3):195-204.
- Lee JH, Ku J, Kim K, Kim B, Kim IY, Yang BH, et al. Experimental application of virtual reality for nicotine craving through cue exposure. *CyberPsychology & Behavior* 2003;6(3):275-280.
- Paris MM, Carter BL, Traylor AC, Bordnick PS, Day SX, Armsworth MW, et al. Cue reactivity in virtual reality: The role of context. *Addict Behav* 2011;36(7):696-699.
- Bordnick PS, Graap KM, Copp HL, Brooks J, Ferrer M. Virtual reality cue reactivity assessment in cigarette smokers. *CyberPsychology & Behavior* 2005;8(5):487-492.
- Traylor AC, Bordnick PS, Carter BL. Assessing craving in young adult smokers using virtual reality. *The American Journal on Addictions* 2008;17(5):436-440.
- Traylor AC, Bordnick PS, Carter BL. Using virtual reality to assess young adult smokers' attention to cues. *CyberPsychology & Behavior* 2009;12(4):373-378.
- Desai RA, Krishnan-Sarin S, Cavallo D, Potenza MN. Video-gaming among high school students: Health correlates, gender differences, and problematic gaming. *Pediatrics* 2010;126(6):e1414.
- Armstrong KE, Bush HM, Jones J. Television and video game viewing and its association with substance use by Kentucky elementary school students, 2006. *Public Health Rep* 2010;125(3):433.

40. Girard B, Turcotte V, Bouchard S, Girard B. Crushing virtual cigarettes reduces tobacco addiction and treatment discontinuation. *CyberPsychology & Behavior* 2009;12(5):477-483.
41. Lieberman DA. Management of chronic pediatric diseases with interactive health games: Theory and research findings. *J Ambulatory Care Manage* 2001;24(1):26.
42. Calleja N, Pick S, Reidl L, González-Forteza C. Programa de prevención de tabaquismo para mujeres adolescentes. *Salud Mental* 2010;33:419-427
43. Entertainment Software Rating Board. Frequently asked question. [Consultado: 2011 septiembre 14] Disponible en: <http://www.esrb.org/ratings/faq.jsp#2>.
44. Haninger K, Thompson KM. Content and ratings of teen-rated video games. *JAMA* 2004;291(7):856-865. [Consultado: 2011 septiembre 14]. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=14970065&site=ehost-live>.
45. Tickle JJ, Sargent JD, Dalton MA, Beach ML, Heatherton TF. Favourite movie stars, their tobacco use in contemporary movies, and its association with adolescent smoking. *Tob Control* 2001;10(1):16.
46. World Health Organization. Smoke-free movies: From evidence to action. World Health Organization (Switzerland); 2009. Report No.: HV 5745. [Consultado: 2011 marzo 5]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597937_eng.pdf.
47. Wellman RJ, Sugarman DB, DiFranza JR, Winickoff JP. The extent to which tobacco marketing and tobacco use in films contribute to children's use of tobacco: A meta-analysis. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006;160(12):1285-1296.
48. Ley General para el Control del Tabaco. Diario Oficial de la Federación. 30/04/2008. México, DF: Congreso General, 2008.
49. Ribisl KM, Lee RE, Henriksen L, Haladjian HH. A content analysis of web sites promoting smoking culture and lifestyle. *Health Education & Behavior* 2003;30(1):64.
50. Ribisl KM, Kim AE, Williams RS. Web sites selling cigarettes: How many are there in the USA and what are their sales practices? *Tob Control* 2001;10(4):352.
51. Millett C, Glantz SA. Assigning an '18' rating to movies with tobacco imagery is essential to reduce youth smoking. *Thorax* 2010;65(5):377.

Impuestos a los productos de tabaco en México: una propuesta legislativa

Ernesto Saro Boardman,⁽¹⁾ Raúl Domínguez Manning⁽²⁾

Hablar de impuestos al tabaco en nuestro país, nos referencia obligadamente a la Constitución Política de México, como marco básico para tasar dicho producto, debiendo tomar en cuenta la Ley del Impuesto Especial sobre Producción y Servicios (IEPS) y el Impuesto al Valor Agregado (IVA), que derivan de ese primer ordenamiento. En este sentido, la intención de recaudación por parte de las entidades federativas y del Distrito Federal, como lo será la propuesta que se abordará en el presente documento, debe considerar dicho marco normativo para proponer, legislativamente, reformas a las leyes necesarias para su implementación en los estados, considerando el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco (CMCT OMS).

La propuesta de los legisladores estatales, debe centrarse en el objetivo de prevenir los riesgos y daños del tabaquismo no sólo de quienes realizan el acto en sí, sino de quienes conviven a su alrededor como los son niños, jóvenes, adolescentes, adultos y adultos mayores, sin distinción de sexo, pero también al medio ambiente y a la economía de las personas en lo individual y de forma colectiva, así como al Estado Mexicano.

Convenio Marco para el Control del Tabaco

Como es del conocimiento general, el fenómeno creciente del tabaquismo llevó a los 192 Estados miembros de la OMS,* a adoptar el primer tratado mundial de salud pública, denominado Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.

Este instrumento ratificado por el Senado de la República¹ y por consiguiente con acción vinculante para el país, impone a los estados miembros la aplicación de acciones destinadas a abatir el consumo de tabaco. Su principal objetivo es:

... proteger a las generaciones presentes y futuras contra las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco, proporcionando un marco para las medidas de

* Actualmente son 192 miembros de la Organización Mundial de la Salud, pero sólo 174 han ratificado el Convenio Marco para el Control del Tabaco y sólo estos deben cumplir con los artículos del CMCT.

(1) Senador de la República, LX y LXI Legislatura

(2) Comisión de Salud, Senado de la República, LX y LXI Legislatura

control del tabaco que habrán de aplicar las Partes en el ámbito nacional, regional e internacional a fin de reducir de manera continua y sustancial la prevalencia del consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco.²

De conformidad con el CMCT OMS, son cuatro los ejes en los que se sustentan las políticas públicas para la prevención y combate a la epidemia del tabaquismo:

1. Promoción de espacios 100% libres de humo de tabaco;
2. Prohibición total de toda forma de publicidad, patrocinio y promoción;
3. Incorporación de advertencias sanitarias, y
4. Política fiscal para disminuir la demanda de productos de tabaco, principalmente entre los jóvenes y los grupos vulnerables.

Respecto de los espacios 100% libres de humo de tabaco, debemos reconocer que en nuestro país hay propuestas para hacer los ajustes necesarios a la Ley General para el Control del Tabaco, de manera que todos aquellos lugares de acceso público con áreas cerradas, sean efectivamente zonas 100% libres de humo de tabaco. No dudamos que su aprobación reforzará las acciones que se vienen realizando a favor de quienes no fuman, y que esperan que México sea un país con cero emisiones de humo de tabaco.

Con relación a la prohibición total de toda forma de publicidad, patrocinio y promoción, la propia Ley que deriva del Convenio Marco restringe tanto el patrocinio como la promoción, y deja una puerta abierta a la publicidad. Sin embargo, ya se propusieron los cambios necesarios para prohibir la publicidad en medios impresos dirigidos para adultos y se cumpla en su totalidad con la prohibición.

Acerca de la incorporación de advertencias sanitarias, encontramos que la referida legislación nacional antitabaco, contempla leyendas y pictogramas o imágenes de advertencia que muestren los efectos nocivos del consumo de los productos del tabaco en porcentajes que van del 30 al 100 por ciento, sin embargo, es por todos conocidos que una imagen vale más que mil palabras, razón por la cual se está analizando un aumento en los porcentajes de las advertencias, por sus recono-

cidos efectos que han tendido en la sociedad los pictogramas o imágenes.

Estos tres puntos están siendo atendidos legislativamente a través de la presentación de una iniciativa de ley,³ que respaldada por legisladores federales de los distintos grupos parlamentarios representados en el Congreso mexicano, tiene como objetivo cumplir a cabalidad con lo que dicta el CMCT OMS, y va más allá, proponiendo que se tenga un registro de todos aquellos lugares de acceso al público, que expendan productos de tabaco, para que, con nombre y apellido, se pueda sancionar al responsable de no cumplir con lo que dicta la legislación en nuestro país, en materia de control del tabaco.

Con relación al cuarto eje rector del Convenio Marco para el Control del Tabaco, se debe hacer mención que dicha medida no fue abordada a través de la Ley General para el Control del Tabaco, en virtud de que existe legislación sobre el tema, tal y como se abordará de manera específica más adelante.

La epidemia del tabaquismo en México

Entre las principales amenazas para la salud de los mexicanos se encuentra el creciente consumo de productos de tabaco. De conformidad con investigaciones e informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tabaquismo es un problema de salud pública y la primera causa de muerte prevenible en el mundo.

En México, se estima que el consumo de tabaco provoca más de sesenta mil⁴ muertes al año, pero además, ocasiona graves daños a la salud tanto de fumadores como de no fumadores, ya que se ha asociado principalmente con padecimientos como el cáncer pulmonar y con enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, así también, se encuentra asociado con el incremento de desarrollar otros tipos de cáncer, cardiopatías isquémicas y enfermedades cerebro-vasculares.

De manera específica, el tabaquismo está relacionado con cuatro enfermedades que representan las mayores causas de muerte en el país, tal como se muestra en el cuadro I.

Se debe hacer mención, que las enfermedades provocadas por el tabaquismo se caracterizan por

CUADRO I. Las enfermedades y decesos atribuibles al consumo del tabaco

ENFERMEDAD	FRACCIÓN ATRIBUIBLE	CASOS
Enfermedad isquémica del corazón	45%	22 778
Enfisema pulmonar y bronquitis crónica	84%	17 390
Enfermedad vascular cerebral (ECV)	51%	13 751
Cáncer pulmonar, bronquios y tráquea (CP)	90%	6 168
Subtotal		60 087

* Número de muertes que ocurren anualmente en México atribuibles al consumo de tabaco

Fuente: Referencia 4

su naturaleza crónica-degenerativa, pues evolucionan lentamente y por largos periodos. Estas características clínicas representan un reto para el Estado, el cual debe implementar políticas y programas por periodos prolongados para brindar la atención que se requiera, con el consecuente impacto en las finanzas públicas.

En este sentido, cobra mayor trascendencia la propuesta de que las entidades federativas tasan con impuestos los productos del tabaco desde las legislaturas de los estados, toda vez que, de acuerdo con criterios de organismos internacionales, particularmente de la OMS y el Banco Mundial, la política fiscal es el instrumento más efectivo para disminuir el consumo y la demanda de productos de tabaco, de manera directa entre los jóvenes y las personas con menor capacidad económica.

De los impuestos al tabaco

Los impuestos especiales en México, son una facultad que concierne de manera específica al Congreso. A través del inciso B) del numeral 5° de la fracción XXIX del artículo 73 de la Constitución Política, se da cuenta de la misma, señalando que el Congreso tiene facultad para establecer contribuciones especiales sobre producción y consumo de tabacos labrados.

Así, en nuestro país actualmente se impone un impuesto al consumo llamado del IEPS, que se fija al 160 por ciento del precio del mayorista al minorista, lo cual representa el 48.3 por ciento del precio de venta al público con impuestos incluidos. A su vez, se aplica el IVA, al igual que a casi todos los productos y servicios en nuestro país. Para el

año 2009, los impuestos totales por cajetilla de cigarros (IEPS más IVA) correspondieron al 61.4 por ciento del precio total de adquisición.

Pese a todo esto, el 22 de abril de 2010, consciente de la necesidad de aumentar los impuestos de productos de tabaco como medida reconocida para disminuir el consumo en menores de edad, presenté ante el Congreso una reforma para que el IEPS ad valorem se elevara al 180 por ciento del precio del mayorista al minorista y que el IEPS específico por cajetilla de 20 cigarros aumentará ocho pesos (40 centavos por unidad), con implementación a partir de 2011. La propuesta obtuvo el apoyo de 58 legisladores (24 senadores y 34 diputados) en aquel momento, quienes respaldaron el aumento del IEPS al 57.4 por ciento, para que, de manera conjunta, IEPS más IVA, conformaran el 71.2 por ciento del precio de venta al público de una cajetilla de cigarros.

Además, el senador Ricardo García Cervantes propuso un aumento en el IEPS ad valorem, de 14 pesos por cajetilla de 20 cigarros con implementación a partir de 2011, planteando el argumento de que con su ejecución se podría financiar la salud pública. Con esta propuesta, la proporción de impuestos totales del IEPS más IVA sería del 74.5 por ciento del precio de venta al público de una cajetilla de cigarros.

Derivado de lo anterior, y tras un proceso en busca de consensos con los diputados federales, toda vez que es una facultad exclusiva de éstos lo concerniente a los impuestos señalados en la Constitución, se logró que se aprobara una cuota específica de 0.35 centavos por cigarro, y se eliminara la transitoriedad del aumento *ad valorem*, logrando que con dicha propuesta el impuesto en

conjunto de IEPS más IVA, quedará en 69.2 por ciento por cajetilla de cigarros enajenada, a partir del primer día del año 2011.

Propuesta de reforma legislativa en las entidades federativas y el Distrito Federal

Por mandamiento constitucional, son obligaciones de todos y cada uno de los mexicanos contribuir al gasto público, ya sean de la federación, los estados o municipios y del Distrito Federal; contribución que deberá ser de la manera proporcional y equitativa que dispongan las leyes, federales o estatales, tal y como lo mandata la fracción IV del artículo 31 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Asimismo, por disposición constitucional, las facultades que no estén expresamente concedidas por esa Constitución a los funcionarios federales, se entienden reservadas a los estados, según lo dispone el numeral 124 de la propia Carta Magna mexicana; por ende, cuando en ella se faculta a la federación a gravar los ingresos de las personas morales o físicas, es constitucionalmente posible que cada entidad federativa, grave los egresos de esas personas, por ejemplo, como sucede con el impuesto local sobre nóminas del estado de Guerrero o el del Distrito Federal.

Además, por mandato constitucional, la materia de salud resulta ser una facultad concurrente de los funcionarios federales, estatales y municipales, teniendo como base la Ley General de Salud, como la legislación básica. Por lo anterior, resulta posible que cada uno de esos tres órdenes de gobierno prevenga en su respectiva legislación de hacienda local, las contribuciones o gravámenes fiscales que por el egreso se genere, es decir, la legislación federal grava los ingresos y las legislaciones estatales lo egresos de las personas físicas o morales.

De manera más específica, la propuesta legislativa debe incidir en el precio de compra de aquellas personas que acceden a los productos de tabaco, pero desde una perspectiva sanitaria, para que, como consecuencia, se logre la disminución del consumo de productos de tabaco, consiste básicamente en que las entidades federativas consideren que, de acuerdo con el artículo 124 de la Constitución General de la República, se fa-

culta a cualesquiera de éstas a realizar lo que no compete a la federación. Lo anterior permite la posibilidad de que una legislatura local imponga un gravamen estatal a los egresos de los particulares por transportar, almacenar y distribuir cajas o cajetillas o contenedores, así como para asentar por medios electrónicos o por medio de una imprenta un “código de barras” o “código alfanumérico” en cada cajetilla de cigarros o puros, para registrar e inventariar las cajas o cajetillas de cigarros o puros, conocidos en la legislación mexicana como tabacos labrados.

Dicha propuesta, como impuesto local, se vuelve conducente por el principio constitucional de facultades concurrentes entre los estados y la federación, ya que, las entidades federativas están facultadas para gravar egresos no regulados por la federación. Se debe mencionar que ésta (la federación) tiene la atribución para gravar la enajenación en territorio nacional o, en su caso, la importación, definitiva, de los tabacos labrados que comprenden tanto a los cigarros, puros u otros tabacos labrados; asimismo incluye los puros y otros tabacos labrados enteramente a mano. De esto se advierte que no tiene la facultad para gravar el transporte, almacenamiento o distribución de los mismos.

Conclusión

La epidemia del tabaquismo en México es definitivamente un problema de salud pública que ha atendido el Estado mexicano a través de la Ley General de Salud, pero también de la Ley General para el Control del Tabaco, para que, el sistema nacional de salud, a través de las autoridades sanitarias, conforme a las facultades concurrentes, atienda el derecho consagrado en el artículo 4º de la Constitución Política de México, relacionado con la protección de la salud.

En este sentido, si bien es innegable que existe legislación suficiente para atender los padecimientos que deriven del consumo de productos de tabaco, también es cierto que su atención, merma las acciones que en políticas públicas pudieran realizarse en otras materias a través de las secretarías de salud federal y de los estados.

Por otra parte, se debe reconocer que el problema real no estriba en el consumo de productos de tabaco o la atención médica o medicamentosa

que se otorga a los mexicanos, sino a la falta de cultura que se ha quedado rezagada en educación para y por los que habitamos en México.

Finalmente, la exploración de alternativas legislativas que permitan a las entidades federativas atender un problema de salud pública, a través de medidas extra fiscales, como la creación de un impuesto que no incluya la producción y el consumo de tabaco, sino que sea por el transporte, el almacenamiento o la distribución de tabacos labrados que incida directamente en el costo de compra de la cajetilla de cigarros en el consumidor final, o sea, del egreso generado por quien gasta para adquirir cualquier producto de tabaco, debe ser tomada en cuenta de manera primordial para que, la propuesta que se traduzca en ley, promueva la

disminución en el consumo de productos de tabaco, e incurra de manera directa en quien gasta, pero sobre todo en los menores de edad, para que no comiencen con el hábito de fumar, proponiendo, que a través de dicha medida, las entidades federativas atiendan un fin mayor, como lo es la salud de los mexicanos.

Referencias

1. Diario Oficial de la Federación, primera sección, 200 mayo 12.
2. Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco para el Control del Tabaco. Ginebra 2003 [consultado 2011 octubre 27]. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9243591010.pdf>
3. Diario de los Debates, núm. 10, México: Senado de la República, 2011 octubre 25.
4. Kuri-Morales PA, González-Roldán JF, Hoy MJ, Cortés-Ramírez M. Epidemiología del tabaquismo en México. Salud Publica Mex 2006.

Etiquetar los impuestos de los productos de tabaco en México: ¿factible en la legislación mexicana?

Juvenal Lobato Díaz⁽¹⁾

Veo que Jules Claretie ha publicado una novela con el título La Cigarette. No la leeré, porque supongo que se trata de una demostración, en la medida en que una buena novela pueda hacerla, del daño que el tabaco aporta al hombre. No la leeré porque todos nosotros, los fumadores, estamos convencidos de que el tabaco no nos beneficia y no tenemos necesidad de que nos convenzan, pero seguimos fumando, porque... o, mejor aún, sin porqué (...)

Italo Svevo¹

El establecimiento de contribuciones con el objeto de lograr fines más allá de los estrictamente recaudatorios en sí mismo resulta un contrasentido, ya que las contribuciones tienen como fin, por definición, la recaudación. Sin embargo, cuando dicha acción de gobierno busca proteger otros bienes (quizá invaluable) como el medio ambiente, la salud, etc., romper el paradigma teórico no sólo lo explica sino lo justifica.

En este sentido, los impuestos especiales cobran particular importancia, ya que se convierten en un instrumento de política tributaria idóneo para lograr tal fin extra recaudatorio o, como se le conoce coloquialmente, “extra fiscal”.

Muestra de ello son las contribuciones que en materia ecológica buscan establecer los Estados, ya que en el diseño de dichas contribuciones subyace la intención de lograr que éstas no generen recaudación alguna, dado que ello implicaría que se está contaminando.

Otro ejemplo es el que motiva la elaboración de este trabajo, esto es, el establecimiento de con-

tribuciones, específicamente impuestos, con el fin de inhibir conductas nocivas (fumar) para la salud (enfermedades derivadas del consumo de tabaco) de los ciudadanos de un Estado.

En el trabajo no se diserta nada, por no ser el objeto perseguido, sobre el debate filosófico que genera tal planteamiento, esto es, hasta dónde el Estado puede o no regular conductas que afectan la libertad individual de su población.²

Ahora bien, un aspecto es el establecimiento de la contribución, con el fin de lograr inhibir la conducta nociva vinculada con el consumo de tabaco y, otro, una vez establecida, que la recaudación obtenida pueda destinarse a atender, precisamente, las consecuencias que genera el tabaquismo, en particular, destinar tales recursos a solventar los gastos del sector salud para la atención de las personas que padecen una enfermedad derivada del tabaquismo.

En el caso mexicano, el primer tema, de establecer contribuciones con fines extra fiscales, goza del respaldo constitucional por parte de la Suprema

(1) Profesor de la Facultad de Derecho de la UNAM. Consultor y abogado litigante en materia tributaria

Corte de Justicia de la Nación (SCJN). Sin embargo, en cuanto al segundo, esto no es así, debido a que ni siquiera se ha planteado una reforma legal que obligue a las autoridades fiscales a destinar a un fin específico la recaudación de un determinado impuesto, en los términos que más adelante se detallan. Hubo un intento que fue considerado inconstitucional por la SCJN, básicamente, por considerar que se violaba la autonomía financiera de las entidades federativas.

Por ello, las siguientes líneas discurrirán sobre la posibilidad o no, en el marco del sistema tributario mexicano, de destinar a un fin específico (más que “etiquetar” –ya se verá por qué preferimos no utilizar éste término) las cantidades que deriven de la recaudación del Impuesto Especial sobre Producción y Servicios (IEPS) aplicable a productos del tabaco.

Para tal efecto, primero nos referiremos al mandato constitucional que obliga a que los recursos generados con motivo de la recaudación de contribuciones se destinen a la satisfacción del gasto público, para después escribir sobre las reformas recientes en materia del IEPS (2009-2011) aplicable a los productos del tabaco que han permitido alcanzar un par de objetivos centrales (inhibir el consumo de tabaco y obtener un recaudación adicional) y finalmente abordaremos el tema relativo a si es posible o no darle un fin específico (gasto en salud pública para combatir las enfermedades producidas por el tabaquismo) a la citada recaudación adicional del IEPS aplicable a los productos del tabaco.

II. Principio constitucional de destino al gasto público de una contribución

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su artículo 31, fracción IV, establece los principios que fundamentan la forma en que debe ejercerse la potestad impositiva del Estado mexicano. Estos principios son: i) legalidad; ii) proporcionalidad; iii) equidad, y iv) destino al gasto público.

De ellos, el que nos interesa es éste último, es decir, el relativo al “destino al gasto público”, ya que en función a la definición de su alcance, en relación con las disposiciones de la Ley de Coordinación Fiscal, podremos llegar a la conclusión de si es posible o no destinar lo que se recaude con

motivo del IEPS en materia de tabaco a solventar los gastos en salud que genera el tabaquismo.

El principio el destino del gasto público constituye una obligación para el Estado y, por tanto, un derecho fundamental, que consiste en que todas las contribuciones que establezcan las leyes, además de ser proporcionales y equitativas, deben estar destinadas al gasto público.

Dicho principio, como se mencionó, encuentra sustento en el artículo 31, fracción IV, de la Constitución Política mexicana, misma que establece:

Artículo 31. Son obligaciones de los mexicanos:

IV. Contribuir para los gastos públicos, así de la Federación, como del Distrito Federal o del estado y municipio en que residan, de la manera proporcional y equitativa que dispongan las leyes.

Mediante este principio, cualquier contribución que se establezca debe estar destinada al gasto público, de lo contrario el impuesto sería inconstitucional por violar lo dispuesto en el mencionado artículo 31 fracción IV.

En este sentido, lo importante es definir qué se entiende por “gasto público”, con el objeto de establecer cuál es el cauce que debe darse a la cantidad recaudada por concepto de una determinada contribución y así lograr que se cumpla con el citado principio.

Al respecto, diremos que por “gasto público” debe entenderse el conjunto de erogaciones realizadas por el Estado para satisfacer las funciones y servicios públicos en beneficio de la colectividad y que se encuentran estipuladas en el presupuesto de egresos de la federación o en cualquier otra ley posterior (artículos 74, fracción IV y 126 de la constitucionales).

GASTOS PÚBLICOS, CUÁLES SON. Por gastos públicos no deben entenderse todos los que pueda hacer el Estado, sino aquellos destinados a satisfacer las funciones y servicios públicos.

GASTO PÚBLICO. Del artículo 31, fracción IV, de la Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos, que establece la obligación de los mexicanos de “contribuir para los gastos públicos, así de la Federación, como del Distrito Federal o del estado y municipio en que residan, de la manera proporcional y equitativa que dispongan las leyes”, en relación con los artículos 25 y 28 de la propia Constitución,

así como de las opiniones doctrinarias, se infiere que el concepto de “gasto público”, tiene un sentido social y un alcance de interés colectivo, por cuanto el importe de las contribuciones recaudadas se destina a la satisfacción de las necesidades colectivas o sociales, o a los servicios públicos; así, el concepto material de “gasto público” estriba en el destino de la recaudación que el Estado debe garantizar en beneficio de la colectividad.³

La propia SCJN ha establecido que pueden existir gastos públicos “especiales”, pero siempre y cuando dicho gasto beneficie de manera directa a la colectividad, precisando que lo prohibido constitucionalmente es el hecho de que la recaudación generada con motivo de las contribuciones tenga un fin diferente al gasto público, esto es, a satisfacer necesidades individuales o personales.

GASTO PÚBLICO. EL PRINCIPIO DE JUSTICIA FISCAL RELATIVO GARANTIZA QUE LA RECAUDACIÓN NO SE DESTINE A SATISFACER NECESIDADES PRIVADAS O INDIVIDUALES. El principio de justicia fiscal de que los tributos que se paguen se destinarán a cubrir el gasto público conlleva que el Estado al recaudarlos los aplique para cubrir las necesidades colectivas, sociales o públicas a través de gastos específicos o generales, según la teleología económica del artículo 31, fracción IV, de la Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos, que garantiza que no sean destinados a satisfacer necesidades privadas o individuales, sino de interés colectivo, comunitario, social y público que marca la ley suprema, ya que de acuerdo con el principio de eficiencia –inmanente al gasto público–, la elección del destino del recurso debe dirigirse a cumplir las obligaciones y aspiraciones que en ese ámbito describe la carta fundamental. De modo que una contribución será inconstitucional cuando se destine a cubrir exclusivamente necesidades individuales, porque es lógico que al aplicarse para satisfacer necesidades sociales se entiende que también está cubierta la penuria o escasez de ciertos individuos, pero no puede suceder a la inversa, porque es patente que si únicamente se colman necesidades de una persona ello no podría traer como consecuencia un beneficio colectivo o social.⁴

Lo anterior confirma que el requisito de destino al gasto público se encuentra previsto en la

propia Constitución como un elemento, garantía y derecho fundamental que toda contribución debe cumplir y que, como lo veremos más adelante, puede darse de manera general (sin especificar qué tipo de gastos deben solventarse), o bien, particular (precisándose a qué gasto deberá destinarse, siempre y cuando esto implique un beneficio a la colectividad).

Sobre este último punto ahondaremos en el numeral IV, ya que los criterios recientes de la SCJN sobre el mismo son base fundamental para soportar la conclusión más importante del presente texto.

Reformas al IEPS en materia de tabaco (2009-2011)

Antes de ahondar sobre el punto central de este trabajo y dada la estrecha vinculación con el tema que nos ocupa, es necesario mencionar el contenido de las reformas recientes (2009-2011) en materia de IEPS aplicable a los productos del tabaco, ya que desde el planteamiento de, al menos, una iniciativa de ley en la materia se buscó que el monto de recaudación generado con motivo de un aumento en el citado impuesto se destinara a sufragar los gastos del sector salud derivados de la atención de enfermedades causadas por el tabaquismo.

Así, dentro del paquete de reformas fiscales para 2010, aprobado por el Congreso de la Unión en 2009, se discutieron una serie de modificaciones a la Ley del IEPS. En particular, el aumento del IEPS al tabaco, mediante la adopción de una cuota específica o fija, para el cobro de dicho impuesto, semejante a la utilizada en otros países, basada en el número de cigarros o el peso de los tabacos labrados.

Lo anterior, con el objeto de lograr evitar el llamado, en términos económicos, “efecto sustitución” en el comportamiento del consumidor de tabaco, ya que con el cobro de un impuesto *ad valorem* solamente, dichos consumidores, para evitar el pago de un monto mayor de impuesto, podrían comprar cigarros más baratos, con lo que no se lograría el objetivo de evitar o inhibir el consumo de tabaco.

En este sentido, tal reforma quedó plasmada en la legislación tributaria, sin embargo, se estableció que el cobro de tal componente fijo fuese gradual:

Artículo 2o [...]

Adicionalmente a las tasas establecidas en este numeral, se pagará una cuota de \$0.10 por cigarro enajenado o importado. Para los efectos de esta Ley se considera que el peso de un cigarro equivale a 0.75 gramos de tabaco, incluyendo el peso de otras sustancias con que esté mezclado el tabaco.

[...]

Transitorios

Artículo cuarto. Para los efectos de lo dispuesto en el segundo y tercer párrafos del inciso C) de la fracción I del artículo 2º de la Ley del impuesto especial sobre producción y servicios, durante los ejercicios fiscales de 2010, 2011 y 2012, en lugar de aplicar la cuota prevista en dichos párrafos, se estará a lo siguiente:

Ejercicio fiscal	Cuota pesos
2010	0.04
2011	0.06
2012	0.08

De la misma forma, no se consideró la posibilidad de que los recursos obtenidos por ese concepto tuvieran un fin específico y, por tanto, pudieran utilizarse para que el sector salud hiciera frente a los gastos que provocan las enfermedades originadas por el tabaquismo, considerando que éste representa uno de los mayores retos y problemas en materia de salud pública.

Asimismo, no se consideró un aumento en el impuesto *ad valorem* ya regulado por la legislación tributaria.

Con este panorama, para 2010, en el debate del paquete de reformas para 2011, el tema volvió a ser motivo de discusión, a partir de un par de iniciativas suscritas por diversos legisladores,* mismas que tenían como similitudes:

- Plantear el aumento del IEPS en materia de tabaco tanto en la cuota fija como en el impuesto

* Del senador Ricardo Francisco García Cervantes, del Grupo Parlamentario del PAN, la que contiene proyecto de decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley del Impuesto Especial sobre Producción y Servicios, en materia de tabaco”, presentada el 22 de abril de 2010, y del senador Ernesto Saro Boardman, a nombre propio y de diversos legisladores, la que contiene proyecto de decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley del Impuesto Especial sobre Producción y Servicios, presentada el 27 de abril de 2010.

ad valorem (en éste último caso en la misma proporción, quedando en 180%).

- Derogar de la disposición transitoria aprobada en 2009 que establecía una entrada en vigor paulatina de la cuota fija.
- Actualización de las cuotas conforme a la inflación.

Empero, dichas iniciativas tenían las diferencias siguientes:

- El aumento inmediato (2011) de la cuota fija en la iniciativa del senador García Cervantes era de 0.70 pesos por cigarro enajenado o importado, mientras que en la diversa del senador Ernesto Saro el aumento era de 0.40 pesos por cigarro enajenado o importado.
- En la iniciativa del senador García Cervantes se establecía un destino específico para los recursos que se recauden por concepto de los aumentos propuestos, esto es, dichos recursos se destinarán al sistema nacional de salud para combatir los gastos en salud generados por el tabaquismo, mientras que en la iniciativa del senador Ernesto Saro no se establece nada al respecto.

Finalmente, lo que se aprobó y entró en vigor a partir del 1 de enero de 2011 fue exclusivamente un aumento sobre la cuota fija por unidades de cigarros enajenadas o importadas de 0.35 pesos quedando derogada la disposición transitoria que preveía el aumento gradual citado.

Tal como puede apreciarse, más allá de las omisiones respecto de los planteamientos hechos en las iniciativas en materia de aumentos y actualización, la omisión más delicada quizá fue la nula discusión de la propuesta de darle un “fin específico” a los recursos obtenidos de los aumentos aprobados.

Lo anterior, a pesar de haber estado en el tintero legislativo y que como se verá en el siguiente punto, desde la óptica de quien esto suscribe, no existe ningún impedimento constitucional para tal efecto.

Destino del IESP al tabaco a un gasto público especial

Si bien al establecer contribuciones existe un fin recaudatorio por antonomasia, el fin extra fiscal en ciertas contribuciones llega a ser el más impor-

tante, toda vez que permite adoptar medidas, por ejemplo, para combatir la epidemia del tabaquismo a través del diseño de una política impositiva que inhiba el consumo de tabaco, así como que aliente a los fumadores para que dejen de fumar.

En este contexto, el aumento en la recaudación del IEPS aplicable a los productos del tabaco provee al Estado de mayores recursos que, de destinarse al sector salud podrían permitirle hacer frente a los gastos que provocan las enfermedades asociadas al tabaquismo considerando que éste representa una de las principales causas prevenibles de enfermedad (enfermedad isquémica del corazón, enfisema pulmonar y bronquitis crónica, enfermedad vascular cerebral y cáncer pulmonar, bronquios y tráquea,⁵ entre otras), discapacidad y muerte en el mundo y en México, así como para continuar o implementar nuevos programas para la prevención, control y tratamiento de esta adicción (figura 1).

Incluso, la propia Organización Mundial de la Salud (OMS) en el Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2008: plan de medidas MPOWER establece que “los incrementos de los impuestos al tabaco aumentan los ingresos fiscales, que suelen utilizarse para financiar programas sociales. Una parte de las nuevas recaudaciones fiscales se pueden utilizar para financiar campañas de publicidad antitabáquica y servicios destinados a los fumadores que quieren dejar de fumar.”

Por ello y considerando que el costo que se genera por los padecimientos asociados al tabaquismo es muy alto para el Estado, resulta por demás

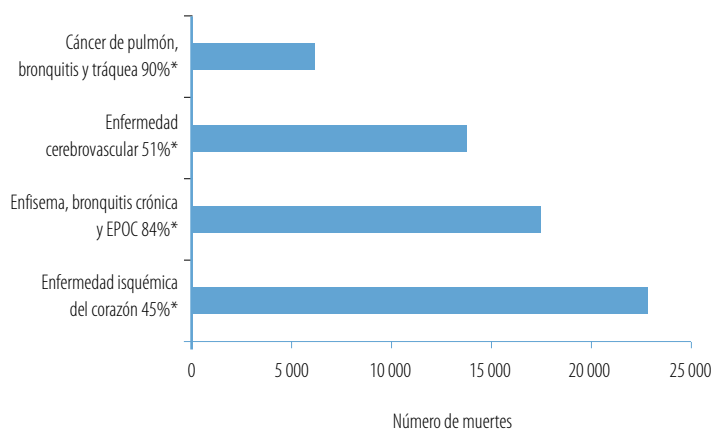
justificado analizar si, de acuerdo con la legislación tributaria mexicana, los recursos extraordinarios que se generan con el citado impuesto podrían destinarse a cubrir estos costos.

Para tal fin, debemos recordar que la Constitución mexicana obliga a que el destino de una contribución sea para cubrir los gastos públicos que, como ya dijimos, comprenden todas las erogaciones tendientes a satisfacer las funciones y servicios públicos en beneficio de la colectividad.

Sin embargo, la SCJN, como también lo dejamos anunciado líneas arriba, ha abierto la posibilidad para que tales gastos puedan tener un destino “especial”, siempre y cuando beneficie a la colectividad, sin que ello implique ninguna violación a la Constitución.

Lo anterior, ya que de acuerdo con la interpretación de la SCJN, el mandato constitucional de destino a gasto público de la recaudación de las contribuciones no exige que deban ingresar a un fondo o caja común en el que se mezclen con las demás contribuciones, sino que la prohibición consiste en que no se utilicen para gastos que no tiendan a satisfacer funciones y servicios públicos en beneficio de la colectividad.

CONTRIBUCIONES. LAS DESTINADAS AL PAGO DE UN GASTO PÚBLICO ESPECIAL NO VIOLAN EL ARTÍCULO 31, FRACCIÓN IV, CONSTITUCIONAL. Al establecer el precepto constitucional mencionado que los tributos deben destinarse al pago de los gastos públicos, así de la Federación, como del Distrito



*= porcentaje de riesgo atribuible

Fuente: Referencia 5.

FIGURA 1. Mortalidad anual atribuible al tabaquismo. México, 2004

Federal o del Estado y Municipio en que resida el contribuyente, no exige que el producto de la recaudación relativa deba ingresar a una caja común en la que se mezcle con el de los demás impuestos y se pierda su origen, sino la prohibición de que se destine al pago de gastos que no estén encaminados a satisfacer las funciones y servicios que el Estado debe prestar a la colectividad. Por tanto, si el producto de la recaudación es destinado al pago de un gasto público especial que beneficia en forma directa a la colectividad, no sólo no infringe, sino que acata fielmente lo dispuesto en el artículo 31, fracción IV, de la Constitución Federal.⁶

Además, el propio pleno SCJN, estableció, al resolver la acción de inconstitucionalidad 29/2008 (en la que se cuestionaba la obligación impuesta a los gobiernos de los estados para destinar el monto de la recaudación de IEPS derivado de las cuotas a la venta final al público en general de gasolina y diesel a la infraestructura vial, hidráulica, movilidad urbana y protección y conservación ambiental), estableció que:

[...] la garantía de los gobernados de que los tributos que paguen se destinarán a cubrir el gasto público conlleva a que el Estado al recaudarlos los aplique para cubrir las necesidades colectivas, sociales o públicas a través de gastos específicos o de gastos generales, según la teleología económica del artículo 31, fracción IV, de la Constitución federal, que garantiza que no sean destinados a satisfacer necesidades privadas o individuales, sino de interés colectivo, comunitario, social y público que marca dicha Constitución, ya que de acuerdo con el principio de eficiencia –que es inmanente al gasto público–, la elección del destino del recurso debe edificarse, esencialmente, en cumplir con las obligaciones y aspiraciones que ese ámbito describe la Carta fundamental.

De modo que una contribución será inconstitucional cuando se destine a cubrir exclusivamente necesidades individuales, pues es lógico que al aplicarse para satisfacer necesidades sociales se entiende que también está cubierta la penuria o escasez de ciertos individuos, pero no puede suceder a la inversa, porque es patente que si únicamente se colman tales necesidades de una persona no podría traer como consecuencia un beneficio colectivo o social (...)⁴

Como puede apreciarse, esto permite que los recursos obtenidos por la recaudación de una determinada contribución puedan destinar a satisfacer un gasto especial, siempre y cuando éste beneficie a la colectividad o bien contribuya a la consecución de los fines consagrados en la propia Constitución, como el derecho a la salud.

Ahora bien, no debe perderse de vista que el destino de tales recursos no debe violar la autonomía financiera de las entidades federativas (misma que “se manifiesta a través de la potestad de gasto y se ejerce mediante la elaboración, aprobación y ejecución de su propio presupuesto, es decir, puede desarrollarse en libertad y en un plano democrático, sin depender del centralismo político, aunque es evidente que esa libertad de administración o potestad de gasto, como cualquier otra prerrogativa, no puede ser contraria a los postulados y principios constitucionales” –sentencia de la acción de inconstitucionalidad 29/2008–) y para ello debemos considerar la naturaleza de la contribución de que se trate (en nuestro caso el IEPS) en el marco de lo dispuesto por la Ley de Coordinación Fiscal, ya que de lo contrario sí podría incurrirse en alguna violación de índole constitucional que impida destinar recursos a un gasto público especial.

En este sentido, es necesario considerar lo dispuesto por la Ley de Coordinación Fiscal respecto a que el IEPS es una contribución, por un lado, de asignación directa a las entidades federativas y, por otro, participable.

Se trata de un *impuesto de asignación directa*, particularmente, por lo que se refiere a la recaudación que genera en materia de tabacos labrados, ya que 8% de su recaudación en esta materia se destina directamente a las entidades federativas, esto es, no forma parte de la llamada “Recaudación Federal Participable” (RFP) que es la suma de la recaudación que generan todos los impuestos que obtiene la Federación (artículos 3-A, fracción II, y 2º de la Ley de Coordinación Fiscal).

Se trata de un *impuesto participable* ya que la diferencia que resulta después de aplicar el porcentaje citado en el punto anterior, es decir, el 92% de recaudación en materia de tabacos labrados, forma parte de la RFP.

Por su parte, el 20% de la RFP conforma lo que se conoce como el Fondo General de Participaciones, esto es, la cantidad que la Federación

distribuye entre las entidades federativas, previa aplicación de las formulas respectivas, para que se destine al gasto público local.

Sobre el citado 8% y lo que se distribuye a las entidades federativas, conforme al Fondo General de Participaciones, la Federación, por disposición legal y criterios de la SCJN, no puede señalarles a las entidades federativas en qué deben gastarlos, ya que ello implicaría vulnerar su autonomía financiera (artículo 9 de la Ley de Coordinación Fiscal).

De ahí que, en nuestra opinión, en el ámbito federal, con los recursos de la Federación en esta materia (aproximadamente 73.6% de la recaudación del IEPS en materia de tabacos labrados), podrían destinarse a cubrir los gastos que genera la atención de las enfermedades asociadas con el tabaquismo, a través del sistema nacional de salud, toda vez que estaríamos en presencia del ejercicio de un gasto público especial que beneficia en forma directa a la colectividad y que, por tanto, no vulnera, sino cumple cabalmente, el contenido del artículo 31, fracción IV de la Constitución.

En otras palabras, NO se vulneraría la autonomía financiera de las entidades federativas, ya que los recursos que tendrán ese destino específico serán los que resulten después de aplicar tanto la asignación directa como el monto participable del mismo, de conformidad con la Ley de Coordinación Fiscal.

Además, no se trata de ‘etiquetar’ los recursos que por disposición legal les corresponden y que altere la libertad de gasto que poseen las entidades federativas, demarcaciones políticas y los ayunta-

mientos, sino simplemente federal, con los recursos que le corresponden a la Federación, se destinen a cumplir con el objeto señalado.

Por lo anterior, lo que se propone no es una ‘etiqueta’ de los recursos que por disposición legal les corresponden a las entidades federativas, sino simplemente un destino especial de dicho gasto.

Además, sería congruente contar con mayores recursos fiscales que puedan ser canalizados a los rubros que directamente combaten las enfermedades causadas por el tabaquismo, dado el problema de salud pública que representa en nuestro país, en este caso, como ya se mencionó, a través del sistema nacional de salud, sin perjuicio de lo dispuesto por la Ley de Coordinación Fiscal, y considerando que el derecho a la salud es un derecho fundamental.

Referencias

1. Svevo Italo. Del placer y del vicio de fumar. España: Editorial Gadir, 2011 [trad. Elena Martínez].
2. Stuart Mill John de. On Liberty; o de Carlos S. Nino. Ética y derechos humanos.
3. Registro electrónico 324762, quinta época, Segunda Sala. En: Semanario Judicial de la Federación, LXXVI, p. 649). Registro electrónico 179575, novena época, Segunda Sala. En: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, XXI, 2005, p. 605, tesis 2a IX/2005).
4. Registro electrónico 167496, novena época, Pleno. En: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, XXIX, 2009 p. 1116, tesis P/J 15/2009).
5. Kuri-Morales PA, González-Roldán JF, Hoy MJ, Cortés-Ramírez M. Epidemiología del tabaquismo en México, Salud Publica Mex 2006;48 supl I: S91-S98.
6. Jurisprudencia 106/99, del Pleno de la SCJN. En: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta X, 1999 noviembre, p. 26.

Observatorio sobre el control del tabaquismo: la experiencia de Brasil

Tânia Maria Cavalcante,⁽¹⁾ Cristiane Ferreira Vianna,⁽¹⁾ Rosa Christina Rulff Vargas,⁽¹⁾
Adriana Gregolim,⁽²⁾ Felipe Mendes,⁽¹⁾ Cristina de Abreu Perez,⁽¹⁾ Érica Cavalcanti Rangel⁽¹⁾

El Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) es el primer tratado internacional de salud realizado con el auspicio de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este convenio articula una serie de acciones multisectoriales y transfronterizas para responder a las dinámicas comerciales determinantes de la expansión del tabaquismo. Sólo en el siglo XX, 100 millones de muertes se debieron a enfermedades relacionadas con el tabaco, y la industria del tabaco ha sido identificada como el principal vector de esta epidemia de enfermedad y muerte.^{1,2} Brasil ratificó el CMCT OMS en noviembre de 2005 y su implementación adquirió estatus de política de Estado, a saber, la Política Nacional de Control del Tabaco (PNCT). Para administrarla, se creó por decreto presidencial la Comisión Nacional para Implementación del Convenio Marco (Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro, Conicq), cuya principal atribución consiste en articular la agenda nacional intersectorial de puesta en práctica de la PNCT.^{3,4}

Cuando Brasil ratificó el CMCT OMS, muchas de sus medidas ya se habían implementado, de manera que, actualmente, la prevalencia del tabaquismo presenta una sensible disminución, manifiesta como menor mortalidad por enferme-

dades cardiovasculares, asma, enfisema pulmonar y cáncer de pulmón. Sin embargo, varias de estas medidas aún deben adaptarse a las directrices del CMCT OMS, especialmente con el fin de alcanzar a los segmentos poblacionales más vulnerables. Por tratarse de una cuestión de salud pública, cuyos objetivos afectan intereses comerciales, las iniciativas correspondientes son sistemáticamente obstaculizadas por las empresas transnacionales que operan la cadena productiva del tabaco en Brasil. Por ser el segundo mayor productor y exportador mundial de hojas de tabaco, la situación de Brasil posee connotaciones particulares. En este sentido, es pertinente destacar que la producción nacional del tabaco está vinculada con un proceso global articulado por las mismas empresas transnacionales que operan las estrategias de expansión del consumo de los productos del tabaco.

El presente ensayo recopila un análisis descriptivo del estado actual de la implementación del CMCT OMS en Brasil, sus principales resultados y desafíos y, en particular, las estrategias de interferencia empleadas por la industria del tabaco mediante su cadena productiva. Para ejemplificar el modus operandi de dicha industria, se desarrolla un estudio de caso en el cual se intenta obstaculizar una iniciativa brasileña de perfeccionamiento

(1) Secretaría Ejecutiva de la Comisión Nacional para Implementación del Convenio Marco para el Control del Tabaco (Comissão Nacional para Implementação da Convenção Quadro para Controle do Tabaco - Conicq) / Instituto Nacional del Cáncer / Ministerio de Salud, Brasil

(2) Programa Nacional de Diversificación en Áreas Cultivadas con Tabaco / Secretaría de Agricultura Familiar / Ministerio de Desarrollo Agrario, Brasil

de la PNCT, con base en el supuesto impacto que ésta tendría en los medios de subsistencia de los cultivadores del tabaco.

Balance de las medidas del CMCT en Brasil

La adhesión brasileña al CMCT OMS fue ratificada en 2005 por el Senado Federal y promulgada en enero de 2006 por el presidente de Brasil.^{5,6} De este modo, la puesta en práctica del tratado se transformó en la PNCT, de carácter multisectorial y orientada por los objetivos, principios, obligaciones y medidas del Convenio Marco.

La legislación vigente ya restringía el acto de fumar en ambientes públicos cerrados desde 1996, aunque permitía delimitar en ellos áreas reservadas para fumar. En 2000 se prohibió la publicidad de productos de tabaco en los medios de comunicación masiva, y quedó restringida a los puntos internos de venta; asimismo se prohibió que las empresas tabacaleras patrocinaran programas culturales y deportivos. En 1999, se estableció una política para regular las emisiones y contenidos de los productos de tabaco administrada por la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (Anvisa). El uso de calificativos considerados engañosos en los paquetes de cigarros, como “light”, “ultra light”, “suaves” y similares se prohibió en 2001, al mismo tiempo que se obligó a los fabricantes a que incluyeran advertencias sanitarias ilustradas con fotografías en los paquetes de cigarros. A partir de 2001, el Ministerio de Salud (MS) promovió el servicio telefónico de acceso gratuito “Disque Salud/Deje de Fumar”, que ofrece consejos a la población interesada en dejar de hacerlo, y en 2002, se incluyó el número telefónico correspondiente en los paquetes de productos de tabaco.⁷ En 2004, se implementó el tratamiento gratuito para dejar de fumar en la red pública de salud, que en 2010 ya se ofrecía en aproximadamente 1 800 centros de salud, en 700 municipios, y había atendido a cerca de 100 000 fumadores.*

Por su parte, el Ministerio de Hacienda (MH), que también forma parte de la Conicq, viene traba-

jando en el sentido de alinear la política de precios e impuestos del sector tabacalero con los objetivos correspondientes del CMCT OMS (artículo 6). Para ello, entre 2007 y 2009, el impuesto a productos industrializados (IPI), que es el principal tributo federal aplicado a los cigarros, sufrió un aumento de aproximadamente 62% y el PIS/Cofins (Programa de Integración Social/Contribución para el Financiamiento de la Seguridad Social) subió de 6.36 a 10.97%, o sea que aumentó casi 41%. De esta manera, la carga tributaria total de los cigarros subió de 45 a 65% del precio de venta al por menor, en tanto que el precio de los cigarros brasileños subió 87%. Por ejemplo, en 2009 el precio del paquete de cigarros de la marca más vendida en Brasil* subió de 2.40 a tres reales.⁸

En agosto de 2011, la presidente de Brasil remitió al Congreso Nacional la Medida Provisional (MP, acto unipersonal del presidente de la República con fuerza de ley) número 540 que, entre otras disposiciones, instituye el aumento del IPI de los cigarros y establece una política de precios mínimos para estos productos. Así se espera que la carga tributaria de los cigarros alcance, por lo menos, 72%, con el consiguiente aumento sustancial de su precio. Es pertinente destacar que los motivos subyacentes a esta MP derivan explícitamente de los objetivos de salud pública del CMCT, tal como fue ratificado y promulgado por Brasil (párrafos 31° y 32°).⁹

En relación con la implementación del artículo 15 del CMCT OMS (combate al mercado ilegal), en 2007, el MH creó el Sistema de Control y Rastreo de la Producción de Cigarros (Scorpios), que obliga a los fabricantes a incluir un sello de control con código de barras en los paquetes, que permite rastrear su producción y destino en el país. El objetivo perseguido en esta instancia es evitar evasiones en la exportación de cigarros fabricados en Brasil. De acuerdo con la Secretaría de Ingresos Federales, esta práctica ilícita bajó de 17 a 11% en los 18 meses siguientes a la implantación del Scorpios.^{4,10}

* Datos suministrados por la División de Control del Tabaquismo del Inca/ Ministerio de Salud, que administra este proceso como parte del Programa Nacional de Control del Tabaquismo.

* La marca Derby de la compañía Souza Cruz es la más vendida desde hace más de 15 años. En 2010, su participación en el total del mercado fue de 28.3%, equivalente a 32 500 millones de cigarros vendidos. [http://www.souzacruz.com.br/group/sites/sou_7uvf24.nsf/vwPagesWebLive/DO82YPSR/\\$FILE/medMD8E5HV.pdf?openelement](http://www.souzacruz.com.br/group/sites/sou_7uvf24.nsf/vwPagesWebLive/DO82YPSR/$FILE/medMD8E5HV.pdf?openelement)

Es relevante mencionar el trabajo integrado del MH y la Policía Federal, que dio como resultado la incautación creciente del volumen de cigarrillos de contrabando y falsificados en el mercado nacional. Su incautación y destrucción en el territorio nacional fue del orden de 24 235 413.39 en 2000, 68 028 765 en 2009 y 71 049 319 en 2010.¹¹ Según datos suministrados por el Sindicato de la Industria del Tabaco, el consumo estimado de cigarrillos falsificados y de contrabando bajó de 30% en 2000 a 27% en 2010.¹² Estas iniciativas colaboraron para que la recaudación total proveniente del sector tabacalero aumentara de 3 200 millones en 2004 a 5 900 millones en 2010.¹³

Respecto a la implementación del artículo 17 del CMCT OMS (apoyo a actividades alternativas económicamente viables), el Ministerio de Desarrollo Agrario (MDA) forma parte de la Conicq y coordina el Programa Nacional de Diversificación en Áreas Cultivadas con Tabaco (PNDACT) desde 2005. Este programa fue lanzado por el gobierno federal, mediante un compromiso firmado por los Ministerios de Agricultura, Pecuaria y Abastecimiento (MAPA), Interior y Relaciones Exteriores (MIRE), el MDA, MS y MH. Hasta el presente, el PNDACT ha beneficiado a más de 85 000 agricultores en 600 municipios, mediante 65 proyectos de asistencia técnica, extensión rural, investigación y capacitación. Las acciones de este programa se implementan mediante convenios entre el gobierno federal y las organizaciones gubernamentales, no gubernamentales, universidades y representantes de los agricultores, en un esfuerzo común por diversificar la producción y los ingresos de los cultivadores de tabaco y, de esta forma, disminuir su dependencia económica del tabaco.¹⁴

La puesta en práctica del artículo 18 (protección del medio ambiente y la salud de las personas que participan en la producción de tabaco) se ha desarrollado de modo integrado con la del PNDACT. En esta perspectiva, diferentes órganos del MS colaboran con el MDA, en el sentido de incluir la vigilancia del daño a la salud del cultivador de tabaco en el sistema general de vigilancia de la salud y desarrollar acciones de prevención, diagnóstico precoz y tratamiento de este daño como parte de la agenda del Programa Nacional de Salud del Trabajador.¹⁵⁻¹⁸

Gobernanza de la política de control del tabaco

Los artículos 5.1 y 5.2 del CMCT OMS se refieren a mecanismos de coordinación de planes y programas para el control del tabaco en el ámbito nacional. En este sentido, en la época de la ratificación del CMCT, Brasil ya contaba desde 1989 con una red nacional de convenios entre las secretarías estatales y municipales de salud y organizaciones no gubernamentales para apoyar las acciones del PNCT, coordinado por el Ministerio de Salud, a través del Instituto Nacional del Cáncer (Inca). Desde 1999, la Anvisa regula los productos de tabaco y, a partir de 2003, la Secretaría de Vigilancia en Salud (SVS) del Ministerio de Salud articula un sistema de vigilancia de enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo, incluyendo el tabaquismo.⁷

Formada por 18 instancias del gobierno federal, incluyendo ministerios y secretarías, la principal función de la Conicq es promover la implantación del CMCT en Brasil. Esta comisión representa un espacio de interlocución, alineamiento de perspectivas y convergencia de esfuerzos para los sectores del gobierno que comparten la responsabilidad de implementar el CMCT OMS en el ámbito nacional. En particular, la Conicq desempeña un papel activo en la neutralización de los intentos de la industria del tabaco de obstaculizar la PNCT. La presidencia de la Conicq es desempeñada por el Ministerio de Salud, y la Secretaría Ejecutiva por el Instituto Nacional del Cáncer.^{3,4}

La Conicq se reúne regularmente cuatro veces al año para la toma de decisiones y, de modo extraordinario, siempre que es necesario. También le compete elaborar la posición de la delegación brasileña en las Conferencias de las Partes (COP) del CMCT OMS y crear grupos *ad hoc* de trabajo para analizar y elaborar recomendaciones sobre temas específicos de interés para la PNCT. A principios de 2011, la Conicq aprobó su Régimen Interno, que define de forma específica las reglas de su funcionamiento y el papel y responsabilidad de sus miembros.¹⁹ A fin de reunir en una plataforma virtual las informaciones y datos necesarios para monitorear la implementación nacional del CMCT OMS, la Conicq creó el Observatorio de la Política

Nacional de Control del Tabaco.⁴ En conclusión, la estructura actual del gobierno de la PNCT ha posibilitado un accionar intersectorial integrado, a través del cual los diversos sectores que dirigen la implementación del CMCT OMS pueden interactuar y compartir la responsabilidad.

Impacto de las políticas de control del tabaco

Las iniciativas para el control del tabaco adoptadas en Brasil durante las dos últimas décadas se traducen en resultados positivos. De acuerdo con la Investigación Especial sobre Tabaquismo (Pesquisa Especial sobre Tabagismo, PETab),* en 2008, la prevalencia de fumadores fue de 17.2%, con 24 millones de fumadores y 26 millones de exfumadores entre la población de mayores de 15 años de edad.²⁰ En contraposición, en 1989, esta prevalencia era de 32%, según lo reportado por la Encuesta Nacional sobre Salud y Nutrición realizada por el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE). Estos resultados están de acuerdo con los de otras encuestas realizadas en este periodo.^{21,22} La PETab también constató que cerca de 87% de los entrevistados habían percibido las advertencias sanitarias incluidas en los paquetes de cigarrillos, en tanto que 65% de los fumadores mencionó que había pensado en dejar de fumar a causa de ellas.

El impacto positivo de la disminución del tabaquismo lograda hasta el presente se refleja perceptiblemente en el perfil de salud. La tasa de mortalidad por cáncer de pulmón en hombres se redujo casi en 10% entre 1994 (17.53/100 000 hombres) y 2007 (15.94/100 000 hombres).²³ La mortalidad por enfermedades cardiovasculares disminuyó 31% entre 1996 y 2007, mientras que la correspondiente a enfermedades respiratorias crónicas, 38%; una fracción de estos resultados puede atribuirse a la reducción de la prevalencia del tabaquismo.²⁴

Desafíos

Aunque estos resultados positivos son importantes, aún deben superarse muchos desafíos para que se pueda continuar progresando en este tema.

Tabaquismo e inequidades

La PETab* mostró que, en 2008, la mayor proporción de fumadores se encontraba en la población rural con baja escolaridad. Esta proporción, con menos de un año o falta total de escolaridad, fue aproximadamente de 26%, o sea, más del doble de la correspondiente a la población con más de 11 años de escolaridad, que presentó un 12% de prevalencia. Entre la población urbana, la prevalencia fue de 16.6%, mientras que entre la rural fue de 20.4. Esta encuesta también mostró que, en 13 estados brasileños, la prevalencia de fumadores superaba la media nacional, en particular, en los estados de Acre, en la región norte (22.1%) y Rio Grande do Sul (20.7%).

De acuerdo con la Encuesta de Presupuestos Familiares (Pesquisa sobre Orçamentos Familiares, POF, por sus siglas en portugués) realizada por el IBGE entre 2008 y 2009, las familias brasileñas gastaron en promedio ocho reales por mes en tabaco,[‡] casi el triple del gasto en diversiones y deportes (3.38 reales) y casi la mitad del gasto en educación (15.63 reales). En particular, se hizo evidente el impacto del tabaquismo en el presupuesto de las familias de menores ingresos. Las familias que tienen un ingreso mensual promedio de hasta 830 reales, gastaron una media de 5.64 reales mensuales en tabaco, más que en educación (4.03 reales), diversiones y cultura (4.41 reales).²⁵ Estos datos sugieren que, si bien el tabaquismo ha disminuido entre la población general, la mayor proporción de fumadores se concentra en los grupos probablemente más vulnerables a las estrategias de mercado y/o en los que menos les llegan las acciones de la PNCT.

Tabaquismo en mujeres y jóvenes

Si bien la prevalencia de fumadores ha ido disminuyendo en personas de ambos sexos, esta reducción es menor entre la población femenina.^{21,22} Los hombres, de hecho, continúan fumando más que las mujeres; sin embargo, entre 1989 y 2008 el promedio de reducción anual del tabaquismo entre los hombres fue de 0.84%, mientras que entre las mujeres fue de 0.57% (cuadro I).

* Corresponde a la Global Adult Tobacco Survey, en Brasil.

‡ Un dólar americano equivale a 1.85 reales brasileños.

CUADRO I. Evolución de la prevalencia de fumadores (%) y estimación del promedio de disminución total y por sexo, entre 1989 y 2008

	PREVALENCIA (%) / AÑO		DISMINUCIÓN PROMEDIO ANUAL*
	1989 [†]	2008 [‡]	
Total	32	17	0.78
Hombres	37	21	0.84
Mujeres	24	13	0.57

* Estimada con base en la diferencia porcentual dividida entre 19, que corresponde al número de años en este intervalo de tiempo

Fuentes:

[†] IBGE, Encuesta Nacional sobre Salud y Nutrición, 1989

[‡] Ministerio de Salud & IBGE, Encuesta Especial sobre Tabaquismo, 2008

Esta situación es confirmada por las encuestas telefónicas realizadas anualmente (Vigitel), que muestran que, entre 2006 y 2010, la prevalencia de fumadores del sexo masculino bajó de 20.2% a 17.9%, mientras que entre las mujeres se mantuvo en 12 por ciento.²²

De acuerdo con los datos estatales, las mayores prevalencias de tabaquismo femenino fueron las de Rio Grande do Sul (17.2%), Ceará (15.8%), Amazonas (15.7%), Paraná (15.1%) y Santa Catarina (14.9%).

Otro desafío considerable es representado por la frecuencia de adolescentes que experimentan con tabaco. Según la PETab 2008, cerca de 80% de los fumadores empieza a fumar antes de los 19 años de edad y aproximadamente 20%, antes de los 15 años.²⁰ En 2002 y 2003, de acuerdo con los datos suministrados por la Encuesta Nacional sobre Tabaquismo en Escolares (Vigescola)* de 13-15 años de edad de 12 capitales brasileñas, el porcentaje de adolescentes de sexo masculino que ya había experimentado con tabaco variaba entre 58% (Fortaleza) y 36% (Vitória), y el de sexo femenino entre 55% (Porto Alegre) y 31% (Vitória). La situación era la misma respecto al porcentaje de adolescentes que experimentaron con tabaco y la prevalencia de tabaquismo en esta franja etárea, cuando se volvió a hacer este estudio en 2005 en cinco capitales del país.²⁶

Según la Encuesta Nacional de Salud en Escolares (Pesquisa Nacional sobre Saúde do Escolar,

PeNSE), 24.5% de estudiantes de 13-15 años de edad experimentaron con tabaco en 2009. Esa frecuencia fue mayor entre los alumnos de escuelas públicas (26.7%) comparados con los de las particulares (18.3%). Estos datos sugieren que los adolescentes de las clases menos favorecidas económicamente son más vulnerables a situaciones inductoras y/o facilitadoras del contacto inicial con el tabaco, como, por ejemplo, las estrategias de publicidad y promoción, el precio bajo de los productos de tabaco y la facilidad para adquirirlos. Esta encuesta también puso en evidencia que las adolescentes experimentaron más con tabaco que sus pares de sexo masculino en siete capitales (Curitiba, Porto Alegre, São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Salvador y Rio Branco).²⁷

Impacto del tabaquismo en la salud

A pesar de los resultados positivos logrados por la PNCT, el tabaquismo aún representa una causa importante de morbilidad en Brasil. En 2007, 72% de las muertes en Brasil se debió a enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT).²⁵ La primera y segunda causas de muertes por enfermedad fueron las cardiovasculares y cancerosas, correspondiendo a más de 29 y 15% de los óbitos anuales, respectivamente.²⁸ En 2008, fueron atribuidas al tabaquismo más de 130 mil muertes de brasileños.²⁹ Aunque la tasa de mortalidad* por cáncer de pulmón entre los hombres haya presentado una leve tendencia decreciente entre 1996 y 2007, continúa siendo la principal causa de muerte en este grupo poblacional. Entre las mujeres,* la tasa de mortalidad por cáncer de pulmón, al contrario, subió casi 23% entre 1995 y 2007, es decir, pasó de 5.83 a 7.16 muertes/100 000 mujeres y representa la segunda causa de muerte por cáncer del sexo femenino después del cáncer de mama.²³

En 2011, el sistema de salud brasileño gastó cerca de 21 mil millones de reales en el tratamiento de 15 enfermedades atribuibles al consumo de tabaco, el equivalente al 0,5% del Producto Interno Bruto

* Nombre dado a la Global Youth Tobacco, en Brasil.

* Ajustada por edad, población mundial y por 100 mil hombres.

de ese año. Es importante tener en cuenta que este estudio no consideró los costos de enfermedades materno-infantiles, discapacidad y jubilación temprana debido a enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco, lo que indica que la magnitud de las pérdidas son mayores. En 2011, las compañías de tabaco recolectaron en las arcas del Estado un poco más de 6 mil millones de dólares.²⁹

Medidas que están en proceso de adaptación con las directrices del CMCT OMS

El artículo 8 del CMCT OMS y las directrices correspondientes recomiendan la prohibición total del acto de fumar en ambientes públicos cerrados, como la mejor estrategia para proteger a la población de los riesgos asociados con la exposición al humo ambiental del tabaco; en este sentido, debe recordarse que no existen niveles seguros de exposición y, consecuentemente, ningún sistema de ventilación puede reducirla ni sus riesgos hasta niveles aceptables.³⁰ En este sentido, Brasil se encuentra en un proceso de adecuación de la legislación federal para la prohibición total de fumar en los lugares públicos cerrados y la prohibición total de la publicidad y promoción del tabaco. La Ley Federal 9294 publicada en 1996 prohibía fumar en lugares públicos cerrados, pero permitía fumar en áreas designadas dentro de estos espacios públicos. En 2008, la Encuesta Nacional sobre Tabaquismo mostró que 24% de la población continuaba expuesta al humo de tabaco de segunda mano, especialmente en los lugares de trabajo, demostrando una debilidad de esta ley para proteger a la población contra los riesgos del tabaquismo pasivo.²⁰ Por esta razón, desde el año 2008 algunos legisladores del Congreso Nacional han tratado de aprobar proyectos de ley hacia una legislación de ambientes 100% libre de humo de tabaco. Debido al fuerte *lobby* de la industria del tabaco en el Congreso Nacional este proceso ha sido muy demorado, por lo que algunos estados de Brasil se han adelantado y han aprobado legislaciones locales de ambientes 100% libres de humo.

Por último, en diciembre de 2011 como resultado de una fuerte movilización de la sociedad civil, el Congreso Nacional aprobó la Ley Federal

n° 12.546,* que entre otros temas establece los lugares públicos cerrados como 100% libre de humo de tabaco. Al momento de redactar el presente informe, esta legislación tiene pendiente su reglamentación por decreto presidencial, el cual introducirá las definiciones y parámetros para su aplicación.

El artículo 13 del CMCT OMS y sus directrices establecen que “la prohibición total de la publicidad, la promoción y el patrocinio reduciría el consumo de productos de tabaco” y establece que cada Estado Parte del Convenio, “de conformidad con su constitución o sus principios constitucionales, procederá a una prohibición total de toda forma de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco”.

En Brasil, la Ley Federal 10.167 prohíbe la publicidad del tabaco en los medios de comunicación masiva, pero permite publicidad interna en los puntos de venta. También prohíbe el patrocinio de eventos deportivos y culturales por parte de las marcas de productos de tabaco. No obstante, después de la implementación de esta ley, una de las respuestas de la industria del tabaco fue explotar crecientemente los paquetes de los cigarrillos como vehículos de publicidad. Estos son diseñados de modo más sofisticado, con texturas elaboradas, colores intensos, brillantes y atractivos, con motivos que atraen al público adolescente. Asimismo, los cigarrillos empezaron a venderse de manera combinada con otros productos muy atractivos para los jóvenes, como mochilas, gorras, botellas deportivas, auriculares y estuches de lápiz labial, entre otros. A esto se suman la ampliación, diversificación y sofisticación de los puntos de venta. Los productos de tabaco, en particular los cigarrillos, se venden en quioscos de revistas, panaderías, puestos en los centros comerciales, en las playas y, especialmente, en las tiendas de conveniencia de las gasolineras. Los paquetes de cigarrillos son exhibidos en vitrinas decoradas de manera atractiva y siempre cerca de los caramelos, chocolates, gomas de mascar e, incluso, juguetes, como animales de

* Brasil. Presidencia da República. Casa Civil. Ley Federal 12.546 del 14 de diciembre de 2011. Arigo 49. Disponible en http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/Lei/L12546.htm

peluche y coches miniatura. Al mismo tiempo, los fabricantes de cigarrillos patrocinan eventos que reúnen miles de jóvenes y aplican estrategias publicitarias que rebasan sobremedida los límites permitidos por la ley. Entre estas iniciativas se destacan Lucky Strike Lab,^{*} Lucky Strike Fashion Lab,^{*} Free Tecnopop,[§] Free Heat[#] y Hollywood Rodeo Bar,[&] entre muchos otros eventos que constan en los portafolios de las agencias de publicidad encargadas de divulgarlos.

Los datos registrados por la PETab (2008) parecen reflejar esta situación porque demuestran que, a pesar de las restricciones impuestas a la publicidad de productos de tabaco, una importante fracción de la población (41%) continúa expuesta a la publicidad de cigarrillos. Esta proporción es aún mayor entre la población de jóvenes de 15-24 años de edad (48%). Para cambiar esta situación, Anvisa sometió a consulta pública un conjunto de medidas reguladoras para complementar la Legislación Federal 10.167 (Consulta Pública 117, diciembre de 2010 a 31 de marzo de 2011) para regular la publicidad y la exhibición de productos de tabaco en el punto de venta. Esta iniciativa fue atacada fuertemente por la industria del tabaco, sus organizaciones de fachada y grupos de presión. Por último, la nueva Ley Federal 12.546 aprobada en diciembre también incluyó una prohibición total de la publicidad del

tabaco. Dado que la exhibición de los productos del tabaco continúa siendo permitido en los puntos de venta, la regulación de esta medida por un decreto presidencial aún no se ha publicado; como se mencionó anteriormente, se espera que aborde también la forma en que estos productos pueden ser exhibidos en los puntos de venta.

En noviembre de 2010, la 4ª Conferencia de las Partes del CMCT OMS aprobó directrices parciales para su artículo 9 (reglamentación de los productos de tabaco), que recomiendan prohibir o limitar el uso de aditivos para que los productos de tabaco sean más agradables o atractivos para los jóvenes. En diciembre de 2010, Anvisa sometió a consulta pública una medida orientada a prohibir los aditivos de los cigarrillos comercializados en Brasil y solamente hasta marzo de 2012 finalmente fue aprobada^{*} tras un largo y complicado proceso debido a la fuerte interferencia de la industria del tabaco en la cadena productiva. Este tópico de se discutirá con más detalle cuando se analice la cadena productiva del tabaco.

La expansión de la cadena productiva de tabaco: un desafío adicional

Brasil es el segundo mayor productor y exportador mundial de hoja de tabaco. Entre 2000 y 2009, la producción nacional de tabaco aumentó en 49%.³¹ En 2009, se produjeron cerca de 863 079 toneladas de tabaco, lo que corresponde a alrededor de 12% de la producción mundial. En conjunto, China, Brasil e India produjeron en ese año 63% del tabaco mundial.³² Actualmente, Brasil exporta 85% de su producción tabacalera,³³ lo que, en 2009, representó dos por ciento de la balanza comercial brasileña y, en 2010, 1.4%; esto significa que sufrió una variación negativa de nueve por ciento respecto del valor exportado el año anterior.³⁴ Más de 97% de la producción nacional de tabaco se concentra en tres estados de la región sur del país: Rio Grande do Sul, Santa Catarina y Paraná. La región nordeste solamente contribuye con tres por ciento de la producción nacional.³⁵ El estado

* La primera versión se llevó a cabo en marzo de 2002 en Río de Janeiro y contó con la presencia de más de ocho mil personas. La segunda versión se realizó en septiembre de ese año en Curitiba. Disponible en: <http://www.novomilenio.inf.br/ano02/0207b001.htm>, y en http://www.textilia.net/materias/ler/moda/moda-marketing/05042002_coletiva_da_o_pontape_inicial_para_o_evento_luckystrike_lab

‡ Plena segunda y un show de luces iluminaba el corazón de Vila Olímpia. Un galpón especialmente decorado acogió el evento experimental de Lucky Strike, el Fashion Lab. Disponible en: <http://www.obaoba.com.br/brasil/fotos/lucky-strike-fashion-lab>

§ Tecnopop Souza Cruz Free Zone. Evento realizado en Río de Janeiro, Curitiba, Puerto Alegre y São Paulo entre junio y agosto de 2001. En 2002, Free Zone fue rediseñado y bautizado como Invasión Free Zone, y realizó eventos en casas nocturnas de estas mismas ciudades. Invasión Free Zone fue producido por Wide Group, con curaduría artística de Tecnopop. Disponible en: http://www.tecnopop.com.br/portfolio_projeto.php?cod=34

Free Heat. Véase: <http://www.wedo.com.br/portifolio/acoes/59/video-resultados>.

& El Hollywood Rodeo Bar fue armado en la Fiesta del Peón de Campo de Barretos... Véase: Barretos, puestos y ferias, evento, fiesta del peón de Barretos. Disponible en: <http://www.wedo.com.br/portifolio/projetos/15/hollywood-rodeo-bar>.

* Brasil. Diario Oficial de União. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) Resolución número 14 de 15 de marzo de 2012. Disponible en: <http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=16/03/2012&jornal=1&pagina=176&totalAqivos=280>

de Rio Grande do Sul es el mayor productor de tabaco (51.2%), y fue el segundo producto más exportado por este estado en 2010 (10%).³⁶

La producción de tabaco en Brasil moviliza una cadena productiva que incluye diversos actores y organizaciones, desde los agricultores hasta las máquinas de procesamiento, fábricas de derivados, distribuidores, exportadores y vendedores minoristas. Según la Asociación Brasileña de Cultivadores de Tabaco (Associação de Fumicultores do Brasil, Afubra, por sus siglas en portugués) esta cadena abarca dos millones y medio de personas en el país.

En el ámbito nacional, la cadena productiva está controlada por varias empresas transnacionales, como British American Tobacco (BAT), representada por la compañía Souza Cruz, y Philip Morris. Éstas son las dos mayores empresas del mercado mundial de estos productos. Junto con otras procesadoras y exportadoras de tabaco, como Alliance One, Universal Leaf Tobacco, Japan Tobacco International (JTI), Marasca y Premium Tabacos do Brasil, estas empresas constituyen el eslabón más firme de la cadena productiva del tabaco también en el ámbito global.³⁷⁻³⁹ Algunas de estas empresas constataron que controlar totalmente el proceso productivo proporciona inmensas ventajas estratégicas. Por eso, compañías como Philip Morris y JTI recientemente empezaron a asumir la articulación de la cadena productiva desde su eslabón inicial agrícola.^{37,40}

También juegan un papel importante en esta cadena, organizaciones como la Afubra, que representa a la Asociación Internacional de Productores de Tabaco (International Tobacco Growers Association, ITGA) en Brasil. Esta asociación fue creada por la BAT para movilizar a los cultivadores de tabaco en defensa de los intereses de esta industria.⁴¹⁻⁴⁵ La Afubra y otras organizaciones que representan empresas, como el Sindicato de la Industria del Tabaco (Sinditabaco) y la Asociación Brasileña de la Industria del Tabaco (Associação Brasileira da Indústria do Fumo, Abifumo), son los principales portavoces de esta cadena productiva.⁴¹ La Afubra, además, preside la Cámara Sectorial del Tabaco.* un espacio instituido en el ámbito

del Ministerio de Agricultura para interlocución con los diversos actores de la cadena. Esta práctica también la llevan a cabo otras cadenas productivas de los agronegocios.

En el terreno del eslabón agrícola, la cadena productiva funciona mediante un sistema de integración por el cual las empresas tabacaleras les garantizan a los productores el financiamiento de semillas, fertilizantes, pesticidas, construcción de invernaderos y asistencia técnica. Por su parte, los productores garantizan formalmente, mediante un contrato de compraventa, la venta del total de su producción exclusivamente a la empresa integradora, lo que les asegura el control efectivo de la cadena productiva desde la fase de cultivo hasta la venta de la producción.⁴⁶ Este escenario les garantiza bajos costos de producción, especialmente gracias a la mano de obra barata, suministrada por el modelo de agricultura familiar brasileño, lo que representó un factor crucial para que las empresas transnacionales se decidieran a invertir en la articulación de la cadena productiva. De hecho, en el ámbito internacional se considera que este modelo merece ser imitado.⁴⁷⁻⁴⁹

La base de la cadena productiva está representada por el componente agrícola, que abarca aproximadamente 200 mil familias de pequeños agricultores brasileños, cuya mayoría reside en 720 municipios de la región sur del país. La producción de tabaco es la principal actividad de muchos de ellos.³³ Este componente es el eslabón más frágil de la cadena productiva del tabaco y, al mismo tiempo, el más estratégico para las empresas tabacaleras, porque les otorga tanto el control de la calidad de la hoja como el control político en las regiones productoras. Según afirma la Souza Cruz, su inserción en la cadena productiva del tabaco tiene como objetivo “ser el principal proveedor del grupo British American Tobacco mediante la producción de tabacos de la mejor calidad y a costos competitivos”.⁵⁰ La cadena productiva de esta compañía integra cerca de 40 mil familias brasileñas productoras de tabaco; la de Philip Morris, cerca de 17 mil, y la de Japan Tobacco, alrededor de 10 mil familias.^{49,51-52}

Sin embargo, el mercado mundial del tabaco está atravesando cambios perceptibles. Proyecciones efectuadas por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO, por sus siglas en inglés) en 2003 preveían que el

* El Ministerio de Agricultura, Pecuaria y Abastecimiento mantiene interlocución con las partes interesadas de la agricultura nacional, mediante organismos sectoriales que incluyen a los diversos actores de las cadenas productivas de diversos productos de los agronegocios, entre ellas, la Cámara Sectorial del Tabaco.

crecimiento global del consumo de tabaco alcanzaría su pico máximo en 2010 para después tender a una caída de alrededor de 10% o incluso mayor, aproximándose a 20% si se implantaran políticas más restrictivas para el control del tabaquismo. Esta proyección anticipaba que el consumo anual por adulto caería de 1.6 kg por año, en 2000, a 1.4 kg a partir de 2010.⁵³ Debe tomarse en cuenta que esta proyección se realizó en 2003, cuando el Convenio Marco aún no entraba en vigor, y, consecuentemente, no se incluyó en esta proyección.

En diciembre de 2010, eran 174 los países que habían ratificado y ya estaban poniendo en práctica la mayoría de las medidas y directrices del CMCT OMS.* Esta velocidad de adhesión se considera única en la historia de los tratados de la ONU. Notablemente, incluso los países que no ratificaron el Convenio, como Estados Unidos y Argentina, aplican algunas de sus medidas.⁵⁴⁻⁶²

La producción brasileña de tabaco está expuesta a las oscilaciones del mercado internacional, que en la actualidad está dando señales de desaceleración. Esto representa una situación de gran vulnerabilidad para los cultivadores y municipios cuya principal actividad económica es la producción de tabaco. Por ejemplo, en 2006, el volumen de tabaco exportado por la empresa Souza Cruz fue de 115 mil toneladas y, en 2010, de 93 mil, lo que representa una caída de casi 19%.⁶³ Este cuadro se refleja en el clima de tensión generado por los análisis especializados producidos por los monitores del mercado mundial de tabaco.⁶⁴⁻⁷¹

Análisis realizados en 2011 por monitores del mercado tabacalero mundial han identificado excedentes en las reservas globales de tabaco y mencionan explícitamente la necesidad de desacelerar su producción: “El mundo está inundado de tabaco. Los inventarios de excedentes en Argentina, Brasil, Zimbabue, Malawi, India, Bangladesh y otros países llegan a los 200 millones de kilos [...] El mensaje para 2011 es claro: la industria precisa de menos y no de más tabaco”.⁷² Sin embargo, en Brasil, las empresas tabacaleras no sólo no toman en cuenta este escenario global, sino que trabajan activamente en el sentido de extender la producción de tabaco a regiones sin tradición de cultivo.

En su propaganda institucional, la Souza Cruz continúa elogiando el efecto económico del tabaco: En la actualidad, el tabaco es el cultivo agrícola no alimentario más importante del planeta y contribuye sustancialmente con la economía de más de 150 países. Las tasas provenientes de la industria tabacalera son la mayor fuente de ingresos para casi todos los países del mundo.⁷³

[...] La producción de tabaco de alta calidad, acatando las exigencias del estricto mercado externo y aliada a precios competitivos ha colaborado para que Brasil continúe siendo el mayor exportador de tabaco en hoja.⁷⁴

En encuentros realizados en las regiones productoras, la Afubra anuncia: “La demanda de tabaco va a aumentar. A pesar de las campañas antitabaquismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) admite que la producción de tabaco en el ámbito mundial tenderá a crecer en los próximos años”.⁷⁵

Seducidos por el discurso que afirma que plantar tabaco genera riqueza y calidad de vida, que nada hay tan rentable como el tabaco y que el comercio exterior de este producto ofrece grandes oportunidades, los pequeños agricultores abandonaron la producción de alimentos para dedicar sus tierras y mano de obra a este producto, incluso en las áreas donde no era un cultivo tradicional. Debe observarse que este discurso también ha seducido a los gestores municipales y estatales, quienes no sólo acogen localmente esta actividad, sino que la estimulan mediante incentivos fiscales.⁷⁶⁻⁸³ No obstante, para los productores la realidad es muy distinta. Por ejemplo, en la cosecha de 2003-2004, que fue una de las más rentables entre 1998 y 2004, la renta neta per cápita mensual de los cultivadores de tabaco fue de 268 reales.*⁸⁴ Adicionalmente, los análisis señalan que el cultivo de tabaco no tuvo ningún efecto como factor de desarrollo en la mayoría de los municipios dedicados a esta actividad, sino que, por el contrario, estos presentaron los valores más bajos de índice de desarrollo humano (IDH) en cada uno de los tres estados productores de tabaco.⁴⁶ Al mismo tiempo, la ampliación de la producción nacional aseguró mayor oferta de tabaco en hoja a las empresas y, por consiguiente, mayor poder para negociar el

* Para más información, véase el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco en internet. Disponible en: <http://www.who.int/fctc/en/>

* Equivalente a 144 dólares estadounidenses.

precio de la producción con los cultivadores. Los resultados son precios bajos e incertidumbre e insatisfacción entre los cultivadores y las organizaciones vinculadas con la agricultura familiar.⁸⁵⁻⁸⁷

Notablemente, los representantes del sector tabacalero asocian de modo falaz la problemática del precio del tabaco con las medidas del CMCT OMS ya adoptadas o en fase de implantación en el país. Un ejemplo lo constituye la reciente reacción en contra de una consulta pública de la Anvisa sobre una medida que prohíbe el uso de aditivos, que se describirá posteriormente con más detalle.⁸⁸ Este tipo de actitud despierta oposición en los cultivadores en relación con las medidas para controlar el tabaquismo, como ilustran diversos artículos publicados en los medios.⁸⁹ “El lunes fue día de protesta en varias regiones de Rio Grande do Sul. Los productores de tabaco se quejan del precio abonado por las industrias y exigen el fin de las propuestas de la Anvisa, que limitan la plantación en las tierras de labranza”.⁹⁰ Esta situación conspira contra la expansión del Programa Nacional de Diversificación en Áreas Cultivadas con Tabaco, coordinado por el Ministerio de Desarrollo Agrario.

A esta compleja situación se le deben agregar los graves aspectos sociales que conlleva la producción de tabaco, muchos de los cuales son objeto de denuncias nacionales e internacionales, como, por ejemplo, la violación de los derechos humanos, el trabajo infantil y los riesgos sanitarios y ambientales a que están expuestos los cultivadores y sus familias. Estudios nacionales e internacionales describen graves riesgos vinculados con su cultivo, como los secundarios a la intoxicación aguda por la nicotina presente en las hojas, que es absorbida por la piel durante la cosecha (enfermedad del tabaco verde) y la exposición a agrotóxicos, que son utilizados en gran escala en el cultivo del tabaco y pueden producir efectos graves como neuritis crónica invalidante, depresión e, incluso, suicidio.^{15,47,91-100} En función de estos hechos, algunas empresas han sido demandadas, como ilustra el siguiente fragmento de una acción civil pública del Ministerio Público del Trabajo en contra de empresas tabacaleras:

Cada uno de los 47 500 “cultivadores asociados” a la Souza Cruz que siembran, hacen germinar, trasplantan, riegan, cosechan, secan, seleccionan y entregan el tabaco, que manipulan cada planta de

30 a 50 veces por estación, ganan anualmente en promedio un sexto de lo que el presidente de la BAT gana por día [...]”¹⁰⁰

La agricultora Eva da Silva, de 61 años, se suicidó después de que toda su producción de tabaco fue incautada por la Alliance One [...]

José [...] Ahora, a los 31 años, inválido por causa de contaminación excesiva con los agrotóxicos utilizados en el cultivo en el transcurso del tiempo, le solicita indemnización a la empresa que le suministraba los productos agrícolas, Souza Cruz SA.¹⁰¹

En resumen, los problemas planteados por la producción de tabaco en el contexto de los cambios inducidos por el CMCT OMS en la dinámica de su mercado constituyen un desafío global, especialmente en el caso de los países productores, cuyo principal producto económico es el tabaco. No obstante, algunos de estos países ratificaron el CMCT OMS y participan en su grupo de trabajo en alternativas a la producción de tabaco (Grupo de Trabajo en alternativas económicamente sustentables para el cultivo de tabaco). Este grupo es liderado por Brasil, Grecia, India, México y Turquía que, como países facilitadores, vienen invirtiendo sus esfuerzos en la difícil tarea de promover estudios e investigaciones que fundamenten la recomendación de políticas para la puesta en práctica de los artículos correspondientes del CMCT OMS.¹⁰²

Interferencia de la cadena productiva del tabaco en la PNCT: el máximo desafío. Una de las medidas centrales del CMCT OMS se refiere a la obligación de los Estados miembro de proteger sus respectivas políticas para el control del tabaco de las interferencias indebidas por parte de esta industria y sus organizaciones afiliadas. Se trata aquí del artículo 5.3 correspondiente al capítulo de Obligaciones generales del CMCT OMS, que permea de modo transversal las demás medidas. Uno de los marcos más importantes a este respecto fue constituido en la XLIV Asamblea Mundial de la Salud (AMS) en 2001, cuando la OMS presentó informes que demostraban que las empresas tabacaleras empleaban prácticas desleales para interferir en las acciones para el control del tabaquismo y, de este modo, mantener la expansión del consumo. La Resolución 18 de la AMS (World Health Assembly/WHA 54.18), intitulada “Transparencia en el proceso del control del tabaco”, incide en la

importancia de que la OMS y sus Estados miembro se mantengan alerta y protejan la integridad de las políticas de salud formuladas por la OMS y los gobiernos nacionales de la interferencia por parte de la industria del tabaco.

La necesidad de esta recomendación está comprobada y plenamente justificada, porque después de la formulación de cada propuesta para el control del tabaquismo, las empresas tabacaleras apelan a diversos argumentos y estrategias para impedir que se pongan en práctica en el ámbito nacional. Entre los argumentos aducidos, destaca el que asevera que las medidas en cuestión resultarán en la expansión del mercado ilegal de cigarrillos, con las consecuentes pérdidas en la recaudación, pérdida de empleos y perjuicio del mercado minorista, además de constituir una “violación de la libertad” como pilar de la democracia. Uno de los argumentos centrales esgrimidos en los países productores resalta el impacto negativo de las medidas de marras en los medios de subsistencia de los cultivadores y en la economía de las regiones productoras.

Para que las voces alzadas en defensa de estos argumentos sean más numerosas, las empresas patrocinan organizaciones y asociaciones vinculadas de un modo u otro con la cadena productiva del tabaco. En el ámbito minorista, las asociaciones más sólidas son aquellas establecidas con los sectores de entretenimiento, turismo y hospitalidad. Este es el caso de la Asociación Brasileña de Entidades y Empresas de Gastronomía, Hospedaje y Turismo (Abresi), la Asociación Brasileña de Bares y Restaurantes (Abrasel)^{103,104} y la Confederación Nacional de Turismo (CNTur).^{*} Estas son las organizaciones que fomentan la campaña nacional en contra de la consulta pública puesta por la Anvisa proponiendo que se prohíba la exhibición de paquetes de productos de tabaco en los puntos de venta.¹⁰⁵ Fueron estas las instituciones que promovieron una fuerte movilización en contra de los estados brasileños que decidieron no esperar la reforma de la legislación federal sobre consumo de tabaco en lugares públicos y en 2008 aprobaron legisla-

ciones locales de ambientes 100% libres de humo tabaco. La CNTur presentó una acción directa de inconstitucionalidad en contra de los estados en cuestión, alegando que las leyes estatales no pueden ser más restrictivas que la federal, que todavía permite áreas reservadas para fumar.¹⁰⁶⁻¹⁰⁹

A este panorama deben agregarse las grandes inversiones en mercadeo social que hace suyos los conceptos de desarrollo sustentable y diversificación productiva, y se inmiscuye en los movimientos en defensa del medio ambiente para desarrollar aproximaciones e influir políticamente en la toma de decisiones susceptibles de afectar el negocio del tabaco. En este contexto, se patrocinan programas donde intelectuales, formadores de opinión e incluso funcionarios del gobierno son invitados a debatir las medidas regulatorias del sector tabacalero, previa y críticamente caracterizadas como una excesiva intervención del Estado en las libertades, que amenaza los principios de la democracia.¹¹⁰⁻¹¹⁴

Nuevamente, Souza Cruz patrocinó el Congreso Libertas XXI, que reunió renombrados pensadores, incluyendo políticos, periodistas, ministros, filósofos y juristas, el 18 de agosto en la Academia Brasileña de Filosofía (ABF) en Río de Janeiro. Con el tema “¿Es usted verdaderamente libre?”¹¹⁵

Souza Cruz patrocinó [...] el 16 de marzo el Seminario Democracia & Libertad de Expresión [...] que debatió las varias formas de libertad –desde el derecho de elección del ciudadano hasta el de acceso a la información– como forma de promover la democracia real. Este evento reunió periodistas, escritores, abogados y también marcó el lanzamiento del libro “El Estado niñera” del escritor americano David Harsanyi.¹¹⁰

En esos espacios de debate, la capacidad del sector tabacalero para generar empleos, renta e impuestos para las arcas públicas es habitualmente elogiada como una contribución para el “desarrollo nacional”. El éxito de este tipo de estrategia puede ser medido por los premios y reconocimientos concedidos a la empresa de marras: “Por tercera vez consecutiva, Souza Cruz ganó el Premio Época Cambios Climáticos, de la Editorial Globo [...] La empresa fue galardonada por la iniciativa que presta reconocimiento a las empresas líderes en contribuciones socioambientales [15 de septiembre de 2010]”.¹¹⁶

* La empresa Souza Cruz es uno de los principales patrocinadores de la Feria Internacional de Productos y Servicios para Gastronomía, Hotelería y Turismo (Fistur) organizada por Abresi y CNTur. Para más detalles, consúltese la página de internet de la Feria en: <http://www.fistur.com.br/>

En este contexto, una de las estrategias más poderosas de interferencia en la PNCT se origina en la inserción de este tipo de empresas en la articulación nacional e internacional de la cadena productiva del tabaco, principalmente a partir del eslabón agrícola. En este sentido, las organizaciones y asociaciones vinculadas con la cadena productiva del tabaco suelen actuar en bloque como portavoces en contra de las medidas para el control del tabaquismo. Este es el caso de Asociación de Cultivadores de Tabaco de Brasil, representante de la ITGA en el país, el Sinditabaco y la Abifumo.^{45,117-122}

A partir de bases establecidas en los estados productores, las grandes transnacionales tabacaleras que operan en Brasil construyen complejas relaciones de poder e influencia y se fortalecen económica y políticamente en el ámbito nacional. Este aspecto político resulta principalmente de las estrategias de apoyo y financiamiento de candidatos a cargos electivos municipales, estatales y federales, que así aseguran la sólida presencia de defensores de los intereses del sector tabacalero en los estados productores y, más particularmente, en el Congreso Nacional.¹²³⁻¹²⁷ Esta dinámica de relaciones no sólo facilita la promulgación de incentivos fiscales por los gobiernos locales a fin de expandir los negocios, sino que recluta una verdadera legión de políticos defensores del sector tabacalero en las tres esferas del poder, opuestos a toda iniciativa que amenace sus intereses.^{128,129}

Particularmente en los municipios cultivadores de tabaco, este ambiente político genera un clima de presión que mantiene a los agricultores sometidos a las reglas de la cadena productiva dictadas por las empresas tabacaleras y apoyadas por el ambiente político local. Además, la rutina exigida por este tipo de actividad mantiene a estos agricultores socialmente aislados, que de esta manera se constituye como otro factor de peso en la manutención del *statu quo* que somete a los agricultores a las reglas de este negocio.⁴⁷ Gracias a esta dinámica, las empresas y muchos políticos utilizan a los agricultores o hablan en su nombre para ejercer presión sobre el Congreso Nacional en contra de la aplicación de las medidas del CMCT OMS en Brasil. En este contexto, la participación de diversos actores de la cadena productiva del tabaco en la Cámara Sectorial del Tabaco articulada por el Ministerio de Agricultura ha sido frecuentemente utilizada para atacar al CMCT OMS, lo que

terminó llevando al gobierno brasileño a adoptar una postura ambigua y contradictoria:

Comisión del gobierno aprueba plan de incentivo a la producción de tabaco en el país. Formulado por la Cámara Sectorial del Tabaco vinculada al Ministerio de Agricultura, el documento sugiere la adopción de acciones contrarias a los esfuerzos para aplicar en la práctica el Convenio Marco del Tabaco, un acuerdo global para reducir el tabaquismo.¹³⁰

Y a una fuerte reacción por parte de la sociedad civil organizada:

Los malos servicios prestados por la Cámara Sectorial del Tabaco como portavoz de la oposición plena a las políticas de salud y control del tabaquismo traspusieron los límites de lo razonable en 2010.

La aprobación de la llamada Agenda Estratégica del Tabaco, que parece sistematizar las acciones del sector tabacalero, contrarias a la implementación del Convenio Marco para el Control del Tabaco, muestra que el MAPA no está sintonizado con el compromiso jurídico-político asumido por el país delante del conjunto de naciones signatarias de este tratado internacional.¹³¹

Las estrategias de interferencia por parte de la industria del tabaco aumentan en intensidad y frecuencia, proporcionalmente a los resultados positivos obtenidos por Brasil en la reducción del tabaquismo. En este contexto, será analizado un caso emblemático que demuestra cómo la aplicación de este tipo de prácticas en Brasil permitió que las empresas tabacaleras interfirieran frontalmente en la implementación de una de las directrices del artículo 9 (reglamentación del contenido de los productos de tabaco) que prohíbe el uso de aditivos en cigarros y otros productos de tabaco.

La reacción de la cadena productiva del tabaco a la propuesta de una medida que prohíbe el uso de aditivos en cigarros

Desde finales de 2010, Brasil intenta poner en práctica una resolución del CMCT OMS para restringir el uso de aditivos en cigarros y productos similares, aprobada en la 4ª sesión de la Conferencia de las Partes del Convenio Marco para el Control del Tabaco (COP4), realizada en Uruguay en 2010.

Esta resolución recomienda que los gobiernos prohíban la utilización de “ingredientes para aumentar el gusto de los productos de tabaco tales como azúcares y edulcorantes, sustancias aromatizantes, especias o hierbas en cigarros y productos de tabaco similares” como parte de las directrices de implementación del artículo 9.¹³² La base de esta decisión fue tomada de recomendaciones hechas por TobReg, un grupo de estudios coordinado por la OMS desde el año 2000.¹³³ Hay estudios que demuestran que la industria del tabaco desarrolla aditivos desde la década de 1970 para minimizar el efecto aversivo causado por el sabor desagradable del tabaco y la irritación provocada por el humo en la garganta, especialmente en el caso de los que inician el consumo. Algunos aditivos son utilizados para producir sabores edulcorados, especialmente atractivos para los adolescentes, considerados como experimentadores en los estudios de mercadeo realizados por la industria del tabaco. Otros fueron desarrollados para aumentar la capacidad de dependencia nicotínica, como es el caso del amonio, en tanto que algunos estudios han demostrado que los aditivos aumentan el potencial tóxico de los productos de tabaco.¹³⁴⁻¹³⁶ No obstante, en Brasil, la recomendación formulada por la COP4 en el sentido de prohibir los aditivos despertó una fuerte oposición por parte de la industria del tabaco, apoyada por legisladores y políticos de las regiones de cultivo. La campaña de oposición comenzó antes que la COP4 entrara en sesión y se intensificó después de que ésta aprobara las medidas propuestas y la Anvisa las sometiera a consulta pública para aplicarlas en la práctica. Algunos meses antes de la COP4, representantes y aliados de la industria del tabaco difundieron la noticia de que “la COP tiene intenciones de prohibir la comercialización del tabaco Burley, como hizo el gobierno de Canadá en 2009” (sic), en referencia a la ley canadiense que prohíbe el uso de aditivos para darles sabor a los cigarros.¹³⁷⁻¹⁴¹ En verdad, ni Canadá prohibió el uso de tabaco Burley ni el documento presentado en la COP4 contenía ninguna recomendación en este sentido.¹⁴² No obstante, los representantes de la industria y legisladores de los estados productores se dirigieron insistentemente a los altos escalafones del gobierno para impedir que la delegación brasileña adoptase una posición favorable a la aprobación de las directrices en cuestión en la COP4.¹⁴³⁻¹⁴⁶ Sus argumentos aducían que

las medidas del CMCT OMS eran discriminatorias, ya que dificultarían el uso de tabaco Burley en la fabricación de cigarros.^{147,148} Argumentaban que, debido al proceso de curación, este tipo de tabaco necesita adición de azúcar para enmascarar su sabor desagradable y la irritación provocada por el humo, en tanto que la prohibición de los aditivos tendría impacto negativo en los medios de subsistencia de las 50 mil familias brasileñas productoras de tabaco Burley. Llegaron a presionar al gobierno brasileño para que se aliara a otros en el cuestionamiento al gobierno canadiense presentado en el Comité de Obstáculos Técnicos al Comercio de la Organización Mundial del Comercio (OMC).¹⁴⁹ Durante todo 2010, la Conicq se dedicó a aclarar este tema y con este fin elaboró un análisis de situación para servir como base de la posición de la delegación brasileña en la COP4. Junto a evidencias que demostraban la relación entre el uso de aditivos y la experimentación con tabaco en los adolescentes, este análisis puso en evidencia que las grandes empresas tabacaleras ya habían patentado el uso de tabaco Burley sin aditivos en la fabricación de cigarros, lo que automáticamente descalificaba el argumento aducido por los opositores de la medida en cuestión.^{150,151} De esta manera, quedó claro para el gobierno brasileño que la oposición no se movilizaba en defensa del cultivador, sino para proteger el uso de aditivos, un elemento fundamental para la captación de nuevos consumidores entre los adolescentes. Como resultado de ello, durante la COP4, Brasil no sólo apoyó la aprobación de las directrices del CMCT OMS que restringen los aditivos sino que se abstuvo de cuestionar al gobierno de Canadá en la Organización Mundial del Comercio por haber adoptado esta medida.

Diversas organizaciones vinculadas con el cultivo del tabaco, gobernantes municipales y legisladores de las regiones productoras de tabaco estuvieron presentes en Uruguay durante la COP4 y se entrevistaron con la delegación brasileña.¹⁵² Aparentemente, las decisiones finales tomadas en la COP4 tranquilizaron a las organizaciones y líderes vinculados con la producción de tabaco, pues éstas no hacían la menor alusión a la supuesta prohibición de comercializar tabaco Burley: “La decisión de la COP4 recomienda prohibir el uso de aromatizantes, pero mantiene la posibilidad de adicionar azúcar, necesaria para recomponer el Burley [...] El vicepresidente de la Afubra juzgó

satisfactoria esta decisión”.¹⁵³⁻¹⁵⁴ Sin embargo, en algunos periódicos de las regiones productoras difundieron de modo negativo la decisión de la COP4, como, por ejemplo, el artículo intitulado “Anuncio sorprende al sector tabacalero –COP4– Ministerio de Relaciones Exteriores se manifiesta favorable a las medidas para reducir el consumo de tabaco”, publicado en el principal diario de Rio Grande do Sul:

Productores y entidades representativas del tabaco fueron tomados por sorpresa al inicio de esta semana. Las esperanzas de que Brasil votara en favor de prorrogar la implementación de dispositivos del Convenio Marco sufrieron un revés después de la reunión de diez ministerios el lunes en el Palacio Itamaraty en Brasilia [...]

Hay indicaciones de que la Conicq se manifestará en favor de las medidas para reducir el consumo de tabaco. Por eso, aprueba la prohibición de aditivos en la fabricación de cigarrillos, como lo establecen los artículos 9 y 10 del CMCT.¹⁵⁵

En este mismo artículo, un diputado federal de Rio Grande do Sul llama “traidor” al gobierno brasileño.

En noviembre de 2010, la Anvisa puso en consulta pública la propuesta de una medida que prohibía los aditivos en Brasil, junto a otra que reglamenta la publicidad, prohíbe la exhibición de paquetes de productos de tabaco en los puntos de venta y amplía las advertencias sanitarias incluidas en los paquetes.^{88,156} Esto reactivó intensamente la movilización de la cadena productiva del tabaco. El mismo diputado federal que había encabezado la campaña en contra de la aprobación de la restricción de aditivos en la COP4, movilizó a legisladores federales, estatales y municipales en contra de esta iniciativa de la Anvisa. Para este fin, convocó varias audiencias públicas en los estados productores del sur del país que contaron con la presencia de legisladores en favor del tabaco.¹⁵⁷⁻¹⁵⁹ Este diputado se ha manifestado vehementemente en contra de las consultas de la Anvisa: “Quieren privar del sustento a más de 50 mil familias de pequeños productores que dependen económicamente de este cultivo. Es un asunto puramente comercial. La Anvisa copió una ley de Canadá, donde no se siembra ni una sola planta de la variedad Burley”.¹⁶⁰ Incluso, llegó a presentar un proyecto de decreto legislativo para

cancelar la consulta pública de la Anvisa (CP112) referente a la prohibición de aditivos.¹⁶¹ Cabe resaltar que la campaña electoral de este legislador fue financiada por una empresa tabacalera que opera en su estado, Rio Grande do Sul.¹²⁷

La intensa difusión de este mito atemoriza a los cultivadores en las regiones productoras de tabaco, en tanto que incorporaron este discurso y empezaron a movilizarse en contra de las medidas propuestas por la Anvisa.^{162,163} Ni siquiera la reacción de los órganos del gobierno, la sociedad civil organizada y las sociedades médicas que comunican públicamente su posición y desmitifican los argumentos aducidos por el sector tabacalero alcanza para neutralizar este movimiento.¹⁶⁴⁻¹⁶⁹ Los intentos para abolir las medidas propuestas por la Anvisa continuaron en 2011, mediante visitas a los altos escalafones del gobierno, intermediadas por políticos de los estados productores de tabaco y legisladores que abogan en favor del sector tabacalero, como fue ampliamente divulgado por los medios de comunicación.¹⁵⁸

Representantes de la cadena productiva del tabaco están reunidos en este momento con el líder del gobierno en el Senado de la República, Romero Jucá (Partido del Movimiento Democrático Brasileño/Roraima-PMDB/RR).^{*} Este grupo presentará un petitorio de 350 mil firmas para repudiar dos consultas públicas de la Anvisa que tendrían impacto negativo en este sector [...] Esta tarde, a las 16 h estos mismos líderes tienen una cita con el ministro del Interior, Antonio Palocci (Partido de los Trabajadores/PT).¹⁷⁰

En estos embates, el nombre de la Cámara Sectorial del Tabaco e indirectamente el del Ministerio de Agricultura han sido invocados para ejercer presión sobre los altos escalafones del gobierno en relación con las consultas públicas de la Anvisa, acerca de la regulación de los aditivos del tabaco y la publicidad en los puntos de venta.¹⁷¹⁻¹⁷³

Además de la presión política en contra de la consulta pública, la Afubra ha coordinado una estrategia destinada a retrasar el proceso de compila-

^{*} Este es el senador que ha obstaculizado la aprobación del Proyecto de ley federal que asegura que los ambientes públicos cerrados estén 100% libres de humo de tabaco.

ción y evaluación de las respuestas recibidas por la Anvisa. Aprovechándose de la vulnerabilidad de los cultivadores de tabaco, la Afubra consiguió reunir 200 mil manifestaciones formales en contra de las medidas propuestas.¹⁷⁴ Para ello, no sólo organizó la logística de la recaudación de firmas, sino que también se encargó de enviar estas “respuestas” a la Anvisa, cuya mayoría tiene la impresión de un sello afirmando “estoy en contra” junto a la firma. De esta manera, el análisis de las respuestas recibidas por la Anvisa sufrió casi seis meses de atraso, lo que fue abiertamente festejado por la Afubra.¹⁷⁵

La movilización de entidades, autoridades y líderes de los productores de tabaco y de las comunidades involucradas en la producción de tabaco resultará en la entrega de más de 200 mil formularios a la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (Anvisa) esta semana. Un volumen de 96 mil formularios fue cargado en un camión en la sede de la Asociación de Cultivadores de Tabaco de Brasil (Afubra) cuyo destino es Brasilia. Otros 51 mil fueron enviados por correo durante esta semana. Antes del 31 de marzo, la fecha final estipulada por la Anvisa, otros 51 mil serán enviados a la Capital Federal desde las regiones tabacaleras de Santa Catarina y Paraná.

Estos documentos expresan la posición de productores, trabajadores y miembros de las comunidades tabacaleras en contra del contenido de las consultas públicas promovidas por la Anvisa.¹⁷⁴

En octubre de 2011, el Sinditabaco consiguió paralizar judicialmente la audiencia pública convocada por la Anvisa para presentar los resultados del análisis de las respuestas a la consulta. El argumento fue que el espacio asignado para llevarla a cabo era insuficiente para el número de representantes del sector tabacalero, estimado en mil personas.¹⁷⁶ Al mismo tiempo que obstaculizan las medidas para reducir el tabaquismo, los representantes de la cadena productiva del tabaco también intentan desacreditar el Programa de Diversificación en Áreas Cultivadas con Tabaco, aduciendo que ningún cultivo es tan redituable como éste.

No obstante, el presidente de la Afubra, Heitor Petry, afirma “[...] para la asociación, no hay ninguna opción de sustitución viable [...] Defendemos la diversificación y no la sustitución, porque ningún otro

producto es capaz de generar lucros comparables en un minifundio”, dijo.¹⁷⁷

Además de esta interferencia en el ámbito nacional, el anuncio de la consulta pública de la Anvisa sobre la prohibición de aditivos también suscitó reacciones en el internacional. Algunos países productores cuestionaron a Brasil en el Comité de Obstáculos Técnicos al Comercio de la OMC. De acuerdo con el reporte sobre la reunión formal de este comité:

Los productores y exportadores de las variedades Burley y Oriental de tabaco entienden la prohibición de aditivos como prohibición de los productos de mezclas de tabaco (que convencionalmente son producidas con estas variedades de tabaco y varios aditivos) en el mercado brasileño. Cerca de 15 miembros afirmaron que esta reglamentación restringe el comercio más de lo necesario para cumplir los objetivos de Brasil. Esto es particularmente importante para algunos países, incluyendo los de África y los menos desarrollados (Zambia, Tanzania, República Dominicana, Mozambique y Kenia), cuya renta nacional depende de la venta de tabaco Burley y Oriental.¹⁷⁸

Esta reacción ilustra el alcance y poder otorgados por la cadena productiva del tabaco a las empresas tabacaleras transnacionales para interferir internacionalmente en la política de control del tabaco de otros países, incluso los no productores, mediante los mecanismos y acuerdos de libre comercio.

Consideraciones finales

En Brasil, la Política Nacional de Control del Tabaco (PNCT) logró en los últimos años resultados importantes en la reducción de la prevalencia del tabaquismo y de la mortalidad por enfermedades relacionadas con el tabaco; sin embargo, estos resultados no fueron equitativos, lo que demuestra que es necesario hacer ajustes para proteger más eficientemente a la población rural, a la de menores ingresos y escolaridad, a las mujeres y a los jóvenes, quienes, probablemente, sean las poblaciones más vulnerables ante las estrategias de mercado del tabaco y a las que menos les llegan las acciones de esta política nacional.

El hecho de que Brasil sea un gran productor de tabaco y que la mayor parte de su producción se exporte, impone desafíos adicionales a la PNCT. Entre estos, la responsabilidad de desarrollar una política de alternativas a la producción de tabaco con la finalidad de proteger a centenas de miles de productores de la hoja por la esperada reducción global de la demanda. Por eso fue instituido el Programa Nacional de Diversificación en Áreas Cultivadas con Tabaco, cuyo objetivo central es disminuir su dependencia económica en las regiones productoras. En este sentido, uno de los desafíos más importantes es el representado por las estrategias cada vez más intensas de la cadena productiva del tabaco para obstaculizar los ajustes necesarios en la PNCT, en particular los de carácter regulatorio. Estas estrategias apelan a los medios de subsistencia de los cultivadores como argumento y como estrategia de maniobra para interferir en estas iniciativas.

Al tiempo que las empresas tabacaleras transnacionales seducen a los pequeños agricultores con el mito de que nada es tan rentable como plantar tabaco, también los mantienen como rehenes en un círculo de endeudamiento y dependencia económica dentro de la cadena productiva. El aislamiento social generado por esta actividad contribuye a mantenerlos desinformados y listos para reaccionar en contra de lo que se les presenta y se toma como una amenaza a su supervivencia.

No es ésta la primera vez que las grandes empresas tabacaleras y organizaciones afiliadas emplean la táctica de la desinformación para aterrorizar a los productores y presionar al gobierno y al poder legislativo en Brasil. La propia ratificación del CMCT OMS se atrasó dos años por causa de un fuerte movimiento antagónico movilizizado principalmente por la Afubra. Ésta difundió el mito de que el CMCT OMS erradicaría la producción de tabaco y, por lo tanto, que amenazaba la supervivencia de las 200 mil familias de cultivadores. Esta estrategia movilizó a los políticos y legisladores de las regiones productoras contra el Convenio Marco.¹⁷⁹⁻¹⁸¹ De este modo, la ratificación sólo fue posible después de intensos debates en audiencias públicas realizadas en las regiones de cultivo. En éstas se demostró que el CMCT OMS en verdad protegía, en vez de amenazar a los medios de subsistencia de los cultivadores, porque preveía la implementación de alternativas económicas al tabaco (artículo 17).¹⁸² En este contexto, una de las condiciones impuestas por el Senado Federal para

aprobar la ratificación del CMCT OMS exigía que el gobierno implementara un programa de desarrollo de alternativas al tabaco. Otra condición determinaba que, al firmar la ratificación en la ONU, Brasil debería también entregar una declaración afirmando que no apoyaría ninguna propuesta de utilizar el CMCT OMS como instrumento de discriminación en contra del libre comercio.^{*183} De hecho, esta declaración es utilizada por la industria tabacalera y sus aliados como argumento en contra de medidas regulatorias de los productos de tabaco.

En este juego de influencias, el argumento que asevera que las medidas del CMCT OMS afectan a los medios de subsistencia y al empleo de los pequeños agricultores cultivadores de tabaco es un tema políticamente sensible en Brasil y probablemente también en los otros países productores. La mayoría de los gestores y legisladores tiene miedo de los efectos negativos de las medidas propuestas, independientemente de lo que éstas determinen, sobre los medios de subsistencia y la tasa de empleo, especialmente en contextos de crisis, como el actual. Y más en particular, temen que esta situación perjudique sus campañas electorales. En las regiones productoras, el poder de organización de la cadena productiva del tabaco es de tal dimensión que elige o derrota candidatos a los cargos de elección popular. Ésta es una de las razones por las que los argumentos de la industria del tabaco, incluso cuando son falsos, intimidan desde el punto de vista político a todos aquellos que se proponen manifestarse en su contra. Esta práctica también se aplica en otros países donde actúan las tabacaleras transnacionales.^{117,184-185}

La industria también se sirve de la desinformación; por ejemplo, difunden la idea de que la exportación de tabaco continúa siendo una gran oportunidad para Brasil, en tanto que las medidas de control del tabaco implantadas en el país obstaculizan esta dinámica. Al mismo tiempo, insisten en descalificar la capacidad del Programa de Diversificación en Áreas Cultivadas con Tabaco de atender esta demanda y competir con el tabaco. En consecuencia, durante las últimas décadas, la cadena productiva del tabaco se ha fortalecido y

* Para más detalles, consúltense las Declaraciones del Convenio Marco para el Control del Tabaco en su página de internet, en: <http://www.who.int/fctc/declarations/en/index.html>

adquirido mayor participación en la política de las regiones tabacaleras, extendiendo su alcance a las esferas estatal y federal, donde aplica con frecuencia los argumentos relacionados con la producción de tabaco para descalificar las medidas destinadas a reducir el tabaquismo. La velocidad y el poder de penetración de las tabacaleras en los medios políticos estatales y federales ha conseguido, por lo menos, desacelerar la toma de decisiones por gestores y legisladores acerca de las medidas necesarias para fortalecer la PNCT, incluyendo el Programa de Diversificación en Áreas Cultivadas con Tabaco.

La cadena productiva del tabaco es una de las trincheras más importantes que la industria del tabaco ha cavado en los países productores para interferir en el establecimiento y aplicación de las medidas para su control en otros países. Este es el panorama actual, tal como se desprende de los cuestionamientos planteados por los países productores en el ámbito de la OMC, relativos a las medidas regulatorias de productos de tabaco implantadas en otros países. En 2010 se constató una ola de reacción en los países productores, originada en la cadena productiva, en contra de la prohibición de aditivos en productos de tabaco implantada en algunos países en 2009 y recomendada por la COP4 en noviembre de 2010.

Ese mismo año, el gobierno de Canadá fue interpelado por países productores, incluyendo Brasil, en el ámbito de la OMC (Comité de Obstáculos Técnicos al Comercio) debido a la Ley del Tabaco aprobada en octubre de 2009 que, entre otras estipulaciones, prohibía el uso de aditivos en cigarrillos. Una situación similar está empezando a despuntar en relación con Brasil, debido a su intención de adoptar la prohibición de aditivos.¹⁸⁶⁻¹⁸⁷

Asimismo, en 2010, Indonesia solicitó una consulta formal al sistema de resolución de conflictos de la OMC referente a la Ley de Control del Tabaco y Prevención del Tabaquismo en las Familias, promulgada por Estados Unidos en 2009. Indonesia alegó discriminación injustificada, porque esta ley no prohibía la adición de mentol a los cigarrillos comercializados en Estados Unidos, pero sí prohibía los kreteks, un tipo de cigarrillos aromatizados con clavo ampliamente exportados por este país.¹⁸⁸⁻¹⁸⁹

En la actualidad se observa que mientras más se aplican las directrices del CMCT OMS, más se apela a las reglas internacionales de comercio

para obstaculizar las acciones de control del tabaco adoptadas en el ámbito nacional. Varios estudios y análisis resaltan las controversias que aún existen entre acuerdos de libre comercio y las medidas del CMCT OMS, especialmente las de carácter regulatorio. En este sentido, sugieren que las iniciativas globales sean adoptadas, de modo que el sector del tabaco y sus productos puedan ser considerados una excepción a las reglas internacionales de comercio y, consecuentemente, los gobiernos puedan restringir más fácilmente la comercialización de estos productos.¹⁹⁰⁻¹⁹⁴ En este contexto, es fundamental tener en mente que la interacción económica y la política propiciada por la cadena productiva del tabaco permiten que las grandes corporaciones tabacaleras adquieran poder e influencia política crecientes, poder que les ha permitido interferir significativamente en la política interna de control del tabaco, así como movilizar los gobiernos de algunos países productores para cuestionar en la OMC las medidas de control adoptadas por otros países.

Este es uno de los mayores desafíos actuales que deben enfrentarse en el ámbito del propio gobierno global del CMCT OMS. Durante la COP4, éste fue uno de los temas centrales en función de la ola de litigios iniciados por empresas tabacaleras contra los gobiernos que habían adoptado las recomendaciones más restrictivas del CMCT OMS durante los dos años anteriores, siguiendo el ejemplo de Uruguay, Australia, Noruega y Canadá, como se mencionó líneas arriba.¹⁹⁵⁻²⁰⁰ Uno de los resultados fue la Declaración de Punta del Este durante la COP4, la cual remite al preámbulo de la constitución de la OMS, que describe el goce de los estándares más elevados de salud como uno de los derechos humanos fundamentales, y al artículo 5.3 del CMCT OMS, que caracteriza la protección de la política de control del tabaco de la interferencia por parte de la industria como una obligación legal. Remite también a la soberanía de cada país para regular el interés público, lo que incluye la salud, y menciona el artículo XX (b) del Acuerdo General sobre Aranceles Aduaneros y Comercio (GATT, por sus siglas en inglés, 1947), que enumera las salvaguardas para proteger la salud humana; el artículo 2.2. del Acuerdo sobre Obstáculos Técnicos al Comercio, y los artículos 7 y 8 del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC),

que tratan sobre la relación entre comercio y salud; y el párrafo 4º de la Declaración de Doha acerca del Acuerdo sobre los ADPIC y salud pública, que afirma que el Acuerdo sobre los ADPIC no impide ni puede impedir que los Estados miembro adopten medidas de protección de la salud pública.*.²⁰¹

La COP4 también exigió la cooperación mutua entre las secretarías del CMCT OMS y la OMC a fin de compartir informaciones sobre aspectos comerciales relacionados con el control del tabaco; monitorear disputas comerciales vinculadas con las medidas del Convenio Marco; facilitar el intercambio de información entre los Estados parte sobre asuntos comerciales, y preparar, junto con la OMS y otras organizaciones internacionales competentes, un informe amplio para ser presentado en la COP5 con opciones de cooperación con la OMC acerca de temas relacionados con el control del tabaco.

En este contexto, el gobierno del CMCT OMS todavía aborda tímidamente el refuerzo de los mecanismos nacionales e internacionales para reducir la dependencia económica de la producción de tabaco en los ámbitos individual, municipal y nacional. La implementación del artículo 17 del CMCT OMS debe fortalecerse porque constituye el cumplimiento de una gran responsabilidad social para con los cultivadores, que representan el eslabón más frágil de la cadena productiva del tabaco. Éste es también el camino a seguir para implementar el artículo 5.3 del CMCT OMS, porque, sin dudas, reducirá el poder político de las grandes empresas tabacaleras transnacionales para oponerse a las medidas de reducción de la demanda. Esta responsabilidad debe ser compartida tanto por los países productores como por los no productores, principalmente aquellos que hospedan las sedes de las grandes empresas tabacaleras. Esto implica desarrollar mecanismos que permitan la diversificación de los medios de subsistencia y de las actividades en las regiones que hoy dependen casi exclusivamente de la producción de tabaco, como es el caso de muchos municipios brasileños.

* El Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights (TRIPS) es un acuerdo internacional administrado por la Organización Mundial del Comercio, que establece normas mínimas para la reglamentación de la propiedad intelectual que deben seguir los miembros. Fue negociado al final de la Ronda Uruguay del GATT en 1994. Puede consultarse en: http://www.wto.org/english/tratop_e/trips_e/trips_e.htm#WhatAre.

La visión hegemónica entre las partes del Convenio en el sentido de que las medidas para reducir la demanda tienen importancia capital data de la primera edición de la COP. Probablemente derive de la idea, todavía incipiente, de que el control de la cadena productiva del tabaco es una de las principales fuentes del poder político de la industria tabacalera y de su capacidad para obstaculizar las políticas de reducción de la demanda.

Finalmente, debe subrayarse la noción de que los ciclos de consumo y producción de los productos de tabaco son parte de un mismo sistema, retroalimentado de modo articulado por grandes empresas tabacaleras transnacionales. El blanco principal del ciclo de consumo es el adolescente, a quien se dirigen todas las estrategias de mercadeo, desde el lenguaje utilizado en la publicidad, los paquetes, la exhibición de los productos en los puntos de venta hasta el sabor de los aditivos. En el ciclo de producción, el blanco principal son los pequeños agricultores social y económicamente vulnerables, principalmente en los países de media y baja renta, que son seducidos por la idea de que plantar tabaco produce riqueza y calidad de vida. Igualmente, debe enfatizarse que el fortalecimiento de las iniciativas para reducir la dependencia económica de individuos y regiones productoras de tabaco es un mecanismo importante para proteger y reforzar las medidas del CMCT OMS dirigidas a reducir la demanda.

Referencias

1. World Health Organization. WHO Report on the global tobacco epidemic, 2008. The MPOWER Packaged [sitio de internet]. Génova: WHO, 2008. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596282_eng.pdf.
2. World Health Organization. WHO Framework Convention on Tobacco Control [sitio de internet]. Génova: WHO, 2003. Disponible en http://www.who.int/fctc/text_download/en/index.html.
3. Brasil. Presidência da República. Decreto de 1 de agosto de 2003 [sitio de internet]. Cria a Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco e de seus Protocolos. Disponible en http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/DNN/2003/Dnn9944.htm.
4. Secretaria Executiva da Conicq. Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco. Estrutura da Conicq [sitio de internet]. Instituto Nacional de Câncer. Disponible en http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home.
5. Brasil. Congresso Nacional. Decreto Legislativo Nº 1.012, de 2005 [sitio de internet]. Aprova o texto da Convenção-Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco, assinada pelo Brasil, em 16 de junho de 2003. Diário Oficial da União 2005(nov28): sección 1, p. 1. Disponible en: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/9c6ed98047025c6c8dcffd741a182d6f/Decreto+Legislativo+n%C2%BA+1012++Ratifica+a+CQCT.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=9c6ed98047025c6c8dcffd741a182d6f>

6. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 5.658, 2 de janeiro de 2006 [sitio de internet]. Promulga a Convenção-Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco, adotada pelos países membros da Organização Mundial de Saúde em 21 de maio de 2003 e assinada pelo Brasil em 16 de junho de 2003. Disponible en: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5658.htm.
7. Cavalcante TM. Experiencia brasileña con políticas de control del tabaquismo. *Salud Publica Mex* 2004;46(6):549-558.
8. Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Política Nacional de Controle do Tabaco. Conicq. Relatório de Gestão e Governança 2010 [sitio de internet]. Disponible en: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/b973ca8047aef7d484f4e795cf639ea3/Relat%C3%B3rio+Gest%C3%A3o+CONICQ++vers%C3%A3o+%C3%ADntegra.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=b973ca8047aef7d484f4e795cf639ea3>.
9. Brasil. Presidência da República. EM Interministerial nº 122. MF/MCT/MDIC [sitio de internet]. Brasília: Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2 de agosto, 2011. Disponible en: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Exm/EMI-122-MF-MCT-MDIC-Mpv540.htm.
10. Brasil. Secretaria de Receita Federal. Instrução Normativa RFB nº 769, de 21 de agosto de 2007 [sitio de internet]. Dispõe sobre a instalação de equipamentos contadores de produção nos estabelecimentos industriais fabricantes de cigarros de que tratam os arts. 27 a 30 da Lei nº 11.488, de 15 de junho de 2007, e dá outras providências. Disponible en: <http://www.receita.fazenda.gov.br/legislacao/Ins/2007/in7692007.htm>.
11. Brasil. Secretaria da Receita Federal. Dados sobre destruição de cigarros apreendidos no mercado ilegal [sitio de internet]. Brasília: Ministério de Fazenda, Secretaria da Receita Federal. Disponible en: <http://www.receita.fazenda.gov.br/DestacaoMercadorias/DestruCigarros/default.htm>.
12. Sindicato da Industria do Tabaco. Um dos maiores desafios enfrentado pelo setor, segundo o Sinditabaco, é o contrabando de cigarros e a informalidade [sitio de internet]. Cruz do Sul: Sinditabaco. Disponible en: <http://www.sindifumo.com.br/?link=imprensa.setor&id=680>.
13. Brasil. Secretaria de Receita Federal. Dados sobre arrecadação de impostos sobre cigarros [sitio de internet]. Brasília: Ministério de Fazenda, Secretaria da Receita Federal. Disponible en: <http://www.receita.fazenda.gov.br/DestacaoMercadorias/ProgramaNacCombCigarrollegal/ArrecadacaoCigarros/ArrecCigarro20102011.htm>.
14. Brasil. Secretaria de Agricultura Familiar. Programa Nacional de Diversificação em Áreas Cultivadas com Tabaco [sitio de internet]. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Agrário, Secretaria de Agricultura Familiar. Disponible en: <http://www.mda.gov.br/portal/saf/programas/projetos especiais/2308129>
15. Pereira P, Brederode-Sihler C, Moura L, Carvalho-Malta D, Albuquerque-Torres MC, Pereira-Lima SMC, et al. Primeiro relato do surto da doença da folha verde do tabaco no Brasil [serie de internet]. *Cad Saúde Pública* 2010;26(12). Disponible en http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010001200005&lng=en&nrm=iso&tIng=en
16. Macedo M. Intoxicação atinge trabalhadores rurais. Doença do Tabaco Verde é tema de seminário em Brasília [serie de internet]. *Jornal do Comércio* 2009(jul30). Disponible en: <http://jcrs.uol.com.br/site/noticia.php?codn=4347>
17. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Agrário. Tabaco: Programa de Diversificação é tema de encontros no Rio Grande do Sul [sitio de internet]. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Agrário, 12 de septiembre, 2011. Disponible en: <http://www.mda.gov.br/portal/noticias/item?id=8637253>
18. Seminário discute a fumicultura e a saúde [serie de internet]. *Clica-Tribuna* 2011(jul20). Disponible en: <http://www.clicatribuna.com/noticia/seminario-discute-a-fumicultura-e-a-saude-66941>
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no. 1083 12 de maio 2011 [sitio de internet]. Aprova o Regimento Interno da Comissão Nacional para Implementação da Convenção Quadro para o Controle do Tabaco (Conicq). Disponible en: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/dfd9b18047935ceab07af395cf639ea3/Portaria+no.+1083.2011++Regimento+Interno+da+CONICQ.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=dfd9b18047935ceab07af395cf639ea3>.
20. Brasil. Ministério da Saúde & Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PNAD Pesquisa especial sobre tabagismo (PETab) 2008 [sitio de internet]. Disponible en: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1505&id_pagina=1. OJO: en esta dirección, esta noticia ya no aparece, sólo la de la Pesquisa nacional por amostra de domicílios 2008-tabagismo.
21. Monteiro CA, Cavalcante TM, Moura EC, Claro RM, Szwarcwald CL. Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989-2003) [serie de internet]. *Bull World Health Organ* 2007;85(7):527-534. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0042-96862007000700010&script=sci_arttext.
22. Brasil. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/ Secretaria de Vigilância em Saúde/ Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil* 2010 [sitio de internet]. Sistema de Monitoramento de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis por meio de Inquérito Telefônico. Disponible en: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel_180411.pdf
23. Brasil, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Atlas de Mortalidade por Câncer no Brasil. [Consultado: 2011 abr 10]. Disponible en: <http://www1.inca.gov.br/vigilancia/mortalidade.html>
24. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges [serie de internet]. *The Lancet* 2011;377(9781):1949-1961. Disponible en: <http://www.thelancet.com/collections/global-health?collexcode=110>
25. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009. Despesas, Rendimentos e Condições de Vida [sitio de internet]. Disponible en: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/pof/2008_2009/default.shtm.
26. De Almeida LM, Cavalcante TM, Casado L, Fernandes EM, Warren CW, Peruga A, et al. Linking global youth tobacco survey data to the WHO Framework Convention on Tobacco Control: the case of Brazil [serie de internet]. *Prev Med* 2008;47(Suppl 1):S4-S10. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18206221>.
27. Brasil. Ministério da Saúde/ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar [sitio de internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2009. Disponible en: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/pense.pdf>.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Saúde Brasil, 2009: Uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde* [sitio de internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. Disponible en: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/SAUDE_BRASIL_2009_COLETIVA.pdf
29. Aliança de Controle do Tabagismo. Carga das doenças tabaco relacionadas para o Brasil. Relatório Final 2012. Disponible en http://www.actbr.org.br/uploads/conteudo/721_Relatorio_Carga_do_tabagismo_Brasil.pdf
30. World Health Organization. Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control: Second session. Guidelines on protection from exposure to tobacco smoke [sitio de internet]. WHO, 2007. Disponible en: http://www.who.int/gb/fctc/PDF/cop2/FCTC_COP2_17P-en.pdf
31. Secretaria Executiva da Conicq. Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco. Produção de fumo em folha no Brasil [sitio de internet]. Instituto Nacional de Câncer, 2011. Disponible en: http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/dados_numeros/producao_tabaco
32. Food and Agriculture Organization of The United Nations. FAOSTAT [sitio de internet]. Disponible en: <http://faostat.fao.org/site/567/DesktopDefault.aspx?PageID=567#anchor>
33. Sindicato Interestadual da Industria do Tabaco. Exportações [sitio de internet]. Santa Cruz do Sul: Sinditabaco. Disponible en: <http://sinditabaco.com.br/?link=setor.cidade>

34. Brasil. Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior. Balança Comercial: dados consolidados [sitio de internet]. Brasília: MDICE. Disponible en: <http://www.mdic.gov.br/sitio/interna/interna.php?area=5&menu=571>
35. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Produção Agrícola Municipal 2009 [sitio de internet]. Brasília: IBGE. Disponible en: <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/listabl.asp?c=1612&z=t&o=11> [datos 2010]: <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/pesquisas/pam/default.asp?o=30&i=P>
36. Cargin AP, Berté AMA, Klarmann H, Berwanger Profes SM, Oliveira SB. Atlas socioeconômico do Rio Grande do Sul [sitio de internet]. Puerto Alegre: Estado do Rio Grande do Sul, 2002. Disponible en: <http://www.scp.rs.gov.br/atlas/atlas.asp?menu=287>
37. Departamento de Estudos Sócio-Econômicos Rurais. Tabaco, da produção ao consumo. Uma cadeia da dependencia. Curitiba: DESER, 2010.
38. Otañez MG, Mamudu H, Glantz SA. Global leaf companies control the tobacco market in Malawi [serie de internet]. *Tob Control* 2007;16(4):261-269. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2598545/>
39. Otañez MG, Mamudu H, Glantz SA. Tobacco Companies' use of developing countries' economic reliance on tobacco to lobby against global tobacco control: The case of Malawi [serie de internet]. *Am J Public Health* 2009;99(10):1759-1771. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19696392>
40. Japan Tobacco International. Growing Sustainability. Environment, Health and Safety Report 2008/2009 [sitio de internet]. Disponible en: http://www.jti.com/documents/ehs/EHS_report_20082009.pdf
41. International Tobacco Growers' Association. Tobacco Courier [sitio de internet]. Castelo Branco: International Tobacco Growers' Association, 2011. Disponible en: <http://www.tobaccoleaf.org/>
42. Must E. PATH Canada guide. ITGA uncovered: Unravelling the spin—the truth behind the claims. Castelo Branco: International Tobacco Growers' Association, 2001. Disponible en <http://www.healthbridge.ca/itgabr.pdf>
43. British American Tobacco. Letter from Petricio Bellolio to RLO Ely regarding ITGA Latin-American Workshop. Bates 502555412-502555412. Legacy Documents Library Bates. San Francisco: University of California.
44. British American Tobacco. Memo from Nicholas Shears to Adrian Mashal. Budget 2001. Bates 325133422-325133424. Legacy Documents Library Bates. San Francisco: University of California.
45. Framework Convention Alliance. COP-4: Attack by ITGA on Articles 9/10 [sitio de internet]. Génova: FCA. [Consultado: 2011 sept 28]. Disponible en: http://www.fctc.org/index.php?option=com_content&view=article&id=445:attack-by-itga-on-articles-9-10-&catid=222:meeting-resources&Itemid=230
46. Bonato A. A fumicultura no Brasil e a Convenção Quadro para Controle do Tabaco, 2007 [sitio de internet]. Curitiba: DESER, 2007. Disponible en: http://www.deser.org.br/search_results.asp?criterio=tabaco
47. Gonçalves de Almeida GE. Fumo-servidão moderna e violação dos direitos humanos. Curitiba: Terra de Direitos, 2005. Disponible en: http://terradereitos.org.br/wp-content/uploads/2008/02/594_Fumo_serv_moderna_livro.pdf
48. Tuinstra T. Brazil's famed integrated tobacco production system is under pressure [serie de internet]. *Tob Reporter* 2008(jun). Disponible en: http://tobaccoreporter.com/home.php?id=119&cid=4&article_id=10877 June 2008.
49. Departamento de Estudos Sócio-Econômicos Rurais. A fumicultura e a Convenção-Quadro: desafios para a diversificação 2009 [sitio de internet]. Curitiba: DESER, 2010. Disponible en: http://www.deser.org.br/pub_read.asp?id=146
50. Souza Cruz. Produção agrícola [sitio de internet]. Rio de Janeiro: Souza Cruz, 2010. [Consultado: 2011 sept 30] http://www.souzacruz.com.br/group/sites/SOU_7UVF24.nsf/vwPagesWebLive/DO7ZHQMX?opendocument&SKN=1
51. Philip Morris adquire contratos de processadoras de fumo [serie de internet]. *Época Negócios* 2010(jun21). Disponible en: <http://epoca-negocios.globo.com/Revista/Common/0,EMI149167-16355,00-PHILIP+MORRIS+ADQUIRE+CONTRATOS+DE+PROCESSADORAS+DE+FUMO.html>
52. Souza Cruz. Cadeia produtiva. Importância Econômica. Rio de Janeiro: Souza Cruz. [Consultado: 2011 oct 8]. Disponible en: http://www.souzacruz.com.br/group/sites/SOU_7UVF24.nsf/vwPagesWebLive/DO7V9KFB?opendocument&SKN=1
53. Food and Agriculture Organization of the United Nations. Higher world tobacco use expected by 2010: Growth rate slowing down [sitio de internet]. FAO, 2003. Disponible en: <http://www.fao.org/english/newsroom/news/2003/26919-en.html>
54. World Health Organization. 2010 global progress report on the implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control [sitio de internet]. Génova: WHO, 2010. Disponible en: http://www.who.int/fctc/reporting/progress_report_final.pdf
55. The fight against tobacco in the EU [serie de internet]. *Eurobusiness* 2010(may27). Disponible en: <http://www.eubusiness.com/topics/health/tobacco/03/>
56. Obama to sign Landmark Tobacco Bill [serie de internet]. *Voice of America* 2009(jun22). Disponible en: <http://www.voanews.com/english/news/a-13-2009-06-22-voa33-68826282.html>
57. Tobacco control country profiles 2003: Uruguay smoking prevalence [sitio de internet]. Génova: Global Tobacco Control. Disponible en: <http://www.globalink.org/tccp/Uruguay.pdf>
58. Uruguay. Instituto Nacional de Estadística. Global Adult Tobacco Survey: Uruguay 2009 [sitio de internet]. Montevideo: INE, 2010. Disponible en: http://www.who.int/tobacco/surveillance/fact_sheet_of_gats_uruguay_2010.pdf
59. About Euromonitor International [sitio de internet]. Londres: Euromonitor International. Disponible en: <http://www.euromonitor.com/countryfolders.aspx>
60. TFQ Editorial Staff. Industry experts weigh in on last season and look ahead to 2010 [serie de internet]. *Tob Farm Quarterly* 2010(primavera). Disponible en: http://www.tobaccofarmquarterly.com/home.php?id=119&cid=645&article_id=10294
61. Grover B. Argentina anti-tobacco program recieves global Heart Hero Award [sitio de internet]. Nueva York: The NCD Alliance, 16 de noviembre, 2010. Disponible en: <http://www.ncdalliance.org/node/3210>
62. A legal history of smoking in Canada [serie de internet]. *CBC News* 2011(jul29). Disponible en: <http://www.cbc.ca/news/health/story/2011/07/29/f-smoking-laws-timeline.html>
63. Souza Cruz. Relatório de Administração Exercício Findo em 31 de dezembro de 2010. Rio de Janeiro: Souza Cruz. Disponible en: [http://www.souzacruz.com.br/group/sites/sou_7uvf24.nsf/vwPagesWebLive/DO82YPSR/\\$FILE/medMD8E5HV.pdf](http://www.souzacruz.com.br/group/sites/sou_7uvf24.nsf/vwPagesWebLive/DO82YPSR/$FILE/medMD8E5HV.pdf)
64. Tobacco sales fall by -19.3% in the first quarter of 2009 [serie de internet]. *Tob Facts* 2009(ago13). Disponible en: <http://www.tobacco-facts.net/2009/08/tobacco-sales-fall-by-193>
65. Bell J. First half global review: Terrible year! [serie de internet]. *Tob International* 2009(oct). Disponible en: <http://www.tobaccointernational.com/1009/feature.htm>
66. China Cracking down on public smoking? [serie de internet]. *Tob International* 2009(oct). Disponible en: <http://www.tobaccointernational.com/1009/>
67. Japanese men smoking at record low [serie de internet]. *Tob International* 2009(dic). Disponible en: <http://www.tobaccointernational.com/1209/manufacturer.htm>
68. Jungbluth G. Changing Times for Brazilian Tobacco Growers [serie de internet]. *Tob International* 2010(abr). Disponible en: <http://www.tobaccointernational.com/0410/feature.htm>
69. Recession Resistant? [serie de internet]. *Tob International* 2009(octubre). Disponible en: <http://www.tobaccointernational.com/1009/>

70. Parker J. European Union Cigarette Trade Changing [serie de internet]. Tob International 2010(mar). Disponible en: <http://www.tobaccointernational.com/0310/feature.htm>
71. Brinson B. Inconvenience to convenience. Reluctant to carry ID cards for vending machines, Japanese smokers are turning to convenience stores [serie de internet]. Tob Reporter 2009(feb). Disponible en: http://www.tobaccoreporter.com/home.php?id=119&cid=208&article_id=11059
72. Lambat I. Following a period of leaf shortages, the pendulum has swung the other way with a vengeance [serie de internet]. Tobacco Reporter, enero de 2011. Disponible en: http://www.tobaccoreporter.com/home.php?id=119&cid=4&article_id=11176
73. Souza Cruz. Impacto e importância econômica [sitio de internet]. [Consultado: 2010 oct 6]. Rio de Janeiro: Souza Cruz. Disponible en: http://www.souzacruz.com.br/group/sites/SOU_7UVF24.nsf/vwPagesWebLive/DO7V9KFB?opendocument&SKN=1
74. Sindifumo. O Brasil se consolida como segundo produtor mundial de fumo em folha [serie de internet]. Sindifumo em Folha. Jornal Informativo do Sindicato da Indústria do Fumo 2005;11:2. Disponible en: http://www.sinditabaco.com.br/helpers/php/get_file.php?what=6.
75. Afubra. Câmara Setorial. Câmara Sectorial. Demanda por fumo deve ser maior nos próximos anos [sitio de internet]. Folha da Afubra 2007;XI(67). Disponible en: http://www.afubra.com.br/download/folha/capa/folha_completa_setembro07.pdf
76. Sindicato da Indústria do Tabaco. Tabaco representa 2% da exportação brasileira [sitio de internet]. Cruz do Sul: Sinditabaco, 23 de noviembre, 2009. Disponible en: <http://www.sinditabaco.com.br/?link=imprensa.setor&id=63>
77. Investidores testam novas culturas no São Francisco [serie de internet]. Codevasf Hoje 2009(sept):3. Disponible en: www.codevasf.gov.br/CodevasfHoje/2009/jornal_setembro.pdf
78. Cidade: Produção de fumo cresce 66% na região de Pelotas [serie de internet]. Diário Popular 2004(feb8). Disponible en: http://srv-net.diariopopular.com.br/08_02_04/ag060202.html
79. Área de plantação de fumo volta a crescer no País [serie de internet]. Estadão 2009(nov15). Disponible en: <http://www.estadao.com.br/noticias/geral,area-de-plantacao-de-fumo-volta-a-crescer-no-pais,466771,0.htm>
80. Indústria do tabaco ainda cresce no Brasil [serie de internet]. Veja 2010(ene3). Disponible en: <http://veja.abril.com.br/noticia/saude/industria-tabaco-ainda-cresce-brasil>
81. Carvalho MC, Rocha G. Yeda dá R\$ 150 mi de incentivo à Souza Cruz [serie de internet]. Folha.com 2009(jun8). Disponible en: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/brasil/ult96u578057.shtml>
82. Brondi U. Fumo Catarinense [serie de internet]. Speed News 2011(abr1). Disponible en: <http://www.spednews.com.br/04/2011/fumo-catarinense/>
83. TVMorena. Com incentivo fiscal, primeira indústria de fumo já opera em Mato Grosso do Sul (MS) [serie de internet]. Globo.com 2010(abr16). Disponible en: <http://rmtonline.globo.com/noticias.asp?em=3&n=487568&p=2&Tipo=>
84. Departamento de Estudos Sócio-Econômicos Rurais. A cadeia produtiva do fumo. Contexto Rural 2005;5:7-67
85. Schwab M. Comercialização da safra do tabaco 2010/2011 não agrada produtores [serie de internet]. Marcos Schwab Reporter 2011(feb17). Disponible en <http://marcoschwabreporter.blogspot.com/2011/02/comercializacao-da-safra-do-tabaco.html>.
86. Mendes L. Fumicultores encerram safra no prejuízo [serie de internet]. Gazeta do Sul 2011(ago8). Disponible en: http://www.google.com/www.gaz.com.br/gazetadosul/noticia/292484-produtores_encerram_a_safra_com_prejuizo/edicao:2011-08-03
87. Fumicultores realizam protesto e fecham sede da Souza Cruz em SC. Manifestantes impedem a entrada e saída de veículos da empresa. Eles reclamam do preço que a indústria de cigarro paga pelo fumo. [serie de internet]. Globo.com 2011(mar3). Disponible en: <http://g1.globo.com/economia/agronegocios/noticia/2011/03/fumicultores-realizam-protesto-e-fecham-sede-da-souza-cruz-em-sc.html>
88. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Consulta Pública No. 112, de 29 de novembro de 2010. Brasília: Anvisa, 2010:3. Disponible en: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/5c95c700486d1e499941992bd5b3ccf0/CP+112_ADITIVOS_DOU+30-11-10.pdf?MOD=AJPERES
89. Oliveira F. Preço do Fumo e medidas da Anvisa são o foco de assembleia em Santa Cruz do Sul [serie de internet]. Diário Regional, Santa Cruz do Sul 2011(mar21). Disponible en: http://www.diarioregionals.com.br/noticias/13586/Agricultura/Preco_do_fumo_e_medidas_da_Anvisa_sao_foco_de_assembleia_em_Santa_Cruz
90. Produtores de fumo reclamam do preço pago e fazem protesto no RS [serie de internet]. Globo.com 2011(mar22). Disponible en: <http://g1.globo.com/economia/agronegocios/noticia/2011/03/produtores-de-fumo-reclamam-do-preco-pago-e-fazem-protesto-no-rs.html>
91. Brasil. Instituto Brasileiro do Meio Ambiente. Mata Atlântica dá lugar a áreas de lavoura de fumo em várias áreas do Estado [serie de internet]. Globo.com 2010(dic1). <http://eptv.globo.com/emissoras/NOT,0,0,325922,Desmatamento+no+RS.aspx>
92. Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis. Ibama participa de reunião com produtores de tabaco no município de Segredo [sitio de internet]. Brasília: IBAMA MMA, 2011. <http://www.ibama.gov.br/publicadas/ibama-participa-de-reuniao-com-produtores-de-tabaco-no-municipio-de-segredo>
93. Fonseca D. Uma epidemia de suicídios. Um município da zona rural gaúcha bate o recorde mundial de pessoas que se matam. E a explicação dos motivos divide os cientistas [serie de internet]. Globo Ciência 1996;64;5pp. <http://revistagalileu.globo.com/Galileu/0,6993,ECT356206-1708-1,00.html>
94. McKnight RH; Spiller HA. Green tobacco sickness in children and adolescents. Public Health Rep 2005;120(6):602-605.
95. McBride JS, Altman DG, Klein M, White W. Green tobacco sickness [serie de internet]. Tob Control 1998;7:294-298. Disponible en: <http://tobaccocontrol.bmj.com/cgi/content/abstract/7/3/294>
96. Ministério Público do Trabalho. Ministério Público denuncia trabalho infantil nas lavouras de tabaco da região Sul [serie de internet]. Canal Rural 2008(jul3). Disponible en: http://www.prt9.mpt.gov.br/clipping_de_noticias/030708_mp.html
97. Olade RB. Tobacco worker's lung [sitio de internet]. Clinical Presentation Medscape. Drugs Diseases and Procedures. Disponible en: <http://www.emedicine.com/med/TOPIC2282.HTM>
98. Bahia C. Doença da folha verde do tabaco [serie de internet]. Clic RBS 2009(jul7). Disponible en: <http://www.clicrbs.com.br/blog/jsp/default.jsp?source=DYNAMIC, Blog.BlogDataServer, getBlog&uf=1&ocal=1&template=3948.dwt§ion=Blogs&post=200991&blog=476&coldir=1&topo=3951.dwt>.
99. Cordeiro A, Marochi F, Tardin JM. Tobacco, pesticides and suicides [serie de internet]. Earth Island Journal 1998(otoño). Disponible en: http://findarticles.com/p/articles/mi_hb6393/is_n4_v13/ai_n28712584/
100. Vânia Moreira Advocacia e Consultoria. Ação de Indenização por Responsabilidade Civil e Ambiental Cumulada com Perdas e Danos, com pedido de tutela antecipada [sitio de internet]. Paraná: Vânia Moreira Advocacia e Consultoria, 2002. Disponible en http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:JSCgFaTlotkJe:ditora.globo.com/galileu/edic/134/agrotoxico_peticao_valdemar.d oc+Valdemar+Santos+A%C3%87%C3%83O+DE+INDENIZAC%C3%87%C3%83O+POR+RESPONSABILIDADE+CIVIL+E+AMBIENTAL+CUMULADA+COM+PERDAS+E+DANOS,+com+pedido+de+tutela+antecipada+contra&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br
101. Ministério Público do Trabalho. Procuradoria Regional do Trabalho da 9ª Região. Ação Civil Pública contra Souza Cruz S.A. [sitio de internet]. Curitiba: Ministério Público do Trabalho, 2007. Disponible en: <http://actbr.org.br/pdfs/acao-procuradoria.pdf>

102. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Economically sustainable alternatives to tobaccogrowing (in relation to Articles 17 and 18 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control) [sitio de internet]. Génova: WHO, 2010. Disponible en: http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop4/FCTC_COP4_9-en.pdf.
103. Instituto Ethos/ Associação Brasileira de Bares e Restaurantes. Indicadores Ethos/Abrasel de responsabilidade social empresarial no varejo. Setor de restaurantes e bares. Modelo completo [sitio de internet]. Ethos/ Abrasel, 2002. Disponible en: http://www.ethos.org.br/_Uniethos/documents/indicadores_ethos_abrasel.pdf.
104. Associação Brasileira de Bares e Restaurantes. Congresso Nacional da Abrasel se consolida como um dos eventos mais importantes do setor [sitio de internet]. Abrasel, 2010. Disponible en: <http://www.abrasel.com.br/index.php/noticias/600-25072011-congresso-nacional-da-abrasel-se-consolida-como-um-dos-eventos-mais-importantes-do-setor.html>.
105. Zaghi Lemos A. Varejistas combatem propostas da Anvisa [sitio de internet]. São Paulo: Associação Brasileira de Gastronomia, Hospedagem e Turismo. Disponible en: http://www.abresi.com.br/noticia_252.htm.
106. Rodolfo J. Lei que proíbe cigarros em São Paulo é questionada no STF! [serie de internet]. Jus Navigandi 2009(jun15). Disponible en: <http://nalei.com.br/blog/lei-que-proibe-cigarros-em-sao-paulo-e-questionada-no-stf-1674/>.
107. Ação Direta de Inconstitucionalidade No 4.249. Requerente: Confederação Nacional de Turismo; requerido: Governador e Assembleia Legislativa de São Paulo [sitio de internet]. Brasília: Ministro Celso de Mello, 8 de agosto, 2009. Disponible en: <http://www.conjur.com.br/dl/adin-agu-lei-antifum.pdf>.
108. Abrasel admite interesse econômico em ações contra lei antifumo [serie de internet]. Terra.com 2009(may9). Disponible en: <http://noticias.terra.com.br/brasil/noticias/0,,O13755476-EI8139,00-Abrasel+admite+interesse+economico+em+acoes+contra+lei+antifumo.html>.
109. Associação Brasileira de Gastronomia, Hospedagem e Turismo. Lei Antifumo: ABRESI patrocina mais uma ação [sitio de internet]. São Paulo: Abresi. http://www.abresi.com.br/releases_11.htm
110. Souza Cruz patrocina o Seminário Democracia & Liberdade de Expressão [sitio de internet]. Curitiba: Souza Cruz, 2011. Disponible en: http://www.souzacruz.com.br/group/sites/SOU_7UVF24.nsf/vwPagesWebLive/DO8F8MN2?opendocument&SKN=1
111. Rosenfield D. Saúde e puritanismo [serie de internet]. Ratio Pro Libertas 2011(feb15). Disponible en http://www.rplib.com.br/index.php?option=com_k2&view=item&id=2857:sa%C3%BAdede-puritanismo&Itemid=545&tmpl=component&print=1
112. Rosenfield D. Liberdades individuais [serie de internet]. Voto Política e Negócios 2011(ago30). Disponible en: http://www.revistavoto.com.br/site/imprimir_noticia.php?id=2664
113. Simon teme prejuízo aos plantadores nacionais de fumo [serie de internet]. Direito 2 2005(sept23). Disponible en <http://direito2.com/asen/2005/set/23/simon-teme-prejuizo-aos-plantadores-nacionais-de-fumo>
114. Jardim L. Patrocínio enfumaçado [serie de internet]. Veja. Radar on line 2009(sept16). Disponible en: <http://veja.abril.com.br/blog/radar-on-line/brasil/patrocínio-enfumacado/>
115. Souza Cruz apoia o Congresso Libertas XXI [sitio de internet]. Curitiba: Souza Cruz, 22 de agosto, 2011. Disponible en: http://www.souzacruz.com.br/group/sites/SOU_7UVF24.nsf/vwPagesWebLive/DO8KYSAS?opendocument&SKN=1
116. Acontece na Souza Cruz [sitio de internet]. Curitiba: Souza Cruz. Disponible en http://www.souzacruz.com.br/group/sites/SOU_7UVF24.nsf/vwPagesWebLive/DO89BXM?opendocument&SKN=1. OJO: en esta dirección aparece otra noticia de Souza Cruz
117. Hammond R, Rowell A. Trust us: We're the tobacco industry [sitio de internet]. Campaign for Tobacco Free Kids/ Action on Smoking and Health, 2001:10-13. Disponible en: http://www.ash.org.uk/files/documents/ASH_135.pdf
118. Severgnini C. Entidades e poder público debatem ameaças ao setor rural [serie de internet]. Afubra 2011(mar3). Disponible en: <http://www.afubra.com.br/blog/?p=224>
119. Instituto Nacional de Câncer. A ratificação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco pelo Brasil: mitos e verdades [serie de internet]. Rio de Janeiro: Inca, 2004:19-20. Disponible en: http://www1.inca.gov.br/tabagismo/cquadro3/mitos_verdades.pdf
120. Pompeu C. Abifumo: Restrições ao tabaco prejudicariam mais de 200 mil famílias [serie de internet]. Agência Câmara de Notícias 2010(dic1). Disponible en: <http://www2.camara.gov.br/agencia/noticias/AGROPECUARIA/151697-ABIFUMO-RESTRICOES-AO-TABACO-PREJUDICARIAM-MAIS-DE-200-MIL-FAMILIAS.html>
121. Boeira SL. Indústria de Tabaco e Cidadania: Confronto Entre Redes Organizacionais. [serie de internet]. Rev Adm Empres 2006;46(3):28-41. Disponible en: http://www.scielo.org.br/scielo.php?pid=S0034-75902006000300004&script=sci_arttext.
122. Setor unido contra ratificação da Convenção Quadro para controle do fumo [serie de internet]. Jornal Informativo do Sindicato da Indústria do Fumo 2004;10:5. Disponible en: http://www.sinditabaco.com.br/helpers/php/get_file.php?what=8
123. Nascimento S. A bancada do tabaco [serie de internet]. Correio Brasileiro 2007(feb12). Disponible en: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/participacao_parceria/coordenadorias/cdr/noticias/?p=15157
124. Frô M. Financiada pela indústria tabagista deputado vota contra indígenas, quilombolas e conservação ambiental [sitio de internet]. Maria Frô, 23 de septiembre, 2008. Disponible en: <http://mariafro.com.br/wordpress/2008/09/23/financiada-pela-industria-tabagista-deputado-vota-contra-indigenas-quilombolas-e-conservacao-ambiental/>
125. Cabral MC. Fumo ajudou a eleger 13 congressistas [serie de internet]. Folha de São Paulo 2008(sept15). Disponible en: <http://outropolitica.wordpress.com/2008/09/18/fumo-ajudou-a-eleger-13-congressistas/>
126. Deputado que apoia fumódromo recebeu doação da industria [serie de internet]. Folha de São Paulo / Cotidiano 2008(sept18). Disponible en: <http://www.tabagismoonline.com.br/servicos/noticias/deputado-que-apoia-fumodromo-recebeu-doacao-da-industria/>
127. Luis Carlos Heinze. Financiadores de Campanha [serie de internet]. Congresso em Foco 2006(nov12). Disponible en <http://congressoemfoco.uol.com.br/Noticia.aspx?id=12081>
128. Cardoso AP, Ogeda A. Novo polo se consolida como a migração de empresas gaúchas de beneficiamento para o Sul do Estado colocou Araranguá no mapa do setor [serie de internet]. Diário Catarinense 2011(mar31). Disponible en : <http://www.sinditabaco.com.br/?link=imprensa.setor&id=1056>
129. Vaz M. Schneider permanece na luta contra ratificação da Convenção-Quadro [serie de internet]. Página Rural 2004(dic6). Disponible en: <http://www.paginarural.com.br/noticia/7474/schneider-permanece-na-luta-contra-ratificacao-da-convencao-quadro>
130. Formenti L. Comissão de Governo aprova plano de incentivo a produção de fumo no país. Estadão.com.br 2010(jul12). Disponible en: <http://www.estadao.com.br/noticias/impreso,comissao-do-governo-aprova-plano-de-incentivo-a-producao-de-fumo-no-pais,579862,0.htm>
131. Aliança de Controle do Tabagismo. Trecho de carta enviada ao Ministro da Agricultura em 1º de setembro em 2010 [sitio de internet]. Disponible en: http://actbr.org.br/uploads/conteudo/504_Carta_cinzeiro.pdf
132. Conference of the Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control. Fourth session Punta del Este, Uruguay, 15-20 November 2010. FCTC/COP/4/DIV/6.6, 6 de diciembre, 2010:42-58. Disponible en: <http://www.who.int/fctc/copdecisions.pdf>
133. World Health Organization. Study Group on Tobacco Product Regulation (TobReg) [sitio de internet]. Disponible en: http://www.who.int/tobacco/global_interaction/tobreg/en/.

134. Talhout R, Opperhuizen A, van Amsterdam JGC. Sugar as tobacco ingredient: Effects on mainstream smoke composition. *Food Chem Toxicol* 2006;44:1789-1798
135. Bates C, Connolly GN, Jarvis M. Tobacco Additives. Cigarette Engineering and Nicotine Addiction [sitio de internet]. Washington: Action on Smoking and Health/ Imperial Cancer and Research Fund: 6-10. Disponible en: http://www.ash.org.uk/files/documents/ASH_623.pdf
136. World Health Organization. The scientific basis of tobacco product regulation: report of a WHO study group. Génova: WHO, 2007:25-40
137. Nascimento R. Possibilidade de extinção da classe Burley ameaça produtores [serie de internet]. *Diário Regional* 2010(jun1). Disponible en: http://www.diarioregionalrs.com.br/noticias/5783/Tabaco-Possibilidade_de_extincao_da_classe_Burley_ameaca_produtores
138. Coan R. Variedade burley está correndo risco de sair de produção [serie de internet]. *Imprensa* 2010(nov11). Disponible en: http://www.jimprensa.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=78:variedade-burley-esta-correndo-risco-de-sair-de-producao-&catid=40:reginaldo-vitorassi&Itemid=54
139. Vinhal Campos M. Indústria do tabaco tenta barrar diretrizes da Convenção Quadro para o Controle do Tabaco [serie de internet]. *Vigor Movimento e Saúde* 2011(nov9). Disponible en: <http://www.revistavigor.com.br/2010/11/09/industria-do-tabaco-tenta-barrar-diretrizes-da-convencao-quadro-para-o-controle-do-tabaco/>
140. Tabaco tipo Burley pode sofrer restrições de produção [serie de internet]. *Gazeta de Itaiópolis* 2010(ago14). Disponible en: <http://www.clickriomafra.com.br/portal/noticias/itaiopolis/?p=134>
141. Entidades sindicais se mobilizam para evitar o fim do Burley [serie de internet]. *Radio Venâncio Aires* 2010(sept17). Disponible en: <http://www.radiovenancioaires.com.br/site/noticias.php?id=10803>.
142. Health Canada. An Act to amend the Tobacco Act (2009) [sitio de internet]. Ottawa: Health Canada. Disponible en: http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/legislation/federal/amend_faq-modif-eng.php#q1
143. Parlamentares a favor da indústria de fumo e contra aditivos em cigarros [serie de internet]. *Correio do Estado* 2010(nov6). Disponible en: http://www.correiodoestado.com.br/noticias/parlamentares-a-favor-da-industria-de-fumo-e-contra-aditivos_83761/
144. Heinze solicita audiência com grupo de ministros que discutem posição do Brasil sobre Convenção Quadro [serie de internet]. *Folha de São Borja*. Disponible en: <http://www.folhadesaoborja.com.br/index.php/rural/2418-heinze-solicita-audiencia-com-grupo-de-ministros-que-discutem-posicao-do-brasil-sobre-convencao-quadro.html>
145. Deputado Luis Carlos Heinze [sitio oficial de internet]. Comissão de Agricultura apela a Lula para que Brasil reveja posição sobre Convenção Quadro. 17 de noviembre, 2010. Disponible en: <http://www.deputadoheinze.com.br/index.php/noticias/931-comissao-de-agricultura-apela-a-lula-para-que-brasil-reveja-posicao-sobre-convencao-quadro>
146. Sindicato da Indústria do Tabaco. Afubra e federações pressionam por posição favorável do Brasil no Uruguai [sitio de internet]. *Cruz do Sul: Sinditabaco*, 9 de noviembre, 2011. Disponible en: <http://www.sinditabaco.com.br/?link=imprensa.setor&id=859>
147. Parlamentares a favor da indústria de fumo e contra aditivos em cigarros [serie de internet]. *Correio do Estado* 2010(nov6). Disponible en http://www.correiodoestado.com.br/noticias/parlamentares-a-favor-da-industria-de-fumo-e-contra-aditivos_83761/.
148. Tesche O. Fumo tipo Burley na corda bamba [serie de internet]. *Correio do Povo* 2010(jun20). Disponible en: <http://www.correiodopovo.com.br/Impresso/?Ano=115&Numero=263&Caderno=11&Noticia=156329>
149. World Trade Organization. Technical barriers to trade. Tobacco and alcohol again among members' trade concerns [sitio de internet]. WTO: 2010 News Items. Disponible en: http://www.wto.org/english/news_e/news10_e/tbt_23jun10_e.htm
150. PatentStorm. Pressurized tobacco drying process [sitio de internet]. Disponible en: <http://www.patentstorm.us/patents/6718988/description.html>
151. Free Patent Online [sitio de internet]. Tobacco treatment process. Disponible en: <http://www.freepatentsonline.com/6131584.html>.
152. Deputado Luis Carlos Heinze [sitio oficial de internet]. Lideranças fumageiras reúnem-se com chefe da delegação brasileira que discutirá convenção quadro no Uruguai. 8 de noviembre, 2010. Disponible en: <http://www.deputadoheinze.com.br/index.php/radio-heinze/923-liderancas-fumageiras-reunem-se-com-chefe-da-delegacao-brasileira-que-discutira-convencao-quadro-no-uruguai>
153. Cop 4 recomenda restrição ou proibição de aditivos na produção de cigarros. Medida tranquiliza fumicultores brasileiros [serie de internet]. *Jornal Zero Hora* 2010(nov21). Disponible en: <http://zerohora.clicrbs.com.br/zerohora/jsp/default.jsp?uf=1&local=1§ion=Economia&newsID=a3116194.xml>
154. Albino Gewehr afirma que o burley não seria proibido [serie de internet]. *FetraF-Sul* 2010(nov25). Disponible en: http://www.fetrafsul.org.br/2011/index.php?option=com_content&view=article&id=204%3Aalbino-gewehr-afirma-que-o-burley-nao-seria-proibido&Itemid=162
155. Anúncio surpreende setor fumageiro. COP 4. Ministério das Relações Exteriores se posiciona favorável às medidas de redução do consumo de tabaco [serie de internet]. *Gazeta do Sul* 2010(nov10). Disponible en: http://www.gaz.com.br/gazetadosul/tratadas/eo_edicao/1/2010/11/20101110_a4577f4bf/pdf/2325_pdfquarta.pdf
156. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária. Consulta Pública nº 117, de 27 de dezembro de 2010 [sitio de internet]. Anvisa, 2010. Disponible en: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f674f08047458b00949dd43fbc4c6735/CP+N%2%BA+117+GPDTA.pdf?MOD=AJPERES>
157. Câmara dos Deputados. Notas taquigráficas de Audiência Pública da Comissão de Agricultura da Câmara dos Deputados [sitio de internet]. Assunto: Discussão sobre a situação dos trabalhadores e produtores da variedade de fumo Burley no Brasil. 1 de diciembre, 2010. Disponible en: <http://www2.camara.gov.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/capadr/notas-taquigraficas/audiencia-publica-da-comissao-01-12-2010-tema-discussao-sobre-a-situacao-dos-trabalhadores-e-produtores-da-variedade-de-fumo-burley-no-brasil>
158. Treichel M. Estados e setor fumo vão a Brasília contra a Anvisa [serie de internet]. *Gazeta do Sul* 2011(mar15). Disponible en: http://www.gaz.com.br/gazetadosul/noticia/268092-insatisfacao_vai_ser_levada_a_brasilia.html
159. Moura R. Deputado diz que propostas da Anvisa podem inviabilizar plantio de tabaco [serie de internet]. *Em Questão* 2010(dic1). Disponible en: <http://cguemquestao.blogspot.com/2011/03/deputado-diz-que-propostas-da-anvisa.html>
160. Deputado Luis Carlos Heinze [sitio oficial de internet]. Comissão aprova requerimento de Heinze que propõe audiência pública para debater restrições a fumiicultura. 16 de marzo, 2011. Disponible en: <http://www.deputadoheinze.com.br/index.php/noticias/1030-ap>.
161. Deputado Luis Carlos Heinze [sitio oficial de internet]. Heinze quer sustar consulta da Anvisa que pode acabar com fumiicultura brasileira. 1 de diciembre, 2010. Disponible en: <http://www.deputadoheinze.com.br/index.php/noticias/968-heinze-quer-sustar-consulta-da-anvisa-que-pode-acabar-com-fumiicultura-brasileira>
162. Tipa N, Castro D. Fumicultores mantêm esperança de reverter consultas da Anvisa. Entidades acreditam que possível proibição de açúcar e aromatizantes nos cigarros pode inviabilizar a atividade no país [serie de internet]. *Rural Br Agricultura* 2011(mar30). Disponible en: <http://agricultura.ruralbr.com.br/noticia/2011/03/fumicultores-mantem-esperanca-de-reverter-consultas-da-anvisa-3257828.html>
163. Cadeia produtiva do tabaco se mobiliza contra propostas da Anvisa [serie de internet] *Contag* 2011(feb23). Disponible en: <http://www.contag.org.br/indexdet.php?modulo=portal&acao=interna2&codpag=101&id=7060&mt=1&data=23/02/2011%2015:48:12>
164. Instituto Nacional de Câncer. Posicionamento oficial sobre as consultas públicas da Anvisa No. 112 e No. 117 [sitio de internet].

- Rio de Janeiro: Inca, 14 de marzo de 2011. Disponible en: <http://pulmaosarss.files.wordpress.com/2011/03/inca-posicionamento-consultas-anvisa.pdf>
165. Andreis M, Curi A. Uso de aditivos, exposição de cigarros e prevenção ao tabagismo [serie de internet]. *Ciência e Saúde* 2011(abr4). Disponible en: <http://www.actbr.org.br/blog/index.php/2011/04/uso-de-aditivos-exposicao-de-cigarros-e-prevencao-ao-tabagismo/>
 166. Vinhal-Campos M. ACT apoia consultas públicas da Anvisa [serie de internet]. *Vigor Movimento e Saúde* 2011(feb14). Disponible en: <http://www.revistavigor.com.br/2011/02/14/act-apoia-consultas-publicas-da-anvisa/>
 167. Moraes M. Sabor de fumaça nos grandes meios de comunicação. A realidade é triste: o cigarro ainda fede, cheira a morte, doenças e nicotina [serie de internet]. *Midia News* 2011(sept15). Disponible en: <http://www.midianews.com.br/?pg=opinio&idopiniao=2580>
 168. Varella D. A mão do gato. O que a sociedade brasileira espera da Anvisa são decisões técnicas para proteger a saúde da nossa população [sitio de internet]. *Pazinatto. Consultoria Educacional*, 12 de marzo, 2011. Disponible en: <http://www.pazinatto.com/2011/03/mao-do-gato-dr-drauzio-varella.html>
 169. Gil R. Qual é a sua posição? [serie de internet]. *O Globo* 2011(abr12). Disponible en: <http://oglobo.globo.com/pais/moreno/posts/2011/04/12/qual-a-sua-posicao-374388.asp>
 170. Barros G. Indústria tabagista encontra Jucá e Palocci em Brasília [serie de internet]. *IG* 2011(mar29). Disponible en: <http://colunistas.ig.com.br/guilhermearr Barros/2011/03/29/industria-tabagista-encontra-juca-e-palocci-em-brasilia/>
 171. Câmara Setorial solicita cancelamento de Consultas Públicas da Anvisa [Câmara Setorial solicita que se cancelen las Consultas Públicas de la Anvisa]. *Arauto Comunitário* 2011(ene28). Disponible en: <http://www.jornalarauto.com.br/pt-br/pag.aspx?id=4246&tit=C%C3%A2mara+Setorial+solicita+cancelamento+de+Consultas+P%C3%BAblicas+da+Anvisa>
 172. Câmara Setorial da Cadeia Productiva do Tabaco. Ata de reunião [sitio de internet]. *Basília: Ministerio da Agricultura, Pecuária e Abastecimento*, 27 de enero, 2011. Disponible en: http://www.agricultura.gov.br/arq_editor/file/camaras_setoriais/Tabaco/01_RE/Ata_1RE_Tabaco.pdf
 173. Câmara setorial do tabaco prepara documento para Dilma [serie de internet]. *Gazeta do Sul* 2010(nov3). Disponible en: http://www.gaz.com.br/noticia/245318-camara_setorial_do_tabaco_prepara_documento_para_dilma.html
 174. Fumicultores reúnem mais de 200 mil formulários [serie de internet]. *Campo & Lavoura* 2011(mar28). Disponible en: <http://wp.clicrbs.com.br/campoelavouranagaucha/2011/03/28/fumicultores-reunem-mais-de-200-mil-formularios/?topo=52,1,1,171,77>
 175. Mello D. Grande número de contribuições atrasa consulta pública da Anvisa que proíbe aromatizantes em cigarros [serie de internet]. *Agência Brasil* 2011(abr4). Disponible en: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2011-04-04/grande-numero-de-contribuicoes-atrasa-consulta-publica-da-anvisa-que-proibe-aromatizantes-em-cigarros>
 176. Justiça suspende audiências da Anvisa [sitio de internet]. *Cruz do Sul: Sinditabaco*, 5 de octubre, 2011. Disponible en: <http://www.sinditabaco.com.br/?link=imprensa.paleta&id=1370>
 177. Rangel C, Summa R. União retém verba para substituir fumo [serie de internet]. *Folha Online* 2006(nov29). Disponible en: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/dinheiro/ult91u112720.shtml>
 178. World Trade Organization. Technical barriers to trade: Formal meeting. Members concerned about public health [sitio de internet]. *WTO: 2010 News Items*. Disponible en http://www.wto.org/english/news_e/news11_e/tbt_24mar11_e.htm
 179. Faesc é contra extinção da cultura do fumo no Brasil [serie de internet]. *Zoonews* 2005(jun29). Disponible en: <http://www.zoonews.com.br/editorial.php?a=view&idnoticia=58985&tipo=1>
 180. Sen A. Álvaro Dias quer debater extinção da cultura do tabaco [serie de internet]. *Direito 2.com* 2004(sept16). Disponible en: <http://direito2.com/asen/2004/set/16/alvaro-dias-quer-debater-extincao-da-cultura-do-tabaco>
 181. Assembleia Legislativa do Estado de Santa Catarina. Mais de 1.500 produtores discutem fim do plantio do tabaco no Estado [sitio de internet]. *Florianópolis: Assembleia Legislativa do Estado de Santa Catarina*, 29 de agosto, 2005. Disponible en: http://www.alesc.sc.gov.br/portal/imprensa/leitor_noticia.php?codigo=8730
 182. Cavalcante T. O Brasil e a Convenção Quadro da Organização Mundial da Saúde para o Controle do Tabaco. En: *Viegas CAA. Tabagismo: do diagnóstico à saúde pública*. São Paulo: Atheneu; 2007.
 183. Convenção Quadro. Governo tenta fazer Senado aprovar a ratificação [serie de internet]. *Gazeta do Sul* 2005(oct27):6. Disponible en: http://www.gaz.com.br/gazetadosul/tratadas/eo_edicao/1/2005/10/20051027_40f823337/pdf/20051027_679.pdf OJO: este hipervínculo ya no abre
 184. Monardi F, Glantz S. Are tobacco industry campaign contributions influencing State legislative behavior? *Am J Public Health* 1998;88(6):918-923.
 185. Glantz SA, Begay ME. Tobacco industry campaign contributions are affecting tobacco control policymaking in California. *JAMA* 1994;272:1176-1182
 186. Health Canada. Government of Canada delivers on promise to protect kids from tobacco [sitio de internet]. *Ottawa: Health Canada*, 20 de abril, 2010. Disponible en: http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/_2010/2010_55-eng.php
 187. World Trade Organization. Technical barriers to trade. Tobacco and alcohol technical barriers among members' trade concerns [sitio de internet]. *WTO: 2010 News Items*. Disponible en: http://www.wto.org/english/news_e/news10_e/tbt_24mar10_e.htm
 188. World Trade Organization. Dispute settlement: Dispute DS406 United States. Measures affecting the production and sale of clove cigarettes [sitio de internet]. 2 de septiembre, 2011. Disponible en: http://www.wto.org/english/tratop_e/dispu_e/cases_e/ds406_e.htm
 189. Mitchell A, Voon T. Regulating tobacco flavors: implications of WTO law [sitio de internet]. *Boston University International Law Journal* 2011;29:383-425. Disponible en: <http://www.bu.edu/law/central/jd/organizations/journals/international/volume29n2/documents/MitchellVoon-final.pdf>
 190. Bettcher D, Shapiro I. Tobacco control in an era of trade liberalisation [serie de internet]. *Tob Control* 2001;10:65-67. Disponible en: <http://tobaccocontrol.bmj.com/content/10/1/65.extract>
 191. Shaffer ER, Brenner JE, Houston TP. International trade agreements: a threat to tobacco control policy [serie de internet]. *Tob Control* 2005;14:ii19-ii25. Disponible en: http://tobaccocontrol.bmj.com/content/14/suppl_2/ii19.full
 192. Weissman R. International trade agreements and tobacco control: Threats to public health and the case for excluding tobacco from trade agreements [sitio de internet]. *Washington: Essential Action*, 2003. Disponible en: <http://www.takingontobacco.org/trade/tobacco.trade.v02.backgrd.pdf>
 193. Public Health. International Trade and the Framework Convention on Tobacco Control [sitio de internet]. *Washington: Campaign for Tobacco Free Kids*, 2001. Disponible en: <http://www.tobaccofreekids.org/campaign/global/framework/docs/Policy.pdf>
 194. McGrady B. Trade liberalisation and tobacco control: moving from a policy of exclusion towards a more comprehensive policy [serie de internet]. *Tob Control* 2007;16:280-283. Disponible en: <http://tobaccocontrol.bmj.com/content/16/4/280.abstract>
 195. International Centre for Trade and Sustainable Development. Tobacco company files claim against Uruguay over Labelling Laws [sitio de internet]. *Bridges Weekly Trade News Digest* 2010;14(9). Disponible en <http://ictsd.org/i/news/bridgesweekly/71988/>
 196. World Trade Organization. Intellectual Property: Formal Meeting 24 and 25 October 2011 Intellectual property council talks health,

- tobacco packaging and enforcement [sitio de internet]. WTO: 2011 News Items. Disponible en: http://www.wto.org/english/news_e/news11_e/trip_24oct11_e.htm
197. Philip Morris Sues Australia Over Cigarette Packaging [serie de internet]. The New York Times 2011(jun26). Disponible en: <http://www.nytimes.com/2011/06/27/business/27tobacco.html>
198. The European Free Trade Association court rules display ban acceptable health measure [sitio de internet]. ASH Resources. Tobacco Litigation, septiembre de 2011. Disponible en: http://www.ashaust.org.au/lv3/Lv3resources_tobacco_litigation.htm
199. Philip Morris Asia Ltd vs Commonwealth of Australia. The "Plain Pack Attack" [sitio de internet]. ASH Resources. Tobacco Litigation, agosto de 2011. Disponible en: http://www.ashaust.org.au/lv3/Lv3resources_tobacco_litigation.htm
200. Philip Morris processa Noruega por proibir exposição de cigarro em lojas [sitio de internet]. Folha.com 2010(mar3). Disponible en: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/mundo/ult94u704303.shtml>
201. World Health Organization. WHO Framework Convention on Tobacco Control: Fourth Session [sitio de internet]. Punta del Este:WHO, 15-20 de noviembre, 2010. Disponible en: [http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop4/FCTC_COP4\(5\)-en.pdf](http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop4/FCTC_COP4(5)-en.pdf)

Una perspectiva de salud global en el futuro del control del tabaco

Jonathan M Samet⁽¹⁾

Desde una amplia perspectiva, se han logrado notables progresos en el control mundial del tabaco. En el medio siglo transcurrido desde que el consumo de tabaco fue identificado como una causa importante de enfermedad, la epidemia del tabaquismo y las enfermedades causadas por su consumo están disminuyendo en muchos países; se prohíbe fumar en los aviones en todo el mundo, así como, en los lugares de trabajo, áreas públicas de muchas ciudades, estados y naciones, y un tratado global sobre el control del tabaco, el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco (CMCT OMS), ha estado vigente durante más de cinco años.¹

México se encuentra entre las naciones que han progresado. Afortunadamente, las prevalencias de tabaquismo han sido históricamente bajas y los fumadores en México fuman relativamente pocos cigarros en comparación con los fumadores en otros países; los hombres fuman un promedio de diez cigarros por día y las mujeres aún menos, alrededor de ocho por día.² México se ha moviliado para poner en práctica una ley nacional para que en los lugares públicos y de trabajo se prohíba fumar, también se ha establecido una ley de este tipo en el Distrito Federal. Sin embargo, México, como otras naciones, enfrenta el reto de una industria del tabaco cada vez más agresiva, la continua

experimentación e iniciación por los jóvenes, y la dificultad de conseguir el cese exitoso del consumo de tabaco entre los millones de adultos de mediana edad y los mayores con alto riesgo de padecer las enfermedades causadas por fumar.

Aquí mismo considero las implicaciones para el control del tabaquismo en las naciones, como México, así como los acontecimientos que suceden fuera de sus fronteras. En estos tiempos de globalización, el resultado del control del tabaco en un país está inexorablemente ligado a los acontecimientos globales. La industria del tabaco se ha consolidado en un reducido número de grandes corporaciones multinacionales y, por ejemplo, Marlboro, la marca de cigarros que más se fuma en México, también es la marca más popular en la escala mundial.³ Las estrategias para el mantenimiento y la expansión de los mercados de estas empresas, que han sido probadas y han tenido éxito en un lugar pueden ser rápidamente transferidas a otros lugares. El control del tabaco es también un fenómeno mundial; una comunidad global del control de tabaco, vinculada a través de GLOBALink, y que antecede el CMCT OMS, el cual tuvo como consecuencia la creación de redes más amplias.⁴ Las conferencias mundiales sobre tabaco y salud, las cuales comenzaron en 1967, han sido durante mucho tiempo una sede importante para el intercambio mundial. Los

(1) Departamento de Medicina Preventiva de la Escuela de Medicina Keck; director del Instituto de Salud Global, Universidad del Sur de California, Los Ángeles, California, Estados Unidos

expertos en control de tabaco en México han sido parte de esta comunidad global.

Para el futuro, identifiqué varios temas que son relevantes para el control del tabaco en México y otros países en esta era de globalización de la industria del tabaco y las estrategias de control: el éxito colectivo de las naciones que ratificaron e implementaron el CMCT OMS y el plan de medidas MPOWER de la Organización Mundial de la Salud para limitar el éxito de la industria;⁵ la creciente diversidad de productos que proporcionan nicotina y sus implicaciones para el inicio y el cese del tabaquismo; el uso de estrategias de reducción de daños; y la regulación de los productos del tabaco en los Estados Unidos establecidos en la Ley sobre la prevención del tabaquismo en la familia y el control de tabaco [Family Smoking Prevention and Tobacco Control Act].⁶

La epidemia global de consumo de tabaco

El hecho de considerar la epidemia del tabaquismo como una pandemia ha sido fundamental para su control. La industria del tabaco se consolida cada vez más en un número reducido de empresas multinacionales, que operan a nivel global para expandir sus mercados. Mientras que la compañía China National Tobacco Corporation continúa siendo el fabricante más grande del mundo, la fabricación de la mayoría del tabaco fuera de China se lleva a cabo por unas cuantas empresas: Philip Morris International, British American Tobacco, Japan Tobacco International, Imperial Tobacco, y muchas otras. Estas empresas han remplazado en gran medida a los monopolios nacionales, y a las compañías locales, regionales o nacionales. El peso económico y tamaño de estas empresas, junto con la comercialización agresiva y las estrategias de promoción, ponen en peligro la salud pública en todo el mundo.

La triada epidemiológica, un concepto utilizado durante mucho tiempo para la formulación de enfoques para el control de las enfermedades infecciosas, ha demostrado ser igualmente aplicable a la epidemia del tabaco (figura 1). Ofrece un marco para considerar cómo la industria del tabaco aumenta sus ventas y cómo se le puede controlar. La industria del tabaco se convierte en el vector para la propagación del agente cau-

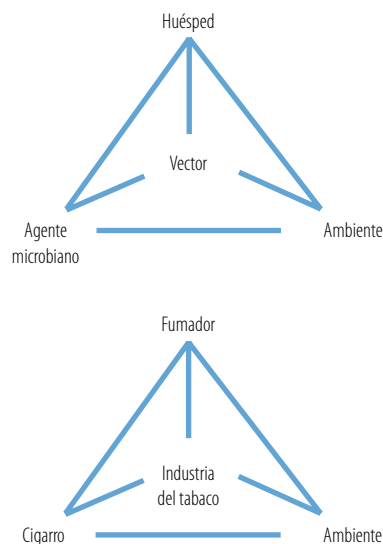


FIGURA 1. Triada epidemiológica y la epidemia de tabaco

sante de la epidemia, el cigarro u otras formas de productos de tabaco. El ambiente es multidimensional e incluye el entorno social (es decir, la aceptación social del consumo de tabaco y su papel en la sociedad), el entorno normativo y regulatorio (es decir, la prohibición de fumar y su nivel de cumplimiento y las restricciones sobre la publicidad), el ambiente financiero (es decir, el costo de los productos de tabaco, particularmente en relación a los ingresos del hogar), y en el ambiente médico (énfasis en ofrecer la cesación y la disponibilidad de servicios para abandonar el consumo de tabaco). El producto en sí también es relevante en la pandemia del tabaco, hemos aprendido que muchas de sus características es responsable de la adicción y los riesgos para la salud. Se ha encontrado que los cigarros mentolados, por ejemplo, aumentan la probabilidad de inicio de tabaco entre los jóvenes y disminuyen el éxito de cesación entre los fumadores establecidos.⁷ También hemos aprendido que muchas características del individuo, incluyendo los factores genéticos, contribuyen al riesgo individual para convertirse en fumador o de adquirir enfermedades causadas por el tabaquismo.

Sin embargo, el agente no existiría sin la industria del tabaco, y ahora la industria se ha globalizado. Ante un problema global, se requiere de una solución global.

Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco

El CMCT OMS proporciona una respuesta global al desafío internacional y complejo de la epidemia de tabaquismo. Sus elementos requieren de acciones nacionales e internacionales que reflejan el carácter transfronterizo de la epidemia. En 1994, en la 9ª Conferencia mundial sobre tabaco y salud en París, Ruth Roemer, un académico y defensor del control del tabaco de California, y Allyn Taylor, entonces un estudiante de doctorado de la Universidad de Columbia [Columbia University], escribieron una resolución fomentando el desarrollo de un Convenio Marco para el Control del Tabaco para responder a la naturaleza cada vez más transfronteriza del consumo de tabaco. Tan sólo dos años después, en 1996, la Asamblea Mundial de la Salud respaldó la idea del CMCT y en 1998 los Estados miembros de la OMS adoptaron por consenso una resolución que condujo hacia la aceleración de las negociaciones

multilaterales sobre un Convenio Marco para el Control del Tabaco y los posibles protocolos relacionados. La iniciación del proceso del CMCT fue la primera vez que los Estados miembros de la OMS utilizaron el poder de la Organización en virtud del artículo 19 de su constitución para negociar y firmar un tratado vinculante cuyo objetivo es la protección y la promoción de la salud pública.

El CMCT OMS fue desarrollado como un tratado basado en evidencia, a través de un proceso de grupo de trabajo que fue seguido por las negociaciones formales. Los Estados miembros de la OMS adoptaron de manera unánime el texto final del CMCT OMS en mayo del 2003. Muchos de los elementos universales de la política nacional de control del tabaco se convirtieron en provisiones fundamentales del texto final del CMCT OMS (cuadro I). Las disposiciones principales incluyen la prohibición total de la publicidad, promoción y patrocinio (con excepción de los países, como Estados Unidos, que lo consideran inconstitucional); la prohibición de

CUADRO I. Provisiones del CMCT OMS para la reducción de la demanda

Artículo 6. Medidas para reducir la demanda del tabaco a través de precios e impuestos.	Reconoce que medidas como cambios en los precios e impuestos del producto son eficientes e importantes para reducir el consumo del tabaco, especialmente entre los jóvenes.
Artículo 8. Protección frente a la exposición al humo del tabaco.	Requiere que las partes adopten e implementen medidas eficientes para “proveer protección frente a la exposición al humo del tabaco en los interiores de los lugares públicos y de trabajo, el transporte público y otros lugares públicos donde sea apropiado”.
Artículo 9. Regulación del contenido de los productos de tabaco.	Obliga a los países requerir que los fabricantes e importadores de productos del tabaco informen a las autoridades del gobierno sobre el contenido de sus productos y sus emisiones. Las medidas para la difusión pública de esta información deberán ser adoptadas.
Artículo 10. Regulación de las emisiones de los productos del tabaco.	La Conferencia de las Partes debe desarrollar marcos de referencia que puedan ser utilizados por otros países para las pruebas, mediciones y regulación del contenido y las emisiones de los productos. Los miembros deben adoptar medidas pertinentes al nivel nacional.
Artículo 11. Empaquetado y etiquetado de los productos del tabaco.	Requiere que los miembros adopten e implementen medidas efectivas que requieran avisos grandes y claros sobre los problemas a la salud, usando mensajes rotativos aprobados por las autoridades nacionales designadas. Indica que estos avisos deben cubrir al menos 50% de las áreas visuales principales y deberán ocupar al menos 30% del empaque. Requiere que los miembros adopten e implementen medidas efectivas para garantizar que el empaque y etiquetado de productos de tabaco no promocióne un producto de tabaco por cualquier medio que sea falso, equívoco o engañoso o pueda crear una impresión errónea sobre sus características, efectos para la salud, riesgos o emisiones.
Artículo 12. Educación, comunicación, formación y concientización pública	Requiere la adopción de medidas legislativas, ejecutivas, administrativas u otras que promueven la conciencia pública y el acceso a la información sobre la adicción del tabaco, los riesgos para la salud del consumo de tabaco y la exposición al humo, los beneficios del abandono y las acciones de la industria del tabaco.
Artículo 13. La publicidad, promoción y patrocinio del tabaco.	Requiere, la prohibición total de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco, de acuerdo con las limitaciones constitucionales.
Artículo 14. Medidas de reducción de la demanda concernientes a la dependencia y abandono del tabaco.	Requiere la creación de programas de cesación en una variedad de entornos, incorporar el diagnóstico y tratamiento de la dependencia a la nicotina en los programas nacionales de salud, establecer programas para el diagnóstico y el asesoramiento y el tratamiento en centros de salud y centros de rehabilitación.

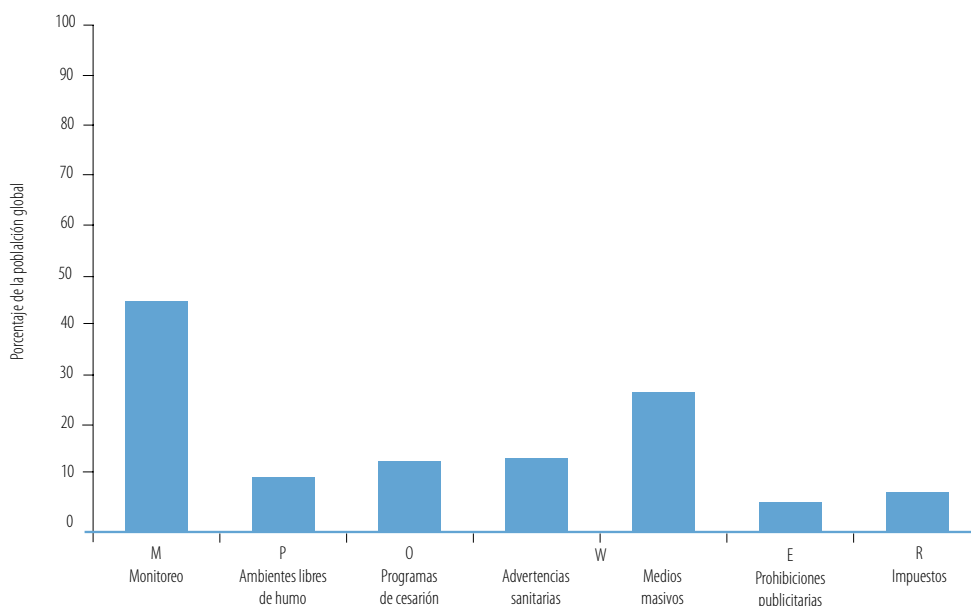
Fuente: Referencia 14

descripciones engañosas con el objetivo de convencer a los fumadores que ciertos productos son más seguros que los cigarrillos “normales”; y un mandato para colocar advertencias rotativas que cubran al menos el 30% de los empaques de tabaco, con el apoyo de advertencias gráficas de mayor tamaño. El CMCT OMS también recomienda a los países poner en práctica las leyes de ambientes libres de humo de tabaco en los lugares de trabajo, combatir el contrabando de tabaco, aumentar los impuestos sobre el tabaco, y atender las estrategias relacionadas con la oferta y la protección del medio ambiente.

El CMCT OMS entró en vigor en febrero de 2005 después de que 40 países habían ratificado el tratado. Para la primera Conferencia de los miembros, celebrada en febrero de 2006, 115 naciones habían ratificado el tratado, incluyendo a muchos de los más fuertes críticos del tratado, como Japón, China y Alemania. Hasta la fecha, 174 países son parte del CMCT OMS, a pesar de que Indonesia, los Estados Unidos y Argentina no han ratificado el convenio. La Conferencia de los miembros ha adoptado directrices para siete de los artículos del tratado, incluyendo el octavo artículo, que se refiere a humo de segunda mano (HSM). También hay negociaciones en curso con respecto al primer protocolo del tratado el Protocolo sobre comercio ilícito de productos de tabaco.

El éxito de la implementación del CMCT OMS es fundamental para el control mundial del tabaco; con el tratado establecido hace más de cinco años, las naciones que lo han ratificado, deben estar en el proceso de aplicación de sus disposiciones. El progreso es variable entre los integrantes, y hay oposición de la industria tabacalera. El apoyo para la implementación proviene de la muy oportuna Iniciativa Bloomberg para reducir el consumo de tabaco [Bloomberg Initiative to Reduce Tobacco Use], la cual está creando capacidad, ofreciendo becas y apoyando a los medios de comunicación, la política y las actividades legales, la Fundación Bill y Melinda Gates, y otros donantes. La Organización Mundial de la Salud, OMS, ha desarrollado y diseminado su plan de medidas para el control del tabaco MPOWER (por sus siglas en inglés M=monitoring (monitorear), P=protect (proteger), O=offer (ofrecer), W=warn (advertir), E=enforce (hacer), and R=raise taxes (aumentar los impuestos), que complementa el CMCT OMS. El Reporte del control de tabaco de la OMS muestra un cumplimiento relativamente pobre de cada una de estas disposiciones en el plano mundial (figura 2).⁸

Reiterando lo que es obvio, el grado en que las partes implementan el CMCT OMS es fundamental para el éxito del control mundial del tabaco. La ausencia de un control eficaz a nivel mundial,



Nota: los datos corresponden al nivel más alto de cumplimiento en los ámbitos nacionales, durante 2010
Fuente: referencia 8

FIGURA 2. Porcentaje de la población global cubierta por el plan de medidas para el control del tabaco MPOWER de la OMS

llevaría a predicciones nefastas: mil millones de muertes prematuras este siglo. La eficacia del CMCT OMS tiene implicaciones más amplias ya que se considera un modelo potencial para hacer frente a otras epidemias globales como el aumento de la obesidad, que en parte es impulsada por las industrias multinacionales de alimentos y bebidas.

La diversificación de productos sin humo que proporcionan nicotina

En muchos países de altos ingresos, la prevalencia del tabaquismo ha disminuido sustancialmente. Los factores determinantes de la caída incluyen un mejor entendimiento de los riesgos de fumar cigarrillos, el aumento de los precios, la disponibilidad de las terapias efectivas para dejar de fumar, la prohibición de fumar, y el cambio de opinión de la sociedad acerca del consumo de tabaco. Las prohibiciones de fumar y la disminución en la aceptabilidad del consumo de tabaco han hecho el consumo más difícil para los fumadores, ya que los lugares donde es permitido fumar libremente hoy en día son limitados. En los Estados Unidos, por ejemplo, la mayoría de los lugares de trabajo están cubiertos por algún tipo de ordenamiento y la exposición a HSM en el trabajo es poco común; además, la mayoría de los hogares con fumadores tienen reglas acerca de fumar en el hogar.⁹

En años recientes, han aparecido varios productos sin humo que proporcionan la nicotina y que se pueden utilizar en lugares donde fumar cigarrillos no es aceptable o no está permitido. Los Snus, por ejemplo, es un tabaco de mascar que ha sido ampliamente utilizado en Suecia, pero con poca distribución en otros lugares hasta hace poco. Ahora, cada una de las grandes empresas está comercializando el Snus en los Estados Unidos con lemas de mercadotecnia que indican que el producto puede ser utilizado en cualquier lugar y en todo momento. Los cigarrillos electrónicos (e-cigarrillos) han entrado en el mercado mundial en los últimos años. Estos aparatos, al principio manufacturados en China, producen un vapor que contiene nicotina a través del calor. Los productos solubles (por ejemplo, Camel Sticks, Orbs, y Strips) han sido desarrollados y están en fase de pruebas de mercado.

A la fecha, no existe suficiente experiencia con la mayoría de estos productos, excepto con el Snus, que ha sido ampliamente utilizado en

Suecia. No se sabe si estos productos pueden reducir los intentos de dejar de fumar y las tasas de cesación. Si tienen éxito desde la perspectiva de la industria, su uso puede ser promovido por la industria global, lo que podría obstaculizar el control de tabaco mundialmente.

Estrategias para la reducción de daños

Desde hace mucho tiempo, las estrategias de control del tabaco están orientadas a reducir la enorme carga de enfermedades evitables causadas por fumar con especial énfasis en la prevención en el inicio del consumo y la mejora en la cesación de fumar. El desarrollo de productos menos peligrosos, ya sea fumados o no, representa otra estrategia, llamada “reducción de daños” para limitar la carga de la morbilidad y la mortalidad prematura causada por fumar. El tema de la reducción de daños en relación con el consumo de tabaco ha sido muy discutido, a pesar de que estas estrategias han sido utilizadas en otras adicciones, por ejemplo, programas de intercambio de agujas para los usuarios adictos de drogas intravenosas.¹⁰ Por décadas las opiniones sobre el uso de estrategias de reducción de daños para fumar han sido acentuadas como estrategia de comercialización de la industria, de algunos productos de menor riesgo, comenzando con la incorporación de filtros a la mayoría de los cigarrillos y luego con el uso de descriptores engañosos como “light” o “suave”, para los productos con menor contenido de alquitrán y nicotina, según lo establecido por una máquina. Tales afirmaciones resultaron ser fraudulentas en la decisión del juez Kessler en el litigio contra la industria del tabaco presentado por el Departamento de Justicia de Estados Unidos.¹¹

Las estrategias para la reducción de daños incluyen el uso de aparatos para proporcionar tabaco o nicotina que tienen el potencial de reducir la exposición a los componentes dañinos del humo del tabaco; dichos productos se han comercializado como reductores del potencial de exposición (potential-reduced exposure products, PREPs, por sus siglas en inglés).¹² Una variedad de productos han sido propuestos como PREPs incluyendo productos que no producen humo y cigarrillos electrónicos o cigarrillos. En dichos productos hay un potencial de reducir el riesgo para algunos individuos, pero podrían tener un impacto adverso

para la salud pública, dado que reducen las tasas de cese exitoso y aumentan las tasas de inicio del consumo. En los Estados Unidos, la nueva Ley de prevención familiar del tabaquismo y el control de tabaco (New Family Smoking Prevention and Tobacco Control Act) establece una doble condicional para los productos de riesgo modificado, que podrán ser comercializados sólo si: “la secretaría determina que el solicitante ha demostrado que dicho producto, como es usado actualmente por los consumidores: (A) reducirá de forma significativa el daño y el riesgo de padecer una enfermedad causada por fumar a sus consumidores, y (B) beneficiará la salud de la población en general tomando en cuenta tanto a los utilizadores como a personas que no utilizan actualmente los productos de tabaco”.

En el futuro habrá probablemente varios productos comercializados como útiles para la reducción del daño. Un número cada vez mayor de estos productos lo indica. Es necesario considerar la aplicación a nivel global de la prueba de dos condiciones requerida en la legislación de Estados Unidos (descrita líneas arriba) de manera simultánea a la introducción de estrategias para reducir el daño. Indudablemente el debate acerca

del papel de la reducción del daño en el control del tabaco estará en curso y seguirá generando controversias.

Regulación de los productos del tabaco

En el 2009, los Estados Unidos pasó la Ley para la prevención familiar del tabaquismo y control de tabaco dando autoridad a la Secretaría de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (Food and Drug Administration FDA) para regular ciertos productos de tabaco con el fin de proteger la salud pública. Las amplias disposiciones de esta ley proporcionan a la FDA un conjunto de herramientas reguladoras para reducir el daño a la salud de los productos que causan adicción a la nicotina y enfermedades (cuadro II). Hasta la fecha, la FDA ha desarrollado la estructura y personal necesario para satisfacer su mandato, creando el Centro para Productos del Tabaco [Center for Tobacco Products]. Su Comité Consultivo Científico de los productos del tabaco ha completado un reporte del impacto de los cigarros mentolados en la salud pública, encontrando que la adición del mentol como aditivo a los cigarros daña la salud pública. La FDA también ha identificado una lista de componentes

CUADRO II. Propósitos de la Ley para la prevención familiar del tabaquismo y control de tabaco

- (1) dar o proveer autoridad a la FDA para regular los productos de tabaco bajo la Ley federal de alimentos, medicamentos y cosméticos (Federal Food, Drug, and Cosmetic Act : 21 USC 301 et seq.) reconociendo ésta como la primera autoridad regulatoria con respecto a la manufactura, comercialización y distribución de productos de tabaco previstas en esta división;
- (2) asegurar que la FDA tenga la autoridad para abordar los temas de preocupación particular de oficiales de salud pública, especialmente el uso de tabaco entre los jóvenes y la dependencia del tabaco; H. R. 1256—7;
- (3) autorizar a la FDA para establecer estándares nacionales controlando la manufactura de los productos de tabaco y la identidad, acceso público a la información, y la cantidad de ingredientes usados en tales productos;
- (4) proporcionar autoridad de aplicación nueva y flexible para asegurar que haya una supervisión eficaz de los esfuerzos de la industria tabacalera para desarrollar, introducir y promover productos de tabaco menos perjudiciales;
- (5) otorgar a la FDA la autoridad para regular los niveles de alquitrán, nicotina y otros componentes nocivos de los productos del tabaco;
- (6) con el fin de que los consumidores estén mejor informados, requerir a los fabricantes de productos de tabaco, divulgar las investigaciones que antes no habían estado al alcance, tanto como investigaciones generadas en el futuro relacionadas con la salud y los efectos de dependencia o de seguridad de los productos de tabaco;
- (7) continuar permitiendo la venta de productos de tabaco a los adultos en combinación con las medidas para garantizar que no se vendan o sean accesibles a compradores menores de edad;
- (8) imponer controles regulatorios apropiados sobre la industria del tabaco;
- (9) promover el abandono para reducir el riesgo de enfermedad y los costos sociales asociados con enfermedades relacionadas con el tabaquismo, y
- (10) fortalecer la legislación contra el comercio ilícito de productos de tabaco.

Fuente: Referencia 6

peligrosos del humo del tabaco, esta lista también llevada por la OMS.¹³

Esta ley es el primer esfuerzo para regular los productos del tabaco. Las determinaciones tomadas bajo esta ley pueden tener consecuencias que se extiendan fuera de los Estados Unidos, particularmente si crean precedentes. Además, el nuevo centro de la FDA muy posiblemente elaborará protocolos de prueba de productos con amplia aplicabilidad.

Conclusiones

Durante la última década, el control del tabaco se ha convertido en un movimiento global cada vez más consolidado, catalizado por el CMCT OMS y la iniciativa Bloomberg. Este movimiento global representa una respuesta necesaria a la consolidación de la industria del tabaco en un pequeño grupo de compañías multinacionales. El éxito del control del tabaco en ciertos países depende en parte de la colectividad global. Problemas que se vislumbran para el control del tabaco incluyen el éxito con el cual el CMCT OMS es implementado, encontrando el rol apropiado de las estrategias para la reducción del daño, y considerando “las lecciones aprendidas” de la experiencia de los Estados Unidos en la regulación del producto.

Referencias

1. OMS, OMS. Convenio Marco para el Control del Tabaco, CMCT. Génova: OMS, 2003.
2. Pan American Health Organization, PAHO [Organización Panamericana de la Salud], Instituto Nacional de Salud Pública, INSP. Global Adult Tobacco Survey Mexico 2009, GATS [Encuesta Global de Adultos sobre el Tabaco México 2009]. Cuernavaca, México: INSP; 2010.
3. Shafey O, Eriksen M, Ross H, Mackay J. El atlas del tabaco, 3ª edición. Atlanta: American Cancer Society; 2009.
4. Wipfli HL, Fujimoto K, Valente TW. Difusión del control mundial del tabaco: el caso del Convenio Marco para el Control del Tabaco. *Am J Public Health*. 2010;100(7):1260-6.
5. OMS. Reporte de la OMS sobre la epidemia global del tabaquismo, 2008: El paquete MPOWER. Génova: OMS; 2008.
6. HR 1256 [111]: Acta familiar para la prevención del tabaquismo y control de tabaco (Family Smoking Prevention and Tobacco Control Act), Pub. L. No. 111-31, 123 Stat. 1776 (2009 junio 22).
7. US Food and Drug Administration [Secretaría de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos], Tobacco Products Scientific Advisory Committee, TPSAC [Comité Consultivo Científico de los Productos del Tabaco]. Cigarros mentolados y la salud pública: revisión de la evidencia científica y las recomendaciones. Rockville, MD: US Food and Drug Administration, Center for Tobacco Products; 2011.
8. OMS. Reporte de la OMS sobre la epidemia global del tabaquismo, 2011: Advertencia sobre los peligros del tabaco. Génova: OMS; 2011.
9. US Department of Health and Human Services [Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos]. Las consecuencias para la salud de la exposición involuntaria al humo del tabaco. Un informe del cirujano general. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2006 [Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Centro de Coordinación para la Promoción de la Salud, Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud, Oficina de Tabaquismo y Salud; 2006].
10. Zeller M, Hatsukami D. El diálogo estratégico para la reducción del daño del tabaco: una visión y un plan de acción en los Estados Unidos. *Tob Control*. 2009;18(4):324-32.
11. United States of America vs Philip Morris USA, Inc., etc. United States District Court for the District of Columbia [Tribunal Federal de Distrito para el Distrito de Columbia]; 2006.
12. Stratton K, Shetty P, Wallace R, Bondurant S, ed. Limpiando el humo: la evaluación de la base científica para la reducción del daño del tabaco. Washington: National Academy Press; 2001.
13. OMS. La base científica de la regulación de los productos de tabaco: segundo reporte de un grupo de estudio de la OMS. Génova: OMS; 2008.
14. Wipfli H, Samet JM. Beneficios globales económicos y de salud del control del tabaco: parte 2. *Clin Pharmacol Ther*. 2009;86(3):272-80.

Salud pública y tabaquismo, volumen I.
Políticas para el control del tabaco en México.
Se terminó de imprimir en enero de 2013
y la edición consta de 500 ejemplares.

