



328309
COLEGIO PARTENON S.C.

INCORPORADO A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
LICENCIATURA EN DERECHO

"PROPUESTA DE REGULACION CONSTITUCIONAL SOBRE
TABAQUISMO Y SALUD PUBLICA".

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN DERECHO

P R E S E N T A :

MARIA DEL CARMEN HERRERA HERRERIAS

ASESOR DE TESIS:
LIC. OSCAR MORALES MIRANDA

MÉXICO, D. F.

2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Este trabajo lo dedico

A Dios, por permitirme vencer un reto más en mi vida.

A mi esposo, por aguantar el ritmo de vida al que lo sometí durante mis estudios de licenciatura.

A mi hija Norma, por mostrarme con su entusiasmo y entrega que se pueden alcanzar los sueños.

A mi hijo Enrique, por ponerme la muestra para vencer los retos.

A mi hijo Jorge por ser la inspiración de la tenacidad para alcanzar lo deseado.

A mi hija Eryka por inspirarme para realizar este trabajo, al verla trabajar con fumadores en el INER;

A mis lectores, deseando les sea de utilidad su contenido.

María del Carmen.

Mi agradecimiento

Al Colegio Partenón, por acogerme en sus aulas dándome la oportunidad de estudiar nuevamente.

A la UNAM, por haberme otorgado la beca que me permitió seguir estudiando.

A mis Maestros, que me brindaron sus conocimientos y experiencias

A mi Asesor de tesis, Lic. Oscar Morales Miranda, mi especial agradecimiento, por su guía, paciencia, entrega y profesionalismo para la realización de la presente investigación.

María del Carmen.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	I
CAPÍTULO I "ANTECEDENTES DEL TABAQUISMO"	
Tabaquismo	1
Surgimiento del tabaquismo en Mesoamérica	2
Propagación del tabaco	6
Historia de los primeros intentos por legislar el tabaquismo	11
La problemática del tabaquismo en la época contemporánea	13
CAPÍTULO II "ORGANISMOS E INSTITUCIONES INMERSOS EN EL TABAQUISMO"	
Organización Mundial de la Salud	17
Organización Panamericana de la Salud	27
Secretaría de Salud	29
Clínicas de Tabaquismo en el Distrito Federal	45
CAPÍTULO III "LEGISLACIÓN NACIONAL Y DE DERECHO COMPARADO"	
Legislación Nacional	48
Legislación sobre Tabaquismo en Derecho Comparado	72
CAPÍTULO IV "ESTADÍSTICAS REFERENTES A TABAQUISMO"	
Datos Internacionales sobre las consecuencias del Tabaquismo	90
CAPÍTULO V "DISCUSIÓN, PROPUESTA Y CONCLUSIONES"	
Discusión	104
Propuesta	110
Conclusiones	111
BIBLIOGRAFÍA	112

INTRODUCCIÓN

La presente tesis pretende llevar al lector a darse cuenta de la importancia que tiene EL PROBLEMA DEL TABAQUISMO EN MÉXICO, ya que cada día se suman más personas al índice de muertes por esta causa.

En el primer capítulo mostraremos el origen del tabaquismo; y como es que de una planta de la cual se tenía la idea de que era medicinal, se ha llegado a dar una de las adicciones que en forma silenciosa pasa desapercibida y llega a causar un sin número de trastornos al organismo que desembocan en la misma muerte; además de mencionar en que forma se llegó a extender el cultivo del tabaco y su comercialización y consumo en muchos lugares del mundo.

Además se hará referencia a los primeros intentos por legislar el consumo del tabaco, así como la problemática que representa el mismo, en la época contemporánea.

En el segundo capítulo daremos a conocer la creación, surgimiento, funciones, tareas, intervenciones y resultados o logros de algunos de los Organismos tanto nacionales como internacionales que se hayan inmersos en la creación y aplicación de una legislación para combatir el consumo del tabaco, tanto a nivel nacional como internacional.

Asimismo por la importancia que tiene en este tema la Secretaría de Salud se hace una breve reseña de su creación y funciones; así como de las diversas Instituciones de Salud Pública dependientes de esa Secretaría.

En el tercer capítulo se hace un estudio relativo a la legislación nacional y en el Derecho Comparado sobre el problema del tabaquismo; haciendo referencia a países como Estados Unidos, Canadá y Francia; continuando en el capítulo cuarto con la investigación y análisis de estadísticas proporcionadas por diversos

Organismos como son: Instituciones de Salud Pública en México; El Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática; La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud. Haciendo un especial énfasis en este capítulo a todas las desgracias que pude ocasionar tanto el consumo de tabaco, como el humo producido por el mismo.

Y finalizando en el quinto capítulo con la discusión, propuesta y conclusiones; en donde se exponen los diversos puntos de vista y opiniones sobre estudios realizados alrededor del tabaquismo; deseando que esta investigación pueda alertar a los lectores de la misma sobre los daños provocados por esta adicción y la propuesta en la cual se hace notar la importancia de Regular a nivel Constitucional el problema de Salud Pública y Tabaquismo; pretendiendo que de esta forma tuviese más fuerza la Lucha contra esta epidemia, y así poder salvar de ella a millones de futuros individuos con predisposición al tabaco.

CAPÍTULO I

1. ANTECEDENTES DEL TABAQUISMO

1.1 TABAQUISMO

"Tabaco: (nicotina tabacum) es una planta originaria del Continente Americano, cuyo uso se ha extendido universalmente, en especial en el curso de este siglo. Su principio activo es un alcaloide – la nicotina –, el cual es responsable de la dependencia y de los fenómenos asociados de la tolerancia y habituación. Desde el punto de vista conductual, el hábito tabáquico una conexión – aprendida o condicionada – entre una secuencia estímulo-respuesta y un reforzador"¹.

"En este sentido, en 1980 la dependencia al tabaco, expresada por la necesidad compulsiva de consumirlo y la dificultad de abandonarlo, fue incluida por primera vez en la clasificación de trastornos mentales por la Asociación Psiquiátrica Americana"². "De esta manera, el fumar tabaco es una forma de farmacodependencia no menos potente de otras drogas adictivas, y de hecho, la mayoría de los individuos que empezaron a fumar se vuelven dependientes"³.

Sin embargo, además de la nicotina el humo del tabaco contiene una compleja composición de productos químicos muchos de los cuales a través de diversos mecanismos ejercen un efecto nocivo sobre diferentes células y tejidos.

"Entre estos compuestos destacan: alquitrán; diversos agentes oxidantes; monóxido de carbono; acroleína; aldehídos; benzo(a)pireno; metales; etc."⁴.

¹ Cigarette smoking and health, American Thoracic Society Statement, Am Rev Respir Dis 1985.

² Diagnostic Statistical Manual III, American Psychiatric Association, 1980.

³ Programa Contra el Tabaquismo, Secretaría de Salud, México, D.F., 1987.

1.1.2 SURGIMIENTO DEL TABAQUISMO EN MESOAMÉRICA

Desde sus orígenes, el humo ha desempeñado un papel importante en la historia de la humanidad. Ha estado por mucho tiempo mezclado con rituales de diversas creencias . Así se trate de los altares a los dioses, donde el fuego no podía faltar, o de las fumigaciones de cáñamo comunes entre los druidas antes de los sacrificios, el humo estaba presente en todo y por lo general, era considerado como algo sagrado.

En Mesoamérica, la importancia del tabaco en los ritos en honor a Huitziloposhtli, dios azteca de la guerra, y la creencia de que el cuerpo de Ciucacóatl, (patrona de la guerra), estaba hecho de tabaco, son una prueba de que la planta de tabaco, se vinculaba de algún modo con las ideas bélicas.

Sabemos que los aztecas de la clase dirigente y los comerciantes, una vez terminada la comida acostumbraban distribuir entre los comensales pipas cilíndricas sin fogón propiamente dicho de caña, quizá algunas fueron de barro cocido, ricamente adornadas, y en algunas se depositaba tabaco finamente picado y en otras se enrollaban las hojas de la planta de tabaco en uno de sus extremos para soplar con el otro, con lo cual obtenían un grueso cigarro aromático cuyo sabor debió ser muy diferente del que actualmente apreciamos.

Fuera de las comidas se fumaba un poco, pero pasearse con una pipa en la mano era signo de nobleza y de elegancia. Los fumadores recibían el humo apretando el tubo con la boca y tapándose la nariz para que al inspirar el humo penetrara más fácilmente hasta el pulmón.

Moctezuma estaba presente en todo su esplendor y después de comer, junto con los señores de la clase dirigente y los comerciantes, acostumbraba conciliar el sueño con el humo de esta hierba.

⁴*ibidem*

La adivinación estaba también vinculada con el tabaco, y los dioses de la creación relacionados con este arte, portaban grandes calabazas llenas de esta especie vegetal.

Con respecto al centro de México, hay muchas referencias de ofrendas de tabaco a las divinidades: los tlaxcaltecas le ofrecían a Camaxtli, variante regional de Mixcóatl, dios de la caza, mediante un conjunto peculiar de papeles recortados, espinas y tabaco. En la fiesta azteca del dios de la guerra "Huitzilopochtli" que se celebraba el día 1° de cada mes, Técpatl, quemaban tabaco en manojos, pero la ofrenda no era el tabaco mismo, sino el humo que de él emanaba.

Sin embargo la función más frecuente del tabaco en la adivinación parece haber sido la de provocar el estado hipnótico, y se sospecha que la cal intensificaba los efectos del mismo en el individuo. Los tlaxcaltecas tenían un método poco común para adivinar si un dios quería concederles algo. Se valían del tabaco molido muy finamente, el cual ponían en grandes vasos en los altares de sus templos y los guardaban cuidadosamente, porque el milagro se realizaba si aparecerían en el huellas o pisadas señaladas de alguna criatura, particularmente de águila, lo cual avisaban a los pobladores y esto les causaba gran regocijo.

Entre los nahúas del centro de México, la divinidad del tabaco tenía el nombre de Cihuacóatl y le temían ya que quitaba el juicio y hacía desatinar a quien lo tomaba. A pesar de esto, para los indios mesoamericanos el tabaco era casi una panacea en la mayoría de los males de la carne; se usaba como remedio contra el asma, escalofríos, fiebre, convulsiones, ojos enfermos, trastornos intestinales o nerviosos, enfermedades de la piel, infecciones urinarias, mordeduras y piquetes de animales. Además el tabaco en polvo y la cal aliviaban el cansancio, el dolor muscular y de muelas y ayudaban en el parto, se servían de ella por la boca en forma de humo y por la nariz en forma de polvo. La calabaza con tabaco era el distintivo de las mujeres que practicaban la medicina de ese

tiempo, en la gran fiesta a la diosa madre " Toci," estas mujeres ejecutaban unas escaramuzas en su honor, y todas ellas llevaban sujeta a la cintura una calabaza de tabaco.

En relación con Michoacán, el tabaco era ocupado por el señor de Michoacán antes de la declaración de una guerra. El sacerdote quien desempeñaba el papel del dios del fuego, quemaba a media noche cierto número de bolsas de tabaco, al tiempo que pronunciaba los nombres de determinadas deidades, después se enviaba a dos hombres a poner dos bolsas de tabaco, dos flechas manchadas de sangre y unas plumas de águila en el territorio enemigo, ya fuera en la ciudad, en el templo principal o en la casa del jefe de la tribu de los rivales. Estos actos indicaban tanto una brujería como una declaración de guerra.

El tabaco también se utilizó como talismán entre los mazatecos de Oaxaca, el brujo acostumbraba frotar el antebrazo de una mujer embarazada, con tabaco molido y cal, un mes antes del alumbramiento, para hacerla invulnerable a la brujería, de igual manera lo hacían los chinaltecas, éstos, con el propósito de alejar a los malos espíritus.

En el resto del sur de México, el cocom, era una planta tuberosa conocida entre los mayas la que se cortaba en tiras angostas las cuales carbonizaban en una tapadera de fogón bien caliente, el material obtenido se pulverizaba y era guardado en un recipiente, se le agregaba atole de camote y un poco de miel hasta formar una pasta espesa . Para hacer los cigarros tomaban hojas de zapote y las cortaban a lo largo, cada media hoja se enrollaba en un bastoncito que tenía la forma de un hueso y el espesor aproximado de una pluma de guajolote y al último los amarraba con un hilo de henequén., después eran cubiertos con una pasta de cocom, hasta dos centímetros antes del extremo más delgado, señalando así una especie de boquilla, después de secarse al sol se le quitaba el palito, y se rellenaba con tabaco doblándole el extremo para que el contenido no se saliera y en esa forma quedaba listo el cigarro; también, se frotaban la pierna

derecha con saliva del tabaco que habían masticado para interrogar al espíritu que mora en la pantorrilla correspondiente. De acuerdo con esta creencia, el espíritu mueve los músculos de la pantorrilla cuando la respuesta es afirmativa, y no los mueve si es negativa.

Para los mayas, el uso del tabaco debió ser muy generalizado, así lo demuestra la gran piedra plana que se encuentra a la derecha de la entrada del templo de la Cruz, en Palenque, en la cual se aprecia al representante de un dios anciano, con lo que parece ser un cigarro.

“En el Popol Vuh, libro sagrado de los mayas quichés, los dos protagonistas, además de las pruebas que tienen que afrontar tienen que pasar una noche en la cueva de las tinieblas y mantener sus cigarros y antorchas de pino encendidos durante toda la noche. Pero los jóvenes héroes apagan sus cigarros y les ponen luciérnagas en la punta para engañar a los enemigos (los moradores del infierno), y hacerles creer que los tienen encendidos.

De acuerdo con el estudio de las propiedades medicinales del tabaco en Mesoamérica, esta planta parece funcionar como cualquier otra medicina; no obstante, se advierte que es mucho más que eso: es un ser que siente. Para los mayas el tabaco era un anhelo, término usado para nombrar a la diosa de la lluvia y la montaña, quien cuidaba el cuerpo del género humano”⁵

Al describir los ritos de iniciación de un príncipe, se dice que lo vestían de sacerdote para una ceremonia de penitencia: lo hacían ponerse una chaqueta verde sin mangas y llevar a la espalda su calabaza de tabaco con borlas verdes.

En el México antiguo entre los sacerdotes el tabaco desempeñaba el mismo papel que desde los más remotos tiempos y hasta nuestros días tiene entre las diversas tribus del norte y del sur de América, poseía poderes mágicos y agradaba

⁵ THOMPSON, E.J., Historia y Religión de los Mayas, Siglo XXI, México, 1980, pág. 485

a los dioses. Se sabe que el primer cultivo de tabaco obtenido por los lacandones en Chiapas (México), fue ofrecido por éstos, a sus deidades en forma de cigarros; lo sostienen primero frente a la boca de un jarro sagrado y después lo apoyan en la boca del dios cuya cabeza se haya representada en relieve en un costado del quemador del incienso, quien recibe la ofrenda.

En suma, podemos decir que el tabaco no podía estar ajeno en los diversos momentos de la vida de los pueblos mesoamericanos. La actitud del noble, el sacerdote y el miembro de la comunidad en ocasiones estaba imbuida de algo semejante al misticismo cuando lo aceptaban como aliado que peleaba hombro con hombro para ayudar a vencer el dolor o para alejar muchos males que les aquejaban.

1.1.3 PROPAGACIÓN DEL TABACO

Para poder entender el problema que envuelve al tabaquismo en nuestros días a nivel mundial es necesario conocer como llegó el tabaco a otros lugares del mundo; puesto que su origen es americano.

Fue por el año en que llegó Cristóbal Colón a las costas de Cuba el día 28 de octubre de 1492, él y los hermanos Pinzón creyeron haber llegado a la esplendorosa vegetación de la isla Cipango, donde reinaba el Gran Kan, de misteriosa leyenda cuajada de ricas maravillas. Los españoles encontraron el cultivo y el secreto de la preparación del tabaco que con el tiempo sería el más fantástico y productivo de los negocios en todo el mundo, y que llegaría a hacer a muchos millonarios y a otros muchísimos más, les acortaría el dinero y la vida.

Posteriormente cuando Cristóbal Colón llega a la isla de San Salvador los indios arawakas, lo recibieron ofreciéndole una hojas secas y aromáticas, en señal de respeto y amistad. Más tarde recorriendo la isla se percató de un indio que navegaba solo por esas aguas en una especie de canoa, y llevaba unas hojas encendidas cuyo humo aspiraba; al retornar con su gente, ordena a unos de

sus hombres que se internaran en la isla y averiguaran que clase de planta era la que encendían y luego aspiraban el humo de la misma. Días después regresaron los hombres enviados trayendo la noticia de que era común que en las aldeas de la región quemaran unas hojas y aspiraran el humo quedando asombrados de tal hecho, los nativos de ese lugar la empleaban en las tres formas que actualmente se fuma. De esa manera, al aceptar la amistad que los nativos les ofrecían del mismo modo es como llegaron a probar la fatídica hierba y de igual manera fue como se llegó a extender a Europa y de ahí al resto del mundo.

Existe la posibilidad de que en el siglo XV, el tabaco haya sido introducido a España y Portugal, y un poco más tarde a Bélgica, Francia e Inglaterra. Fumar estaba limitado a los hombres de mar como a los marinos que vivían en los puertos y sólo cuando su consumo se extendió, se vio la posibilidad de traer las semillas de América y sembrarlas.

“La iglesia pasó por alto la llegada del tabaco a España ya que se encontraban distraídos con el oro y la plata que llevaban del Nuevo Mundo, al menos durante el tiempo en que la corriente no tomara una fuerza importante, ya que en ese momento no se percataron que tenían en las manos un arma la cual no fue utilizada. Fue de esta manera como no solo introdujeron el tabaco a España, sino también el tabaquismo. Al relatar sus encuentros con los primeros colonos instalados en Cuba, Fray Bartolomé de las Casas se sorprendió de su gusto por el cigarro, habiéndole confesado éstos, que ya no les era posible prescindir de él”.⁶

Antes del descubrimiento de América, el tabaco no era conocido en el viejo continente, fue después del primer viaje de Cristóbal Colón cuando por primera vez los europeos supieron de este producto, según dicen unos autores, ya que

⁶ LEMAIRE JEAN Francoise, El Tabaquismo, 2ª edición, Traducción Publicaciones Cruz O. con la colaboración de Sofia Miselem, Impresos México, 1960 pág. 87

otros, opinan que la planta del tabaco ya había sido utilizada como medicinal antes y durante la alta Edad Media.

“Jean Nicot, embajador de Francia en Portugal, conociendo un largo mal que le aquejaba a la reina Catalina de Médicis le hace llegar hojas de tabaco para que le curaran sus náuseas, diciéndole que eran unas hierbas que los indios (nativos de América), le habían contado que poseían propiedades maravillosas de curación ya experimentadas contra el Noli me Tangere y las fístulas tan lamentables e irremediables de curación para los médicos del lugar, prometiéndole que le mandaría también semillas y la forma para que las transplantara en su jardín.”⁷

El tabaco tomó en Francia el nombre de Hierba de la Reina, Hierba del Gran Orador (título dado al cardenal, quien fue el portador hacia la reina de tal producto). Al darse a conocer tal noticia, un monje que había estado en el Brasil de nombre André Trevet, protestó, sosteniendo que él había sido el introductor del tabaco en Francia, otros autores dicen que antes de Nicot y de Trevet, en un relato de Pierre Grignon hablaba de su encuentro con un viejo marino que llenó su pipa de hojas café, la encendió y aspiró el humo por la boca. Decía que parecía que los portugueses le habían enseñado a hacer eso y que aquéllos lo habían aprendido de los nativos de México.

Se cuenta que la protesta de Trevet pasó desapercibida pues el término Nicomociana apareció en 1570, bajo la pluma de Jean Llebault, definida entonces como “hierba de vigilante”, virtud contra todas las heridas, úlceras, noli me tangere, herpes y otras cosas, y que Jean Nicot, siendo embajador de Francia para el rey de Portugal, envía a Francia, el cual toma su nombre.

El consumo del tabaco se extendió rápidamente por Italia en el año 1561, por el cardenal Próspero Santa Croce; a Inglaterra en 1565; a Alemania por el año

⁷ PARDEL ALENTA, Helios. Manual, Diagnóstico y Tratamiento del Tabaquismo, 2ª edición, Médica Panamericana, Madrid, 1996, págs. 196

de 1570 aproximadamente; a Viena por el mismo año y diez años después llega a Turquía que le abre la puerta de Asia, y quince años más tarde hace su aparición en Japón, Corea y China. De esta manera echó raíces en Europa y Asia, por lo que se refiere a África, la entrada del tabaco fue por Marruecos por el año de 1593, para fines del siglo XVI, y con él su método de cultivo. Algunos autores opinan que Catalina de Médicis tuvo gran injerencia en el nacimiento del tabaco en Europa; hoy uno de los grandes azotes de la humanidad.

En Italia el tabaco fue introducido por los navegantes, quienes por el contacto que tenían con marinos españoles y portugueses se enteraron y probaron el gran placer que producía el fumar, el caso es que se extendió la novedad a través de los puertos del Mediterráneo y es así como llega a Holanda a fines del siglo XVII por medio de los navegantes quienes lo llevan también hasta los Balcanes, Persia, India y otros más países del mundo.

En el siglo XVIII el consumo del tabaco ya se había generalizado en todo el mundo, tanta fue su fuerza que en Inglaterra se hacían las llamadas "smoking parties" organizadas en todas las clases sociales; los niños acudían a las escuelas llevando en sus mochilas pipas, las cuales fumaban a la hora de sus descansos, es lógico comprender que los maestros eran los encargados de enseñarles como se usaban, según esto lo hacían para buscar una buena salud. Pero no todos los habitantes de ese país estaban de acuerdo con la moda de la pipa, uno de ellos fue Jacobo Primero, quien dijo que el tabaco era un "hábito deplorable", pues ocasionaba Múltiples trastornos al organismo humano así como un desagradable olor para el olfato. Desde esa época parecía una premonición lo dicho por Jacobo Primero, ya que en la actualidad hay millones de personas enfermas a causa del consumo del tabaco.

En Francia al darse cuenta que el consumo del tabaco iba en aumento lo que hicieron fue aumentarle el impuesto, acontecimiento que se da por el año de 1621, así como a otros productos que se introdujeran traídos del nuevo continente;

Teniendo tanta demanda el tabaco, entre los años 1674 a 1771 aproximadamente vieron la manera de obtener grandes ganancias de este producto y se dedicaron a arrendar los sembradíos de tabaco en grandes sumas de dinero, reportando esto, para el Estado grandes ganancias ya que era una de las mejores invenciones fiscales.

En las tropas de soldados como entre los marinos el cigarro tenía gran demanda, puesto que se decía que hasta en el frente de guerra era imposible dejar la pipa y así se puede apreciar en pinturas de aquel tiempo, después de haber sido masticado y fumado en pipa el mundo terminó por aspirarlo.

“La acción de aspirar el tabaco de un pequeño recipiente apropiado y llevado a la aleta de la nariz, se expandió rápidamente en toda Europa, a través de la aristocracia y la burguesía. La elegancia no tardó en mezclarse. El gesto puede suponer un elegante movimiento de puño. “Nada lo puede describir, escribe Jules Rochard, la gracia suprema con la cual bajo la regencia, duques y marqueses sacudían, con un gesto negligente los granos de tabaco de España que caían en el brocado”. De igual forma la joyería se apoderó de las tabaqueras que se convirtieron en un regalo privilegiado. De Luis XV a Carlos X, era la manera tradicional de regalar al soberano, cuyos rasgos, a menudo rodeados de diamantes, figuraban en cubierta. De una tabaquera a otra se observaba todo tipo de matices hasta mediados del siglo XIX, de la joya más fabulosa a la modesta caja de junco.

Durante todo este periodo, el consumo de tabaco con la ligera impresión de ebriedad que da el olor, se sumó a las lánguidas conversaciones de los toxicómanos menores de la ociosa sociedad.”⁸ De manera separada y después simultánea, sería la taza de café, el té, el chocolate y después el tabaco.

⁸ LEMAIRE, JEAN Francoise ., *Tabaquismo*, 2ª edición, Publicaciones Cruz O., con la colaboración de Sofía Miselem, Impresos México, 1960, págs. 87

En la época de Napoleón Bonaparte el tabaco fue motivo para recaudar grandes impuestos, regresaba el maná financiero de su comercialización y el descubrimiento del agente tóxico de la planta.

De este modo, si Europa colonizó a América, ésta invadió el Viejo Continente con un elemento que habría de convertirse en primordial en la vida cotidiana del hombre: el tabaco.

1.1.4 HISTORIA DE LOS PRIMEROS INTENTOS POR LEGISLAR EL TABAQUISMO

Fue en Bután, donde empieza la lucha por legislar el consumo del tabaco, esto aconteció en 1729, cuando se realiza la primera legislación documentada, aún en vigor, que prohíbe el consumo del tabaco en todos los lugares religiosos; más tarde en 1761, tomando en cuenta lo dicho por, Jacobo Primero de Inglaterra quien se quejaba de malestar en los ojos, así como por el olor del humo que desprende y advirtió que sería causa de múltiples daños en el organismo el fumar; este personaje mandó decapitar a Sir Walter Raleigh a quien acusaba de haber introducido el cigarro a Gran Bretaña, traído de Virginia, una de las Colonias de Estados Unidos de Norteamérica. uno de los científicos del lugar, John Hill, emprende el primer estudio sobre los efectos del tabaco.

En Persia por aquel tiempo el tabaco encontró a sus primeras víctimas y como resultado de esto, el Sha Abbas, justificándose con el Corán, mandó rebanar la nariz de todos los que eran fumadores en las tierras de su gobierno; en Constantinopla, el sultán Amurat IV, ofreció escoger entre la horca, la pipa entre los dientes o desbastar las hojas del tabaco; en Moscú, empujado por la iglesia ortodoxa, Miguel Fedorowich amenazó a los fumadores con 60 varazos en las plantas de los pies; debemos mencionar que, casi dos siglos antes en 1630 retomando los argumentos de la inquisición española, el Papa Urbano VIII habló de excomulgar a los fumadores.

Los motivos de esas prohibiciones no dejan de ser interesantes, pero debemos mencionar que no era la causa principal el proteger la salud de los pobladores sino que fueron otras causas muy diversas entre las que podemos mencionar que: eran causantes del ataque a la religión, que podían contravenir alguna ley o simplemente causar tos a personas que aspiraran el humo del cigarro como fue el caso de Jacobo Primero.

En Noruega desde 1899, se prohibió la venta de cigarros a los menores de 15 años ya fuera para su consumo propio o para sus padres.

En varias partes del mundo se fueron tomando medidas para combatir el tabaquismo, así en Italia se prohibió sin distinción alguna, cualquier tipo de publicidad para el tabaco, desde el año de 1962. En 1963 Bulgaria y a mediados del siglo XX, es cuando por el año de 1962, Italia prohibió, sin distinción alguna cualquier tipo de publicidad para el tabaco; en Bulgaria por el año de 1963 se prohibió la venta de cigarros a menores de 16 años y en 1964 alarmado el gobierno de los Estados Unidos por el aumento del número de adolescentes fumadores, lanza la primer campaña contra el tabaquismo, seguido por Gran Bretaña en 1967, mismo año en que Japón en donde después de un estudio prospectivo, demostró que la población de fumadores rebasaba en un 20% a la población no fumadora demostrándose la existencia de un lazo entre el grado del carácter mórbido de los fumadores y el hecho de inhalar el humo.

Es hasta el año de 1970 cuando se lanza la Primer Campaña a Nivel Internacional propuesta por el "Comité de expertos sobre los efectos del tabaco en la salud" creado por la Organización Mundial de la Salud; por su parte Francia en el año de 1976, pone en vigor la Ley Veil, propuesta bajo el auspicio del entonces Ministro de Salud de ese país, Simón Veil, con la que se inicia la acción disuasiva, la cual responde a la 3ª recomendación de la O.M.S., que requiere localmente "la colaboración de los legisladores", así como la aplicación de sus principales

disposiciones; a estas propuestas, le han seguido varias conferencias más sobre la lucha contra el tabaquismo entre las que podemos citar esta:

“La Conferencia de la O.M.S. y las ONG se unen para el control mundial del tabaquismo Ginebra, (1999); “ La 2ª Reunión del Órgano de Negociación Intergubernamental sobre el Convenio Marco de la OMS para la Lucha Antitabáquica del 9 de enero del 2001, hasta llegar al Convenio Marco del 31 de mayo del año (2003) en donde participó México con más interés y propuesto por la O.M.S.

1.1.5 LA PROBLEMÁTICA DEL TABAQUISMO EN LA ÉPOCA CONTEMPORÁNEA

Fue desde finales del siglo XVIII, cuando las autoridades del Sector Salud, en varios países del mundo, se dieron cuenta que el consumo del tabaco estaba ligado a enfermedades como el cáncer pulmonar y otros padecimientos del organismo, por lo que se tenía que hacer algo para detener esta epidemia, y es así, que se propuso legislar sobre el asunto; pero no era fácil ya que había intereses monetarios bastante fuertes como eran los impuestos que dejaban las tabacaleras al fisco; siendo hasta principios del siglo XX, que se descubre en serio el verdadero y solapado veneno que posee el tabaco, por lo que se empieza a prohibir la publicidad de cualquier tipo de cigarrillo o tabaco en los países como Noruega, Bélgica, Italia, España, Inglaterra, Estados Unidos y Canadá.

Entre los años de 1920 y 1930, a la Organización Mundial de la Salud le llamó la atención el aumento progresivo de morbi-mortalidad mundial por cáncer pulmonar.

Dentro de los trabajos más importantes se encuentran los realizados por Scherek, Mills, Porter, Levin, Wynder y Graham, cuyos estudios retrospectivos encontraron una asociación estadística claramente significativa, después de estas

investigaciones, en 1951, Doll y Hill, llevaron a cabo el primer estudio prospectivo, al cual siguieron varios más, encontrándose que los fumadores no sólo tenían tasas elevadas de mortalidad por cáncer pulmonar sino que también estaban afectados de los conductos respiratorios, riñones y males cardiovasculares.

De esta manera en la actualidad el tabaquismo es un problema importante de Salud Pública debido a la alta incidencia de padecimientos crónicos invalidantes que se relacionan con este hábito (hoy catalogado como adicción), y originan muertes prematuras y grandes pérdidas económicas por gastos en atención médica, así como ausentismo escolar y laboral.

En 1993, se hizo un análisis del problema en los Estados Unidos, donde el cálculo de gastos efectuado en razón de atención médica a los fumadores con problemas de salud atribuibles al tabaquismo, ascendieron a 17 mil millones de dólares, y al agregar las pérdidas por ausentismo laboral y la baja productividad por lo mismo, ascendió este gasto a 41 mil millones de dólares.

Según estimación de la OMS, durante la década de los 90, el tabaco habrá causado más de 3 millones de muertes por año en el mundo (dato tomado de estadísticas de la OMS 1990). Siendo la mayor parte de muertes en la población de países en desarrollo y que esta cifra aumentará debido al crecimiento demográfico en esas regiones, así como el incremento de un gran número de jóvenes que se inician en este mortal hábito.

Se prevé que de no cambiar este patrón y poner en práctica una legislación tajante, el número de muertes a causa del tabaco por año se verá incrementada a más de 10 millones; pese a esto, los gobiernos temen molestar a la industria tabacalera si ponen en práctica las medidas legislativas establecidas para evitar el consumo del tabaco, sin querer darse cuenta del gravísimo problema que se tiene.

Pudiendo ver que durante los últimos 10 años en América Latina su consumo se ha incrementado en un 31%, en África un 41.5%, y en Asia un 28.5%, siendo China el país que mayor cantidad de consumidores puesto que acaban con la producción interna de este producto.

En lo que se refiere a daños a la salud por consumo de tabaco, no hay diferencias importantes entre diversos países del mundo. Al respecto se citan tres naciones por ejemplo Japón donde un 78% de la población son fumadores, la prevalencia del cáncer de pulmón, ya supera a la de la tuberculosis; Es en Estados Unidos, donde pese a la disminución de un 20% de fumadores con respecto al año de 1964, la población que fuma lo hace más que antes, no pudiendo prescindir de la adicción, situación que ocasiona 300 mil muertos al año; para 1984 se estimaron los costos médicos directos, por enfermedad e indirectos producidos por este hábito en la cantidad de 54 mil millones de dólares al año, gasto que se produce de manera innecesaria si este mal se controlara por campañas de prevención.

En México el tabaquismo se considera como una adicción la cual produce al igual que en otros lugares del mundo un ausentismo laboral y educacional que deteriora gravemente la productividad interna del país y con esto, también la economía.

Las consecuencias de este hábito se ven reflejadas en el ámbito familiar, en donde se presentan enfermedades a edades tempranas, las cuales al ser atendidas representan gastos y por consecuencia deterioro en el ingreso familiar y producen también un gasto social las atendidas médicamente.

De acuerdo con estimaciones de la Organización Panamericana de Salud, en el año de 1971, sólo el 39.5% de la población se salvaba del terrible mal del tabaquismo siendo un 16.5 % del resto mujeres fumadoras. Otros estudios indicaron que los trabajadores de PEMEX, eran fumadores en un 40%, y un 26%

de exfumadores, existiendo el hábito en hombres que iniciaron el hábito antes de los 20 años.

Es inconcebible que en el sector médico, según investigaciones realizadas, se den porcentajes entre un 25 a un 37% del personal médico que son fumadores desde edades que oscilan de los 10 y los 19 años. También se han llevado a cabo estudios entre la población que acude a consulta externa en los hospitales y ahí se encontraron proporciones de fumadores que oscilan de un 23 a un 56%.⁹

Concluiremos diciendo que si bien la lucha contra el tabaquismo empezó antes de la época contemporánea, ya en ésta, se ha legislado sobre el asunto; sin embargo ha sido hasta hoy, más fuerte la acción emprendida por la industria tabacalera, que la acción Legislativa; puesto que se incrementa cada día la morbimortalidad por consumo del tabaco.

En el siguiente capítulo trataremos la creación, función, objetivos, lucha, tropiezos y logros de algunos Organismos de Salud inmersos en la lucha contra el tabaquismo.

⁹ La epidemia del tabaquismo, Publicación Científica No. 557, Organización Panamericana de la Salud 2000.

CAPÍTULO II

2. ORGANISMOS E INSTITUCIONES INMERSOS EN EL TABAQUISMO

2.1 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

2.1.1 MOTIVOS

El orden internacional posee un vasto número de organizaciones internacionales, abarcando todas las esferas de la convivencia entre los Estados y los hombres, y , coordinadas por la Organización de las Naciones Unidas a través del Consejo Económico y Social, constituidas en bases estructurales de relativa autonomía.

Para la presente investigación sólo haremos referencia a la Organización Mundial de la Salud por ser uno de los organismos más interesados en frenar la vertiginosa carrera de la muerte por causa del tabaco, e imponiendo medidas y recomendaciones a todos los Estados Miembros por medio de movilizaciones como es el de los Organismos No Gubernamentales (ONG) en el año de 1999 y en la cual se propone en unión con la Organización Mundial de la Salud para el control mundial del tabaquismo.

Además de otros temas como son: control del tabaquismo en el presente y en el futuro; la urgencia del control del tabaquismo; tabaco y pobreza; un llamamiento a la acción; asociación y cooperación para reducir el número de muertes relacionadas con el tabaquismo; evaluación de los progresos durante la onceava Conferencia Mundial sobre el Tabaco o Salud y exposición de los niños al humo del tabaco y del tabaquismo, entre otros muchos temas todos alrededor del tabaquismo y de los cuales haremos una síntesis posterior a la creación y funciones de la Organización Mundial de la Salud.¹⁰

¹⁰ *Ibidem*. Pp. 15-21

2.1.2 SURGIMIENTO

La Organización Mundial de la Salud (OMS), fue creada por un Tratado Internacional, el 2 de julio de 1946, con sede en Ginebra Suiza, es un Organismo general de los sujetos del Derecho Internacional Público, siendo su principal objetivo gestionar intereses colectivos de un grupo de Estados o de la comunidad internacional y sus características son las siguientes:

2.1.3 CARACTERÍSTICAS

- a) Se crea mediante un tratado, estatuto, carta, etc. en el cual generalmente se determina su organización y finalidades.
- b) Está integrada por sujetos de derecho internacional, por lo común Estados
- c) Goza de personalidad jurídica propia.
- d) Está dotada de órganos permanentes que son distintos e independientes de los miembros de la Organización de las Naciones Unidas.
- e) Los órganos cumplen los objetivos de la organización y en ellos se forma la voluntad objetiva y colectiva de la propia organización, que jurídicamente es distinta de la de los miembros de la organización.

2.1.4 SU CLASIFICACIÓN

Se clasifica dentro de los Organismos Internacionales que se proponen lograr fines generales cuyos objetivo básico es la cooperación en el ámbito social y humanitario, en cuanto al objeto y en lo que concierne a la amplitud territorial. Conforme a su ámbito territorial de acción se encuentra clasificado como universal; ya que no limita sus actividades a un ámbito territorial determinado.

2.1.5 SU ESTRUCTURA Y FORMACIÓN DE LA VOLUNTAD

La OMS es un sujeto internacional de carácter funcional que necesita de órganos para cumplir sus fines y manifestar su voluntad. Tiene tres tipos de órganos principales cuyas funciones son las siguientes:

- a) Un órgano deliberante de carácter plenario denominado de distintas maneras:

Asamblea General, Conferencia, Congreso, Junta de Gobernadores. Caracterizado por estar formado por los representantes de los Estados miembros. Sus reuniones podrán ser en forma anual, cuatrimestral o quinquenal y tiene competencia general para acordar las líneas fundamentales de actuación de la organización.

- b) Un órgano ejecutivo llamado Consejo, Comité Directivo, Ejecutivo o de Administración. Su composición es más restringida que la del órgano deliberante y está formado por representantes de algunos Estados miembros. Su funcionamiento es permanente o semipermanente; ejerce funciones de carácter ejecutivo y demás competencias que sean necesarias para la realización de sus fines.

- c) Un órgano administrativo denominado Secretaría General, Dirección General o Presidencia. Se caracteriza por ser un órgano de funcionamiento permanente que ejerce funciones administrativas y de representación; además son auxiliados por otros órganos (subsidiarios), cuyas funciones son asignadas por los primeros.

Los procedimientos que revela la práctica internacional para la formación de la voluntad de los Órganos Internacionales son: la unanimidad, el método de la disidencia, el voto ponderado, las mayorías simples o calificadas, el consenso y el veto.

2.1.6 COMPETENCIA NORMATIVA

La Organización Mundial de la Salud, tiene capacidad para crear normas jurídicas, a consecuencia del poder normativo otorgado en sus tratados constitutivos. Su facultad normativa se manifiesta hacia su interior; por ejemplo, en normas dirigidas a su autoorganización (reglamentos internos, instrucciones y

recomendaciones interorgánicas), o bien hacia su exterior al dirigirse a otros sujetos de Derecho Internacional.

Por lo que se refiere al poder normativo hacia el exterior, se manifiesta a través de decisiones obligatorias, recomendaciones intersubjetivas y la preparación de textos internacionales. Como función de carácter preparatorio cabe señalar la existencia de declaraciones con la finalidad de definir determinados principios en ciertas materias. Dichas declaraciones no son obligatorias en principio, a menos de que posteriormente se conviertan en normas jurídicas obligatorias, por ser recogidas en un tratado o convertirse en costumbre internacional.¹¹

2.1.7 FINALIDADES DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

- a) Auxiliar a los gobiernos cuando lo soliciten, a tomarse más sólida, e intensificar su eficacia en su servicio de salud;
- b) Coordinar las actividades internacionales en lo que se refiere a la salud;
- c) Promover la erradicación de las epidemias y endemias;
- d) Cooperar para la mejoría de la enseñanza médica;
- e) Estimular la cooperación con las agencias internacionales especializadas, vigilando la mejoría de las condiciones de nutrición , habitación, sanitarias de diversión, económicas y de trabajo.

Como se dijo en la motivación se hará una síntesis de cada uno de los temas enunciados, que fueron tratados en el Convenio Marco de 1999 en Ginebra, los días 15 y 16 de mayo, empezando con el tema - La OMS y Las ONG se unen para el control mundial del Tabaquismo -.

¹¹ SZEKELY Alberto, Instrumentos Fundamentales de Derecho Internacional Público, Tomo I, UNAM, México, 1989, pp. 474

Tema "La Organización Mundial de la Salud y las Organizaciones No Gubernamentales se unen para el control del tabaquismo".

La OMS, por primera vez en la historia ejerce su derecho constitucional para negociar un convenio: el Convenio Marco para la Lucha Antitabáquica (CMLAT), el cual proporcionará un mecanismo a largo plazo para coordinar las acciones de países y comunidades en la lucha contra una epidemia que está matando a un cuarto de millones de personas al año y matará a diez millones hacia el año 2030, el 70% de los cuales provendrá de países en vía de desarrollo. La OMS considera a las Organizaciones No Gubernamentales (ONG), como un aliado esencial en esta lucha.

En la progresiva preparación de las negociaciones sobre El Convenio Marco para la Lucha Antitabáquica, la OMS cuenta con las Organizaciones No Gubernamentales para estimular el debate nacional, crear redes, ejercer presión sobre los gobiernos y encargados de tomar decisiones, proporcionar pericia técnica, movilizar apoyo público y desvelar las prácticas de la industria. La iniciativa "Liberarse del Tabaco" (TFI) quien se encarga de asegurar la presencia de las Organizaciones No Gubernamentales en todas las actividades y uno de los cometidos es el optimizar la colaboración OMS-ONG. Tal colaboración es crucial si los gobiernos han de tomar decisiones informadas y formular un poderoso convenio.¹²

Como podemos darnos cuenta el interés mayor de formar un Convenio Marco para la Lucha Antitabáquica es debido a que se está presentando la mayor epidemia prevenible de este siglo.

Tema "Control del Tabaquismo presente y futuro".

¹² KJELL Bjartvit, Juntos contra el tabaco, Encuentro de la INGCAT para la movilización de las ONG Internacionales Ginebra, 15-16 de mayo de 1999, pp. 7

A pesar de siglos de conocimiento y décadas de acción, 10 Conferencias Mundiales y muchas reuniones regionales, nacionales y subnacionales, el número de fumadores está aumentando; cada vez mueren más personas; sigue habiendo niños que adoptan el hábito y más del 40% sufre la exposición pasiva al humo del tabaco; además, los costos económicos se están agravando. Por añadidura, se está transmitiendo la epidemia a los países en vías de desarrollo, de modo que hacia el año 2030 únicamente el 15% de los fumadores del mundo viviría en los países desarrollados. Sólo será posible reducir la epidemia si se incrementan considerablemente los esfuerzos encaminados a evitar que los niños fumen y a ayudar a los adultos a dejar de fumar.

La epidemia del tabaco presenta diferentes problemas y difíciles estrategias para los gobiernos, más acostumbrados a luchar contra la malaria y la tuberculosis. Muchos están erróneamente preocupados por las consecuencias económicas de las acciones en materia de control del tabaquismo. El mayor obstáculo es la industria tabacalera.

Ahora bien, se han producido nuevos acontecimientos y han surgido iniciativas nuevas que pueden suponer un paso hacia delante en la lucha para controlar la epidemia; entre ellos citaremos: la revelación pública de los documentos internos de la industria tabacalera, las nuevas colaboraciones dentro del ámbito de control del tabaquismo, los litigios ganados y el importante compromiso de la OMS, plasmando en su Iniciativa "Liberarse del Tabaco" y en el desarrollo de un Convenio Marco para la Lucha Antitabáquica".¹³

Tema "La urgencia del Control del Tabaquismo".

Si examinamos las actividades del control del tabaquismo a escala mundial, nos veremos obligados a reconocer que el grado de urgencia con que se está abordando la epidemia tabáquica varía mucho de un lugar a otro y que se están

¹³ *Ibidem.* pp. 11

consiguiendo resultados en una escala que oscila entre excelentes y nulos. El factor éxito no está relacionado con la condición de país desarrollado o en vías de Desarrollo. La prueba es que muchos países desarrollados no han reproducido los logros constatados en otros.

Hay toda una serie de factores que bloquean el progreso y reclaman la atención urgente; los gobiernos se están dejando influenciar por las industrias tabacaleras u otras industrias relacionadas con él; hay una falta general de datos sobre prevalencia tabáquica y cesación; los índices de cesación son bajos; los grupos de presión de salud pública se están viendo obligados a aceptar compromisos políticos y en ocasiones pierden terreno debido a desacuerdos entre aquellos que luchan por el mismo objetivo. Es preciso difundir un sentimiento de urgencia más activamente y a escala mundial. El primer paso consiste en impulsar y apoyar el Convenio Marco para la Lucha Antitabáquica, que proporcionará a las Organizaciones No Gubernamentales un punto de referencia común y con autoridad en la lucha contra el tabaco.¹⁴

Tema "Tabaco y Pobreza"

De los 1 200 millones de fumadores que pueblan el mundo actualmente, 800 millones pertenecen a los países en vías de desarrollo. Efectivamente, el consumo está aumentando más rápidamente entre los más pobres del mundo. Muchos gobiernos de países en desarrollo dan la bienvenida a esos " inversionistas " extranjeros ignorando que el tabaco es un mal cálculo económico para sus respectivos países. Los gobiernos gastan sumas impresionantes de dinero curando enfermedades relacionadas con el tabaco y/o sufriendo la pérdida de sus trabajadores activos que ya no podrán mantener más tiempo a sus familias.

En los países donde prolifera el tabaco, todos los beneficios generados van a parar a las transnacionales y no a los erarios públicos. Se explota a una mano

¹⁴ *Ibidem.* pp. 25

de obra barata y las tierras fértiles se dedican al cultivo del tabaco cuando podrían dedicarse a cultivos alimentarios. La industria se aprovecha de la falta de legislación y pone a la venta productos con un contenido de alquitrán y aditivos, ilegal desde hace ya tiempo en los países desarrollados.

La agresiva publicidad y las estrategias de promoción están inculcando en millones de personas pobres de todo el mundo un hábito que los obligará a gastar una enorme proporción de sus respectivos sueldos en cigarrillos, añadiendo las enfermedades relacionadas con el tabaco a la larga y terrible lista de enfermedades ya existentes. Se hace necesaria una acción inmediata tanto a escala nacional como internacional.

Tema "Un llamamiento a la acción"

Las respuestas a la pregunta "¿por qué la gente empieza a fumar?" se han buscado tradicionalmente tratando de determinar las características demográficas, sociales e individuales relacionadas con el hábito y que pueden predecir su adopción.

Sin embargo, a diferencia de otras amenazas a la salud pública, fumar es la única que tiene un poderoso respaldo multinacional - la industria tabacalera - que fomenta y estimula su propagación. En consecuencia, una respuesta alternativa a la pregunta "¿por qué los jóvenes fuman?" sería que lo hacen porque la industria tabacalera les propone algo mejor que los defensores de la causa de la salud. Ello implica que es preciso aprender mucho sobre la industria no sólo para combatir sus actividades, sino también para encauzar estrategias de control del tabaquismo.

La ponencia explica, en primer lugar, los principios y prácticas del marketing tabacalero recurriendo a ejemplos y documentos de la industria para ilustrar cada punto en cuestión. En segundo lugar, pone de relieve algunas de las lecciones

obtenidas tras el análisis y dirigidas a los defensores de la causa del control del tabaquismo.

Tema "Asociación y cooperación para reducir el número de muertes relacionadas con el tabaquismo"

La colaboración que la industria de la automedicación puede proporcionar a la causa del control del tabaquismo está basada en la unión de nuestras respectivas fuerzas. Somos conscientes de que existen áreas fundamentales en el control del tabaquismo en las que nuestra escasa experiencia no nos permite hacer aportaciones importantes, sino simplemente cooperar. Nuestra fuerza estriba en nuestra capacidad para proporcionar productos seguros y eficaces, y conocimientos científicos sobre dependencia y cesación, que pueden ayudar a los fumadores a dejar de serlo. Vamos a crear colaboraciones en estas direcciones con el fin de demostrar el auténtico potencial de la Terapia Sustitutiva con Nicotina para los consumidores de tabaco y aquellos que los ayuden.

Tema "Evaluación de los progresos durante la 11ª. Conferencia Mundial sobre Tabaco o Salud"

Los programas sanitarios obtienen mejores resultados cuando las Organizaciones No Gubernamentales participen en ellos. Y así, uno de los objetivos de la 11ª Conferencia Mundial sobre Tabaco o Salud es el incrementar el número de Organizaciones No Gubernamentales implicadas en la lucha contra el tabaco, especialmente a la hora de alcanzar áreas del mundo donde hay pocas actividades de control del tabaquismo y un elevado índice de enfermedades relacionadas con el tabaco.

La 11ª Conferencia Mundial fomentará el desarrollo mediante becas que permitan asistir a la Conferencia, proporcionando un capital inicial para nuevos programas y ejerciendo, a escala estatal, una vigilancia mundial de los temas

referentes al tabaco. Las Organizaciones No Gubernamentales internacionales pueden contribuir a la expansión del control del tabaquismo asistiendo a la conferencia para crear nuevas colaboraciones y proporcionar ideas nuevas, comprometiéndose solamente en la lucha antitabáquica y haciendo que sus miembros participen activamente en los programas de control del tabaquismo.

Tema "Exposición de los niños al humo del tabaco y al tabaquismo".

El humo del tabaco de los demás es causa de toda una serie de problemas de salud. A diferencia de los adultos, los niños tienen escaso control sobre su propia exposición al humo del tabaco, la mayor parte del cual será determinado por el tabaquismo parental.

El impacto es grave y empieza antes del nacimiento: bajo peso al nacer y complicaciones durante el embarazo; síndrome de muerte súbita del lactante. La Asociación Médica Británica calcula que en el Reino Unido mueren 100 niños al año debido al síndrome de muerte súbita asociado al tabaquismo; enfermedades respiratorias en bebés y niños; puede agravar el asma y provocar ataques. Hay algunas pruebas, no decisivas aún, de que tales efectos pueden ser provocados por la exposición al humo del tabaco; el 80% de gente con asma declara que el humo del tabaco de los demás empeora los síntomas de su enfermedad.¹⁵

2.1.8 LOGROS Y FRACASOS DE LA OMS EN LA LUCHA CONTRA EL TABACO

LOGROS: En los países desarrollados se ha producido un estancamiento de la tasa de mortalidad masculina por cáncer de pulmón, podemos decir que son en 15 países Europeos y Australia, Canadá y en algunos Estados, de los Estados Unidos de Norteamérica; hablando de la población fumadora con mayoría de edad, ya que no se han podido conseguir datos sobre el tabaquismo infantil.

¹⁵ *Ibidem*, Pp.73

El logro que ha tenido la OMS, en México se dio en este 2003, al obtener la firma del Convenio Marco para la Lucha Contra el Tabaquismo; la legislación conseguida en China, aún por aplicar en su totalidad; Finlandia es otro ejemplo de los países en los cuales se ha disminuido la mortalidad por cáncer de pulmón debido al consumo del tabaco a pesar de los debates con la industria tabacalera desde los años setentas.

FRACASOS: desafortunadamente la OMS en su lucha contra el tabaquismo ha tenido más fracasos que logros tales como los que a continuación se refieren: La mortalidad en Hungría va en aumento desde hace 20 años; en Indonesia se vende libremente el cigarrillo sin restricción ni advertencia alguna en las cajetillas, además de contener un grado de alquitrán de 55 mg. y clavo de especia, lo cual aumenta su capacidad alérgica; en países en vías de desarrollo de Europa Central, Europa del Este, Asia y en los países en desarrollo de América Latina.

Estos fracasos se han ocasionado principalmente por la oposición a una legislación que afecte los intereses de la Industria Tabacalera a nivel local e internacional.

La Organización Mundial de la Salud está haciendo un esfuerzo por convencer a los gobiernos de que se unan a su lucha por medio de la firma del Convenio Marco.¹⁶

2.2 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

La Organización Panamericana de la Salud, es uno de los organismos especializados interamericanos para tratar asuntos técnicos especiales o para desarrollar determinados aspectos de la cooperación interamericana relacionados con la salud de los pueblos americanos, así como el control de endemias y

¹⁶ *Ibidem*, pp. 83

epidemias a nivel regional. Este organismo fue establecido por un Acuerdo Multilateral en el año de 1948 en Bogotá, Colombia; iniciando sus actividades hasta el año de 1951.

La Organización Panamericana de la Salud disfruta como otros organismos internacionales especializados de la más amplia autonomía técnica, siempre tomando en cuenta las recomendaciones del Consejo, de conformidad con las disposiciones de la Carta Panamericana; además tiene la obligación de enviar al Consejo informes periódicos sobre el desarrollo de sus actividades y acerca de sus presupuestos y cuentas anuales.

La Organización Panamericana de la Salud al concertar Acuerdos de carácter mundial con la Organización Mundial de la Salud, debe mantener su identidad y posición como parte integrante de la Organización de Estados Americanos, aún cuando desempeñe funciones regionales de dichos organismos, debiendo establecer relaciones de cooperación, a fin de coordinar sus actividades.

Este organismo gozará en el territorio de cada uno de los Estados Miembros, de capacidad jurídica propia, privilegios e inmunidades que sean necesarios para el ejercicio de sus funciones y la realización de sus objetivos.

2.2.1 SU MISIÓN

Es cooperar técnicamente con los Países Miembros y estimular la cooperación entre ellos para que, a la vez que conserva un ambiente saludable y avanza hacia el desarrollo humano sostenible, la población de las Américas alcance la salud.¹⁷

¹⁷ INTERNET: <http://www.paho.org>

2.3 SECRETARÍA DE SALUD

2.3.1 RESEÑA HISTÓRICA

Por ser el tabaquismo un serio problema de Salud Pública en nuestro país, es importante conocer los antecedentes y la creación de la Secretaría de Salud, la Principal Institución de gobierno a nivel Federal que controla la Salud Pública en México.

Desde el siglo pasado, existieron instituciones con una sólida tradición de trabajo para conservar y apoyar la salud humana las cuales permitieron establecer la salubridad general, tal es el caso de la Facultad Médica del Distrito Federal en 1831 y sobre todo, el Consejo Superior de Salubridad fundado diez años después y de los cuales haremos referencia continuación.

La reseña de los eventos más importantes que han ocurrido en la evolución histórica de los servicios de salud en nuestro país, se resume en cuatro grandes etapas .

En una primera etapa se pueden incluir los acontecimientos ocurridos desde la independencia hasta antes de la promulgación de la Constitución de 1917. Durante el siglo pasado e inicios del actual, no se concebía aún un sistema público de prestación de servicios de salud, toda vez que el gobierno de la república se limitó a llevar a cabo acciones de control epidemiológico, fundamentalmente en puertos y fronteras.

La asistencia social se manifestaba en acciones aisladas que prestaban las organizaciones eclesiásticas, las instituciones de beneficencia privada y los particulares, de manera desarticulada y casuística. Posteriormente, la desamortización de los bienes del clero dio lugar a que las instituciones de asistencia en el Distrito Federal quedaran bajo el control del gobierno federal, con

ello , la autoridad ejercía la vigilancia de los establecimientos asistenciales administrados por el ayuntamiento, a través de la Secretaría de Gobernación.

En 1846 se crea el Consejo Superior de Salubridad, el cual en 1872 fue transformado. Poco después se crearon Juntas de Salubridad en cada uno de los estados, así como Juntas de Sanidad en los Puertos.

El Primer Código Sanitario se expide en 1894, el cual concedió al Ejecutivo Federal facultades sobre puertos, fronteras y asuntos migratorios; y en 1899 entró en vigor la Ley de Beneficencia Privada para el Distrito Federal y Territorios Federales, la cual establecía una Junta para promover y vigilar los establecimientos.

Sin embargo, cabe destacar que, en la segunda mitad del siglo pasado, el Estado no asumió la responsabilidad de prestar atención médica conforme a un criterio de universalidad. Las acciones efectuadas de prevención y restauración de la salud, en su mayoría, se constituían en expresión de algunos grupos y sistemas sociales preocupados por el bienestar de ciertos grupos de población desprotegidos.

La segunda etapa se inicia con la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, cuyo artículo 73 prevé la creación de dos autoridades en materia de salud: El Departamento de Salubridad y el Consejo de Salubridad General y concluye en 1982. La Constitución de 1917 atiende a los derechos sociales, como se puede observar en su artículo 123, que establece las bases fundamentales de la seguridad social de los trabajadores.

En 1934 entró en vigor la Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios de Salubridad y los Gobiernos de los Estados para que se crearan los servicios Coordinados de Salud Pública, órganos regionales de competencia coordinada y

concurrente, para así sumar los esfuerzos de los niveles de gobierno y lograr la unificación técnica de los servicios.

En 1937 se creó la Secretaría de Asistencia la cual, en 1943, se fusionó con el Departamento de Salubridad para constituir la Secretaría de Salubridad y Asistencia; y en 1947 se publica la Ley de Secretarías y Departamentos, la cual otorga a la Secretaría de Salubridad y Asistencia facultades para organizar, administrar, dirigir y controlar la prestación de servicios de salud; la asistencia y la beneficencia pública. Ese mismo año, se confía a la Secretaría de Salubridad y Asistencia la administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública.

Durante sus primeros años, la nueva Secretaría centró su esfuerzo en el cumplimiento del Plan de Construcción de Hospitales, iniciado en 1940. Este Plan tenía como propósito que la nación mexicana se beneficiara con un sistema hospitalario que impartiera la atención médica en tres grupos institucionales: hospitales generales centrales, en las ciudades que contaran con facultades de medicina; hospitales regionales, para satisfacer las necesidades médicas de determinadas zonas y hospitales generales rurales, para pequeñas colectividades. Como motor de esa red se encontraría el Centro Médico de la República, ubicado en la ciudad de México.

De esa década data también, la creación de otros importantes centros hospitalarios como son : El Hospital del Niño, (actualmente el Hospital Infantil "Federico Gómez", el 30 de abril de 1943); el Instituto Nacional de Cardiología, fue inaugurado en abril del siguiente año y en el cual se atendían a enfermos que requirieran ser encamados o recibir tratamiento ambulatorio; asimismo prestaba servicios de prevención contra enfermedades cardiacas y servicio social en beneficio de pacientes de escasos recursos, a la vez se construyó el centro de investigación pura y aplicada, y de enseñanza especializada; un mes antes de finalizar la gestión del Dr. Gustavo Baz Prada, en octubre de 1946, fue puesto en funciones el Hospital para enfermedades de la Nutrición.

En el aspecto sanitario, los puntos destacados del programa de acción en el período 1943-1946 fueron las obras de saneamiento urbano y rural mediante la introducción de agua potable, la instalación de sistemas de avenamiento y la lucha contra las enfermedades transmisibles más frecuentes.¹⁸

En 1954 se creó la Comisión Nacional de Hospitales. Por decreto se encomendó a la Secretaría de Salubridad y Asistencia la tarea de orientar los programas de construcción y organización de unidades hospitalarias y se declaró de interés y beneficio social la campaña para erradicar el paludismo.

Los Programas de Salubridad Integral, constituyeron una de las características más notables en el desarrollo de los Servicios Coordinados de Salubridad y Asistencia durante ese periodo. Tales programas tendían a lograr el bienestar de la población mediante la solución de los problemas sanitario-asistenciales.

Para atender poblaciones de 50 mil a 100 mil habitantes se construyeron numerosos centros de salud, en los cuales se suministraban servicios preventivos y sociales, que se complementaban con la asistencia médica en los hospitales regionales. En poblaciones menores se instalaron los centros auxiliares rurales, cuyos programas y servicios estaban íntimamente relacionados con los centros de salud.

Durante el siguiente sexenio 1958-1964 siendo presidente entrante el Licenciado Adolfo López Mateos, la Secretaría de Salubridad y Asistencia estuvo a cargo del Dr. José Álvarez Amézquita se reorganizaron los servicios de la Secretaría y se establecieron separadamente, la Subsecretaría de Salubridad y la de Asistencia; y se crean nuevas direcciones generales. La característica principal

¹⁸ CFR. con: BUSTAMANTE, Miguel E., La Salud Pública en México, Secretaría de Salud, México 1982 ; pp. 30-42; ACOSTA, Romero Miguel y MARTÍNEZ, Morales Rafael, Panorama de la Legislación Administrativa , 3ªEd., Porrúa, México, 1982, pp. 147-164 ; VALDÉS, Diego et. al. Derecho Constitucional a

de este sexenio fue la disminución de las tasas de mortalidad, gracias a la intensificación y aplicación de la investigación epidemiológica y de las campañas contra enfermedades epidémicas –viruela , tifo, poliomielitis- y contra las endemias –oncocercosis, paludismo- y otras epidemias.

En materia de saneamiento y desarrollo integral de comunidades rurales, se iniciaron nuevos programas y se incrementaron las actividades encaminadas al bienestar social de la población campesina, aprovechando las técnicas de organización de las propias comunidades. Mediante programas médicos sanitarios se siguió proporcionando atención materno infantil, medicamentos e inmunizaciones contra diversos padecimientos; asimismo se amplió la educación para la higiene de la comunidad.

El Programa de Bienestar Rural promovió mejoras a la vivienda, construcción de parques y jardines, eliminación de basura, construcción de sanitarios rurales, jardines de niños, desayunadores infantiles y la instalación de comités de bienestar escolar y ejércitos infantiles para salud; se dedicó especial atención al mejoramiento de salud pública, a la dotación de agua potable y a la alimentación.

Sexenio del Presidente Gustavo Díaz Ordaz 1964-1970 en este periodo estuvieron dos doctores al frente de la Secretaría Rafael Moreno Valle de 1964 a 1968 y Salvador Aceves Parra de agosto de 1968 a noviembre de 1970. Durante este periodo se tuvo por concepto de salud el equilibrio que permite al individuo mayor protección y el logro del más alto nivel personal y colectivo.

A la lucha por la salud se abocaron las campañas sanitarias, la orientación higiénica para la educación y las medidas de prevención, así como las de asistencia médica y social.

la Protección de la Salud. Porrúa , México, 1965, pp. 87-130; FRENK, Mora Julio, Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, México, 2000, pp. 3-22 y otros.

El acontecimiento más relevante de este periodo fue la "Operación Castañeda", destinada a sustituir el antiguo Manicomio General por una red de hospitales y granjas psiquiátricos acordes con las nuevas tendencias de atención a los enfermos mentales.

Sexenio del Presidente Luis Echeverría Álvarez en el cual fue Secretario de Salud el Dr. Jorge Jiménez Cantú desde diciembre de 1970 a febrero de 1975 y el Dr. Ginés Navarro Díaz de León, de marzo de 1975 a noviembre de 1976. Esta etapa se caracterizó por su dirección hacia el uso adecuado de los recursos de la ciencia y la técnica para propiciar la salud de los individuos y de las colectividades. Para ello, las actividades de la Secretaría se centraron en la promoción y protección de la salud, llevadas a cabo principalmente en áreas rurales y zonas marginadas de las ciudades.

Fue también trascendente la formulación del Plan Nacional de salud para el periodo 1974-1983, con base en los planes y ponencias presentados por las instituciones del Sector Salud, gobiernos estatales y municipales, e instituciones de enseñanza superior participantes en la primera Convención Nacional de Salud, celebrada en julio de 1973.

En este lapso México se encontraba en una etapa de transición económico-social caracterizada por la acentuación de fenómenos que venían ocurriendo desde tiempo atrás; así el crecimiento acelerado de la población y el desplazamiento del campesinado a las ciudades propiciaban la formación de áreas marginadas en las grandes ciudades, ya que la población rural debía enfrentar patrones culturales ajenos, carencia de preparación para labores urbanas y escasos recursos económicos.¹⁹

En 1977, con base en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, se estableció el Sector Salud, entendido como el agrupamiento administrativo de

¹⁹ CFR con: BUSTAMANTE E., *La Salud Pública en México*, pp. 43-56 y otras. Ob. Cit.

entidades paraestatales bajo la coordinación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, para asegurar la coordinación operativa y el control de las entidades que actúan en el campo de la salud.

En 1978 se instituyó la Comisión Intersecretarial de Saneamiento Ambiental, para apoyar la coordinación de las acciones que en materia de mejoramiento del ambiente llevan a cabo las distintas dependencias y entidades competentes. Por lo tanto, esta segunda etapa se caracteriza por la centralización de los servicios de salud. Se desarrollaban acciones importantes, pero no estaban programadas en forma integral, lo que generaba la dificultad de definir en esta etapa un sector formalmente constituido.

En 1982 puede considerarse que surge una tercera etapa, en la cual, entre las primeras acciones que se emprendieron, destaca la adición al artículo 4º Constitucional publicada en el Diario Oficial de la Federación el 3 de febrero de 1983; con ello, se consagra el derecho a la protección de la salud como una garantía social al señalar que la Ley establecerá las bases y modalidades del acceso a los servicios de salud y distribuirá la concurrencia en materia de salubridad general entre la federación y las entidades federativas.

Asimismo, fue reformado el Código Sanitario para establecer lo que era responsabilidad de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, y que las distintas dependencias y entidades que actuaban en el campo de la salud coordinarían sus acciones para lograr así un uso más racional de los recursos, en ese sentido, se reformó la fracción I del artículo 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, para enriquecer la atribución Normativa y coordinadora de la Secretaría, al encargarse de establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general y de coordinar los programas de servicio de salud de la administración pública federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que se determinen.

De esta manera, el sector Salud quedó integrado por entidades e instituciones de la administración pública federal que desarrollaban funciones en la materia, teniendo como coordinadora a la Secretaría de Salubridad y Asistencia; el 7 de enero de 1984 se publicó en el Diario Oficial de la Federación; la Ley General de Salud, que define la naturaleza y composición del Sistema Nacional de Salud, así como las facultades que se atribuyen a la Secretaría en su carácter de coordinadora de dicho sistema.

La Ley General de Salud define también lo que se entiende por salubridad general; atención médica, salud pública y asistencia social y redistribuye, con intenciones descentralizadoras, la competencia sanitaria entre la federación y las entidades federativas, como lo dispone la enmienda constitucional. Igualmente, se define la naturaleza a la protección a la salud e instituye los mecanismos que deberá utilizar el estado para disponer de las condiciones que aseguren su cumplimiento creciente.²⁰

El 30 de agosto de 1983, se expidió el Decreto mediante el cual el Ejecutivo Federal establece las bases a las que se sujetará el programa de descentralización de los servicios de salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, con el cual se puede considerar que da inicio el objetivo de la descentralización.

Con base en este Decreto, en febrero de 1984 los gobiernos federal y estatal, en el Marco del Convenio Único de Desarrollo acordaron promover la descentralización de la vida nacional y fortalecer las bases del régimen federal, así como realizar conjuntamente las acciones necesarias para llevar a cabo la integración programática de los servicios de salud en los estados y, posteriormente, la integración orgánica de los servicios de salud a población abierta a cargo de la SSA, del IMSS-COPLAMAR y de la propia entidad.

²⁰ CFR con: BUSTAMANTE E., La Salud Pública en México, pp. 57-79 y otras. Ob. Cit.

El Ejecutivo Federal expidió el 8 de marzo de 1984, el Decreto por el que se descentralizan a las entidades federativas los servicios que prestaba la Secretaría en los estados y los que, dentro del Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria, denominado IMSS-COPLAMAR, proporcionaba el IMSS.

El 21 de enero de 1985, se reforma la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, con lo cual la Secretaría de Salubridad y Asistencia cambió su nombre por Secretaría de Salud.

En el periodo 1988-1994, la entonces Secretaría de Programación y Presupuesto emitió las políticas de racionalización de recursos. Con base a lo anterior, la Secretaría de Salud modificó su estructura orgánica en 1988 al realizar cambios importantes, en atención a las necesidades existentes.

1988-1994. La Secretaría de Salud, con la participación del Sistema Nacional de Salud y con base en las estrategias generales del Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994, las atribuciones que le confieren la Ley General de Salud y la Ley Orgánica de la Administración Pública, así como las conclusiones del Foro de Consulta Popular en Salud, Asistencia y Seguridad Social, y las sugerencias y recomendaciones presentadas por los expertos de diferentes instituciones del Sistema, elaboró el Programa Nacional de Salud 1990-1994.

El Programa constituye la estrategia operativa del Sistema Nacional de Salud, para alcanzar los objetivos y metas señaladas en los campos de la salud y la asistencia social que señala como políticas básicas: el fomento de la cultura de la salud; el acceso universal a los servicios con equidad y calidad; la prevención y control de enfermedades y accidentes; la protección del medio ambiente y saneamiento básico; la contribución a la regulación del crecimiento demográfico y el impulso a la asistencia social.

La simplificación administrativa, proceso dinámico que contribuye al quehacer institucional, actividad fundamental en el campo de la salud pública. Mediante éste, en 1991 las reformas y adiciones a la Ley General de Salud, particularmente, en materia de control sanitario de medicamentos, estupefacientes, psicotrópicos, publicidad, control sanitario de órganos y tejidos, y cadáveres humanos, así como autorizaciones sanitarias y sanciones administrativas, tienden a la simplificación de trámites y eliminación de obstáculos en su relación con sectores productivos, el cese de licencias sanitarias y en su lugar el establecimiento del control sanitario a través de las acciones de orientación, educación, muestreo, verificación y en su caso, aplicación de medidas de seguridad y sanciones. Las nuevas modificaciones y adiciones incorporan así, el Programa de Modernización de la Regulación Sanitaria de la Secretaría de Salud.

Para el periodo 1994-2000 y en cumplimiento con la política de racionalización del presupuesto federal, se encuentran dos momentos de importancia en la estructuración orgánica y funcional de esa secretaría. En el primero la Subsecretaría de Coordinación y Desarrollo, cambia de denominación por Subsecretaría de Planeación, a cuyo tramo de control se le adscriben las direcciones generales de Asuntos Internacionales; de Estadística e Informática y de Evaluación y Seguimiento.

Para el periodo 1994-2000 y en cumplimiento con la política de racionalización del presupuesto federal, se encuentran dos momentos de importancia en la estructuración orgánica y funcional de esa secretaría. En el primero la Subsecretaría de Coordinación y Desarrollo, cambia de denominación por Subsecretaría de Planeación, a cuyo tramo de control se le adscriben las direcciones generales de Asuntos Internacionales; de Estadística e Informática y de Evaluación y Seguimiento.

Por lo que se refiere al sexenio de Ernesto Zedillo Ponce de León 1994-2000, las acciones encaminadas a "El Programa de Lucha contra el Tabaquismo"

no fueron tomadas con la responsabilidad que se debiera a pesar de las acciones emprendidas por la Organización Mundial de la Salud, siendo hasta el año 1999, cuando se propone a México por parte de esta Organización, la firma del Convenio Marco propuesto en Ginebra los días 15 y 16 de mayo.

El 15 de septiembre del 2000 se publica en el Diario Oficial de la Federación, el Nuevo Reglamento Interior de la Secretaría de Salud y el 31 de octubre del mismo año, se publica en el mismo órgano oficial el Acuerdo de Adscripción Orgánica de las Unidades Administrativas de la Secretaría de Salud, los cuales reflejan cambios en la estructura orgánica.²¹

2.3.2 LOS ASPECTOS FUNDAMENTALES DE LA SECRETARÍA DE SALUD

Mejorar la preparación técnica del personal para lograr mayor rendimiento, a través de la Escuela de Salubridad y las Estaciones de Adiestramiento, así como la acción sanitaria concerniente a la educación higiénica para llevar a la población mexicana los conocimientos sobre las enfermedades que le afectaban y la forma en que podía evitarlas.

El 1º de julio de 1984, entró en vigor la Ley General de Salud, derivado de esta ley se encuentra El Programa Nacional de Salud 1984-1988 el cual establece como lineamientos programáticos, las acciones dirigidas a prevenir el tabaquismo, lo que nos atañe directamente en la investigación presente; siendo parte integrante de éste: "El Programa de lucha contra el tabaquismo" en el cual no solamente intervino la Secretaría de Salud en su planeación y elaboración sino, fue en conjunto con diversas Secretarías, Instituciones, Asociaciones y Organizaciones que a continuación enunciamos:

- Secretaría de Comercio y Fomento Industrial (hoy Secretaría de Economía)
- Secretaría de Agricultura y Recursos Hidráulicos

²¹ CFR con: BUSTAMANTE E., La Salud Pública en México, pp.

- Secretaría de Educación Pública
- Secretaría del Trabajo y Previsión Social
- Departamento del Distrito Federal (hoy Gobierno del Distrito Federal)
- Instituto Mexicano del Seguro Social
- Instituto de Seguridad Y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
- Instituto Mexicano de Psiquiatría
- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias
- Consejo de Salubridad General

Asimismo, participaron como representantes del sector social el Congreso del Trabajo, la Academia Nacional de Medicina y el Consejo Nacional de Recursos para la Atención de la Juventud; y por parte del sector privado, la Confederación de Cámaras Nacionales de Comercio, Servicios y Turismo. Cabe destacar que en la elaboración del Programa participaron las siguientes Instituciones:

- Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia
- Asociación Nacional de Padres de Familia
- Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior
- Asociación Psiquiátrica Mexicana
- Cigarrera y Tabacalera Mexicana, S.A. de C.V.
- Comité Mexicano del Hábito de Fumar
- Gabinete de Salud de la Presidencia
- Hospital General de México
- Hospital Infantil de México
- Instituto Nacional de Perinatología
- Instituto Nacional de Cardiología "Dr. Ignacio Chávez"
- Instituto Nacional de Cancerología
- Instituto Nacional del Consumidor

- Instituto Nacional de Nutrición "Dr. Salvador Zubirán"
- Instituto Nacional de Pediatría
- Instituto Politécnico Nacional
- Organización Panamericana de la Salud
- Secretaría de Desarrollo Urbano y Ecología (hoy Secretaría del Medio Ambiente)
- Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía del Tórax
- Secretaría de Programación y Presupuesto (hoy desaparecida)
- Universidad Nacional Autónoma de México.²²

Durante 1991, se efectuaron las siguientes modificaciones: el 7 de abril se transfiere con todos sus recursos la Junta de Asistencia Privada al Departamento del Distrito Federal y el 24 del mismo mes se creó el Consejo Nacional de Vacunación (CONAVA), que tenía como propósito fundamental el establecimiento y coordinación del programa de vacunación universal.

Una de las acciones importantes realizadas el 14 de junio de 1991, fue la referente modificación a la Ley General de Salud en las materias de planificación familiar, efectos del ambiente en la salud, control sanitario de medicamentos, estupefacientes, psicotrópicos, publicidad, control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos, así como de autorizaciones sanitarias y sanciones administrativas.

Por su importancia, merece destacarse que en julio de 1991 se estableció un nuevo esquema de organización de la Secretaría que atendió a las reformas legislativas y a las necesidades del país en materia de salud. En ese mismo año la Secretaría de Hacienda y Crédito Público autoriza, en la estructura de la Secretaría de Salud el Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (CONASIDA), como órgano administrativo desconcentrado.

Para el periodo 1994-2000 y en cumplimiento con la política de racionalización del presupuesto federal, se encuentran dos momentos de importancia en la estructuración orgánica y funcional de esta Secretaría. También se crea la Dirección General de Normas, Supervisión y Desarrollo de los Servicios de Salud, con el propósito de establecer la normatividad para la operación y desarrollo de los servicios de atención médica en coordinación con las unidades componentes.

De la fusión de las direcciones generales de Atención Materno Infantil y de Planificación Familiar, se crea la Dirección General de Salud Reproductiva con el propósito de verificar criterios y dar seguimiento a los programas de planificación familiar y de atención materno infantil. Asimismo, la Coordinación de los Institutos Nacionales de Salud, cambia su denominación por Coordinación Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud, dependiente del área del C. Secretario.

El Laboratorio Nacional de Salud Pública en ese primer momento, surge como órgano administrativo desconcentrado, dependiente de la Subsecretaría de Fomento Sanitario.

Además a través del Decreto publicado en el D.O.F. del 11 de mayo de 1995, se descentraliza el Hospital General de México; y al año siguiente el tres de junio, se crea como órgano desconcentrado la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), con el propósito de contribuir a resolver los conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de dichos servicios, otorgándole autonomía técnica para recibir quejas e investigar las presuntas irregularidades en la prestación de los servicios médicos, así como para emitir sus opiniones acuerdos y laudos.

El 25 de diciembre de ese 1996, se publicó en el D.O.F. el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud en las 31 entidades

²² Programa contra el Tabaquismo, Secretaría de Salud, México, 1987.

federativas, concretándose en 1997 con la firma de los convenios correspondientes para su creación como organismos públicos descentralizados.

Así como esto, podríamos citar muchas otras actividades que se han llevado a cabo a través de la historia de la Secretaría de Salud; para concluir citaremos la creación de la figura de Comisionado Nacional contra las Adicciones, que se desincorpora de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica y el cambio de adscripción como áreas de apoyo al C. Secretario de la Dirección General de Asuntos Internacionales y del Secretario del Consejo Nacional de salud, unidades que se encontraban adscritas a las subsecretarías de Coordinación Sectorial de Prevención y Control de Enfermedades respectivamente.

2.3.3 PROPÓSITO

La actual conformación y reordenamiento de la Secretaría de Salud, tiene como propósito contar con una estructura organizacional que coadyuve al logro de los objetivos institucionales, sectoriales y del gobierno federal, a través del fortalecimiento de las funciones sustantivas que garantice un eficiente desarrollo de los programas asignados a cada una de las áreas que conforman esta estructura y que responde a las necesidades reales de operación y productividad en beneficio de los usuarios, dentro de un esquema de optimización de recursos existentes en la Secretaría de Salud.²³

2.3.4 FUNCIONES

En este punto sólo señalaremos aquellas que se relacionan directa o indirectamente con nuestro tema de investigación:

²³CFR con: Reseña Testimonial, Secretaría de Salud, 1988-2000, pp.47; FRENK Mora Julio, Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, pp 3-22

I.- Crear y administrar establecimientos de Salud, de Asistencia Pública y de Terapia Social en cualquier lugar del Territorio Nacional;

II.- Organizar la Asistencia Pública en el Distrito Federal;

V.- Administrar los bienes y fondos que el gobierno federal destine para la atención de los servicios de asistencia pública;

VI.- Impartir asistencia médica y social a la maternidad y a la infancia y vigilar la que se imparta por instituciones públicas o privadas;

XIV.- El control sobre preparación, posesión, uso, suministro, importación, exportación y distribución de drogas y productos medicinales,

XV.- Estudiar, adoptar y poner en vigor las medidas necesarias para luchar contra las enfermedades transmisibles contra las plagas sociales que afecten la salud, contra el alcoholismo, el tabaquismo y las toxicomanías y otros vicios sociales, y contra la mendicidad;

XVI.- Poner en práctica las medidas tendientes a conservar la salud y la vida de los trabajadores del campo y de la ciudad.....

XVIII.- Organizar congresos sanitarios y asistenciales;

XIX.- Prestar servicios de su competencia, directamente o en coordinación con los Gobiernos de los Estados y el Distrito Federal;

XX.- La vigilancia sobre el cumplimiento de La Ley General de Salud y de sus Reglamentos.²⁴

²⁴CFR con: ACOSTA Romero Miguel y MARTÍNEZ Morales Rafael, Panorama de la Legislación Administrativa, 3ª edición, Porrúa, México, 1989, pp. 56-59

2.4 CLÍNICAS DE TABAQUISMO EN MÉXICO, DISTRITO FEDERAL

La mayor parte de las Instituciones de Salud proporcionan algún tipo de atención a los fumadores y a las personas con padecimientos asociados al tabaquismo. Las Clínicas para dejar de Fumar, se han concentrado en el tratamiento de las enfermedades relacionadas con el uso crónico del tabaco, principalmente de los problemas respiratorios, cardiovasculares y oncológicos, pero con acciones limitadas para la prevención, identificación precoz y tratamiento oportuno.

En los últimos años se ha tenido experiencia en el Sector Salud con Programas dedicados a la atención de fumadores severos crónicos, que tienen por objeto facilitarles el abandono de su hábito. En estas actividades ha participado la Clínica de Tabaquismo del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias en conjunto con el Instituto Mexicano de Psiquiatría, la que ha dado origen a otras Clínicas que se han establecido en Hospitales como son:

El del Instituto Nacional de Cancerología; Hospital Inglés ABC, (Institución Privada); Instituto Politécnico Nacional; Hospital General de México; Consultorio para dejar de fumar, (Institución Privada de la Revista Liberadicctus); Centro de Tratamiento Contra el Tabaco, (Institución Privada); Hospital General "Dr. Manuel Gea González" : Médica Sur, (Institución Privada); Hospital "Los Angeles del Pedregal" (Institución Privada) y la Clínica instalada en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Las Clínicas llamadas "DEL TABAQUISMO" son realmente clínicas para dejar de fumar. La primera fue establecida dentro del Instituto Mexicano de Psiquiatría en el año de 1976, la cual fue trasladada posteriormente al Instituto Nacional de Enfermedades respiratorias y 13 años después de esa fecha en 1989, empiezan a funcionar las otras Clínicas.

2.4.1 SU OBJETIVO

El objetivo de estas Clínicas es brindar ayuda al paciente fumador que quiere dejar de fumar.

2.4.1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Aumentar el número de personas que dejan de fumar y adelantar la edad promedio de abandono del cigarro, para reducir los índices de morbilidad y mortalidad ocasionada por el tabaquismo y así aminorar las consecuencias socioeconómicas que provoca.
- Disminuir la prevalencia de fumadores y el consumo de tabaco con énfasis en grupos prioritarios, para incrementar la esperanza de vida saludable.
- Prevenir que los niños y adolescentes incorporen en su vida conductas de alto riesgo, evitando que fumen y retardando la edad promedio de inicio del consumo del tabaco.
- Proteger a un mayor número de personas no fumadoras, de los efectos nocivos que provoca la inhalación involuntaria del humo del tabaco.

2.4.2 LOGROS

- En este punto se darán datos exclusivos de la Clínica de Tabaquismo instalada en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias por no haber encontrado información acerca de las demás Clínicas de Tabaquismo mencionadas.
- De más de 2000 entrevistas que se llevaron a cabo en la Clínica de Tabaquismo del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, se

podieron formar grupos de tratamiento y al fin cerca de la tercera parte de pacientes dejaron de fumar y se tiene en seguimiento a otro en proceso de dejar la adicción.

- Durante los tres últimos años se ha llevado a cabo la exposición "Entre Colillas", con diferentes lemas cada año.
- Se ha participado en Campañas auspiciadas por la Comisión de Derechos Humanos con relación a la lucha contra el tabaco.
- Se ha participado en "El Día Mundial Sin Tabaco" los días 31 de Mayo de cada año instituido por La Organización Mundial de la Salud.
- Se sigue trabajando en el Programa Institutos Nacionales de Salud "Libres de humo de tabaco" y a la fecha se cuenta con una evaluación inicial y seis meses después con encuestas que abarcaron a más del 85% de los trabajadores completadas con inspecciones visuales y olfativas de los sitios de trabajo buscando evidencias de tabaquismo.
- Capacitación permanente en la clínica para el manejo de Terapia Cognitivo-Conductual para Dejar de Fumar, (esta capacitación se brinda a las instituciones de cualquier parte del país que estén interesadas en crear una nueva clínica).
- Se llevaron a cabo conferencias, exposición de carteles, entrevistas en medios masivos de comunicación y concurso de carteles; entre otras acciones.²⁵

²⁵CFR con: Junta de Gobierno del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Informe de Labores 2000-2003., México, D.F.

CAPITULO III

3. LEGISLACIÓN NACIONAL Y DE DERECHO COMPARADO

3.1 LEGISLACIÓN NACIONAL SOBRE TABAQUISMO

Siendo el principal punto del tema de la Tesis que nos ocupa, nos es obligado dar a conocer todo lo que existe en el aspecto legislativo sobre el tema de Tabaquismo ya que nuestra propuesta esta basada en ese tema, por lo mismo empezaremos por referir lo que hay sobre Legislación Nacional; prosiguiendo con la Legislación de Derecho Comparado.

Debido al alto índice de mortalidad que se ha suscitado en México por el consumo del tabaco, la Secretaría de Salud está llevando a cabo varias acciones para desalentar el tabaquismo, habiendo constituido para tales acciones el Consejo Nacional para las Adicciones (CONADIC), organismo encargado para prevenir, reducir y erradicar las adicciones, entre las que destaca el tabaquismo.

En este mismo sentido, la Dirección General de Epidemiología de la propia Secretaría de Salud recaba y sistematiza en manera constante información relevante en materia de tabaquismo. Por otra parte, el Instituto Mexicano de Psiquiatría en coordinación con la Secretaría de Educación Pública y el Instituto de Enfermedades Respiratorias, lleva a cabo un gran número de estudios, investigaciones y encuestas en el medio urbano, rural y en la población en general. Asimismo, la Dirección de Control Sanitario de la Publicidad se encarga de regular la publicidad de este producto.

El tabaco es un producto que requiere registro sanitario y que podrá contar con servicios de garantía de condición sanitaria, de acuerdo a los artículos 167 fracción IX y 119 fracción VIII del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y

Servicios, por lo que su venta y suministro al público debe estar regulada por la dirección mencionada, como lo expresa el artículo 166 del mismo reglamento, así como la aplicación de las normas referentes a las ventas a menores de edad, mencionada en el artículo 277 de la ley ²⁶.

Lamentablemente entre la población de adolescentes es muy común el consumo de tabaco; las estadísticas muestran que más del 10% de ésta es fumadora entre los 11 y los 18 años, y entre los estudiantes de secundaria y nivel medio superior 30% refirió fumar o haber fumado, no obstante que la Ley General de Salud prohíbe desde 1984 la venta de productos de tabaco a los menores de edad, prohibición expresa en el artículo 277 de la Ley que dice: " En ningún caso y de ninguna forma se podrá expender o suministrar tabaco a menores de edad". (Programa Nacional de Salud 1980-1986).

Lo mencionado en el artículo señalado, no se cumple cabalmente, ya que un estudio hecho en el Distrito Federal en el año de 1997 muestra que de 561 establecimientos visitados en las 16 Delegaciones, 79% de estos detallistas, si venden cigarrillos a menores, y solamente en 11.8% de los establecimientos se encontró a la vista la leyenda de advertencia del mínimo de edad requerido para comprar cigarros o de la prohibición que marca la Ley para su venta a menores de edad. Lo anterior, sin lugar a dudas, se debe a la falta de vigilancia que existe sobre los establecimientos donde se expenden productos de tabaco, para que estos cumplan con lo ordenado por la Ley. (Programa de Acción, Adicciones y Tabaco, México, 2002).

Por otra parte, a la fecha, no está bien determinado, que autoridad es la competente para aplicar este artículo y vigilar su cumplimiento y en su caso, imponer la sanción correspondiente, ya que de acuerdo al artículo 21 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, corresponde a la Dirección General

²⁶ CFR con: Ley General de Salud, México, Ed. Porrúa, 1998 Programa de Tabaquismo, S.S. 1987, pp. 7-60; ACOSTA Romero Miguel y MARTÍNEZ Morales Rafael, Panorama de la Legislación Administrativa, pp. 147- 164

de Calidad Sanitaria de Bienes y Servicios ejercer el control sanitario a que debe sujetarse el tabaco en cuanto a su proceso; y en la fracción VII del mismo artículo, se marca que en los casos no atribuidos expresamente a otras unidades administrativas le corresponde ejercer las facultades de control sanitario, como lo puede ser el de la venta de estos productos a menores de edad.²⁷

Debemos añadir a esto, el aumento considerable de la venta no sólo de menudeo por cajetilla cerrada, sino de los cigarrillos por unidad; cada vez más comercios, estanquillos, tiendas y hasta puestos ambulantes, venden el producto suelto, ello por no existir norma alguna que lo prohíba brindando así la oportunidad de que lo compren tanto adultos como menores de edad, lo que representa una motivación al consumo, dándole todas las facilidades al fumador para que adquiera y consuma el producto aún cuando cuente con pocos recursos. Las autoridades no deben permitir la venta indiscriminada de cigarrillos a cualquier persona y en unidades; sino que la venta debe realizarse en cajetillas completas en cualquiera de sus presentaciones.

Para desarrollar el tema relativo a los aspectos legislativos en México con respecto a este producto, se han considerado diversas etapas que van desde la siembra hasta que se hacen llegar los productos elaborados con tabaco al consumidor final: producción, distribución, promoción y venta.

No existe disposición jurídica alguna que regule lo que hace a la producción, esto es que limite la siembra del tabaco; sin embargo, la Secretaría de Agricultura, Ganadería y Desarrollo Rural mantiene la política de alentar la siembra del mismo, resultando una clara incongruencia con los esfuerzos que realiza la Secretaría de Salud por prevenir y eliminar el tabaquismo entre los menores y desalentarlo entre el total de la población.

²⁷ CFR con. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Ed. 2002; Ley General de Salud, Ed. 2000; Programa de Acción, Adicciones, 2002.

Hablando de la distribución diremos que las empresas cigarreras tienen perfectamente establecidas sus líneas de entrega por toda la república, por lo que no enfrentan ningún problema para llegar a los lugares más recónditos de México.

La promoción de los productos elaborados con tabaco se encuentra regulada en la Ley General de Salud y su Reglamento en Materia de Control Sanitario de la Publicidad.

En el Distrito Federal, existe el Reglamento para la Protección de los No Fumadores, expedido por el gobierno del Distrito Federal que promueve el no fumar en ciertos lugares, la no venta a menores de edad y en ciertos establecimientos.

Debemos hacer mención de que existe un **Programa contra el tabaquismo** el cual debería ser elevado a rango Constitucional, con obligatoriedad gubernamental y el que encuentra su Marco Jurídico en los siguientes instrumentos:

- 1.- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
- 2.- Ley Orgánica de la Administración Pública
- 3.- Ley General de Salud
- 4.- Ley de Planeación
- 5.- Ley Federal de Radio y Televisión
- 6.- Ley Federal de Protección al Consumidor
- 7.- Reglamento de Publicidad para Alimentos, Bebidas y Medicamentos
- 8.- Reglamento de la Ley Federal de la Radio y Televisión y de la Ley de la Industria Cinematográfica, relativo al contenido de las transmisiones en Radio y Televisión
- 9.- Reglamento sobre Promociones y Ofertas
- 10.- Plan Nacional de Desarrollo
- 11.- Programa Nacional de Salud

12.- Decreto por el que se crea El Consejo Nacional contra las Adicciones

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece en su artículo 4º. Párrafo tercero, el derecho social de toda persona a la protección de la salud; asimismo compete a la Ley definir las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecer la concurrencia de la Federación y las Entidades Federativas en materia de salubridad general, conforme a lo dispuesto por la fracción XVI del Artículo 73 de la propia Constitución en los términos del referido Artículo 4º.

La fracción XVI del Artículo 73 Constitucional, señala que es facultad del Congreso de la Unión legislar en materia de salubridad general de la República.

La Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, publicada el 26 de diciembre de 1976 y con una última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 20 de mayo de 1986, en su artículo 39 fracciones I y XVI atribuye a la Secretaría de Salud la facultad de establecer y conducir la política nacional en materia de salubridad general, coordinando los programas y poniendo en vigor las medidas necesarias para luchar contra las toxicomanías y otros vicios sociales.

El Artículo 3º, de la Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación del 7 de febrero de 1984, en su fracción XX, establece que es materia de salubridad general el Programa contra el Tabaquismo, estableciendo en su Artículo 13, apartado B, fracción I, que es materia de salubridad general concurrente dicho programa y que corresponde a los gobiernos de las Entidades Federativas el organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios relativos al mencionado programa.

La Ley General de Salud, en su Título Undécimo, Capítulo II, establece el Programa contra el Tabaquismo, al tenor de las siguientes disposiciones.

ARTÍCULO 188. La Secretaría de Salud, los gobiernos de las Entidades Federativas y el Consejo de Salubridad, en el ámbito de sus respectivas competencias, se coordinarán para la ejecución del Programa contra el Tabaquismo, que comprenderá entre otras, las siguientes acciones:

- I. La Prevención y el tratamiento de padecimientos originados por el tabaquismo, y
- II. La educación sobre los efectos del tabaquismo en la salud, dirigida especialmente a la familia, niños y adolescentes, a través de métodos individuales, colectivos o de comunicación masiva, incluyendo la orientación a la población para que se abstenga de fumar en lugares públicos.

ARTÍCULO 189. Para poner en práctica las acciones contra el tabaquismo, se tendrán en cuenta los siguientes aspectos:

- I. La investigación de las causas del tabaquismo y las acciones para controlarlas, y
- II. La educación a la familia para prevenir el consumo del tabaco por parte de niños y adolescentes

ARTÍCULO 190. En el marco del Sistema Nacional de Salud, la Secretaría de Salud coordinará las acciones que se desarrollen contra el tabaquismo, promoverá y organizará servicios de orientación a fumadores que deseen abandonar el hábito y desarrollará acciones pertinentes para disuadir y evitar el consumo del tabaco por parte de niños y adolescentes.

La coordinación y la adopción de medidas en los ámbitos federal y local se llevará a cabo a través de los acuerdos de coordinación que celebre la Secretaría de Salud con los gobiernos de las Entidades Federativas.

La Ley General de Salud en los Artículos 194 y siguientes relativos, 275, 276 y 277 establece el control sanitario del tabaco y sucedáneos, prescribiendo que las etiquetas de dichos productos contengan la leyenda "este producto puede ser nocivo para la salud" la cual posteriormente fue sustituida por "este producto es causa de cáncer" además de prohibir estrictamente que sea expedido el tabaco a los menores de edad. Asimismo, se regula la publicidad del tabaco, haciendo puntual manifestación de que los horarios de publicidad deben sujetarse a las disposiciones generales aplicables, y otorgándole la facultad a la Secretaría de Salud, para imponer textos de advertencia de riesgos para la salud en ciertos casos, uno de los cuales es el de la publicidad del tabaco.

La Ley de Planeación publicada en el Diario Oficial de la Federación del 5 de enero de 1983, establece en su artículo 2º, que la planeación democrática, deberá llevarse a cabo como un medio para el eficaz desempeño de la responsabilidad del Estado sobre el desarrollo integral del País, atendiendo a elevar en todos sus aspectos la calidad de vida.

Dicha Ley, en su artículo 16, menciona que corresponde a las Dependencias de la Administración Pública Federal, en este caso a la Secretaría de Salud, elaborar programas secretariales y anuales, estos últimos para la ejecución de los primeros, a efecto de coordinar las actividades del sector conforme al Plan Nacional de Desarrollo.

La Ley Federal de la Radio y Televisión publicada en el Diario Oficial de la Federación el 19 de enero de 1960 y con una última reforma del 18 de enero de 1986, en sus Artículos 12 fracción III y 69, establece la facultad de la Secretaría de Salud para promover y organizar la orientación social a favor de la salud del pueblo, así como autorizar la publicidad relativa a la prevención de enfermedades, entre lo que podemos contar el aspecto asociado al tabaquismo.²⁸

²⁸ Ob. Cit.

La Ley Federal de Protección al Consumidor, publicada en el Diario Oficial de la Federación del 22 de diciembre de 1975 y reformada mediante Decreto publicado el 7 de febrero de 1985, establece en su artículo 5º, que todo proveedor de bienes o servicios está obligado a informar clara, veraz y suficientemente al consumidor cualquiera que sea el medio que utilice. Los anunciantes podrán solicitar de la autoridad competente opinión o dictamen sobre la publicidad que pretendan realizar, en este caso la relativa al tabaco.

El Reglamento de Publicidad para Alimentos, Bebidas y Medicamentos, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 19 de diciembre de 1974, y que es de exclusiva aplicación de la Secretaría de Salud, establece de manera general las reglas para el control de la publicidad del tabaco, dedicándole particularmente el Capítulo IV a dicho control, al tenor de sus artículos 38,39 y 40.

El Reglamento de la Ley de la Radio y la Televisión y de la Ley de la Industria Cinematográfica, Relativo al Contenido de las Transmisiones en Radio y Televisión, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 14 de abril de 1973, establece en sus artículos 36 fracción III y VII que queda prohibido, tanto en la programación como en la publicidad que se transmita por radio y televisión, que se haga apología de los vicios o se presenten escenas, imágenes o sonidos que induzcan al tabaquismo; por "apología del vicio se entiende la defensa, la disculpa o el consejo sobre dichas actitudes o que enseñe o muestre la forma de practicarlas, sin demostrar, durante la transmisión, las consecuencias sociales adversas de estos hechos".²⁹ (Diccionario de la Real Academia Española, Ed. Porrúa, México 1999).

El Reglamento sobre Promociones y Ofertas publicado en el Diario Oficial de la Federación del 9 de mayo de 1980, en su artículo 4º fracción II, prohíbe las autorizaciones comerciales del tabaco.

²⁹ Diccionario de la Real Academia Española, Ed. Porrúa, México, 1999.

El Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988, establece que el problema del tabaquismo afecta estructuras, hábitos de conducta y principalmente la salud de la población. El mejoramiento del nivel de salud, se logra entre otros a través de la información y motivación a la población en los aspectos referentes al tabaquismo, y los daños que causa a la salud principalmente a jóvenes y a menores de edad. Asimismo menciona que los Programas contra el Tabaquismo tienen como objetivo coadyuvar a hacer efectiva la garantía constitucional del derecho social a la protección a la salud.

Uno de los aparatos en que se divide el Programa Nacional de Salud 1984-1988, es el relativo al Programa contra las Adicciones, cuyos objetivos específicos son, entre otros, el control de la publicidad de productos del tabaco, con base en los Reglamentos y principalmente en la Ley General de Salud. Asimismo, debe procurarse el desarrollo de la investigación epidemiológica y social, el establecimiento de servicios de apoyo para su prevención y el desarrollo de programas en diferentes núcleos familiares sobre las causas y efectos del tabaquismo. Se deben establecer medidas que tiendan al tratamiento y rehabilitación de los fumadores .

El Decreto por el que se crea el Consejo Nacional de Adicciones, da vida a este órgano con el objeto de promover y apoyar las acciones de los sectores sociales públicos y privados, tendientes a la prevención y combate de los problemas de salud pública causados por las adicciones, así como proponer y evaluar el Programa contra el Tabaquismo, al tenor de los artículos 1º y 4º . Este Decreto fue publicado en el Diario Oficial de la Federación del 8 de julio de 1986.

3.1.1 FUNDAMENTO LEGAL

El Programa contra el Tabaquismo tiene su Fundamento Legal en la Ley General de Salud, en sus artículos 3º fracción XX, y en el Título Undécimo, Capítulo II, en sus artículos 188, 189 y 190.

El Decreto por el cual se crea el Consejo Nacional contra las Adicciones, en sus artículos 1º y 4º, faculta a este organismo para coordinar las acciones que proponga dicho programa.

Como se ha de notar nuestro sistema legal cuenta con muchas Normas enfocadas al Tabaquismo pero sólo se hallan plasmadas en papel, con contenidos maravillosos, sin embargo que no se cumplen. En seguida se expondrá lo relativo a la regulación del tabaco en algunas de sus etapas contempladas en La Ley General de Salud ; y que debido a su importancia se transcriben los artículos de dichos ordenamientos que regulan lo relacionado con los productos elaborados a base de tabaco, y siendo el principal interés del gobierno federal la protección a la salud empezaremos con el :

ARTÍCULO 110. La promoción de la Salud tiene por objeto crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva

ARTÍCULO 111. La promoción de la salud comprende :

- Educación para la salud.
- Nutrición.
- Control de los efectos del ambiente en la salud.
- Salud ocupacional.
- Fomento sanitario.

ARTÍCULO 112. La educación para la salud tiene por objeto:

- I. Fomentar en la población el desarrollo de actitudes y conductas que le permitan participar en la prevención de enfermedades individuales,

colectivas y accidentes, y protegerse de los riesgos que pongan en peligro su salud

- II. Proporcionar a la población los conocimientos sobre las causas de las enfermedades y de los daños provocados por los efectos nocivos del ambiente en la salud,.....³⁰

ARTÍCULO 184 BIS. Se crea el Consejo Nacional contra las Adicciones, que tendrá por objeto promover y apoyar las acciones de los sectores público, social y privado tendientes a la prevención y combate de los problemas de la salud pública causados por las adicciones que regula el presente título.

ARTÍCULO 188. La Secretaría de Salud, los gobiernos de las entidades federativas y el Consejo de Salubridad General, en el ámbito de sus respectivas competencias, se coordinarán para la ejecución del Programa contra el Tabaquismo.

ARTÍCULO 275. Para los efectos de esta Ley, con el nombre de tabaco se designa a la planta "Nicotina Tabacum" y sus sucedáneos, en su forma natural o modificada en las diferentes presentaciones, que se utilicen para fumar, masticar o aspirar.

ARTÍCULO 276. En las etiquetas o envases en que se expenda o suministre el tabaco, además de lo establecido en las normas oficiales mexicanas correspondientes, deberán figurar en forma clara y visible leyendas de advertencia escritas con letra fácilmente legible con colores contrastantes, sin que se invoque o haga referencia a alguna disposición legal; las cuales se alternarán con los contenidos siguientes:

- I. Dejar de fumar reduce importantes riesgos en la salud.
- II. Fumar es causa de cáncer y efisema pulmonar.

³⁰ Ob. Cit.

- III. Fumar durante el embarazo aumenta el riesgo de parto prematuro y de bajo peso en el recién nacido. La Secretaría de Salud, en su caso publicará en el Diario Oficial de la Federación, el acuerdo mediante el cual podrán establecerse otras leyendas precautorias; así como las disposiciones para su publicación y utilización.

ARTÍCULO 277. En ningún caso y de ninguna forma se podrá expender o suministrar tabaco a menores de edad.

ARTÍCULO 277 BIS. Las unidades hospitalarias y clínicas del Sistema Nacional de Salud, deberán contar con áreas en donde se prohíba el consumo de tabaco. Considerándose como tales las de atención médica, auditorios, aulas y zonas de peligro para la seguridad laboral y colectiva, así como sitios de trabajo de ambiente cerrado.

Ahora bien el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios menciona:

En su **artículo 1106** que se entiende por tabaco: "las hojas de diversas especies del género nicotina, convenientemente cribadas, fermentadas, secadas bajo condiciones apropiadas de temperatura y humedad que le confieren el aroma característico de cada especie, acomodadas en pacas o balas".

Por otra parte, **el artículo 1107** del Reglamento antes citado, establece que: " Se entiende por productos de tabaco, los obtenidos con las hojas tratadas a que se refiere el artículo anterior. Una vez secadas en caliente, pudiendo ser adicionadas o no, de ingredientes autorizados por la Secretaría".

Dicho reglamento, **en su artículo 1108**, distingue los diferentes productos que se elaboran a partir de las hojas de tabaco, que a la letra dice: "Los productos de tabaco podrán tener las siguientes presentaciones:

- I. Cigarro o cigarrillo, el producto elaborado con hebra de tabaco envuelto en papel apropiado para fumar, pudiendo tener o no filtro integrado o boquilla.
- II. Puro, el producto elaborado tradicionalmente a mano, mediante el enrollado de hojas completas de tabaco. También podrán elaborarse a través de un núcleo, llamado tirulo, y una envoltura denominada capa. El tirulo está formado por trozos de hojas apretadas, envueltos por otra hoja, llamada cepillo, que los sujeta y da al conjunto la forma adecuada. La capa, es una hoja escogida que envuelve al conjunto se dobla y pega por un extremo.
- III. Tabaco para pipa, el producto preparado con hojas de tabaco cortadas y picadas.
- IV. Tabaco para mascar, el producto elaborado con hebra de tabaco prensado.
- V. Otros que autorice la Secretaría"

El **artículo 1112**. Los productos del tabaco, atendiendo al riesgo para la salud, se clasificarán en categorías según su contenido de nicotina y alquitrán, de conformidad con la norma correspondiente.

El **artículo 1118**. Los productos de tabaco de bajo contenido en nicotina y, en su caso, en alquitrán de acuerdo con lo que establezca la Secretaría, podrán ostentar en su etiqueta la leyenda:

- I. Tabaco bajo en nicotina.
- II. Tabaco bajo en nicotina o alquitrán.

Como podemos darnos cuenta hay una amplia gama de leyes referentes a evitar la terrible epidemia del tabaquismo en nuestro país, pero

desafortunadamente sólo se encuentran sobre el papel ya que las autoridades no han tenido el interés necesario para aplicarlas.³¹

3.1.2 PRODUCCIÓN

En el rubro de Producción del tabaco no existe legislación alguna, por lo mismo se juzga necesario dar a conocer este aspecto ya que en el se basa su consumo.

El tabaco es el cultivo no alimenticio más grande del mundo, por lo que desempeña un papel de suma importancia en el sector agrícola de países desarrollados y en vías de desarrollo.

El cultivo del tabaco representa una buena inversión, que hace que los agricultores lo prefieran a otros cultivos ciertamente más necesarios para la población, pero menos redituables.

La Secretaría de Agricultura, Ganadería y Desarrollo Rural tiene información de que la superficie sembrada de tabaco en México en 1992 fue de poco más de 25 mil hectáreas, y en 1993 se consideraron aumentos tanto del cultivo como de la producción del tabaco que llegaron casi a 60 mil toneladas, habiéndose cosechado el total de lo sembrado en casi 36 mil hectáreas.

Sin embargo, la producción mexicana del tabaco no ocupa en el ámbito internacional un sitio preponderante, ya que representa sólo alrededor del 0.4% del total del orbe. Los principales productores de tabaco son China; el cual consume casi el total de su producción; Estados Unidos, Brasil, India, Turquía y los 12 países que conforman la Comunidad Europea.

³¹ Ley General de Salud, México, Ed, Porrúa, 2002

Como se comentó en el primer capítulo, el (Nicotina Tabacum), es originario de México y otros lugares de América, así como el tabaco silvestre (Nicotina Rústica) originario de Norteamérica y actualmente cultivado en Turquía, la India, la Ex Unión Soviética y algunos países europeos, se utilizan para la manufactura de cigarros, puros, productos para oler y mascar y para la obtención de nicotina. El contenido de nicotina varía en función de las condiciones de cultivo y curado y de la posición de la hoja en la planta. En general, los tabacos oscuros tienen de 4 a 4.5 % , los Burley 3.5 a 4%, los curados en horno (flue cured) de 2.5 a 3% y los turcos menos de 2%. (Secretaría de Agricultura y el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, México, 1999).

En México se producen principalmente tabacos claros, de tipo Virginia (verde sarta o sarta al sol) Burley (semisombra, sombra mata o Huixtla) y oscuros (San Andrés Tlapayocan y Sumatra), y para su curado, se emplea el secado en hornos o en galeras.

De acuerdo con los anteriores porcentajes y tomando en consideración que la nicotina contenida en el tabaco es altamente dañina-incluso es usada como insecticida y parasiticida así como adictivo, es necesario recomendar como acción prioritaria: reducir al mínimo el contenido de la referida nicotina en el producto; que la Secretaría de Salud establezca acuerdos con la Secretaría de Agricultura a fin de que las condiciones de cultivo y curado de la planta de tabaco se realicen de manera uniforme en toda la producción del mismo; y que todos los tipos de cigarrillos que se venden contengan el mismo y menor porcentaje de nicotina y alquitrán, previos estudios correspondientes para igualar la producción, dando como resultado la disminución del consumo o, en su caso, propicie el menor daño al organismo.

Diremos que México participa con menos del 1% dentro de la producción mundial de tabaco. "En la década de 1930 se dedicaban aproximadamente 15 000 hectáreas para su siembra, treinta años después se incrementó en 360%, sin

embargo, en las siguientes décadas el área sembrada se estabilizó entre 33 y 47 mil hectáreas. Para la siguiente década, 1990, disminuyó en forma significativa con 230 000 hectáreas, aproximadamente. Esto nos da a conocer que su decremento fue de 65.6 %". (Secretaría de Agricultura y el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, México, 1999).

De la zona de Nayarit y Jalisco se obtiene entre 80 y 85% de la producción de tabaco, el resto se distribuye entre los estados de Veracruz, Chiapas y Oaxaca. La mayor parte de la superficie cultivada se dedica al tabaco rubio y el tipo Virginia y Burley, cuya demanda ha ido en aumento, tanto para consumo interno como externo, en proporciones de 86 y 96% del total. El 98% de la producción de tabaco en rama para consumo interno, se destina a la elaboración de cigarrillos tipo americano y el 2% restante a la fabricación de puros y pipas.

A fines del año de 1972 se crea por Decreto Presidencial, la empresa tabacalera "Tabacos Mexicanos S.A. de C.V." con la participación del gobierno federal con un 52% del capital, 24% correspondió a la Confederación Nacional Campesina y 24% a las empresas cigarreras mexicanas. Dicho organismo surgió ante la necesidad de conciliar los intereses de productores y compradores en una actividad agrícola de creciente importancia económica y social, en la que la debilidad de los primeros y la fuerza de los segundos generaba una relación desigual y desfavorable para los campesinos mexicanos; para 1974 ya existían dos tabacaleras más en México, Tabacos Aztecas, S.A. y Exportación de Tabacos Mexicanos, S.A. de C.V. (Extamex).

En 1987 los ingresos anuales de Tabamex, fueron de diez millones de dólares anuales; sin embargo, debido a los problemas económicos la congelación de precios para controlar la inflación, junto con las cosechas perdidas por inundaciones y la reestructuración de la economía mexicana, obligó a vender a las empresas privadas la parte del gobierno. De esa manera surgió en 1989 el Comité Nacional de Tabaco.

La participación del tabaco en la economía mexicana ha sido discutida, no obstante que representa una importante fuente del trabajo y del ingreso del Producto Interno Bruto. De acuerdo con informes de Tabamex, en 1988 esta industria dio trabajo a 5163 personas, esto es, 0.02% de la población económicamente activa, lo que representó el 0.26 % del Producto Interno Bruto con 12 923 millones que comparado con 1980 disminuyó en 1 976 millones.

En 1980 el cultivo del tabaco sólo representó el 0.2% del total de la producción agrícola nacional; el valor por tonelada fue muy superior al de los productos básicos como el maíz, frijol, caña de azúcar y trigo. Para el estado de Nayarit, la cosecha de tabaco significó 27.7% del valor total de la cosecha del estado. De esta fuente de trabajo dependen 60,000 familias.

Al año de 1989 la fabricación y venta de cigarrillos se realizaba a través de la cigarrera La Moderna, filial de British American Tabaco (BAT), con 58%; Cigarros, La Tabacalera Mexicana S.A. (Cigatam), filial de Philip Morris International, con 41%, y La Libertad con sólo 1% del mercado, que en conjunto fabricaron 51 300 millones de cigarrillos, sin considerar que en ese año se importaron tres mil toneladas métricas de tabaco en rama, lo que significó la fabricación de tres mil millones de cigarros más.

En 1998 la producción mexicana de la hoja de tabaco se ubicó en 61 457 toneladas métricas, con lo cual el aumento fue de 38.75% respecto de las 44 293 toneladas métricas alcanzadas en 1997. En el ámbito nacional Nayarit produce actualmente 80% de la hoja de tabaco, le sigue en importancia Veracruz, Chiapas, Jalisco, Sonora, Guerrero, Oaxaca y Sinaloa. Asimismo el área de cultivo se incrementó en 1998 en 25.3% respecto de 1997, lo que indica que el consumo de tabaco ha ido en aumento, proporcionalmente a la producción del mismo, debido a la alta rentabilidad de su producción.³²

³² CFR. Con: Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario, 1998; YAÑEZ Clavel, R.M. y Villalpando-Gómez, F. , Marco Jurídico sobre Tabaquismo en México, 1996; Secretaría de Agricultura y Ganadería Estrategia Nacional de Mediano Plazo, 1993-1999.

En Estados Unidos, Europa y China disminuyó el cultivo del tabaco en 1998, debido a las altas existencias iniciales del producto para dicho año, combinadas con la tendencia generalizada de disminuir el tabaquismo globalmente, por lo que la mayor oferta provocó una baja en los precios mundiales de la hoja de tabaco. Argentina, Tailandia Filipinas y México fueron los únicos países que aumentaron sus tierras de cultivo en porcentajes importantes; sin embargo, Zimbabwe, Filipinas y México fueron quienes aumentaron su producción de tabaco en 1998 respecto al año anterior.

La manufactura y el comercio del tabaco, a la par de la popularidad creciente del cigarrillo, hicieron surgir grandes corporaciones multinacionales, fundamentalmente estadounidenses y británicas, mismas que dominaron la fabricación y el comercio del cigarrillo. Actualmente, las compañías multinacionales dominan el mercado internacional, mientras que las compañías nacionales privadas sólo controlan un área limitada de los mercados nacionales.

Las principales corporaciones tabacaleras internacionales operan en casi todos los mercados nacionales de América Latina y el Caribe, con excepción de Belice y Cuba. El rápido crecimiento de la demanda de cigarrillos ha sido una consecuencia importante de la igualmente rápida expansión de las corporaciones transnacionales en los mercados de América Latina y el Caribe, en deterioro de las compañías nacionales.

Los beneficiados de la manufactura del tabaco son los productores, las compañías nacionales e internacionales involucradas en su comercialización, los gobiernos locales y los nacionales que recolectan impuestos sobre la venta o promoción, las compañías publicitarias, y las revistas y periódicos que publican propaganda de cigarrillos. En Estados Unidos por ejemplo, los fabricantes de cigarrillos invierten anualmente alrededor de tres millones de dólares en publicidad.

3.1.3 DISTRIBUCIÓN

En México existen únicamente dos tabacaleras: Philip Morris México y Cigarrera La Moderna; la primera realiza su distribución en el Distrito Federal de manera directa aprovechando los camiones que transportan la hoja de tabaco de los estados productores Jalisco y Nayarit, a la ciudad de México para su venta tanto de mayoreo como de menudeo.

Para su distribución en el resto de la República Mexicana, la compañía celebra contratos con personas tanto físicas como morales, denominadas "comisionados" para toda vez que reciban el producto se encarguen de distribuirlo a los diversos expendios desde tiendas de autoservicio hasta pequeñas misceláneas de los estados, municipios y rancherías.

Respecto a Cigarrera La Moderna, esta compañía realiza su distribución de manera directa en toda la República, ya que cuenta con sus propios camiones repartidores y empleados que se encargan de la distribución del producto para su venta al público.

A la fecha existen disposiciones en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios que contempla diversas categorías y clasificaciones del tabaco según el contenido de nicotina y alquitrán que contiene el mismo, así como las leyendas de riesgo para la salud, sin embargo se insiste en que debería ser generalizado el bajo nivel de nicotina en todo tipo de cigarrillo, por interés de salud general.

Lo anterior se debe a la difícil tarea de erradicar este problema pues, por un lado la Secretaría de Agricultura se encarga de impulsar la producción por ser el "modus vivendi" de muchas familias agricultoras, además de dejar muchas ganancias al gobierno por el denominado Impuesto Especial de Productos y Servicios.

Si bien es cierto que dicha producción es dañina para el organismo, también es cierto que es una fuente de ingresos y, más aún, de que nadie obliga al ser humano al consumo del tabaco. Es elemental llevar a cabo una mayor acción para crear conciencia en la población en general sobre el daño a su salud por el consumo del tabaco, y en especial a la población de edad temprana, por medio de programas de televisión aptos para los niños y jóvenes en los que su ídolo, artista o conductor del programa influya sobre el referido daño.

Por consiguiente, al reducirse la demanda, se disminuirá automáticamente la producción. Otra de las soluciones para erradicar el tabaquismo estriba en tener una política fiscal altamente impositiva. En México el costo por cajetilla de cigarros es tan barato comparado con el costo de éstos en los Estados Unidos por ejemplo, que cualquier persona puede adquirirlos; más, si a la fecha se venden por unidades en cualquier puesto o estanquillo.

En virtud de lo anterior, es importante que las autoridades hacendarias planeen una estrategia impositiva, en la que aumenten las tasas a los productos elaborados con tabaco, desde la producción hasta su venta. Así, estos productos no estarían tan al alcance de la población, en particular de los jóvenes, redundando en la disminución del índice de tabaquismo.

3.1.4 PROMOCIÓN

En cuanto a la promoción del tabaco, se cuenta con los siguientes artículos:

ARTÍCULO 2 fracción III, inciso q, establece que el tabaco es materia de regulación, control y fomento sanitario.

ARTÍCULO 114 establece que se entiende por servicios de garantía de condición sanitaria aquellos que, previa aprobación de la autoridad sanitaria, tengan por

objeto la realización de análisis físico-químicos, microbiológicos, medición dosimetría y similares.

ARTÍCULO 115 establece una clasificación de los servicios de condición sanitaria, encontrándose entre éstos los servicios de garantía de condición sanitaria de productos, los cuales se encuentran regulados en el ARTÍCULO 119, estableciéndose en su fracción VIII los establecimientos que se dediquen al proceso del tabaco.

ARTÍCULO 166 define al registro sanitario como el acto administrativo mediante el cual la Secretaría autoriza la elaboración, venta, suministro al público, el uso o disposición de los productos, entre los que se encuentra el tabaco.

Los **ARTICULOS** del **1106** al **1121** señalan los lineamientos y condiciones que se requieren para la elaboración de cigarrillos refiriéndose al material que se utiliza en su fabricación, tanto en la envoltura del tabaco como en las sustancias que contienen.

De los artículos anteriormente citados, se desprende que la legislación correspondiente regula el tratamiento del tabaco, así como las características que este debe cumplir. Sin embargo, en ningún momento limita, restringe o condiciona su cultivo, dejándose en libertad a los productores o agricultores la producción del tabaco, y en su caso, de los productos elaborados con el mismo.

3.1.5 PUBLICIDAD Y PROMOCIÓN

Las compañías tabacaleras destinan importantes cantidades de dinero para la promoción de sus productos; de ahí que las campañas publicitarias sean prácticamente la columna de la que se sostienen las empresas, utilizando para sus fines todos los medios de comunicación existentes sin importarles en ningún momento la salud del público consumidor.

La Ley General de Salud y su Reglamento en Materia de Control Sanitario de la Publicidad, regula y dicta las condiciones que deben cumplir las compañías tabacaleras para promocionar sus productos, debiendo observar lo marcado en su artículo 83 del Reglamento mencionando para obtenerlo, es decir, deben presentar: 1) solicitud del permiso; 2) señalar el medio de comunicación en el que se difunde la publicidad; 3) copia del proyecto de publicidad, y 4) constancia del pago de derechos.

Por otra parte la Ley general de salud, al igual que su Reglamento, señalan los requisitos que deben cumplir los anuncios de tabaco y sus productos, aparte de la prohibición de la venta a menores de edad, e indica las leyendas de advertencia que deben aparecer tanto en los empaques como en la publicidad, requisitos ordenados en los artículos 276 y 327 bis del Reglamento, desalentando su consumo y señalando los daños que causa. En todo el capítulo IV del Reglamento, se observa una bien pensada legislación, sin embargo los esfuerzos de control expresados en las restricciones existentes sobre la publicidad, se ven debilitados por los muy sustanciales fondos destinados por las empresas tabacaleras multinacionales a la promoción del tabaco en nuestro país.

Empresas nacionales y transnacionales patrocinan diversos eventos de toda clase, tanto deportivos como sociales que son muy atractivos para el público en general. La publicidad del tabaco es diseminada en el territorio nacional por todos los medios de comunicación y hasta el año 2002 en las horas de mayor audiencia con respecto a la radio y la televisión induciendo a los grupos de riesgo, especialmente a los jóvenes, al consumo del mismo; basta ver en cualquier programa, telenovela o película, a los actores y protagonistas fumar como algo que les brinda gran placer, importancia, calma, alegría, tranquilidad, gusto, etc., con ello logran presentar el acto de fumar como algo deseable al espectador.

De acuerdo con la fracción décima del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, corresponde a la Dirección de Control Sanitario de la Publicidad

participar en la formulación de políticas y estrategias de comunicación que contrarresten el efecto de campañas publicitarias de productos nocivos para la salud y favorezcan estilos de vida saludable.

La legislación sanitaria existente es bastante específica en materia de control sanitario de la publicidad, tanto en la propia Ley General de Salud como en su Reglamento para la materia. Claramente nos indica que la publicidad deberá ser orientadora y educativa, referirse a las características del producto, señalar las precauciones necesarias, utilizar términos claros y de fácil comprensión (artículo 8 del Reglamento); contar con las leyendas de advertencia, éstas con las características propias para cada medio de comunicación de que se trate (artículo 9 del Reglamento).

Asimismo, el artículo 34 del Reglamento, indica que no contendrán imágenes o ideas de éxito en la vida afectiva, sexual o social, sin atribuir propiedades estimulantes que motiven su consumo en fiestas nacionales, cívicas o religiosas, y absteniéndose de utilizar a jóvenes menores de 25 años de edad al situarlos en lugares de diversión o eventos deportivos y dirigirse a ellos manipulando o consumiendo los productos anunciados; y ofreciendo al anunciante una variedad de leyendas que deberán alternarse en la publicidad, según lo establece el artículo 34 bis de dicho Reglamento.

De igual manera la Secretaría de Salud promoverá y apoyará la elaboración y difusión de mensajes que adviertan sobre los efectos nocivos que genera el consumo de tabaco, especialmente en la niñez, la adolescencia, la juventud y durante el embarazo, (artículo 41 del Reglamento).

Lo anterior, nos muestra el panorama de la legislación en materia de control sanitario de la publicidad. No obstante, sería benéfico para la sociedad en general que la Secretaría de Salud, en coordinación con otras dependencias gubernamentales, privadas y del sector social, creara y difundiera campañas

publicitarias invitando a reducir el consumo del tabaco o su abandono permanente.³³

3.1.6 VENTAS

Es claro que en este rubro ha faltado mucha difusión y sobre todo vigilancia en el cumplimiento de los ordenamientos establecidos en el artículo 277 de la Ley General de Salud, que prohíbe la venta de cigarrillos a menores de edad desde 1984, lo que se ve reflejado en la población adolescente de entre 11 y 17 años de edad, dentro de la cual estadísticas nos indican que más del 10% de ellos son fumadores.

Por lo tanto, y a manera de complemento de dicho artículo, se propone:

- a) que en cualquier establecimiento que venda tabaco de manera clara y visible, cuente con cartelones que mencionen dicha advertencia y
- b) que de no contar con los mismos, sea causa de sanción económica, pudiendo llegar al cierre temporal del establecimiento.

Para la vigilancia y cumplimiento de lo anterior, se podría previa capacitación, apoyarlo en organismos como la Secretaría de Salud, mediante verificadores sanitarios, y el Departamento del Distrito Federal o municipios en el caso de los estados a través de sus delegaciones políticas, mediante sus inspectores de mercados y vía pública, así como los de locales cerrados.

Respecto al Reglamento para la Protección a los No Fumadores en el Distrito Federal, haría falta precisar quién, físicamente y a través de que mecanismos, vigilará y sancionará su cumplimiento, pues el mismo sólo señala que "La aplicación y vigilancia del cumplimiento de este Reglamento corresponde

³³ Ob. Cit.

al Departamento del Distrito Federal a través de sus delegaciones y unidades administrativas correspondientes, en su respectivo ámbito de competencia”.

Por último, es importante destacar que la Secretaría de Salud, preocupada por la salud de la sociedad mexicana, creó el Consejo Nacional contra las Adicciones, facultado para realizar investigaciones, programas de apoyo, campañas en contra del consumo de estupefacientes, alcohol y tabaco, con la finalidad de fomentar una conciencia en la población de los daños causados por el consumo excesivo del tabaco.

En el siguiente punto se hará mención a las medidas legislativas que se han llevado a cabo en otros lugares del mundo con la intención de erradicar en forma definitiva el consumo de los productos derivados del tabaco, sobre todo el consumo de cigarros.³⁴

3.2 LEGISLACIÓN SOBRE TABAQUISMO EN DERECHO COMPARADO

La Legislación sobre Tabaquismo en otros lugares del mundo se debe a las acciones que ha tomado la Organización Mundial de la Salud hace más de una década, para suscitar una reacción oficial ante los tabaquismos nacionales y responsabilizar a los países que, por una razón u otra, no han tomado ninguna medida. Empezaremos mencionando a uno de los países que tiene más tiempo en la lucha contra el tabaquismo.

3.2.1 FRANCIA

En 1975, después de un minucioso análisis de las recomendaciones hechas por un comité de expertos integrado por los especialistas más calificados, la Organización Internacional formuló una lista de recomendaciones dirigida a los Estados Miembros y la cual será enunciada:

³⁴ Ob. Cit.

PRIMERA RECOMENDACIÓN: creación en cada Estado de un organismo que disponga de los recursos necesarios para supervisar los programas destinados a prevenir y combatir el tabaquismo.

SEGUNDA RECOMENDACIÓN: reunir los elementos de un programa de acción (finalmente, estudios del comportamiento de los fumadores, del público al respecto, del cuerpo médico).

TERCERA RECOMENDACIÓN: desarrollar una acción legislativa basada en el conocimiento internacional del tabaquismo.

CUARTA RECOMENDACIÓN: restringir de manera progresiva la publicidad teniendo como objetivo la supresión total.

QUINTA RECOMENDACIÓN : acción legislativa para exigir la presencia en las cajetillas la mención: Fumar es peligroso para la salud, contenido de productos tóxicos, recomendaciones sobre la manera de disminuir los riesgos de tabaco.

SEXTA RECOMENDACIÓN: movilización del cuerpo médico y paramédico exhortándolos para que ellos mismos dejen de fumar, disuadan a sus pacientes, familiares y principalmente a los jóvenes.

SÉPTIMA RECOMENDACIÓN: vigilar que las facultades de medicina se aseguren de que todos los estudiantes de medicina sean informados de los peligros del tabaquismo.

OCTAVA RECOMENDACIÓN: desalentar el consumo del tabaco en los hospitales, consultorios y dispensarios médicos. Crear consultas antitabaco. Desalentar el consumo de tabaco en los lugares públicos y transportes. Vigilar que el personal de las empresas este informado.

NOVENA RECOMENDACIÓN: integrar los peligros del tabaquismo en los programas educativos, las escuelas normales y universidades.

DÉCIMA RECOMENDACIÓN: reunir a las autoridades sanitarias a las diversas administraciones, fuerzas armadas y asociaciones deportivas, a fin de dar a conocer todos los peligros del tabaco.³⁵

La adopción de esas diez recomendaciones constituyen un raro ejemplo de un frente común opuesto a un flagelo, y sirven como punto de referencia a las diferentes acciones nacionales; en ellas se encuentran la mayor parte de votos formulados por la Academia de Medicina en 1972. En intervalos regulares, la Organización Mundial de la Salud, ante cifras proporcionadas por los Estados Miembros, las retoma, analiza y mejora diversas disposiciones. Pero no todo es tan sencillo, ya que algunos países se han unido a la campaña tan sólo de palabra. Dado que el tabaco representa una importante parte de recursos para muchos Estados, su posición es poco confortable, por lo que respondieron al Director General de la OMS, que debe "abstenerse de formular reglas actualmente inaplicables".

Sin embargo, los expertos de la OMS, no contentos con señalar la responsabilidad de los países industrializados con relación a los países en vías de desarrollo, afirmaron nuevamente que "el único camino a seguir es tratar de suprimir el riesgo y no sólo reducirlo de manera marginal".

En 1984, el tono se hizo más duro cuando declararon que la publicidad del tabaco a la vez es "brutal y muy hábil", utilizada por los multinacionales de este producto en el tercer mundo, y, en 1986, se eleva en forma tormentosa el número de fumadores en los países en desarrollo, alentado sobre todo por campañas de promoción intensivas e insensibles llevadas a cabo por empresas tabacaleras; Debido a esto el Consejo Ejecutivo de dicho organismo internacional en su 77ª

³⁵ Organización Mundial de la Salud, 1975

sesión puso en la punta "las prácticas comerciales desprovistas de escrúpulos, combinadas con la pasividad de los poderes públicos", llegando incluso a considerar que la producción del tabaco "no tiene defensa como tampoco lo tiene el de la coca, el adormidera o la cannabis".

En 1988, ampliando todavía más su campo de acción, la OMS celebra anualmente "un día mundial sin tabaco", consagrado cada año a diferentes temas, por ejemplo en 1991, el tema fue sobre los transportes públicos, siendo adoptado por la mayoría países miembros y algunos como Francia lo incluyeron en una legislación específica (Ley Evin, artículo 7), la cual será mencionada más adelante.

Francia ha sido uno de los países que más se ha interesado en detener la epidemia del tabaquismo como lo veremos en la Ley Veil; en 1976, bajo los auspicios de Simone Veil, entonces Ministra de Salud en Francia, se inicia la acción disuasiva. Las disposiciones votadas ese año reflejan en su conjunto las diversas recomendaciones de la OMS y los votos formulados en 1972 por la Academia de medicina.

La misma Ley del 9 de julio de 1976 responde a la tercera recomendación de la OMS. , que requiere localmente "la colaboración de los legisladores", así como la aplicación de sus principales disposiciones.

De igual forma el artículo 2º del título 1º, señala: "no debe hacerse propaganda o publicidad a favor del tabaco y de sus productos", la cual responde a la 4ª recomendación en la que indica que se debe emprender una acción para restringir la publicidad a favor de los cigarrillos, teniendo como objetivo eventual la suspensión total.

Hasta ese momento, Francia toleraba una publicidad limitada en la prensa, pero "todos los slogans y todas las ilustraciones además de las que figuran en los

productos o en la marca quedan prohibidas". Interpretada como una negativa de los poderes públicos de ir hasta el final, como una cierta señal de complacencia, esta tolerancia es un ejemplo de lo contradictorio de la actitud francesa.

ARTÍCULO 6º señala: que la información de naturaleza sanitaria profiláctica y psicológica se dará en los establecimientos escolares y en el ejército. Esto responde a las 9ª y 10ª recomendaciones de la OMS.

ARTÍCULO 7º. No se debe hacer propaganda o publicidad a través de cualquier procedimiento o bajo cualquier forma que sea, a favor del tabaco o de los productos del tabaco y de los artículos para los fumadores, en las publicaciones definidas en el apartado 1º de la Ley del 6 de julio de 1949 sobre las publicaciones destinadas a la juventud. Responde a la 4ª recomendación.

ARTÍCULO 9º. Cada unidad del empaque de los cigarros deberá incluir la mención de la cantidad promedio de nicotina así como las cantidades promedio de alquitrán y de otras sustancias susceptibles de ser liberadas por la combustión. Cada empaque de tabaco o de productos de tabaco deberá incluir, en caracteres perfectamente claros, la mención , el abuso es peligroso.

Este artículo refleja la 5º recomendación, exige " hacer obligatoria la impresión en las cajetillas de cigarros (...) una mención declarando que fumar es peligroso para la salud (.....) una mención de la cantidad de nicotina y alquitrán de cada cigarro". En cambio el artículo 9º, no apoya la obligación de hacer figurar en la cajetilla "recomendaciones sobre la manera de disminuir los peligros del tabaco".

Con respecto a los lugares, el reflejo de las recomendaciones de la OMS también se encuentra en el Decreto del 12 de septiembre de 1977, referido a la prohibición de fumar en ciertos lugares.

ARTÍCULO 1º. Queda prohibido fumar en los lugares de uso colectivo salvo en aquellos en que el uso de la habitación sea exclusivamente personal, cuando no satisfagan las siguientes normas:

- a) caudal mínimo de ventilación de 71 por segundo y por ocupante, para los lugares en los que la ventilación se realiza de manera mecánica o natural a través de conductos.
- b) Volumen mínimo de 7m. cuadrados por ocupante para los lugares cuya ventilación es por aberturas exteriores.

Este artículo corresponde a la 8ª recomendación y engloba todo local que no tiene uso exclusivo de habitación, mientras que la OMS enumeró los lugares de salud, los lugares públicos y de transportes.

De hecho, esto puede suscitar algunas preguntas, dado que el criterio de una ventilación 71 por segundo, por ocupante no salta a la vista, y , ante la falta de un control real, la disposición corre el riesgo de quedar en letra muerta.

ARTÍCULO 2º. En las escuelas y los colegios públicos y privados (...) así como en otros establecimientos de enseñanza de nivel comparable, queda prohibido fumar en los lugares frecuentados por alumnos durante el tiempo que éstos estén ahí, Sexta recomendación, dice todo en una simple frase: "Disuadir a los jóvenes de empezar a fumar".

Referente a los transportes son:

ARTÍCULO 7º. Queda prohibido fumar dentro de los vehículos de transporte colectivo, regulares u ocasionales. Sin embargo cuando esos vehículos no están destinados principalmente al transporte de alumnos que frecuentan establecimientos escolares o de jóvenes de menos de 16 años, se puede encontrar un lugar accesible para los fumadores.

ARTÍCULO 8º. Queda prohibido fumar en los elevadores de uso colectivo.

ARTÍCULO 10º. En los automóviles con compartimientos, en vagones de transportes ferroviarios, por lo menos la mitad de los compartimientos de cada clase y de cada tipo de vagón debe ser reservada a los no fumadores.

Esos diferentes artículos responden a un párrafo de la 8ª recomendación: "Desalentar el consumo del tabaco en los lugares públicos y en los medios de transporte". Pero las dos partes de la frase deben ser asociadas, ya que sólo se trata de "transportes públicos". Un taxista únicamente puede exhortar a sus pasajeros de abstenerse de fumar a través de un letrero o verbalmente. Si éstos se niegan a hacer caso, el chofer no puede negarse a transportarlos.

Hasta aquí, hemos enunciado lo que da contestación en la Ley Veil, a algunas de las recomendaciones de la OMS referentes al tabaquismo; ahora nos toca hacer mención al contenido de la Ley Evin sobre el mismo tema.

Rápidamente se hizo evidente que la Ley del 9 de julio de 1976 era evadida frecuentemente. Tan frecuentemente que el Comité Nacional contra el tabaquismo publicó en 1986 las excepciones más escandalosas en lo que se refería a la publicidad. Pero también se pudo reconocer que la Ley Veil tenía ciertas lagunas. La legislación omitió en las exclusiones publicitarias los productos que servían directamente para el consumo del tabaco, como los cigarros y los encendedores. Dado que la promoción de un encendedor presentaba las características visuales de tal o cual cajetilla de cigarros, equivalía a casi una publicidad del tabaco.³⁶

En el parlamento se impuso entonces la necesidad de un texto remodelado. La oportunidad fue aprovechada en 1990 por Claude Evin, Ministro de relaciones

³⁶ CFR. Con: RICO Méndez G. Y RUIZ Flores, Luis G. Tabaquismo su recuperación en Aparatos y Sistemas, pp 115-160; BELLSOLA, Domingo Alcohol y Tabaco, pp 75-99; ROEMER, Ruth, Legislative action to combat the world Tabaco Epidemia, Ed. Healt Organization, Génova 1993, pp, 97-148

sociales. Pero el mundo del tabaco supo encontrar aliados y el nuevo proyecto de ley tuvo que navegar entre el senado y la Asamblea Nacional.

Poco antes de la segunda lectura, ante esta última, los doctores Jean Bernard y Maurice Tubiana, los premios Nobel Jean Daússet y Francois Jacob hicieron un solemne llamado a los parlamentarios , poniéndolos ante las autoridades. En 10 de enero de 1991, la Ley Evin finalmente fue votada y parece haber dado por cerrado el asunto. De entrada, fue un precioso ejemplo para la puesta en marcha de iniciativas similares en otros países, particularmente de la Comunidad de Estados Europeos.

3.2.2 ESTADOS UNIDOS Y CANADÁ

Abordaremos ahora la legislación existente en Canadá y Estados Unidos países igualmente interesados por combatir el tabaquismo.

En 1986, solamente 39 municipios de Canadá tenían leyes sobre los fumadores, pero en 1988, 114 municipios en un total de 10 provincias habían decretado leyes sobre el control de los fumadores en lugares públicos y lugares de trabajo (Calgary Health Services, 1988). En los Estados Unidos en 1989, un total de 397 ciudades y condados ordenaron cubrir a un total de población de 52,471,053; de ellos, 297 ciudades y condados hicieron la adopción de la política de no fumar en lugares de trabajo; 368 ciudades y condados establecieron el control de los fumadores en restaurantes; y en 298 tiendas se implantó el reglamento local contra fumadores en lugares públicos cerrados. (Pertschuk & Shopland, 1989).

Se han dado razones para establecer la legislación contra el tabaco en todos los niveles de gobierno e iniciar acciones similares por organizaciones privadas para prohibir el fumar en cinemas y teatros con la finalidad de prevenir incendios y también la prohibición en lugares donde se prepara comida como seguridad y

medidas de sanción. En tal caso se buscó una reglamentación que protegiera a los no fumadores del molesto humo del tabaco respetando su derecho a respirar un aire libre de humo de tabaco en un medio ambiente común.

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos llegó a la conclusión de que los fumadores pasivos expuestos al humo del tabaco provoca el incremento del cáncer cérvico, cuando las mujeres se hayan expuestas al humo del tabaco por tres horas diarias. Además en un estudio llevado a cabo durante 20 años se encontró que en los no fumadores expuestos al humo del tabaco se incrementó el riesgo de muerte por enfermedades cardiovasculares. (Humble et al., 1990).

3.2.2.1 RAZONES BÁSICAS PARA CONTROLAR EL HUMO DEL TABACO EN LUGARES PÚBLICOS DENTRO DE LOS ESTADOS UNIDOS

- Minimizar y eventualmente eliminar los riesgos que provoca el humo involuntario y proteger los derechos de los no fumadores;
- disuadir a los jóvenes e infundirles la idea de que el humo del cigarro es perjudicial para la salud, además de ser socialmente inaceptable;
- responsabilizar a los padres de menores para evitar que fumen en su presencia;
- proporcionar ayuda a las personas fumadoras que deseen dejar de fumar;
- contribuir a la puesta en práctica de múltiples actividades diarias, como eventos públicos, viajes y trabajos;
- reducir los riesgos de fuego;
- encabezar voluntariamente la ampliación de áreas libres de humo;
- introducir un tipo de control de fumadores que tengan un vasto soporte público. (Departamento de Salud y Servicios Humanos, 1986).

3.2.2.2 LEGISLACIÓN PARA MANTENER LOS LUGARES DE TRABAJO LIBRES DE HUMO DE TABACO.

El control del humo de tabaco en lugares de trabajo es uno de los principales aspectos restrictivos en lugares públicos. Esta legislación está dada para proteger a los trabajadores de los dos tipos tanto fumadores como no fumadores. Para los trabajadores expuestos a materiales peligrosos como el asbesto, el fumar incrementa los riesgos en su salud.

Una de las mayores retos para el departamento de Salud de los Estados Unidos es enfrentarse a los casos de enfermedades provocadas por la incidencia de la interacción entre el fumar y la exposición en sus lugares de trabajo. (Departamento de Salud y Servicios Humanos).

3.2.2.3 RAZONES BÁSICAS PARA RESTRINGIR EL FUMAR EN LUGARES DE TRABAJO

Las razones básicas para restringir el fumar en lugares de trabajo son:

- La protección a todos los trabajadores, fumadores y no fumadores;
- El suministrar particular protección a trabajadores expuestos a materiales peligrosos combinados con ser fumador representa grandes riesgos;
- Reconocer que la exposición del humo del tabaco en el medio ambiente de los sitios de trabajo; involuntariamente hacen que el medio ambiente del lugar de trabajo no sea sano.
- Reducir la cantidad de humo por fumadores y que éstos se esfuercen para dejar de fumar;
- Reducir la cantidad de empleados enfermos y las ausencias laborales;
- Reducir el riesgo de incendios y el costo de seguros por incendio.
- Reducir el deterioro de la propiedad;
- Contribuir al logro de un medio ambiente de trabajo sano, libre de humo³⁷.

³⁷ Ob. Cit.

3.2.2.4 RESTRICCIÓN DE FUMADORES EN INSTITUCIONES ESPECÍFICAS

En los noventas tanto la legislación como las políticas de restricción voluntaria de los fumadores en lugares de trabajo fue incrementada su fuerza. Mientras algunas legislaciones son aplicadas sólo en oficinas de gobierno, otras de éstas cubren tanto sitios gubernamentales como privados.

Tres tipos de legislación prohíben o restringen fumar en lugares de trabajo. La primera prohibición de fumar está en la clase específica de instituciones, tales como sitios de trabajo gubernamentales, hospitales e instituciones de salud, escuelas y colegios, así como lugares donde se prepare y venda comida.

La segunda restricción para fumar se encuentra donde está presente un incremento de riesgos, asimismo donde se encuentran trabajando con materiales peligrosos, y trabajadoras embarazadas.

La tercera que restringe a los fumadores en sitios privados de trabajo, frecuentemente requieren de políticas de negociación entre patrones y fumadores. "Smoking is either banned completely or allowed only in a few designed smoking rooms". (Collishaw et, al., 1990).

En los estados Unidos la mayoría de los trabajadores federales están cubiertos por leyes administrativas que restringen fumar en lugares públicos. La legislación del Estado ha extendiendo restricciones similares al público y sitios de trabajo privado. En los niveles estatales, las leyes de 31 de los 50 estados restringen fumar en sitios públicos de trabajo; en otros estados fumar en sitios públicos de trabajo ha sido restringido por acción del Poder Legislativo (Departamento de Salud y Servicios Humanos, 1990).

En Canadá las restricciones de fumadores en edificios de gobierno son comunes y pueden ser impuestas por estatutos o por leyes administrativas

concernientes a agencias gubernamentales; asimismo la legislación nacional se ha extendido.

En la Jornada de Salud de los No Fumadores canadienses de 1989, se dieron a conocer las restricciones para los fumadores en lugares de trabajo donde acuden cerca de 900 000 trabajadores tanto del sector privado como del sector público dentro de la Jurisdicción federal.

En Estados Unidos ha sido legislado por El Departamento de Salud y Servicios Humanos en 1989, que cada empleador o patrón deberá asignar dentro del lugar de trabajo, tanto como en sus cafeterías o cuartos de descanso áreas para fumadores y para los no fumadores tomando en cuenta una política por escrito sobre esta prohibición ; esto se lleva a cabo en 13 de sus estados.

Por lo que se refiere a la publicidad de productos de tabaco, en los Estados Unidos queda prohibida en todos los lugares de trabajo tanto de gobierno como del sector privado. En 31 de los 50 estados se estableció esta Norma por el Departamento de Salud y Servicios Humanos, (1989). Asimismo en dicha Norma se establece que cada empleador o patrón deberá asignar en el área de trabajo, en sus cafeterías o cuartos de descanso, sitios para fumadores y otros para los no fumadores tomando en cuenta una política por escrito sobre esta prohibición.

Esta política obliga a la prohibición de fumar en auditorios, gimnasios, salas de descanso, elevadores, así como lugares que sean compartidos por grupos de personas como pueden ser los vehículos colectivos.

En los Estados Unidos y Canadá se ha llevado a cabo un gran esfuerzo por desarrollar programas que permitan lugares de trabajo libres de humo de cigarro; por lo que tanto el sector público como el privado han adoptado e implementado una legislación sobre el tabaco tanto a nivel estatal como local. Por ejemplo, en 1989 la legislación de la Provincia de Ontario prohibió fumar en todos los lugares

de trabajo, lugares públicos, lugares de juego exceptuando las áreas condicionadas para fumadores y habitaciones privadas. " As of 1988, 22 Canadian Municipalities had enacted work place by law that generally require work places to have written smoking policies, which attempt to accommodate the preferences of both smokers and no smokers" (Petschuk & Shopland, 1989).

En 1988, 22 de los municipios de Canadá se adoptó e implementó la legislación que obliga a crear áreas para fumadores y para no fumadores en los lugares de trabajo, siendo que de no ser posible que éstas existieran, se debe prohibir el fumar. En la ciudad de Toronto se invirtieron más de 500 000 dólares canadienses en una campaña educativa para prevenir el consumo del cigarro.

De igual manera se han hecho extensivas las campañas publicitarias por todos los medios de comunicación con el mismo propósito de dar a conocer los estragos que causa a la salud el consumo de productos de tabaco. (Calgary Health Services, 1988).

La violación a la legislación establecida se sanciona de dos formas, si es impuesta por pena civil es por arriba de 1000 dólares y si es impuesta por el estado es sobre los 500 dólares. Estas medidas fueron aceptadas por voto popular en el año de 1988 por el total de la población de 297 ciudades y condados por lo que requiere de los empleadores o patrones de ambos sectores tanto público como privado la adopción de esa política, y en el caso de suscitarse un conflicto entre fumadores y no fumadores estos últimos sienten un precedente.

Esta legislación no excluye a los lugares pequeños de trabajo y también prohíben la represalia contra un empleado quien ejercite su derecho a fumar. (Pertschuk & Shopland, 1989).

3.2.2.5 ACCIÓN JUDICIAL PARA EL CONTROL DEL TABACO

La evocación de la acción judicial es un flexible y poderoso instrumento con el potencial para ayudar en un alto rango de objetivos para controlar a los fumadores.

Por consiguiente cada persona afectada por el cigarro deberá ser indemnizado por la compañía tabacalera. Si algún trabajador que sea fumador y esté sindicalizado finalmente recibiera una indemnización por parte de la compañía cigarrera, todas las otras víctimas del cigarro o del humo del mismo llegarían a ser una demanda potencial y si el abogado sindical demandante prueba que el o ella pueden o pretenden obtener dinero de la empresa tabacalera, todos los abogados sindicales se irían a juicio.

Las demandas presentadas en contra de las tabacaleras en los Estados Unidos han erogado una cantidad inimaginable de miles de dólares; aunque los abogados de las tabacaleras han tratado de detener los juicios. Estas demandas se basan en estudios hechos y comprobados con respecto a los daños que ocasiona tanto el cigarro como el humo producido por este en la salud, lo cual estuvo comprobado desde los años treinta. (Cipollone V. Liggett Grup 1998).

La evidencia presentada por los científicos tuvo amplia publicidad ayudando al público a informarse de los efectos secundarios que produce el fumar, por lo que las compañías tabacaleras encontraron motivos para entablar juicio en contra de ellos. La acusación legal de la publicidad ha provocado una enorme relevancia; mientras el poder judicial ha tenido éxito en las demandas entabladas por afecciones obtenidas por el tabaco las cuales han sido largas y sumamente costosas para las tabacaleras.

Los abogados de la industria tabacalera propusieron que los fumadores debían asumir la responsabilidad en caso de presentar cáncer pulmonar, debiendo

tomar en cuenta lo dicho por los científicos " que el fumar puede conducir a la muerte".

Una real amenaza de juicios civiles pueden darse por vender productos de tabaco a menores de edad en forma ilegal; poniendo de ejemplo un caso en donde dos jóvenes adolescentes por haber comprado cigarros en una de las tiendas de autoservicio en forma ilegal éstos se volvieron adictos por lo cual entablaron un juicio en contra de esa cadena de tiendas (Store 24, Inc. En Cambridge, Massachussets, USA.)

En suma se buscó que los daños por consumo de cigarro que desencadenaron un cáncer y otras condiciones de afección a la salud para que fueran monitoriadas en el futuro de estos jóvenes, lo cual llevó a que la venta de cigarrillos requiera una identificación del comprador como lo requiere la venta de alcohol. Afrontar con la certeza de que una adicional advertencia en la publicidad fuera tan buena como un probable número de requerimientos de ellos, al pagar las demandas de los abogados mantenidas bajo la Ley de Protección al Consumidor de los estados; las cadenas de tiendas acordaron en junio de 1991 que para comprar cigarrillos los jóvenes requerirán comprobar la edad permitida. (Kite V. Philip Morris Inc., 1987).

Para evitar el aumento de fumadores sobre todo adolescentes el gobierno ha incrementado los impuestos a la producción y venta del tabaco; ya que a la fecha más de un millón de jóvenes empieza a fumar cada año. También queda prohibida la venta de cigarrillos en máquinas expendedoras de productos y la publicidad de productos de tabaco dentro de lugares de trabajo y todo tipo de escuelas.³⁸

Como es de apreciarse la legislación para el control del tabaquismo en otros lugares del mundo si se cumple, en comparación con la legislación existente en México la cual es letra muerta ya que no existe autoridad alguna que la ejecute.

³⁸ Ob. Cit.

El tema de investigación de esta tesis es tan importante que haremos mención de otros ejemplos en donde la publicidad del tabaco y sus productos está totalmente prohibida por los medios de comunicación los encontramos en Dinamarca, Finlandia, Irlanda, Malta, Noruega, Polonia y al Antigua Unión Soviética. En Perú, solo es autorizada después de las 21 horas y el texto publicitario debe estar acompañado de una advertencia.

En Singapur la prohibición va más lejos, ya que es total, excluye todo el apoyo, salvo los diarios extranjeros. En Noruega el Decreto Real que prohíbe la publicidad en la televisión invita a este organismo a mostrarse pendiente ante todas las formas posibles de "publicidad solapada", en el marco de espectáculos proyectados.

En fin, varios países, como Malta, Holanda, Rumania y Nueva Zelanda, no se conforman con prohibir, sino que consagran secuencias más o menos largas y numerosas a las campañas de tabaquismo.

Por otra parte la prohibición de fumar en lugares que se asocian con medios médicos como son los hospitales, dispensarios médicos o lugares donde se reúnen los médicos, solo es prohibido en ciertos países. Esas medidas de alcance variado, tienen la relativa ventaja de asociar al cuerpo médico con la campaña contra el tabaquismo. Estos países son en particular: Alemania, Brasil, Malta, México, Polonia, Rumania, Suecia y la Antigua Unión Soviética.

En los lugares de enseñanza, están los casos de Polonia, Portugal, Rumania, Checoslovaquia, Turquía y Suecia. sólo en Bulgaria se prohíbe categóricamente el tabaco en todo lugar de trabajo, y en Nueva Zelanda de igual manera en los lugares de espectáculo".

En Australia, Costa Rica, Islandia, Panamá y Perú, la forma en las cajetillas es la misma que en los Estados Unidos.

En Canadá la leyenda se completa así: "El peligro para la salud aumenta con la cantidad de bocanadas, no inhale el humo. También se indica el contenido de tóxicos".

En Inglaterra, los términos son más ambiguos que en los otros países citados: Advertencia del gobierno de su Majestad: "el consumo de tabaco puede ser dañino para mi salud".

El haber conocido de las diversas etapas superadas por la O.M.S. en los últimos 10 años para suscitar una reacción oficial ante los tabaquismos nacionales y responsabilizar a los países que, por una u otra razón, no han tomado ninguna medida.

Países sin legislación específica, son aquéllos en los cuales la producción y venta del tabaco deja grandes porcentajes de ganancia para sus gobiernos como lo son Indonesia y Bangladesh ejemplos de países pobres que si se diera la guerra contra el tabaquismo en esos lugares se tacharían de antipatriotas los que impidieran su publicidad.³⁹

No se puede dejar de mencionar que en México en el presente sexenio se ha intentado por lo menos hacer un poco de conciencia en los fumadores invitándolos por diversas Instituciones a participar en los eventos a los que convoca la Organización Mundial de la Salud los días anteriores al 31 de mayo que es el día propuesto por esta Organización de "un día mundial sin tabaco".

También se nos hace relevante el señalar que la Iniciativa propuesta ante la Asamblea Legislativa del Distrito Federal acerca de elevar a rango de Ley el Reglamento de Protección a los No Fumadores para el Distrito Federal; fue aceptada el 31 de diciembre del año 2003 y Publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el día 6 de enero del 2004.

³⁹ Ob. Cit.

CAPÍTULO IV

4. ESTADÍSTICAS REFERENTES A TABAQUISMO

Empezaremos este capítulo diciendo que para entender más a fondo el problema del tabaquismo en la salud pública, tema de esta tesis, tenemos que dar a conocer las estadísticas de las enfermedades provocadas por esta adicción ya que está causando como se ha dicho innumerables problemas de salud y mortalidad anualmente.

Aunque los datos precisos sobre el consumo del tabaco y el comportamiento correspondiente proceden sólo de los gobiernos de un número limitado de países (principalmente industrializados), pueden darse ahora estimaciones razonables para la mayor parte de los países.

En países industrializados fuman del 20% al 40% de las mujeres, en particular las que son jóvenes, entre las que el hábito se halla en aumento; el 30 al 40% de los varones fuman, cifra que está en general en descenso. En los países en desarrollo, utilizan tabaco del 2% al 10% de las mujeres y del 40 al 60% de los varones. Sin embargo, existen excepciones en este cuadro general y la OMS ha considerado útil proponer una clasificación de los países conforme a la fase de desarrollo de la epidemia de tabaquismo; esta clasificación será también básica para seleccionar los medios de lucha contra la epidemia.

En la década de los noventas murieron en el mundo un total de 3 millones de personas cada año por enfermedades inducidas por el tabaco. Unos 2 millones se hallaron en los países industrializados y alrededor de un millón en países en desarrollo. En el conjunto de los países industrializados, el número anual de defunciones atribuibles al tabaquismo ha aumentado de 700 000 aproximadamente en 1965 a unos 1.5 millones en la actualidad para los varones, y de unas 100 000 a 500 000 para las mujeres.

Se puede hacer una estimación de la frecuencia de las principales enfermedades del país relacionadas con el tabaco utilizando los datos epidemiológicos disponibles. Los datos más fáciles de encontrar son los relacionados con: cáncer de pulmón, cardiopatía isquémica y enfermedad cardiovascular. Las siguientes tasas son usualmente expresadas como frecuencia por 1,000 habitantes.⁴⁰

4.1 DATOS INTERNACIONALES SOBRE LAS CONSECUENCIAS DEL TABAQUISMO

El uso del tabaco produce muchas enfermedades y muertes; sobre todo en los sujetos que tienen predisposición genética. En 1995 aproximadamente tres millones de personas murieron a causa del consumo del tabaco. De ellas 2 millones en los países industrializados y el resto en los países en vías de desarrollo.

- La tasa de mortalidad es el número de ocurridas en un año, dividido por la población.
- La tasa de mortalidad específica por edad es el número de muertes en un grupo determinado de edad, dividido por esa población. Esta es presentada en intervalos de cinco años.
- La tasa de mortalidad específica por sexo es el número de muertes en un año entre hombres y mujeres, dividido por esa población.
- La tasa de mortalidad acumulada (TMA) es la suma de las tasas de mortalidad específica por la edad entre dos grupos de edad. Es calculada

⁴⁰ LEMAIRE JEAN, Françoise. El Tabaquismo, 2ª edición. Traducción Publicaciones Cruz O. con la colaboración de Sofía Míselem. Impresos México, 2004, pag. 192

mediante la suma de la mortalidad relacionada a la edad y multiplicada por el número de años en cada grupo de edad (normalmente cinco años).

- La tasa de mortalidad estandarizada en cuanto a la edad es calculada mediante la multiplicación de la tasa de mortalidad específica por edad, por un factor que corresponde a la distribución estándar de los grupos de edad en la población. La población estándar "Mundial" da el número de personas de cada grupo de cinco años necesaria para construir una población hipotética; entonces, se suma el número esperado de muertes en el grupo de edad calculado y se divide por el total de la población. (Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias, noviembre del 2000, por Karen Slama).

4.1.1 CÁLCULO DEL NÚMERO DE MUERTES CAUSADAS POR EL TABACO

"La mortalidad por cáncer de pulmón puede ser utilizada para estimar la mortalidad atribuible al tabaco si no se dispone de estadísticas sobre la mortalidad de otras enfermedades relacionadas con el tabaco" ⁴¹. Para calcular el número de muertes producidas por el tabaco, se multiplica el riesgo atribuido a la población por cáncer de pulmón por el número de muertos por esta enfermedad entre hombres y mujeres en cada grupo de edad y después se suman los resultados. Esto corresponderá aproximadamente a una tercera o una mitad del total de la mortalidad atribuible al tabaco.

Estos procedimientos simples son sólo aplicables cuando no se dispone de datos epidemiológicos fidedignos. (Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias, noviembre del 2000, por Karen Slama).

⁴¹ Ob.Cit.

Tal vez se podría pensar que no es importante para nosotros el conocimiento de las tasas estimativas que se enuncian; sin embargo sin estos datos no entenderíamos los efectos nocivos del tabaquismo en los humanos.

4.1.2 EFECTOS SOBRE LA SALUD Y LA MORTALIDAD

"Se han acumulado pruebas experimentales, epidemiológicas y clínicas que apoyan la asociación entre tabaquismo y morbi-mortalidad. La relación de la mortalidad para adultos fumadores contra adultos no fumadores es de casi uno por cada siete"⁴². Esta relación consiste en la relación del número de muertes observadas en fumadores entre el número esperado de no fumadores; la relación de mortalidad en fumadores entre el número esperado de no fumadores; la relación de fumadores aumenta con la cantidad fumada y es directamente proporcional a la duración del tabaquismo.

Las relaciones de mortalidad son también mayores para quienes empiezan en edades más tempranas. En suma, los efectos del tabaquismo sobre la esperanza de vida, dan como resultado que ésta disminuya de manera significativa.

Por ejemplo, un fumador de dos cajetillas diarias, de 30 a 35 años de edad, tiene una esperanza de vida menor que varía de 8 a 9 años en comparación con los no fumadores de la misma edad. El exceso de mortalidad en fumadores es mayor para los grupos de edad de 35 a 54 años, tanto para hombres como para mujeres; fumar cigarros es la mayor causa prevenible de muerte prematura reconocida en Estados Unidos en el momento actual.

Además de influir en la mortalidad, el tabaquismo es causa de mayor morbilidad; tanto en hombres como en mujeres fumadores, se reportan más afecciones agudas y crónicas, en comparación con gente que nunca ha fumado.

⁴² Ob.Cit.

(Informe de la Clínica de Tabaquismo del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias 2002).

4.1.3 DAÑOS AL APARATO RESPIRATORIO

El aparato respiratorio está diseñado de tal manera que, el área de contacto entre el medio interno y el externo es muy amplia, (alrededor de 70 a 100 metros cuadrados). En 24 horas, se respiran cerca de 10 mil litros de aire, la mayoría de las veces conteniendo una gran cantidad de elementos nocivos, por lo tanto, existen mecanismos de defensa contra los agentes agresores del exterior.

“Las alteraciones iniciales producidas por el tabaquismo en las vías respiratorias, modifican estos mecanismos de defensa pulmonar; esto ocurre desde las etapas iniciales cuando el fumador se encuentra totalmente asintomático. Uno de los cambios iniciales es la parálisis ciliar, importante mecanismo de defensa, cuya función principal es eliminar a todos aquellos agresores que han logrado sortear las primeras líneas de defensa del aparato respiratorio interior; al paralizarse los cilios, las partículas extrañas no serán expulsadas y su efecto nocivo se facilitará en gran manera”⁴³.

Los macrófagos alveolares también son fundamentales para la defensa del aparato respiratorio, el humo del tabaco provoca que disminuya su función, lo cual favorece la aparición de infecciones respiratorias. Otras alteraciones encontradas en fumadores jóvenes asintomáticos son el aumento en la cantidad de polimorfonucleares, el aumento de inmunoglobulina A; en conjunto estas alteraciones van a facilitar las infecciones y daños al pulmón y propician el desarrollo para la bronquitis crónica y el emfisema pulmonar ⁴⁴.

⁴³ GUTIÉRREZ DE VELASCO Carmen, Patología Respiratoria, pp. 24-27.

4.1.4 EFISEMA PULMONAR

"El efisema pulmonar es la consecuencia más severa del tabaquismo sobre el aparato respiratorio 90-95%, además del cáncer pulmonar 80-85%; la primera se caracteriza por destrucción alveolar, atrapamiento aéreo y además es irreversible, su síntoma principal es la disnea, la cual es progresiva e incapacitante.; las dos enfermedades ponen en peligro la vida"⁴⁵. Es necesario señalar que existe también en el aparato respiratorio, otra alteración conocida como hiperactividad de las vías aéreas.

4.1.5 LA HIPERACTIVIDAD DE LAS VÍAS AÉREAS

"Es una enfermedad crónica es un factor de riesgo independiente en el desarrollo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica"⁴⁶. Por lo tanto existe la evidencia de que el factor de riesgo más importante para las vías aéreas es el tabaquismo; los fumadores tienen mayor expectoración y prevalencia de anomalías en la función pulmonar, caída más rápida de la misma, mayor prevalencia de bronquitis crónica, efisema así como alta tasa de mortalidad por enfermedad destructiva crónica. Es importante destacar que todos estos efectos cesan al abandonar la adicción al cigarro.

4.1.6 CÁNCER

Las muertes por cáncer han ido aumentando en forma considerable en países desarrollados, donde el tabaquismo alcanza grandes proporciones; se considera que el 90% de los casos de cáncer pulmonar son atribuibles al tabaquismo; en el sexo femenino, este era un padecimiento poco frecuente, pero "en la actualidad en los Estados Unidos, cada año fallecen prematuramente

⁴⁴ PARDEL ALENTA, Helios. Manual, Diagnóstico y Tratamiento del Tabaquismo, 2ª edición, Médica Panamericana, Madrid, 1996, pp. 203.

⁴⁵ *Idem.*

⁴⁶ *Idem.*

165,000 mujeres por enfermedades relacionadas con el consumo del tabaco; por ejemplo, el cáncer pulmonar que a mediados del siglo XX era poco frecuente en mujeres, desde 1987 ha rebasado al cáncer de la glándula mamaria y actualmente representa 25% de todas las muertes por cáncer entre el sexo femenino.⁴⁷

En términos generales se sabe que las mujeres que fuman presentan un menor número de recaídas, sin embargo su síndrome de abstinencia es más severo de mayor duración al dejar de fumar. Los cigarrillos "light" son preferidos por las fumadoras, que contra lo que dice la publicidad respecto a su contenido de nicotina y alquitrán, se ha demostrado que su consumo se relaciona con el incremento del adenocarcinoma pulmonar; asimismo la ganancia de peso al dejar de fumar, los aspectos sensoriales y sociales relacionados con el tabaquismo tienen un impacto mucho mayor sobre las mujeres en el mantenimiento de la adicción.

En lo que se refiere a la salud, en México el tabaquismo es el responsable de 44,652 muertes al año en ambos sexos; desafortunadamente no se han realizado análisis por género, lo que sabemos es que a escala nacional la proporción de fumadoras se incrementó de 29% en 1989, a 31% en 1998, y a 33.4% en 1998, lo que representa una prevalencia de 16.3% (más 4 millones).

El cáncer de pulmón es difícil de diagnosticar y generalmente cuando se detecta ya se ha diseminado siendo imposible de operarlo ya que generalmente mueren en la cirugía; otra de las características que tiene esta enfermedad es que no responde fácilmente a los medicamentos hasta ahora utilizados en el tratamiento.

Existen otros tipos de tumores en el aparato respiratorio relacionados con el hábito del tabaco, el cáncer de faringe es uno de ellos, en general, se considera

⁴⁷ SLAMA, Karen, Prevención y Control del Tabaquismo, Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias, México, 1999.

que los fumadores tienen un riesgo mayor a desarrollar este tipo de neoplasia en una proporción dos veces mayor en comparación con los no fumadores.

Por lo que respecta al cáncer de labios, lengua y paladar, que se presenta en fumadores de pipa y puro, el riesgo es mayor en una proporción de 13 a 1, en relación con los que no fuman; respecto a otros fumadores menos frecuentes, como el cáncer de esófago y de órganos que aparentemente no tienen ninguna relación con el hábito tabáquico, como son vejiga urinaria y páncreas; se considera que la mortalidad es de 1.5 veces mayor en los fumadores y en el caso de las neoplasias de esófago 2 a 3 veces mayor.

4.1.7 ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

“En los Estados Unidos, se atribuyen al tabaquismo de 30 a 40% de las 565,000 muertes anuales causadas por enfermedad coronaria; estudios realizados en otros países, han revelado que el infarto al miocardio y la muerte por enfermedad coronaria es de 70% más elevada en fumadores que en no fumadores.”⁴⁸ (WALD Nj. Hackshaw, Department of Health and Human Services. Public. Health Services.)

Los componentes del humo del tabaco, en particular la nicotina y el monóxido de carbono, son los responsables de los efectos nocivos sobre el aparato cardiovascular; el monóxido de carbono produce la arteroesclerosis y la vasoconstricción sistémica, causada por la liberación de catecolaminas a partir de la médula suprarrenal. El infarto del miocardio es consecuencia de ambas causas, actualmente es una importante causa de incapacidad y muerte prematura.

Se asegura que el tabaco es uno de los factores etiológicos más importantes de enfermedad cardiovascular, cuando se asocia con otros factores como la hipercolesterolemia constituye el mayor factor de riesgo de coronariopatía,

⁴⁸ WALD Nj. Hackshaw, Department of Health and Human Services. Public. Health Services.

accidente vascular cerebral y aneurismas. "En mujeres menores de 50 años, fumadoras de 15 a 24 cigarrillos al día, el riesgo de infarto al miocardio se incrementa 2.43 veces cuando la fumadora además utiliza anticonceptivos orales".⁴⁹

En el estudio Framingham, la incidencia de infarto cerebral fue 40% superior en hombres fumadores y 60% en fumadoras comparado con el grupo de no fumadores. Las fumadoras también presentan mayor riesgo de desarrollar arteroesclerosis vascular periférica.

En México, desde 1980, la cardiopatía isquémica ocupa el primer lugar de causa de muerte. Otras enfermedades cardiovasculares relacionadas con el tabaquismo son la hipertensión arterial sistemática, la insuficiencia vascular periférica y la enfermedad tromboembólica.

4.1.8 OTRAS ALTERACIONES

Además de las alteraciones cardiovasculares, un fumador puede presentar alteraciones en el aparato digestivo, tales como aumento en la mortalidad intestinal, disminución del apetito, aumento en la secreción de saliva y de ácido clorhídrico, lo que predispone a la gastritis y a la úlcera péptica.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.- (EPOC), las mujeres que fuman tienen 10 veces más probabilidades de desarrollar Enfermedad pulmonar obstructiva crónica que las que no fuman. "Las adolescentes que consumen tabaco tienen menor crecimiento pulmonar y una reducción prematura de la función pulmonar; en todo el mundo la mortalidad por esta enfermedad entre las mujeres se ha ido incrementando en los últimos 20 años"⁵⁰.

⁴⁹ Ob.Cit.

⁵⁰ Ob.Cit.

Enfermedades gastrointestinales.- las consumidoras de tabaco tienen una mayor probabilidad de padecer úlcera péptica y enfermedad de Crohn, asimismo los fumadores con este padecimiento tienen un peor pronóstico que los fumadores; algunos estudios sugieren un incremento de la coledolitiasis y colecistitis entre las fumadoras pero las evidencias son inconsistentes.

Densidad ósea y riesgo de fracturas.- las mujeres postmenopáusicas que consumen tabaco tienen hasta 10% menos densidad ósea que las no fumadoras, lo que incrementa notablemente su riesgo de fractura.

En el sistema nervioso central, la nicotina estimula la corteza cerebral, sustancia reticular, sistema límbico o hipotálamo, que se manifiesta en alteraciones del estado de alerta y del poder de concentración; además produce aumento de cortisol y somatotrolina.

Efectos del tabaco y el aparato reproductivo en la mujer.- En las fumadoras se presenta una reducción de fertilidad y fecundidad, algunos estudios sugieren que los compuestos del humo de tabaco incrementan el riesgo de dismenorrea, amenorrea secundaria e irregularidad de los ciclos menstruales, se ha sugerido un efecto antiestrogénico para algunos componentes del humo del tabaco.

En mujeres fumadoras se presenta un aumento de las alteraciones en el funcionamiento de las Trompas de Falopio, lo que se refleja en un incremento del riesgo de presentar embarazos ectópicos y abortos espontáneos. Asimismo se observa un mayor número de infecciones en el aparato reproductor de las consumidoras de tabaco.

Fumar durante el embarazo propicia un aumento de riesgo de aparición de los siguientes trastornos: placenta previa, polihidramnios, parto prematuro, retraso del crecimiento uterino, malformaciones genéticas y aumento de la mortalidad perinatal; el síndrome de muerte súbita del infante o síndrome de muerte de cuna

se incrementa en los hijos de mujeres que fumaron durante el embarazo, asimismo el peso y longitud corporal de estos niños es menor, así como sus resultados en la prueba de Apgar.⁵¹

En lo que se refiere a malformaciones congénitas, sigue siendo un tema de controversia, sin embargo, algunos estudios epidemiológicos han mostrado un mayor riesgo para fisuras orales, malformaciones cardíacas (ducto arterioso persistente) y gastroquisis en hijos de fumadoras.

Recientemente se ha reportado un incremento de la morbilidad y mortalidad en el feto de fumadoras a consecuencia de procesos trombóticos en la vasculación útero placentaria, ya que hay un aumento de factor VII:Am de coagulación a partir de la semana 21 de embarazo; esto también representa un mayor riesgo de trombosis para la embarazada.

Por otra parte es importante mencionar que la nicotina atraviesa la placenta y llega al sistema nervioso en formación del producto, induciendo un incremento en el número de terminales nicotínicas. Aún no se ha comprobado, pero existe la hipótesis de que estos niños al tener en un futuro contacto con drogas como cocaína, heroína y nicotina presentarán mayor predisposición a ser adictos; por último se ha observado que la menopausia suele adelantarse de 1 a 2 años en mujeres que fuman.

Existen pruebas documentales sobre el aumento de la mortalidad perinatal de los hijos de madres fumadoras; 20% en las que fuman una cajetilla diaria y 35% en las fumadoras de más de una cajetilla diaria; también se ha registrado un incremento del riesgo de defunción intrauterina neonatal sobre la vigésima y la vigésimo octava semana de gestación.

⁵¹ *Idem.*

Por otra parte se ha observado mayor frecuencia de parto prematuro en madres fumadoras, relacionadas con placenta previa y abrupcio placenta, 24 y 25% respectivamente para aquellas que fuman de una cajetilla diaria y 92 y 68% para las que fuman más de una cajetilla diaria.⁵²

En Suecia en 4,312 embarazos se registró 14.5% más de aborto espontáneo en madres fumadoras en comparación con 7.8% en no fumadoras. Otro dato importante, es que los niños nacidos de mujeres que han fumado durante su embarazo pesan de 150 a 240 grs. Menos que los nacidos de madres no fumadoras; en toxemia preclámptica de la madre, el riesgo de mortalidad para el niño es muy superior si la madre es fumadora.

Las anomalías congénitas de los hijos de madres fumadoras es 2.3% mayor que las de hijos de no fumadoras.

En estudios realizados en Ontario se encontró que los hijos de madres anémicas tuvieron mortalidad perinatal más elevada 70% cuando eran severas.

Los efectos del tabaquismo materno sobre el feto son debidos a la nicotina y el monóxido de carbono; la nicotina es un potente vasoconstrictor que disminuye la perfusión de los espacios intervellosos: lo que produce hipoxia fetal y el monóxido de carbono contribuye al daño por su mayor afinidad por la hemoglobina, que el oxígeno.

Los hijos de madres fumadoras tienen más probabilidad de sufrir retraso en su desarrollo físico e intelectual; en lo que respecta al lactante, la nicotina que se excreta en la leche materna le produce hiperreflexia e incoordinación neuromuscular y tienen más episodios de infecciones respiratorias agudas y mayor mortalidad por esa causa.

⁵² CFR. Con: BUSTAMANTE, Miguel E., La Salud Pública en México, Secretaría de Salud, México, 1982, pp 97- 124; Programa de Tabaquismo, S.S. México, pp. 52-78; Programa de Acción, Adicciones y Tabaco. S.S. México, 2002.

Depresión y trastornos psiquiátricos.- múltiples estudios han encontrado una asociación entre depresión y tabaquismo, esto es especialmente importante entre las mujeres ya que en ellas la depresión se presenta con mayor frecuencia que en los hombres; la prevalencia de tabaquismo es mayor en pacientes con desórdenes de ansiedad, bulímica, trastorno por déficit de atención, esquizofrenia y alcoholismo. Aún no se han determinado los mecanismos que los relacionan.

Desafortunadamente el tabaquismo no respeta ni tejidos ni sistemas o aparatos así como ataca órganos internos ataca cualquier parte del cuerpo, así podemos señalar un número de lesiones bucales y padecimientos sistémicos entre las que destacan: halitosis, xerostomía, estomatitis nicotínica, lengua vellosa, hiperqueratosis, caries, tinción dentaria, periodontitis, melanosis del fumador, leucoplasias, eritroplasias y cáncer bucal.

4.1.9 TABAQUISMO EN EL NIÑO

Se aprende a fumar durante la infancia o la adolescencia. En este contexto alrededor del 60% de los fumadores han empezado a fumar a los 13 años y más del 90% antes de los 20; pero si la necesidad de fumar se retrasa hasta la madurez, la acción de convertirse en fumador será poco frecuente, y, sólo el 10% de los fumadores han empezado en edad adulta. Es en el grupo de adolescentes donde se recluta la mayoría de los niños fumadores.

La industria tabacalera atrae diario más de 5 mil niños y adolescentes al hábito del tabaco, a fin de poder reemplazar a los fumadores que han abandonado el hábito o que murieron prematuramente a causa de alguna enfermedad producida por el tabaquismo.

4.1.10 TABAQUISMO PASIVO

Es importante mencionar que un fumador pasivo expuesto en forma crónica e intensa al humo del tabaco, puede presentar daños similares a los observados en personas que fuman activamente. Los hijos de padres fumadores presentan mayores alteraciones respiratorias a consecuencia de tabaquismo pasivo, que los hijos de no fumadores; se ha observado que son más comunes los cuadros de bronquitis, neumonías y otras enfermedades del tracto respiratorio inferior, en el primer y segundo años de vida, en niños en los que por lo menos uno de los dos padres fuma.

Los médicos deben investigar los hábitos del tabaquismo en forma rutinaria en padres de niños con síntomas o enfermedades crónicas o recurrentes del aparato respiratorio; deben advertir de la necesidad de abandonar el hábito cuando sus hijos presentan este tipo de problemas.

En los fumadores pasivos adultos que se encuentran expuestos al humo del tabaco en el ambiente laboral, la alteración asistémica del aparato respiratorio es equiparable a la encontrada en grupos de fumadores de 1 a 10 cigarros al día.

Estudios realizados en Japón, Estados Unidos y Grecia, han puesto en evidencia que las esposas de fumadores tienen un riesgo mayor de presentar cáncer pulmonar; se atribuye el incremento del riesgo de esa enfermedad, debido al tabaquismo pasivo, de un 30% o más.⁵³

Como se puede observar el tabaco no respeta nada, ni aún a los individuos que todavía no han llegado a este mundo puesto que los daños que produce el tabaco tanto en madres fumadoras activas como pasivas es generalmente irreversible y por lo que hace al producto en gestación los daños los adquiere a través de ella, ya sea como fumadora pasiva o activa estando todavía el sujeto

⁵³ *Idem.*

en gestación; por lo que es indispensable el que se ponga en práctica la legislación sobre tabaquismo.

Con el fin de no caer en repeticiones las estadísticas sobre producción de tabaco. Remitirse al capítulo III, pp. 62-67 y sobre ventas pp. 64 del mismo.

CAPÍTULO V

5. DISCUSIÓN, PROPUESTA Y CONCLUSIONES

5.1 DISCUSIÓN

A través de esta investigación se ha pretendido dar a conocer que el consumo de tabaco es altamente perjudicial para la Salud Pública en México y en todo el mundo, siendo éste una de las epidemias prevenibles en la población de un país.

El objetivo del presente trabajo fue el identificar las razones que hay para no poner en práctica la legislación que existe sobre tabaquismo, a sabiendas que al no ser conocida y aplicada se está produciendo un enorme problema de Salud Pública; lo que afecta a todas las personas, desde al niño no nacido hasta las personas de edad más avanzada.

La hipótesis de esta investigación afirmaba que los servidores públicos de las diferentes Instituciones y Organismos oficiales, así como los que prestan sus servicios en otros de orden privado desconocen o pasan por alto la reglamentación y sanciones que se encuentran estipuladas en cuanto a la prohibición del consumo del tabaco en lugares cerrados y en transportes públicos.

El planteamiento estriba en el desconocimiento de la reglamentación y las sanciones que impone la Ley por violación a las normas establecidas concernientes al consumo del tabaco en lugares públicos y privados favoreciendo la prevalencia del tabaquismo y con esto, las enfermedades consecuentes.

De tal forma que conocer las razones de los fumadores de dichas Instituciones y Organismos para mantener su conducta en horas de trabajo y atención al público, puede ser el punto de partida para disminuir el consumo de

cigarros y hacer que tomen conciencia, con respecto a la legislación establecida sobre el tema en nuestro país; aunque hay que advertir que a partir del día 31 de diciembre se dio a conocer que había sido aceptada la Iniciativa de elevar a rango de Ley Para el Distrito Federal el anterior REGLAMENTO DE PROTECCIÓN A LOS NO FUMADORES.

Ahora bien, al analizar los antecedentes del “tabaquismo” encontramos que fue desde 1618 cuando Jacobo I, rey de Inglaterra mandó matar a Sir Walter Raleigh por haber introducido el tabaco a su país procedente de Virginia ya que el decía “este deplorable hábito, molesto para los ojos, desagradable para el olfato, peligroso para el cerebro, desastroso para el pulmón”; según lo afirma el autor Saint-Simon, quien concuerda con lo escrito por Vauquelin en 1809 al separar la nicotina que contiene el cigarro y mostrar los daños que ocasiona; y Robert Jauze afirmaba que “existe un interés de higiene pública en dar a conocer la acción dañina que puede tener el tabaco empleado de manera excesiva, acción demostrada por un conjunto de hechos y de inducciones ya realizadas por la ciencia”.

Sin embargo a pesar de los llamados desesperados de muchos estudiosos acerca de los daños provocados por el tabaco no hubo resultados positivos sino que fue hasta la intervención de la Organización Mundial de la Salud ante el desastre enorme de morbi-mortalidad por la epidemia tabáquica; así que lo llevó a cabo por medio de sus recomendaciones y posteriormente con el Convenio Marco para la Lucha Antitabáquica, en Ginebra ,1999 .Kjell Bjartvit.

Las autoridades de Salud de muchos de los países que se han interesado en el problema del tabaquismo; así como la Organización Mundial de la Salud preven que de no cambiar este patrón y poner en práctica una legislación tajante, el número de muertes a causa del tabaco por año, se verá incrementada a más de 10 millones; pese a esto los gobiernos temen molestar a la Industria Tabacalera si ponen en práctica las medidas legislativas establecidas para evitar

el consumo del tabaco, sin querer darse cuenta del gravísimo problema de Salud Pública que se tiene.

Según la Profesora Judith Mackay, quien cita "si no se hacen esfuerzos considerables en este tema , no se podrán evitar los 200 millones de muertes previstas para el 2030, entre los fumadores actuales"; coincidiendo con Nigel Gray del UICC y el Instituto Europeo de Oncología que señala "en Finlandia se encuentra un modelo de lo que es posible conseguir en materia de control del tabaquismo en una sociedad informada".

Además de lo señalado por David Siumpson, Director de la Agencia Internacional sobre Tabaco y Salud, quien dice: "Un componente vital de cualquier política de control de tabaquismo eficaz es la educación. En el contexto de este seminario, el término *educación* ha de entenderse en el más amplio sentido de la palabra de modo que cubra dos temas concomitantes: campañas de educación pública y trabajo de información al público; de ahí la urgencia del control de esta terrible epidemia".

Con esta opinión coinciden los investigadores de British Medical Journal (Inglaterra), quienes presentaron un editorial que trataba de la 2ª Conferencia Mundial sobre "Tabaco y Salud", y que contenía la siguiente advertencia. "Existe un peligro real de que este pernicioso hábito sea exportado a los países más jóvenes de África y Asia, y el resto del mundo tiene la responsabilidad de asegurarse de que esto no suceda. Hemos producido ya millones de esclavos del cigarrillo en nuestro propio territorio. Exportar la esclavitud a países en vías de desarrollo sería un grave error", (1971).

Así como nos indican los estudiosos del problema del Tabaquismo y Salud Pública, debemos reconocer que a pesar de las intenciones de México por participar con la Organización Mundial de la Salud para la Lucha Antitabáquica según lo señala Julio Frenk Mora, Secretario de Salud Pública; en los últimos años

se ha tenido la experiencia en el Sector Salud con Programas dedicados a la atención de fumadores severos crónicos, que tienen por objeto facilitarles el abandono de su hábito.

Sin embargo, esto no es suficiente hace falta como lo afirma David Simpson antes mencionado al hablar sobre la "educación pública esta debe englobar programas educativos que sean fruto de la investigación y hayan sido previamente probados, dirigidos a grupos específicos, por ejemplo a los niños escolares de diversas edades, jóvenes, adultos y a mujeres fumadoras".

En cambio "la Información al público se refiere a la producción y divulgación de la información exacta y de actualidad sobre control de tabaquismo. Comprende también la rápida reacción ante cualquier oportunidad que surja para informar al público en general o a grupo específico (como los políticos), a través de los medios de comunicación".

Algunos de los habitantes que estamos conscientes del daño que nos causa a los no fumadores, el humo del tabaco, vemos como sólo a diez días de conmemorarse "El día mundial sin tabaco", propuesta de la OMS, es cuando las autoridades ponen en práctica los mensajes del daño causado por el cigarro en la programación de las televisoras y la radio; lo cual se podría entender, como la falta de interés que existe en México por atacar el consumo del cigarro.

Así, se puede afirmar que los resultados para llevar a la práctica las actividades planteadas, no han llegado al fin que se persigue;" por tener en contra el gran poder económico y político que ejercen las grandes compañías tabacaleras en todo el mundo", como lo señala Peral Hastings, Lyn Mac Fidyen y Douglas Eadie, del Centro de Investigaciones sobre el control del tabaquismo en la Universidad de Strathclyde, Glasgow "al hacer un llamamiento a la acción antitabaco buscando la respuesta a la pregunta ¿por qué la gente empieza a fumar?; debiendo determinar para esta respuesta las características demográficas,

sociales e individuales relacionadas con el hábito y que pueden predecir su adopción.

Sin embargo a diferencia de otras amenazas de Salud Pública; fumar es la única que tiene un poderoso respaldo multinacional "la Industria Tabacalera", que fomenta y estimula la propagación del hábito. En consecuencia una respuesta alternativa sería que lo hacen porque la Industria Tabacalera les propone algo mejor que los defensores de la Salud.

"El Marketing garantiza que los esfuerzos de las Compañías se centran en la satisfacción rentable de las necesidades del consumidor y que el entorno de explotación permanece tan favorablemente dispuesto como sea posible a la consecución de tal fin.

La principal es la Secretaría de Salud y su Reglamento en Materia de Control Sanitario de la Publicidad que dice: "participar en la formulación de políticas y estrategias de comunicación que contrarresten el efecto de campañas publicitarias de productos nocivos para la salud y favorezcan estilos de vida saludable".

Lo mismo se nombra el contenido del artículo 41 del Reglamento del cual hicimos alusión en el párrafo anterior y que señala: "La Secretaría de Salud promoverá y apoyará la elaboración y difusión de mensajes que adviertan sobre efectos nocivos que genera el consumo del tabaco, especialmente en la niñez, adolescencia, juventud y durante el embarazo ". Con esto que se ha citado viene a mi mente una pregunta ¿realmente alguno de los que lleguen a leer la cita anterior, la habrán visto ponerse en práctica?

Es evidente que no sabemos si hay respuesta, pero comparando lo que esta escrito en nuestra legislación con la de otros países ya citados en esta investigación (Estados Unidos, Canadá, La antigua Unión Soviética, y otros); podríamos nombrar lo que señala en una de sus legislaciones, la antigua Unión

Soviética “la publicidad del tabaco y sus productos está totalmente prohibida por los medios de comunicación”. (Europe, Report of the first European Conference on Tabaco Policy, Madrid del 7-11 de noviembre de 1988).

Así como esta, podríamos citar las Normas que con respecto al tabaquismo existen en otros lugares del mundo; pero que a diferencia de las nuestras, en esos lugares si se cumplen.

Por último se cita la propuesta de la Organización Mundial de la Salud en la firma del Convenio Marco de Lucha Antitabáquica que lanzó la siguiente iniciativa “Insta a los países miembros a unir esfuerzos y construir un fuerte común en la lucha contra el tabaco. Este Tratado Internacional constituye una oportunidad singular de movilizar a nivel mundial nuevas herramientas de Salud Pública para combatir dicho problema y formular normas para la vigilancia y la política, e impartir adiestramiento y cooperación técnica y financiera para controlar la epidemia del tabaquismo”. (Salud Pública, México, Vol. 44 suplemento 1 del 2002).

Como ya se expresó en uno de los capítulos, en nuestro Sistema Legal se encuentran muchas Normas enfocadas al Tabaquismo y a la Salud Pública; además debemos agregar que son varias las Secretarías de Estado que se relacionan con este tema o al menos que deberían relacionarse.

De este modo nos daremos cuenta que existe una serie de Leyes, Reglamentos y Decretos que encierran el tema del Tabaquismo, sin embargo a pesar de las múltiples autoridades inmersos en este problema, a la fecha se percibe que no basta el llevar a cabo acciones sólo para hacer sentir a la población o tal vez a los Organismos interesados en la “Lucha Contra el Tabaco” que se está haciendo en México algo al respecto; pues es claro que lo que se encuentra escrito en esta serie de leyes, Reglamentos, Decretos y Programas es letra muerta.

5.2 PROPUESTA

Por la debida importancia que tiene para los mexicanos la Salud, mi Propuesta de Regulación Constitucional sobre Tabaquismo y Salud Pública, está enfocada al fin de hacer obligatoria y permanente por parte del gobierno una campaña abierta en contra del Tabaquismo.

De esta manera la Regulación Constitucional propuesta quedaría inmersa en el artículo 4° constitucional agregando en un séptimo párrafo:

"EL ESTADO IMPLANTARÁ DE FORMA OBLIGATORIA Y PERMANENTE CAMPAÑAS DE DIFUSIÓN POR TODOS LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN ACERCA DE LOS DAÑOS A LA SALUD PÚBLICA, CAUSADOS POR EL CONSUMO DE TABACO O DE LA ASPIRACIÓN INVOLUNTARIA DEL HUMO PRODUCIDO POR ESTE".

5.3 CONCLUSIONES

- 1.- La Salud Pública es atacada por la gran producción de consumidores de tabaco a todos los niveles de edad.
- 2.- La morbi-mortalidad a causa del tabaco puede ser prevenible.
- 3.- No basta la intención de participar en un programa de lucha mundial contra el tabaco; si esto sólo se hace de manera escrita.
- 4.- La forma más efectiva de luchar contra el tabaco es poniendo en práctica todas las actividades planteadas en el Convenio Marco de Lucha Contra el Tabaco propuesto por la Organización Mundial de la Salud .
- 5.- Al ser regulada a nivel Constitucional la Lucha contra el Tabaquismo y Salud Pública, se daría mayor fuerza para evitar esta epidemia a nivel nacional; haciendo una campaña obligatoria y permanente por todos los medios de comunicación públicos y privados señalando en forma gráfica los daños que ocasiona el consumo del tabaco en cualquiera de sus formas y derivados.
- 6.- Para la gran mayoría de los habitantes de nuestro país la legislación y las sanciones existentes son desconocidas; aún para muchas autoridades de oficinas gubernamentales como por ejemplo las de los Juzgados del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal y Los Presidentes de las Juntas Locales de Conciliación y Arbitraje, así como las de las oficinas de Ministerios Públicos. Por lo que habrá que realizar campañas constantes para su debido conocimiento.
- 7.- Siendo de singular importancia el desconocimiento que hay sobre esta legislación en las Instituciones de Salud como lo es el Hospital General de la Secretaría de Salud, en donde se encuentran en las áreas del mismo a médicos y estudiantes de medicina fumando; sin importarles afectar la salud de los que ahí se encuentran.

BIBLIOGRAFÍA

ACOSTA, Romero Miguel, y Morales Martínez Rafael, Programa de la Legislación Administrativa, 3ª ed., Porrúa, México, 1982.

BUSTAMANTE, E., La Salud Pública en México, 3ª ed., Harla, México, 1998.

FRENK, Mora Julio, Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, México, 2000.

KJELL, Bjartvit, Juntos contra el Tabaco. 2º encuentro para la movilización de las ONG Internacionales, Ginebra, 1999.

LEMAIRE, Jean Francoise, El Tabaquismo, 2ª ed., México 1960 (traducción de Publicaciones Cruz O., Impresos México).

PARDEL, Alenta Helios, Manual, Diagnóstico y Tratamiento del Tabaquismo, 2ª ed., Médica Panamericana, Madrid, 1996.

SKEKELY, Alberto, Instrumentos Fundamentales de Derecho Internacional Público, Tomo I, UNAM, México, 1989.

VALDÉS, Diego, *et. al.*, Derecho Constitucional a la Protección a la Salud, 2ª ed., Porrúa, México, 1967.

Clínicas Médicas de Norteamérica, Revista Científica N° 53, USA, 1999.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Porrúa, México, 2000.

Disposiciones Oficiales de la Organización Mundial de la Salud, 2000.

Encuesta Nacional de Adicciones, México, 1998.

La Epidemia del Tabaquismo, Publicación Científica, N° 557, Organización Panamericana de la Salud, 2000.

Ley General de Salud, 7ª ed., Porrúa, México, 1997.

Programa contra el Tabaquismo, Secretaría de Salud, México, 1987.

Reseña Testimonial, Secretaría de Salud, México, 1998.

Reglamento de Protección a los No Fumadores en el Distrito Federal, Secretaría de Salud, 2000.