

CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA ECONÓMICAS, A. C.



**LA INTESIDAD DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA EL
CONTROL DEL TABACO**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTOR EN POLÍTICAS PÚBLICAS

PRESENTA

MTRO. MIGUEL ADOLFO GUAJARDO MENDOZA

DIRECTORES DE TESIS

DR. DAVID ARELLANO GAULT Y DR. JOSÉ RAMÓN GIL

MÉXICO, D.F. AGOSTO DE 2014

Índice

Introducción	5
Antecedentes de las políticas para el control del tabaco	6
Problema de investigación	9
Pregunta de investigación	10
Objetivos de la investigación	11
Marco teórico	11
Hipótesis	12
Metodología	13
Estructura de la tesis.....	16
1. Marco teórico.....	18
1.1 Teoría del interés público.....	18
1.2 Teoría del interés privado	21
1.3 Teoría institucional.....	23
1.4 Advocacy Coalition Framework.....	24
1.5 Formulación de hipótesis	28
2. Metodología.....	30
2.1 Uso de métodos mixtos	31
2.2 Estudios de caso	35
2.3 Construcción de la variable dependiente para el modelo econométrico.....	37
2.4 Selección de los estudios de casos	40
2.5 Elaboración del trabajo de campo.....	42
2.6 Codificación de las variables para los estudios de casos.....	46
2.6.1. Variable dependiente	46
2.6.2. Variables independientes.....	54
2.7 Los instrumentos de recolección de información	57
3. Resultados econométricos.....	59
3.1 Variables del modelo	59
3.2 Modelos estimados.....	63
3.3 Resultados	63
4. Caso mexicano.....	67

4.1	Evolución de la política pública	67
4.2	La intensidad de cada instrumento de política pública	69
4.2.1	Impuestos	69
4.2.2	Advertencias sanitarias.....	71
4.2.3	Espacios libres de humo de tabaco	73
4.2.4	Prohibiciones a la publicidad	74
4.2.5	Programas de cesación	75
4.2.6	Instrumentos de monitoreo de los niveles de consumo.....	76
4.2.7	Síntesis de la evolución de la intensidad de los instrumentos.....	76
4.3	Los diferentes enfoques teóricos en el contexto mexicano	79
4.3.1	Enfoque del interés público.....	79
4.3.2	Enfoque del interés privado	86
4.3.3	Enfoque institucional.....	93
4.3.4	Enfoque de las coaliciones de presión.....	97
4.4	Conclusiones del caso mexicano.....	98
5.	Caso Español	100
5.1	Evolución de la política pública	100
5.2	La intensidad de la política pública por cada instrumento	107
5.2.1	Impuestos originados por la Unión Europea	107
5.2.2	Impuestos contra el tabaco en España.....	111
5.2.3	Advertencias sanitarias.....	115
5.2.4	Espacios libres de humo de tabaco	116
5.2.5	Prohibiciones a la publicidad	118
5.2.6	Programas de cesación	119
5.2.7	Instrumentos de monitoreo	120
5.2.8	Síntesis de la evolución de la intensidad de los instrumentos.....	121
5.3	Los diferentes enfoques teóricos en el contexto español.....	123
5.1.1	Enfoque del interés público.....	123
5.1.2	Enfoque del interés privado	132
5.1.3	Enfoque institucional.....	138
5.1.4	Enfoque de las coaliciones de presión.....	140
5.4	Conclusiones del caso español.....	145

6.	Caso Uruguay.....	147
6.1	Evolución de la política pública.....	147
6.2	Intensidad de la política pública.....	149
6.2.1	Impuestos.....	149
6.2.2	Advertencias sanitarias.....	151
6.2.3	Espacios libres de humo de tabaco.....	153
6.2.4	Prohibiciones a la publicidad.....	154
6.2.5	Programas de cesación.....	154
6.2.6	Instrumentos de monitoreo de los niveles de consumo.....	155
6.2.7	Síntesis de la evolución de la intensidad de los instrumentos.....	155
6.3	Los diferentes enfoques teóricos en el contexto uruguayo.....	157
6.3.1	Enfoque del interés público.....	157
6.3.2	Enfoque del interés privado.....	165
6.3.3	Enfoque institucional.....	169
6.3.4	Enfoque de las coaliciones de presión.....	173
6.4	Conclusiones del caso uruguayo.....	178
7.	Análisis comparativo.....	180
7.1	Comportamiento de la variable dependiente.....	180
7.2	Pertinencia de las explicaciones propuestas.....	183
7.2.1	Interés público.....	183
7.2.2	Interés privado.....	184
7.2.3	Explicación a partir de instituciones internas.....	187
7.2.4	Explicación según el enfoque de ACF.....	188
7.3	Modelo comparativo.....	190
8.	Conclusiones.....	194
9.	Bibliografía.....	196
10.	Anexos.....	202

Introducción

Según el Informe sobre la Situación Mundial de las Enfermedades no Transmisibles, publicado en el 2010 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), alrededor de 6 millones de personas mueren en el mundo a causa del tabaco cada año, tanto por el consumo directo como por el pasivo (OMS, 2010: 5). El mismo documento sostiene que hacia 2030 la cifra aumentará hasta los 7.5 millones. La OMS (2010: 9) sostiene que la mayor incidencia de tabaquismo se da en los países de ingresos medios o bajos.

En el Reporte de la Epidemia Global del Tabaco (OMS, 2011) se estima que un poco más de mil millones de personas fuman en todo el mundo, por lo que de no adoptar medidas urgentes, el tabaco podría matar a lo largo del siglo XXI a más de mil millones de personas. El problema no es exclusivo de los fumadores, se calcula que alrededor de 700 millones de niños, casi la mitad de la población infantil mundial, respira aire contaminado por humo de tabaco, especialmente en el hogar (OMS, 1999).

Por su parte, la Secretaría de Salud (SSA) publicó en la Encuesta Nacional de las Adicciones (2011:12) que en México existen 11 millones de fumadores. La SSA estima que si el país no logra revertir esta tendencia, la mitad de ellos morirán a causa de enfermedades relacionadas con el tabaco. Cada año en México mueren 60 mil personas por causas atribuibles al tabaco, lo que representa 165 muertes al día. Según Reynales (2009: 32) en 2009 los costos atribuibles a las enfermedades relacionadas con el tabaquismo fueron de alrededor de 45 mil millones de pesos, mientras los impuestos provenientes del tabaco ascendieron a aproximadamente a 23 mil millones de pesos.

La OMS (2010: 54) define al tabaquismo como una enfermedad adictiva crónica que evoluciona con recaídas. La nicotina es la sustancia responsable de la adicción, actuando a nivel del sistema nervioso central. Es una de las drogas más adictivas, aún más que la cocaína y la heroína (OMS, 2010: 67). Por ello, es importante saber que aunque el 70% de los fumadores desean dejar de fumar, de ellos sólo el 3% por año lo logran sin ayuda.

Se estima que el consumo de tabaco causa aproximadamente el 71% de todos los casos de cáncer de pulmón, el 42% de las enfermedades respiratorias crónicas y alrededor del 10% de las enfermedades cardiovasculares en todo el mundo (OMS, 2010: 37). Se considera que el tabaquismo es un problema público por varias razones. Primero, porque el consumo de este producto nocivo puede ser causado

por falta de información sobre sus consecuencias, no se produce la información suficiente en el mercado por lo que el estado debe generarla mediante advertencias sanitarias, con publicidad e incluso con precios altos.

También debe considerarse que el tabaquismo produce problemas a terceros, por ejemplo, con el caso de los fumadores pasivos, o consumidores de humo de segunda mano. Una persona que no fuma puede padecer las mismas enfermedades que una que si lo hace, si no se prohíbe el consumo de este producto en espacios públicos cerrados.

Los daños a la salud no solamente acarrearán la muerte a los consumidores de tabaco, pueden pasar muchos años con una salud disminuida que les impide ser productivos. El tabaquismo es una fuente de pérdida de competitividad para las naciones porque no permite que sus ciudadanos gocen de una salud plena. En síntesis, el tabaquismo es un problema con múltiples consecuencias negativas, hace que los fumadores vivan menos, les resta productividad, así como calidad de vida. Este ha sido el escenario ante el cual ha surgido un conjunto de políticas públicas que buscan atacar este problema, vale la pena dar un breve repaso de su evolución en el mundo.

Antecedentes de las políticas para el control del tabaco

Las políticas para el control del tabaco tuvieron sus primeras luces en países desarrollados como Estados Unidos, Reino Unido, Australia y Canadá (Frisbee et al, 2011: 3). Existe un modelo sobre el proceso para el control del tabaco en el mundo que consiste en 6 fases (ver tabla 1). La primera fase fue en la que se consolidó la industria del cigarro al pasar de un mercado de nicho a uno masivo gracias a la producción en serie. En esta etapa no se diseñaron políticas para el control del tabaco, salvo en algunos estados de la Unión Americana, así como en ciertas regiones de Reino Unido (Frisbee et al, 2011: 7).

La segunda etapa se caracterizó por un incremento en el uso del tabaco con una actitud favorecedora por parte distintos gobiernos. En particular, el Gobierno Federal de los Estados Unidos fomentó el uso del tabaco entre sus tropas durante las dos Guerras Mundiales (Frisbee et al, 2011: 8).

Tabla 1. Fases del modelo de control del tabaco

Fase	Horizonte temporal	Descripción de la etapa
Fase 1	1884-1914	Consolidación de la industria del cigarro y primeras controversias
Fase 2	1914-1950	Etapa en que el cigarro era bien visto y promovido por gobiernos
Fase 3	1950-1964	Los crecientes preocupaciones por los problemas de salud relacionados con el tabaco
Fase 4	1964-1984	Regulación tímida
Fase 5	1984-2008	El tabaco como una amenaza social
Fase 6	Del 2008 en adelante	Neo-prohibicionismo

Fuente: (Studlar, U.S. tobacco control policy: public health, political economy, or morality policy? 2008)

Es durante la tercera etapa que comenzó a producirse la primera evidencia sobre la relación del consumo de tabaco con algunas enfermedades, especialmente con el cáncer de pulmón. En esta etapa se empezó a involucrar fuertemente la American Cancer Society, en los Estados Unidos. Aun así, según Frisbee (2011: 9), las políticas para el control del tabaco se concentraban de forma tímida en impuestos sólo en los países desarrollados.

La cuarta etapa se caracterizó por la generación de un conjunto de reportes patrocinados por diferentes gobiernos. El más importante fue el U.S. Surgeon General's Report publicado en 1964 por el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos (U.S. Department of Health, Education, and Welfare, 1964). Estos estudios documentaron de forma científica la relación entre el consumo de tabaco y ciertas enfermedades mortales.

Según Frisbee (2011: 9), cada vez fue más difícil para la industria del tabaco desacreditar estos estudios, pues provenían de múltiples fuentes, así como de los principales gobiernos de las naciones desarrolladas. Esto permitió que además de los impuestos, se implementaran advertencias sanitarias en los Estados Unidos, Canadá, así como en el Reino Unido.

En la quinta etapa se intensificaron las políticas para el control del tabaco en todo el mundo. Los reportes sucesivos del U.S. Surgeon General permitieron que las políticas se intensificaran notablemente, impulsadas por múltiples grupos internacionales de la sociedad civil, que empezaron a impulsar el tema en la agenda pública. Hoy en día no es claro cuál será la ruta que tomarán estas políticas después del 2008, año en el que inició la sexta etapa, aunque pudiera ser una etapa en la que surgieran pretensiones prohibicionistas (Frisbee, 2011, 13).

La globalización de las políticas para el control del tabaco fue posible gracias a la conformación de una coalición a favor de la política pública contra el tabaco,

principalmente en los Estados Unidos. Esta coalición fue encabezada principalmente por médicos, pero gradualmente fue nutriéndose con otro tipo de actores como abogados, economistas, activistas, entre otros (Dilley 2012: 43). En otros países también surgieron coaliciones importantes que retomaron las mejores prácticas surgidas en los Estados Unidos, así como en el Reino Unido (Chaloupka, 2000: 15).

Debe añadirse la importancia que tuvieron los juicios legales en los Estados Unidos, que obligaron a la industria del tabaco a revelar millones de páginas de documentos, los cuales evidenciaban el conocimiento de estas empresas de los daños a la salud por el tabaco (Ciresi et al 1999; Lee et al 2004; Collin et al 2004). Adicionalmente, en este país se generaron algunos documentos que sirvieron como base para crear un conjunto de buenas prácticas internacionales en la materia, por ejemplo, con el *Surgeon General's Reports in Reducing Tobacco Use* (2000), el *Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke* (2006), así como el documento titulado *Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs del Center for Disease Control and Prevention* (2009).

Debe aclararse que en esta tesis no se pretende estudiar el proceso de formación de las políticas para el control del tabaco en los Estados Unidos. Dicho proceso ha sido documentado en otros estudios (Ciresi et al 1999; Lee et al 2004; Studlar 2002; Stoddard et al 2010; Dilley 2012). Lo que aquí se busca es comprender la forma en que la política formulada en este país, así como en otros pioneros, como Reino Unido, Canadá y Australia, fue adoptada por otros países como un elemento relativamente exógeno.

La internacionalización de las políticas para el control del tabaco fue posible, en gran medida, por lo avances realizados en los países pioneros en el tema. Por su parte, la conformación de organizaciones internacionales para la lucha contra el tabaco, permitió que estos actores pudieran influir de forma decisiva en las negociaciones previas a la firma del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) (Shibuya et al 2003; 155).

El CMCT fue el instrumento jurídico internacional que permitió internacionalizar la política para el control del tabaco. Éste contiene medidas para disminuir el consumo del tabaco. Se abrió para su firma el 16 de junio de 2003 en Ginebra Suiza, posteriormente estuvo disponible para ser firmado en las oficinas centrales de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en Nueva York. El tratado tiene 170 firmantes incluyendo a la Unión Europea, lo cual lo convierte en el tratado más respaldado en la historia de las ONU.

Problema de investigación

La agenda de investigación de políticas públicas para el control del tabaco se ha concentrado, casi completamente, en la medición de los efectos que éstas han tenido en el problema público. Esto es lógico si se considera que la generación de evidencia sobre la efectividad de la política es crucial para las acciones de cabildeo de todos los actores interesados en la misma. Especialmente, los actores que están a favor de la política se han esforzado en evidenciar que se puede reducir el consumo, así como la mortalidad por enfermedades relacionadas al tabaco, mediante ciertas políticas públicas (Akhtar et al, 2012; Nagelhout et al, 2012; Bader et al 2011; Cantrell 2009; McLellan et al 2006; Hammond et al 2003; Philpot et al 1999).

En cambio, a nivel mundial, los actores en contra de la política no cuentan con una agenda de investigación robusta, por ejemplo, para probar la ineffectividad de las políticas. Los argumentos que estos actores han presentado buscan evidenciar la existencia de efectos adversos causados por estas políticas como la pérdida de empleo, la disminución de inversiones, así como la pérdida de libertad de elección de los consumidores. Existe una gran diferencia con los actores a favor, que incluso tienen una revista internacional exclusiva para publicaciones académicas sobre el control del tabaco¹. Los actores en contra difunden sus argumentos a través de cámaras empresariales, u otros aliados empresariales sin que, generalmente, exista un sustento académico sólido.

Lo que se somete a prueba cuando se evalúan las políticas para el control del tabaco son los instrumentos que componen la estrategia MPOWER² que son: impuestos, advertencias sanitarias, prohibiciones a la publicidad, espacios libres de humo de tabaco, programas de cesación e instrumentos de monitoreo. Sin embargo, cuando se realizó la revisión de literatura se pudo constatar que no existe investigación sobre el proceso de formación de este tipo de políticas públicas. No se han destinado esfuerzos significativos para estudiar cómo

¹ La revista puede ser consultada en la siguiente dirección electrónica: <http://tobaccocontrol.bmj.com/>

² La estrategia MPOWER de la OMS incluye las seis políticas más eficaces que pueden poner freno la epidemia de tabaco:

- *Monitoring*: Vigilar el consumo de tabaco y las políticas de prevención
- *Protecting*: Proteger a la población de la exposición al humo de tabaco
- *Offering*: Ofrecer ayuda para poder dejar de consumir tabaco
- *Warning*: Advertir de los peligros del tabaco
- *Enforcing*: Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio
- *Raising*: Elevar los impuestos al tabaco.

<http://www.who.int/tobacco/mpower/es/index.html>

surgieron estas políticas, así como por qué cobraron más relevancia en ciertos países.

Es importante entender el proceso de formación de las políticas para el control del tabaco por, al menos, dos razones. En primer lugar, los niveles de intensidad de las políticas son sumamente dispares entre todos los países del mundo. Existen algunos países en los que no se han logrado implementar políticas públicas efectivas en este rubro. Entender cómo el proceso ha sido exitoso en algunos países podría arrojar un importante aprendizaje para los que no lo han conseguido. En segundo lugar, la experiencia obtenida de la regulación del tabaco puede ser útil para regular otros productos con características similares. Por ejemplo, existe un debate sobre la posible legalización de algunas “drogas blandas” que podría verse enriquecido por la forma en que se ha regulado el tabaco.

De todo el proceso de formación de las políticas, esta tesis se enfoca en estudiar los factores que permiten que una política logre ser más intensa en un país, que en otros. Para medir la intensidad se ha retomado, e incluso mejorado, un índice construido por la OMS (2009). La intensidad refleja, en gran medida, la importancia que dicha política tiene para el país que la está implementando. Por eso, esta tesis la considera una variable de gran importancia para medir el éxito o fracaso de las políticas para el control del tabaco. Es cierto que una política puede ser intensa en los instrumentos jurídicos pero no aplicarse en la práctica, sin embargo, un primer paso para aplicar una norma de forma correcta es que dicha norma exista.

El mérito de este trabajo de investigación es tener una variable dependiente diferente, cuya comprensión puede mejorar las estrategias de implementación de futuras políticas internacionales, así como profesionalizar la actuación de quienes desean incidir en las mismas.

Pregunta de investigación

Esta tesis busca estudiar un aspecto bastante acotado de las políticas para el control del tabaco. La pregunta de investigación es la siguiente: ¿por qué algunos países tienen políticas públicas para el control del tabaco más intensas que otros? Es decir, se busca explicar la variación entre la intensidad de las políticas entre diferentes países.

Objetivos de la investigación

Las pretensiones de esta investigación son de tipo deductivo pues se buscó poner a prueba los varios enfoques teóricos. Es por eso que el objetivo principal de esta investigación fue: indagar cuál de los enfoques teóricos considerados ofrecía una explicación más plausible a la pregunta de investigación formulada en esta tesis. No obstante, también se tuvieron algunos objetivos secundarios cuyo cumplimiento fue fundamental para alcanzar el primero. Los objetivos secundarios fueron:

- Operacionalizar la variable dependiente de tal forma que se pudiera rastrear la intensidad de las políticas en los países seleccionados al menos por tres décadas.
- Elegir las variables independientes pertinentes para representar a cada uno de los enfoques teóricos
- Operacionalizar cada variable independiente mediante diferentes indicadores.
- Formular hipótesis que fueran sujetas de verificación
- Elegir tres países para realizar estudios de caso siguiendo una estrategia metodológica fundamentada en el modelo econométrico

Marco teórico

Esta investigación buscó poner a prueba diferentes teorías para verificar cuál ofrecía las explicaciones más plausibles, sobre la variación en la intensidad de las políticas para el control del tabaco. Específicamente, se retoma el Enfoque del Interés Público, del Interés Privado, la Teoría del Nuevo Institucionalismo Económico, así como el Advocacy Coalition Framework (ACF).

La teoría del interés público supone la existencia de servidores públicos neutrales que buscan resolver problemas que no pueden ser solucionados directamente por el mercado. Los servidores públicos reaccionan cuando se presenta un problema público, como externalidades, bienes públicos e información asimétrica (Marshall 1890; Pigou, 1920; Samuelson, 1948; Arrow, 1974). La hipótesis que surge de este enfoque es que a medida que se incrementa el problema público se esperaría un incremento de la intensidad de las políticas públicas. En esta tesis se retomaron dos definiciones para el problema público. La primera fue la tasa de mortalidad por cada cien mil habitantes por enfermedades relacionadas con el

consumo de tabaco, mientras que la segunda fue la tasa de prevalencia del consumo de tabaco.

Por su parte, el enfoque del interés privado supone que las políticas son, en gran medida, el resultado de la captura de las instituciones públicas por parte de grupos de interés privados. Estos grupos son estratégicos e invierten para tener acceso a los recursos que tienen algunos hacedores de políticas públicas como: poder coercitivo, presupuesto u otros recursos organizacionales (véase Stigler, 1971; Becker, 1983; Peltzman, 1998; Posner, 1996). Bajo este enfoque, la intensidad disminuiría a medida que existiera una mayor captura por parte de la industria, mientras que la intensidad se incrementaría con la captura, por parte de las organizaciones en contra del tabaco.

El enfoque institucional aporta algunas hipótesis importantes para explicar las diferencias en la intensidad de las políticas para el control del tabaco. Algunas instituciones podrían afectar las condiciones para que en un país se implementaran políticas más intensas que en otros. Particularmente, se esperaría que con instituciones que propiciaran mayor autonomía a la burocracia hubiera más posibilidades de tener políticas más intensas. Eso se debe a que los burócratas no estarían sujetos a presiones políticas por lo que podrían regular sin temor a consecuencias negativas (Knott and Miller, 1987, 57)

Finalmente, el ACF provee de una hipótesis que podría explicar de forma plausible el fenómeno estudiado. En primer lugar, el ACF supone que el cambio en las políticas se genera, principalmente, por sucesos externos, el argumento es que una política pública exógena, bajo ciertas circunstancias, tiene la capacidad de modificar los equilibrios existentes en los países en los que se pretende implementar. En primer lugar, la llegada de estas políticas, por una vía externa, coloca el tema en la agenda pública. Además, permite que algunos actores políticos busquen beneficiarse de la popularidad del tema al respaldar las iniciativas plasmadas en la política exógena, con lo cual los actores de la sociedad civil adquieren nuevos aliados Sabatier y Jenkins (1993, 38). En esta investigación se sostiene que la hipótesis de los eventos externos puede aportar explicaciones pertinentes para los estudios de caso seleccionados.

Hipótesis

De cada uno de los enfoques señalados anteriormente se generó una hipótesis distinta para responder la pregunta de investigación (ver tabla 2). El enfoque del ACF aportó explicaciones bastante convincentes sobre la variación en la

intensidad de las políticas para el control del tabaco. No obstante, se corroboró que no se pueden desechar las explicaciones que provienen del enfoque del interés privado.

Tabla 2. Hipótesis planteadas

Enfoque teórico	Hipótesis
Interés público	<ul style="list-style-type: none"> • A mayor problema público mayor intensidad
Interés privado	<ul style="list-style-type: none"> • Los países con grupos de presión más antiguos y mejor coordinados tienen políticas más intensas.
Instituciones	<ul style="list-style-type: none"> • Un marco institucional que genere burocracias más autónomas y menos corruptas produce políticas más intensas.
“Advocacy Coalitions Framework”	<ul style="list-style-type: none"> • La entrada del CMCT fue el factor externo que aceleró la intensidad de las políticas.

Fuente: elaboración propia

Se pudo corroborar que las políticas exógenas tienen más posibilidades de tener éxito en países más expuestos a la regulación proveniente de instancias internacionales. Pero los sucesos exógenos son sólo una parte del proceso, pues el éxito en la adopción de estas políticas exógenas, depende de la forma en que se modifican los equilibrios existentes en cada país entre las coaliciones de actores interesadas en estas políticas. La llegada de políticas exógenas, logra que temas “estancados” en una nación se coloquen en la agenda pública. En suma, las políticas exógenas pueden romper equilibrios que permitan el cambio en las políticas internas en un país.

Con los casos estudiados se pudo constatar que las políticas exógenas tienen más posibilidades de prosperar cuando se implementan en países que ya cuentan con actores organizados que las favorecen. La llegada de una política exógena cambia el terreno en el que se desarrolla la competencia por influir en la política interna, de tal forma que la red mejor preparada para capitalizar estos cambios prevalecerá y podrá impulsar de forma más acelerada la implementación de la política exógena.

Metodología

Esta investigación sigue un proceso deductivo, pues se ponen a prueba cuatro diferentes enfoques teóricos para explicar la variación en la intensidad de las políticas para el control del tabaco. Para probar dichos enfoques se utiliza la metodología de estudios de casos que es útil para estudiar un fenómeno contemporáneo en las profundidades dentro de su contexto real, especialmente

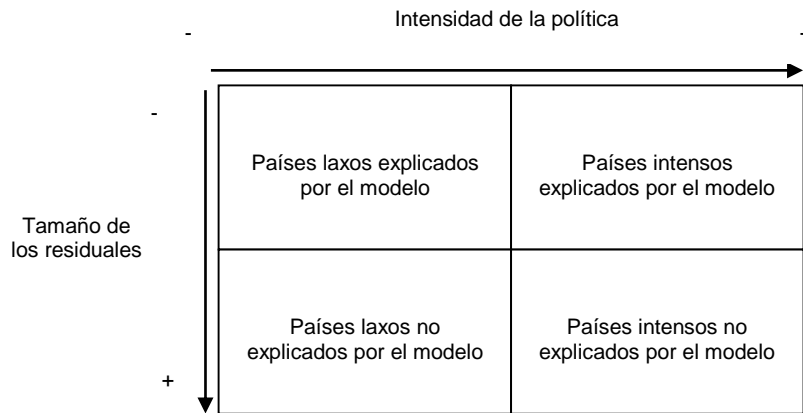
cuando los límites entre el fenómeno y el contexto no son claramente evidentes (Yin, 2009:18).

Los estudios de caso son particularmente válidos cuando se presentan preguntas complejas en las que el investigador tiene poco control sobre los acontecimientos (Yin, 2009:18). La utilización de estudios de casos tiene validez científica si se consideran cuatro aspectos fundamentales en las ciencias sociales: validez de la construcción conceptual, validez interna, validez externa, y fiabilidad (Arellano, 2006:72).

Adicionalmente, es importante señalar que esta investigación se ha realizado con base en una estrategia de métodos mixtos, es decir, se utilizan tanto herramientas cuantitativas como cualitativas. Las herramientas cuantitativas fueron útiles para diseñar un modelo econométrico de corte transversal para identificar algunas variables independientes que estuvieran asociadas a la intensidad de la política pública. El modelo también fue útil para seleccionar los estudios de caso que se realizaron.

Se construyó una variable a partir de los residuales del modelo econométrico para cada uno de los 170 países considerados. De igual forma, se consideraron los niveles de intensidad de cada país. El cruce de estas dos variables generó una matriz con cuatro cuadrantes. En el primer cuadrante se encuentran los países con alta intensidad y con altos residuales, lo cual indica que son países con políticas intensas que no tienen relación con el modelo propuesto. En el segundo cuadrante se tienen a países con alta intensidad pero residuales bajos, lo cual significa que estos países están más relacionados con el modelo. El tercero, así como el cuarto cuadrante, incluyen a los países con políticas de baja intensidad, que tienen bajos y altos residuales.

Figura 1. Matriz de países firmantes del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT)



Fuente: elaboración propia

A partir de la matriz generada se seleccionaron tres países: España, México y Uruguay. España se ubicó en el primer cuadrante como un país intenso con pocos residuales, mientras que Uruguay se ubicó como un país intenso con altos residuales, lo cual indica que los factores incluidos en el modelo econométrico no guardan relación con la intensidad de la política para el control del tabaco en este país. El tercer país seleccionado fue México que se ubica en un nivel intermedio tanto en los residuales como en los niveles de intensidad de la política.

Es importante explicar de forma breve cómo se operacionalizó la variable dependiente, una explicación más detallada se ha incluido en la sección metodológica. En primer lugar debe señalarse que la variable fue operacionalizada de dos formas, la primera fue retomada para el modelo econométrico, mientras que la segunda se utilizó en los estudios de caso.

Primero, para el modelo econométrico, se utilizó el índice de la OMS (2009), en el que se asignó una calificación de 0 a 4 a cada uno de los 6 instrumentos de la estrategia MPOWER. Al sumar el puntaje de los 6 instrumentos se obtuvo un índice de la intensidad de las políticas para el control del tabaco, en el que cada país podía tener valores que oscilaban de 0 a 24. Este índice sólo estaba disponible para el 2008, por lo que sólo fue útil para analizar la intensidad en un punto del tiempo. Sin embargo, permitió conocer la forma en que la intensidad varía en casi todo el mundo ya que estaba disponible para 170 países.

La segunda forma de operacionalizar la intensidad fue a partir de un análisis más profundo sustentado en el mismo índice de la OMS (2008). Para los estudios fue

posible mejorar dicho índice, e incluso, hacer una serie de tiempo que abarcó tres décadas para los tres países estudiados. Para lograrlo fue necesario realizar un análisis de la regulación en las últimas tres décadas, para los tres estudios de caso seleccionados, además de consultar las entrevistas a expertos. Los detalles sobre la forma en que se pudo operacionalizar la variable dependiente para los estudios de caso están contenidos en la sección metodológica.

Estructura de la tesis

Para su mejor comprensión esta tesis está dividida en siete capítulos. En el primero se presenta el marco teórico utilizado para explicar el fenómeno de interés. En este capítulo, además de describir los postulados principales de cada marco teórico se explican las hipótesis derivadas de cada uno de ellos. El segundo capítulo es el metodológico, en el cual se describe, primero, la etapa cuantitativa de la investigación y posteriormente la etapa cualitativa, adicionalmente, se explica la forma en que se armonizan ambas etapas, las técnicas de investigación utilizadas, la selección de los estudios de caso, así como la secuencia seguida.

El tercer capítulo contiene los resultados del análisis econométrico realizado para encontrar algunos factores iniciales relacionados con la intensidad de las políticas para el control del tabaco. En este apartado se explica la construcción de los modelos econométricos propuestos, las variables explicativas, sus fuentes, así como las diferentes variables de control utilizadas.

En los siguientes tres capítulos se presentan los estudios de caso, los cuales tienen la misma estructura. En la primera sección de cada caso se describe la evolución general de las políticas en cada uno de los casos. Posteriormente, en la segunda sección se describe la evolución de la intensidad de cada uno de los instrumentos de política pública para controlar el tabaco. La evolución de los seis instrumentos es condensada en un cuadro que muestra la evolución de la variable dependiente en cada país para un periodo de tres décadas. Después, la tercera sección presenta evidencia sobre la plausibilidad de las explicaciones ofrecidas por los enfoques teóricos utilizados. Posteriormente, la cuarta sección presenta algunas conclusiones por cada caso.

Finalmente, en el séptimo capítulo se realiza el análisis comparativo de los casos presentados. Para ello se presenta una primera comparación del comportamiento de la variable dependiente en los tres casos, después, se realiza una comparación de la diferentes hipótesis planteadas para descartar las que no son plausibles.

Finalmente, se presentan algunos planteamientos que podrían servir para una agenda de investigación futura.

1. Marco teórico

El objetivo de este capítulo es presentar el marco teórico que se tomó como base para construir las hipótesis que se proponen en esta tesis. Existen varios enfoques teóricos con base en los cuales se pueden generar respuestas plausibles a la pregunta de investigación planteada. Cuando estos enfoques son puestos a competir es posible comprender cuál ofrece la mejor explicación al fenómeno estudiado. Por este motivo, en este capítulo se presenta una síntesis de los principales supuestos de cada enfoque teórico para, posteriormente, construir algunas hipótesis que serán verificadas en los estudios de caso.

Se pondrán a competir cuatro enfoques teóricos: interés público, interés privado, instituciones, así como el de *advocacy coalitions*. Si bien no existen estudios previos que los pongan en competencia para explicar el fenómeno de la regulación contra el tabaco, si se han usado de forma individual para indagar sobre este tema. Adicionalmente, estos enfoques teóricos se han puesto en competencia para explicar otros fenómenos regulatorios, por ejemplo, para explicar el cambio en las políticas financiera (véase Magaldi, 2011).

1.1 Teoría del interés público

La existencia de un ente que concentra el poder en una sociedad ha sido un tema ampliamente discutido en las ciencias sociales. Generalmente, este ente ha sido denominado como el Estado, el cual ha sido el objeto de grandes disputas entre reputados académicos que aún no logran consensar cuál es su origen, así como el papel que le corresponde jugar.

Según la economía clásica, el mercado es un mecanismo que tiene la capacidad para asignar los recursos de una sociedad de forma eficiente. El libre intercambio puede desplazar, sin intervención de ninguna jerarquía, los recursos hacia quienes más los valoran. En este esquema el Estado debe limitarse a salvaguardar los derechos de propiedad, así como las condiciones necesarias para resolver disputas entre quienes intercambian bienes o servicios.

Sin embargo, a principios del siglo pasado, un grupo de economistas fortalecieron la idea de que en ocasiones, era necesaria la intervención del Estado. Específicamente, la justificaron como una respuesta apropiada ante un problema público que no hubiera podido resolver el mercado (Marshall 1890; Pigou, 1920;

Samuelson, 1948; Arrow, 1974). En general, los problemas irresueltos por el mercado fueron aglutinados bajo el concepto de “fallas de mercado”.

Alfred Marshall fue uno de los precursores de la Economía del Bienestar e igualmente nutrió el enfoque del interés público. Su principal aportación se encuentra en su obra capital, Principios de economía, en la que logra conciliar las teorías ricardianas con las del marginalismo. Marshall estudio el bienestar que se genera con la diferencia entre lo que pagan los consumidores y lo que estarían dispuestos realmente a pagar por un bien, este concepto ha sido llamado el excedente del consumidor. Marshall (1890) también contempló la importancia de los impuestos para regular a empresas con costos decrecientes a escala que pudieran concentrar poder monopólico e incluso reducir el bienestar del consumidor.

Pigou (1920) fue uno de los precursores de la corriente de la Economía del Bienestar que enfatiza la posibilidad de que el mercado pueda generar resultados que maximicen el beneficio marginal, pero que afecten negativamente el bienestar marginal social. Esto significa que pueden existir actividades económicas para las cuales los beneficios privados no internalicen el costo social que esta actividad genera, lo cual ha sido denominado como una externalidad negativa. La presencia de externalidades negativas impide que el Dividendo Nacional pueda llevarse al máximo, por lo que es necesaria una intervención del Estado.

Si bien este autor propone diferentes formas de intervención, la más conocida son los impuestos. Los impuestos pigouvianos buscan corregir una externalidad negativa. El efecto del impuesto es lograr que el costo marginal privado más el impuesto sea igual al costo marginal social. Este impuesto no genera una pérdida en la eficiencia de los mercados, dado que internaliza los costos de la externalidad a los productores o consumidores. En general este autor supone que la intervención del Estado tiene que estar ligada a la corrección de externalidades negativas. Las externalidades pueden ser entendidas como un problema público que mina la eficiencia de los mercados pero que es susceptible de ser resuelto por el Estado.

Otra contribución importante dentro de este enfoque es la de Kenneth Arrow. En su obra principal llamada Elección social y valores individuales, que publicó en 1951, expuso el teorema de la imposibilidad, según el cual resulta inviable elaborar una función de bienestar social a partir de funciones de bienestar individuales sin infringir ciertas condiciones mínimas de racionalidad. Ante la imposibilidad de comparaciones interpersonales de utilidad, la única manera de

obtener una preferencia social que sea satisfactoria y que pueda estar bien definida para un amplio espectro de conjuntos de ordenamientos individuales es que sea impuesta o dictatorial.

Arrow asegura que sí es posible construir funciones de bienestar social siempre que los individuos estén dentro de ámbitos similares. De esta forma, es suficiente con que exista un cierto consenso sobre los fines que persigue una sociedad, aunque esto debe estar afincado en normas éticas. Arrow (1974) afirma que el mecanismo de mercado no puede ser tomado como función de bienestar social. A diferencia del mecanismo democrático, el mercado no integra otros motivos diferentes a los económicos, como los altruistas. Esto significa que no se puede usar de forma ilimitada al mercado para alcanzar el óptimo social.

Un planteamiento de Arrow ha sido el centro de la crítica por el enfoque del interés privado. Según este autor los funcionarios públicos operan con neutralidad, lo que los convierte en un instrumento que ejecuta los valores de los ciudadanos (Arrow, 1963, 107). La crítica, que proviene de autores del enfoque del interés privado, sostiene que los burócratas tienen sus propias agendas, que en ocasiones se encuentran al margen del interés público. Además de sus propios intereses, los burócratas también pueden ser capturados por grupos de interés, lo cual refuta la idea de la neutralidad de Arrow (1963).

Por su parte, Samuelson (1948) estudió con más profundidad los bienes públicos, que son un tipo especial de externalidad. Según este autor, cuando no se puede excluir a alguien del uso de un bien ni existe rivalidad para su consumo es altamente probable que surja el fenómeno del gorrón. Esto significa que surgen individuos oportunistas que buscarán disfrutar de un bien pero sin cooperar para su generación. Dado que en una economía todos podrían pensar lo mismo, entonces nadie tendría incentivos a cooperar y el bien nunca se generaría. Es por este motivo que los bienes públicos difícilmente pueden ser provistos por los privados.

Se han escuchado otras voces desde el enfoque sociológico de políticas públicas, según el cual los problemas son una construcción de la propia sociedad. Esto significa que sin importar que el problema tenga que ver o no con la eficiencia, existen ciertas situaciones en las que se justifica la intervención estatal. Según Aguilar (1993) por razones de seguridad, equidad o de eficiencia, el gobierno se hace cargo de problemas específicos.

Según Cobb y Elder (1983) para que un problema ingrese a la agenda de un gobierno, es necesario que cumpla con tres requisitos: que tenga amplio conocimiento entre el público, que el público considere que se requiere algún tipo de acción, así como que dicha acción caiga en la esfera gubernamental. Esto significa que los funcionarios públicos actúan cuando el grueso de la sociedad considera que un problema amerita urgente atención, sin importar que esto se corresponda con datos o alguna evidencia. Las percepciones son fundamentales según este enfoque.

El enfoque del interés público que se basa en la sociología tiene diferencias sustanciales con el que se sustenta en la economía del bienestar. En primer lugar, mientras que, para esta última, el problema público es un hecho objetivo, para el enfoque sociológico el problema público es subjetivo que se construye en sociedad. Como consecuencia de la naturaleza del problema, el enfoque sociológico de políticas públicas, otorga gran importancia a la popularidad de un problema para merecer la atención gubernamental. El enfoque económico no contempla explícitamente el peso de la opinión pública, únicamente se afirma que la presencia de fallas de mercado amerita la intervención gubernamental.

De esta forma, el enfoque de interés público, con base en la economía del bienestar, asumiría que a medida que las fallas de mercado se profundizan, también se incrementaría la intensidad de la intervención. El problema público sería una consecuencia de las fallas de mercado presentes. Por ejemplo, la existencia de un monopolio, que es una de las fallas de mercado, podría propiciar una producción menor a la óptima, con precios por encima de los que se tendrían en un mercado competitivo. El desabasto en conjunción con el encarecimiento serían los elementos constitutivos del problema público propiciado.

1.2 Teoría del interés privado

Una característica fundamental del enfoque del interés público es el supuesto de la neutralidad de los reguladores. Es decir, sin importar que el problema público esté sustentado en evidencia o en percepciones, los reguladores intervienen motivados por el interés común. El enfoque del interés privado desafía dicho supuesto al plantear que la motivación del regulador puede ser la búsqueda del beneficio privado. Los principales exponentes del enfoque de interés público lograron poner la atención en este aspecto, antes inexplorado sobre la regulación (véase Stigler, 1971; Becker, 1983; Peltzman, 1998; Posner, 1996).

La primera crítica fue la de Stigler (1971) quien señaló la posibilidad de que la industria pudiera utilizar la regulación en su propio beneficio. Stigler desafió el principal supuesto del enfoque interés público al señalar que el gobierno no es un actor neutral, sino que es un ente dirigido por funcionarios públicos que tienen sus propios intereses. Adicionalmente, estos funcionarios pueden ser influidos por actores externos que les pueden ser útiles para alcanzar dichos objetivos.

Según este autor, los gobiernos tienen recursos que pueden representar recursos o amenazas para la industria. Entre los recursos están: el poder coercitivo, la capacidad de obtener impuestos, de regular los movimientos físicos de recursos, o de incidir sobre las decisiones de los consumidores. Los actores privados buscan hacerse de estos recursos gubernamentales para su propio beneficio, para lo cual perseguirán políticas específicas entre las que se encuentran: el otorgamiento de subsidios, el establecimiento de barreras a la entrada a sus industrias, el control de bienes sustitutos, así como la fijación de precios.

Peltzman (1998) retoma las ideas de Stigler pero intenta enmarcarlas dentro de un marco de análisis más general. En particular, se pregunta la razón por la cual los reguladores no están capturados por un sólo actor privado. La respuesta que ofrece se basa en la existencia de un equilibrio en el que el regulador distribuye los beneficios de forma óptima para maximizar la utilidad política. Los beneficios derivados de cada sector beneficiado son decrecientes, esto se debe a que la reciprocidad de los privados con el regulador será menor a medida que la regulación les sea menos adversa.

Gary Becker (1983) plantea un argumento interesante sobre la forma en que los grupos de presión compiten por obtener influencia política. Diseña un modelo en el que un integrante de un grupo de presión maximiza su utilidad a través del gasto en actividades políticas. El objetivo es crear presión política para que se modifiquen los impuestos o los subsidios a ciertos sectores. Los gastos de todos los grupos de presión compiten entre sí, por lo que existe una presión óptima que está en función de los efectos que los gastos realizados tengan sobre sus miembros.

En general el documento de Becker (1983) constituye un intento por construir una teoría de la competencia entre los grupos de presión por influencia política. En este modelo el equilibrio político depende de la eficiencia de cada grupo para producir presión, de los efectos de presión adicional en la influencia de cada grupo, del número de personas que lo integren, así como de las pérdidas de eficiencia de los impuestos o subsidios.

En todos los casos señalados los autores desafían la idea de que el interés público motiva la conducta del regulador. Son intereses privados los que compiten, mediante los recursos que controlan, para utilizar los recursos del gobierno que pueden ayudarles a obtener beneficios. Es así que la intensidad de la regulación en un tema específico dependerá de la capacidad de ciertos grupos por imponerse o capturar a las autoridades relevantes.

1.3 Teoría institucional

Existen varias corrientes que se inscriben dentro del Nuevo Institucionalismo, de hecho no existe un consenso entre los autores que han tratado de identificarlas. Por ejemplo, para Peter Hall (1996) existen tres tipos de institucionalismo: el histórico, el económico o de elección racional y el sociológico. Para otros, como Olsen (2006), se pueden distinguir el institucionalismo económico, político y sociológico.

En esta investigación se sostiene que ciertos arreglos institucionales en un país, pueden favorecer la rápida adopción de las políticas contra el tabaco, con una elevada intensidad. Esto significa que se asume el supuesto de que el arreglo institucional puede ser cambiado de forma deliberada para generar ciertos resultados específicos. Por este motivo, la corriente institucionalista que se utilizará es la del Nuevo Institucionalismo Económico (NIE), porque es la que más se ajusta al planteamiento de esta tesis.

Entre los principales autores del Nuevo Institucionalismo Económico se tiene a Herbert Simon (1947), Ronald Coase (1960), Oliver Williamson (1991), así como Douglas North (1993). Las aportaciones de estos autores permitieron entender cómo pueden funcionar las economías, desde la perspectiva clásica, aun cuando fallan muchos de sus supuestos. Para comprender mejor el NIE se repasará cada uno de sus conceptos claves, que son los siguientes: costos de transacción, racionalidad limitada, información incompleta y derechos de propiedad.

Una de las consecuencias del NIE es que las conductas de los individuos pueden modificarse a partir de los incentivos que genera diferentes arreglos institucionales (Hall). Estos cambios pueden ser especialmente importantes en la forma en que se comportan los servidores públicos. Por ejemplo, la existencia de un servicio profesional de carrera puede ser un arreglo institucional que genera más independencia en los servidores públicos (Silberman, 1976). Países con burocracias más autónomas podrían tener un ambiente más propicio para diseñar

políticas que retaran el estatus quo, con menos temor de grupos de interés involucrados.

Por su parte, entornos institucionales menos corruptos, con reglas que hicieran más transparente el quehacer público, e incluso que castigaran conductas ilícitas de forma severa, podrían minar las capacidades de los grupos económicos más poderosos para incidir en las políticas públicas (Johnston, 1982; Yussuf, 2002; Aidt, 2009). El papel de la corrupción como condición para el éxito de la preservación de políticas contra el tabaco laxas ha sido documentado en diferentes países (Traynor, 1993; Aguinaga, 1995; Yussuf, 2002; Trochim 2003; Cavalcante, 2006; Madrazo, 2010). Es por eso que es importante comprender si la intensidad de las políticas guarda alguna relación con el control de la corrupción.

1.4 Advocacy Coalition Framework

Existen cuatro premisas fundamentales en las que se sustenta el “advocacy coalition framework” (ACF) que deben discutirse para entender mejor este enfoque teórico. En primer lugar, se asume que para entender el proceso de cambio en una política pública, así como el aprendizaje orientado a las políticas, es necesario tener una perspectiva histórica de una década o más. En segundo término se argumenta que la mejor forma de analizar una política pública es enfocándose en “subsistemas de política”, es decir en la interacción de actores de diferentes ámbitos que se interesan en una política. El tercer supuesto es que esos subsistemas de política deben incluir una dimensión intergubernamental para comprender que existen múltiples procesos iniciados desde diferentes órdenes de gobierno. Por último, el ACF sostiene que las políticas públicas pueden ser conceptualizadas de la misma forma que un sistema de valores, es decir, un conjunto de valores que están priorizados, además de cadenas causales sobre cómo materializarlos.

El supuesto que señala la necesidad de un horizonte temporal de al menos una década refuerza la posibilidad de que el análisis de políticas tenga una “función de iluminación”. Es decir, se afirma que la investigación sobre políticas tiene efectos en la conducción de las mismas, pero sólo en el largo plazo. En el corto plazo la investigación de este tipo suele utilizarse como municiones que alguno de los actores interesados utiliza para reforzar su posición. Sin embargo, en el largo plazo puede acumularse un conjunto de evidencia que modifique de forma permanente la creencia de todos los actores. En síntesis, la investigación acumulada que apunte de forma mayoritaria hacia alguna dirección, puede influir en las concepciones de los formuladores de políticas públicas, por lo que es

preciso estudiar periodos suficientemente largos que puedan incorporar la “función de iluminación”.

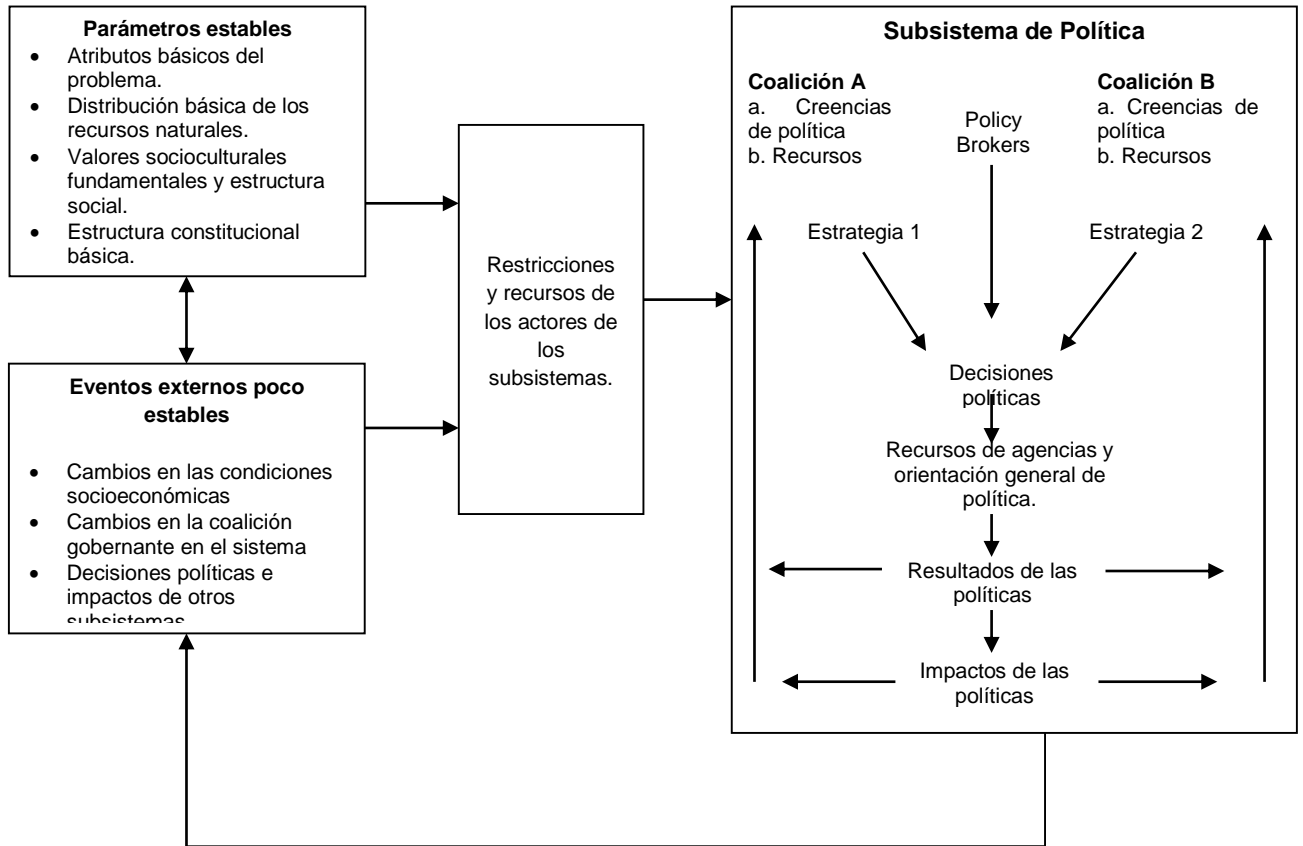
El ACF se concentra en subsistemas de políticas, se argumenta que ésta es la unidad de análisis más efectiva porque no sólo contempla a los actores gubernamentales sino también a actores de la sociedad civil e incluso a académicos o líderes de opinión que se involucren en el tema. Tener un espectro de actores más amplio es útil en una democracia en la que las políticas se ven sometidas a múltiples presiones desde diferentes frentes. Esto implica ampliar la clásica concepción de los triángulos de hierro que sólo contemplan a legisladores, grupos de interés y servidores públicos.

La tercera premisa remarca la importancia que tiene que al analizar una política pública se tomen en cuenta diferentes órdenes de gobierno. Los gobiernos locales y estatales tienen un buen margen de discrecionalidad al implementar políticas públicas, sobre todo si se trata de un país con un sistema federal de gobierno. Por último, en la cuarta premisa se retoma la idea de que toda política pública tiene implícita teoría sobre cómo alcanzar sus objetivos (Pressman y Wildavsky, 1973; Majone, 1980), por lo que puede ser conceptualizada como un sistema de valores.

Con base en estas premisas, en la figura 1 se muestra un diagrama con el esquema lógico del ACF. Se pueden observar del lado izquierdo dos conjuntos de variables exógenas, es decir que no son un resultado de la disputa entre las diferentes coaliciones implicadas. En uno de estos conjuntos se incluyen variables que se consideran bastante estables, mientras que en el otro se contemplan variables mucho más dinámicas. Entre las primeras se encuentran los atributos básicos del problema o del bien a tratar. Por ejemplo, la existencia de un bien público condiciona las opciones que se tienen disponibles para lidiar con él. La “tratabilidad” de un problema o su susceptibilidad para ser medido también son factores que no cambian de forma instantánea.

A pesar, de la estabilidad de los atributos básicos de un problema o bien, es importante señalar que si pueden ocurrir cambios en el tiempo si se acumula evidencia sólida. Por ejemplo, hace 30 años fumar cigarrillos era visto como una actividad libre de riesgo. No había preocupación alguna respecto a los efectos de fumar o sobre la posibilidad de que el humo de tabaco pudiera afectar también a los no fumadores. Sin embargo, la situación ha cambiado debido a una intensa campaña de diferentes organizaciones que han aportado datos y evidencia de lo contrario.

Figura 1.1 Esquema lógico del ACF



Fuente: Elaboración propia

La distribución o disponibilidad de recursos es otro elemento que es relativamente estable y que también condiciona el cambio en las políticas al interior de un subsistema. Si un país tiene cierto tipo de recursos abundantes, eso puede condicionar su política energética o el tipo de exportaciones que realiza. Los valores culturales fundamentales o la estructura social son factores sumamente estables que también condicionan el cambio en las políticas. Cierta tipo de valores o creencias arraigados en una sociedad generan preferencias por algún tipo de políticas. De igual forma, cambios en la estructura social pueden afectar o modificar la orientación de ciertas políticas. Por ejemplo, el ascenso de grupos minoritarios, como los latinos, al poder en los Estados Unidos podría propiciar que se modifiquen las políticas hacia los migrantes.

Otro parámetro relativamente estable es la estructura legal de un sistema político. Generalmente, es complicado realizar modificaciones a la estructura legal fundamental de un país, por ejemplo a su constitución. Si se modifican ciertas reglas se pueden generar incentivos para que nuevos actores se interesen en una

política o pueden hacer que algunos recursos sean más relevantes. Por ejemplo, el CMCT reestructuró el subsistema de políticas al desencadenar la promulgación de la LGCT, la cual crea obligaciones para el Estado mexicano. Al crear estas obligaciones dotó de nuevos instrumentos de presión a los actores a favor de este tipo de políticas.

Los parámetros estables difícilmente cambian en el tiempo pero cuando lo hacen pueden generar grandes cambios en las políticas según Sabatier y Jenkins (1993, 23). Para estos mismos autores, un cambio a este nivel requiere un esfuerzo concertado por una coalición de presión de al menos una década e incluso varias. El ACF parte de la idea de que las elites interesadas en los problemas públicos están generalmente especializadas en dicho tema. En este sentido, cobra sentido pensar que la mayor parte de los actores que participan en un subsistema de política son especialistas en el tema. La diferencia entre un subsistema de política y un triángulo de hierro es que éste último se concentra exclusivamente en legisladores, burócratas y organizaciones de la sociedad civil. En cambio, un subsistema de política puede comprender a periodistas, analistas, investigadores, entre otros más, que pueden estar interesados en una política. Además, otro rasgo distintivo de un subsistema de política es que contempla múltiples niveles de gobierno.

De acuerdo con Sabatier y Jenkins (1993, 25) la mejor forma de agrupar a la diversidad de actores que forman parte de un subsistema de política es en coaliciones de defensa. Una coalición de política es un conjunto de personas de diferentes ámbitos que comparten un sistema de creencias común. Por sistema de creencias se entiende un conjunto de valores básicos, relaciones causales, así como percepciones del problema comunes (Sabatier y Jenkins, 1993, 25). Además, según estos mismos autores los miembros de una coalición de presión muestran un cierto grado de coordinación entre sí.

Pueden existir muchos actores en una coalición de presión pero se esperaría que la fragmentación fuera más grande en los subsistemas de políticas recién formados. Se esperaría que con el paso del tiempo los actores se fueran concentrando en pocas coaliciones para unir fuerzas. En este sentido, con el paso del tiempo se van conformando sistemas de valores compartidos que permiten que las coaliciones sean relativamente estables.

El cambio en las políticas públicas al interior de un subsistema puede ser entendido como el producto de dos procesos. El primer proceso inicia cuando las coaliciones al interior de un subsistema de políticas intentan trasladar sus núcleos

próximos, así como sus aspectos secundarios de sus escalas de valores a programas gubernamentales. Aunque todos los programas consideraran en cierto grado a todas las coaliciones, siempre habrá una que será dominante, así como una o varias coaliciones minoritarias.

El segundo proceso se enfoca más en perturbaciones externas, es decir los efectos de cambios en el sistema en el que se encuentran insertas las diferentes coaliciones. Este tipo de cambios implican modificaciones en las condiciones socioeconómicas, o efectos de cambios en otros subsistemas, estos cambios externos pueden modificar las restricciones o los recursos de que dispone cada coalición. Sabatier y Jenkins (1993, 34) sostienen que las modificaciones en la fuerza relativa de las coaliciones, casi nunca serán causadas por factores que estén originados dentro del mismo subsistema de políticas. Es por esto que los autores proponen una quinta hipótesis que afirma que los atributos centrales de un programa de acción gubernamental difícilmente cambiarán en ausencia de perturbaciones externas al subsistema. Esto implica que una coalición minoritaria puede hacer varias cosas para incrementar su influencia en una política pero serán factores externos al subsistema los que pueden incrementar de forma más acelerada sus recursos.

1.5 Formulación de hipótesis

El enfoque del interés público sugiere que la intensidad de las políticas para el control del tabaco estaría relacionada con el tamaño del problema público, medido por cifras de consumo, de mortalidad e incluso por percepciones. Por su parte, el enfoque del interés privado centra su atención en los actores externos al gobierno, que tratan de imponer su agenda de políticas. En el ámbito del control del tabaco se pueden distinguir al menos cuatro actores importantes: las empresas privadas que ven afectados sus negocios con las políticas, las organizaciones no gubernamentales que están en contra de las políticas, las organizaciones no gubernamentales que promueven las políticas, así como los investigadores interesados en el tema. Tradicionalmente, los dos primeros grupos buscan desregular el mercado mientras que los dos últimos pretenden lo contrario. Se esperaría que la regulación fuera menos intensa cuando los primeros lograran capturar a los reguladores, mientras que la regulación se incrementaría cuando los segundos consiguieran capturarlos.

Por otro lado, según la teoría institucional, en los países con reglas que brindaran autonomía a los servidores públicos, éstos pudieran promover este tipo de políticas sin tener que enfrentar la presión directa de la industria tabacalera. Los

servicios civiles de carrera son un conjunto de reglas que obligan a contratar a los burócratas de acuerdo al mérito. Su permanencia en el puesto depende del escrutinio transparente de los resultados obtenidos, por lo que son menos vulnerables a presiones externas. De igual forma, en los países en los que existiera un entorno propicio para el control de la corrupción podrían ser menos efectivos los recursos de ciertos actores, como la industria tabacalera. El advocacy coalitions framework supone que los cambios radicales en las políticas públicas, se producen generalmente por eventos que ocurren fuera del subsistema de políticas públicas. Es por eso que es pertinente analizar si algún evento externo pudo alterar las condiciones del subsistema de políticas. En la tabla 1.1 se presenta una síntesis de las hipótesis planteadas.

Tabla 1.1. Hipótesis planteadas

Enfoque teórico	Hipótesis
Interés público	<ul style="list-style-type: none"> • A mayor problema público mayor intensidad
Interés privado	<ul style="list-style-type: none"> • Habrá más intensidad si se incrementa la presencia de los grupos que favorecen la política en la opinión pública, así como si se mejora su coordinación.
Instituciones	<ul style="list-style-type: none"> • Un marco institucional que genere burocracias más autónomas, más respeto al estado de derecho y menos corruptos produce políticas más intensas.
Advocacy Coalitions Framework	<ul style="list-style-type: none"> • La entrada del CMCT es un factor externo que modificó los recursos de cada coalición participante. Esto permitió que se modificara la coalición dominante en el subsistema.

Fuente: Elaboración propia

2. Metodología

La metodología es la parte central de un trabajo de investigación pues determina la forma en que se va a recabar información, presentar evidencia, así como la manera en que ésta será ordenada para estudiar un fenómeno determinado. Sin una metodología definida el investigador carecería de una ruta a seguir para poner a prueba las hipótesis que se ha planteado. Sin embargo, es importante no confundir la metodología con el método de investigación, el cual abarca el conjunto de tareas o procedimientos y de técnicas que deben emplearse, de una manera coordinada, para poder desarrollar en su totalidad el proceso de investigación (Calduch, 2005: 34).

El método de investigación incluye tareas como la selección del tema o la difusión de los resultados que, en sentido estricto no constituyen parte de los métodos científicos. Es por este motivo que es conveniente diferenciar entre el método general de la ciencia: "un procedimiento que se aplica al ciclo entero de la investigación en el marco de cada problema de conocimiento" y los métodos o técnicas especiales (Calduch, 2005: 65).

Toda investigación puede ser abordada desde, al menos, dos métodos: el deductivo y el inductivo. El empleo del método inductivo permite generalizar a partir de casos particulares, es decir, se recolecta evidencia específica sin que exista un marco teórico de referencia, posteriormente, esta evidencia se articula para formular hipótesis. El método inductivo permite el desarrollo de modelos teóricos. Por su parte, el método deductivo llega a conclusiones que se derivan de premisas más generales, por ejemplo de una teoría (Bryman, 2010: 67).

Esta investigación se sustenta en el método deductivo pues busca poner a prueba cuatro teorías para explicar un mismo fenómeno. La aportación principal será indagar cuál de dichas teorías proporciona la mejor explicación al fenómeno estudiado. Sin embargo, esto no fue un impedimento para que al final, mediante una perspectiva inductiva, se propusieran algunas hipótesis sobre aspectos que no quedaron del todo explicados por las teorías comparadas.

En esta investigación se utilizaron técnicas de investigación mixtas, es decir, sustentadas tanto en herramientas cuantitativas como cualitativas. La parte cuantitativa fue importante, primero, para dimensionar el fenómeno a estudiar, lo cual significó recabar datos mundiales sobre las tendencias en el consumo de tabaco, en la mortalidad asociada a este hábito, así como en la regulación de este

producto. De igual forma, se recopilaron datos nacionales de los países seleccionados como estudios de caso.

Las técnicas cuantitativas también fueron importantes para identificar algunos factores relacionados con la intensidad de las políticas. Para esto se propuso un modelo de corte transversal en el que se pusieron a prueba un conjunto de variables representativas de los enfoques teóricos utilizados. Esto permitió tener una idea preliminar sobre el grado de asociación que guardan dichas variables con la intensidad de las políticas contra el tabaco. Si bien este modelo no fue suficiente para explicar la intensidad, sí arrojó pistas sobre la relevancia de las explicaciones que fueron puestas a competir. Finalmente, fue a partir del análisis cuantitativo que se eligieron los estudios de caso. Para esto, se retomaron los residuales del modelo de corte transversal, así como los niveles de intensidad de todos los países estudiados.

Por su parte, las técnicas cualitativas, específicamente la realización de entrevistas, fueron cruciales para realizar los estudios de caso, específicamente para recabar evidencia que permitió poner a prueba las hipótesis propuestas. Debe aclararse que no sólo se utilizó evidencia cualitativa en los estudios de caso sino también cuantitativa.

Este capítulo metodológico se ha dividido en cuatro secciones. La primera contiene argumentos que respaldan la utilización de métodos mixtos en la investigación. En la segunda, se abunda sobre el tipo de estudio de caso que se realiza, así como la forma en que éstos se estructuraron para que tuvieran validez científica. La tercera sección describe la forma en que se construyó la variable dependiente para el análisis cuantitativo. En la cuarta sección se especifican cuáles fueron las variables independientes utilizadas en el modelo econométrico. En la sección quinta se presentan los modelos que fueron estimados. La sexta sección explica la forma en que se eligieron los estudios de caso. En la séptima sección se describe la forma en que se eligieron los entrevistados en cada caso de estudio.

2.1 Uso de métodos mixtos

Recientemente se están empezando a utilizar enfoques de múltiples métodos para abordar temas de investigación complejos. Existe una serie de autores que han recomendado su uso (Bennet, 2002; Cresswell, 2003; Gil-García y Pardo, 2006; Bryman, 2008). Por enfoques de múltiples métodos debe entenderse aquéllos que

utilizan tanto métodos cuantitativos como cualitativos para responder a una pregunta de investigación.

La mezcla de ambos métodos conlleva críticas, pero sin duda alguna también ventajas. Suele afirmarse que existe una clara división entre los métodos que pueden utilizarse en un proyecto de investigación. Específicamente, se supone que los métodos cuantitativos se sustentan en principios ontológicos y epistemológicos diferentes a los que dan soporte a los métodos cualitativos. Aun así, cada vez es más común que se realicen proyectos de investigación que utilizan ambos enfoques (Bryman).

Una de las ventajas más importantes de los métodos mixtos es que permiten triangular resultados (Bryman). Esto significa que se puede tener un diseño de investigación que permita corroborar que se obtienen resultados similares con métodos diferentes. Otra ventaja es que se pueden estudiar fenómenos más complejos, que serían imposibles de ser estudiados de forma integral, si sólo se utilizara un solo método.

Por ejemplo, utilizando métodos cuantitativos es posible obtener las correlaciones de algunas variables con la intensidad de las políticas para el control del tabaco. Posteriormente, con el uso de métodos cualitativos es posible explicar bajo qué circunstancias alguna de estas variables puede ser más importante que las demás. Definitivamente, un enfoque de métodos mixtos permite obtener respuestas más contundentes, robustas e integrales del fenómeno que se estudie (Mingers, 2001). Esto se debe a que, de forma separada, cada método tiene debilidades que se compensan cuando se realiza una combinación con otro método (Mingers, 2001).

Sin embargo, existe una serie de desventajas relacionadas con el uso de métodos múltiples que deben ser consideradas. Por ejemplo, se ha argumentado que cuando se mezclan métodos cuantitativos y cualitativos, deben considerarse los principios ontológicos y epistemológicos que están contenidos en cada método (Bryman, 2001). Los métodos cuantitativos están generalmente asociados a una visión ontológica objetivista, así como a una postura epistemológica positivista. Esto significa que quienes usan métodos cuantitativos generalmente aceptan que existe una realidad objetiva que subsiste fuera de la mente humana. Para ellos esta realidad puede ser entendida a través de métodos que buscan medir o encontrar asociaciones entre fenómenos aparentemente aislados (Bryman, 2001).

Por otro lado, los métodos cualitativos, casi siempre, aparecen vinculados con las posturas ontológicas de tipo constructivista, así como con visiones epistemológicas interpretativas (Bryman, 2001). Para los constructivistas la realidad no es objetiva sino subjetiva, lo cual significa que es construida socialmente. Es por eso que la aspiración debe ser la de interpretar esa realidad más que la de descubrirla. Es así que, que para algunos no haría sentido mezclar estos métodos, porque ven el mundo de forma distinta. Hay quien afirma que el conocimiento extraído a partir de uno de ellos no podría ser equiparable con el obtenido a partir de otro (Bryman, 2001).

Otro argumento que se opone a la mezcla de métodos es el que visualiza a los métodos cuantitativos y cualitativos como paradigmas que integran, además de principios ontológicos y epistemológicos, valores o métodos que los hacen no comparables o combinables. Según este argumento, al final, la integración de estos dos métodos se realiza a un nivel muy superficial, pues al final uno de los dos métodos tendrá que imponerse si se desea conservar un orden, coherencia o integralidad de la investigación. Entonces, la mezcla de métodos no es otra cosa que la asimilación de uno de los métodos en otro, pero al final uno debe prevalecer, con lo cual es posible que deje sin contenido al método vencido (Creswell, 1999).

Respecto a la primera crítica es importante señalar que no existe una liga única entre los métodos y determinados principios ontológicos. Se pueden realizar mediciones sobre percepciones que sólo existen en un contexto social, de la misma forma que se pueden realizar análisis interpretativos con el soporte de datos numéricos. La evidencia es el producto que se obtiene a partir de un análisis tanto estadístico como etnográfico, pero el uso de esa evidencia es lo que determina el énfasis objetivista o constructivista. En suma, lo que se puede afirmar es que las conexiones entre métodos y epistemología u ontología no son deterministas, los métodos son más independientes de estos supuestos de lo que se suele pensar (Bryman, 2001).

Respecto a la segunda crítica, es claro que una posible opción de combinación de métodos puede ser aquella que supedita uno a otro. Sin embargo, existen otras posibilidades, en la que ambos métodos tienen un peso importante, las cuales dependerán de las necesidades de la investigación, así como de la forma en que se combinen los métodos citados (Creswell, 1999).

Para entender mejor la forma en que se pueden combinar ambos métodos es importante repasar la tipología propuesta por Creswell (1999). Él agrupa las

combinaciones de métodos según cuatro criterios fundamentales: implementación, prioridad, integración y perspectiva teórica (ver tabla 2.1).

Tabla 2.1. Tipología de Creswell

Implementación	Prioridad	Integración	Perspectiva teórica
No secuencial	Igual	En la recolección de datos.	Explícita
Concurrente	Igual	En la recolección de datos.	Explícita
Secuencial- Prioridad a Cualitativo	Cualitativo	En la recolección de datos. En la interpretación.	Implícita
Secuencial- Prioridad a Cuantitativo	Cuantitativo	En la recolección de datos. En la interpretación.	Implícita

Fuente: Creswell 1999.

Esta tipología arroja algunas estrategias específicas de investigación mixtas. La primera, es aquella en la que los métodos no son utilizados con una secuencia específica. Esto significa que es irrelevante si se realiza primero el análisis cualitativo o el cuantitativo. Esto es común cuando el inicio de uno de ellos no depende del otro, por ejemplo, cuando los métodos cuantitativos estudian una parte del fenómeno, mientras que los cualitativos se concentran en otra (Creswell, 1999).

El uso de métodos mixtos concurrentes se realiza cuando es fundamental que los resultados de ambos se obtengan al mismo tiempo. Por ejemplo, cuando se busca triangular evidencia, lo cual significa que se pretende saber si se obtienen los mismos resultados con ambos métodos. Cuando se hace esto es fundamental que los dos métodos se apliquen simultáneamente para impedir que uno de ellos influya sobre el otro (Creswell, 1999).

Por su parte, en la estrategia secuencial que da prioridad a los métodos cuantitativos, se realiza primero la recolección y análisis cuantitativos de datos para, posteriormente, realizar una recolección y análisis de datos cualitativos. Los métodos son integrados tanto en la recolección de los datos como en la interpretación de los resultados obtenidos. Esta estrategia es útil para realizar análisis a profundidad de casos que se detectan como anormales en un análisis cuantitativo previo (Creswell, 1999).

Otra estrategia es la que se realiza de forma secuencial pero que prioriza a los métodos cualitativos. Se utiliza generalmente para estudios exploratorios, en los que la primera fase consiste en la recolección de datos cualitativos que, posteriormente, se usan para tener un análisis preliminar del fenómeno a estudiar. La segunda fase de esta estrategia consiste en el uso de métodos cuantitativos

para sistematizar la evidencia obtenida. Esta estrategia es útil para explorar un tema nuevo e identificar una agenda de investigación (Creswell, 1999).

Existen otras estrategias que no se contemplan en este cuadro, por ejemplo, la secuencial transformativa. Esta tiene dos fases de recolección de datos distintas, una que sigue a la otra. En esta estrategia cualquiera de los dos métodos puede ser usado primero. Asimismo, la prioridad puede ser asignada a cualquiera de los dos métodos. Los datos se integran en la fase de interpretación, además de que existe un cuerpo teórico que guía la investigación (Creswell, 1999).

Para esta investigación se usó una estrategia secuencial que le otorgó prioridad al enfoque cualitativo. Primero, se llevó a cabo una fase cuantitativa que tuvo como objetivo dimensionar el fenómeno bajo estudio. A partir de las primeras mediciones que se recabaron fue posible encontrar una forma de clasificar a los países. El trabajo cuantitativo también fue importante para seleccionar los casos a partir de la clasificación realizada. Posteriormente, la segunda fase sirvió para estudiar de forma concisa los casos seleccionados, así como para poner a prueba las hipótesis planteadas. Para esto fue necesario recabar información, ordenarla, e indagar si se sostenían las relaciones causales propuestas o si se detectaron otras.

2.2 Estudios de caso

La tesis parte de una metodología de estudios de casos, la cual se basa en Robert K. Yin, que sin duda es uno de los autores más utilizados como referencia en la investigación basada en casos. El estudio de casos trata de una investigación empírica que estudia un fenómeno contemporáneo en profundidades dentro de su contexto real, usado especialmente cuando los límites entre el fenómeno y el contexto no son claramente evidentes (Yin, 2009:18).

Los casos son particularmente válidos cuando se presentan preguntas como las que aquí se han hecho, ya que las respuestas que se dan están más cercanas a cadenas operativas que se desenvuelven en el tiempo, más que con la frecuencia, es decir, sus respuestas son la teoría (Yacuzzi, 2005:6). El estudio de casos es pertinente cuando el investigador tiene poco control sobre los acontecimientos y cuando el tema es contemporáneo (Yin, 2009:18).

Esta metodología incluye uno o múltiples casos; y a pesar de que puede ser reconocida entre la gran variedad de opciones de investigación cualitativa, el método del caso no es sólo una forma de investigación cualitativa. En algunas

ocasiones se utiliza una combinación de datos cuantitativos y cualitativos (Yin, 2009: 19), los cuales están presentes en esta investigación.

El estudio de casos no permite generalizar sus conclusiones a toda una población. En este sentido, y siguiendo a Mitchell (1983), esta investigación no busca generalizar los hallazgos de toda la población de casos similares; se estudia simplemente cuán plausible es la lógica del análisis para desarrollar sobre su base una propuesta teórica.

“La inferencia sobre la relación lógica entre dos características no está basada en la representatividad de la muestra y por lo tanto en cuán típica es, sino más bien en la plausibilidad o en el grado de lógica del nexo entre las dos características” (Mitchell, 1983). Por lo tanto, la relevancia del caso y su generalización no provienen entonces del lado estadístico, sino del lado lógico: las características del estudio de caso se extienden hacia otros casos por la fortaleza del razonamiento explicativo (Yacuzzi, 2005: 8-9).

La investigación de los estudios de caso se enfrenta permanentemente al señalamiento de que sus hallazgos son específicos y sólo explican los pocos casos que examinan. Por lo cual, se consideran cuatro aspectos de la validez que se aplican en general a los estudios empíricos de las ciencias sociales: validez de la construcción conceptual, validez interna, validez externa, y fiabilidad (Arellano, 2006:72).

La primera se refiere a la identificación correcta de medidas operativas para los conceptos objeto de estudio. La validez de las construcciones conceptuales implica operacionalizar las métricas que se utilizarán durante el estudio para poder inferir legítimamente, a partir de estas métricas, hacia las construcciones conceptuales que les dieron origen. Yin (2009:42) sugiere diversas tácticas para aumentar la validez de las construcciones conceptuales, dos de ellas se aplican durante la recolección de datos: utilizar múltiples fuentes de evidencia y establecer una cadena de evidencia. Una tercera, durante la preparación del informe: hacer que el borrador del caso lo revisen informantes clave.

Por su parte, la validez interna consiste en que los conceptos, categorías y relaciones sean realmente útiles y probados por diferentes actores. A su vez, la validez externa reside en que la definición del dominio al que los resultados de un estudio llegan se pueda generalizar. En los estudios de caso se pueden llegar a argumentaciones convincentes que generen ideas y alternativas para diferentes escenarios (Yacuzzi, 2005: 8-9).

Finalmente, la fiabilidad consiste en demostrar que las operaciones de un estudio, tales como la recolección de datos y los procedimientos se pueden repetir, con los mismos resultados. En los estudios de caso se debe tener en cuenta que los escenarios sociales cambian con el tiempo, por lo que una repetición exacta no resulta del todo viable. No obstante, el plan de análisis debe ser lo suficientemente explícito como para permitir la reconstrucción de argumentos de otras personas, así como la falsación de interpretaciones (Arellano, 2006:72).

2.3 Construcción de la variable dependiente para el modelo econométrico

La primera fase consistió en la utilización de técnicas cuantitativas para identificar algunos factores que estuvieran relacionados con la intensidad de las políticas contra el tabaco. Para lograrlo se creó un modelo econométrico con variables que hicieran referencia a las cuatro teorías utilizadas. Con esto se buscó entender cuál de las cuatro está más asociada con la intensidad de las políticas contra el tabaco. Esto significa que las cuatro explicaciones contempladas, además de algunas variables de control, fueron puestas a competir para identificar cuál o cuáles están relacionadas de forma más intensa con la variable dependiente que se pretende explicar. Con este modelo se tuvo un primer termómetro que arrojó pistas sobre las variables relevantes que se analizaron después con más profundidad.

Para diseñar el modelo fue importante construir una variable dependiente, para lo cual fue necesario encontrar una medición que considerara a los principales instrumentos de política contenidos en el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT). Los seis instrumentos considerados fueron: la aplicación de impuestos, la creación de espacios libres de humo de tabaco, la prohibición de realizar publicidad, la colocación de advertencias sanitarias, el establecimiento de programas de cesación, así como el monitoreo del consumo de este producto.

La medición utilizada fue obtenida a partir de una base de datos que elaboró la Organización Mundial de la Salud (2009). En esta base de datos, que integra a 170 países, se otorgó una calificación del 1 al 4 a cada país de acuerdo al nivel de intensidad de cada instrumento. Para construir el índice se sumaron las calificaciones obtenidas en cada instrumento, con lo cual cada país obtuvo una calificación que podría ir del 4 al 24. Es importante explicar los criterios que se utilizaron para otorgar dichas calificaciones en cada instrumento.

En el caso de los impuestos al tabaco, los países fueron agrupados de acuerdo con la contribución porcentual que tuvieron los impuestos específicos al tabaco, con respecto al precio total al detalle de la marca más vendida en el mercado local (ver cuadro). Se le dio un punto a los países que tienen impuestos que representaban una proporción menor o igual al 25% del precio al detalle, dos puntos para los países con proporciones de entre un 26% y un 50%, tres puntos para los países con una proporción de entre el 51% y el 75%, mientras que se le dieron 4 puntos a los países cuyos impuestos representaban más del 75 por ciento (OMS, 2009).

En lo que se refiere a los espacios libres de humo de tabaco, la propia OMS reporta la dificultad de clasificar los países según el grado de intensidad en el cumplimiento de la misma. Para hacerlo se contempló una gama de diferentes espacios donde es posible prohibir que se fume, entre los que se tienen: hospitales, escuelas, universidades, instalaciones gubernamentales, oficinas cerradas, restaurantes, bares, así como cualquier centro de trabajo cerrado. Se consideró que la prohibición mínima era en escuelas y hospitales. Para tener un nivel superior se consideró el número de tipos de espacios que se contemplaban como prohibidos en la regulación (ver tabla 2.2).

Respecto a las advertencias sanitarias, se consideró que su intensidad era superior en aquellos países que exigían que tuvieran mayor tamaño. También se consideró su contenido, características, así como la prohibición de incluir términos engañosos como las palabras "light". De igual forma, se contempló que la intensidad estaba vinculada con las siguientes características: que el mandato de colocar advertencias sanitarias estuviera incluido en alguna ley; que las advertencias aparecieran en los paquetes individuales, así como en paquetes colectivos; que describieran de forma específica los daños potenciales a la salud; que fueran grandes, legibles, claras y visibles; que se exigieran varias advertencias rotativas; que estuvieran escritas en el lenguaje del país en el que se vendía el producto; y que incluyeran una imagen (ver tabla 2.2).

Otro instrumento de política fue la prohibición de realizar actividades de promoción. Estas prohibiciones pueden ser directas o indirectas, por ejemplo, entre las prohibiciones directas se cuenta la restricción a realizar mercadotecnia en: televisión nacional, radio, revistas locales, periódicos, espectaculares o publicidad en exteriores, así como en puntos de venta. La política busca eliminar los canales de difusión que permiten que el producto pueda ser directamente promovido entre la sociedad. Por otra parte, la mercadotecnia indirecta se vincula con la distribución gratuita de productos de tabaco en el correo o por otros medios.

También incluye descuentos promocionales, colocar la marca de productos de tabaco a otros productos, colocar la marca de productos que no son de tabaco a aquéllos que sí lo son, aparición de productos de tabaco en televisión o películas, así como el patrocinio de eventos (ver tabla 2.2).

La implementación de programas de cesación, es decir, que brinden ayuda a las personas que desean dejar de fumar, es otro instrumento de política propuesto en el CMCT. Recibieron un punto los países que no tenían servicios de cesación o terapias de reemplazo de nicotina. Los países que tenían servicios de cesación de nicotina pero que no cubrían el costo de los mismos, recibieron dos puntos, mientras que los que cubrían sólo una parte del costo recibieron tres. Por último, la más alta calificación la obtuvieron los países con líneas telefónicas de asistencia para dejar de fumar, las cuales son acciones de bajo costo. Para tener el más alto puntaje también se exigió que los países tuvieran terapias de cesación totalmente gratuitas (ver tabla 2.2).

Por último, el monitoreo de los niveles de consumo de tabaco se consideró un instrumento que, más que disminuir o prevenir el consumo, permitía evaluar la efectividad del resto de las políticas. Este instrumento fue valorado con base en los siguientes criterios: que fuera representativo a nivel nacional; que fuera reciente; que contemplara datos sobre adultos, jóvenes o ambos (ver tabla 2.2).

Tabla 2.2. Codificación de la variable dependiente para el modelo econométrico

Instrumentos	Puntaje			
	1	2	3	4
Impuestos	Menor o igual al 25 % del precio al detalle.	Del 26 al 50 % del precio al detalle.	Del 51 al 75 % del precio al detalle.	Mayor que el 75 % del precio al detalle.
ELHT	Ausencia de cualquier legislación relacionada con espacios libres de humo de tabaco, o ausencia de legislación que al menos cubra escuelas y hospitales.	Legislación que cubre escuelas y hospitales, así como uno o dos tipos de espacios de entre los señalados.	Legislación que cubre escuelas y hospitales, así como tres, cuatro o cinco tipos de espacios de entre los señalados.	Legislación que cubre todos los espacios señalados.
Advertencias	No se exige la colocación de advertencias sanitarias.	Una advertencia que cubre menos del 30% de la cara principal del empaque.	Una advertencia que cubre al menos el 30% de la cara principal del empaque, e incluye de uno a seis de los criterios señalados anteriormente.	Una advertencia que cubre al menos el 30% de la cara principal del empaque, e incluye los siete criterios señalados anteriormente.
Publicidad	No existe prohibición directa o	De una a tres prohibiciones	De cuatro a seis prohibiciones	Todas las prohibiciones

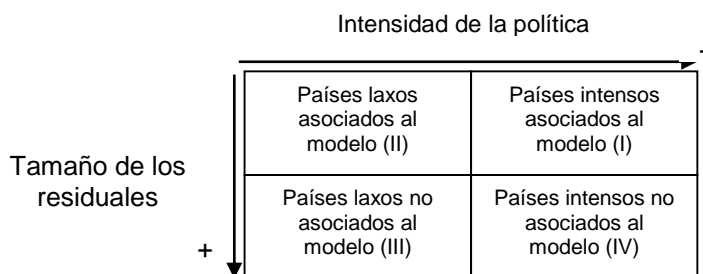
Instrumentos	Puntaje			
	1	2	3	4
	indirecta.	directas o al menos una indirecta	directas y al menos una indirecta	directas e indirectas.
Cesación	No existen servicios de cesación o terapias de reemplazo de nicotina en el país.	Existen servicios de cesación o terapias de reemplazo de nicotina en el país, aunque no se cubre el costo de las mismas.	Existen servicios de cesación y terapias de reemplazo de nicotina en el país, aunque no se cubre completamente el costo de las mismas.	Existen líneas de asistencia telefónica para dejar de fumar. También existen servicios de cesación y terapias de reemplazo de nicotina en el país, en alguno de los dos casos se cubre el costo de las mismas.
Monitoreo	Datos recientes pero no representativos ni para jóvenes ni para adultos.	Datos recientes pero no representativos para adultos o para jóvenes; o datos recientes y representativos para adultos pero no para jóvenes; o datos recientes y representativos para jóvenes pero no para adultos.	Datos recientes para jóvenes y adultos, pero sin que sean representativos para algunos de ellos.	Se reúnen los requisitos mínimos

Fuente: Elaboración propia con base en OMS 2009

2.4 Selección de los estudios de casos

En la etapa cuantitativa se clasificaron todos los países estudiados para después elegir los estudios de caso de una forma rigurosa. Específicamente, se utilizaron los datos del índice de intensidad para producir una tipología de los países que han adoptado las políticas del CMCT. Esta tipología sirvió para identificar los casos que se estudiaron. Para hacerlo se utilizaron dos variables: la intensidad general de las políticas y el tamaño de los residuales del modelo. Se debe aclarar que para construir esta tipología se utilizó el modelo que resultó con la R cuadrada más alta, lo cual podrá verificarse en el capítulo con los resultados econométricos.

Figura 2.1. Tipología de países



Fuente: Elaboración propia

El primer cuadrante comprende a los países con una alta intensidad que además tienen residuales pequeños. Estos son países cuya intensidad está relacionada con algunos factores que sugieren los enfoques teóricos usados en esta investigación. En el segundo cuadrante están los países que tienen un nivel bajo en la intensidad de las políticas, pero que además tuvieron bajos residuales en el modelo econométrico. Esta categoría ha sido llamada como la de países laxos asociados al modelo. Esto significa que, en esta categoría, se contemplan los países cuyos bajos niveles de intensidad, están asociados con los enfoques teóricos utilizados.

En el tercer cuadrante están los países que también tienen una baja intensidad pero que tienen elevados residuales, por lo que no existe asociación entre la intensidad y los enfoques teóricos. En el cuarto cuadrante están los países que son intensos pero que tienen grandes residuales, por lo que su intensidad, no parece estar asociada a los factores teóricos señalados. Por lo que se asume que debería existir otra explicación para estos últimos casos, o que las variables utilizadas en el modelo no estaban bien especificadas.

Los datos necesarios para construir esta tipología están contenidos en el índice de intensidad. Para lograrlo, se tomaron todos los países para los cuales hubo observaciones en todas las variables, que fueron 76, y se dividieron en tres grupos: los 20 países más intensos, los 20 países más laxos, así como los 36 países que quedan en medio. Para elegir los casos se utilizaron los 20 países más intensos que fueron ordenados de acuerdo con el tamaño de sus residuos (ver tabla 2.3).

Tabla 2.3. Listado de los 20 países más intensos ordenados de acuerdo al tamaño de sus residuales

País	Intensidad	Residuales
Republic of Korea	20	-1.39152
Malaysia	21	-0.95972
Italy	21	-0.46607
Canada	22	-0.46042
Germany	22	0.0639
Philippines	20	0.35414
Spain	22	0.40759
Cyprus	20	0.46351
United Arab Emirates	21	0.48996
Serbia	21	1.247

Poland	22	1.37143
Slovakia	22	1.72353
Romania	22	2.51231
Brazil	22	2.58926
Myanmar	20	2.95035
Jordan	24	3.00975
Venezuela	21	3.5051
Australia	28	5.76756
Mauritius	26	6.10976
Uruguay	28	6.2267

Fuente: Elaboración propia

En el cuadro se muestran sin sombreado los países que tienen los menores residuales, mientras que los de color gris son los que tienen los más elevados residuales. Se eligió a Uruguay como el caso intenso, que es el menos asociado con el modelo, porque presenta los más altos residuales de entre estos países. En cambio, se eligió a España como el caso intenso, pero asociado con el modelo, porque a pesar de no tener los menores residuales, es de habla hispana, lo que lo hace más comparable con Uruguay. Finalmente, se seleccionó a México por ser un país que se encuentra entre los 36 países de intensidad intermedia.

2.5 Elaboración del trabajo de campo

Una vez definidos los casos fue importante identificar a quiénes era necesario entrevistar. Las herramientas de recolección de información cualitativa fueron tres cuestionarios realizados para tres diferentes tipos de actores: servidores públicos, organizaciones de la sociedad civil, así como miembros de la industria tabacalera o de otras relacionadas. Cada cuestionario tiene 16 preguntas que podían ser contestadas en menos de 45 minutos (ver anexo).

Para elegir a los entrevistados fue necesario tener un panorama de los actores relevantes para la política en cada país analizado. Para elegir a los entrevistados se analizaron periódicos o medios masivos digitales en cada uno de los países estudiados. Las declaraciones identificadas se dividieron en tres periodos: el primer fue antes de la ratificación del CMCT, el segundo después de la ratificación pero antes de la regulación de primera generación, mientras que el último fue después de la regulación de primera generación. La regulación de primera generación es la primera que se implementó en cada país para ajustar la regulación nacional al CMCT.

Para sopesar la presencia mediática de los diferentes actores, se revisaron las declaraciones sobre la política contra el tabaco en todos los medios electrónicos

disponibles en los tres períodos considerados. Posteriormente, dichas declaraciones fueron agrupadas en tres categorías: informativas, técnicas y de presión. En las informativas se agruparon todas aquellas que sólo describían las actividades de la organización que la emitiera, sin presentar información técnica o hacer alguna demanda específica sobre la política. Por ejemplo, declaraciones sobre la emisión de un boletín informativo por parte de alguna organización de la sociedad civil; recordatorios sobre fechas para cumplir con requisitos de la normatividad por parte de alguna entidad gubernamental; o anuncios sobre inversión de la industria tabacalera.

En las técnicas se congregaron aquellas que buscaban emitir alguna opinión experta, basada en algún estudio que tuviera como base alguna disciplina como: epidemiología, economía, medicina o políticas públicas. Por ejemplo, en México las declaraciones del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), emitidas con base en sus estudios sobre los beneficios a corto plazo por dejar de fumar. Por último, las declaraciones de presión son las que realizaban alguna demanda específica sobre la política. Por ejemplo, las amenazas de retirar inversiones de algún país, por parte de la industria tabacalera, si no se disminuían los impuestos al tabaco.

En la tabla 2.4 se puede observar un resumen sobre el número de declaraciones obtenidas para cada país, así como el número de actores relacionados con la política que pudieron ser potencialmente entrevistados.

Tabla 2.4. Declaraciones identificadas para cada estudio de caso

Categoría	México	España	Uruguay	Total
Total de declaraciones	96	106	109	311
Informativas	39	43	37	119
Técnicas	11	13	27	51
De presión	46	50	45	141
Total de actores	18	52	68	138
Sociedad Civil	8	15	14	37
Poder ejecutivo	1	20	36	57
Poder legislativo	3	7	7	17
Academia	2	1	8	11
Empresas privadas	4	9	3	16

Fuente: Elaboración propia

La cantidad de declaraciones obtenida para cada país es medianamente similar. Sin embargo, queda claro que no necesariamente se tiene una muestra representativa de las declaraciones realizadas sobre el tema en los períodos revisados. Muchas declaraciones pudieron haber sido bajadas de los sitios de

Internet después de un tiempo, por lo que se tiende a sobre representar a las declaraciones más recientes con el método seguido.

Para no dejar fuera de las entrevistas a algún actor relevante, este procedimiento fue complementado con un muestreo por “bola de nieve”. Esto significa que se les preguntó a los entrevistados si consideraban que alguna persona, además de las que se encontraron, debería ser entrevistada. Debe quedar claro que el análisis del espacio de opinión pública sólo se utilizó para la selección de los entrevistados, pero no fue crucial para poner a prueba las hipótesis planteadas.

El proceso que se siguió para seleccionar a los entrevistados permitió obtener una lista de 138 potenciales entrevistados en los tres países elegidos. Para elegir a quiénes entrevistar se buscó tener tanto actores a favor como en contra, así como diferentes tipos de actores, desde legisladores, servidores públicos, organizaciones de la sociedad civil, así como miembros de la industria tabacalera. El objetivo final fue conseguir un conjunto de actores a entrevistar equilibrado.

Después de tener la lista de los entrevistados potenciales se inició con el trabajo de campo en México. Se realizaron llamadas a los entrevistados potenciales de este país y se logró tener una respuesta favorable de 14 personas, de las cuales 9 tenían una postura favorable hacia las políticas para el control del tabaco, mientras que 5 tenían una postura en contra (ver tabla 2.5). Se trató de que este conjunto de entrevistas fuera también equilibrado en cuanto a los tipos de actores entrevistados. Las 14 entrevistas del caso mexicano fueron realizadas durante los meses de junio y julio del 2012.

Tabla 2.5. Entrevistados por cada país según su postura

Tipo de entrevistados	México	España	Uruguay	Total
Entrevistados a favor	9	10	8	27
Entrevistados en contra	5	4	4	13
Total de entrevistados	14	14	12	40

Fuente: Elaboración propia

Para el caso español también se agendaron 14 entrevistas, de las cuales 10 tenían una postura a favor de la política contra el tabaco y 4 en contra. Después de acordar las entrevistas, se realizó un viaje durante el 2012 a España para sostener las entrevistas. El viaje fue del 15 de septiembre al 1 de octubre de 2012, a Madrid, así como a Barcelona, que son las ciudades donde se concentraron los principales actores involucrados en el tema. Por último, en abril del 2013 se realizó un viaje de 1 semana a Montevideo, Uruguay, para efectuar las 12 entrevistas correspondientes a dicho país.

Fue complicado lograr un equilibrio entre los actores a favor y en contra, porque estos últimos están menos dispuestos a ofrecer entrevistas, sobre todo en países como Uruguay, en el que las políticas públicas para el control del tabaco gozan de gran popularidad. En total, en los tres países, se entrevistaron 40 personas, entre los que destacan: el Presidente de la Comisión de Salud del Senado en México (Poder Legislativo), el Presidente Fundador del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo en España (Organizaciones de la Sociedad Civil), así como el Senador Luis Lacalle, Ex Presidente de la República de Uruguay.

Tabla 2.6. Entrevistados por país de acuerdo al tipo de actor

	Tipo de actor	México	España	Uruguay
Favor	Poder Legislativo	Senador Ernesto Saro. Presidente de la Comisión de Salud.		Senador Solari. Presidente de la Comisión de Salud
				Ex Diputado Miguel Asqueta. Presidente de la Comisión de Salud
	Poder Ejecutivo	Instituto Nacional de Salud Pública	Comisionado para el Mercado del Tabaco	Economista del Banco Central
		Consejo Nacional contra las Adicciones	Observatorio del Tabaquismo del Ministerio de Salud	Programa Nacional Contra el Tabaquismo
		Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias	Gobierno de Catalunya	
	Sociedad Civil	CÓDICE	Sociedad Española de Neumología	Sindicato Médico del Uruguay
		Fundación Interamericana del Corazón	Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo	Sociedad Uruguaya del Corazón
		Alianza Contra el Tabaco	No Fumar	Centro de Investigación y Estudios contra el Tabaquismo
			Sociedad de Medicina Familiar	
			Sociedad Española de Cardiología	
			Asociación Española contra el Cáncer	
	Academia	Investigadora Belén Suárez	Investigador Joan Villalbí	Investigador
		Programa de Derecho a la Salud del CIDE		
En Contra	OSC	Yo Fumo	Unión de Estanqueros	Sindicato Autónomo del Tabaco
		Asociación de Productores de Tabaco de Nayarit	La Mesa del Tabaco	
			Fumadores por la Tolerancia	
	Industria	Philip Morris Internacional	Philip Morris Internacional	Philip Morris Internacional
		British American Tabaco		Tabacalera Montepaz
		Cámara Nacional de la Industria Restaurantera		
	Poder Legislativo			Senador Luis Lacalle. Secretario de la Comisión de Salud. Ex Presidente de la República de Uruguay

Fuente: Elaboración propia

2.6 Codificación de las variables para los estudios de casos

Para el modelo econométrico se utilizó como variable dependiente un índice de intensidad de las políticas para el control del tabaco, construido con base en los puntajes que la OMS (2009) otorgó a cada uno de los seis instrumentos de la estrategia MPOWER. No obstante, esta información estaba sólo disponible para el año 2008, por lo que fue imposible realizar un análisis de serie de tiempo. En cambio, en los estudios de caso sí fue posible estudiar la variación de la intensidad en un horizonte de largo aliento.

2.6.1. Variable dependiente

La riqueza de la información obtenida a partir de la revisión a la legislación de cada país, en conjunto con las entrevistas realizadas, permitieron mejorar los indicadores utilizados por la OMS, con excepción de los impuestos que se tipificaron de igual forma. Se aprovechó la oportunidad de mejorar el índice elaborado por la OMS (2009) al ser más esquemáticos respecto a los indicadores utilizados para cada uno de los instrumentos. Se reconoce que la intensidad no es un concepto unidimensional, que pueda ser abordado desde una sola medición, por lo que, en la medida de lo posible se utilizaron varios indicadores para conseguir una medida más rica de intensidad.

Por ejemplo, la OMS (2009) sólo considera el tamaño de las advertencias sanitarias como indicador para valorar la intensidad de este instrumento. En esta tesis se propone que las advertencias sanitarias pueden ser más intensas si son más grandes, pero también si están plasmadas en un medio más efectivo, por ejemplo en imágenes más que en palabras. Sobre las advertencias sanitarias se consideró también la contundencia del mensaje transmitido, porque de nada serviría un tamaño grande para una advertencia escrita en términos de una posibilidad, por ejemplo si se dice que: “fumar puede causar cáncer”. Otro criterio para valorar la intensidad de las advertencias fue la variedad de mensajes, pues la posibilidad de rotar mensajes hace que éstos sean más efectivos. En suma, se realizaron mediciones multidimensionales de la intensidad que pudieran arrojar un panorama más completo de la evolución de cada instrumento.

Para construir la variable dependiente en los estudios de caso se revisaron todos los instrumentos jurídicos relacionados al tabaco en cada uno de los tres países estudiados. En los tres se recopiló regulación para casi tres décadas, lo cual fue

importante para identificar la evolución que ha tenido la intensidad de las políticas públicas para el control del tabaco. Para cada país se construyó una matriz general que contenía todos los cambios en la regulación contra el tabaco. Esta matriz registró el nombre de cada instrumento jurídico nuevo o modificado, el año en que fue expedido, los instrumentos de política pública que se modificaron, así como una explicación de las modificaciones realizadas a cada instrumento de política pública (ver ejemplo en la tabla 2.7).

Tabla 2.7. Ejemplo de matriz general

Instrumento jurídico	Año	Instrumentos de política	Descripción de la regulación
Real Decreto 192/1988	1988	Advertencias sanitarias	En todos los paquetes de labores de tabaco figurarán, en forma bien visible y en una cara diferente a aquella en que se inserte la leyenda a que se refiere el artículo anterior, los contenidos de nicotina y alquitrán.

Fuente: Elaboración propia

Para poder codificar la información de esta matriz se diseñaron matrices de códigos, una para cada instrumento de política, que retomaron la información de la matriz general, pero agregando un puntaje para medir la intensidad en cada instrumento de política pública, de acuerdo con ciertos indicadores.

- **Indicadores para los impuestos**

Para los impuestos se retomó el mismo indicador considerado por la OMS (2009), que fue el impuesto como proporción del precio al detalle. Los criterios para ubicar a los países en las cuatro categorías se muestran en la tabla 2.8. El ejemplo se muestra en la tabla 2.9.

Tabla 2.8. Intensidad de impuestos

Indicador	Criterios para determinar la intensidad (puntos)			
	1	2	3	4
Impuesto como proporción del precio al detalle	Menor o igual al 25 % del precio al detalle.	Del 26 al 50 % del precio al detalle.	Del 51 al 75 % del precio al detalle.	Mayor que el 75 % del precio al detalle.

Fuente: elaboración propia

Tabla 2.9. Ejemplo de matriz de códigos de impuestos

Año	Impuesto como proporción del precio al detalle (%)	Puntaje
1989	42	2
1993	50	3
1994	54	3

- ***Indicadores para las advertencias sanitarias***

En el caso de las advertencias sanitarias se consideraron los siguientes indicadores: medio de transmisión, contundencia del mensaje, tamaño la advertencia, así como variedad de mensajes. Respecto al primer indicador, se consideraron los siguientes criterios: el mensaje podía ser escrito, con pictogramas, imágenes, o mediante una combinación de todos éstos. Cuando una nueva regulación implicó el establecimiento o permanencia de mensajes escritos, se asignó un puntaje de uno, a los pictogramas un dos, a las imágenes un tres, mientras que a la combinación de más de dos elementos se le asignó un cuatro (ver Tabla 2.10).

Otro indicador retomado fue la contundencia del mensaje, el cual podía ser valorado de acuerdo a los siguientes criterios: estar planteado en términos de una posibilidad: “fumar puede causar cáncer”, o como una afirmación: “fumar causa cáncer”. Cuando el mensaje era una posibilidad se otorgó un puntaje de 1.5 (promedio de 1 más 2), mientras a los mensajes escritos como una afirmación se les asignó un 3.5 (promedio de 3 más 4).

El tercer indicador considerado fue el tamaño del mensaje, para cuya codificación se utilizaron cuatro criterios. El primero fue la inexistencia de un tamaño definido, ya que en ocasiones sólo se establecía que el mensaje debería estar visible, aquí se asignó un puntaje de uno. El criterio para otorgar un puntaje de dos fue que las advertencias sanitarias ocupen al menos el 25% de una de las caras principales de la cajetilla. Se asignaron tres puntos cuando ocuparan más del 50% de, al menos una cara principal. Finalmente, los países con la obligación de dedicar más un 75% de una de las caras principales obtuvieron cuatro puntos.

El cuarto indicador fue la variedad del mensaje. A los países que exigían un único mensaje se les asignó una calificación de uno. Los países que requerían un número fijo de varios mensajes recibieron un dos. Por su parte, aquellos países con la exigencia de tener un número fijo de mensajes, combinado con una cantidad de mensajes rotativos que debían ser introducidos periódicamente, obtuvieron un puntaje de tres. Finalmente, los países que contemplaban mensajes diferentes cada cierto tiempo, usados de forma rotatoria, obtuvieron una calificación de cuatro. La intensidad es superior en los países que introducen nuevos mensajes porque esto impide que las personas puedan acostumbrarse a ellos. El ejemplo de matriz de códigos se muestra en la tabla 2.11.

Tabla 2.10. Intensidad de advertencias sanitarias

Indicadores	Criterios para determinar la intensidad (puntos)			
	1	2	3	4
Medio	Mensaje escrito	Pictograma	Imagen	Combinación de 2 (mínimo)
Contundencia	Posibilidad		Afirmación	
Tamaño	Indeterminado	Más del 25%	Más del 50%	Más del 50%
Variedad	Único	Varios mensajes fijos	Mensajes fijos más rotatorios	Mensajes rotatorios modificados periódicamente

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2.11. Ejemplo de matriz de códigos de advertencias sanitarias

Año	Medio	Contundencia	Tamaño	Variedad
1988	1	1	1	2
2002	1	1	3	1
2010	4	4	3	4

Fuente: Elaboración propia

- **Indicadores para espacios libres de humo de tabaco**

En lo referente a los espacios libres de humo de tabaco se consideraron dos indicadores. El primero es el de alcance, que se refiere al tipo de espacios en los que se prohíbe fumar. Los países que tienen únicamente prohibiciones en bienes inmuebles del Gobierno Federal o Central, recibieron un puntaje de uno; los que añadían al transporte público colectivo recibían un puntaje de dos; los que además añadían prohibiciones en escuelas y hospitales recibieron un puntaje de tres; mientras que los que prohibían fumar en todos los espacios públicos cerrados recibieron cuatro puntos.

El segundo indicador se refiere a la contundencia de la prohibición, es decir, si se prohibía fumar de forma total o de forma parcial. Recibieron un punto los países que aceptan la existencia de zonas para fumar sin definir límites del tamaño de dichas zonas ni la necesidad de aislarlas físicamente. Se otorgaron dos puntos a los que establecieron un límite del tamaño de las zonas de fumadores, pero no obligaban a que estuvieran aisladas físicamente. La tercera contempla a los países con espacios en los que se limitaba el tamaño de las zonas de fumadores, además de obligar a que éstas se encontraran aisladas físicamente. Finalmente, se dieron cuatro puntos a los países que prohibían de forma total fumar en un espacio público cerrado.

Tabla 2.12. Intensidad de espacios libres de humo de tabaco

Indicadores	Criterios para determinar la intensidad (puntos)			
	1	2	3	4
Alcance	Bienes inmuebles del Gobierno Federal o Central.	Restricciones de la categoría 1 más prohibición en transporte público colectivo	Restricciones de la categoría 2 más escuelas u hospitales.	Restricción en todos los espacios públicos cerrados.
Contundencia	Parcial sin límites explícitos	Parcial con límites pero en espacio físico compartido	Parcial con límites sin espacio físico compartido	Total

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2.13. Ejemplo de matriz de códigos para espacios libres de humo de tabaco

Año	Alcance	Contundencia de la Prohibición
1988	2	1
2005	4	3
2010	4	4

Fuente: Elaboración propia

- **Indicadores para prohibiciones a la publicidad**

Respecto a las prohibiciones a la publicidad se consideraron como indicadores el medio de transmisión y la contundencia de la restricción. El país podía obtener un puntaje de uno en el medio de transmisión cuando la prohibición sólo contemplaba a medios impresos; un puntaje de dos cuando además se prohibía la publicidad en la radio; de tres cuando además se añadía la prohibición en la televisión; finalmente, se asignaron cuatro puntos cuando la prohibición incluyó a todos los medios.

En el indicador de contundencia de la prohibición se otorgó un puntaje de uno cuando la prohibición fue parcial, es decir, sólo se prohibía en ciertos horarios o medios no accesibles a niños. El puntaje de dos fue para prohibiciones parciales en ciertos horarios o medios no accesibles a menores de edad. Por su parte, se dio un puntaje de tres para prohibiciones parciales en medios exclusivamente nacionales. Finalmente, el puntaje de cuatro se dio a los países que contemplaron las restricciones previas, pero que además incluyeron tanto a medios nacionales como extranjeros.

Tabla 2.14. Intensidad de prohibiciones a la publicidad

Indicadores	Criterios para determinar la intensidad (puntos)			
	1	2	3	4
Medio	Medios impresos	Restricciones de la categoría 1 más radio	Restricciones de la categoría 2 más televisión	Prohibición Total
Contundencia	Parcial con límites en horarios o medios accesibles a niños	Parcial con límites en horarios o medios accesibles a menores de edad	Parcial con límites a medios nacionales	Medios nacionales o extranjeros

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2.15. Ejemplo de matriz de códigos para prohibiciones a la publicidad

Año	Medio	Contundencia
1988	3	3
1994	3	3
2010	4	4

Fuente: Elaboración propia

- **Indicadores para programas de cesación**

Para los programas de cesación se ha retomado un solo indicador para medir la intensidad. Se les asignó un puntaje de uno a los países en los que sólo se exigían campañas publicitarias. A los países que contemplaban instrumentos remotos de atención personalizada, como las líneas telefónicas de ayuda para dejar de fumar, se les asignó un puntaje de dos. Por su parte, a los que contemplaban instrumentos presenciales de atención personalizada, como la existencia de grupos de apoyo se les asignó un puntaje de tres. Finalmente, la obligación de los sistemas de salud pública de proveer medicamentos y terapias gratuitas fue el criterio que se consideró para otorgar un puntaje de cuatro.

Tabla 2.16. Intensidad de los programas de cesación

Indicador	Criterios para determinar la intensidad (puntos)			
	1	2	3	4
Alcance	Campañas publicitarias	Instrumentos remotos de atención personalizada (líneas de ayuda)	Instrumentos presenciales de atención personalizada (grupos de apoyo)	Medicamentos y terapias gratuitos como parte del sistema de seguridad social.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2.17. Ejemplo de matriz de códigos para programas de cesación

Año	Indicador	Puntaje
2005	Alcance	2
2010	Alcance	3

Fuente: Elaboración propia

- **Indicadores para instrumentos de monitoreo**

Por último, se consideraron los instrumentos de monitoreo de acuerdo con tres indicadores. El primero fue el alcance geográfico, en el que se asignó un puntaje de uno cuando fue municipal, dos cuando fue estatal, tres cuando fue regional, así como cuatro a los instrumentos de cobertura nacional. La frecuencia fue otro indicador utilizado para el que se contempló un puntaje de uno para los países que no establecían una periodicidad específica para realizar el monitoreo, dos cuando la periodicidad era mayor a seis años, tres cuando la periodicidad era mayor a un año pero menor a seis, mientras que a los países que contemplaron una periodicidad anual se les asignó un cuatro.

Además, se incluyó un indicador que se denominó elaboración, en el que un país podía obtener un punto cuando no existía una metodología explícita, ni un responsable fijo para realizar el monitoreo; dos, cuando existía un responsable fijo pero no una metodología definida; tres, cuando se tenía una metodología fija pero no un responsable; mientras que se asignó un cuatro a los países con una metodología y un responsable fijos.

Tabla 2.18. Intensidad de los instrumentos de monitoreo

Indicadores	Criterios para determinar la intensidad (puntos)			
	1	2	3	4
Alcance geográfico	Indefinido	Municipal, estatal o provincial	Regional	Nacional
Frecuencia	Sin periodicidad fija	Periodicidad más de 6 años	Periodicidad mayor a 1 año pero menor a 6	Periodicidad anual
Elaboración	Sin metodología o responsable fijo	Con responsable fijo pero sin metodología fija	Con metodología fija pero sin responsable fijo	Metodología fija y responsable fijo.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2.19. Ejemplo de matriz de códigos para los instrumentos de monitoreo

Año	Alcance geográfico	Frecuencia	Elaboración	Puntaje
2008	4	1	1	2

Fuente: Elaboración propia

Al final se realizó un promedio del valor obtenido en cada uno de los indicadores contemplados para cada instrumento, lo cual arrojó puntajes de uno a cuatro. Posteriormente, se diseñó un índice que contempló los seis instrumentos con valores que podían oscilar de cuatro a veinticuatro. Esto permitió mapear la intensidad de toda la política durante un largo horizonte de tiempo. Además del índice de intensidad fue interesante analizar los momentos en los que se presentaron los cambios más significativos en la intensidad de las políticas.

La tabla 2.20 presenta el conjunto de variables, indicadores, así como los criterios que se consideraron para la construcción de la variable dependiente. El índice de intensidad general se calculó mediante un promedio de todos puntajes obtenidos en todos los instrumentos de política pública.

Tabla 2.20. Síntesis de variables, indicadores y criterios que integran la variable dependiente

Variable compuesta	Variables	Indicadores	Criterios para determinar la intensidad			
			1	2	3	4
Intensidad	Impuestos	Impuesto como proporción del precio al detalle	Menor o igual al 25 % del precio al detalle.	Del 26 al 50 % del precio al detalle.	Del 51 al 75 % del precio al detalle.	Mayor que el 75 % del precio al detalle.
	Advertencias sanitarias	Medio	Mensaje escrito	Pictograma	Imagen	Combinación de 2 (mínimo)
		Contundencia	Posibilidad			Afirmación
		Tamaño	Indeterminado	Más del 25%	Más del 50%	Más del 50%
		Variedad	Único	Varios mensajes fijos	Mensajes fijos más rotatorios	Mensajes rotatorios modificados periódicamente
	Espacios libres de humo	Alcance	Bienes inmuebles del Gobierno Federal o Central.	Restricciones de la categoría 1 más prohibición en transporte público colectivo	Restricciones de la categoría 2 más escuelas u hospitales.	Restricción en todos los espacios públicos cerrados.
		Contundencia	Parcial sin límites explícitos	Parcial con límites pero en espacio físico compartido	Parcial con límites sin espacio físico compartido	Total
	Publicidad	Medio	Medios impresos	Restricciones de la categoría 1 más radio	Restricciones de la categoría 2 más televisión	Prohibición Total
		Contundencia	Parcial con límites en horarios o medios accesibles a niños	Parcial con límites en horarios o medios accesibles a menores de edad	Parcial con límites a medios nacionales	Medios nacionales o extranjeros

	Cesación	Alcance	Campañas publicitarias	Instrumentos remotos de atención personalizada (líneas de ayuda)	Instrumentos presenciales de atención personalizada (grupos de apoyo)	Medicamentos y terapias gratuitos como parte del sistema de seguridad social.
	Monitoreo	Alcance geográfico	Indefinido	Municipal, estatal o provincial	Regional	Nacional
		Frecuencia	Sin periodicidad fija	Periodicidad más de 6 años	Periodicidad mayor a 1 año pero menor a 6	Periodicidad anual
	Elaboración	Sin metodología o responsable fijo	Con responsable fijo pero sin metodología fija	Con metodología fija pero sin responsable fijo	Metodología fija y responsable fijo.	

Fuente: elaboración propia

2.6.2. Variables independientes

Para poner a prueba las hipótesis planteadas en los estudios de caso, se utilizó una combinación de indicadores que pudieran ser útiles para construir las variables independientes de forma aproximada (ver tabla 2.21). Para tener una medición aproximada de la variable de interés público se utilizaron dos indicadores cuantitativos, el primero fue la tasa de mortalidad por cada 100 mil habitantes, que es la misma variable utilizada para el modelo econométrico, aunque aquí se contempló una serie de tiempo.

El segundo indicador fue la tasa de prevalencia del consumo, para la cual se tuvieron que usar diferentes fuentes en cada país. En algunos casos, como en México, existen encuestas periódicas con datos medianamente comparables, en otros, como en Uruguay fue necesario utilizar múltiples fuentes para construir una serie de tiempo con datos sobre el consumo de tabaco.

Tabla 2.21. Síntesis de variables e indicadores independientes

	<i>Variables independientes</i>			
	Interés público	Interés privado	Instituciones	ACF
	Indicadores			
Cuantitativos	<ul style="list-style-type: none"> Tasa de mortalidad de Tasa de prevalencia de consumo 		<ul style="list-style-type: none"> Estado de derecho Control de la corrupción Gobierno efectivo 	
Cualitativos	<ul style="list-style-type: none"> Evolución del consumo de acuerdo a entrevistas 	<ul style="list-style-type: none"> Grupos de interés participando según postura Forma en que se coordinaron los grupos de interés 	<ul style="list-style-type: none"> Factores institucionales que afectan la intensidad 	<ul style="list-style-type: none"> Existencia de factores externos que afectan la intensidad Forma en que los factores externos influyen en las políticas

Fuente: Elaboración propia

Se retomaron tres indicadores cuantitativos para la variable institucional a partir del Proyecto Global de Indicadores de Gobernanza del Banco Mundial (2011). Se utilizaron los indicadores de estado de derecho, control de la corrupción, así como gobierno efectivo. Estos son los mismos indicadores que se utilizaron para la variable institucional en el modelo econométrico, la diferencia es que aquí se están considerando en una serie de tiempo.

La variable de estado de derecho fue retomada del grupo de indicadores de gobernanza del Banco Mundial (2011). La variable refleja las percepciones sobre el grado de confianza de los agentes en las reglas de la sociedad, el cumplimiento de contratos, la garantía de los derechos de propiedad, así como el funcionamiento de los cuerpos policíacos y de las cortes. Esta variable puede tomar valores que van del -2.5, que significa un estado de derecho débil, hasta el 2.5, que significa un estado de derecho fuerte.

La variable de corrupción ha sido retomada del grupo de indicadores de gobernanza del Banco Mundial (2011). La variable refleja las percepciones sobre el grado en que el poder público es ejercido para ganancias privadas, lo cual contempla pequeños sobornos hasta grandes formas de corrupción. En general la variable pretende medir el grado de captura del estado por parte de las elites o de los intereses privados. Esta variable puede tomar valores que van del -2.5, que significa un control de la corrupción débil, hasta el 2.5, que significa un alto control de la corrupción.

La variable de gobierno efectivo refleja las percepciones sobre la calidad de los servicios públicos, la calidad del servicio civil de carrera, así como su grado de independencia de presiones políticas. También refleja la calidad de la formulación de políticas, su implementación, así como el compromiso del gobierno con dichas políticas. Esta variable puede tomar valores que van del -2.5, que significa un control de la corrupción débil, hasta el 2.5, que significa un alto control de la corrupción.

Además de las variables cuantitativas, se retomó información obtenida en las entrevistas para construir indicadores cualitativos. Para la variable del interés público se utilizaron cuatro preguntas de los cuestionarios aplicados, la primera pregunta fue la siguiente: ¿cómo considera que ha evolucionado la tasa de consumo de cigarrillos? Esta pregunta nos permitió valorar la percepción de los entrevistados respecto a la evolución del consumo de tabaco para compararla con los datos obtenidos de encuestas. A partir de esta pregunta principal se realizaron otras preguntas secundarias:

- *¿Considera que ha disminuido o aumentado?*
- *¿Cómo explica estos cambios en los patrones de consumo?*
- *¿De qué forma han reaccionado los reguladores a estos cambios en los patrones de consumo?*

El objetivo de estas preguntas fue obtener información sobre las percepciones de los entrevistados acerca de la evolución del consumo de tabaco en sus países. Esta información cualitativa permitió tener un panorama más rico de la forma en que se ha comportado el fenómeno del consumo de tabaco.

Para la variable del interés privado se utilizó, en primer lugar, la respuesta de la siguiente pregunta: *¿de qué forma han influido las organizaciones de la sociedad civil en la intensidad de las políticas contra el tabaco?* La respuesta haría posible entender el papel que este tipo de organizaciones han tenido en la variable dependiente que nos interesa. Además se realizaron otras preguntas secundarias:

- *¿Qué estrategias utilizan las organizaciones para incidir en las políticas para el control del tabaco?*
- *¿Cómo considera que estas organizaciones han evolucionado? ¿Por qué cree que esto ha sucedido?*
- *¿Cómo se articulan las acciones de las organizaciones de la sociedad civil?*

Además, fue necesario preguntar por el papel que han tenido las tabacaleras en las políticas para el control del tabaco. La pregunta fue la siguiente: *¿de qué forma han influido las tabacaleras en la intensidad de las políticas contra el tabaco?* También se realizaron algunas preguntas secundarias que fueron de gran utilidad para entender cómo actúan estos actores, en qué momentos han sido más activos, así como la forma en que se articulan con otros actores. Las preguntas secundarias fueron las siguientes:

- *¿Qué estrategias utilizan las tabacaleras para incidir en las políticas para el control del tabaco?*
- *¿Considera que las tabacaleras tienen ahora menos influencia en las políticas para el control del tabaco? ¿Por qué?*
- *¿Qué otros actores actúan en conjunto con las tabacaleras?*
- *¿Cómo se han articulado en el tiempo?*
- *¿Cómo ha evolucionado la participación de los grupos de presión en contra de la política?*

Para analizar la incidencia que pudieron haber tenido los grupos de interés fue necesario tener alguna forma de clasificarlos. Se clasificaron de acuerdo con la postura respecto a la política, así como según el tipo de actor del que se tratara. Además se consideraron tres tipos de actores, los gubernamentales, los de la sociedad civil, así como los empresariales (ver tabla 2.22). Cada tipo de actor tiene diferentes objetivos respecto a la intensidad de las políticas públicas para el control del tabaco.

Tabla 2.22. Tipos de actores considerados

Tipo de actor	Postura	
	A favor	En contra
Gubernamentales	Pretenden regular de forma más intensa el tabaco, dentro de sus facultades.	Pretenden desregular el tabaco, dentro de sus facultades.
Sociedad civil	Buscan incidir en los actores gubernamentales para incrementar la intensidad de las políticas.	Buscan incidir en los actores gubernamentales para disminuir la intensidad de las políticas.
Empresariales	Buscan incidir en los actores gubernamentales para incrementar la intensidad de las políticas.	Buscan incidir en los actores gubernamentales para disminuir la intensidad de las políticas.

Fuente: elaboración propia

Para valorar la importancia de las instituciones se realizó la siguiente pregunta: ¿qué factores institucionales del país considera que pudieron haber afectado la intensidad de las políticas públicas para el control del tabaco? A partir de las respuestas se tuvo evidencia para respaldar o desechar la importancia de los indicadores cuantitativos, o bien, para identificar otros más importantes.

Finalmente, se realizó una pregunta general que arrojara pistas sobre los factores externos que incidieron en la intensidad de las políticas para el control del tabaco. La pregunta fue: ¿en su opinión la política pública para el control del tabaco está sujeta a factores externos al país en el que se implementa? En caso de contestar de forma afirmativa, se les preguntó: ¿cómo cree que esos factores influyeron?

2.7 Los instrumentos de recolección de información

Para obtener información sobre cada uno de los casos estudiados se diseñaron tres tipos de cuestionarios. Todos iniciaron con un mensaje en el que se explicó la investigación. También se aclaró que la información obtenida sería usada exclusivamente con fines académicos. El primer cuestionario estuvo dirigido a los

actores gubernamentales, tanto servidores públicos como legisladores. El segundo para actores de la industria tabacalera o de otras que tuvieran relación con ésta. El tercer tipo de cuestionario se dirigió a organizaciones de la sociedad civil que estuvieran vinculadas con el tema (ver anexos).

Algunas secciones fueron iguales en todos los tipos de cuestionarios. Por ejemplo, la primera sección buscó conocer la experiencia, así como la formación del entrevistado. En la segunda sección se trató de obtener la opinión del consultado sobre los antecedentes, evolución, así como los temas pendientes de la política para el control del tabaco. La tercera sección también fue similar en los tres tipos de cuestionarios, pues se les cuestionó sobre la evolución de la normatividad en materia de control de tabaco en su país.

Por su parte, la cuarta sección fue diferente en los tres tipos de cuestionarios. En el caso de los actores gubernamentales, se les preguntó sobre el mandato jurídico de la organización gubernamental en la que laboraban. El cuestionario buscó entender cuál fue el papel que jugó la organización en la política contra el tabaco dentro del entramado gubernamental.

En cambio, en el cuestionario para organizaciones de la sociedad civil, se preguntó sobre sus objetivos, fuentes de financiamiento, así como de sus relaciones con otros actores de la sociedad civil. Finalmente, en el caso de la industria se preguntó la postura que tenían sobre el tema, así como las acciones que emprendieron para hacerse escuchar. En síntesis, la naturaleza de las organizaciones entrevistadas condicionó las preguntas.

Por último, la quinta sección fue la más importante de todo el cuestionario. Esta sección fue también similar, aunque no igual en las tres modalidades de cuestionario presentadas. En esta sección se preguntó cuáles fueron los factores que influyeron para que una política fuera más intensa.

3. Resultados econométricos

La construcción del modelo econométrico tiene como objetivo principal identificar cuáles son los factores que se asocian a la intensidad de las políticas para el control del tabaco. Esto significa que se obtuvo evidencia preliminar sobre la pertinencia de las teorías que han sido puestas a competir para explicar este fenómeno. Sin embargo, a partir del modelo también fue posible construir una tipología de países que sirvió como base para elegir los estudios de caso. En esta sección se abundará sobre el primer objetivo únicamente, porque la selección de casos ha sido abordada en la sección metodológica.

3.1 Variables del modelo

El primer paso para construir el modelo fue identificar una serie de variables que representaran a las teorías que fueron puestas a competir para explicar las diferencias en la intensidad de las políticas contra el tabaco (ver cuadro 1). El modelo que se construyó no es una serie de tiempo sino uno de corte transversal. Esto porque la variable dependiente sólo existe para el 2008, por lo que las variables independientes fueron conseguidas para el 2005. Esto significa que la intensidad registrada en el 2008 pudo haber sido influida por las condiciones de cada país, poco después de la firma del Convenio Marco para el Control del Tabaco. En la tabla 3.1 se puede observar el nombre de cada variable así como una breve descripción de la misma. También se puede encontrar la dirección electrónica donde se encuentran disponibles las variables.

Tabla 3.1. Descripción de las variables utilizadas

Variable	Fuente
Intensidad	Índice construido a partir de datos disponibles en: http://apps.who.int/ghodata/
Ingreso	Variable construida a partir de datos de población así como del PIB existente en: http://siteresources.worldbank.org/DATASTATISTICS/Resources/GDP_PPP.pdf
Consumo	Variable retomada del reporte MPOWER disponible en: http://www.who.int/tobacco/mpower/es/
Ratificación	Variable dicotómica construida a partir del listado de países que para el 2005 habían ratificado CMCT.
Gobierno efectivo	Variable retomada de bases de datos del banco mundial: http://www.govindicators.org
Presencia tabacaleras	Variable retomada de bases de datos del banco mundial: www.tobaccoatlas.org/downloads/xls/TA3-07-Cigarette-Consumption2.xls
Mortalidad	Índice construido a partir de datos disponibles en: http://apps.who.int/ghodata/
Tabaco	Variable retomada de bases de datos del banco mundial: http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/App_Main/view_indicator.aspx?iid=111
Género	Variable retomada de bases de datos de la UNESCO: http://stats.uis.unesco.org/unesco/TableViewer/document.aspx?ReportId=143&IF_Language=eng
Educación	Variable retomada de bases de datos de la UNESCO: http://stats.uis.unesco.org/unesco/TableViewer/document.aspx?ReportId=143&IF_Language=eng
Urbana	Variable retomada de bases de datos del banco mundial: http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/App_Main/view_indicator.aspx?iid=111
Población	Variable retomada de bases de datos del banco mundial: http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/App_Main/view_indicator.aspx?iid=111

Fuente: elaboración propia

La variable dependiente fue construida a partir de información disponible en la página de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Específicamente, en el Informe de la OMS sobre la epidemia mundial del tabaquismo 2008, se otorgó una calificación a cada país que va del 1 al 4, para cada uno de los 6 instrumentos de política que integran la estrategia MPOWER. No se discutirá en este documento la metodología usada para construir estas categorías pues eso se encuentra ampliamente explicado en el documento denominado: Informe sobre la epidemia mundial del tabaquismo, publicado en el 2009 por la OMS.

Para tener una variable que contemplara la intensidad de todos estos instrumentos, se elaboró un índice a partir de la suma de las calificaciones que obtuvo cada país en cada uno de ellos. En consecuencia por variable dependiente se obtuvo un índice que, para cada país, toma valores entre 4 y 24.

Las variables independientes fueron obtenidas de fuentes diversas, lo cual no implica que no puedan ser utilizadas en el mismo modelo. Se tienen tres variables que representan al enfoque institucionalista, dos al de interés público, dos al de interés privado y una para el de “Advocacy Coalitions Framework” (ver tabla 3.2). Para poner a prueba la pertinencia de las hipótesis de la teoría del interés público se tienen dos variables independientes. La primera de éstas es la prevalencia del consumo de tabaco, la cual indica la proporción de personas que han consumido tabaco alguna vez. En este caso, el consumo sería el factor de riesgo asociado con un conjunto de enfermedades. Esta primera variable fue retomada del Informe de la OMS sobre la epidemia mundial del tabaquismo 2008.

Tabla 3.2. Asociación de las variables utilizadas con los enfoques teóricos

Instituciones	Interés Público	Interés privado	Advocacy Coalitions Framework
Gobierno efectivo	Consumo	Producción de tabaco	Ratificación del CMCT
Calidad regulatoria	Mortalidad	Presencia de tabacaleras	
Estado de Derecho			

Fuente: elaboración propia

La segunda variable, relacionada con el interés público, captura la mortalidad por enfermedades relacionadas al consumo de tabaco. Ésta se construyó con datos de la OMS. Se tomó la cantidad de muertes por: cáncer de pulmón, tráquea y bronquios; cardiopatía isquémica; enfermedad reumática del corazón; hipertensión arterial; enfermedades cardiovasculares y enfermedades respiratorias. La sumatoria de muertes por estas enfermedades fue dividida entre la cantidad de grupos de habitantes de 100,000 personas que pueden formarse en cada país de

acuerdo a su población. Al final se tiene el número de muertes por estas enfermedades por cada 100,000 habitantes.

Para verificar la pertinencia de las hipótesis del enfoque de interés privado se tienen dos variables. La primera captura el grado de presencia de tabacaleras multinacionales en cada país. Esta variable trata de capturar qué tan expuesto está cada país a la presencia de tabacaleras multinacionales como *Philip Morris International*, *British American Tobacco* e *Imperial Tobacco Group*. La variable toma valores de 0 cuando no existe presencia de ninguna tabacalera en el país; de 1 cuando sólo opera una tabacalera local; de 2 cuando opera al menos una tabacalera multinacional; y de 3 cuando operan más de una. La segunda variable en el enfoque del interés privado, mide la producción de tabaco por cada 100,000 habitantes para cada país. Con ésta se busca valorar la influencia que pudieran tener los productores locales en la política para el control del tabaco.

Para valorar la pertinencia de las hipótesis del enfoque institucional se han utilizado tres indicadores: Gobierno Efectivo, Calidad Regulatoria y Estado de Derecho. Estos indicadores fueron desarrollados a partir de un documento publicado por el banco mundial, en el que Kauffmann (2010) retoma muchas otras variables de diferentes fuentes para su construcción.

Para el indicador de gobierno efectivo se consideran datos de percepciones sobre: la calidad de los servicios públicos; la calidad del servicio civil de carrera, así como su dependencia a presiones políticas. Para el indicador de calidad regulatoria se retoman los costos que generan las nuevas regulaciones para los ciudadanos. Por último, el indicador denominado *Estado de Derecho* retoma las percepciones sobre el grado de confianza de los agentes en las reglas de la sociedad, el cumplimiento de contratos, el respeto a derechos de propiedad, así como la probabilidad de violencia. Por último, para el enfoque de “Advocacy Coalitions Framework” se construyó una variable dicotómica, en la que los países que no habían firmado el CMCT para el 2005 recibían un cero, mientras que los que lo habían firmado antes recibían un uno.

Se agregaron tres variables de control para verificar otros factores que pudieran influir en la variable dependiente (ver tabla 3.3). La primera fue el PIB per cápita de cada uno de los países considerados, el cual pudiera proporcionarnos una medición aproximada de ingreso. Esta variable fue incluida al considerar que es posible que en los países con mayores ingresos, sea más probable que los ciudadanos puedan acceder a información sobre los peligros de consumir tabaco.

Tabla 3.3. Explicaciones detrás de las variables de control

Explicación	Control
Acceso a información	Ingreso
	Educación
	Urbana
Complejidad del entorno de la política	Población
Preferencias por sexo	Género

Fuente: Elaboración propia

La segunda variable fue la de educación que se ha medido de acuerdo al número de años promedio de escolaridad para cada país. Se supondría que en los países con más años de escolaridad se tendría más información sobre los daños del tabaco. La proporción de población que vive en zonas urbanas es otra variable importante (población total) El género podría ser otra variable.

La variable de intensidad está bastante correlacionada con la ratificación del CMCT, con la variable de gobierno efectivo, control de la corrupción, estado de derecho, educación e ingreso. Las variables institucionales internas, están altamente correlacionada, por lo que fueron usadas en diferentes modelos. De igual forma, las variables de control fueron usadas en diferentes modelos debido a su alto nivel de correlación.

Tabla 3.4. Coeficientes de correlación de Pearson entre las variables utilizadas

Variables	Ratificación	Intensidad	Ingreso	Consumo	Urbana	Educación	Tabaco	Mortalidad	Gobierno	Derecho	Corrupción	Tabacaleras
Ratificación	1	.658**	.331**	-0.056	.218**	.436**	0.04	0.089	.425**	.376**	.364**	.314**
Intensidad	.658**	1	.385**	-0.012	.341**	.488**	0.05	0.141	.503**	.396**	.466**	.387**
Ingreso	.331**	.385**	1	0.049	.528**	.600**	0.017	.155*	.712**	.673**	.716**	0.102
Consumo	-0.056	-0.012	0.049	1	-0.025	-0.012	-0.062	-0.045	0.072	0.041	0.02	0.052
Urbana	.218**	.341**	.528**	-0.025	1	.640**	0.123	.143*	.534**	.486**	.504**	.197**
Educación	.436**	.488**	.600**	-0.012	.640**	1	0.199	.255**	.681**	.645**	.639**	.340**
Tabaco	0.04	0.05	0.017	-0.062	0.123	0.199	1	0.029	0.032	0.02	-0.011	.242*
Mortalidad	0.089	0.141	.155*	-0.045	.143*	.255**	0.029	1	.208**	.162*	.158*	.207**
Gobierno	.425**	.503**	.712**	0.072	.534**	.681**	0.032	.208**	1	.945**	.948**	.201**
Derecho	.376**	.396**	.673**	0.041	.486**	.645**	0.02	.162*	.945**	1	.918**	0.073
Corrupción	.364**	.466**	.716**	0.02	.504**	.639**	-0.011	.158*	.948**	.918**	1	0.083
Tabacaleras	.314**	.387**	0.102	0.052	.197**	.340**	.242*	.207**	.201**	0.073	0.083	1

Fuente: Elaboración propia

Es por este motivo que las variables de educación, población urbana e ingreso no pueden ser utilizadas de forma conjunta, pues están correlacionadas. Por este motivo, estas variables de control son utilizadas de forma alternada.

3.2 Modelos estimados

Se han construido doce modelos para estimar la intensidad de las políticas para el control del tabaco. Los doce modelos están divididos en cuatro grupos de tres (ver tabla 3.5). En el primer grupo se utilizan las tres variables identificadas para medir capacidades institucionales pero no se utilizan variables de control. Cada uno de los otros tres grupos utiliza una variable diferente para medir capacidades institucionales pero incluye variables de control.

Tabla 3.5. Diferentes modelos estimados

	Modelo
<i>Sin variables de control</i>	$S = \alpha + \beta_1 \text{ Gob} + \beta_2 \text{ Cons} + \beta_3 \text{ Mort} + \beta_4 \text{ Tab} + \beta_5 \text{ Pres} + \beta_6 \text{ BMI} + \beta_7 \text{ Ratificación} + \varepsilon$
	$S = \alpha + \beta_1 \text{ Reg} + \beta_2 \text{ Cons} + \beta_3 \text{ Mort} + \beta_4 \text{ Tab} + \beta_5 \text{ Pres} + \beta_6 \text{ BMI} + \beta_7 \text{ Ratificación} + \varepsilon$
	$S = \alpha + \beta_1 \text{ Ley} + \beta_2 \text{ Cons} + \beta_3 \text{ Mort} + \beta_4 \text{ Tab} + \beta_5 \text{ Pres} + \beta_6 \text{ BMI} + \beta_7 \text{ Ratificación} + \varepsilon$
<i>Gobierno efectivo con variables de control</i>	$S = \alpha + \beta_1 \text{ Gob} + \beta_2 \text{ Cons} + \beta_3 \text{ Mort} + \beta_4 \text{ Tab} + \beta_5 \text{ Pres} + \beta_6 \text{ BMI} + \beta_7 \text{ Ratificación} + \beta_8 \text{ Ingreso} + \beta_9 \text{ Población} + \beta_{10} \text{ Género} + \varepsilon$
	$S = \alpha + \beta_1 \text{ Gob} + \beta_2 \text{ Cons} + \beta_3 \text{ Mort} + \beta_4 \text{ Tab} + \beta_5 \text{ Pres} + \beta_6 \text{ BMI} + \beta_7 \text{ Ratificación} + \beta_8 \text{ Urbana} + \beta_9 \text{ Población} + \beta_{10} \text{ Género} + \varepsilon$
	$S = \alpha + \beta_1 \text{ Gob} + \beta_2 \text{ Cons} + \beta_3 \text{ Mort} + \beta_4 \text{ Tab} + \beta_5 \text{ Pres} + \beta_6 \text{ BMI} + \beta_7 \text{ Ratificación} + \beta_8 \text{ Educación} + \beta_9 \text{ Población} + \beta_{10} \text{ Género} + \varepsilon$
<i>Calidad regulatoria con variables de control</i>	$S = \alpha + \beta_1 \text{ Reg} + \beta_2 \text{ Cons} + \beta_3 \text{ Mort} + \beta_4 \text{ Tab} + \beta_5 \text{ Pres} + \beta_6 \text{ BMI} + \beta_7 \text{ Ratificación} + \beta_8 \text{ Ingreso} + \beta_9 \text{ Población} + \beta_{10} \text{ Género} + \varepsilon$
	$S = \alpha + \beta_1 \text{ Reg} + \beta_2 \text{ Cons} + \beta_3 \text{ Mort} + \beta_4 \text{ Tab} + \beta_5 \text{ Pres} + \beta_6 \text{ BMI} + \beta_7 \text{ Ratificación} + \beta_8 \text{ Urbana} + \beta_9 \text{ Población} + \beta_{10} \text{ Género} + \varepsilon$
	$S = \alpha + \beta_1 \text{ Reg} + \beta_2 \text{ Cons} + \beta_3 \text{ Mort} + \beta_4 \text{ Tab} + \beta_5 \text{ Pres} + \beta_6 \text{ BMI} + \beta_7 \text{ Ratificación} + \beta_8 \text{ Educación} + \beta_9 \text{ Población} + \beta_{10} \text{ Género} + \varepsilon$
<i>Imperio de la ley con variables de control</i>	$S = \alpha + \beta_1 \text{ Ley} + \beta_2 \text{ Cons} + \beta_3 \text{ Mort} + \beta_4 \text{ Tab} + \beta_5 \text{ Pres} + \beta_6 \text{ BMI} + \beta_7 \text{ Ratificación} + \beta_8 \text{ Ingreso} + \beta_9 \text{ Población} + \beta_{10} \text{ Género} + \varepsilon$
	$S = \alpha + \beta_1 \text{ Ley} + \beta_2 \text{ Cons} + \beta_3 \text{ Mort} + \beta_4 \text{ Tab} + \beta_5 \text{ Pres} + \beta_6 \text{ BMI} + \beta_7 \text{ Ratificación} + \beta_8 \text{ Urbana} + \beta_9 \text{ Población} + \beta_{10} \text{ Género} + \varepsilon$
	$S = \alpha + \beta_1 \text{ Ley} + \beta_2 \text{ Cons} + \beta_3 \text{ Mort} + \beta_4 \text{ Tab} + \beta_5 \text{ Pres} + \beta_6 \text{ BMI} + \beta_7 \text{ Ratificación} + \beta_8 \text{ Educación} + \beta_9 \text{ Población} + \beta_{10} \text{ Género} + \varepsilon$

Fuente: Elaboración propia

Las variables de control no son las mismas para cada grupo. El primer modelo de cada grupo incorpora al ingreso como variable de control, mientras que el segundo incluye la fracción de población urbana y el tercero los años de escolaridad. Las tres variables tratan de capturar el acceso a información sobre los riesgos del tabaco, sin embargo, están bastante correlacionadas, por lo que el objetivo fue ponerlas a competir para ver cuál ofrecía mejor explicación.

3.3 Resultados

Respecto a los modelos sin variables de control, se aprecia que el modelo que utiliza el Control de la Corrupción como variable de capacidades institucionales, obtiene una r cuadrada superior a los demás modelos. En todos los casos son las

variables de capacidades institucionales las que resultan significativas. Pero además, resulta significativa la variable de ratificación (ver tabla 3.6).

Tabla 3.6. Resultados sin variables de control

Todos	1		2		3	
R cuadrada	0.522		0.528		0.529	
	B	Sig.	B	Sig.	B	Sig.
Gobierno efectivo	1.113	.002				
Estado de derecho			1.153	.001		
Control de la corrupción					1.136	.001
Consumo	-.755	.700	-.788	.686	-.674	.729
Mortalidad	3.075	.606	4.067	.537	4.980	.501
Tabaco	3.809	.156	3.945	.139	4.460	.095
Tabacaleras	.314	.320	.398	.201	.381	.222
Ratificación	3.151	.000	3.127	.000	3.238	.000

Fuente: Elaboración propia

De entre los modelos que únicamente utilizan la variable gobierno efectivo, el que utiliza como variable de control a la población urbana es el que tiene una r cuadrada más alta. En estos tres casos resulta significativa la variable ratificación, así como la variable de control urbana.

Tabla 3.7. Resultados con gobierno efectivo

Gobierno efectivo	4		5		6	
R cuadrada	0.526		0.583		0.563	
	B	Sig.	B	Sig.	B	Sig.
Gobierno efectivo	.869	.069	.439	.034	1.046	.043
Consumo	.668	.734	.606	.742	.213	.918
Mortalidad	3.703	.649	5.594	.478	3.889	.627
Tabaco	3.888	.149	3.655	.148	3.842	.151
Tabacaleras	.352	.273	.192	.521	.419	.292
Ratificación	3.157	.000	3.075	.000	2.865	.000
Ingreso	2.253E-5	.454				
Urbana			4.441	.002		
Educación					1.085	.522
Género	.345	.576	.125	.236	.345	.456

Fuente: Elaboración propia

Los modelos que únicamente utilizan la variable calidad regulatoria gobierno efectivo tienen menor poder explicativo que los modelos anteriores. En este caso, la variable ratificación también resulta significativa. También la variable sobre población urbana es significativa

Tabla 3.8. Resultados con control de la corrupción

Calidad regulatoria	7		8		9	
R cuadrado	0.531		0.586		0.561	
	B	Sig.	B	Sig.	B	Sig.
Control de la corrupción	.956	.044	.595	.101	.951	.046
Consumo	-.626	.749	-.582	.751	.424	.837
Mortalidad	4.795	.551	5.814	.435	4.366	.524
Tabaco	4.414	.100	3.994	.114	4.221	.118
Tabacaleras	.398	.207	.227	.445		
Ratificación	3.225	.000	3.106	.000	3.011	.000
Ingreso	1.665E-5	.586				
Urbana			4.313	.003		
Educación					1.275	.440
Género	-0.039	0.829	-0.195	0.672	-0.641	0.640

Fuente: Elaboración propia

Finalmente, los modelos que únicamente utilizan la variable Estado de Derecho tienen mayor poder explicativo que los modelos anteriores. En este caso la variable ratificación resulta significativa en todos los casos. También la variable que mide la población urbana es significativa en el octavo modelo con nivel de significancia del 1%.

Tabla 3.9. Resultados con Estado de Derecho

Estado de derecho	10		11		12	
R cuadrado	0.531		0.592		0.546	
	B	Sig.	B	Sig.	B	Sig.
Estado de derecho	.934	.044	.674	.057	1.148	.018
Consumo	-.711	.717	-.692	.705	.205	.920
Mortalidad	3.851	.597	4.018	.483	4.178	.556
Tabaco	3.988	.137	3.707	.138	4.084	.122
Tabacaleras	.415	.186	.230	.437	.497	.207
Ratificación	3.125	.000	2.982	.000	2.811	.000
Ingreso	2.088E-5	.474				
Urbana			4.380	.002		
Educación					.999	.533
Género	.023	.891	.079	.871	.053	.952

Fuente: Elaboración propia

De los modelos construidos, el que tiene una R cuadrada más alta es el onceavo, por lo que éste fue el que sirvió para encontrar los casos que se van a analizar. Se comparan dos dimensiones: la intensidad de los países en las políticas contra los residuos que surjan del modelo. Se generaron cuatro cuadrantes. En el primero estarán aquellos países intensos que además tienen altos residuales. Esto significará que, para estos países, la elevada intensidad no estará explicada satisfactoriamente por el modelo, es decir por los factores de influencia, por lo que será relevante explorar las hipótesis de la hechura de las políticas.

En el segundo cuadrante están aquellos países intensos con bajos residuales, es decir bien explicados por el modelo, lo cual significará que aquí los factores de influencia serán cruciales. En el tercer cuadrante se encuentran aquellos países con baja intensidad que además tienen bajos residuales, por lo que pueden ser explicados satisfactoriamente por los factores de influencia. Finalmente, el cuarto cuadrante contiene a los países que tienen una política laxa, que además tienen altos residuales, lo cual implica que no son explicados por los factores de influencia.

Para la investigación se eligieron tres casos, uno del primer cuadrante, otro del segundo y uno que se encuentre en medio de los dos. Esto para explicar las diferencias entre: países intensos a causa de los factores de influencia enlistados en los modelos; y países intensos debido a la hechura de la política.

4. Caso mexicano

En México se han instrumentado políticas públicas para el control del tabaco desde hace más de 30 años. Éstas han tenido como objetivo intervenir en el mercado del tabaco para disminuir su consumo. Los instrumentos de intervención gubernamental contra el tabaco, se han ido articulado de forma paulatina hasta formar un cuerpo relativamente coherente. De ser un conjunto de instrumentos dispersos, ahora se encuentran integrados, tienen objetivos compartidos e incluso un marco regulatorio más sólido que les da fundamento.

También se ha incrementado la intensidad con la que los instrumentos pueden ser aplicados. Esto significa que, diferentes actores gubernamentales, en momentos específicos, han decidido endurecer el marco regulatorio del tabaco. Con excepción de los impuestos, que en 1986 fueron superiores que ahora, las advertencias sanitarias, los espacios libres de humo de tabaco, las prohibiciones a la publicidad, los programas de cesación, así como del monitoreo del tabaquismo, tienen en estos momentos niveles de intensidad nunca antes alcanzados.

4.1 Evolución de la política pública

La intensidad de la política, en términos generales, se incrementó paulatinamente desde la década de los 80's, pero se aceleró a partir del 2008, con la expedición de la Ley General para el Control del Tabaco (LGCT). Ésta se diseñó para dar cumplimiento a las disposiciones del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT), que se firmó en el 2004 bajo el auspicio de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Finalmente, con la LGCT también se agilizó la integración de casi todos los instrumentos en una sola política, con excepción de los impuestos que tienen su fundamento en la regulación fiscal. Para complementar la LGCT, en el 2009 se emitió su Reglamento. De igual forma, en el 2010 el Ejecutivo firmó un acuerdo en el que se establecieron las características de los pictogramas e imágenes que debían formar parte de las advertencias sanitarias.

En el plano federal, la Ley General de Salud (LGS) fue el primer instrumento jurídico que contempló la regulación de productos de tabaco. En 1984 se empezaron a perfilar en ella algunos de los primeros instrumentos de política utilizados en México: advertencias sanitarias en las cajetillas de cigarros; restricciones a la realización de publicidad de productos de tabaco; prohibiciones a la venta a menores de edad; así como la difusión de riesgos (ver tabla).

En 1986 se emitió un decreto a partir del cual se creó el Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC). En 1987 el CONADIC fue incluido en la LGS lo cual le brindó solidez institucional pues sus facultades fueron establecidas a mayor detalle. En el año 2000 el Titular del Ejecutivo Federal publicó el Reglamento sobre Consumo de Tabaco. Dicho reglamento estableció la prohibición de fumar en edificios públicos que fueran propiedad de la Federación; edificios que albergaran oficinas o dependencias de la Federación; edificios en los que se prestaran servicios públicos de carácter federal; y las unidades hospitalarias y clínicas de los sectores público, social y privado que formaran parte del Sistema Nacional de Salud.

En el mismo año, se publicó la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-999, que estableció los procedimientos y criterios para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, incluida la del tabaco. Los sujetos obligados de esta norma fueron los prestadores de servicios de salud del Sistema Nacional de Salud y los establecimientos de los sectores público, social y privado que realizaban actividades preventivas, de tratamiento o de control de las adicciones.

También en el año 2000 se emitió el Reglamento Interior del CONADIC con lo cual se puntualizaron aún más sus atribuciones, así como su organización interna. En el 2004, la LGS fue reformada nuevamente en materia de control del tabaco, para incluir los espacios libres de humo de tabaco como un instrumento para proteger a la sociedad del humo de segunda mano. Finalmente, fue en el 2008 cuando se emitió la Ley General para el Control del Tabaco (LGCT). En ella se incorporaron casi todos los instrumentos del CMCT, aunque con diferentes niveles de intensidad. Un año después se publicó el Reglamento de esta Ley con el objetivo de precisarla.

La evolución de todos los instrumentos jurídicos señalados, brinda un panorama de la forma en que se ha transformado la política para el control del tabaco en México. Se puede constatar que lentamente se fueron incorporando nuevos instrumentos de política hasta que en el 2008, con la LGCT, se adoptaron todos los instrumentos establecidos en el CMCT de forma acelerada (ver tabla 4.1).

Tabla 4.1. Matriz general de la política para el control del tabaco en México

Instrumento jurídico	Año	Instrumentos de política
Ley General de Salud	1984	<ul style="list-style-type: none"> • Advertencias sanitarias • Restricciones a la publicidad • Prohibiciones de venta a menores de edad • Difusión de riesgos
Decreto de Creación del CONADIC	1986	<ul style="list-style-type: none"> • Creación del CONADIC

Instrumento jurídico	Año	Instrumentos de política
Ley General de Salud	1987	<ul style="list-style-type: none"> • Advertencias sanitarias • Restricciones a la publicidad • Inclusión del CONADIC en la Ley • Prohibiciones de venta a menores de edad • Difusión de riesgos
Reglamento sobre consumo de tabaco	2000	<ul style="list-style-type: none"> • Espacios públicos libres de humo de tabaco
Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999	2000	<ul style="list-style-type: none"> • Programas de Cesación
Reglamento interior del Consejo Nacional contra las Adicciones	2000	<ul style="list-style-type: none"> • Regulación del funcionamiento del CONADIC
Ley General de Salud	2004	<ul style="list-style-type: none"> • Advertencias sanitarias • Restricciones a la publicidad • Creación del CONADIC • Prohibiciones de venta a menores de edad • Difusión de riesgos • Espacios libres de humo de tabaco
Ley General para el Control del Tabaco	2008	<ul style="list-style-type: none"> • Advertencias sanitarias • Restricciones a la publicidad • Espacios libres de humo de tabaco • Programas de Cesación • Monitoreo • Prohibiciones de venta a menores de edad • Difusión de riesgos
Reglamento de la Ley General para el Control del Tabaco	2009	<ul style="list-style-type: none"> • Advertencias sanitarias • Restricciones a la publicidad • Espacios libres de humo de tabaco • Programas de Cesación • Monitoreo • Prohibiciones de venta a menores de edad • Difusión de riesgos

Fuente: Elaboración propia con base en la normatividad vigente.

4.2 La intensidad de cada instrumento de política pública

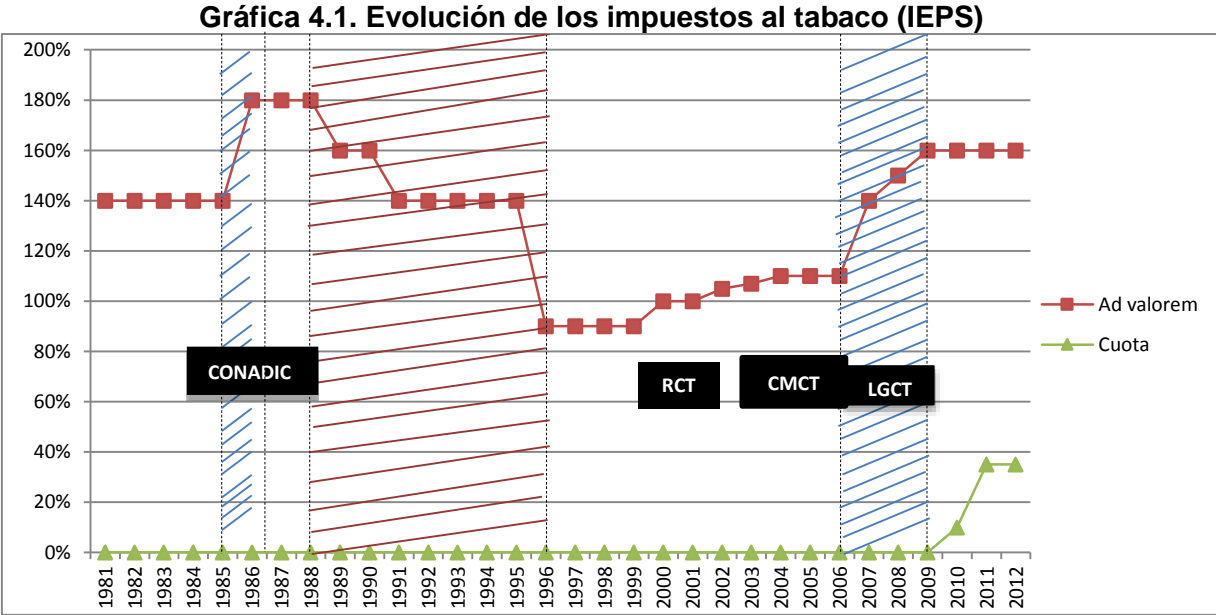
Se midió la intensidad de la política pública para el control del tabaco México n tomando en cuenta los seis instrumentos de política pública de la estrategia MPOWER, como se describió en el capítulo metodológico.

4.2.1 Impuestos

Los impuestos fueron la primera política pública contra el tabaco con la que se experimentó en México. Históricamente han formado parte de los Impuestos Especiales sobre Productos y Servicios (IEPS). Este es un impuesto ad valorem,

es decir sobre el valor, pero además, existe un impuesto específico que empezó a operar desde el 2010. En México el IEPS se calcula sobre el precio que el mayorista otorga al minorista.

La gráfica 4.1 muestra que este impuesto ha experimentado dos períodos de crecimiento, así como uno de decrecimiento, en los impuestos en los últimos 30 años. El primer período de crecimiento se presentó entre 1985 y 1986, cuando el impuesto pasó de 140 al 180%. El segundo período de crecimiento fue entre el 2006 y el 2009, cuando pasó del 110 al 160%. De igual forma, de 1988 a 1996 se puede observar una constante reducción en el nivel de impuestos, de 180% a 140%. Pero fue de 1995 a 1996 cuando se presentó la disminución más pronunciada, de 140% al 90%.



Fuente: Ley del Impuesto Especial sobre Producción y Servicios.

El primer período de incremento en el nivel de impuestos coincide con la creación del CONADIC, fue un período en el que el tema de las adicciones cobró un poco de fuerza dentro de la agenda gubernamental. Además coincide con el gran terremoto de 1985 que causó grandes daños en la Ciudad de México. Probablemente el incremento obedeció a una lógica de recaudación para atender este urgente problema. Por su parte, el período de disminución coincidió con una agenda gubernamental de apertura al comercio internacional, así como de la generación de incentivos para la atracción de inversión extranjera directa.

Dado que las dos principales empresas que comercializan cigarrillos en México son transnacionales, la disminución en impuestos pudo haber formado parte de la

estrategia general de atracción de inversión extranjera directa al país. Finalmente, el último período de incremento en impuestos coincide con la firma del CMCT, así como con la LGCT. El incremento más reciente se ha presentado para cumplir con las disposiciones del CMCT que recomiendan utilizar a los impuestos como una política para reducir el consumo de tabaco.

El IEPS se calcula sobre el precio del mayorista al minorista, el cual incluye el precio de fábrica y la ganancia y los gastos generales del mayorista. No obstante, una medida más importante, para valorar el efecto de los impuestos al reducir el consumo de tabaco es la proporción que dichos impuestos representan del precio final que recibe el consumidor. En la tabla 4.3 se puede apreciar una estimación de dicha proporción realizada por Suárez (2010). De acuerdo con los criterios definidos en la sección metodológica se le ha asignado un puntaje a cada año.

Tabla 4.3. Matriz de códigos para el indicador de impuestos

Año	Impuesto	Puntaje
1984	15.72	1
1985	15.72	1
1986	12.57	1
1987	28.29	2
1988	31.44	2
1989	21.22	1
1990	23.58	1
1991	15.72	1
1992	15.72	1
1993	15.72	1
1994	15.72	1
1995	15.72	1
1996	15.72	1
1997	35.37	2
2000	39.30	2
2001	39.30	2
2002	39.30	2
2003	40.20	2
2004	41.10	2
2005	41.10	2
2006	41.10	2
2007	45.50	2
2008	47.10	2
2009	48.30	2

Fuente: La economía del tabaco y los impuestos al tabaco en México (2010)

4.2.2 Advertencias sanitarias

En la LGCT vigente se considera que las advertencias sanitarias deben incluir mensajes escritos, pictogramas, fotografías o dibujos que puedan disuadir el

consumo de cigarros. No obstante, esto no fue siempre así, en 1984 sólo se colocaba un único mensaje escrito que decía: *"Este producto puede ser nocivo para la salud"*. Este mensaje no realizaba una afirmación sino que sólo planteaba una posibilidad respecto al daño a la salud. De igual forma, la regulación no establecía el tamaño que debería tener el mensaje (ver tabla 4.4).

Tabla 4.4. Evolución de la intensidad en las advertencias sanitarias

Año	Medio	Contundencia	Tamaño	Variedad
1984	Mensaje escrito	Posibilidad	Indeterminado	Único
1987	Mensaje escrito	Afirmación	Indeterminado	Único
1991	Mensaje escrito	Posibilidad	Indeterminado	Tres mensajes rotatorios
1997	Mensaje escrito	Afirmación	Indeterminado	Tres mensajes rotatorios
2004	Mensaje escrito	Afirmación	Determinado	Tres mensajes rotatorios
2008	Mensajes escritos, pictogramas e imágenes	Afirmación	Determinado	Número no fijo establecido en otro instrumento jurídico

Fuente: Revisión de la normatividad histórica pertinente que se muestra en el anexo 1

En 1987 se cambió el sentido del mensaje, para que el daño a la salud no se planteara como una posibilidad sino como una afirmación. Sin embargo, el tamaño seguía siendo indeterminado. En 1991 se introduce un cambio en la estrategia de las advertencias sanitarias, pues se deja de utilizar un mensaje único para utilizar tres mensajes rotatorios (ver anexo 1). Sin embargo, los mensajes estaban redactados de tal forma que los daños a la salud eran presentados como una posibilidad, no como una certeza. El tamaño de estos tres mensajes rotatorios también era indeterminado.

En 1997, los tres mensajes establecidos en 1991, son redactados de tal forma que los daños son planteados como una certeza. En el 2004 se conservaron los tres mensajes rotatorios pero se obligó a que ocuparan al menos un tamaño equivalente al veinticinco por ciento en cualquiera de las caras frontales o traseras de las cajetillas, en adición a una leyenda de advertencia en una de las caras laterales de las mismas. Finalmente, es en el 2008 cuando, además de mensajes escritos, se introducen pictogramas e imágenes. Adicionalmente, los mensajes fueron escritos como una afirmación no como una posibilidad. También, el tamaño de los pictogramas estuvo determinado en la regulación, así como la obligación de rotar continuamente los pictogramas e imágenes.

En general, se observa una tendencia a incrementar la intensidad en las advertencias sanitarias en cuatro aspectos. En primer lugar, el medio de transmisión de los mensajes ahora no sólo es la colocación de texto sino también

de imágenes. La contundencia de las afirmaciones que se plasman en las advertencias sanitarias también se ha incrementado. Ahora no se menciona la posibilidad de que se presenten efectos nocivos derivados de fumar, sino de una certeza de éstos.

Otro aspecto importante es el tamaño de las advertencias, ya que ahora está establecido formalmente para evitar que pasen desapercibidas. Finalmente, se observa un aumento en la intensidad, producido por la existencia de múltiples mensajes o imágenes, que son constantemente renovados. Esto es más intenso que la existencia de un único mensaje porque impide que los consumidores se acostumbren a él. Las calificaciones obtenidas se presentan en la matriz de códigos (ver tabla 4.5).

Tabla 4.5. Matriz de códigos para los indicadores de la intensidad de las advertencias sanitarias

Año	Indicadores				Puntaje promedio
	Medio	Contundencia	Tamaño	Variedad	
1984	1	1.5	1	1	1.17
1987	1	3.5	1	1	1.83
1991	1	1.5	1	3	1.17
1997	1	3.5	1	3	1.83
2004	1	3.5	2	3	2.17
2008	4	3.5	2	4	3.17

Fuente: Elaboración propia

4.2.3 Espacios libres de humo de tabaco

Los espacios libres de humo de tabaco son uno de los instrumentos más recientes de las políticas para el control del tabaco en México. El primer registro en el plano federal se produjo en el año 2000 cuando se emitió el Reglamento sobre el Consumo de Tabaco (RSCT). En éste, se estableció la prohibición total de fumar en espacios públicos que fueran propiedad de la Federación o que albergaran sus oficinas. Posteriormente, en el 2004, se estableció la prohibición en la LGS de fumar en hospitales que fueran parte del Sistema Nacional de Salud (SNS). Esto implicó un aumento en la intensidad porque el SNS incluye a hospitales privados, con lo que se amplió el alcance de esta regulación, aunque se contemplaron zonas de tolerancia (ver tabla 4.6).

Tabla 4.6. Evolución de la intensidad en los espacios libres de humo de tabaco

Año	Alcance	Contundencia de la Prohibición
2000	Edificios públicos de la Federación.	Total
2004	Edificios públicos de la Federación, así como hospitales que formen parte del Sistema Nacional de Salud.	Parcial
2008	Edificios con acceso al público en general	Parcial

Fuente: Revisión de la normatividad histórica pertinente que se muestra en el anexo 2

Finalmente, en el 2008, con la LGCT se generó una regulación que prohibió fumar en todos los edificios que tuvieran acceso al público. Esto significó un incremento sustancial en la intensidad, pues incluso en restaurantes o negocios en donde se expendieran bebidas alcohólicas, lugares en donde tradicionalmente se fumaba, quedó prohibido hacerlo. A pesar de la prohibición de fumar en todos los espacios públicos, la LGCT contempló la existencia de espacios exclusivos para fumar, lo cual implicó que la prohibición no fue total sino parcial. Los puntajes obtenidos se observan en la matriz de códigos (ver tabla 4.7), que muestra que fue hasta el 2008 cuando se alcanzó una intensidad superior en este instrumento.

Tabla 4.7. Matriz de códigos en los espacios libres de humo de tabaco

Año	Indicadores		Puntaje promedio
	Alcance	Contundencia de la Prohibición	
2000	1	1	1
2004	2	1	1.5
2008	4	2	3.0

Fuente: Revisión de la normatividad histórica pertinente que se muestra en el anexo 2

4.2.4 Prohibiciones a la publicidad

Las prohibición de realizar publicidad es uno de los instrumentos de política que tienen más tiempo de funcionar en México. Desde 1984 se contemplaban campañas educativas que, si bien no implicaban la prohibición de publicidad para cigarros, si consideraban el uso de la publicidad para mermar el consumo (ver tabla 4.8). En un principio, probablemente para no confrontar de forma directa a las tabacaleras, sólo se utilizó la publicidad de forma preventiva, difundiendo información sobre los daños que ocasionaba el tabaco.

Tabla 4.8. Evolución de la intensidad en las prohibiciones a la publicidad

Año	Medio	Alcance
1984	Impreso en modalidad preventiva	Parcial con límites en horarios o medios accesibles a niños
2004	Impreso	Parcial con límites en horarios o medios accesibles a niños
2008	Medios impresos, radio, así como televisión	Medios nacionales o extranjeros

Fuente: Revisión de la normatividad histórica pertinente que se muestra en el anexo 3

En el 2004 se endureció la política cuando se prohibió que la publicidad fuera realizada de ciertas formas (**ver anexo**). En primer lugar, se prohibió asociar a los cigarrillos con imágenes atléticas o deportivas, también quedó prohibido mostrar celebridades o figuras públicas. No estaba permitido utilizar dibujos animados en la promoción, ni promocionarse en revistas dirigidas a niños o adolescentes. En cuanto a promoción en anuncios espectaculares, se prohibió tener publicidad a menos de 200 metros de cualquier escuela de educación inicial. Asimismo, no se podía localizar publicidad en anuncios exteriores que excedieran en su tamaño total los 35 metros cuadrados.

Finalmente, en el 2008, con la LGCT quedó prohibido realizar cualquier forma de patrocinio, además, se quitó totalmente la publicidad en medios masivos de comunicación como radio o televisión. Actualmente, sólo se acepta publicidad en revistas para adultos, comunicación personal por correo o dentro de establecimientos exclusivos para adultos. Este instrumento de política muestra un endurecimiento paulatino con tres momentos definidos. No obstante, los dos últimos, que fueron los más pronunciados, están enmarcados dentro de la firma del CMCT. Los puntajes obtenidos se muestran en la matriz de códigos (ver tabla 4.9).

Tabla 4.9. Matriz de códigos en las prohibiciones a la publicidad

Año	Indicadores		Puntaje promedio
	Medio	Alcance	
1984	1	1	1
2004	1	1	1
2008	3	3	3

Fuente: Revisión de la normatividad histórica pertinente que se muestra en el anexo 3

4.2.5 Programas de cesación

Los programas de cesación existen desde hace tiempo, pero no eran instrumentos formales de la política para el control del tabaco sino hasta el 2008, cuando fueron incluidos en la LGCT. Respecto a los programas de cesación, aún no existe disponibilidad total a éstos por parte de los beneficiarios del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o del Seguro Popular. En este sentido, los programas de prevención que existen son mecanismos aún poco contundentes. Es por eso que la calificación obtenida es apenas de uno (ver tabla 4.10).

Tabla 4.10. Matriz de códigos en los programas de cesación

Año	Medio	Puntaje
2008	Campañas preventivas	1

Fuente: Revisión de la normatividad histórica pertinente que se muestra en el anexo 3

4.2.6 Instrumentos de monitoreo de los niveles de consumo

Por su parte, los instrumentos de monitoreo son las Encuestas Nacionales de las Adicciones (ENA) que se han realizado desde 1988. No obstante, sólo las últimas tres tienen metodologías que las hacen medianamente comparables. Este instrumento podría fortalecerse si se realizara con mayor frecuencia, o si se pudieran monitorear aspectos relacionados con la política contra las adicciones.

Tabla 4.11. Evolución de la intensidad en los instrumentos de monitoreo (matriz de códigos)

Año	Alcance geográfico	Frecuencia	Elaboración
2008	Nacional	Indeterminada	Indeterminada

Fuente: Revisión de la normatividad histórica pertinente que se muestra en el anexo 3

Los puntajes se presentan en la matriz de códigos, en la que se observa que se alcanza la máxima calificación en el alcance geográfico pues los instrumentos tienen una cobertura nacional. No obstante, no existe una periodicidad o metodología de elaboración determinada, lo cual propicia que se obtenga una calificación mínima en los indicadores de frecuencia y de elaboración. El único año en el que se reguló este instrumento fue en el 2008 con una calificación de dos (ver tabla 4.12).

Tabla 4.12. Puntaje de la matriz de códigos en los instrumentos de monitoreo

Año	Indicadores			Puntaje promedio
	Alcance geográfico	Frecuencia	Elaboración	
2008	4	1	1	2

Fuente: Revisión de la normatividad histórica pertinente que se muestra en el anexo 3

4.2.7 Síntesis de la evolución de la intensidad de los instrumentos

La evolución de la política pública para el control del tabaco en México parece tener una lógica específica alineada a la firma del CMCT. El cuadro muestra que los cambios en la intensidad de las políticas pueden ser clasificados en tres etapas. La primera etapa, que abarca desde 1980 hasta el año 2003, se caracterizó por la existencia de esfuerzos aislados por consolidar la política contra el tabaco. Esto significa que no existía una agenda integral de políticas públicas sino algunos instrumentos que empezaban a figurar dentro de la regulación nacional. Esta primera etapa no estuvo exenta de retrocesos, de hecho, los impuestos bajaron sistemáticamente desde 1988 hasta 1996.

Durante la primera etapa las iniciativas provenían de forma casi exclusiva del Gobierno Federal, presionado por organizaciones internacionales como la OMS, según puede observarse en las declaraciones en medios de la época. En esta etapa la industria tabacalera ejercía una presión moderada puesto que la regulación emitida no afectada de forma brusca sus intereses.

La segunda etapa va del 2004 al 2007, en el 2004, es cuando el Senado publicó en el Diario Oficial de la Federación el decreto del CMCT. En esta etapa se presentaron incrementos en la intensidad en 2 de los 6 instrumentos de política que se analizan en esta investigación. Las autoridades buscaron adecuar el marco jurídico existente a las disposiciones del tratado internacional firmado, pero sin generar nueva regulación. No obstante, las medidas regulatorias no endurecieron en gran medida la política, pues las prohibiciones en publicidad no fueron de alcance general, las prohibiciones de fumar en espacios públicos sólo contemplaron un grupo reducido de edificios con acceso público, y las advertencias sólo consideraron mensajes escritos.

La tercera etapa inició en el 2008 cuando se emitió la LGCT, pues es aquí cuando se realizó el intento más firme por adecuar la legislación nacional con los contenidos del CMCT. Durante este período se presentaron incrementos en la intensidad de todos los instrumentos de política que se analizan en esta investigación. Las disposiciones fueron menos intensas en los programas de cesación, así como en las políticas de monitoreo de la epidemia. La ENA requiere ser estandarizada y ejecutada de forma regular para que se puedan analizar los impactos de las políticas implementadas.

Es importante señalar que los impuestos son el único instrumento de política que tiene una lógica diferente a los demás. Esto es porque además de ser un instrumento utilizado con objetivos de salud pública, también tienen fines recaudatorios. Además, es susceptible de ser modificado cada año con la aprobación del Presupuesto de Egresos de la Federación.

Al analizar las etapas del control del tabaco en México pareciera que la dinámica de los instrumentos, con excepción de los impuestos, está relacionada con la existencia del CMCT más que con los cambios en las tasas de prevalencia. La firma de un tratado internacional vinculante, fue un factor fundamental que condicionó la evolución de la intensidad de las políticas contra el tabaco. La tabla 4.13 muestra la síntesis de los puntajes obtenidos en cada instrumento de política pública desde 1984 hasta el 2009.

Tabla 4.13. Evolución de la intensidad de las políticas para el control del tabaco

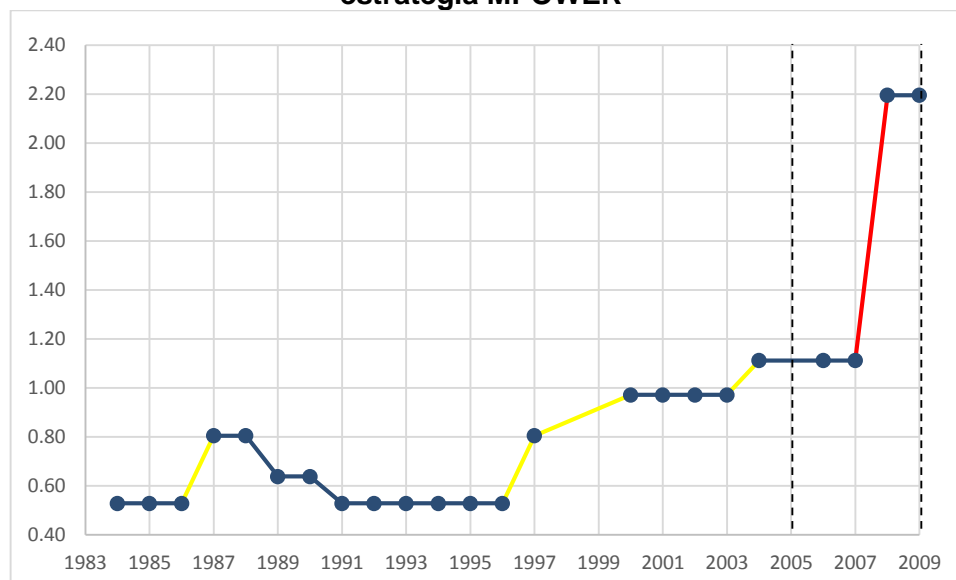
Año	Impuestos	Monitoreo	Cesación	Publicidad	Espacios	Advertencias	Total	Etapa
1984	1.00	0.00	0.00	1.00	0.00	1.17	0.53	Etapa 1: Previo al CMCT
1985	1.00	0.00	0.00	1.00	0.00	1.17	0.53	
1986	1.00	0.00	0.00	1.00	0.00	1.17	0.53	
1987	2.00	0.00	0.00	1.00	0.00	1.83	0.81	
1988	2.00	0.00	0.00	1.00	0.00	1.83	0.81	
1989	1.00	0.00	0.00	1.00	0.00	1.83	0.64	
1990	1.00	0.00	0.00	1.00	0.00	1.83	0.64	
1991	1.00	0.00	0.00	1.00	0.00	1.17	0.53	
1992	1.00	0.00	0.00	1.00	0.00	1.17	0.53	
1993	1.00	0.00	0.00	1.00	0.00	1.17	0.53	
1994	1.00	0.00	0.00	1.00	0.00	1.17	0.53	
1995	1.00	0.00	0.00	1.00	0.00	1.17	0.53	
1996	1.00	0.00	0.00	1.00	0.00	1.17	0.53	
1997	2.00	0.00	0.00	1.00	0.00	1.83	0.81	
2000	2.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.83	0.97	
2001	2.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.83	0.97	
2002	2.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.83	0.97	
2003	2.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.83	0.97	
2004	2.00	0.00	0.00	1.00	1.50	2.17	1.11	Etapa 2: Posterior a la firma del CMCT
2006	2.00	0.00	0.00	1.00	1.50	2.17	1.11	
2007	2.00	0.00	0.00	1.00	1.50	2.17	1.11	Etapa 3: Posterior a la LGCT
2008	2.00	2.00	1.00	2.00	3.00	3.17	2.20	
2009	2.00	2.00	1.00	2.00	3.00	3.17	2.20	

Fuente: Elaboración propia con base en revisión de la legislación relevante.

La gráfica 4.2 muestra que la intensidad de las políticas apenas alcanzaba una calificación de 1.11 en el 2004, mientras que alcanzó una puntuación de 2.20 en el 2008, respecto a una puntuación máxima de 4.0. En 1987 se produjo un incremento en la intensidad cuando se dispuso que las advertencias sanitarias pasaran de estar escritas en términos de una posibilidad: “fumar puede dar cáncer”, a escribirse como una afirmación: “fumar da cáncer”. Pero en años subsecuentes la intensidad fue decreciendo paulatinamente por decrementos en los impuestos, principalmente. En 1997 se presentó otro incremento en la intensidad, nuevamente por conducto de las advertencias sanitarias que se hicieron rotatorias, además de un incremento en impuestos.

Esto significa que antes del 2008 las políticas para el control del tabaco, en México, estuvieron concentradas en impuestos, así como en advertencias sanitarias de forma tímida. Fue hasta el 2008 cuando se presentaron incrementos en otros instrumentos como el de espacios libres de humo de tabaco, prohibiciones a la publicidad, así como en instrumentos de monitoreo o programas de cesación.

Gráfica 4.2. Evolución de la intensidad con base en los seis instrumentos de la estrategia MPOWER



Fuente: Elaboración propia con base en revisión de la legislación relevante.

4.3 Los diferentes enfoques teóricos en el contexto mexicano

Para verificar si existe una relación entre la intensidad de la política pública con los enfoques teóricos analizados, se revisó la evolución de las variables independientes a partir de los indicadores propuestos en la sección metodológica. Si existiera esa relación, se esperaría que los años en que se presentaron modificaciones en la intensidad de la política estuvieran relacionados con cambios en los indicadores utilizados.

4.3.1 Enfoque del interés público

La teoría del interés público supone que la intensidad está relacionada con la magnitud del problema público, medido por los datos oficiales disponibles. Entonces las etapas de mayor regulación deberían estar precedidas a momentos en los que se incrementan las tasas de consumo o las tasas de mortalidad por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco.

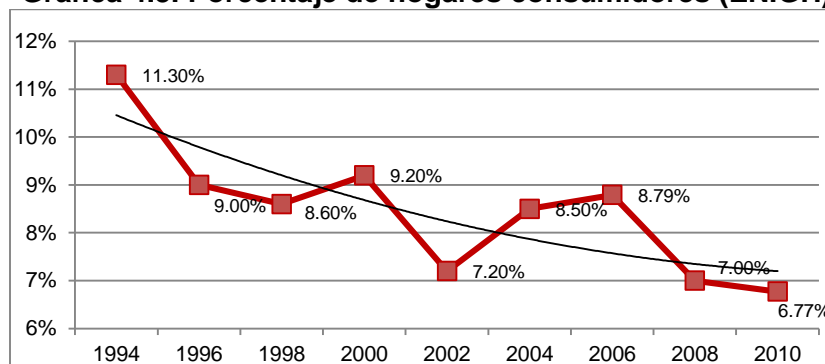
• *Primer indicador: el consumo*

La primera medición del consumo que se presenta se ha obtenido a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto en los Hogares (ENIGH). Según esta encuesta, el número de hogares entrevistados que reportó consumo de

tabaco, ha disminuido desde 1994 (ver gráfica 4.3). Si bien en algunos años se puede observar un incremento en la proporción de hogares consumidores, es claro que la tendencia general es hacia la reducción.

No obstante, esta no es una medida individual, dado que menos hogares fumadores no necesariamente implican menos individuos fumadores. Algunos hogares podrían tener más miembros fumadores mientras que otros podrían tener sólo un miembro con este hábito. Por lo tanto, esta medida pondera igual a todos los hogares sin considerar cuántos de sus integrantes fuman.

Gráfica 4.3. Porcentaje de hogares consumidores (ENIGH)



Fuente: Encuesta Nacional de Ingreso-Gasto (1994 al 2010)

Otra medición importante sobre el consumo de tabaco es la que se realiza en la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA). Este instrumento se ha recabado desde 1988 por lo que permite analizar la evolución de la prevalencia en el consumo del tabaco en un amplio horizonte de tiempo (ver tabla 4.13). Para las tres primeras encuestas se consideró como fumador a toda persona adulta que reportó fumar con una frecuencia diaria, semanal, mensual u ocasional.

Tabla 4.14. Consumo activo de tabaco (ENA)

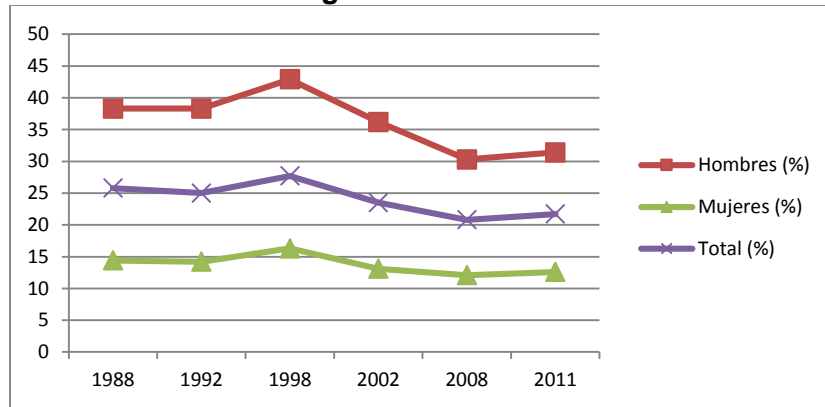
Año	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)
1988	38.3	14.4	25.8
1992	38.3	14.2	25
1998	42.9	16.3	27.7
2002	36.2	13.1	23.5
2008	30.3	12.1	20.8
2011	31.4	12.6	21.7

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones (1988 a 2011).

En cambio, a partir del 2002 se está considerando la definición de fumador activo, que comprende a las personas que reportaron haber fumado alguna vez en la vida e incluso haber fumado en el año anterior. La diferente forma de realizar las preguntas no permite tener una única definición de fumador activo, pues las preguntas no son exactamente iguales. Sin embargo, ambas preguntas son

bastantes parecidas, pues la primera serie de encuestas, de 1998 al 2002, consideran a quienes reportaron ser fumadores ocasionales, es decir, que han fumado en algún momento. Esto se parece mucho a preguntar si has fumado alguna vez en la vida, incluso en el año anterior.

Gráfica 4.4. Fumadores activos según las Encuestas Nacionales de Adicción (ENA)

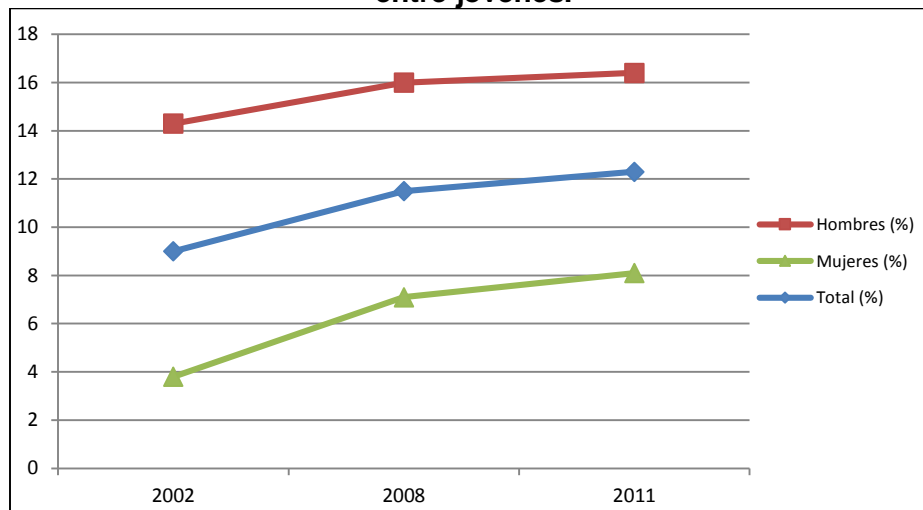


Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones (1988 a 2011).

La serie completa muestra un comportamiento en dos fases que corresponden con las diferentes formas de medir el fenómeno. Sin embargo, el quiebre en 1998 también puede ser a causa de las primeras acciones para el control del tabaco implementadas en México. Lo que es indudable es que los últimos tres años de la encuesta, que pueden compararse, muestran una tendencia a la disminución de la prevalencia en el consumo activo de tabaco.

El análisis descriptivo presentado hasta ahora es insuficiente para sostener que el tabaquismo es un fenómeno estable, sin variaciones en los últimos años. Es importante verificar el comportamiento de este fenómeno por grupos de edad, así como por género. Las tres últimas encuestas presentan datos sobre el consumo activo de tabaco entre los jóvenes de 12 a 17 años. Se puede observar que, en total, la prevalencia se ha incrementado de un 9% que se tenía registrado en el 2002 a un 12.3% que se registró en el 2011. Según estos datos, el incremento más acelerado se ha presentado entre las mujeres jóvenes, que han pasado de 3.8% en el 2002 al 8.1% en el 2011. El incremento en los hombres ha sido mucho más moderado. De hecho entre los hombres jóvenes el consumo parece estar estabilizándose en los últimos años.

Gráfica 4.5. Prevalencia de consumo activo de tabaco en el último año según sexo, entre jóvenes.



Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones (2002 a 2011)

Otra forma de aproximarse al dato de consumo es a través del gasto que realizan los hogares en cigarrillos. Utilizando la información de la ENIGH fue posible encontrar que porcentaje del gasto de los hogares entrevistados se dedica a productos de tabaco. Se observa una leve reducción en esta proporción aunque, por su magnitud, es más apropiado argumentar que el gasto se ha mantenido estable en el período estudiado (ver tabla 4.14).

Tabla 4.15. Porcentaje del gasto en tabaco (ENIGH)

Año	Gasto	Crecimiento
1994	3%	
1996	3%	0.00%
1998	2%	-33.33%
2000	2%	0.00%
2002	2%	0.00%
2004	2%	0.00%
2006	2%	0.00%
2008	2%	0.00%
2010	2%	0.00%

Fuente: Encuesta Nacional de Ingreso-Gasto (1994 al 2010)

Nuevamente, la medición del gasto presenta algunos problemas pues no refleja de forma precisa los niveles de consumo individual. Las diferencias en precios entre las diferentes marcas de cigarrillos en el mercado impiden asegurar si una familia que gasta menos en realidad está consumiendo menos. En síntesis, el consumo de tabaco parece ser un fenómeno que se está estabilizando en la población general. Raúl Sansores del INER considera que: *“podemos decir con confianza*

que está disminuyendo el número de fumadores en el país utilizando como instrumento a la ENA”.

Sin embargo, se pueden observar incrementos entre las mujeres de entre 12 y 17 años. Claramente, en México se está presentando el mismo fenómeno que, en otras ocasiones se ha presentado en otros países. Según el estudio de la OMS denominado “Género, mujeres y la epidemia de tabaco” (2010), las mujeres están adoptando roles cada vez más dominantes en la sociedad, además, están incrementando su poder de compra, lo cual les ha conducido a incrementar los niveles de consumo de cigarrillos como un símbolo de independencia o liberación.

En México, las mujeres son un sector de la población que entró de forma tardía al consumo del tabaco. La percepción, sobre este tema, entre casi todos los actores a favor de la política que fueron entrevistados es bastante similar. Por ejemplo, Belén Suárez, señaló que: *“se ve como de pronto la epidemia se empieza a focalizar, para nosotros es especialmente grave que sea justamente en jóvenes, en este caso, mujeres en donde la prevalencia no solo se ha mantenido estable, sino que ha aumentado”*. De igual forma, Eduardo del Castillo de CÓDICE menciona que: *“aunque tengamos una tasa baja, pues el impacto es alto. Ahora, también hay que considerar que por segmentos de edades, pues las mujeres jóvenes son un sector en el que sí está repuntando el consumo”*.

Erick Ochoa de FIC mencionó que: *“en México la prevalencia no es tan alta como lo fue en otros países, como España o como en América del Sur, pero eso no significa que no sea un grave problema. Tenemos a las mujeres repuntando en el consumo, tenemos a los jóvenes con repuntes, eso te da una idea del problema grave”*.

Justino Regalado, Jefe de la Oficina para el Control del Tabaco, ha mencionado que: *“el tabaquismo es un fenómeno que se ha estabilizado entre los adultos según las últimas encuestas. Pero hay que estar atentos con la evolución que tendrá entre los jóvenes, pero sobre todo entre las mujeres jóvenes”*. De igual forma, el Senador Ernesto Saro, mencionó que: *“los datos últimos que tenemos, que son recientes, que son del mes pasado, viene una disminución importante la atribuimos principalmente al incremento del precio, creo que es el factor mayor. En los niños y los jóvenes está creciendo, el fenómeno está creciendo”*.

En cambio BAT señala que: *“se ha reducido el consumo legal de tabaco, pero no el ilegal, nosotros, la industria, hemos sufrido mucho en volumen”*. *“Ahora, tú ves cuanta gente sigue fumando, es exactamente la misma, las mismas cantidades*

que fumaban antes, entonces el 17.5% que cayó Philips Morris, pues es el 17.5% que incrementó la ilegalidad en México”.

En suma, los incrementos en intensidad no están antecidos de incrementos en la tasa de prevalencia. La tasa de prevalencia se ha reducido paulatinamente según los instrumentos de monitoreo consultados. Casi todos los entrevistados coinciden en que el consumo de tabaco está disminuyendo en el país. El único sector de la población que ha presentado incrementos en las tasas de prevalencia es el de mujeres jóvenes. No obstante, el incremento en la intensidad de las políticas no se produjo inmediatamente después, lo cual hace difícil suponer que exista una relación entre estos dos fenómenos.

• **Segundo indicador: la mortalidad asociada al consumo de tabaco**

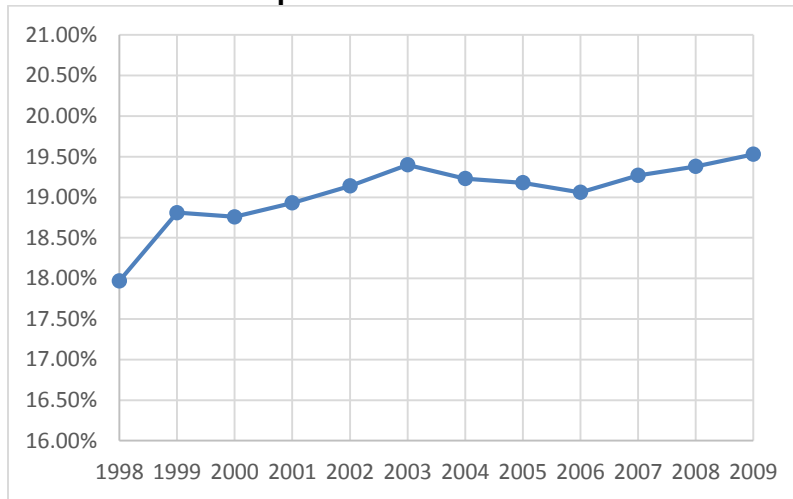
La mortalidad por enfermedades asociadas al consumo del tabaco es otra forma en que se ha dimensionado el problema público (ver tabla 4.16). Existen tres grupos de enfermedades que están asociadas a este hábito: enfermedades del corazón, diferentes tipos de cáncer, así como enfisema pulmonar. En el cuadro 6 se puede observar que el porcentaje de muertes por estas tres causas respecto al total se ha mantenido casi sin cambios desde 1999 al 2009. En más de una década las enfermedades vinculadas al consumo del tabaco se han incrementado en tan sólo un 1.5% anual.

Tabla 4.16. Mortalidad (INEGI)

Año	Muertes*	Crecimiento
1998	17.97%	
1999	18.81%	5%
2000	18.76%	0%
2001	18.93%	1%
2002	19.14%	1%
2003	19.40%	1%
2004	19.23%	-1%
2005	19.18%	0%
2006	19.06%	-1%
2007	19.27%	1%
2008	19.38%	1%
2009	19.53%	0%

*Muertes por enfermedades relacionadas al consumo del tabaco como porcentaje del total
Fuente: INEGI. Base de datos sobre mortalidad (1999-2009)

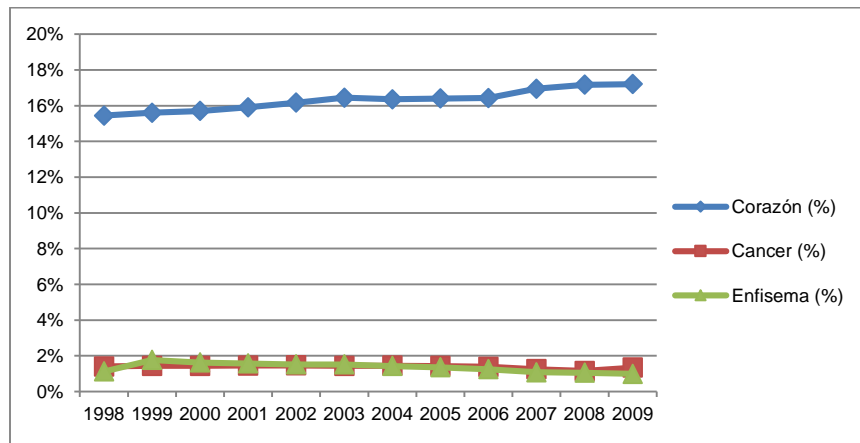
Gráfica 4.6. Muertes por enfermedades vinculadas al tabaco



Fuente: INEGI. Base de datos sobre mortalidad (1999-2009)

Cuando se observa la evolución de la mortalidad desagregada por tipo de enfermedad, se aprecia que las muertes por enfermedades relacionadas con el corazón son las que tienen un mayor peso. Sin embargo, ninguna enfermedad desagregada presenta un crecimiento importante en la última década. Por lo tanto, la mortalidad por causas relacionadas con el consumo de tabaco se encuentra estable. Eso significa que no se puede relacionar con el incremento en la intensidad de la política.

Gráfica 4.7. Muertes por enfermedades vinculadas al tabaco desagregadas en tres grandes grupos



Fuente: INEGI. Base de datos sobre mortalidad (1999-2009)

4.3.2 Enfoque del interés privado

En México, la agenda de política pública para el control del tabaco fue dominada en un principio por los actores gubernamentales. Adicionalmente, participaban algunas organizaciones internacionales, así como la industria tabacalera de forma moderada. La estabilidad de las políticas durante las primeras dos décadas de existencia de estas políticas, no requirieron una participación agresiva de la industria tabacalera para defender sus intereses. No obstante, este escenario cambió en años recientes, por lo que es importante clarificar si existe una relación entre la participación de los grupos de interés y la intensidad de la política. Como se señaló en el capítulo metodológico, la participación de grupos de interés se ha operacionalizado a través de dos indicadores: la cantidad de declaraciones en medios periodísticos digitales según el tipo de actor, así como la coordinación interna entre grupos de actores con la misma postura.

- *Primer indicador: cantidad de declaraciones de los grupos de interés en los medios de comunicación.*

No existe un registro oficial que dé cuenta de la evolución de los grupos que han estado a favor de la política a través de los años. Por ello fue necesario utilizar fuentes alternativas para documentar la cantidad de grupos de interés relacionados con el tabaco que han existido en México. Para documentar la evolución de los grupos de interés se analizó el espacio de opinión pública en México en tres etapas: antes de la ratificación del CMCT, entre la firma del CMCT y la regulación de primera generación y después de la regulación de primera generación.

Para sopesar la presencia mediática de los diferentes actores, se revisaron las declaraciones sobre la política contra el tabaco en todos los medios electrónicos disponibles en los tres períodos considerados. El cuadro 4.17 muestra que en la etapa previa al CMCT, existía poca participación de los grupos de interés en los espacios de opinión. Se registra la participación de la Secretaría de Salud (SSA), así como del Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), como actores con capacidad directa o indirecta para influir en la regulación del tabaco. Los actores a favor de la política que participaron durante esta etapa son la Organización Panamericana de la Salud (OPS), así como la Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax (SMNCT). Philip Morris Internacional (PMI) fue como el único actor en contra de la política que participó en los medios de opinión en este período.

Tabla 4.17. Evolución de los grupos de interés involucrados en la política para el control del tabaco en México

	Etapa previa al CMCT	Etapa posterior al CMCT pero anterior a la LGCT	Etapa posterior a la LGCT
	1999 - 2003	2004 - 2008	2009 - 2012
Reguladores	<ul style="list-style-type: none"> • CONADIC • SSA 	<ul style="list-style-type: none"> • CONADIC • SSA • ONCT • Legisladores 	<ul style="list-style-type: none"> • CONADIC • SSA • ONCT • Legisladores
Actores a favor	<ul style="list-style-type: none"> • SMNCT* • OPS 	<ul style="list-style-type: none"> • OPS • FIC • INER • INSP • Red Contra el Cáncer • Alianza contra el tabaco 	<ul style="list-style-type: none"> • Aliento • Alianza contra el tabaco • Códice • Red Contra el Cáncer • INSP • Red sin tabaco • FIC • OPS • INER
Actores en contra	<ul style="list-style-type: none"> • PMI 	<ul style="list-style-type: none"> • BAT • PMI • CANIRAC • Yo Fumo 	<ul style="list-style-type: none"> • BAT • PMI • CANIRAC • Yo Fumo • ANPEC • ACPI

Fuente: Elaboración propia.

En el mismo cuadro 9 se puede observar cómo en la segunda etapa se incrementó el número de actores que opinan sobre la política. En particular, empezó a participar la Oficina Nacional para el Control del Tabaco (ONCT), así como algunos legisladores. Posterior al CMCT, surgieron una serie de organizaciones a favor de la política que ocupan el espacio que antes ocupaban algunas organizaciones médicas, así como la OPS. En este período surgió la Fundación Interamericana del Corazón (FIC), la Red sin Tabaco, así como la Alianza contra el Tabaco.

También empezaron a participar otras organizaciones como el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), así como el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER). Si bien estos dos últimos grupos son parte de la estructura gubernamental, en la práctica, han tomado una postura parcial al impulsar fuertemente las políticas para el control del tabaco desde una perspectiva técnica.

Aparentemente, entre los actores en contra de la política también se detonó la urgencia por hacerse escuchar entre los medios de comunicación. Además de las

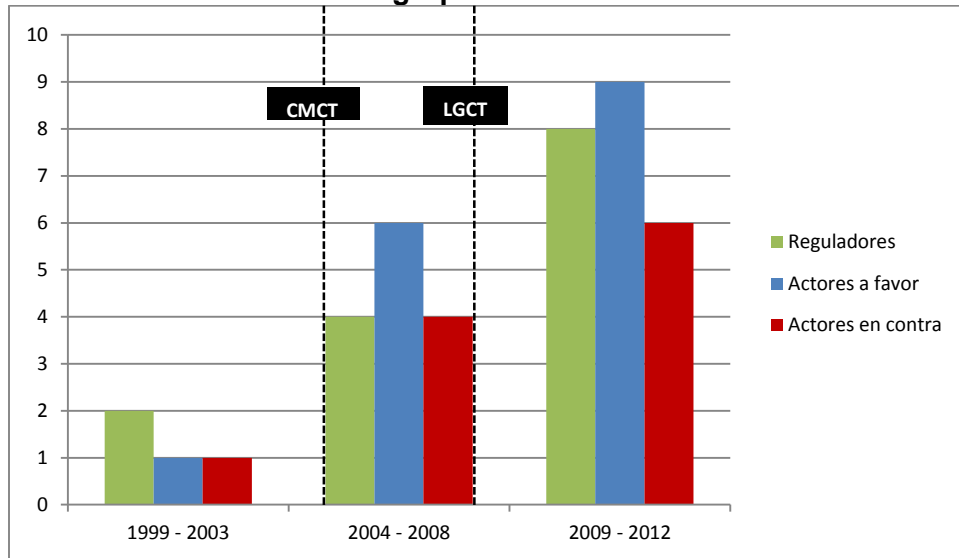
dos grandes tabacaleras que operan en México, participó la Cámara Nacional de la Industria de Restaurantes y Alimentos Condimentados (CANIRAC). También se conformó una organización llamada Yo Fumo, que decía aglutinar a más de 25 mil fumadores que exigían ser escuchados. La organización Yo Fumo sólo participó en un período breve durante la aprobación LGCT, así como algún tiempo después de que sucedió esto, después desapareció de la opinión pública.

Finalmente, en la etapa posterior a la promulgación de la Ley General para el Control del Tabaco se observó un incremento sustancial en los grupos de interés relacionados con la política. Los reguladores que participan continuaron siendo los mismos, pero empezaron a resonar, en los medios de comunicación, nuevas organizaciones como la de ALIENTO, que en palabras de su líder Juan Núñez: “*es una alianza de más de 50 organizaciones*”. También se puede constatar la participación mediática de la Red contra el Cáncer, que es otra organización paraguas que aglutinó a otras organizaciones relacionadas con el combate al cáncer desde diferentes enfoques. Adicionalmente, tomó impulso la organización CÓDICE, que también aglutina a una serie de organizaciones regionales que buscan incidir en las políticas locales para el control del tabaco.

En la tercera etapa, dentro del grupo de los actores en contra se suman, además de los que participaban en la etapa anterior, dos organizaciones que buscaban incidir en un tema específico: el de los impuestos. Es así que surge la Alianza Contra Productos Ilegales (ACPI), así como la Alianza Nacional de Pequeños Comerciantes (ANPEC). Estas dos organizaciones se posicionaron, específicamente, en contra de los incrementos en impuestos pues argumentaban que dicho incremento fomentaba el comercio ilegal de cigarrillos.

La gráfica 4.8 muestra las tendencias en el crecimiento de la participación de los grupos de interés relacionados con el tabaco. Se puede observar que la participación mediática previa al CMCT era mínima, pero que se incrementa notablemente después de la firma de éste. La LGCT fue otro catalizador que aceleró la participación de los diferentes grupos de interés en los medios electrónicos que se analizaron. En general, se observa que los instrumentos jurídicos precedieron al incremento de los actores, por lo que se pudiera sostener que el CMCT, así como la LGCT, fueron cambios en las reglas institucionales que pudieron generar incentivos para una mayor participación de grupos de interés, tanto a favor como en contra.

Gráfica 4.8. Crecimiento de los grupos de interés relacionados con el tabaco



Fuente: Elaboración propia

Debe reconocerse que el análisis de las declaraciones emitidas en medios de comunicación, que pueden ser consultados electrónicamente, tiene varios problemas metodológicos. En primer lugar, lo que se está midiendo es la presencia mediática, aunque pudieron haber existido actores participando activamente en otras arenas, no necesariamente expuestas a la opinión pública. En segundo lugar, de 1999 a la fecha se ha incrementado de forma sustancial el uso de Internet en México, por lo que la existencia de una cantidad superior de declaraciones recientes puede ser explicada por este uso cada vez más intenso, más que por la existencia de más grupos de interés. Probablemente, en 1999 menos medios electrónicos registraban sus declaraciones en línea.

A pesar de esto, existen dos razones por las que la evidencia que arroja el análisis de las declaraciones pudiera ser útil. En primer lugar, aunque sólo registra a los grupos de interés activos en la opinión pública, pero es probable que sean estos los más importantes, con recursos o argumentos para salir a realizar declaraciones, es decir, este análisis permite identificar a líderes de opinión.

En segundo lugar, aunque exista un posible sesgo en la cantidad de actores identificados, según la Asociación Mexicana de Internet (AMIPCI), en su estudio "Hábitos de los usuarios de Internet en México" (2012), el uso de Internet se ha duplicado desde 1999 a la fecha, pero el número de actores opinando sobre este tema se ha multiplicado por 9 desde 1999. Por lo que el incremento obedece a otras razones adicionales al incremento en eso de Internet. Pero lo más interesante es que los incrementos no han sido proporcionales en todos los

actores, estas diferencias en la intensidad de participación son el resultado más interesante que arroja este análisis.

La otra evidencia disponible son las entrevistas realizadas, en las que dos de los principales dirigentes de organizaciones de la sociedad civil hablaron sobre la evolución general de los grupos interesados en la política. Por ejemplo, el dirigente de la organización CÓDICE, Eduardo del Castillo, señaló específicamente que: *“hubo gente de la sociedad civil que empezó hace muchos años. Fueron los núcleos que empiezan a luchar por el control del tabaco, los que están ligados a los sectores médicos. Las primeras organizaciones fueron de médicos, porque ellos son los que atienden a los pacientes, se dan cuenta del impacto y empiezan a movilizarse”*. El mismo Eduardo del Castillo señaló: *“Nosotros empezamos después se podría decir que somos una organización posterior al CMCT. Nos incorporamos al tema en mejores condiciones, al igual que otras organizaciones hermanas”*.

Por su parte, Juan Núñez, dirigente de la organización ALIENTO, señaló que: *“dada la escasez de organizaciones, que explícitamente se dedicaran a prevenir el consumo de tabaco, que no pasaban ni 5 o 6, lo que tratamos de hacer fue detonarlo en el 2009, que es cuando ALIENTO surge, con alrededor de 20 organizaciones aliadas”*.

Los dos dirigentes reconocen la existencia de pocas organizaciones antes del CMCT, además, reconocen ser organizaciones jóvenes que surgen después del CMCT. Esta evidencia permite reforzar la evidencia encontrada sobre los grupos de interés en el análisis de las declaraciones. Algunas organizaciones como ALIENTO o CÓDICE, dicen agrupar a muchas otras organizaciones. En el primer caso, ALIENTO agrupa a organizaciones que están relacionadas con diferentes variedades del cáncer, que, aunque no están dedicadas exclusivamente al tabaco, se solidarizan con las propuestas que esta organización realiza. CÓDICE por su parte, tiene una red de organizaciones regionales, que forman parte de su estructura.

En el caso de los actores en contra de la política, también existe evidencia, en las entrevistas sobre el incremento de actores tratando de incidir en la política. La investigadora Ángela Guerrero señaló que: *“definitivamente hubo un vuelco de la industria a partir de las modificaciones en las leyes de los países, así como en los países que están ratificando el CMCT”*. *“Según estudios realizados hace varios años, se podía anticipar que las estrategias iban a ser similares, pero mucho más agresivas”*.

Por otro lado, el Dr. Justino Regalado Director de la ONCT señaló que: *“la industria no esperaba el CMCT, debió ser un golpe efectivo, por la dimensión de la reacción, imagino que el golpe habrá sido muy duro porque la industria ha reaccionado en la defensa de sus intereses”*.

Finalmente, la Dra. Luz Miriam Reynales, del INSP, señaló que después del CMCT: *“ellos (la industria tabacalera) comenzaron a trabajar con grupos de choque y esto, pues esto, está bien documentado”*. Según la doctora Reynales, *“la industria ha utilizado a intelectuales fumadores, personas de prestigio, pero también a hecho alianzas recientes con la industria restaurantera”*.

En general, la evidencia extraída de las entrevistas refleja una intensificación de los actores en contra de la política. Específicamente, se observa que después del CMCT la industria ha desplegado más recursos, presencia propia, así como alianzas para obstaculizar la regulación al tabaco. La radiografía que se puede obtener de estas entrevistas es coincidente con la que se obtuvo del análisis de las declaraciones, con nuevos actores involucrándose después de cada uno de los dos instrumentos jurídicos más relevantes, emitidos en materia de tabaco de forma reciente.

El indicador de participación de grupos de presión parece estar relacionado con la intensidad de las políticas pero no es claro si el incremento de la participación fue una causa o una consecuencia del incremento en la intensidad. El incremento más importante en la intensidad se da en el 2008, justo después de esta fecha fue cuando se incrementó notoriamente la participación de los grupos de presión. También fue después del 2008 cuando surgieron las organizaciones paraguas que buscaron representar a otras organizaciones para dar más fortaleza a sus demandas.

Después de la ratificación del CMCT, es decir en la segunda etapa, también existió un incremento en la participación de los grupos de presión. Este pudo ser un factor crucial para la aprobación de la LGCT en el 2008. No obstante, no es una casualidad que este incremento se produjera justo después de la ratificación del CMCT. El incremento en la participación de grupos de interés, en la segunda etapa, parece ser consecuencia de la firma de dicho convenio. Es así que la participación es un indicador que no explica, al menos no por sí mismo, satisfactoriamente el incremento en la intensidad, toda vez que es producto de otro indicador que podría ser más pertinente.

- *Segundo indicador: coordinación entre los grupos de interés.*

En México no se aprecia la existencia de un ente coordinador entre los actores a favor de la política o entre los que están en contra. Entre los actores a favor existen al menos tres organizaciones que han tratado de articular las demandas de los actores que les son afines. La Red contra el Cáncer, FIC, así como la organización CÓDICE, han buscado tomar el papel de coordinación desde diferentes ángulos, aunque ninguna lo ha conseguido de forma plena. La Red contra el Cáncer se ha concentrado en agrupar a las organizaciones médicas. FIC también se concentra en organizaciones médicas, aunque tiene entre su membresía a organizaciones con activistas que no lo son. Finalmente, CÓDICE es una red de organizaciones regionales con una actuación concentrada en experimentados grupos de activistas.

La inexistencia de un solo ente coordinador puede traer más desventajas que oportunidades. Si bien se extiende el ámbito de actuación al multiplicar los grupos que hacen presión, también se presenta un efecto de dispersión de esfuerzos. Estas tres grandes organizaciones han trabajado juntas en algunas propuestas puntuales, pero no existe una coordinación permanente en sus acciones, lo cual resta fuerza a las acciones que realizan cotidianamente. La disponibilidad de financiamiento, que generalmente proviene de Estados Unidos, también se dispersa, lo cual impide que exista un único proyecto integrador.

Entre los actores en contra de la política tampoco ha existido un ente coordinador, pues las dos grandes empresas del mercado han emprendido acciones con poca coordinación. No se han observado comunicaciones conjuntas ni se ha observado, como en otros países, el establecimiento de una organización paraguas que hable por toda la industria, lo cual indudablemente les ha restado fuerza.

Según Reynales, La industria tabacalera ha impulsado a otros actores que encabezan las iniciativas que les interesan, sobre todo para evitar estar expuestos a la opinión pública. En la segunda etapa impulsaron la formación de la organización Yo Fumo que con sus 25 mil afiliados, según declaró la propia organización, participó en un período breve durante la aprobación LGCT, pero después desapareció completamente del espacio público al grado que es imposible encontrar una página de Internet de dicha organización. De igual forma, se impulsó la formación de otras organizaciones como la Alianza Contra Productos Ilegales (ACPI), así como la Alianza Nacional de Pequeños Comerciantes (ANPEC). Ambas surgieron para esgrimir el contrabando de tabaco como un

argumento para disminuir los impuestos, o al menos evitar su incremento en el 2010, así como en el 2011. Después desaparecieron de la escena pública pues no han realizado más declaraciones. Tampoco es posible encontrar alguna página de Internet o teléfono de estas organizaciones.

No se observa que la industria tabacalera tengan aliados estables, los restauranteros, por ejemplo, participan cada vez menos al observar que no ha disminuido sensiblemente la clientela en estos establecimientos por la prohibición de fumar. Por su parte, ningún académico o universidad, ha realizado ningún estudio que respalde alguno de los argumentos de la industria, probablemente temerosos de la mala imagen de ésta. El margen de acción de los actores a favor ha sido reducido, en muchos casos, al cabildeo personal con reguladores mediante empresas contratadas para ello. En suma, la coordinación entre los actores interesados en la política podría ser un factor relevante para explicar el éxito de alguna de las coaliciones. No obstante, se requiere de la comparación entre diferentes casos para verificar su plausibilidad.

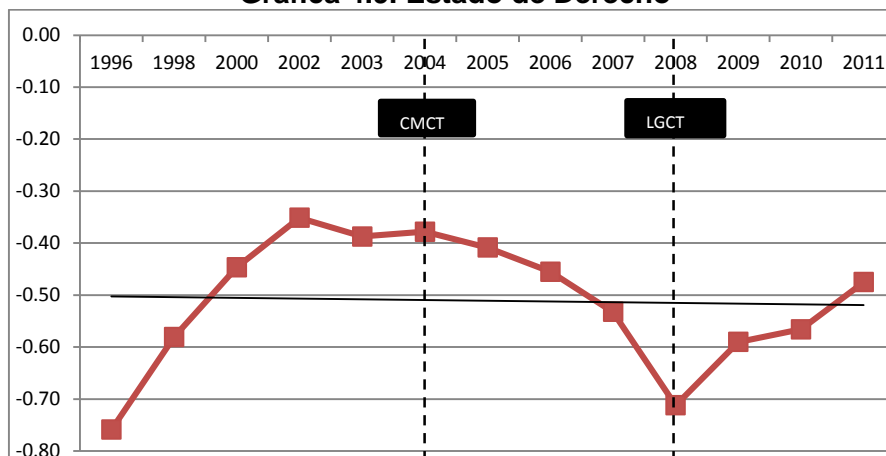
4.3.3 Enfoque institucional

Uno de los enfoques teóricos considerados para explicar la intensidad es el institucional. Existen instituciones internas que podrían haber modificado el entorno en el que aterrizan las políticas para el control del tabaco en México. Se verificará el comportamiento de tres indicadores institucionales para analizar si guardan alguna relación con la intensidad.

- *Primer indicador: fortalecimiento del estado de derecho*

En primer lugar, debe considerarse si existió un fortalecimiento del estado de derecho que pudiera haber dificultado la captura regulatoria por parte de la industria tabacalera. Se observa que la variable se mantuvo casi sin cambios antes de la firma del CMCT, e incluso se deterioró considerablemente en el periodo entre la firma de este convenio y la promulgación de la LGCT. Aparentemente, la intensidad de las políticas para el control del tabaco no puede ser explicada por un fortalecimiento del estado de derecho.

Gráfica 4.9. Estado de Derecho



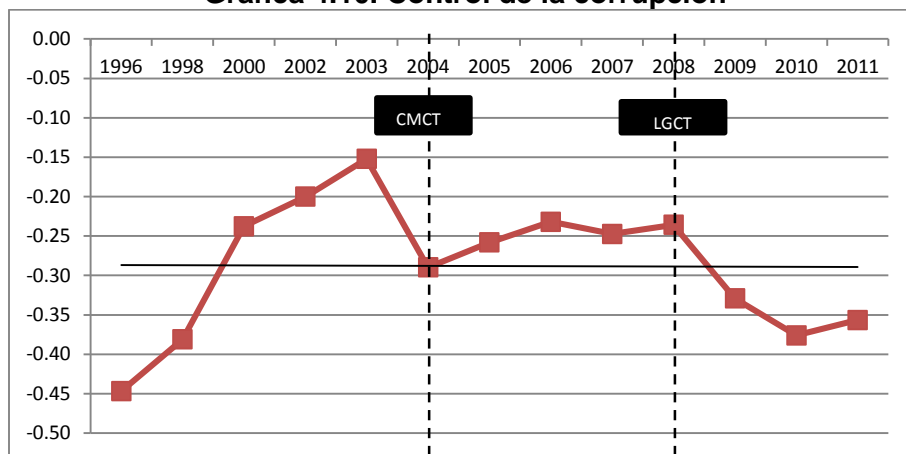
Fuente: Indicadores de Gobernanza del Banco Mundial.

• *Segundo indicador: control de la corrupción*

Otro indicador, bastante relacionado con la anterior, es el del control de la corrupción. Se esperaría que disminuciones en la corrupción también tuvieran un efecto en la captura regulatoria de las políticas para el control del tabaco. En México se han documentado algunos casos en los que la industria tabacalera financió viajes, pagó estudios, o contrato familiares de legisladores (Madrazo, 2011). Si los niveles generales de corrupción disminuyeran, entonces se podría esperar que se equilibrara la competencia por incidir en la política.

Sin embargo, el control de la corrupción se encuentra en valores negativos para México. Incluso este indicador se deterioró antes de la firma del CMCT. Posteriormente, después de la firma del CMCT se mantuvo prácticamente estable. Esto significa que no se observa una disminución generalizada de los niveles de la corrupción en México, que podrían formar parte de la explicación de la intensidad de las políticas para el control del tabaco.

Gráfica 4.10. Control de la corrupción



Fuente: Indicadores de Gobernanza del Banco Mundial.

La existencia de un entorno corrupto en las políticas para el control del tabaco es señalada por varios de los actores entrevistados. Juan Nuño, líder de la Fundación ALIENTO, señaló que: *“parece ser que a ellos (la industria) les resulta mejor tener contacto discreto con tomadores de decisiones clave, en este caso, con legisladores clave, en este caso, hay un ejemplo muy actual que es la Senadora Polevnsky. Creemos que ella está teniendo un papel muy activo para que no pase ninguna iniciativa de reforma del control del tabaco, en vista de sus intereses”*.

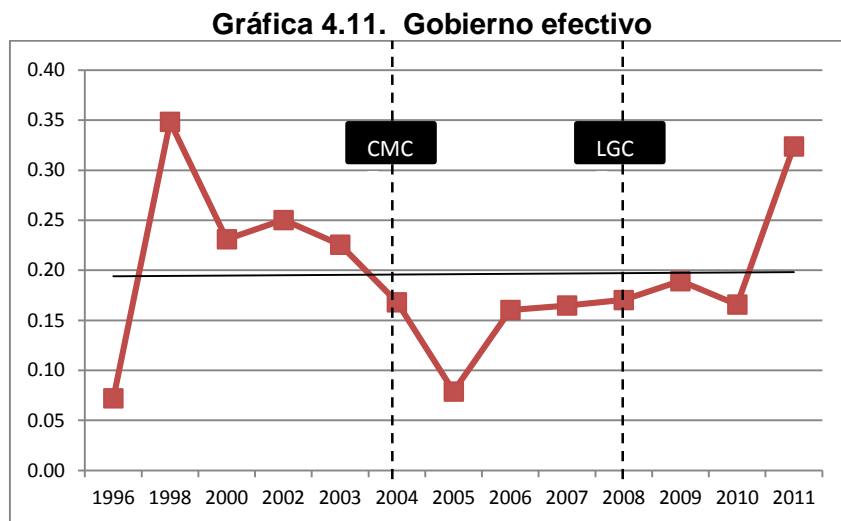
Eduardo del Castillo, de la organización CÓDICE manifiesta que: *“ellos (la industria) buscan incidir en la cúpula, en los máximos niveles políticos de este país. De tal manera que ahí se entorpezcan las iniciativas, ellos no dejan de trabajar, no lo hacen en ningún momento y lo hacen, pues corrompiendo. Sabemos que hay legisladores que reciben recursos y obviamente empresarios también, pues es la gente que tiene un discurso más completo, buscando ser más convincente, de tal manera que obstruyan el avance de las políticas”*.

De igual forma, el Senador Ernesto Saro, señaló que: *“cuando entramos al tema fiscal, la industria tabacalera desapareció, no dio la cara y cambiaron su estrategia. Entonces ellos optaron por cooptar senadores y diputados claves. Seguro pensaron en diputados claves, haber, a ese cómo le llegamos, y en senadores, cuáles son los claves, y ahí están, son los que se han opuesto siempre, no dan debate, no dan la cara. Ellos (la industria) están bloqueando permanentemente y eso es lo que ha pasado, a ellos les sale más barato, en lugar de pegar dos o tres agencias de cabildeo, pues mejor le contratan la hija a una senadora, o le pagan la carrera, o viajes a un senador, o a unos diputados”*.

• Tercer indicador: efectividad del gobierno

La efectividad del gobierno es el otro indicador considerado, se esperaría que un gobierno más efectivo tuviera la capacidad de atender nuevos problemas como parte de su agenda gubernamental. De esta forma los gobiernos más eficaces podrían darse la oportunidad de atender el tabaco como un nuevo tema sin desatender otros asuntos importantes en su agenda. Estos gobiernos tendrían más recursos, personal más capacitado, así como más instrumentos de política pública para actuar.

No obstante, se observa que la efectividad del gobierno venía disminuyendo antes de la firma del CMCT. De igual forma en el periodo entre la firma del CMCT y la LGCT, la efectividad del gobierno se mantuvo relativamente estable, en niveles bajos, según los datos reportados por el Banco Mundial (2011). Este indicador refleja las percepciones sobre la calidad de los servicios públicos, la calidad del servicio civil de carrera, así como su grado de independencia de presiones políticas. También refleja la calidad de la formulación de políticas, su implementación, así como el compromiso del gobierno con dichas políticas.



Fuente: Indicadores de Gobernanza del Banco Mundial

De forma más específica, respecto a las capacidades del gobierno para atender los temas relacionados con el control del tabaco, el Jefe de la Oficina para el Control del Tabaco, Justino Regalado, señala lo siguiente: *“para tratar de neutralizar digamos la reacción de la industria necesitaría ser más grande, tener más personal, tener más injerencia directamente con los legisladores, una vinculación directa con el propio Consejo Nacional contra las Adicciones, así como con las propias legislaturas”*. El mismo Justino menciona que: *“con una oficina*

aislada pequeña y sin mucho personal no estamos dando un mensaje de que el tema nos interesa mucho”.

En general no se presentó un cambio en el ambiente institucional interno de México, que produjera condiciones propicias para la intensificación de las políticas para el control del tabaco. El gobierno no se volvió más efectivo en esta época, ni disminuyó la corrupción, ni se fortaleció el estado de derecho. Por este motivo, se considera que debe existir otra explicación sobre la intensidad de políticas.

4.3.4 Enfoque de las coaliciones de presión

Se han retomado dos indicadores para el enfoque de las coaliciones de presión. El primero es la cantidad de factores externos que han estimulado la intensidad de la política.

- ***Primer indicador: factores externos que detonaron la política pública.***

El CMCT fue un fenómeno externo, que si bien fue de tipo institucional, no se originó dentro del sistema político mexicano, que alteró las condiciones bajo las cuales los actores interesados en la política trataban de incidir en ella. México no es un líder mundial en la lucha contra el tabaquismo, sino un país seguidor que ha tratado de adaptar este convenio a su regulación nacional.

Aunque en México el CMCT pudo haber sido ratificado sin tanta oposición, pues no se pensaba que tuviera efectos reales en la política contra el tabaco, una vez que se ratificó el tratado las condiciones en el subsistema de política pública se modificaron considerablemente. En primer lugar, porque después de la ratificación hubo disponibilidad de recursos de organizaciones internacionales para fomentar el cumplimiento de este convenio con lo que se fortalecieron los actores a favor de la política. Adicionalmente, los actores a favor contaron con la asesoría de organizaciones internacionales que habían vivido el proceso en otras partes del mundo.

Se tiene que considerar también que una vez que existe el CMCT, sus impulsores tienen nuevos argumentos para exigir políticas más intensas. Ahora, pueden exigir el cumplimiento de la ley, con lo que pueden colocar en una situación difícil a aquellos reguladores dispuestos a ser capturados por la industria tabacalera. Algunos de los entrevistados sostienen que el CMCT ha sido un factor institucional decisivo para el fortalecimiento de las políticas para el control del tabaco. Belén

Suárez señala, al respecto: *“me parece que fue de entrada en algún momento fue muy importante el CMCT, o sea yo creo que si México no hubiera ratificado el CMCT no estaríamos viendo lo que estamos viendo”*. Por su parte, Ángela Guerrero señala que: *“el CMCT modificó el espacio político en el que se estaba dando el control del tabaco. Creo que fue una condición necesaria, aunque que no fue suficiente”*.

Respecto a la firma del CMCT Erick Ochoa, de la FIC, señala que: *“en general, hay una tendencia muy fuerte a tratar dejar una imagen al exterior, que es como lo más positivo hacia este tipo de medidas. Lo mismo pasa con el protocolo de Kioto, con estas disposiciones que de alguna forman tratan de hacer un mundo mejor. Yo creo que en este afán, el Senado ratificó el CMCT, y, este, ya en el momento en el que eso se traduce como una política pública nacional, pues es ahí cuando todas estas voluntades terminan chocando con todos los intereses que se tiene con el país”*.

4.4 Conclusiones del caso mexicano

Se pueden distinguir tres etapas en la política para el control del tabaco en México. La primera es la que transcurre hasta antes de la firma del CMCT. Durante esta etapa se presentaron dos incrementos moderados en la intensidad de sus instrumentos. El primer incremento fue en 1987 como consecuencia de modificaciones en los requerimientos de las advertencias sanitarias, que ahora debían estar redactadas como una afirmación. Además se incrementaron los instrumentos como un mecanismo para recaudar dinero que pudiera financiar la reconstrucción de la Ciudad de México después del sismo de 1985, según consta en la propia Ley del IEPS de ese año. En 1997 también se incrementa la intensidad como consecuencia de un endurecimiento en los requerimientos de las advertencias sanitarias. No obstante, la primera etapa se caracterizó por la inexistencia de una política coherente con objetivos explícitos de salud pública.

La segunda etapa transcurre entre la firma del CMCT, que fue en el 2004, y la promulgación de la LGCT en el 2008. Este periodo se caracteriza por una nula modificación de la intensidad de la política. Después, la tercera etapa inicia con la LGCT que impulsó un incremento sustancial en la intensidad de todos los instrumentos de política. Sin embargo, los cambios de produjeron en el 2008, así como en el 2009, para, posteriormente, mantenerse estable. Las tres etapas que se distinguen coinciden con dos momentos importantes, el primero es la firma del CMCT, mientras que el segundo es la regulación de primera generación producida nacionalmente para adaptarse a dicho convenio, en este caso la LGCT.

La explicación del interés público no aporta elementos que expliquen los cambios en la intensidad de la política. No sucedió nada sobresaliente en 1987, ni en 1997, o en el 2008, en términos de la prevalencia del consumo, así como en la mortalidad asociada al tabaco, que sugiera una relación con la intensidad de las políticas. Tanto el consumo como la mortalidad mantuvieron una tendencia a la baja, bastante estable, durante todo el periodo estudiado.

La explicación del interés privado, por sí misma, no explica porque se presentaron los incrementos en la intensidad detectados. Ni en 1987, ni en 1997 existía un conjunto de organizaciones de la sociedad civil impulsando esta política. Las organizaciones a favor de la política, así como las que están en contra, experimentaron un crecimiento dramático después de la LGCT, es decir, su diseminación parece haber sido una consecuencia más que una causa de la intensidad de la política. Esto no significa que no hubiera organizaciones antes de la LGCT, así como antes del CMCT, pero la proliferación de estas organizaciones es más acelerada después del 2008.

Ninguna de las variables institucionales internas consideradas parece tener relevancia. Durante el periodo estudiado el control de la corrupción se deterioró, la eficacia del gobierno decreció, al igual que el estado de derecho. No existieron condiciones que indiquen un cambio que pudiera haber alterado el escenario en el que compiten diferentes actores por impulsar una política, al menos no dentro del contexto nacional.

Finalmente, lo que parece estar asociado al incremento en la intensidad es la firma del CMCT como un evento externo que generó obligaciones jurídicas internas. El instrumento externo pudo haberse firmado sin tanta presión por parte de los actores en contra de la política, quienes no percibieron en ese momento el riesgo que pudiera representar para sus intereses. No obstante una vez firmado dotó de nuevos argumentos a las organizaciones de la sociedad civil que estaban operando. Más aún la promoción del CMCT estuvo acompañada de la donación de recursos por parte de grandes organizaciones de filantropía como la Fundación Bloomberg, así como la Fundación Bill y Melinda Gates, que trataron de estimular el surgimiento de nuevas organizaciones en países con niveles bajos de intensidad. Entonces la firma del CMCT, pudo haber alterado equilibrios de poder, dotó de nuevos argumentos a la sociedad civil, generó un flujo de recursos que estimuló el surgimiento de nuevas organizaciones a favor de las políticas, todo lo cual contribuyó a que se presentara el cambio observado en el 2008.

5. Caso Español

Las políticas públicas para el control del tabaco no son nuevas en España. Desde mediados del siglo veinte se establecieron políticas con el objetivo de establecer un monopolio del Estado en la producción, así como en la comercialización de los productos del tabaco. Después, la mayoría de las políticas relacionadas con el tabaco buscaron ordenar la cadena de suministro de este producto, más que tratar de disuadir su consumo. Esto significa que las políticas relacionadas con el tabaco nacieron, en España, como políticas de fomento industrial más que como políticas de salud.

Desde los años 50's se establecieron políticas industriales para ordenar la producción, suministro, así como la distribución de tabaco en España. También se establecieron precios fijos para estos productos. No obstante, como ya se mencionó, al principio la regulación no tuvo objetivos de salud pública. La primera regulación importante en materia de control del tabaco, orientada a objetivos de salud pública, surge en el seno de las Comunidades Europeas como se verá más adelante.

En la última década las políticas públicas para el control del tabaco sufrieron grandes transformaciones en España. En el 2005 se emitió regulación que trató de poner a España en línea con los requerimientos del CMCT. Posteriormente, en el 2010 se generó nueva regulación que la fortaleció aún más. España se ha convertido en un caso paradigmático por tener uno de los movimientos de la sociedad civil mejor organizados del mundo en materia de combate al tabaco. Para los países con políticas para el control del tabaco débiles este caso es aleccionador, pues España pasó de tener una de las políticas más laxas del mundo a tener una de las más intensas en la última década.

5.1 Evolución de la política pública

Para entender los inicios de la política para el control del tabaco en España, es necesario comprender que una Directiva Europea es una disposición normativa de derecho comunitario que vincula a los Estados de la Unión o, en su caso, al Estado destinatario en la consecución de ciertos resultados u objetivos concretos en un plazo determinado, dejando, sin embargo, a las autoridades internas competentes la debida elección de la forma y los medios adecuados a tal fin.

En 1989 se emitió la Directiva 89/622/CEE, la cual preveía la existencia de una advertencia general que debería figurar en las unidades de envasado de todos los productos del tabaco, así como advertencias adicionales reservadas para los cigarrillos. Posteriormente, la Directiva 90/239/CEE estableció límites máximos con respecto al contenido de alquitrán de los cigarrillos comercializados en los Estados miembros a partir del 31 de diciembre de 1992.

Otra directiva importante fue la 2001/37/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 5 de junio de 2001, relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros en materia de fabricación, presentación y venta de los productos del tabaco. En este instrumento jurídico se señaló que existían disparidades sustanciales entre las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros de la Unión Europea en materia de fabricación, presentación y venta de los productos del tabaco. Esta directiva señaló que todas las unidades de envasado de los productos del tabaco, con la salvedad del tabaco de uso oral y otros productos del tabaco sin combustión, así como todo embalaje exterior, a excepción de los envoltorios transparentes adicionales, llevarían obligatoriamente una advertencia general y una advertencia adicional. Los Estados miembros podían decidir si exigían advertencias sanitarias en forma de fotografías en color u otras ilustraciones en los envases de algunos o todos los tipos de productos del tabaco.

Por su parte, la Decisión de la Comisión, del 5 de septiembre de 2003, reguló de forma más específica el uso de fotografías en color u otras ilustraciones como advertencias sanitarias en los envases de tabaco. Finalmente, mediante la Directiva 2012/9/UE de la Comisión, de 7 de marzo de 2012, se modificó el anexo I de la Directiva 2001/37/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, relativa a la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros en materia de fabricación, presentación y venta de los productos del tabaco. En la tabla 5.1 se presenta una síntesis de la primera regulación que afectó a España proveniente de la Unión Europea.

Tabla 5. 1. Matriz general de la regulación emanada de la Unión Europea Europea

Instrumento jurídico	Año	Instrumentos de política
Directiva de Consejo 1982/10/09	1984	<ul style="list-style-type: none"> • Prohibiciones a la publicidad
Directiva 89/552/CEE	1989	<ul style="list-style-type: none"> • Prohibiciones a la publicidad
Directiva 89/622/CEE	1989	<ul style="list-style-type: none"> • Advertencias sanitarias
Directiva 90/239/CEE	1990	<ul style="list-style-type: none"> • Regular el contenido de alquitrán en cigarrillos
Directiva 2001/37/CE	2001	<ul style="list-style-type: none"> • Regular el contenido de alquitrán en cigarrillos • Advertencias sanitarias
Directiva 2003/33/CE	2003	<ul style="list-style-type: none"> • Prohibiciones a la publicidad

Instrumento jurídico	Año	Instrumentos de política
Decisión de la Comisión, de 5 de septiembre de 2003	2003	<ul style="list-style-type: none"> • Advertencias sanitarias
Directiva 2012/9/UE	2012	<ul style="list-style-type: none"> • Advertencias sanitarias • Empaques de cigarrillos

Fuente: Boletín Oficial del Estado (<http://www.boe.es/legislacion/>)

Una buena parte de la regulación nacional sobre el tabaco en España se derivó de las directivas europeas. El Real Decreto del 4 de marzo de 1998, se produjo al tratar de transponer al contexto nacional la Directiva 89/622/CEE. En este Real Decreto se establecieron algunas limitaciones a la venta del tabaco, así como algunas disposiciones para la protección de la salud de la población, como el establecimiento de advertencias sanitarias, así como de espacios libres de humo de tabaco.

De igual forma, con la Ley 34/1988 se prohibió la publicidad de tabacos, y la de bebidas con graduación alcohólica superior a 20 grados, por medio de la televisión en España. En la exposición de motivos de esta ley se estableció que: “la adhesión de España a las Comunidades Europeas implica, entre otros, el compromiso de actualizar la legislación española en aquellas materias en las que ha de ser armonizada con la comunitaria”. El Consejo de las Comunidades Europeas aprobó con fecha 10 de septiembre de 1984 una directiva relativa a la armonización de las disposiciones legislativas, reglamentarias y administrativas de los países miembros en lo que afecta a la publicidad engañosa. Es así que la primera prohibición de publicidad del tabaco en televisión tuvo como origen, en gran medida, un instrumento jurídico internacional.

El Real Decreto 510/1992 fue una regulación que estableció determinadas limitaciones al consumo de tabaco en aeronaves comerciales, sobre todo en el caso de las aeronaves en vuelo comercial, cuyo origen y destino estuviera en territorio nacional y cuya duración programada de vuelo fuera inferior a noventa minutos. Esta regulación no tuvo un antecedente europeo que la impulsara.

Por su parte, la Ley 25/1994, de 12 de julio, fue el instrumento a partir del cual se incorporó al derecho español la Directiva 89/552/CEE, sobre la coordinación de disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros, relativas al ejercicio de actividades de radiodifusión televisiva. En el artículo trece de esta directiva, emitida el 3 de octubre de 1989, se estableció que: “quedaba prohibida cualquier forma de publicidad por televisión de cigarrillos y demás productos del tabaco”. En la Ley 25/1994 se prohibió, como consecuencia, objetos publicitarios, como los cigarrillos y demás productos del tabaco, e incluyendo en la prohibición no sólo la publicidad directa, sino también la indirecta.

Una ley muy importante para entender el proceso del control del tabaco en España es la Ley 13/1998. Esta ley suprimió los monopolios de fabricación, importación y comercio al por mayor para las labores de tabaco. Se sustituyó la intervención del Estado en el mercado de tabaco por una nueva actividad meramente reguladora que salvaguardara las condiciones de libre competencia. No obstante, se mantuvo el monopolio del comercio al por menor de tabaco a través de la Red de Expendedurías de Tabaco y Timbre. Este se convirtió en un instrumento fundamental para el control del tabaco, con notable repercusión tributaria. Esta ley también prohibió la realización de promoción por parte de fabricantes, importadores o mayoristas, a los expendedores de tabaco y timbre.

Además, en la Ley 13/1998 se creó el Comisionado para el Mercado de Tabacos como organismo autónomo que sustituyó a la Delegación del Gobierno en el Monopolio de Tabacos. Las funciones del Comisionado se centraron en las de índole reguladora o de vigilancia para salvaguardar de manera neutral la aplicación de las condiciones de libre competencia efectiva por parte de los operadores en el mercado de tabacos. Por su parte, en el Real Decreto 2668/1998 se desarrollaron de forma más amplia las funciones del Comisionado para el Mercado del Tabaco creado en la Ley 13/1998. De la misma forma, en el Real Decreto 1199/99 se desarrolló más la Ley 13/1998 para regular el estatuto concesional de la red de expendedurías de tabaco y timbre.

Por su parte, con la Ley 22/1999 se realizaron modificaciones a la Ley 25/1994, de 12 de julio, por la que se incorpora al Ordenamiento Jurídico Español la Directiva 89/552/CEE, sobre la coordinación de disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros, relativas al ejercicio de actividades de radiodifusión televisiva. Específicamente, se agregó a la tele-venta de productos de tabaco como una actividad prohibida.

Con el Real Decreto 1293/99 se intensificó la regulación previamente establecida en el Real Decreto 510/1992, de 14 de mayo, por el que se establecieron determinadas limitaciones al consumo de tabaco en aeronaves comerciales. En esta nueva regulación se prohibió fumar, sin distinción, en los vuelos comerciales con origen y destino en el territorio nacional. Además, se señaló que existía una prohibición absoluta de fumar en todos los vehículos o medios de transporte colectivo urbano e interurbano. En síntesis esta regulación representó un incremento importante en la intensidad de los espacios libres de humo de tabaco.

Por su parte, el Real Decreto 1079/2002 se sustentó en la Directiva Europea 2001/37 que reguló los contenidos de los cigarrillos. En consecuencia, en este

Real Decreto se regularon los contenidos máximos de nicotina, alquitrán y monóxido de carbono de los cigarrillos, el etiquetado de los productos del tabaco. También se establecieron medidas relativas a los ingredientes y a las denominaciones de los productos del tabaco.

Con el Real Decreto 548/2003, que no estuvo sustentado en alguna Directiva Europea, se creó la Comisión Intersectorial de Dirección y el Comité Ejecutivo para el desarrollo del Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo 2003-2007. Por otra parte, la Orden SCO/127/2004 sirvió para desarrollar los artículos 4 y 6 del Real Decreto 1079/2002, de 18 de octubre, por el que se regularon los contenidos máximos de nicotina, alquitrán y monóxido de carbono de los cigarrillos, el etiquetado de los productos de tabaco, así como las medidas relativas a ingredientes y denominaciones de los productos del tabaco.

Uno de los momentos más importantes en la regulación española del tabaco fue la ratificación del Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco. El 16 de junio de 2003, España, firmó en Ginebra el Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco, el cual fue ratificado por este país el 1 de noviembre de 2005. Precisamente, la Ley 28/2005 fue el instrumento jurídico mediante el cual se trataron de incorporar las disposiciones de dicho convenio a la regulación española. Para ello se enfatizaron los espacios libres de humo de tabaco, las prohibiciones a la publicidad, así como el fortalecimiento del organismo regulador del mercado del tabaco. También se creó el Observatorio para la Prevención del Tabaquismo, como parte del Ministerio de Sanidad, el cual integró a las Comunidades Autónomas, sociedades científicas, asociaciones de consumidores y organizaciones no gubernamentales a favor de las políticas para el control del tabaco.

Posteriormente, el Real Decreto-Ley 2/2006, que no tuvo un referente de la Unión Europea, buscó regular la ubicación de las máquinas expendedoras de productos del tabaco, las cuales sólo podrían ubicarse en el interior de los quioscos de prensa situados en la vía pública o en el interior de locales, centros o establecimientos en los que no estuviera prohibido fumar. Posteriormente, el Real Decreto 639/2010, por el que se modificó el Real Decreto 1079/2002, de 18 de octubre, fue el instrumento a partir del cual se regularon los contenidos máximos de nicotina, alquitrán y monóxido de carbono de los cigarrillos, el etiquetado de los productos del tabaco, así como las medidas relativas a ingredientes y denominaciones de los productos del tabaco.

El Real Decreto 639/2010 fue también una regulación que buscó incorporar al ordenamiento jurídico español una Directiva Europea, en particular la Directiva 2001/37/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 5 de junio de 2001, que estableció que los Estados miembros podrían decidir si exigían advertencias sanitarias en forma de fotografías en color u otras. Para lograr dicha incorporación, el Real Decreto 639/2010 estableció que todas las unidades de envasado de productos de tabaco deberían llevar, además de las advertencias adicionales, una advertencia adicional que tuviera fotografías o ilustraciones, además de un texto.

El Real Decreto 639/2010 también señaló que las advertencias generales, así como las advertencias específicas, debían cubrir al menos el 30 por 100 de la superficie exterior de la cara correspondiente a la unidad de envasado de tabaco en la que debían imprimirse. La advertencia adicional, por su parte, debía cubrir al menos el 40 por 100 de la superficie exterior de la cara correspondiente de la unidad de envasado de tabaco en la que deberá imprimirse.

Por último, la Ley 42/2010 es una de las dos principales regulaciones del tabaco en la historia de España, junto con la Ley 28/2005. Las medidas de la Ley 42/2010 buscaron estar en total sintonía con las actuaciones previstas en la Estrategia Europea para el Control del Tabaquismo 2002 de la Región Europea y con el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, hecho en Ginebra el 21 de mayo de 2003 y ratificado por España el 30 de diciembre de 2004. También se incorporaron las disposiciones de la Directiva 2003/33/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 26 de mayo de 2003, en materia de publicidad y de patrocinio de los productos del tabaco.

Con la Ley 42/2010 se intensificaron los espacios libres de humo de tabaco al eliminar la posibilidad de habilitar zonas para fumar en espacios públicos. También se estableció la obligación de que el gobierno, mediante Real Decreto, determinara los contenidos y componentes de los productos del tabaco, en especial los elementos adictivos, así como las condiciones de etiquetado que éstos deberán cumplir. La Ley 42/2010 prohibió en todos los medios de comunicación, incluidos los servicios de la sociedad de la información, la emisión de programas o de imágenes en los que los presentadores, colaboradores o invitados aparecieran fumando o que mencionaran o mostraran, directa o indirectamente, marcas, nombres comerciales, logotipos u otros signos identificativos o asociados a productos del tabaco.

La tabla 5.2 presenta la matriz general de la regulación española en materia de control del tabaco. En esta matriz se añadió una columna que aclara si dicha

regulación tuvo un origen nacional, o si estuvo condicionada por normatividad de la Unión Europea, o de algún otro acuerdo internacional. Se puede corroborar que una gran parte de la regulación tiene su fundamento en Directivas Europeas.

Tabla 5.2. Regulación para el tabaco en España

Instrumento jurídico	Año	Instrumentos de política	Origen
Real Decreto 192/1988	1988	<ul style="list-style-type: none"> • Advertencias sanitarias • Espacios libres de humo de tabaco • Limitaciones para la venta de tabaco 	Unión Europea
Ley 34/1988	1988	<ul style="list-style-type: none"> • Prohibiciones a la publicidad 	Unión Europea
Real Decreto 510/1992	1992	<ul style="list-style-type: none"> • Espacios públicos libres de humo de tabaco 	Nacional
Ley 25/1994	1994	<ul style="list-style-type: none"> • Prohibiciones a la publicidad 	Unión Europea
Ley 13/1998	1998	<ul style="list-style-type: none"> • Desintegración del monopolio del tabaco • Prohibiciones a la publicidad • Creación de un organismo regulador 	Unión Europea
Real Decreto 2668/1998	1998	<ul style="list-style-type: none"> • Facultades del órgano regulador 	Nacional
Ley 22/1999	1999	<ul style="list-style-type: none"> • Prohibiciones a la publicidad 	Unión Europea
Real Decreto 1199/99	1999	<ul style="list-style-type: none"> • Regulación del mercado del tabaco 	Nacional
Real Decreto 1293/99	1999	<ul style="list-style-type: none"> • Espacios libres de humo de tabaco 	Unión Europea
Real Decreto 1079/2002	2002	<ul style="list-style-type: none"> • Advertencias sanitarias • Regulación del mercado de tabaco 	Unión Europea
Real Decreto 548/2003	2003	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento de un organismo regulador 	Nacional
Orden SCO/127/2004	2004	<ul style="list-style-type: none"> • Regulación del mercado de tabaco 	Nacional
Marco de la OMS para el control del tabaco	2004	<ul style="list-style-type: none"> • Impuestos • Advertencias sanitarias • Espacios libres de humo de tabaco • Prohibiciones a la publicidad • Programas de cesación • Monitoreo 	OMS
Ley 28/2005	2005	<ul style="list-style-type: none"> • Espacios libres de humo de tabaco • Prohibiciones a la publicidad • Programas de cesación • Organismo regulador 	Unión Europea
Real Decreto-Ley 2/2006	2006	<ul style="list-style-type: none"> • Organismo regulador • Prohibiciones a la publicidad 	Nacional
Real Decreto 639/2010	2010	<ul style="list-style-type: none"> • Advertencias sanitarias 	OMS y Unión Europea

Instrumento jurídico	Año	Instrumentos de política	Origen
Ley 42/2010	2010	<ul style="list-style-type: none"> • Publicidad • Espacios libres de humo de tabaco • Organismo regulador • Programas de Cesación • Monitoreo 	Nacional
Real Decreto-ley 14/2011	2011	<ul style="list-style-type: none"> • Regulación del mercado de tabaco 	Nacional

Fuente: Boletín Oficial del Estado (<http://www.boe.es/legislacion/>)

En suma, se observa que en España existe un triple nivel para la generación de regulación relacionada con el tabaco. En el primero se encuentra la regulación nacional que puede realizarse desde instancias gubernamentales nacionales. El segundo nivel corresponde a la regulación emitida desde la Unión Europea en forma de Directivas, principalmente, que obliga a las instancias nacionales a modificar la regulación nacional. En un tercer nivel se encuentran las disposiciones internacionales que firman España, o la propia Unión Europea, ante organismos internacionales, como la OMS.

5.2 La intensidad de la política pública por cada instrumento

Se midió la intensidad de la política pública para el control del tabaco México n tomando en cuenta los seis instrumentos de política pública de la estrategia MPOWER, como se describió en el capítulo metodológico.

5.2.1 Impuestos originados por la Unión Europea

La evolución de los impuestos a las labores del tabaco en España ha estado ampliamente influida por la normatividad emanada desde las Comunidades Europeas. Por ejemplo, en 1992 con la Directiva 92/79/CEE se estableció la obligación de que a más tardar el 1 de enero de 1993, los Estados miembros aplicaran impuestos especiales sobre el consumo a los cigarrillos. Específicamente, se obligó a establecer un impuesto especial específico por unidad de producto; un impuesto especial proporcional calculado sobre el precio máximo de venta al por menor; así como un impuesto al valor agregado proporcional al precio de venta al por menor.

Además, se obligó a que a más tardar el 1 de enero de 1993, cada Estado miembro aplicara un *impuesto especial mínimo global* (es decir un impuesto específico más uno ad valorem, excluido el IVA) cuyo tipo se fijó en el 57% del

precio de venta al por menor (incluidos todos los impuestos) para los cigarrillos de la categoría de precio más demandada.

Posteriormente, con la Directiva 92/80/CEE se estableció la obligación respecto a los tipos impositivos de otros productos de tabaco elaborado como: cigarros puros y cigarrillos; picadura fina de tabaco destinada a liar cigarrillos; y los demás tabacos de fumar. La Directiva 92/80/CEE señaló que los Estados miembros debían aplicar un impuesto especial, el cual podía ser *ad valorem*, es decir, calculado sobre el precio máximo de venta al por menor de cada producto. En esta directiva se reconoció que el precio debería de ser fijado libremente por los fabricantes establecidos en la Comunidad Europea, así como los importadores de países terceros.

Además se contempló la posibilidad de que dicho impuesto especial fuera específico, es decir, expresado en importe por kg o, como alternativa, por número de unidades en el caso de los puros y los cigarrillos. Finalmente, el impuesto especial podía ser *mixto*, lo cual implicaba que estuviera formado por un elemento *ad valorem* y un elemento específico.

Según la Directiva 92/80/CEE los Estados miembros podían establecer un importe mínimo de impuesto especial, para puros, cigarrillos, picadura fina u otras labores de tabaco, en los casos en que el impuesto fuera o bien *ad valorem*, o bien *mixto*. El impuesto especial global, expresado en porcentaje o bien en importes por kg o por número de unidades, debía ser al menos igual a los tipos o a los importes mínimos fijados de la siguiente forma. Para los puros y cigarrillos: 5% del precio de venta al por menor incluidos todos los impuestos o 9 euros las 1,000 unidades o por kg. Para la picadura fina de tabaco destinada a liar cigarrillos: 30% del precio de venta al por menor incluidos todos los impuestos o 24 euros por kg. Para los demás tabacos de fumar: 20% del precio de venta al por menor incluidos todos los impuestos o 18 euros por kg.

Adicionalmente, la Directiva 92/80/CEE señaló que a partir del 1 de enero de 2001 los importes de 9 euros para los puros y cigarrillos, así como de 4 euros para la picadura fina de tabaco, se sustituirán por los importes de 10 y de 25 euros.

Por su parte, en la Directiva 95/59/CE se estableció que las estructuras del impuesto especial al que los Estados miembros someterían las labores del tabaco, se debían armonizar en varias etapas. En esta directiva, en primer lugar se definen las labores de tabaco. Después se señala que los cigarrillos fabricados en la Comunidad y los importados de países terceros deben estar sometidos, en cada

Estado miembro, a un impuesto especial proporcional calculado sobre el precio máximo de venta al por menor, incluidos los derechos de aduana, así como a un impuesto especial específico calculado por unidad de producto. Se añadió que el tipo de impuesto especial proporcional y el importe del impuesto especial específico deberían ser los mismos para todos los cigarrillos.

Durante la primera etapa de armonización el importe del impuesto especial específico percibido sobre los cigarrillos se fijó, por primera vez, con relación a los cigarrillos pertenecientes a la clase de precio más solicitada según los datos conocidos. Durante la segunda etapa de armonización, se señaló que el elemento específico del impuesto especial no podía ser inferior al 5% ni superior al 55% del importe de la carga fiscal total resultante de la acumulación del impuesto especial proporcional, del impuesto especial específico y del impuesto sobre el volumen de negocios percibidos sobre estos cigarrillos.

Mediante la Directiva 1999/81/CE emitida el 29 de julio de 1999, se modificó la Directiva 92/79/CE, la Directiva 92/80/CE, así como la Directiva 95/59/CE. Antes de esta Directiva tuvo lugar un proceso de consulta entre las administraciones nacionales y los grupos de interés relacionados al tabaco. Durante el proceso de consulta se detectaron algunas dificultades con relación a la manera en que debía aplicarse la norma de la incidencia mínima del 57%. De esta forma se decidió que era conveniente ofrecer a los Estados miembros la flexibilidad necesaria para que pudieran preparar y aplicar políticas adaptadas a los contextos nacionales.

Con la Directiva 1999/81/CE se introdujo flexibilidad algunas de las medidas establecidas en la directiva 92/79/CEE. Específicamente, se introdujo el artículo 2 bis, que señalaba que cuando el precio al por menor de los cigarrillos pertenecientes a la categoría de precio más solicitada, experimente en un Estado miembro un cambio que haga descender la incidencia del impuesto especial mínimo global por debajo del nivel de 57%, se podría ajustar la incidencia del impuesto especial mínimo global hasta, a más tardar, el 1 de enero del segundo año siguiente al año en que se haya producido el cambio.

De igual forma se introdujo la flexibilidad de utilizar diferentes tipos de impuestos para alcanzar el nivel de 57% de incidencia. La Directiva 1999/81/CE señaló que cuando un Estado miembro aumentara el tipo del impuesto sobre el valor añadido aplicable a los cigarrillos, podría reducir la incidencia del impuesto especial mínimo global hasta un importe que, expresado en porcentaje del precio al por menor, fuera equivalente a la incidencia del aumento del tipo del impuesto sobre el valor añadido, igualmente expresado en porcentaje del precio al por menor.

La Directiva 1999/81/CE también introdujo modificaciones a la Directiva 92/80/CEE, específicamente, para precisar mucho mejor la forma en que se definen los tipos de impuestos que pueden ser aplicados. También las disposiciones de la Directiva 95/59/CE fueron flexibilizadas. El artículo 16 de esta última directiva estableció que el elemento específico del impuesto especial no podía ser inferior al 5% ni superior al 55%. No obstante, cuando el precio de venta al por menor de los cigarrillos pertenecientes a la categoría de precio más solicitada, experimente en un Estado miembro un cambio, que haga descender el elemento específico del impuesto especial, expresado en porcentaje de la carga fiscal total, a un nivel inferior al 5% o superior al 55% de la carga fiscal total, el Estado miembro en cuestión podrá abstenerse de ajustar el importe del impuesto especial específico hasta, a más tardar, el 1 de enero del segundo año siguiente al año en que se haya producido el cambio.

La Directiva 2002/10/CE también implicó la realización de cambios a las tres directivas emitidas en la década de los 90's. Con esta disposición cambió el artículo 2 de la directiva 92/79/CEE añadiendo que el impuesto especial no podía ser inferior a 60 euros por 1,000 cigarrillos, para los cigarrillos de la categoría de precios más solicitada, lo cual implicó un incremento en la intensidad de los impuestos.

Por su parte, la Directiva 92/80/CEE se modificó al incrementar el impuesto especial global recaudado por la picadura de tabaco para liar cigarrillos, el cual ahora sería como mínimo igual al 32% del precio de venta al por menor, incluidos todos los impuestos, o a 27 euros por kilogramo. Este impuesto, aumentaría según la Directiva 2002/20/CE, a partir del 1 de julio de 2003, a un 33% del precio de venta al por menor, incluidos todos los impuestos.

Por su parte, la Directiva 2008/118/CE estableció una serie de disposiciones relativas al régimen general de los impuestos especiales, además de ser el instrumento a partir del cual se deroga la Directiva 92/12/CEE. Específicamente, establece el régimen general en relación con los impuestos especiales que gravan directa o indirectamente el consumo de los sujetos a impuestos especiales.

Por último, con la Directiva 2010/12/UE, del 16 febrero de 2010 se modificó la directiva 92/79/CEE al establecer que el impuesto especial, pasaría de 60 a 64 euros por 1,000 cigarrillos, independientemente del precio medio ponderado de venta al por menor. En esta Directiva se estableció que a partir del 1 de enero de 2014, el impuesto especial global que gravara a los cigarrillos representaría, como mínimo, el 60% del precio medio ponderado de venta al por menor de los

cigarrillos despachados a consumo. El impuesto especial no debería ser inferior a 90 euros por 1,000 cigarrillos, independientemente del precio medio ponderado de venta al por menor.

Por su parte, la Directiva 92/80/CEE quedó modificada, pues se estableció que a partir del 1 de enero de 2011, el impuesto especial global (impuesto específico o impuesto ad valorem, excluido el IVA) sobre la picadura fina de tabaco destinada a liar cigarrillos representaría, como mínimo, el 40% del precio medio ponderado de venta al por menor de la picadura fina destinada a liar cigarrillos. Además se estableció que a partir del 1 de enero de 2013, el impuesto especial global sobre la picadura fina de tabaco destinada a liar cigarrillos representaría, como mínimo, el 43% del precio medio ponderado de venta al por menor de la picadura fina destinada a liar cigarrillos. Para 2015 este mismo impuesto representará como mínimo el 46%, para 2018 el 48% y para 2020 el 20%.

La tabla 5.3 muestra la evolución de la normatividad relacionada con los tipos impositivos que estuvo originada en Directivas Europeas.

Tabla 5. 3. Regulación relacionada con los tipos impositivos emanada de las Comunidades Autónomas

Instrumento jurídico	Año	Título
Directiva 92/79/CE	1992	Relativa a la aproximación de los impuestos sobre los cigarrillos.
Directiva 92/80/CE	1992	Relativa a la aproximación de los impuestos sobre el tabaco elaborado, excluidos los cigarrillos.
Directiva 95/59/CE	1995	Relativa a los impuestos que gravan el consumo de labores de tabaco.
Directiva 1999/81/CE	1999	Que modifica las directivas 92/79, 92/80 y 95/59
Directiva 2002/10/CE	2002	Que modifica las directivas 92/79, 92/80 y 95/59 en lo referente a la estructura y a los tipos del impuesto especial que grava las labores del tabaco.
Directiva 2008/118/CE	2008	Relativa al régimen general de los impuestos especiales, y por la que se deroga la Directiva 92/12/CEE.
Directiva 2010/12/UE	2010	Por la que se modifican las Directivas 92/79/CEE, 92/80/CEE y 95/59/CE, en lo referente a la estructura y a los tipos del impuesto especial que grava las labores del tabaco, y la Directiva 2008/118/CE.

Fuente: Boletín Oficial del Estado (<http://www.boe.es/legislacion/>)

5.2.2 Impuestos contra el tabaco en España

Los tipos impositivos se mantuvieron constantes desde 1997 hasta que, con el Real Decreto-Ley 12/2005 de 16 de septiembre, se aprobaron determinadas medidas urgentes en materia de financiación sanitaria. En la exposición de motivos de este decreto se señala que el incremento de fiscalidad produce el

doble efecto de proporcionar fondos que financien el gasto sanitario, a la vez que el propio gasto se reduce en la medida en que el consumo de dichos productos se desincentiva.

Tabla 5. 4. Evolución de los tipos impositivos en España

Año	Puros y cigarrillos (% pvp)	Cigarrillos Ad valorem (% pvp)	Cigarrillos específico (1000 cig.)	Cigarrillos tipo mínimo (% pvp)	Picadura para liar Ad valorem(% pvp)	Picadura para liar específico	Picadura para liar tipo mínimo
1997	12.50	54.00	3.01	-	37.50	-	-
1998	12.50	54.00	3.01	-	37.50	-	-
1999	12.50	54.00	3.01	-	37.50	-	-
2000	12.50	54.00	3.01	-	37.50	-	-
2001	12.50	54.00	3.01	-	37.50	-	-
2002	12.50	54.00	3.91	-	37.50	-	-
2003	12.50	54.00	3.91	-	37.50	-	-
2004	12.50	54.00	3.91	-	37.50	-	-
Hasta 16/09/05	12.50	54.00	3.99	-	37.50	-	-
Desde 17/09/05	12.71	54.95	4.20	-	38.46	-	-
Desde 21/01/06	13.00	55.96	6.20	-	40.00	-	-
Desde 11/02/06	13.50	57.00	8.20	55.00	41.50	-	-
Desde 11/11/06	13.50	57.00	8.20	70.00	41.50	-	-
2007	13.50	57.00	8.20	70.00	41.50	-	-
2008	13.50	57.00	8.20	70.00	41.50	-	-
Hasta 12/06/09	13.50	57.00	8.20	70.00	41.50	-	-
Desde 13/06/09	14.50	57.00	10.20	91.30	41.50	6.00	50.00
Desde 3/12/10	15.80	57.00	12.70	116.90	41.50	8.00	75.00

Fuente: Informe de las Impuestos sobre las Labores de Tabaco 2011. Departamento de Aduanas e Impuestos Especiales.

En el Real Decreto-Ley 12/2005 se estableció que el tipo específico aplicable a los cigarrillos se debía incrementar un 5,3 por ciento, mientras que el tipo «ad valorem» se incrementó casi en un punto porcentual. Los tipos impositivos ad valorem aplicables al resto de labores del tabaco se incrementaron en una proporción similar a la elevación global que sufrieron los impuestos de los cigarrillos por aplicación de los nuevos tipos. En la exposición de motivos se señaló que estas modificaciones buscaban alinear a España con la normativa comunitaria.

De igual forma, se modificó el artículo 60 de la Ley 38/1992, para establecer que el impuesto para cigarros y cigarrillos sería de 12.71%. También se señaló que los cigarrillos estarían gravados simultáneamente por un tipo proporcional de 54.95%, así como por un tipo específico de 4.20 euros por cada 1,000 cigarrillos. Por su parte, la picadura para liar debía tener un impuesto de 38.46%, mientras que para las demás labores del tabaco sería del 22.87%.

Por su parte, el Real Decreto-Ley 1/2006 fue otro instrumento por el cual se modificaron los tipos impositivos del Impuesto sobre las labores del tabaco. En la exposición de motivos se aclaró que, en línea con el CMCT, se reconocía la eficacia de los impuestos para elevar el precio del tabaco, así como para reducir

su consumo, en especial en los jóvenes. Por este motivo, se concretó una subida de 1 punto porcentual del tipo impositivo ad valorem (que pasó del 54,95 al 55,95 por 100) y en una subida de 2 euros en el tipo impositivo específico (que pasó de 4,20 a 6,20 euros por 1,000 cigarrillos). Además, el instrumento señaló que, para evitar un incremento del diferencial de tributación entre los cigarrillos y el resto de labores del tabaco, también se incrementarían los tipos impositivos –que son exclusivamente «ad valorem»– aplicables a estas últimas en una proporción similar a aquella en la que se veía incrementada la fiscalidad global porcentual para los cigarrillos.

En el Real Decreto-Ley 2/2006, de 10 de febrero, nuevamente se incrementaron los tipos impositivos del impuesto sobre las labores del tabaco, además se estableció un margen transitorio complementario para los expendedores de tabaco y timbre. De acuerdo con la exposición de motivos, esta regulación fue una reacción ante el hecho de que las medidas fiscales adoptadas previamente no habían sido trasladadas por las compañías a los precios de venta al público de los cigarrillos en la forma esperada. Por ello fue necesario proceder a un nuevo incremento de los tipos impositivos. Además, dicha medida se reforzó con la introducción de un importe mínimo de percepción que complementó la capacidad recaudatoria del impuesto a la vez que favoreció el incremento del precio de los cigarrillos que presentaban los precios más bajos.

De igual modo, en la exposición de motivos del Real Decreto-Ley 10/2006 se señaló que los incrementos impositivos seguían sin trasladarse a los precios de venta al público de los cigarrillos por sus fabricantes e importadores en la medida esperada, existiendo una fracción significativa del mercado de cigarrillos cuyos precios de venta al público se encontraba todavía por debajo de los niveles deseables desde la perspectiva sanitaria. Por esto fue justificable un incremento del tipo mínimo único exigible respecto de los cigarrillos, que pasó a situarse en 70 euros por 1,000 cigarrillos. Ello con objetivo de favorecer un incremento de los precios de venta al público de los cigarrillos.

Adicionalmente, con el Real Decreto-ley 8/2009 se concretó, en el caso de los cigarrillos, una subida del tipo impositivo específico, que quedó fijado en 10.2 euros por 1,000 cigarrillos, y en un aumento del impuesto mínimo, que quedó fijado en 91.3 euros por 1,000 cigarrillos.

Finalmente, con el Real Decreto-ley 13/2010, se introdujo un incremento de los tipos impositivos del impuesto sobre las labores del tabaco que se concretó, en el caso de los cigarrillos, en una subida del tipo impositivo específico, que quedó

fijado en 12.7 euros por 1,000 cigarrillos, y en un aumento del impuesto mínimo, que quedó fijado en 116.9 euros por 1,000 cigarrillos. En lo que se refiere a la picadura para liar se estableció un nuevo incremento en el impuesto específico hasta 8 euros por kilo y del impuesto mínimo hasta 75 euros por kilo, acercándolo así a las dos terceras partes de los aplicables a los cigarrillos, de acuerdo con las recomendaciones aceptadas en la Unión Europea. Por último, y para evitar un incremento del diferencial de tributación entre los cigarrillos y la picadura de liar y el resto de las labores del tabaco, también se elevaron los tipos impositivos aplicables a estas últimas en una proporción similar a aquella en la que se incrementa la fiscalidad global para los cigarrillos.

En la tabla 5.5 se presenta una síntesis de los principales instrumentos jurídicos relacionados con los tipos impositivos en España.

Tabla 5. 5. Regulación española relacionada con los tipos impositivos

Instrumento jurídico	Año	Título
Real Decreto-Ley 12/2005	2005	Por el que se aprueban determinadas medidas urgentes en materia de financiación sanitaria.
Real Decreto-Ley 1/2006	2006	Por el que se modifican los tipos impositivos del Impuesto sobre las Labores del Tabaco.
Real Decreto-Ley 2/2006	2006	Por el que se modifican los tipos impositivos del Impuesto sobre las Labores del Tabaco, se establece un margen transitorio complementario para los expendedores de tabaco y timbre y se modifica la Ley 28/2005.
Real Decreto-Ley 10/2006	2006	Por el que se modifican los tipos impositivos del Impuesto sobre las Labores del Tabaco.
Real Decreto-ley 8/2009	2009	Se modifican determinados preceptos de la Ley 38/1992, de 28 de diciembre, de Impuestos Especiales.
Real Decreto-ley 13/2010	2010	De actuaciones en el ámbito fiscal, laboral y liberalizadoras para fomentar la inversión y la creación de empleo.

Fuente: Boletín Oficial del Estado (<http://www.boe.es/legislacion/>)

Considerando la proporción del precio que representan los impuestos fue posible construir la matriz de códigos que se explicó en el capítulo metodológico. España alcanza en estos momentos el nivel más alto de intensidad en impuestos, de acuerdo con la escala considerada.

Tabla 5.5. Matriz de códigos

Año	Impuesto	Puntaje
1989	42	2
1990	42	2
1991	45	2
1992	45	2
1993	50	3
1994	54	3

1995	54	3
1996	54	3
1997	54	3
1998	54	3
1999	54	3
2000	54	3
2001	54	3
2002	54	3
2003	54	3
2004	54	3
Hasta 16/09/05	54	3
Desde 17/09/05	54.95	3
Desde 21/01/06	55.96	3
Desde 11/02/06	55	3
Desde 11/11/06	70	3
2007	70	3
2008	70	3
Hasta 12/06/09	70	3
Desde 13/06/09	91.3	4
Desde 3/12/10	116.9	4

Fuente: Boletín Oficial del Estado (<http://www.boe.es/legislacion/>)

5.2.3 Advertencias sanitarias

En el Real Decreto 192/1988 se establecieron las primeras obligaciones relacionadas con el etiquetado de los productos de tabaco. Se estableció que, en el exterior de los paquetes de labores de tabaco destinados al mercado nacional, debería figurar una advertencia sobre los riesgos del consumo de tabaco. Las advertencias tomarían la forma de textos específicos que estaban claramente definidos en el mismo decreto, las cuales son las siguientes: “Fumar perjudica seriamente la salud”; “Fumar provoca cáncer”; “Fumar provoca enfermedades cardiovasculares”; y “Fumar en el embarazo daña al futuro hijo”.

En esta primera regulación es claro que los mensajes están escritos como una afirmación, es decir, se afirma que el tabaco puede ocasionar una serie de problemas a la salud. No se estableció un tamaño para estas advertencias sanitarias, por lo que esto quedó indeterminado, al menos en este instrumento jurídico. Además, los mensajes que se contemplan son cuatro, pero no se establece si deben ser rotados de acuerdo a cierta periodicidad.

Posteriormente, se introdujo el Real Decreto 1079/2002, el cual fue motivado por la Directiva Europea 2001/37. El decreto estableció que las cajetillas de cigarrillos debían tener unas etiquetas con los contenidos de alquitrán, nicotina y monóxido de carbono, que estarían impresos en una de las partes laterales de las cajetillas, en castellano, ocupando como mínimo el 10 por 100 de la superficie. También se

estableció que todas las unidades de envasado de los productos del tabaco, excepto el tabaco sin combustión, llevarían una advertencia general, además de una advertencia adicional. La advertencia general podía elegirse de entre dos alternativas: “Fumar mata” y “Fumar perjudica gravemente su salud y la de los que están a su alrededor”. La advertencia adicional podía ser elegida de entre una serie de opciones, que serían rotatorias. Las advertencias generales debían cubrir, al menos, el 30 por 100 de la superficie exterior de la cara correspondiente a la unidad de envasado de tabaco en la que se imprimieran. La advertencia adicional, por su parte, debía cubrir al menos el 40 por 100 de la superficie exterior de la cara correspondiente (ver tabla 5.6).

Tabla 5.6. Evolución de la intensidad en las advertencias sanitarias (matriz de códigos)

Año	Medio	Contundencia	Tamaño	Variedad
1988	Mensaje escrito	Afirmación	Indeterminado	Cuatro mensajes sin especificar la frecuencia de rotación
2002	Mensaje escrito	Afirmación	Determinado	Único (sobre contenidos)
2002	Mensaje escrito	Afirmación	Determinado	Advertencias generales más advertencias adicionales. Se obliga rotación.
2010	Mensajes escritos, pictogramas e imágenes	Afirmación	Determinado	Advertencias generales más advertencias adicionales. Se obliga rotación.

Fuente: Boletín Oficial del Estado (<http://www.boe.es/legislacion/>)

Por último, la Ley 42/2010, se inspiró en el CMCT para exigir la obligación de incorporar advertencias adicionales combinadas, es decir que tuvieran fotografías o ilustraciones y un texto. En la matriz de códigos es posible constatar los puntajes obtenidos en este instrumento de política pública (ver tabla 5.7).

Tabla 5.7. Puntaje de la matriz de códigos en las advertencias sanitarias

Año	Medio	Contundencia	Tamaño	Variedad	Puntaje
1988	1	3.5	1	2	1.88
2002	1	3.5	3	1	2.13
2010	4	3.5	3	4	3.63

Fuente: Boletín Oficial del Estado (<http://www.boe.es/legislacion/>)

5.2.4 Espacios libres de humo de tabaco

El Real Decreto 192/1988 estableció la prohibición de fumar en todos los vehículos o medios de transporte colectivo urbano e interurbano, en los que se admitieran viajeros sin ocupar asiento. Por su parte, en aquellos medios de transporte donde únicamente se admitían viajeros ocupando asiento se debía reservar para los fumadores una zona agrupada de menos del 50 por 100 de los asientos, situada

en la parte posterior. Esta regulación estableció además una serie de inmuebles públicos en los que se prohibía fumar, no obstante admitía la existencia de espacios para fumadores en dichos inmuebles.

Posteriormente, el Real Decreto 510/1992, estableció determinadas limitaciones en aeronaves comerciales cuyo origen y destino esté en territorio nacional y cuya duración programada de vuelo fuera inferior a noventa minutos. El Real Decreto 1293/99 amplió esta prohibición para todos los vuelos con destino u origen nacional, sin importar el tiempo de duración. Además, estableció una prohibición absoluta de fumar en todos los vehículos o medios de transporte colectivo urbano e interurbano. También se prohibió fumar en los transportes ferroviarios y marítimos, excepto en cubierta al aire libre. No obstante, podían reservarse vagones o camarotes completos o departamentos para fumadores, incluyendo cabinas de literas y camas, utilizadas por más de una persona, siempre en cuantía igual o inferior al 36 por 100 del total de plazas.

La Ley 28/2005 surgió a partir del CMCT para prohibir fumar en una serie de lugares públicos. No obstante, se permitía habilitar zonas para fumar. Dichas zonas debían estar separadas físicamente y no ser zonas de paso obligado para las personas no fumadoras, salvo que éstas fueran trabajadoras o empleadas del lugar. La tabla 5.8 muestra la evolución de los espacios libres de humo de tabaco.

Tabla 5.8. Evolución de la intensidad en los espacios libres de humo de tabaco

Año	Alcance	Contundencia de la Prohibición
1988	Vehículos que admitan viajeros sin ocupar asiento. Los que sólo admitan viajeros con asiento reservarán la mitad posterior del vehículo para fumadores.	Parcial
1992	Aeronaves	Parcial
1999	Prohibición absoluta de fumar en todos los vehículos o medios de transporte colectivo urbano e interurbano.	Parcial
2005	El consumo de productos del tabaco deberá hacerse exclusivamente en aquellos lugares o espacios en los que no esté totalmente prohibido o en los especialmente habilitados para ello.	Parcial
2010	Se prohíbe fumar en todos los espacios públicos cerrados.	Total

Fuente: Boletín Oficial del Estado (<http://www.boe.es/legislacion/>)

Además, Ley 28/2005 obligó a disponer de sistemas de ventilación independiente u otros dispositivos que garantizaran la eliminación de humos. Dicha superficie de la zona habilitada debería ser inferior al 10% de la total destinada a clientes o visitantes del establecimiento. Por último, con la Ley 42/2010 se suprimió la posibilidad de habilitar espacios para fumar. Además se definió más claramente lo

que era un espacio público cerrado. Se presenta la matriz de códigos con los puntajes obtenidos en los espacios libres de humo de tabaco (ver tabla 5.9).

Tabla 5.9. Puntaje de la matriz de códigos en los espacios libres de humo de tabaco

Año	Alcance	Contundencia de la Prohibición	Puntaje
1988	2	1	1.5
1992	2	2	2
1999	2	3	2.5
2005	4	3	3.5
2010	4	4	4

Fuente: Revisión de la normatividad histórica pertinente que se muestra en el anexo 2

5.2.5 Prohibiciones a la publicidad

La primera legislación en la materia es la Ley 34/1988, que tuvo como objetivo alinear la legislación española con la Directiva de las Comunidades Europeas de 1984, en materia de publicidad. En la Ley 34/1998 se prohíbe explícitamente la publicidad del tabaco en televisión, así como en los espacios en los que está permitido fumar. Sin embargo, en ésta se admitían circunstancias bajo las cuales sería posible la realización de la publicidad del tabaco.

Posteriormente, con la Ley 25/1994 se rebasaron las prohibiciones de la regulación anterior al prohibir cualquier forma, directa e indirecta, de publicidad de cigarrillos y demás productos del tabaco. Con esta ley se incorporó a la normatividad española la Directiva 89/552/CEE, sobre la coordinación de disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros relativos al ejercicio de actividades de radiodifusión televisiva. No obstante, quedaron sin regular otras modalidades de publicidad como la aparición de personas fumando en programas televisivos.

La Ley 13/1998 fue crucial porque reordenó el mercado de tabaco en España, específicamente al eliminar el monopolio en producción, así como en distribución mayorista. No obstante la distribución minorista permaneció bajo el control del Estado. En materia de publicidad, esta ley estableció prohibiciones específicas para que los mayoristas pudieran realizar actividades de promoción en el canal minorista a cargo del Estado, pero operado por los estancos. La prohibición fue establecida de forma absoluta en este caso.

Para fortalecer la Ley 25/1994, en la Ley 22/1999 se prohibió la tele venta de cigarrillos, además de que se conservaron las prohibiciones previas en materia de publicidad. La Ley 28/2005, también tuvo como objetivo primordial, ajustar las disposiciones nacionales en materia de publicidad del tabaco, a las del CMCT.

Específicamente, se prohibió el patrocinio de los productos del tabaco, así como toda clase de publicidad, y promoción de los citados productos en todos los medios o soportes. No obstante las prohibiciones no son absolutas porque se permite la publicidad en las publicaciones destinadas exclusivamente a los profesionales que intervienen en el comercio del tabaco.

Tabla 5.10. Evolución de la intensidad en la publicidad

Año	Medio	Contundencia
1988	Se prohíbe la publicidad de tabacos, por la televisión.	Parcial con límites a medios nacionales
1994	Se prohíbe la publicidad de tabacos, por la televisión.	Parcial con límites a medios nacionales
1998	Está prohibido realizar promoción por parte de fabricantes, importadores o mayoristas, a los expendedores de tabaco y timbre	Parcial con límites a medios nacionales
1999	Se prohíbe cualquier forma directa o indirecta, de publicidad y de televenta de productos de tabaco	Parcial con límites a medios nacionales
2005	Se prohíbe cualquier forma directa o indirecta, de publicidad y de televenta de productos de tabaco	Parcial con límites a medios nacionales
2010	Se prohíbe la publicidad de tabaco en todos los medios de comunicación, incluidos los servicios de la sociedad de la información.	Total

Fuente: Boletín Oficial del Estado (<http://www.boe.es/legislacion/>)

Finalmente, en el 2010 se incrementó la intensidad de las prohibiciones a la publicidad al prohibir en todos los medios de comunicación, incluidos los servicios de la sociedad de la información, la emisión de programas o de imágenes en los que los presentadores, colaboradores o invitados: aparecieran fumando, o que mencionarán, directa o indirectamente, marcas, nombres comerciales, logotipos u otros signos identificativos o asociados a productos del tabaco. En la matriz de códigos (tabla 5.11) es posible corroborar que existieron niveles de intensidad altos en este instrumento desde finales de los 80's.

Tabla 5.11. Puntaje de la matriz de códigos en las prohibiciones a la publicidad

Año	Medio	Contundencia	Puntaje
1988	3	3	3
1994	3	3	3
1998	3	3	3
1999	3	3	3
2005	3	3	3
2010	4	4	4

Fuente: Boletín Oficial del Estado (<http://www.boe.es/legislacion/>)

5.2.6 Programas de cesación

En la Ley 28/2005 se estableció que las administraciones públicas competentes deberían promover el desarrollo de programas sanitarios para la deshabituación

tabáquica en la red asistencial sanitaria, en especial en la atención primaria. Asimismo, debían promover programas de promoción del abandono del consumo de tabaco en instituciones docentes, centros sanitarios, centros de trabajo y entornos deportivos y de ocio. En general, las medidas establecidas en esta ley se concentran en la promoción, más que en la elaboración de programas obligatorios que posean presupuesto.

Tabla 5.12. Matriz de códigos en los programas de cesación

Año	Modalidad	Puntaje
2005	Promoción	2
2010	Acceso a tratamientos, así como a terapias.	3

Fuente: Boletín Oficial del Estado (<http://www.boe.es/legislacion/>)

La Ley 42/2010 también estableció una modalidad de promoción pero añade la necesidad de impulsar el acceso a tratamientos de deshabituación tabáquica, es decir medicamentos para ayudar a las personas que desean dejar de fumar. Esto hace que el instrumento de cesación se fortalezca en esta ley. No obstante, no se estableció la obligación de que dichos medicamentos fueran gratuitos por lo que sólo se alcanza un puntaje de tres en el 2010.

5.2.7 Instrumentos de monitoreo

España cuenta con encuestas nacionales de salud que monitorean periódicamente una serie de indicadores. La Encuesta Nacional de Salud se realiza desde 1987 por el Ministerio de Sanidad. Las primeras cinco entregas del período de 1987 a 2001 fueron realizadas por el Centro de Investigaciones Sociológicas. Desde 1993 el Instituto Nacional de Estadística se encarga de ello. En estas encuestas se mide la tasa de prevalencia del consumo de tabaco entre otros indicadores de salud. No obstante, no existe un instrumento exclusivo para medir el consumo de tabaco, ni una metodología establecida o un responsable fijo de llevarla a cabo.

Tabla 5.13. Evolución de la intensidad en los instrumentos de monitoreo (matriz de códigos)

Año	Alcance geográfico	Frecuencia	Elaboración
2010	Nacional	Indeterminada	Indeterminada

Fuente: Boletín Oficial del Estado (<http://www.boe.es/legislacion/>)

Los puntajes se presentan en la tabla, en la que se observa que se alcanza la máxima calificación en el alcance geográfico pues la Encuesta Nacional de Salud tiene una cobertura nacional. No obstante, no existe una periodicidad o

metodología de elaboración determinada, lo cual propicia que se obtenga una calificación mínima en los indicadores de frecuencia y de elaboración. En el 2010 se reguló este instrumento al que se le ha asignado una calificación de dos en la matriz de códigos (ver tabla 5.14).

Tabla 5.14. Matriz de códigos en los programas de cesación

Año	Alcance geográfico	Frecuencia	Elaboración	Puntaje
2008	4	1	1	2

Fuente: Boletín Oficial del Estado (<http://www.boe.es/legislacion/>)

5.2.8 Síntesis de la evolución de la intensidad de los instrumentos

España arrancó su política para el control del tabaco mucho antes de la firma del CMCT (ver tabla 5.15). En 1988 se presentó uno de los incrementos más importantes en la historia de estas políticas en este país. En 1986 sólo existían los impuestos mientras que en 1988 empezaron a operar las advertencias sanitarias, los espacios libres de humo de tabaco, así como las prohibiciones a la publicidad en televisión. Esta primera intensificación de la política fue propiciada por la Directiva 89/622/CEE, a la cual tenía que ajustarse la normatividad española.

Tabla 5.15. Evolución de la intensidad de las políticas para el control del tabaco

Año	Impuestos	Advertencias	Espacios	Publicidad	Cesación	Monitoreo	Total	
1984	2.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.33	Etapa previa al CMCT
1985	2.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.33	
1986	2.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.33	
1988	2.00	1.88	1.50	3.00	0.00	0.00	1.40	
1989	2.00	1.88	1.50	3.00	0.00	0.00	1.40	
1990	2.00	1.88	1.50	3.00	0.00	0.00	1.40	
1991	2.00	1.88	1.50	3.00	0.00	0.00	1.40	
1992	2.00	1.88	2.00	3.00	0.00	0.00	1.48	
1993	3.00	1.88	2.00	3.00	0.00	0.00	1.65	
1994	3.00	1.88	2.00	3.00	0.00	0.00	1.65	
1995	3.00	1.88	2.00	3.00	0.00	0.00	1.65	
1996	3.00	1.88	2.00	3.00	0.00	0.00	1.65	
1997	3.00	1.88	2.00	3.00	0.00	0.00	1.65	
1998	3.00	1.88	2.00	3.00	0.00	0.00	1.65	
1999	3.00	1.88	2.50	3.00	0.00	0.00	1.73	
2000	3.00	1.88	2.50	3.00	0.00	0.00	1.73	
2001	3.00	1.88	2.50	3.00	0.00	0.00	1.73	
2002	3.00	2.13	2.50	3.00	0.00	0.00	1.77	
2003	3.00	2.13	2.50	3.00	0.00	0.00	1.77	
2004	3.00	2.13	2.50	3.00	0.00	0.00	1.77	
2005	3.00	2.13	3.50	3.00	2.00	0.00	2.27	
2006	3.00	2.13	3.50	3.00	2.00	0.00	2.27	
2007	3.00	2.13	3.50	3.00	2.00	0.00	2.27	
2008	3.00	2.13	3.50	3.00	2.00	0.00	2.27	
2009	4.00	2.13	3.50	3.00	2.00	0.00	2.44	
2010	4.00	3.63	4.00	4.00	3.00	2.00	3.44	

Fuente: Elaboración propia

En 1992 se produjo un cambio pequeño, al igual que en 1993. El primero fue producido por una intensificación de las prohibiciones en los espacios libres de humo de tabaco, específicamente en aeronaves, mientras que el segundo fue propiciado por un incremento en impuestos. Posteriormente, en 1999 se incrementó nuevamente la intensidad de los espacios libres de humo de tabaco, pues se prohibió fumar en todos los vehículos o medios de transporte colectivo urbano e interurbano. Además, en el 2002 se intensificaron las advertencias sanitarias, al ser obligatorio que ocuparan un 40% de la cara principal de una cajetilla, esto para ajustarse con lo establecido por la Directiva Europea 2001/37. En suma, antes del CMCT España tuvo una gran cantidad de regulación contra el tabaco, principalmente motivada por regulación europea que se veían obligados a acatar.

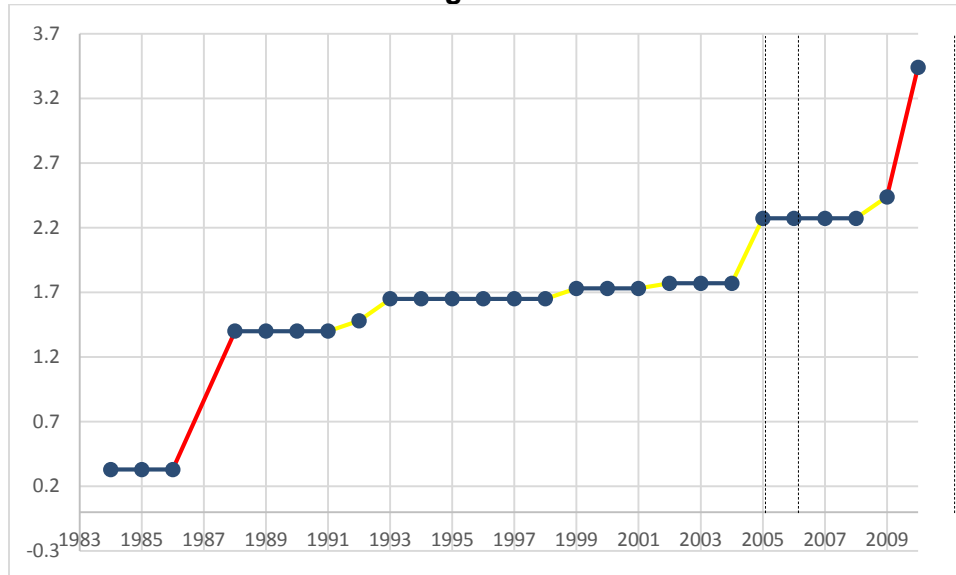
Después de la firma del CMCT, España responde con la Ley 28/2005 que generó incrementos en los espacios libres de humo de tabaco, así como en los instrumentos de cesación. En el 2009, se incrementaron los impuestos hasta alcanzar el nivel máximo recomendado por la OMS. No obstante, se criticó que la Ley 28/2005 seguía tolerando las zonas para fumar en espacios públicos cerrados.

Finalmente, con la Ley 42/2010 se lograron niveles bastante elevados de intensidad en la política, con incrementos en casi todos los instrumentos, excepto en impuestos, que ya alcanzaban el máximo posible según nuestros criterios de codificación usados. El instrumento más débil fueron los instrumentos de monitoreo que apenas alcanzaron un dos de calificación. No obstante, el puntaje general de la política fue el máximo en tres instrumentos de política de los seis analizados.

Los incrementos importantes en intensidad fueron ocasionados, casi siempre, por regulación proveniente del exterior, sea de la Unión Europea, o por compromisos internacionales como el CMCT. No obstante, en el 2010 se logró una importante ley sin que existiera un referente externo inmediato que la produjera. La gráfica muestra claramente que existieron dos momentos sumamente importantes (en rojo) para la política contra el tabaco en España. El primero en 1988 a partir de Directivas Europeas, así como el segundo en el 2010 que fue impulsado desde la sociedad civil. Sin embargo, existieron varios incrementos en intensidad más pequeños (en amarillo) que sucedieron entre 1991 y el 2003, los cuales fueron provocados, casi todos, por Directivas Europeas.

La gráfica 5.1 muestra la evolución general de la intensidad de las políticas para el control del tabaco en España.

Gráfica 5.1. Evolución de la intensidad con base en los seis instrumentos de la estrategia MPOWER



Fuente: Elaboración propia con base en revisión de la legislación relevante.

5.3 Los diferentes enfoques teóricos en el contexto español

Para verificar si existe una relación entre la intensidad de la política pública con los enfoques teóricos analizados, se hizo una revisión de la evolución de estas últimas en el tiempo. Si existiera esa relación, se esperaría que los años en que se presentaran modificaciones en la intensidad de la política estuvieran relacionados con cambios en los indicadores asociados a dichos enfoques teóricos.

5.1.1 Enfoque del interés público

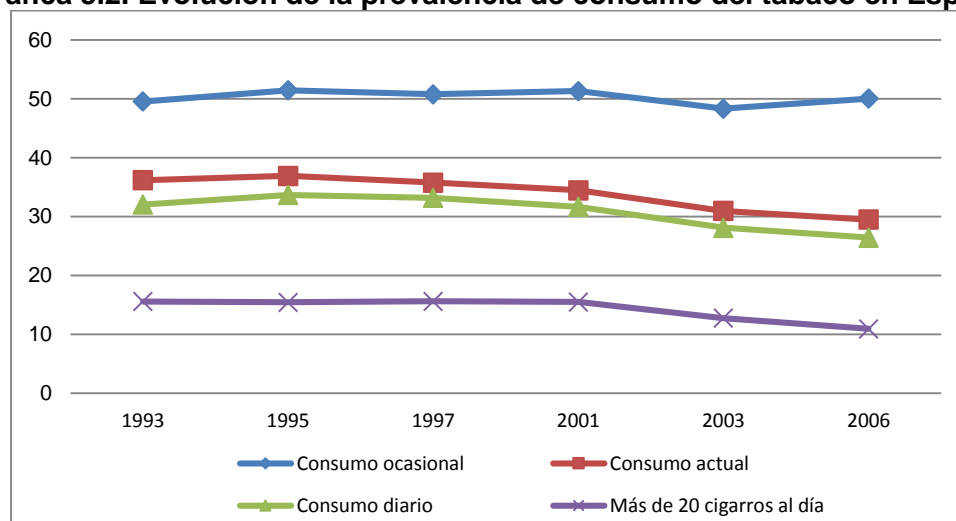
La teoría del interés público supone que la intensidad está relacionada con la magnitud del problema público, medido por los datos oficiales disponibles. Entonces las etapas de mayor regulación deberían estar precedidas a momentos en los que se incrementan las tasas de consumo o las tasas de mortalidad por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco.

• Primer indicador: el consumo

La prevalencia en el consumo de tabaco en España ha disminuido paulatinamente desde la década pasada. Según datos de la Encuesta Nacional de Salud, en España esta disminución está documentada de acuerdo a diferentes definiciones de fumador. En la gráfica 5.2 se puede observar que disminuyeron el consumo actual, el diario, así como la cantidad de personas que consumen más de 20 cigarrillos el día. El consumo ocasional se ha mantenido prácticamente estable. En general, según esta encuesta este es un fenómeno que se encuentra en reducción en España.

La Encuesta Nacional de Salud de España se realiza desde 1987 por el Ministerio de Sanidad. Las primeras cinco versiones del período de 1987 a 2001 fueron realizadas por el Centro de Investigaciones Sociológicas. Desde 1993 el Instituto Nacional de Estadística se encarga de ello. Para el consumo actual se preguntó a los fumadores si actualmente consumen tabaco, para el consumo ocasional se preguntó si se había consumido tabaco alguna vez en la vida.

Gráfica 5.2. Evolución de la prevalencia de consumo del tabaco en España

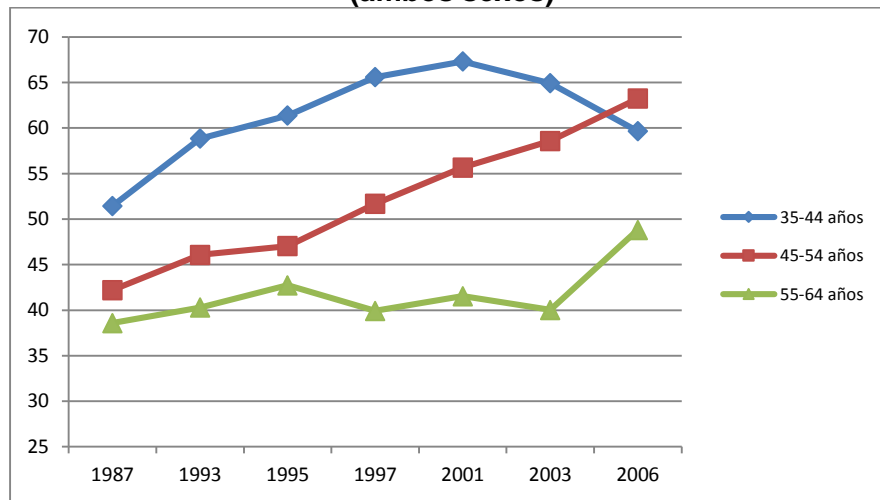


Fuente: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
Encuesta Nacional de Salud de España.

Las tasas de prevalencia más altas, que consideran ambos sexos, se presentan entre los fumadores ocasionales, pues basta con reportar que se fumó alguna vez en la vida para ser incluido en esta categoría. En términos generales se observa que de 1987 a la fecha casi no hubo un cambio en la proporción de la población que reportó haber fumado al menos una vez en la vida (**ver anexo 1**). No obstante, si se presentó un incremento en la prevalencia de consumo de tabaco en tres categorías de edad, como puede apreciarse en la gráfica 5.3. El mayor incremento

se presentó en el grupo de edad de los 45 a los 55 años. Sin embargo, para ambos sexos, los grupos más jóvenes presentaron reducciones sustanciales en el consumo ocasional de cigarros.

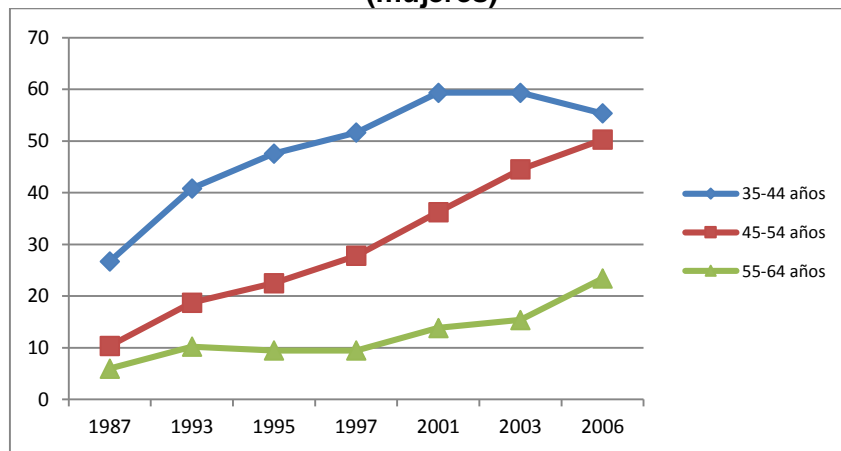
Gráfica 5.3. Fumadores ocasionales que crecieron de acuerdo a grupos de edades (ambos sexos)



Fuente: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
Encuesta Nacional de Salud de España.

Cuando se considera sólo a los hombres se constata que en ningún grupo de edad se presentó un incremento en las tasas de prevalencia de consumo ocasional de tabaco. Sin embargo, en las mujeres si es posible observar una tendencia a la alza en los mismos grupos de edad registrados en la gráfica para ambos sexos, lo cual indica que son las mujeres quienes provocan esta alza general. Probablemente, esto se deba al patrón de consumo histórico de España, en el que las mujeres empezaron a fumar después de los hombres por lo que su consumo disminuye de forma más tardía en grupos de edad madura (ver gráfica 5.4).

Gráfica 5.4. Fumadores ocasiones que crecieron de acuerdo a grupos de edades (mujeres)



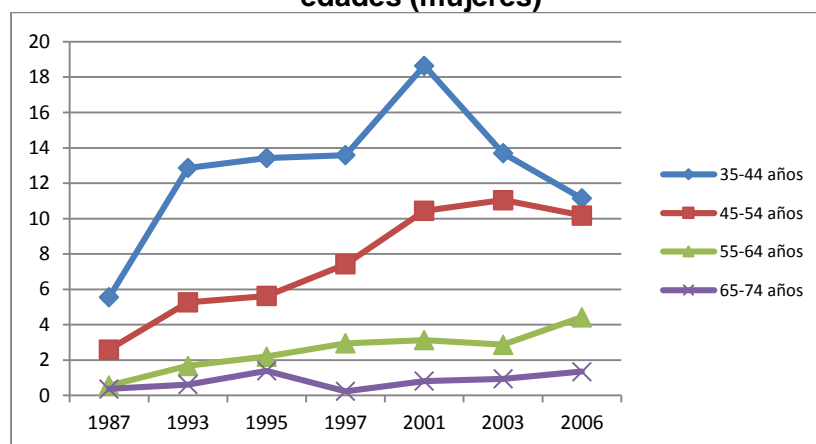
Fuente: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud de España.

A pesar de los incrementos en algunos grupos de edad, el anexo 1 muestra de forma contundente que, aun cuando se consideren los diferentes grupos de edad o sexos, el consumo ocasional de tabaco ha disminuido consistentemente en España desde 1987. Sobre todo, se observa que los decrementos más importantes se dan entre los grupos de población más joven. Esto es importante porque puede ser evidencia de que el hábito de fumar sólo tiene presencia fuerte entre grupos de edad más avanzada, por lo que en el tiempo dicho hábito tendería a disminuir incluso más.

Otra medición utilizada en la Encuesta Nacional de Salud es la de fumadores actuales, que sólo registra aquellas personas que reportaron fumar actualmente, sin mencionar la periodicidad con la que lo hacían. La disminución de los fumadores actuales de 1987 a 2006 reportada por la encuesta es de 8.85 puntos porcentuales. A diferencia de los fumadores ocasiones donde no se apreciaba cambio, si se disminuyeron las personas identificadas como fumadores actuales (ver anexo). De igual forma, entre los fumadores diarios, la caída general es de 5.62 puntos porcentuales en el periodo considerado por la encuesta.

En suma, el comportamiento del consumo diario es similar al del consumo actual u ocasional, pues se aprecia una reducción general para ambos sexos. Sin embargo, los niveles de consumo diario son inferiores a los anteriores porque indican un consumo más intenso. Por otra parte, en el grupo de fumadores de alto consumo, es decir aquellos que consumen más de 20 cigarros al día, hubo un incremento drástico entre las mujeres fumadoras de entre 35 y 44 años hasta el 2001, pero después de ese año se registró un descenso. En otros grupos de edad más avanzada el consumo ha crecido poco e incluso ha mostrado una tendencia a estabilizarse (ver gráfica 5.5).

Gráfica 5.5. Fumadores de alto consumo que crecieron de acuerdo a grupos de edades (mujeres)



Fuente: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud de España.

En términos generales el consumo de cigarrillos ha disminuido paulatinamente desde 1987 en España. Cuando se toman en cuenta ambos sexos se observa que no existe ninguna categoría de edad en la que no se presente una disminución. Cuando se toma sólo a los hombres se observa que la disminución es incluso superior. Es en el grupo de las mujeres en donde se observa que en las categorías de edad más avanzada si se han presentado incrementos en el consumo intenso de cigarrillos, aunque son incrementos que tienden a estabilizarse.

La Asociación Española contra el cáncer coincide en que: “sí que ha habido un descenso en el consumo del tabaco en hombres pero ha aumentado en mujeres, se ha incrementado la cifra, sí que es preocupante, aunque todavía no se han visto efectos en el tema de cáncer”. Por su parte, el Comisionado para el Mercado del Tabaco señaló que: “de hecho, en los últimos datos, en la última encuesta que se hizo sobre el tema de consumo de tabaco, siguen reduciéndose, respecto a las reducciones anteriores ha habido un aumento de 0.50%”. Coincidió el CNPT en señalar que: “en España uno de los problemas importantes que tenemos a diferencia a otros países es el tema de cantidad de gente que fuma la gente joven”.

Por su parte, el Presidente de la Asociación Nacional de Estancos señaló que: “la carga impositiva es tremenda, como consecuencia de todo ello, en los últimos dos años hemos tenido en todo Europa, se ha disparado el contrabando de una forma demencial, es decir no ha disminuido el consumo”. En el mismo sentido, la organización fumadores por la tolerancia manifestó que: “en zonas como, por ejemplo, Santa Lucía que tiene al lado Gibraltar, la gente no tiene trabajo, pues cruza la línea hace 3 o 5 viajes y saca sus 30 o 40 euros diarios que al final es un

suelo. También hay estanqueros que pagan sus impuestos y comoquiera están en el comercio ilícito del tabaco. También nos ha pasado que se ha dado una ruta de contrabando con respecto a Portugal. Toda la frontera de Portugal que comparte con España es una ruta de tráfico de tabaco. Todo esto es un indicativo de que las cifras de ventas oficiales de cigarrillos no dicen nada sobre el consumo real”.

En suma, los datos oficiales parecen dejar claro que el tabaquismo es un fenómeno estable que está decreciendo en España. Las percepciones de los actores en contra de la política, que se pudieron detectar, son similares pues sostienen que el consumo se ha mantenido debido al tabaco ilegal. No obstante, las encuestas consideradas miden la prevalencia del consumo sin preguntar si este es legal o ilegal, por lo que sí capturan el consumo de tabaco de forma apropiada. No existe entonces evidencia de que el consumo se encuentre asociado de alguna forma con los incrementos en la intensidad de la política.

• Segundo indicador: la mortalidad asociada al consumo de tabaco

Una de las enfermedades más dañinas que se han relacionado con el consumo del tabaco es la enfermedad isquémica del corazón. Además, esta enfermedad es de la que más rápidamente se pueden recuperar las personas cuando dejan de fumar. La tabla 5.16 muestra que de 1987 al 2007 la tasa de mortalidad por cada 100 mil habitantes, para esta enfermedad se redujo de forma importante. Las reducciones están presentes en todos los grupos de edad presentados en este cuadro.

Tabla 5. 6. Tasa de mortalidad por 100 mil habitantes por enfermedad isquémica del corazón.

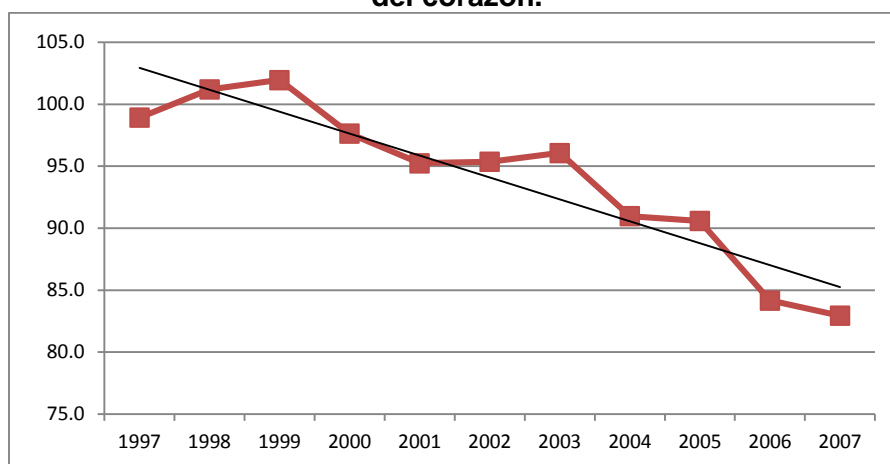
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Total	98.9	101.2	102.0	97.6	95.3	95.4	96.1	91.0	90.6	84.2	82.9
< 1	0.0	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2
1-4	0.0	0.1	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
5-14	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
15-24	0.2	0.3	0.3	0.3	0.4	0.4	0.3	0.3	0.5	0.2	0.4
25-34	1.9	1.8	1.8	1.7	1.5	1.5	1.5	1.3	1.3	1.0	1.2
35-44	10.6	10.6	10.1	10.1	8.2	8.9	8.6	8.0	7.2	8.3	6.9
45-54	33.5	33.6	33.1	32.9	30.7	30.5	29.1	28.5	27.3	27.0	24.6
55-64	92.5	91.1	89.2	82.3	79.3	74.3	74.7	68.3	67.8	64.2	63.5
65-74	255.1	249.2	250.0	236.7	221.7	211.1	211.3	192.5	191.5	173.0	168.8
75 y +	904.4	915.6	899.9	843.0	824.2	831.2	831.0	786.1	775.2	708.0	696.7

Fuente: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Instituto de Información Sanitaria. Mortalidad por causa de muerte.

En general, es difícil afirmar que, la tasa de mortalidad por cada 100 mil habitantes de esta enfermedad, pudiera haber sido el detonador de la regulación contra el

tabaco en España. Esto es porque se puede observar en la gráfica 5.6 que la tendencia de este indicador ha venido a la baja desde 1997, lo antecede mucho a la regulación más reciente en la materia. De una tasa de 98.9 que se tenía en 1997 se pasó a una de 82.9 en el 2007, lo cual significa que hubo una reducción de más del 16% en este indicador durante el periodo estudiado.

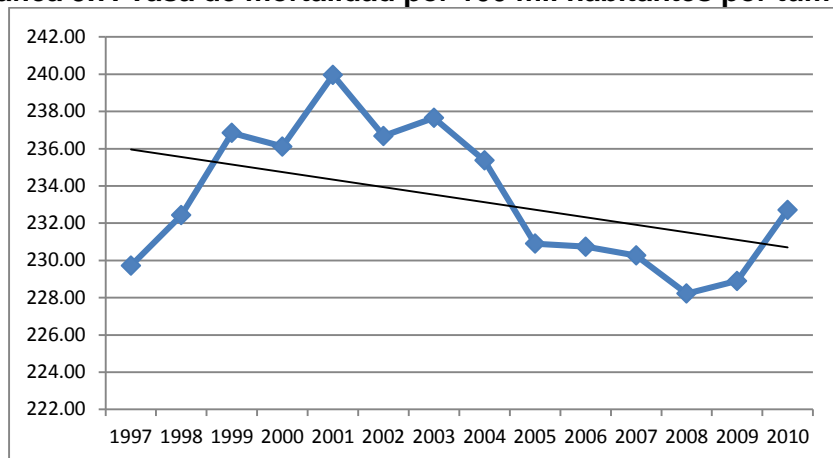
Gráfica 5.6. Tasa de mortalidad por 100 mil habitantes por enfermedad isquémica del corazón.



Fuente: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Instituto de Información Sanitaria. Mortalidad por causa de muerte.

Desde hace casi 20 años, la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) publicó que fumar tabaco acarrea un fuerte aumento del riesgo de cáncer de pulmón, de cavidad oral, de faringe, de laringe, de esófago, de páncreas, de vejiga, de riñón. Los fumadores tienen más probabilidades que los no fumadores de desarrollar alguno de estos cánceres: desde tres veces más probabilidades en el caso del cáncer de páncreas hasta veinte veces más en el caso del cáncer de pulmón. En la gráfica 5.7 se presenta la tasa de mortalidad por tumores malignos por cada 100 mil habitantes. Adicionalmente, en el **anexo 8** puede consultarse esta tasa por diferentes grupos de edad.

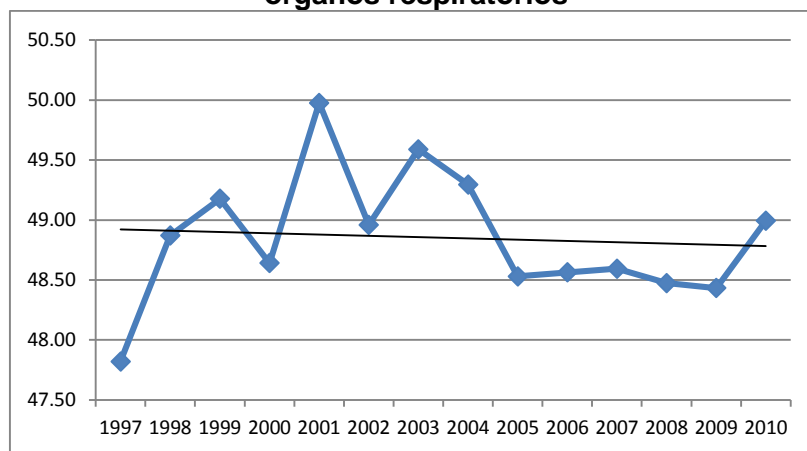
Gráfica 5.7. Tasa de mortalidad por 100 mil habitantes por tumores



Fuente: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Instituto de Información Sanitaria. Mortalidad por causa de muerte.

La tendencia no es muy diferente si se toman en cuenta sólo los tumores malignos de órganos respiratorios. La gráfica 5.8 presenta una tendencia que también es decreciente aunque con una menor pendiente que cuando se consideran todos los tipos de tumores malignos. A pesar de la tendencia a la baja, existen períodos en los que se presentaron alzas en estas enfermedades, aunque son incrementos bastante moderados.

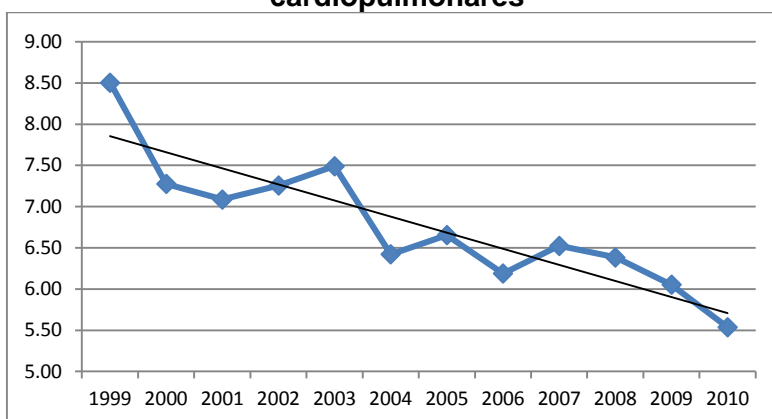
Gráfica 5.8. Tasa de mortalidad por 100 mil habitantes por tumores malignos de órganos respiratorios



Fuente: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Instituto de Información Sanitaria. Mortalidad por causa de muerte.

Respecto a las enfermedades cardiopulmonares como la pulmonar obstructiva crónica, la gráfica 5.10 muestra una tendencia sostenida a la baja de este tipo de enfermedades de 1999 al 2010.

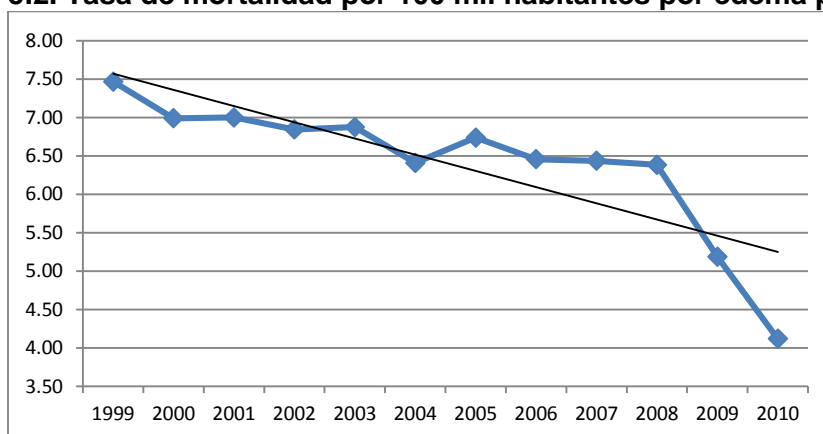
Gráfica 5.1. Tasa de mortalidad por 100 mil habitantes por enfermedades cardiopulmonares



Fuente: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Instituto de Información Sanitaria. Mortalidad por causa de muerte.

El edema pulmonar generalmente es causado por insuficiencia cardíaca. La tasa de mortalidad por cada 100 mil habitantes, por edema pulmonar, también ha disminuido notablemente (ver tabla 5.11).

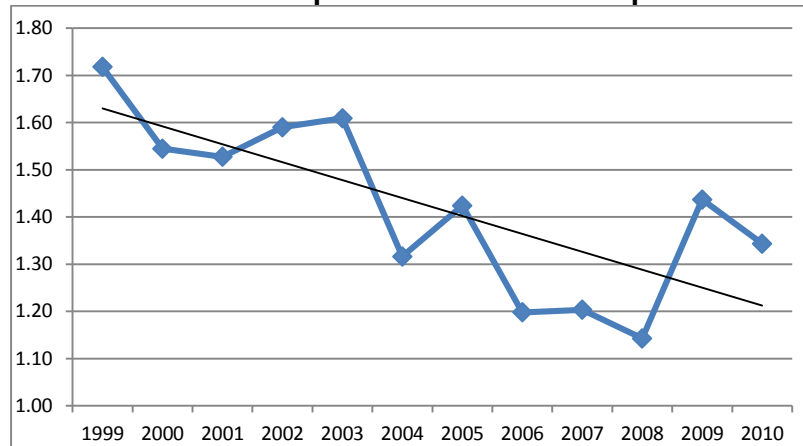
Gráfica 5.2. Tasa de mortalidad por 100 mil habitantes por edema pulmonar



Fuente: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Instituto de Información Sanitaria. Mortalidad por causa de muerte.

El enfisema pulmonar es otra enfermedad que puede ser provocada por el consumo de tabaco. La tasa de mortalidad por 100 mil habitantes relacionada con esta enfermedad ha disminuido notablemente en la última década en España. El cuadro 10 muestra que de 1.72 se pasó a 1.34 muertes por cada 100 mil habitantes, de 1999 al 2010. Por su parte, la gráfica 5.12 muestra claramente que la tendencia de este indicador es decreciente.

Gráfica 5.3. Tasa de mortalidad por 100 mil habitantes por enfisema pulmonar



Fuente: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Instituto de Información Sanitaria. Mortalidad por causa de muerte.

En suma, la mortalidad por causas relacionadas con el consumo de tabaco se encuentra estable. Eso significa que no se puede relacionar con el incremento en la intensidad de la política.

5.1.2 Enfoque del interés privado

Los grupos de interés han sido primordiales en el desarrollo de la política para el control del tabaco en España. En los últimos años han tenido presencia activa en los medios de comunicación, la cual ha sido un factor crucial para empujar los incrementos en la intensidad más recientes. No obstante, es importante realizar una revisión más detenida para valorar el papel real que tuvieron estos actores a lo largo de toda la política.

- **Primer indicador: cantidad de declaraciones de los grupos de interés en los medios de comunicación.**

Los actores identificados fueron clasificados en tres etapas, de acuerdo con los momentos en los que se emitió regulación importante en materia de control del tabaco (ver tabla 5.17). La primera etapa es la anterior a la ratificación al CMCT, la segunda es posterior a la ratificación del CMCT pero previa a la Ley 42/2010, mientras que la última es posterior a dicha ley.

Tabla 5.17. Evolución de la participación de los grupos de interés

	Etapa previa al CMCT 2000 - 2004	Etapa posterior al CMCT 2005 - 2009	Etapa posterior a la Ley 42/2010 2010 - 2012
Reguladores	<ul style="list-style-type: none"> • Unión Europea • Ministerio de Sanidad y Consumo • Instituto Nacional de Cancerología 	<ul style="list-style-type: none"> • Unión Europea • Ministerio de Sanidad y Consumo • Cámara de Senadores • Congreso de los Diputados • Ministerio de Economía y Hacienda • Consejo de Ministros • Comunidad de Madrid 	<ul style="list-style-type: none"> • Agencia Tributaria • Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas • Sociedad Valenciana de Reumatología • Unidad Especializada de Tabaquismo del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca • Unidad de Tabaquismo del Hospital Carlos III • Comisionado del Mercado de Tabacos • Instituto Nacional de Salud Pública • Ministerio de Salud y Consumo • Ministerio de Economía y Hacienda
Actores a favor	<ul style="list-style-type: none"> • OMS • Asociación Española Contra el Cáncer • Fundación Española del Corazón • Fundación Española del Pulmón • Comité de Expertos para una vida sin Tabaco 	<ul style="list-style-type: none"> • OMS • Asociación Española Contra el Cáncer • Centro de Investigaciones Sociológicas • Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica • Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo • Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria • Federación de Consumidores en Acción • SEPAR 	<ul style="list-style-type: none"> • Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria • Asociación Española Contra el Cáncer • Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo • Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica • Fundación del Español Urgente • Fundación Española del Corazón • No fumar • Federación de Consumidores en Acción • SEPAR
Actores en contra	<ul style="list-style-type: none"> • PMI 	<ul style="list-style-type: none"> • Unión de Estanqueros • PMI • Altadis • Unión de Consumidores de España 	<ul style="list-style-type: none"> • Unión de Estanqueros • La Mesa del Tabaco • Japan Tobacco International • Federación de Hostelería de España • Fumadores por la Tolerancia • UNITAB

Fuente: Elaboración propia con base en búsqueda de declaraciones en medios digitales, así como en las entrevistas realizadas.

Se identificaron nueve actores que emitieron declaraciones en el primer periodo, de los cuales tres fueron reguladores, cinco fueron actores a favor de la política y sólo uno en contra. La Unión Europea es el actor más importante de los reguladores, pues sus declaraciones tienen que ver con la necesidad de que España aplique las Directivas Europeas a su regulación local. Entre los actores a favor de la política se tienen un conjunto de organizaciones españolas de la sociedad civil que actuaban de forma individual, más la OMS. Finalmente, PMI es el único actor participando en el espacio de opinión pública en este periodo.

La participación era limitada antes del CMCT, como lo señala la Asociación Española contra el Cáncer: “empezamos pocos organismos, pero cada vez se fueron sumando más, la intención fue ir sumando a grupos de profesionales sanitarios, a científicos, entre otros”. De igual forma, Joan Villalbí, funcionario público de la Comunidad Autónoma de Catalunya, así como líder fundador del CNPT, señaló que: “antes estábamos muy aislados con pocos espacios de contacto, éramos algunas asociaciones de profesionales interesadas en el tema”.

En el segundo periodo participaron dieciocho actores en el espacio de opinión pública, de los cuales, siete eran reguladores, otros siete eran actores a favor de la política, mientras que sólo cuatro se pronunciaban en contra. Además de la Unión Europea, en este periodo surgen otros actores relevantes, como la Cámara de Senadores y el Congreso de los Diputados, quienes estuvieron realizando muchas declaraciones posteriores a la aprobación de la Ley 28/2005. De acuerdo con el Presidente de la Asociación Nacional de Estanqueros: “Para la aprobación de la Ley 28/2005, en el Senado hubo mucha actividad, también se hizo una comisión en el Congreso de los Diputados en España, sobre el tema de la ley, en la que hubo una serie de comparecencias”.

En el segundo periodo no se incrementan los actores a favor de la política, pues siguen siendo siete, pero surge un actor que sería fundamental para la consolidación de la Ley 28/2005, el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT). Este comité aglutina a muchas otras organizaciones para empezar a generar propuestas, planteamientos o exigencias conjuntas sobre el tabaco. El mismo Joan Villalbí señala que: “se necesitaba más espacio de contacto y esto lo hizo el CNPT a través de reuniones, documentos, páginas web y desarrollo de reflexiones sobre temas clave, en los que no había una visión compartida.”

Al respecto, el Secretario General del CNPT mencionó: “participamos activamente haciendo presión en la aprobación de la regulación que se aprobó en el 2005, también, en el 2010 se decidió modificar la ley y pues nosotros empezamos a hacer una campaña de presión en medios de comunicación, nosotros somos referencia en los medios de comunicación, la mayoría de las noticias que están en relación con el tema del tabaco, pues nos llaman a nosotros para preguntarnos nuestra opinión”.

Por otra parte, el número de actores en contra de la política también se incrementó en el segundo periodo, pues empezó a participar de forma más activa la Unión de Estanqueros. También se activó Altadis, que es una tabacalera local, así como la Unión de Consumidores de España. PMI continúa siendo el actor central entre de quienes se encuentran en contra de la política. Sobre esto, la Asociación Española Contra el Cáncer sostiene que: “las tabacaleras se asociaron mucho, se asociaron después de la primera ley con asociaciones de empresarios o de estanqueros, su argumento es que después de la ley antitabaco, las ventas, el consumo ha descendido”.

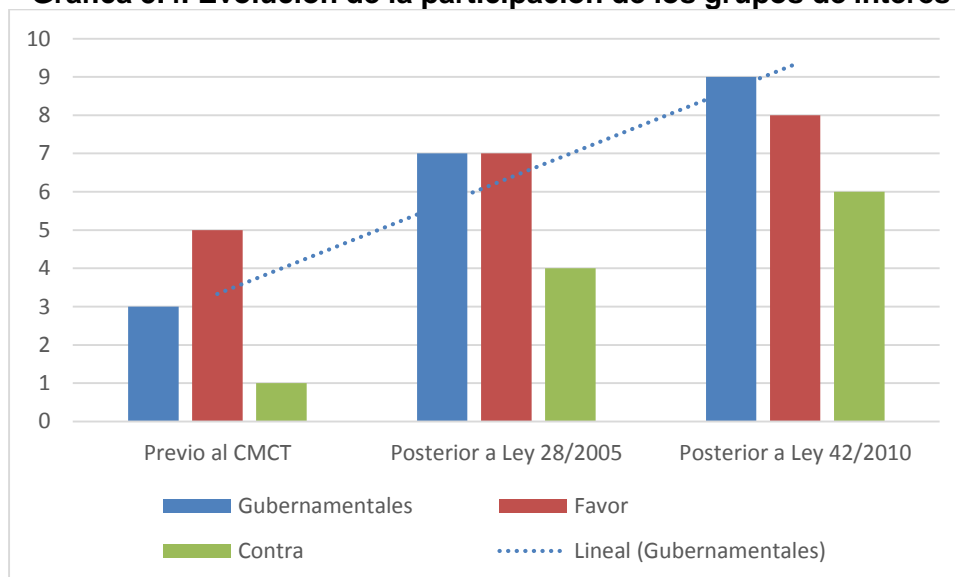
Finalmente, en la etapa posterior a la Ley 42-2010, por lo menos veintitrés actores estuvieron participando en el espacio público. Entre los actores a favor de la política la estructura de los participantes se mantuvo relativamente constante, con

el CNPT teniendo un papel fundamental en su articulación. Por su parte, en este tercer período, la coalición de actores en contra de la política sumó aliados, desde los productores de la UNITAB, hasta una organización de la sociedad civil (Fumadores por la Tolerancia). El presidente de la SEPAR reconoce que: “recientemente, aquí también existe una organización que se llama *Fumadores por la Tolerancia*, está claramente financiada por la tabacalera. Son gente con cierto renombre público, que hacen ostentación de fumar, que dicen que los inspectores sanitarios no tienen por qué inmiscuirse en la vida de otra persona”.

Por su parte, el Presidente de la organización Fumadores por la Tolerancia, señaló que: “los únicos que hemos hecho algo contra esta ley hemos sido nosotros, con nuestros pocos medios, lo que tenemos es bastante fuerza mediática aquí en España, porque durante los últimos años hemos sido los únicos que hemos defendido el tabaco públicamente”.

Indiscutiblemente, los tres principales sucesos legislativos para España han sido la ratificación del CMCT, la promulgación de la Ley 28-2005, así de la Ley 42/2010. La dinámica de los miembros de las dos principales coaliciones interesadas en la política, ha estado condicionada por dichos sucesos. No se observa que la participación de la sociedad civil sea el detonador inicial de los incrementos en la intensidad de la política, sino más bien, se aprecia que el primer suceso regulatorio, la ratificación del CMCT, fue un poderoso combustible que incrementó la cantidad de actores en ambas coaliciones.

Gráfica 5.4. Evolución de la participación de los grupos de interés



Fuente: elaboración propia con base en búsqueda de declaraciones en medios digitales, así como en las entrevistas realizadas.

En las etapas posteriores es indiscutible que la sociedad civil tuvo un papel primordial para impulsar el cumplimiento de todos los acuerdos del CMCT en la legislación local. Sin embargo, los actores en contra fueron los que más crecieron después de la ratificación del CMCT, por lo que este indicador no brinda una explicación satisfactoria de los incrementos en intensidad. Es cierto que se incrementó la participación de todos los actores interesados en la política, pero en términos relativos, los actores en contra se fortalecieron más. Los reguladores que emitían opiniones en periódicos también crecieron sustancialmente pero en este grupo también existieron posturas a favor, así como en contra.

• Segundo indicador: coordinación entre los grupos de interés.

Los actores a favor de la política han podido contar con el CNPT como una organización paraguas que fungió como un ente coordinador de todas sus actividades desde antes de que se emitiera la primera regulación serie de estrategias más articuladas, en las que los recursos aportados por cada organización podían ser coordinados de forma estratégica. Es destacable que casi todos los actores entrevistados reconocen que el papel que jugó el CNPT fue fundamental para conseguir los resultados obtenidos.

Por ejemplo, la Asociación Española Contra el Cáncer señala que: “el CNPT, el Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo, es el principal, el que más peso tiene y todos estamos asociados a él y es el punto de referencia”. Joan Villalbí señala que: “lo que asume el Comité fue esta labor que era bastante importante, de traducir los datos científicos al lenguaje periodístico y en noticias”.

La dirigente de la organización No Fumar, manifestó: “nosotros hemos sido la única asociación civil que no es de médicos, nosotros siempre hemos tenido una gran organización y un gran apoyo en el CNPT, o sea, si entras en su página web, es una asociación que engloba a cuarenta, cincuenta asociaciones médicas, entonces hemos tenido el apoyo médico y nosotros también los vamos apoyar”. En el mismo sentido, Carmen Cabezas, Directora General de Promoción de la Salud en Catalunya señala que: “es de gran relevancia el papel que tuvo el Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo, tanto en la primera como en la ley como en su posterior modificación”.

Por su parte, el Secretario General del CNPT ha señalado que: “el CNPT es único, porque, por ejemplo, en Francia hay distintas sociedades científicas que están dentro del instituto nacional de Salud Pública, pero pues nada más representan a

neumólogos, o a gente que se dedica a la prevención de salud, nada más. Pues a nivel europeo no conocemos, incluso Portugal, que quisieron hacer algo parecido de hacer como una especie de CNPT, pero tienen dos organizaciones, no una, no han conseguido unirse en el tema de prevención de control del tabaquismo y nosotros pues el que sólo haya una sola sociedad científica, pues nos da más poder de lobby”.

Sin embargo, el presidente de la SEPAR, que es la organización aglutina a los neumólogos en España, manifestó que ellos han decidido separarse del CNPT, específicamente, porque consideran que no están dando la batalla en algunos temas de gran relevancia. El presidente señaló que: “nosotros somos la principal organización en la lucha contra el tabaco en España, nosotros nos reunimos cada año, verás hacemos un congreso anual. Somos la organización líder de tabaco en España. En el CNPT hay personas de distintas formaciones, pero acá estamos los médicos que somos quienes tenemos más credibilidad en el tema”.

Al respecto, Joan Villalbí, socio fundador del CNPT señaló que: “es complicado, tuvimos una crisis el año pasado, se fueron dos o tres asociaciones del CNPT, los neumólogos querían mandar más, querían más énfasis del tratamiento farmacológico. Yo que se hubo tensiones que acabaron con esta distinción lamentable pero bueno mira así es la vida”.

En general, se puede apreciar que desde su surgimiento, el CNPT ha realizado las tareas de coordinación de forma altamente efectiva. Todos los entrevistados, excepto la SEPAR, reconocen al CNPT como el ente articulador de las demandas de los actores a favor de las políticas, mucho antes de la aprobación de la regulación del 2010. Es probable que los esfuerzos de este ente articulador permitieran que la sociedad civil impulsara con fuerza sus propuestas.

En cambio, entre los actores en contra no existió nunca un único ente articulador. PMI es la principal empresa transnacional en España pero comparte el mercado con otras como Altadis. En el transcurso de los últimos veinte años varias organizaciones han tratado de convertirse en líderes de quienes están en contra de la política. Por ejemplo, la Unión de Estanqueros, fue bastante activa antes de la promulgación de la Ley 28/2005. La Mesa del tabaco, es una organización que aglutina a todos los participantes de la industria tabacalera, empezó a ser bastante activa después de la Ley 42/2010, al igual que la organización Fumadores por la Tolerancia. No obstante, ningún actor entrevistado reconoce la existencia de un ente coordinador dentro del grupo de los actores en contra de la política. Esto

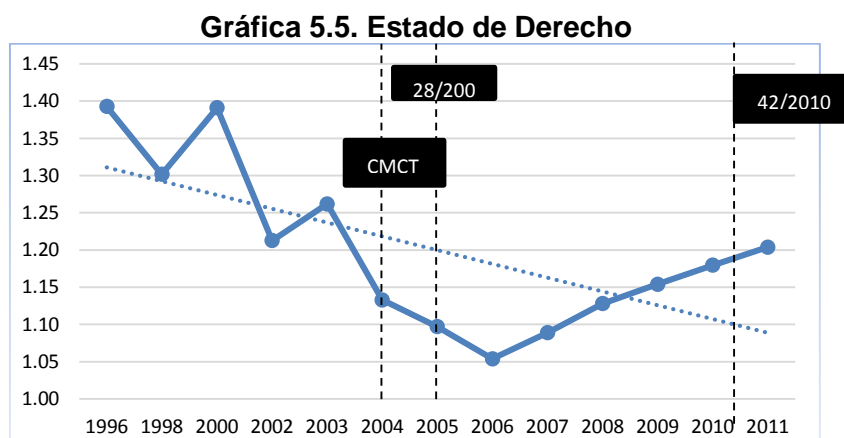
puede haberles restado efectividad, debido a la existencia de una dispersión de recursos.

5.1.3 Enfoque institucional

La intensidad de las políticas para el control del tabaco en España podría tener una explicación institucional. Se esperaría entonces que a medida que se fortalecieran las instituciones que limitan la corrupción, que fortalecen el estado de derecho, la autonomía de los gobiernos y la transparencia, las políticas se tornaran más intensas.

- **Primer indicador: fortalecimiento del estado de derecho**

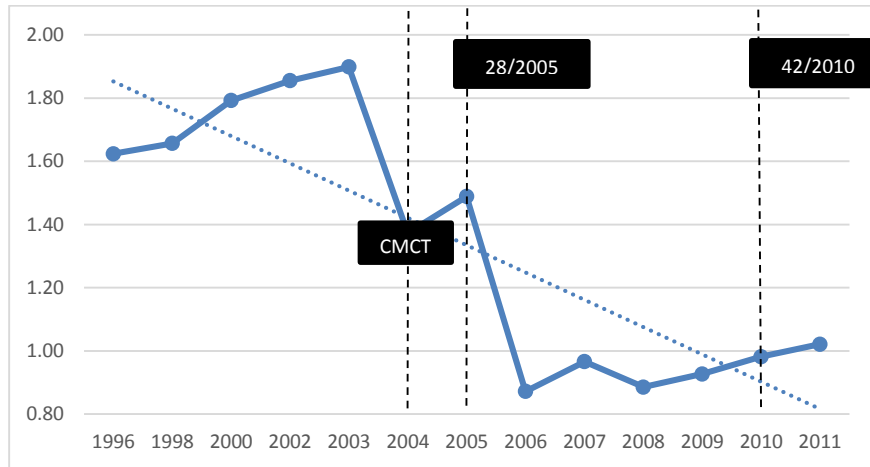
Para España este indicador ha sufrido un deterioro desde 1996, en particular durante el período previo a la firma del CMCT. Difícilmente se podría afirmar que esta variable está relacionada de algún modo con los incrementos en intensidad que se presentaron en este país.



- **Segundo indicador: efectividad del gobierno**

Otra variable institucional importante es la efectividad del gobierno para cumplir sus tareas esenciales. Se esperaría que un gobierno más efectivo tuviera la capacidad de atender nuevos problemas como parte de su agenda gubernamental. No obstante, se observa que la efectividad del gobierno venía disminuyendo drásticamente desde antes de la firma del CMCT.

Gráfica 5.6. Eficiencia de Gobierno

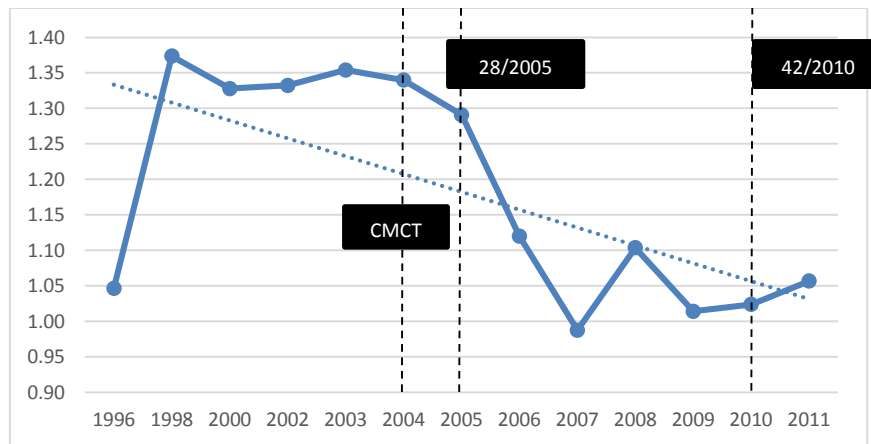


Fuente: Indicadores de Gobernanza del Banco Mundial.

• *Tercer indicador: control de la corrupción*

Se esperaría que disminuciones en la corrupción también tuvieran un efecto en la captura regulatoria de las políticas para el control del tabaco. Si los niveles generales de corrupción disminuyeran, entonces se podría esperar que se equilibrara la competencia por incidir en la política. En España este indicador ha tenido un deterioro sostenido desde la década de los 90's. La corrupción aparentemente se incrementó después de la firma del CMCT. Esto significa que no es un indicador apropiado para la explicación de la intensidad de las políticas para el control del tabaco.

Gráfica 5.7. Control de la corrupción



Fuente: Indicadores de Gobernanza del Banco Mundial.

En el mismo sentido, Carmen Sánchez de la Asociación Española Contra el Cáncer señaló que: “siempre existe el riesgo y la sensación de, dios mío, en

cualquier momento esto se viene abajo, porque existe mucha corrupción. Es decir, de una manera más sutil, abrir pequeñas fisuras a lo que se ha cerrado para que poco a poco se flexibilice la regulación”.

El Director General del Comisionado para el Control del Tabaco acepta que son una organización relativamente pequeña. Afirma que: “no llegamos a sesenta personas para todo el mercado tanto mayorista como minorista, el Comisionado no es grande, yo creo que es el organismo más aquilatado que tiene la administración. Porque estamos hablando de más de 14,000 bueno de 13,000 expendedurías, 140,000 puntos de venta con recargo, todo lo que induce a mayorista, es, digamos, está bien aquilatado”.

El Secretario General del CNPT señala que existe corrupción pues: “había una ministra de salud que empezó a cuestionar las leyes del tabaco, incluso con proyectos de permitir volver a fumar y luego se descubrió que tenía conexión con la industria del tabaco. Entonces, claro, el tema es que los partidos políticos, no sé si en México sea igual, pero aquí en España tenemos un gran problemas de nivel de transparencia. Es tremendo el tema de los políticos, de hecho dentro de las encuestas que se hacen periódicamente de popularidad son los últimos siempre.

El Investigador Joan Villalbí fundador del CNPT mencionó que: “en España ha habido un cambio, incluso ahora, por ejemplo, hace años no, pero ahora el ejército tiene mucha admiración, la policía tiene mucha admiración, porque ahora se han ganado una reputación de honestidad. En cambio los políticos, los jueces, tienen la reputación por los suelos”.

Incluso el Presidente de la Unión Nacional de Estancos señaló que: “se manipula exactamente igual y el tema de tabaco mira aquí, en el 2011, cuando se promulga la primera ley antitabaco, el gobierno de Zapatero, promulga esa ley, a la vez que se está discutiendo la modificación del estatuto de autonomía de Catalunya, con lo que se usa la ley antitabaco para que la gente hable de la ley y no hable del estatuto de Catalunya.

5.1.4 Enfoque de las coaliciones de presión

- *Primer indicador: factores externos que detonaron la política pública*

La ratificación del CMCT parece haber sido un cambio institucional que detonó la intensidad de estas políticas. El surgimiento de nuevos actores tratando de incidir en la política, las leyes, su reglamento, parecen haber sido motivos, en gran

medida por la existencia de este tratado internacional. El CMCT es un instrumento de política pública que proviene de la OMS. Una vez que se firmó el tratado, hubo disponibilidad de recursos de organizaciones internacionales para fomentar el cumplimiento de este convenio. Es así que surgen organizaciones nacionales decididas a impulsarlo con capacidad de operación, que además contaron con la asesoría de organizaciones internacionales que han vivido el proceso en otras partes del mundo.

Se tiene que considerar también que una vez que existe el CMCT, sus impulsores tienen nuevos argumentos para exigir políticas más severas. Ahora, tienen que exigir el cumplimiento de la ley, con lo que pueden colocar en una situación difícil a aquellos reguladores dispuestos a ser capturados por la industria tabacalera.

Adicionalmente, una variable exógena que parece ser de gran importancia es el andamiaje de gobierno multinivel en el que se encuentra inserta España. Estar inscrita dentro de una estructura de gobierno supranacional permite que la regulación del tabaco tenga múltiples puntos de acceso, así como de cabildeo. La existencia de múltiples puntos de cabildeo incrementa la posibilidad de alterar el statu quo, en primer lugar, porque incrementa la dificultad de que un solo actor pueda capturar a todos los jugadores con poder de veto.

Existen otras razones por las que la estructura de gobierno multinivel es un catalizador para la intensidad de las políticas contra el tabaco en España. En primer lugar, el subsistema de políticas del tabaco se modifica sustancialmente cuando la discusión para regular el tabaco se realiza a nivel europeo. La coalición de actores en contra sigue estando conformada, principalmente por PMI, BAT, así como algunas asociaciones de productores de tabaco. La gran presencia de mercado de estas dos grandes tabacaleras, hace que su presencia a nivel europeo sea similar a la que tienen en el mercado español.

En cambio, la coalición de actores a favor se multiplica de forma dramática al transitar del ámbito de discusión español al europeo. En el contexto español predomina el CNPT como una organización de la sociedad civil paraguas que aglutina a más de 50 organizaciones de médicos, profesionales de la salud, activistas, entre otras. Cuando la discusión se escala a nivel europeo se suman muchas organizaciones de cada uno de los países de la Unión Europea, con lo que se incrementan sustancialmente los recursos de la coalición de actores a favor.

Adicionalmente, debe considerarse que los esfuerzos internacionales no se realizan de forma aislada, pues todas las organizaciones a favor de la política se aglutinan en la *European Network for Smoking and Tobacco Prevention (ENSTP)*. Ésta tiene como misión desarrollar una estrategia para la acción coordinada entre las organizaciones activas en el control del tabaco en toda Europa. El objetivo de la ENSTP es dar coherencia a las actividades que realizan para cabildear ante los órganos reguladores de la Unión Europea.

La multiplicación de actores, en el nivel europeo, entre los participantes en la coalición a favor de la política, combinada con un centro de coordinación efectivo, hace que la regulación para controlar el tabaco tenga amplias posibilidades, incluso superiores a las que tiene en algunos ambientes nacionales, de endurecerse en las instancias legislativas europeas.

Adicionalmente, es necesario señalar que a pesar de que España tiene indicadores bajos en las variables que miden efectividad del gobierno, control de la corrupción, o del estado de derecho, las instituciones de la Unión Europea integran a naciones que tienen indicadores mucho más elevados en estos rubros. De hecho, el Índice de la Percepción de la Corrupción, evidencia que España está por debajo del promedio de las calificaciones obtenidas por los países que integran la Unión Europea (Banco Mundial 2011).

Existen varias instituciones que son de suma importancia para cabildear regulación en la Unión Europea. En primer lugar, el Consejo de la Unión Europea es el representante de los estados, en el que las decisiones se toman por mayoría simple. Adicionalmente, aquí los votos son ponderados en función del peso demográfico de los países. Por otro lado está el Parlamento Europeo, que es la única institución europea elegida por sufragio universal. El Parlamento comparte con el Consejo la competencia legislativa, lo cual significa que toda nueva legislación debe ser aprobada por las dos instituciones.

Por su parte, la Comisión Europea es la institución con las competencias ejecutivas dentro de la Unión Europea. Esta institución es depositaria del monopolio de la iniciativa legislativa, es decir tiene poder de agenda entre los asuntos que se regulan dentro de la Unión Europea. Al frente de la Comisión Europea se encuentra el Presidente, que ostenta la máxima representación de la misma y ocupa el primer puesto en la cadena de jerarquía, preeminencia que viene reforzada por la legitimidad democrática directa e individualizada que le aporta al cargo su elección directa por el Parlamento Europeo.

El Presidente de la Comisión Europea es también quien está al frente de los demás miembros de la Comisión, los denominados Comisarios, que tienen atribuidas las competencias que decida asignarles el propio Presidente de la Comisión. Cada Comisario Europeo es responsable de los departamentos que les asigne el Presidente. Existe un Comisario de Salud y Política de Consumidores que es quien tiene bajo su ámbito de competencia a la regulación del tabaco.

El instrumento jurídico mediante el cual se ha regulado, desde la Unión Europea, el tabaco han sido las Directivas. Una Directiva es una disposición normativa que vincula a los Estados de la Unión Europea, que son en última instancia los destinatarios de la consecución de resultados u objetivos concretos en un plazo determinado. Las Directivas son propuestas por la Comisión, pero deben ser aprobadas tanto por el Consejo de la Unión Europea, como por el Parlamento Europeo. En cualquier caso, el Comisario de Salud tiene poder de agenda al priorizar ciertos temas que se deben discutir en estas instancias.

La Asociación Española Contra el Cáncer señala que: “por un lado yo creo que exista una legislación internacional, una corriente por así decirlo internacional mayoritaria ayuda, es el factor básico que ayuda a tomar cambios o no. Una vez que existe esa corriente, que en este caso contra el tabaco cada vez es más, cada vez son más países, cada vez son más organismos que hay a nivel interno del propio país, una serie de estructuras que agrupen a profesionales sanitarios, a científicos, a la ciudadanía y que se convierta en un pepito grillo en el sentido de concienciación.”

De igual forma el Comisionado para el Control del Tabaco enfatiza que: “la gran ventaja que tiene España es que forma parte de la Unión Europea, la Unión Europea es un actor también muy poderoso y con sus directivas consigue que los Estados, al final tengan que trasponer una serie de normas que a la mejor ellos mismos por si solos no tenían el respaldo suficiente. Entonces, la Directiva del producto cada vez más está estudiando su modificación para regular los ingredientes o para establecer el empaquetado sencillo. Las normativas comunitarias hacen que luego el Estado español pueda trasladar esa normativa a su normativa porque es obligatorio, tiene un plazo, pero es obligatorio que se trasponga la directiva”.

En el mismo sentido el CNPT argumenta que: “en España, realmente un porcentaje muy importante de las leyes más del 60 y pico de las leyes, vienen son de trasposición de normativas europeas, digamos a nivel europeo hay muchas cosas que se discuten en el parlamento europeo y digamos que el parlamento

europeo provee una sede de directivas que los estados tienen que ir aplicando a las normativas estas y a la legislación nacional y pues una parte muy importante de la ley está aquí en España viene por directivas europeas”.

El CNPT señala que: “nosotros como Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo, nosotros pertenecemos a la European Network, que es una especie de coordinadora de distintas sociedades europeas que se dedican al tema de la prevención del tabaquismo”.

El Dr. Villalbí sostiene que: “en el Parlamento Europeo están acostumbrados a que nadie les diga nada, porque el parlamento europeo es una organización que esta fuera del país y tienen poco contacto y los grupos de interés sí que se espabilan y de pronto que lleguen cartas de médicos, cartas de asociaciones como que nos dieron respuesta y aprendimos a hacer esto empezamos a buscar otras rutas de acceso”. El mismo Villalbí señala que: “con todo esto, pues aprendimos la importancia de dirigirnos a los políticos y de estimular a los parlamentarios del parlamento europeo, que son españoles, dándoles mensajes distintos, cosas que jamás habíamos hecho, lo aprendimos con la Unión Europea cuando preparaba la Directiva de publicidad del tabaco del 2008, no del 98, también lo aprendimos cuando preparaba la Directiva de productos del tabaco y bueno la gente de la Unión Europea del tabaquismo lanzó varias ideas de cómo hacer campañas”.

El Presidente de los Estancos ha señalado que el control al tabaco: “no es un tema español, es un tema internacional, yo creo, bueno, todos sabemos que el tabaco no es un producto medicinal, que el tabaco tiene sus riesgos como ya se ha dicho hasta la saciedad, es un producto legal para un consumo responsable de adultos informados. Usted sabe que asume un riesgo de caer en el tabaquismo, porque el problema no es el tabaco, es el tabaquismo”.

La organización de fumadores por la tolerancia menciona que: “lo que nos espera en el futuro ahora es la reforma de la directiva europea de tabaco que es la 37 - 2001. Directiva europea de producto de tabaco el comisario europeo que se llama John Dalli, ha llamado a una consulta pública, que es un lavado de cara democrático que hace la Unión Europea pero es un problema a nivel democrático. Es que a los miembros de la jurisdicción no los elige nadie, como al señor Barroso que es el Presidente de la Unión Europea, él no pasó por las urnas, es designado, es verdad que el parlamento europeo si es, pero a los que llevan las riendas son designados por gobiernos, que son elegidos democráticamente”.

5.4 Conclusiones del caso español

El caso español parece tener cuatro momentos importantes. El primero es el periodo previo al CMCT en el que se presentaron cambios importantes, sobre todo en 1988, aunque también en 1992, 1993, 1999, así como en el 2002. Esto primeros cambios fueron impulsados primordialmente por regulación originada en la Unión Europea a través de Directivas. El segundo momento importante es la firma del CMCT, que es un instrumento de política pública emanado de la OMS, pero que es ratificado por España en el 2003.

Justo después de la firma del CMCT, en el 2005, en España se produce la Ley 28/2005 para adaptar la legislación a los compromisos adquiridos con la ratificación del CMCT. En el 2005 se tuvieron incrementos moderados en algunos instrumentos de política, además del incremento en impuestos registrado en el 2009. Por último, con la Ley 42/2010 se registra otro momento de incremento sustancial de la intensidad de las políticas. Cabe señalar que este último instrumento jurídico no estuvo precedido de forma inmediata de algún compromiso internacional, salvo del mismo CMCT. No obstante, la sociedad civil sostenía que la Ley 28/2005 aún no se ajustaba a sus requerimientos por lo que impulsó esta última legislación, en la que probablemente la sociedad civil tuvo el papel más relevante en toda la historia de la política para el control del tabaco en España.

La explicación del interés público no parece estar relacionada con los incrementos en intensidad. Ni el consumo ni la mortalidad parecen estar asociada al comportamiento de la variable dependiente, las dos presentan un comportamiento estable con tendencia a la baja en el periodo analizado.

La explicación del interés privado, por sí misma, tampoco explica porque se presentaron los incrementos en la intensidad detectados. El primer incremento en la intensidad que se produjo en 1988, cuando existía mucho menos presencia de la sociedad civil de la que existió en otros años, posteriores, en los que no hubo cambios en la intensidad. La sociedad civil se involucra más después del CMCT, por lo que pudo ser importante para la regulación del 2005, así como para la del 2010, pero España empezó mucho antes con las políticas para el control del tabaco.

Ninguna variable institucional parece ser relevante para explicar los cambios en la intensidad de las políticas estudiadas. En el periodo estudiado los tres indicadores considerados muestran una tendencia a la baja, con lo que las condiciones institucionales parecieran estarse deteriorando.

Una explicación importante es el papel que tuvieron en España las políticas exógenas originadas en la Unión Europea, al principio, así como en la OMS después de la firma del CMCT. España tiene una regulación de “primera generación”, que es la del 2005, que buscó adecuarse al CMCT con mediano éxito. Pero la existencia de una regulación de “segunda generación”, como la del 2010, no puede explicarse únicamente por la exposición a políticas exógenas sino por el papel que jugó la sociedad civil. La consolidación de un ente articulador de la sociedad civil en la figura del CNPT puede ser una explicación razonable para explicar este último tramo de la evolución de las políticas para el control del tabaco en España.

6. Caso Uruguayo

Si no contamos a los impuestos, que en sus inicios tuvieron una lógica puramente recaudatoria, las políticas públicas para el control del tabaco en Uruguay son relativamente recientes. Sin embargo, actualmente Uruguay es uno de los países que son considerados líderes en el control del tabaco en el mundo. Es indudable que algo cambió en las últimas tres décadas, para permitir que ese país incrementara de forma acelerada la intensidad de sus políticas para el control del tabaco.

El incremento en la intensidad de las políticas se produjo de forma especial en el año 2005, impulsado por una coalición de actores gubernamentales de la mano con ciertos grupos de la sociedad civil. La experiencia de este país puede ser aleccionadora para muchos otros países que desean incrementar la intensidad de sus políticas para el control del tabaco. Además este país enfrentó exitosamente el embate jurídico de una de las empresas tabacaleras más importante en el mundo. Esto ha convertido a Uruguay en un símbolo que ha inspirado a muchos otros países comprometidos con la lucha contra el tabaquismo.

6.1 Evolución de la política pública

El primer instrumento fue la *Ley N° 15.361*, que fue promulgada en 1983 para establecer la obligación de colocar advertencias sanitarias en las cajetillas de cigarrillos. No obstante, estas primeras advertencias eran bastante moderadas en comparación con las que se tienen actualmente. En esta misma ley se establecieron obligaciones respecto a los contenidos máximos de sustancias dañinas en cigarrillos, específicamente para la nicotina. Además, la regulación de 1983 prohibió la venta de cigarrillos a menores de 18 años, así como la venta de cigarrillos sueltos.

Posteriormente, en el 2003, mediante la *Ley N° 17.714* se endureció el instrumento de las advertencias sanitarias. En el 2004 Uruguay ratificó el CMCT mediante la *Ley N° 17.793*, lo cual obligó a este país a ajustar su regulación interna en consonancia con dicho instrumento jurídico internacional. Fue en el 2005 cuando se emitieron una serie de Decretos Presidenciales que buscaron alinearse con dicho convenio. En primer lugar, con el *Decreto n° 169/005* se prohibió la difusión, durante el horario de protección al menor, de publicidad de productos o marcas de cigarrillos, tabacos y afines en canales de televisión abierta, cerrada, por cable o codificada.

En el mismo sentido, el *Decreto n° 170/005* prohibió el patrocinio de productos derivados del tabaco en todas las actividades relacionadas con la práctica del deporte y en particular en escenarios deportivos. Por su parte, el *Decreto 168/005* estableció restricciones a las características que deben tener las áreas de fumadores en restaurantes, bares y lugares de esparcimiento. Esto significó un importante avance en cuanto a los espacios libres de humo de tabaco.

Pero no fue sino hasta el 2008, es decir 4 años después, cuando se pasó la *Ley N° 18.256*, con la que se realizaron los incrementos importantes en la intensidad de casi todos los instrumentos de política pública para el control del tabaco. Posteriormente, en el 2009, con el *Decreto N° 287/09* se dio de plazo hasta el 22 de diciembre de 2009 para que la imagen de advertencia ocupara el 80 por ciento de la superficie del envase de cigarrillos. De igual forma, con la *Ordenanza Ministerial N° 466/09*, se estableció que las cajas de cigarrillos se debían usar seis imágenes definidas con sus correspondientes leyendas y que estas debían ocupar el 80% del envase. En las caras laterales debía estar impresa la leyenda "Este producto contiene nicotina, alquitrán y monóxido de carbono".

En la tabla 6.1 se presenta el conjunto de instrumentos jurídicos que han delineado la política pública para el control del tabaco en Uruguay. El periodo temporal analizado abarca más de cuarenta años de política pública.

Tabla 6. 1. Regulación del tabaco no sustentada en precios en Uruguay

Instrumento jurídico	Año	Instrumentos de política
Ley 15.361	1983	• Advertencias Sanitarias
Ley 15.361	1983	• Contenidos de Nicotina
Ley 15.361	1983	• Venta a Menores de 18 años • Venta de cigarros sueltos
Decreto 313/999	1999	• ELHT
Ley 17.714	2003	• Advertencias Sanitarias
Ley 17.793	2004	• Ratificación del CMCT
Decreto 169/005	2005	• Prohibiciones a la publicidad
Decreto 170/005	2005	• Prohibiciones a la publicidad
Decreto 168/005	2005	• ELHT
Decreto 168/005	2005	• ELHT
Ley 18.256	2008	• ELHT • Prohibiciones a la publicidad • Advertencias Sanitarias • Campañas de prevención • Restricciones a la venta • Combate al contrabando
Decreto 284/008	2008	• Advertencias sanitarias
Ordenanza Ministerial 514/08	2008	• Advertencias sanitarias
Ley 18362	2008	• Advertencias sanitarias

Decreto 287/009	2009	<ul style="list-style-type: none"> • Advertencias sanitarias • ELHT • Prohibiciones a la publicidad
Ordenanza Ministerial 466/09	2009	<ul style="list-style-type: none"> • Advertencias sanitarias

Fuente: Elaboración propia con base en la normatividad

En estos cuarenta años el caso uruguayo la política contra el tabaco transcurrió de forma lenta, casi sin cambios hasta la ratificación del CMCT. Después de dicha ratificación en el 2005 se presentaron una serie de incrementos importantes a la intensidad. Sin embargo, es hasta la promulgación de la *Ley N° 18.256* cuando se institucionalizaron dichos cambios.

En general parecen distinguirse tres etapas, una previa al CMCT con poca actividad regulatoria; después, se observa una etapa posterior al CMCT con incrementos en la regulación emanados desde el Poder Ejecutivo mediante Decretos Presidenciales; finalmente, la tercera etapa que inicia después de la *Ley N° 18.256*, con la institucionalización de los instrumentos de política pública pues se coloca en una ley lo que antes estaba en Decretos Presidenciales.

6.2 Intensidad de la política pública

6.2.1 Impuestos

Uruguay ha tenido una tasa impositiva importante para los cigarrillos desde 1987. En el periodo de 1987 hasta 1990 fue del 60%, pero después de 1990 la tasa se incrementó al 63%, la cual se mantuvo hasta el 2001. Después de marzo de 2002 la tasa se incrementó al 68.5%, pero alcanzó el máximo nivel después del 2005 cuando llegó al 70%.

Tabla 6.2. Regulación relacionada con los tipos impositivos en Uruguay

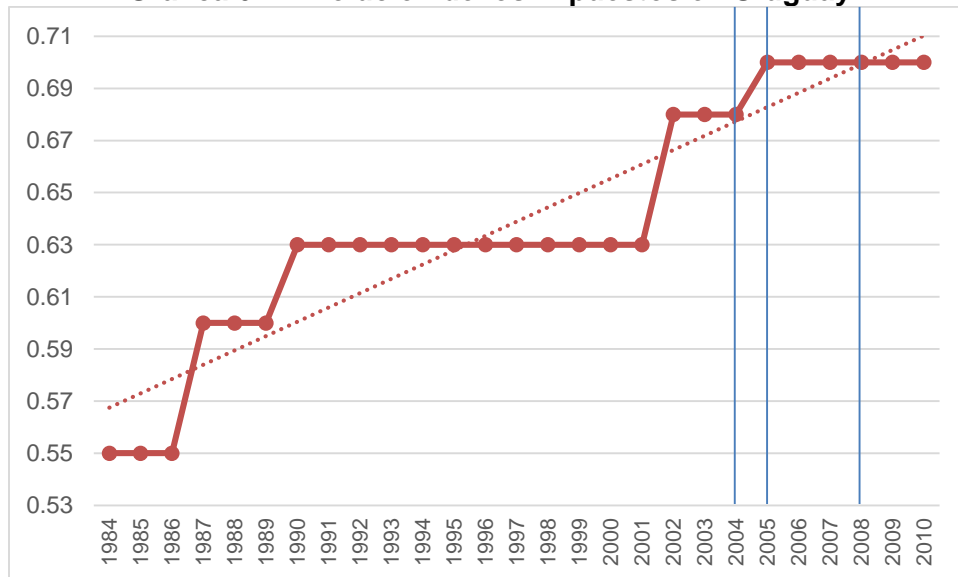
Año	Multiplicador del precio de fábrica	Tasa impositiva nominal al cigarrillo (mercado nacional)	Multiplicador del precio de fábrica
Desde 1987 hasta 18/04/1990	3.88	60%	3.51
Desde 18/04/1990 hasta 02/1993	3.88	63%	3.51
1992-1994	3.88	63%	3.51
1994-1998	3.88	63%	3.51
1998-2001	3.88	63%	3.51
Desde 2001	3.88	63%	3.51
Desde 01/03/1993 hasta 03/2002	4.8	65%	3.51
Desde 08/2001 hasta 07/2002	4.8	68.5	3.36

Desde 08/2002 hasta 04/2003	4.61	68.5	3.51
Desde 05/2003 hasta 5/2005	4.68	68.5	3.51
Desde 6/2005	5.4	70%	3.51

Fuente: Elaboración propia con base en la regulación pertinente

La gráfica 6.1 nos muestra que los impuestos en Uruguay han tenido una tendencia a la alza. Los principales incrementos en impuestos se presentaron en 1987, 1990, 2002, así como en el 2005. Los impuestos se empezaron a incrementar antes de que se ratificara el CMCT, lo cual indica que desde un inicio tuvieron un comportamiento independiente al del resto de los instrumentos de política pública.

Gráfica 6.1. Evolución de los impuestos en Uruguay



Fuente: Elaboración propia con base en la regulación pertinente

En la tabla 6.3 se muestra la matriz de códigos para los impuestos. Desde 1984 Uruguay tenía una intensidad elevada en los impuestos, en los que lograba obtener un puntaje de tres, que ha conservado hasta la fecha. No obstante, la proporción que representan los impuestos del precio final que recibe el consumidor, si se ha incrementado del 55% al 70%

Tabla 6.3. Matriz de códigos de los tipos impositivos en Uruguay

Año	Impuestos	Puntaje
1984	0.55	3
1985	0.55	3
1986	0.55	3
1987	0.60	3
1988	0.60	3
1989	0.60	3
1990	0.63	3
1991	0.63	3
1992	0.63	3
1993	0.63	3
1994	0.63	3
1995	0.63	3
1996	0.63	3
1997	0.63	3
1998	0.63	3
1999	0.63	3
2000	0.63	3
2001	0.63	3
2002	0.68	3
2003	0.68	3
2004	0.68	3
2005	0.70	3
2006	0.70	3
2007	0.70	3
2008	0.70	3
2009	0.70	3
2010	0.70	3

Fuente: Elaboración propia con base en la regulación pertinente

6.2.2 Advertencias sanitarias

Las advertencias sanitarias son, además de los impuestos, el instrumento del que se tienen antecedentes más antiguos en Uruguay. En la Ley N° 15.361 se estableció la primera obligación de colocar una advertencia escrita en los empaques de cigarrillos. Aunque esa advertencia estaba escrita en forma de afirmación, es decir, se afirmaba que fumar producía daño a la salud, no se especificaba que tan grave podía ser dicho daño. La advertencia era la siguiente: "Advertencia: fumar es perjudicial para la salud". Además, en su primera versión, las advertencias sanitarias de Uruguay no tenían un tamaño preestablecido en la regulación, la única condición era que fueran legibles lo que dejaba un amplio margen de discrecionalidad. Finalmente, la primera ley consideraba una sólo advertencia, lo cual limitaba mucho el efecto de este instrumento (ver tabla 6.4).

Tabla 6.4. Evolución de la regulación de las advertencias sanitarias en Uruguay

Año	Medio	Contundencia	Tamaño	Variedad
1983	Escrito	Afirmación	Indeterminado	Única
2003	Escrito	Afirmación	Indeterminado	Dos advertencias
2008	Mensajes escritos, pictogramas e imágenes	Afirmación	50% de las superficies totales principales expuestas	Modificación periódica
2008	Se especifican los productos que están obligados al cumplimiento de la Ley 18256			
2008	Pictogramas y leyendas escritas.	Afirmación	50% de las dos caras laterales	Modificación periódica
2008	Se coloca en ley la obligación de eliminar términos que hagan parecer un tipo de cigarrillo menos dañino que otro.			
2009	Mensajes escritos, pictogramas e imágenes	Afirmación	80% de las superficies totales principales expuestas	Modificación periódica
2009	Se establecen las 6 imágenes que deben usarse de forma rotativa			

Fuente: Elaboración propia con base en la normatividad vigente

En el 2003 se promulgó la *Ley N° 17.714* que mantuvo las advertencias sanitarias como mensajes escritos, pero en esta ocasión se precisó mucho más el tipo de daño a la salud que provoca fumar. Adicionalmente, se exigió la colocación de dos advertencias en lugar de sólo una. La primera advertencia era: "Fumar puede generar cáncer, enfermedades pulmonares y cardíacas". La segunda también era mucho más precisa respecto a los daños posibles: "Fumar durante el embarazo perjudica a su hijo". No obstante, no se contempló una incorporación rotativa de nuevas advertencias, además de que no se especificó un tamaño obligatorio para éstas.

Finalmente, en el 2008 se establecieron las obligaciones más severas en materia de advertencias que haya tenido Uruguay. Si bien la intensidad de las advertencias fue incrementándose gradualmente, con la *Ley N° 18256* se dio un avance sin precedentes en el tema. En primer lugar no sólo se contemplaron mensajes escritos sino también pictogramas e imágenes. Los mensajes deberían ocupar el 50% de las superficies totales principales expuestas de las cajetillas de cigarrillos. Lo más importante es que las advertencias debían ser modificadas periódicamente para evitar que el público se acostumbrara a ellas. La matriz de códigos para advertencias sanitarias muestra los puntajes obtenidos en todo el periodo analizado (ver tabla 6.5).

Tabla 6.5. Matriz de códigos en las advertencias sanitarias

Año	Medio	Contundencia	Tamaño	Variedad	Puntaje
1983	1	3.5	1	1	1.63
2003	1	3.5	3	2	2.38
2008	1	3.5	3	4	2.88
2009	1	3.5	4	4	3.13

Fuente: Elaboración propia

6.2.3 Espacios libres de humo de tabaco

No existen antecedentes importantes en la regulación nacional de espacios libres de humo de tabaco en Uruguay, sino hasta la Ley N° 18256. El incremento en la intensidad fue sustancial pues se prohibió fumar en todos los lugares cerrados de uso público o de trabajo. Es decir no se contempló ninguna excepción, como las zonas para fumadores, que promovió la industria tabacalera en otros países. Pero eso no es todo, además se prohibió fumar en todo lugar, cerrado o abierto, que correspondiera a centros de salud o centros educativos, es decir se prohibió fumar en toda hospital o escuela (ver tabla 6.6).

Tabla 6.6. Evolución de la regulación de los espacios libres de humo de tabaco en Uruguay

Año	Alcance	Contundencia de la Prohibición
1996	Prohibición de fumar en oficinas públicas y otros locales.	Total
1999	Prohibición de fumar en vuelos nacionales o internacionales de aeronaves de matrícula uruguaya.	Total
2005	Establecimiento de áreas de fumadores en restaurantes, bares y lugares de esparcimiento.	Parcial
2005	Todo local cerrado de uso público y toda área laboral, ya sea en la órbita pública o privada, destinada a la permanencia común de personas, deberán ser ambientes 100% libres de humo de tabaco.	Total
2008	Espacios cerrados que sean un lugar de uso público, así como espacios cerrados que sean un lugar de trabajo. También se contemplan espacios cerrados o abiertos, públicos o privados, que sean establecimientos sanitarios o instituciones del área de la salud de cualquier tipo o naturaleza; así como centros de enseñanza e instituciones en las que se realice práctica docente en cualquiera de sus formas.	Total
2008	Se especifican los espacios públicos en los que está prohibido fumar en cumplimiento a la Ley 18256	Total

Fuente: Elaboración propia con base en la normatividad vigente

Si consideramos que el referente era casi nulo, el incremento en la intensidad que se presentó en el 2005 fue bastante drástico. Si bien en el 2008 no hubo un incremento en la intensidad, la promulgación de la ley si permitió que se institucionalizaran las disposiciones en materia de espacios libres de humo de tabaco. El puntaje en la matriz de códigos pasó de uno punto cinco en 1996 a cuatro en el 2008, lo cual hace patente la dimensión del incremento (ver tabla 6.7).

Tabla 6.7. Matriz de códigos en los espacios libres de humo de tabaco

Año	Alcance	Contundencia de la Prohibición	Puntaje
1996	1	4	1.5
1999	1	4	1.5
2005	4	4	4
2008	4	4	4

Fuente: Elaboración propia

6.2.4 Prohibiciones a la publicidad

Respecto a la publicidad, no existe antecedente en Uruguay de alguna restricción a la publicidad relacionada con el tabaco sino hasta la Ley N° 18256 del 2008. El incremento en intensidad fue drástico pues se prohibió toda forma de publicidad, promoción o patrocinio en radio, televisión, diarios, vía pública, así como otros medios impresos. No obstante, esta restricción sigue siendo parcial dado que no se contempla nada sobre Internet, además de que se permite hacer publicidad en los locales en los que se expenden estos productos (ver tabla 6.8).

Tabla 6.8. Evolución de la regulación de la publicidad de productos de tabaco en

Año	Medio	Alcance
2005	Televisión abierta, cerrada, codificada o por cable, durante el horario de protección al menor.	Parcial
2005	En todo escenario deportivo.	Total
2008	Radio, televisión, diarios, vía pública u otros medios impresos.	Parcial
2008	Se especifican detalles sobre las prohibiciones a la publicidad y patrocinio en cumplimiento a la Ley 18256	Parcial

Fuente: Elaboración propia

La matriz de códigos para la publicidad obtiene puntajes similares de 3.5 para 2005, así como para 2008. No obstante, en el 2008 se logró institucionalizar este nivel de intensidad (ver tabla 6.9).

Tabla 6.9. Matriz de códigos de la publicidad de productos de tabaco

Año	Medio	Alcance	Puntaje
2005	3	4	3.5
2008	3	4	3.5

Fuente: Elaboración propia

6.2.5 Programas de cesación

Debe destacarse que no se tiene ninguna referencia a la promoción de medicamentos para dejar de fumar en la Ley N° 18.256 del 2008. No obstante, en Uruguay existen líneas de atención a fumadores por parte del Estado, así como

programas de terapias para dejar de fumar sin que contemplen medicamentos gratuitos. Esto ha propiciado que se le otorgue tres puntos a este país en este instrumento de política pública (ver tabla 6.10).

Tabla 6.10. Matriz de códigos de los programas de cesación

Año	Medio	Puntaje
2008	Instrumentos presenciales de atención personalizada (grupos de apoyo)	3

Fuente: Elaboración propia

6.2.6 Instrumentos de monitoreo de los niveles de consumo

La política uruguaya es particularmente débil en cuanto a instrumentos de monitoreo de la política para el control del tabaco. No existe, hasta ahora una medición periódica de los niveles de prevalencia en el consumo de tabaco, la única encuesta nacional hasta ahora realizada es del 2008 pero no fue hecha por instancias oficiales sino por la sociedad civil. Esta es la razón por la que Uruguay ha obtenido un bajo puntaje en este instrumento (ver tabla 6.11).

Tabla 6.11. Matriz de códigos de los instrumentos de monitoreo

Año	Alcance geográfico	Frecuencia	Elaboración	Puntaje promedio
2008	Nacional	Indeterminada	Indeterminada	1.67
	3	1	1	

Fuente: Elaboración propia

6.2.7 Síntesis de la evolución de la intensidad de los instrumentos

Se pueden identificar tres etapas en la evolución de las políticas públicas para el control del tabaco en Uruguay (ver tabla 6.12). La primera, es la anterior a la firma del CMCT en la cual no se produjo incremento importante en la intensidad de dichas políticas. Lo único que existía eran algunas regulaciones mínimas relacionadas con las advertencias sanitarias, así como espacios libres de humo de tabaco.

La segunda etapa se inició en el 2005 con una serie de Decretos Presidenciales que incrementaron aceleradamente la intensidad en una buena parte de los instrumentos de política pública para el control del tabaco. Se incrementó notoriamente la carga impositiva, las prohibiciones a la publicidad, al patrocinio, así como en lo relativo a los espacios libres de humo de tabaco.

La tercera etapa también contempla menos importantes en la intensidad de las políticas, pero es relevante porque fue cuando se logró institucionalizar la política, la cual pasó de estar sustentada en Decretos Presidenciales, a convertirse en una ley aprobada por el Parlamento Uruguayo. Adicionalmente, en la tercera etapa se lograron algunos incrementos importantes como pasar del 50% al 80% en los pictogramas de las caras frontales, así como la ampliación de la prohibición de la publicidad a medios diferentes a la televisión.

Tabla 6.12. Evolución de la intensidad de las políticas para el control del tabaco

	Impuestos	Advertencias	Espacios	Publicidad	Cesación	Monitoreo	Total
1984	3.00	1.63	0.00	0.00	0.00	0.00	0.77
1985	3.00	1.63	0.00	0.00	0.00	0.00	0.77
1986	3.00	1.63	0.00	0.00	0.00	0.00	0.77
1987	3.00	1.63	0.00	0.00	0.00	0.00	0.77
1988	3.00	1.63	0.00	0.00	0.00	0.00	0.77
1989	3.00	1.63	0.00	0.00	0.00	0.00	0.77
1990	3.00	1.63	0.00	0.00	0.00	0.00	0.77
1991	3.00	1.63	0.00	0.00	0.00	0.00	0.77
1992	3.00	1.63	0.00	0.00	0.00	0.00	0.77
1993	3.00	1.63	0.00	0.00	0.00	0.00	0.77
1994	3.00	1.63	0.00	0.00	0.00	0.00	0.77
1995	3.00	1.63	0.00	0.00	0.00	0.00	0.77
1996	3.00	1.63	1.50	0.00	0.00	0.00	1.02
1997	3.00	1.63	1.50	0.00	0.00	0.00	1.02
1998	3.00	1.63	1.50	0.00	0.00	0.00	1.02
1999	3.00	1.63	1.50	0.00	0.00	0.00	1.02
2000	3.00	1.63	1.50	0.00	0.00	0.00	1.02
2001	3.00	1.63	1.50	0.00	0.00	0.00	1.02
2002	3.00	1.63	1.50	0.00	0.00	0.00	1.02
2003	3.00	2.38	1.50	0.00	0.00	0.00	1.15
2004	3.00	2.38	1.50	0.00	0.00	0.00	1.15
2005	3.00	2.38	4.00	3.50	3.00	0.00	2.65
2006	3.00	2.38	4.00	3.50	3.00	0.00	2.65
2007	3.00	2.38	4.00	3.50	3.00	0.00	2.65
2008	3.00	2.88	4.00	3.50	3.00	1.67	3.01
2009	3.00	3.13	4.00	3.50	3.00	1.67	3.05
2010	3.00	3.13	4.00	3.50	3.00	1.67	3.05

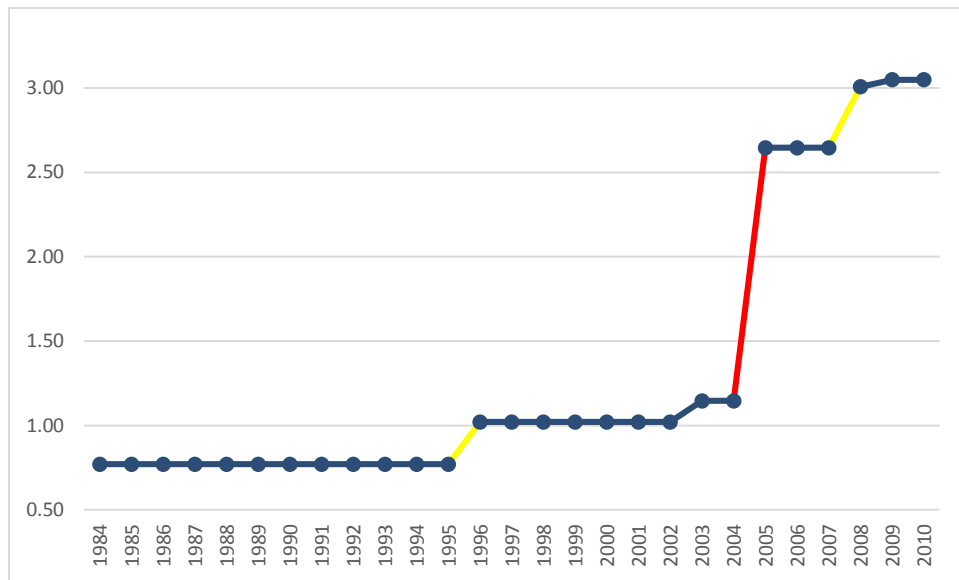
Fuente: Elaboración propia

Las etapas detectadas coinciden, en parte, con lo que afirman algunos de los entrevistados. La Dra. Ana Lorenzo señala: “yo claramente dividiría, hay tres etapas bien definidas, una que es anterior al año 2000, una que va del 2000 al 2005 y la tercera del 2005 en adelante”. Para la Dra. Ana Lorenzo es importante contemplar el año 2000 porque menciona que: “antes del año 2000 lo que podíamos observar acá en Uruguay eran algunos intentos aislados de aplicar alguna medida de contra el tabaco pero como personas involucradas este, más bien a nivel personal, comprometidas con el tema, muy poca legislación y la poca que había no había una buena fiscalización. Pero en el año 2000 se crea lo que es la Alianza Nacional para el Control del Tabaco que reunió a representantes de

instituciones gubernamentales de organismos públicos no estatales, y organizaciones de la sociedad civil”.

A pesar de que, casi todos los entrevistados coinciden en que fue en el año 2000 cuando inicio la Alianza Nacional para el Control del Tabaco, los incrementos en la intensidad no se presentaron sino hasta el 2005. La política contra el tabaco de Uruguay parece haber sido una política de un solo golpe (ver figura 6.2).

Figura 6.2. Regulación para el tabaco en Uruguay



Fuente: Elaboración propia

6.3 Los diferentes enfoques teóricos en el contexto uruguayo

Para verificar si existe una relación entre la intensidad de la política pública con los enfoques teóricos analizados, se hizo una revisión de la evolución de estas últimas en el tiempo. Si existiera esa relación, se esperaría que los años en que se presentaran modificaciones en la intensidad de la política estuvieran relacionados con cambios en los indicadores asociados a dichos enfoques teóricos.

6.3.1 Enfoque del interés público

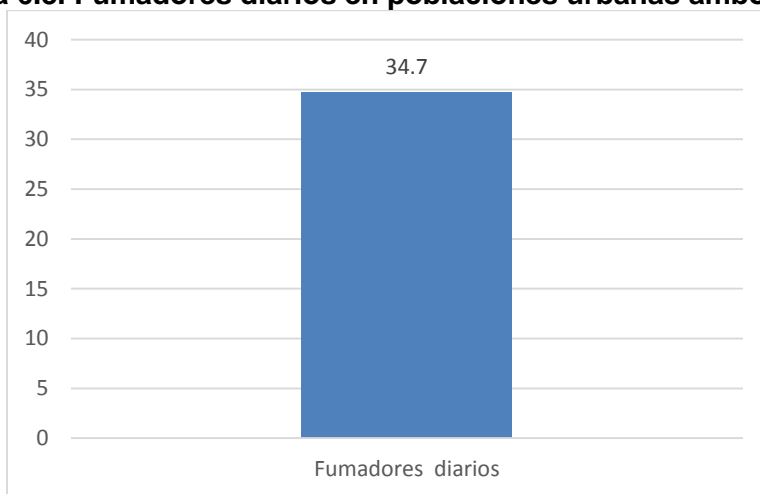
La teoría del interés público supone que la intensidad está relacionada con la magnitud del problema público, medido por los datos oficiales disponibles. Entonces las etapas de mayor regulación deberían estar precedidas a momentos

en los que se incrementan las tasas de consumo o las tasas de mortalidad por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco.

- **Primer indicador: el consumo**

No existe un instrumento de medición de la prevalencia del consumo de tabaco que se aplique con regularidad en Uruguay. Esto limita la posibilidad de realizar afirmaciones sobre la evolución del fenómeno en el tiempo. El primer dato del que se pudo encontrar registro fue de 1995 cuando se realizó el Estudio Nacional de Hábitos en el Uruguay, exclusivamente en zonas urbanas. Sólo se contemplaba una pregunta que indagaba si el encuestado fumaba diariamente, casi el 35% de los encuestados declararon hacerlo. Para hacer esta encuesta se tomó una muestra de 2500 habitantes de poblaciones urbanas (ver gráfica 6.3).

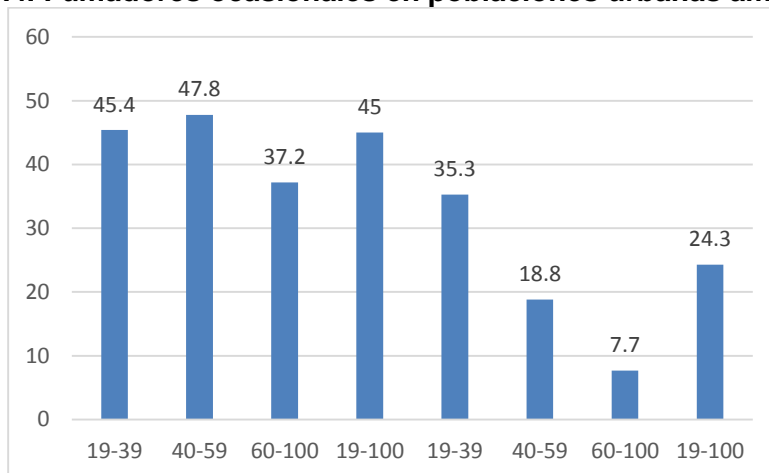
Gráfica 6.3. Fumadores diarios en poblaciones urbanas ambos sexos



Fuente: Estudio Nacional de Hábitos Tóxicos en el Uruguay 1995

Ese mismo año el ministerio de salud pública publicó la Encuesta de Enfermedades Cardiovasculares en la que se obtuvieron resultados bastante diferentes a los del Estudio Nacional de Hábitos Tóxicos en Uruguay. La Encuesta de Enfermedades Cardiovasculares muestra que son los segmentos jóvenes los que presentan tasas de prevalencia superiores, mientras que dicha tasa decrece en edades mayores. Se debe aclarar que esta encuesta considera a los fumadores, como a aquéllos que declararon hacerlo regularmente, a diferencia de la primera que se concentró en quienes declararon hacerlo diario. Los resultados son contra intuitivos pues se esperaría que las tasas fueran superiores en la encuesta que considera la definición más laxa de fumador, es decir en la segunda. Sin embargo, la segunda encuesta sólo considera una muestra de 527 encuestados (ver gráfica 6.4).

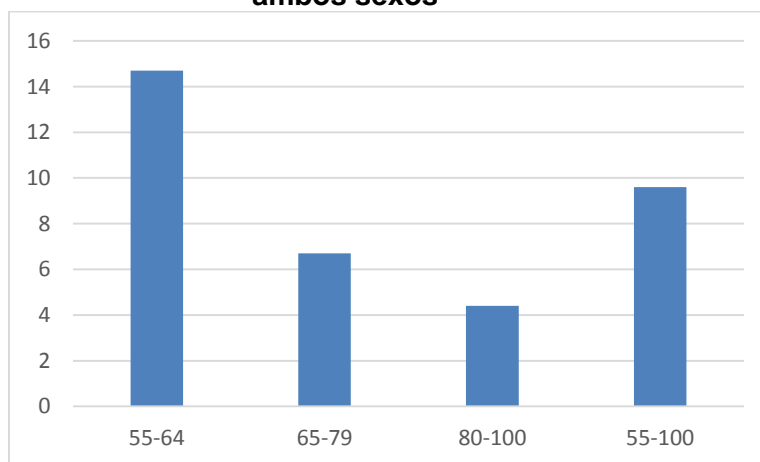
Gráfica 6.4. Fumadores ocasionales en poblaciones urbanas ambos sexos



Fuente: Encuesta de Enfermedades Cardiovasculares, realizada en 1995. Ministerio de Salud Pública.

En el año 2000 se realizó la encuesta *Cómo Envejecemos los uruguayos*, que estuvo concentrada en personas de la tercera edad. Las tasas de prevalencia son menores que las que se reportan en la población general. Esta encuesta fue levantada sólo en poblaciones urbanas y se contabilizaron los fumadores intensos. Las tasas de prevalencia más altas se ubican en la población entre 55 y 64 años, pero caen dramáticamente en el resto de los grupos de edad considerados (ver gráfica 6.5).

Gráfica 6.5. Fumadores intensos de la tercera edad en poblaciones urbanas de ambos sexos

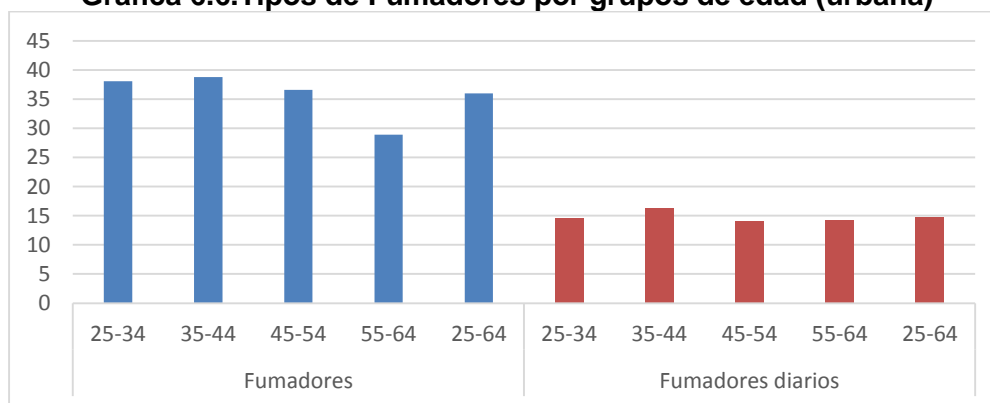


Fuente: Encuesta *Cómo Envejecemos los Uruguayos*

En el 2006 el Ministerio de Salud pública realizó la Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Esta encuesta fue realizada exclusivamente en zonas urbanas se consideraron dos tipos de fumadores los ocasionales, además de los fumadores diarios. Los resultados son

coherentes pues se espera que, efectivamente, las tasas de prevalencia de fumadores diarios sean menores que las de fumadores ocasiones, dado que está última definición de fumar es más laxa. Esta encuesta revela que las tasas de prevalencia de fumadores ocasiones son ligeramente más altas para los jóvenes, sin embargo, no parece haber diferencias por edad entre los fumadores diarios (ver gráfica 6.6).

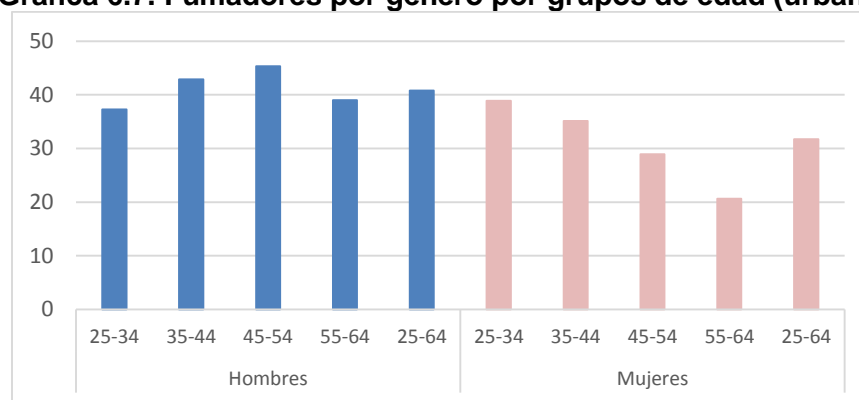
Gráfica 6.6. Tipos de Fumadores por grupos de edad (urbana)



Fuente: Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles 2006.

Al analizar las tasas de prevalencia de los fumadores ocasionales se observa que, para el 2006, fueron más altas para hombres que para mujeres. En el segmento de las mujeres es completamente claro que las más jóvenes presentan tasas de prevalencia superiores. Estos datos también están concentrados en zonas urbanas de Uruguay por lo que no son completamente representativos de la realidad nacional (ver gráfica 6.7).

Gráfica 6.7. Fumadores por género por grupos de edad (urbana)



Fuente: Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles 2006.

En el 2008 la sociedad civil hizo un ejercicio bastante serio para estimar las tasas de prevalencia entre fumadores. Este ejercicio fue previo a la aprobación de la Ley N° 18256, por lo que fue un factor de gran influencia en la discusión de ésta (ver tabla 6.13). En el texto de presentación de esta Encuesta Nacional de Prevalencia del Tabaquismo, Eduardo Bianco del CIET señalaba que: *el conocimiento del problema del tabaquismo en nuestro país era limitado, existiendo solo información proveniente de estudios que formaban parte de la evaluación sobre Factores de Riesgo, así como de otras investigaciones, todas ellas con un abordaje limitado del tabaquismo.*

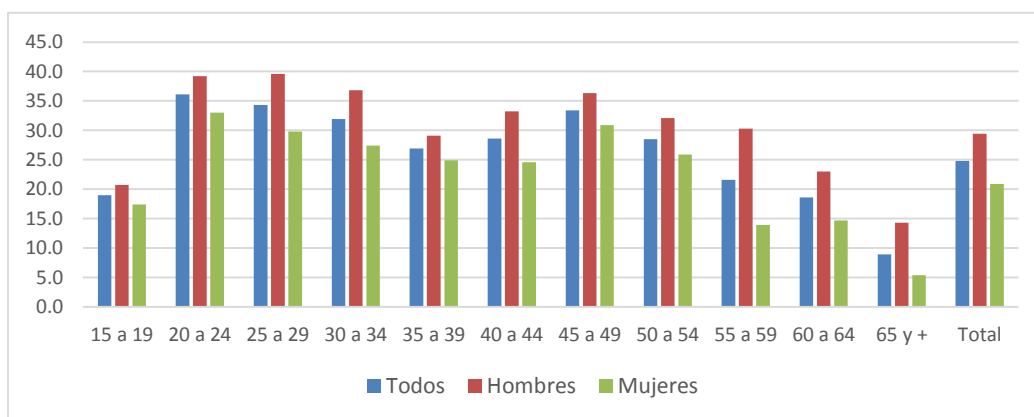
Tabla 6.13. Prevalencia de tabaquismo ocasional por grupos de edad y género

Rango de edad	Todos	Hombres	Mujeres
15 a 19	19.0	20.7	17.4
20 a 24	36.1	39.2	33.0
25 a 29	34.3	39.6	29.8
30 a 34	31.9	36.8	27.4
35 a 39	26.9	29.1	24.9
40 a 44	28.6	33.2	24.6
45 a 49	33.4	36.3	30.9
50 a 54	28.5	32.1	25.9
55 a 59	21.6	30.3	13.9
60 a 64	18.6	23.0	14.7
65 y +	8.9	14.3	5.4
Total	24.8	29.4	20.9

Fuente: Encuesta Nacional de Prevalencia del Tabaquismo 2008

Los resultados son bastante parecidos a los que se obtuvieron en las anteriores encuestas con tasas más altas entre los jóvenes que van disminuyendo en las personas de la tercera edad. Además, se verifica que las tasas son más altas entre los hombres que entre las mujeres (ver gráfica 6.8).

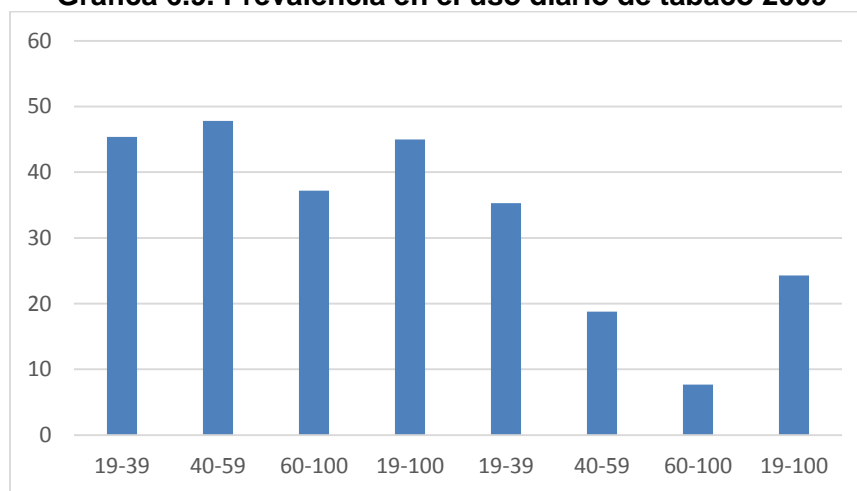
Gráfica 6.8. Prevalencia de tabaquismo ocasional por grupos de edad y género



Fuente: Encuesta Nacional de Prevalencia del Tabaquismo 2008

Finalmente, en el 2009 se condujo la segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. La particularidad de esta encuesta es que fue la primera que se realizó en zonas tanto urbanas como rurales. La definición de fumador que se utilizó fue la de fumador diario. La tasa de prevalencia sigue el mismo patrón de las otras encuestas con valores superiores entre los jóvenes que después van disminuyendo (ver gráfica 6.9).

Gráfica 6.9. Prevalencia en el uso diario de tabaco 2009

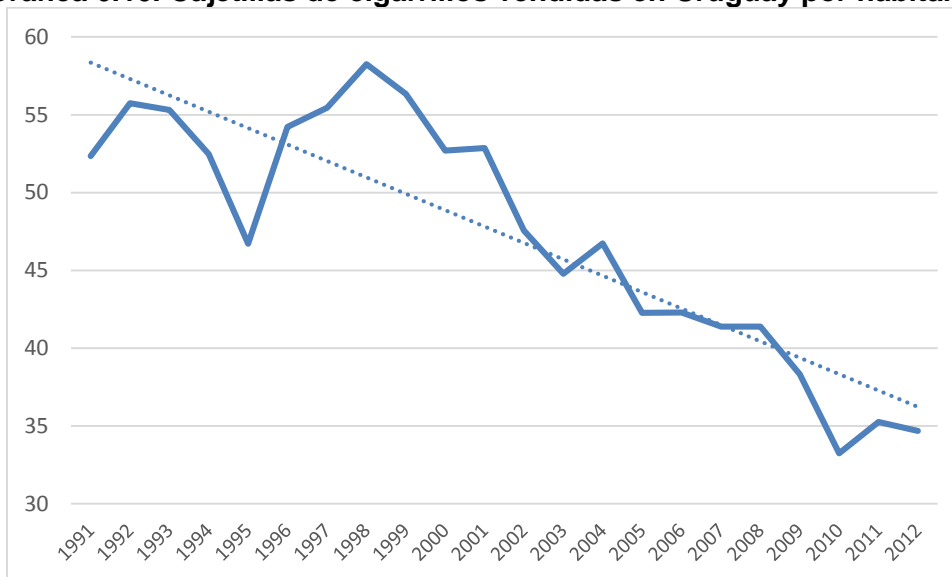


Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles 2009 (poblaciones urbanas y rurales)

La existencia de estas encuestas no permite hacer un seguimiento de la evolución del tabaquismo a lo largo del tiempo en Uruguay, especialmente porque todas siguieron metodologías diferentes, con muestras de diferentes tamaño, universos distintos, e incluso definiciones de fumador diferentes. Las encuestas no son comparables lo cual hace pensar que los formuladores de políticas públicas que implementaron la regulación no tenían información sobre la forma en que estaba evolucionando el fenómeno. Esto no implica que no tuvieran información sobre un punto en el tiempo que les permitiera entender la magnitud del problema.

Adicionalmente, es posible tener un estimado de la prevalencia del consumo de tabaco al dividir las ventas de cajetillas de cigarrillos entre la población total del Uruguay. Este es el único indicador que tendría consistencia metodológica a lo largo del tiempo. La gráfica muestra que las ventas per cápita de cajetillas de cigarrillos han estado disminuyendo desde los años 90's con algunos repuntes imperceptibles. Los datos sobre cajetillas vendidas por cada habitante uruguayo confirman que el fenómeno del tabaquismo se encontraba a la baja desde antes de implementar las políticas en este país (ver gráfica 6.10).

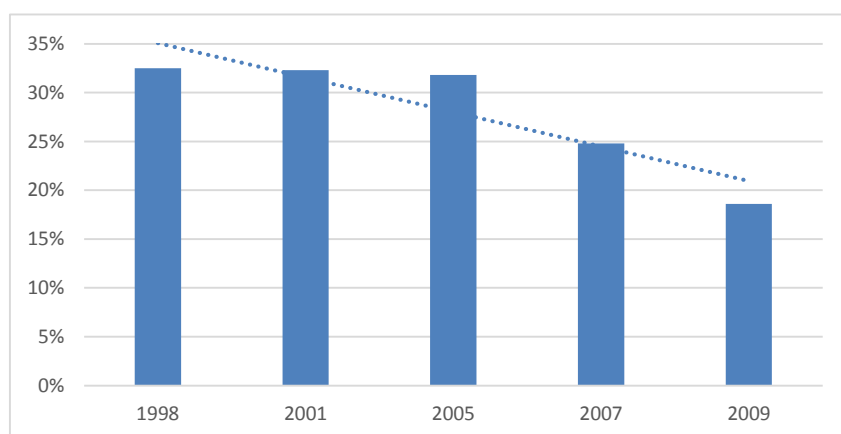
Gráfica 6.10. Cajetillas de cigarrillos vendidas en Uruguay por habitante



Fuente: elaboración propia con base en datos del Instituto Nacional de Estadística de Uruguay

La Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas, al igual que el GYTS, muestra una leve tendencia al descenso. El estudio de la JND se basa en una encuesta de hogares, que es representativa del nivel nacional, y los datos se refieren a una población entre 12 y 18 años, por lo que no son estrictamente comparables con GYTS. En el 2006 la JND encontró que 54,8% de los adolescentes habían probado el consumo de tabaco y que 31,8% había fumado en el último mes. Datos recientes de la JND, aún no publicados, muestran que la prevalencia de consumo de tabaco evaluada en 2009, para este mismo grupo, fue de 18,6%, evidenciando una tendencia significativa de descenso en el consumo juvenil (ver gráfica 6.11).

Gráfica 6.11. Prevalencia de jóvenes entre 12 y 18 años



Fuente: La Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas

Muchos de los actores entrevistados coinciden en que el tabaquismo, en general, ha estado disminuyendo desde hace tiempo. Ana Lorenzo comentó: “nosotros hicimos una encuesta, la encuesta mundial de tabaquismo en adultos en el año 2009 que nos mostró que la prevalencia de consumo de tabaco había descendido muchísimo con respecto a los años previos, en promedio a nivel nacional”. Por su parte, Dardo Curti, quien señala: “para darte una idea, en Uruguay, si uno toma de 2004 a 2010, -y ya después te digo porque tomamos ese periodo-, la caída en el consumo global fue del 21 o 22%”.

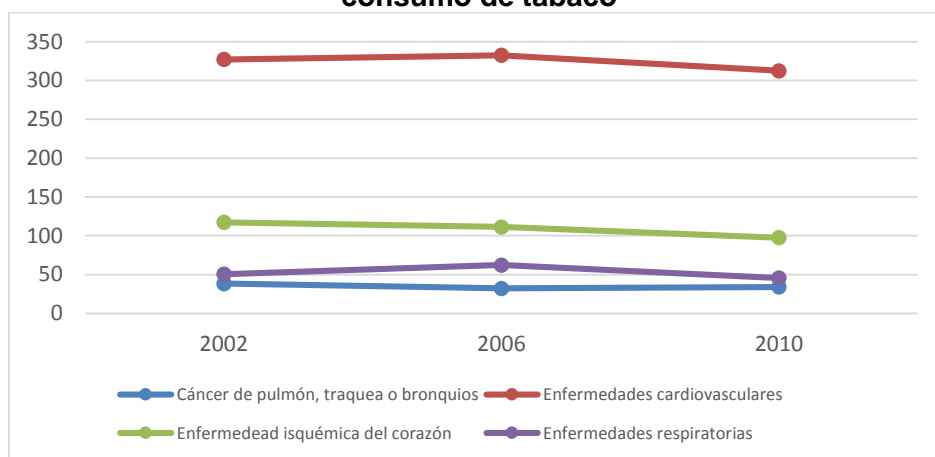
Eduardo Bianco es aún más contundente al afirmar que: “la prevalencia del tabaquismo estaba estabilizada por lo menos los 10 años previos, 8,10 años previos antes del 2006, cuando se comienza a aplicar el mayor peso de la ley en las acciones 2005”. El Senador Alfredo Solari también comentó que: “desde el 2000 la prevalencia, está ha disminuido, tanto en hombres como mujeres, lo cual estaría indicando de que sobre ese terreno fértil en que se intensificaron las políticas estas han dado resultados, bajo en términos generales la prevalencia, por ejemplo tomando como punto de referencia el año 2002 y 2010 la prevalencia del hombre bajo el 39% al 31%, estamos hablando de hombres adultos mayores de 15 años y la prevalencia de mujeres adultas bajo también 8 puntos del 28% al 20%.

En síntesis, muchos de los actores entrevistados coinciden en que la prevalencia en el consumo del tabaco venía disminuyendo, incluso antes de la aplicación de las políticas para el control del tabaco. Es decir, no existe evidencia que indique que los incrementos en la intensidad de las políticas públicas para el control del tabaco, se debieron a incrementos en consumo.

- ***Segundo indicador: la mortalidad asociada al consumo de tabaco***

Tampoco existe evidencia alguna sobre incrementos en la mortalidad que pudieran explicar los incrementos en la intensidad. Según cifras del Banco Mundial, existentes en sus bases de datos oficiales, la mortalidad por este tipo de enfermedades e ha mantenido estable e incluso con tendencias a la baja desde antes de la regulación establecida en el 2005.

Gráfica 6.12. Tasa cruda de mortalidad por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco



Fuente: <https://apps.who.int/infobase/Mortality.aspx>

6.3.2 Enfoque del interés privado

Los grupos de interés han sido primordiales en el desarrollo de la política para el control del tabaco en España. En los últimos años han tenido presencia activa en los medios de comunicación, la cual ha sido un factor crucial para empujar los incrementos en la intensidad más recientes. No obstante, es importante realizar una revisión más detenida para valorar el papel real que tuvieron estos actores a lo largo de toda la política.

- **Primer indicador: cantidad de declaraciones de los grupos de interés en los medios de comunicación.**

Se distinguen tres etapas en la evolución de las políticas públicas para el control del tabaco en Uruguay (ver tabla 6.14). En primer lugar, está la etapa previa a la ratificación del CMCT en la que se registró la participación de diez actores, cuatro de los cuales son gubernamentales, cuatro actores a favor, mientras que sólo dos se pronunciaron en contra. Se destaca que incluso en esta etapa temprana entre los actores gubernamentales participa el Presidente de la República, lo cual indica la importancia que este tema tenía para el gobierno uruguayo.

En la etapa previa al CMCT se registró una importante participación de actores en contra de la política, principalmente, de la Alianza Nacional para el Control del Tabaquismo, que era una organización de organizaciones, del Sindicato Médico del Uruguay, que aglutinaba a todos los profesionales de la salud, así como de Tabaré Vázquez, en ese momento dirigente partidista de izquierda, que posteriormente sería Presidente de la República. En lo que se refiere a los actores

en contra de la política, la participación es casi nula, pues se tienen algunas participaciones de PMI, así como del Sindicato Autónomo Tabacalero, aunque este último enfatizando la necesidad de respetar el contrato colectivo de sus agremiados.

Tabla 6.14. Evolución de la participación de los grupos de presión en las políticas para el control del tabaco en Uruguay.

	Etapa previa al CMCT	Etapa posterior al CMCT	Etapa posterior a la Ley N° 18256
	2000 - 2003	2004 - 2007	2008 - 2012
Actores gubernamentales	<ul style="list-style-type: none"> • Juez Alberto Basil • Presidente de la República. Jorge Batlle Ibáñez • Ministerio de Salud Pública • Gobierno de Montevideo 	<ul style="list-style-type: none"> • Presidente de la República. Tabaré Vázquez • Ministerio de Salud Pública 	<ul style="list-style-type: none"> • Presidente de la República. Tabaré Vázquez • Ministerio de Salud Pública • DNII • Winston Abascal, director del Programa para el Control del Tabaco de Salud Pública. • Dirección General Impositiva
Actores a favor	<ul style="list-style-type: none"> • Tabaré Vázquez • Sindicato Médico del Uruguay • Stop Tobacco • Alianza Nacional para el Control del Tabaquismo 	<ul style="list-style-type: none"> • Programa de Control del Tabaco de la Fundación Interamericana del Corazón. • Fumadores Pasivos Uruguayos • CIET 	<ul style="list-style-type: none"> • CIET • Asociación Uruguaya de Cardiología • Bloomberg • CDC • OMS • OPS • American Cancer Society • Campaign for Tobacco-Free Kids • Framework Convention Alliance • Diputado Guillermo Álvarez
Actores en contra	<ul style="list-style-type: none"> • Sindicato Autónomo Tabacalero • PMI 	<ul style="list-style-type: none"> • CAMBADU (Bares) • Tabacalera Abal Hermanos • Diputado Iván Posada • PMI 	<ul style="list-style-type: none"> • Senador Francisco Gallinal • Asociación de Editores de Revistas • Sindicato de Distribuidores de Diarios y Revistas • Tabacalera Montepaz • Tabacalera Abal Hermanos • PMI • ITGA

Fuente: Elaboración propia

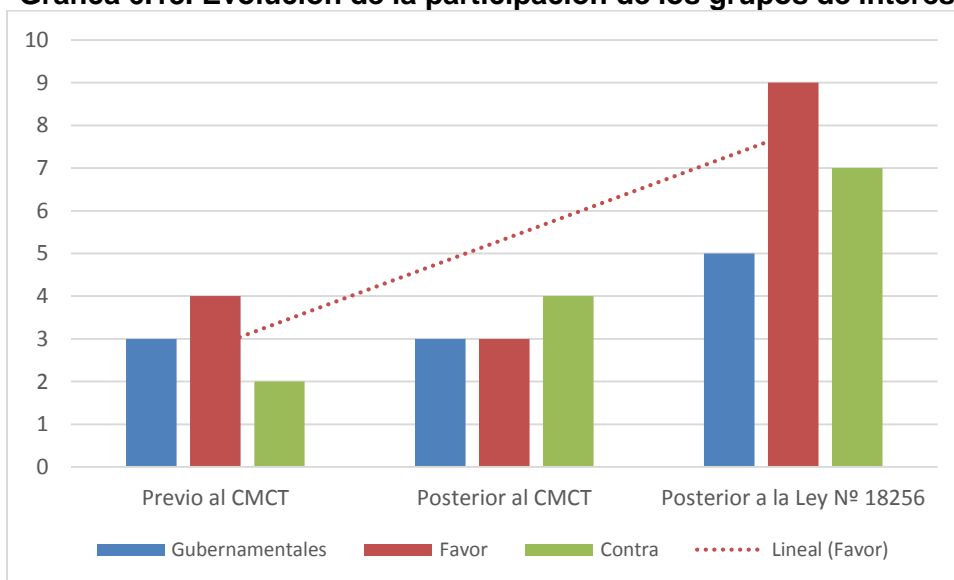
En general, se puede afirmar que en la etapa previa a la firma del CMCT ya existía participación de la sociedad civil organizada. Es posible que la presión de estos grupos haya sido lo que preparó el terreno para que se pudiera concretar la firma del CMCT en el 2004. En la etapa posterior a la firma del CMCT se observa un incremento en la actividad, en los medios de comunicación, de los actores en contra. Nuevos participantes, como la organización de baristas llamada CAMBADU, o la Tabacalera Abal Hermanos, que era la subsidiaria de PMI en Uruguay, evidencian una estrategia que buscaba sumar aliados con industrias cercanas o afectadas indirectamente con la regulación. La presencia de legisladores entre los actores que opinaban en contra de la política revela también la suma de nuevos aliados.

En cambio, entre los participantes gubernamentales destacaría ahora el nuevo Presidente de la República, el Médico Oncólogo Tabaré Vázquez. Entre los actores a favor de la política se destacaría el CIET, que buscó llenar el hueco que dejó la Alianza Nacional para el Control del Tabaquismo después de la firma del CMCT.

En la tercera etapa se incrementa sustancialmente el número de actores que participan en la opinión pública de Uruguay en el tema del control del tabaco. El Presidente Tabaré Vázquez sigue siendo el principal participante por parte en la categoría de actores gubernamentales. También el Ministerio de Salud pública sigue siendo un actor importante, pero ahora se suma también Winston Abascal, como Director del Programa para el Control del Tabaco de Salud Pública, es decir el programa encargado de implementar la Ley 18256.

El CIET sigue siendo el actor local que más participa entre quienes están a favor de la política para el control del tabaco. Pero se suman un conjunto de organizaciones internacionales a favor del control del tabaco, que suministraron recursos, asesoría e insumos al gobierno de Uruguay, en la demanda que tuvo que enfrentar por parte de PMI, contra los empaques genéricos para los cigarrillos, así como por las prohibiciones de publicidad en revistas extranjeras que ingresaran al país. Entre los actores en contra también se tuvo un incremento importante, pues se incorporaron grupos de productores internacionales, productores nacionales, asociaciones de revistas, tabacaleras e incluso legisladores.

Gráfica 6.13. Evolución de la participación de los grupos de interés



Fuente: elaboración propia

En la primera etapa participaban nueve actores, de los cuales tres son gubernamentales, cuatro están a favor y dos en contra. En la segunda, la situación permanece casi igual pues participan diez actores, de los cuales 3 son actores gubernamentales, 3 están a favor y 4 en contra. Finalmente, en la última etapa explota la participación con 21 actores, de los cuales cinco son gubernamentales, nueve están a favor y siete en contra. Es la Ley 18256 la que parece detonar el debate público en todos los tipos de actores.

Ana Lorenzo explica que: “la Sociedad Uruguaya de Tabacología es una sociedad científica, como tal, su cometido principal es capacitar a los profesionales que están trabajando en el control del tabaco a nivel de todo el país y actualizar el conocimiento en la temática del control del tabaco. En Uruguay la sociedad civil realizó una alianza en el año 2000, esta alianza trabajó, más o menos, hasta el año 2005 pero ya no funciona más”.

El economista Dardo Curti enfatizó que: “en Uruguay lo médicos tienen un sindicato importante, son un sector de la sociedad con peso, más que los hospitales. Y después la parte del sistema político, el apoyo de todos de los partidos que, en definitiva, eso te allana el camino. Había diversos grupos, algunos de médicos, otros simplemente sociedad civil, gente que estaba preocupada por el tema”.

Por su parte, Eduardo Bianco comenta que: “la sociedad civil uruguaya pudo organizarse gracias al apoyo de organizaciones estadounidenses, como la American Kansas Society, American Cancer Association, así como la misma OPS” El mismo Eduardo afirma que: “después de la firma del CMCT se involucran, individuos, académicos y gente interesada, se involucra y se genera una red, se genera una masa crítica de personas con conocimiento sobre el tema y que tenía la capacidad de llegar al poder político y a los medios”.

Según Eduardo Bianco: “la industria tabacalera tenía un lobista, un político de alto nivel que incluso fue ministro de educación y de cultura en el gobierno, un par de gobiernos antes, entonces, se paseaba, como decimos nosotros, como perico por su casa en el Parlamento”. En cambio, el Ex Presidente de la República, el actual Senador La Calle afirmó que: “el tema de los fumadores es un tema de fundamentalismo, las organizaciones pueden llegar a ese extremo, también los gobiernos”. La Calle afirma que: “creo que ellos (las organizaciones) no han incidido tanto, es más el hecho de que les han dado publicidad”.

Por su parte, el Sindicato Autónomo del Tabaco ha señalado que: “hay un sequito porque no es solamente Tabaré Vázquez o la izquierda como le quieran llamar, en la derecha también hay gentes que nosotros los llamamos talibanes, los talibanes

de la lucha contra el tabaco”. El Senador Solari comentó que: “en el tema del control del tabaco, el actor central ha sido, sin ninguna duda, el Estado, dentro del Estado lo ha sido la autoridad sanitaria”. El Senador Solari mencionó que: “papel de la sociedad civil ha sido nulo, el Uruguay se caracteriza por ser una sociedad que tiene un intenso nivel de presencia del Estado, entonces, las organizaciones, la sociedad civil, han tenido realmente muy poca incidencia en este tema. Tampoco ha habido una campaña muy importante de lo que pueden ser núcleos empresariales, o lo que puede ser núcleos gremiales”.

Winston Abascal mencionó: “me integre a trabajar junto con la sociedad civil en lo que se llamó la Alianza Nacional para el Control del Tabaco, en el 2000. Era una alianza que involucró a instituciones del estado y de la sociedad civil para fundamentalmente hacer más eficiente el trabajo, en el sentido de que pudimos establecer un discurso respecto al tema de control de tabaco, que tuviera una expresión coherente cada vez que nos enfrentábamos a los medios de prensa o a la opinión pública”.

No parece que la participación de los grupos de presión sea un factor determinante en la intensificación de las políticas para el control del tabaco. Se afirma esto porque los grupos de presión a favor de la política estuvieron estables, e incluso decrecieron, antes de la regulación emitida en la Ley 18.256. Esto significa que la activación de los grupos de presión a favor de la política fue posterior a la intensificación más dramática de las políticas que se produjo en el 2005. Lo mismo se puede afirmar sobre los actores en contra de la política que se volvieron más activos después de la regulación del 2008.

- *Segundo indicador: coordinación entre los grupos de interés.*

6.3.3 Enfoque institucional

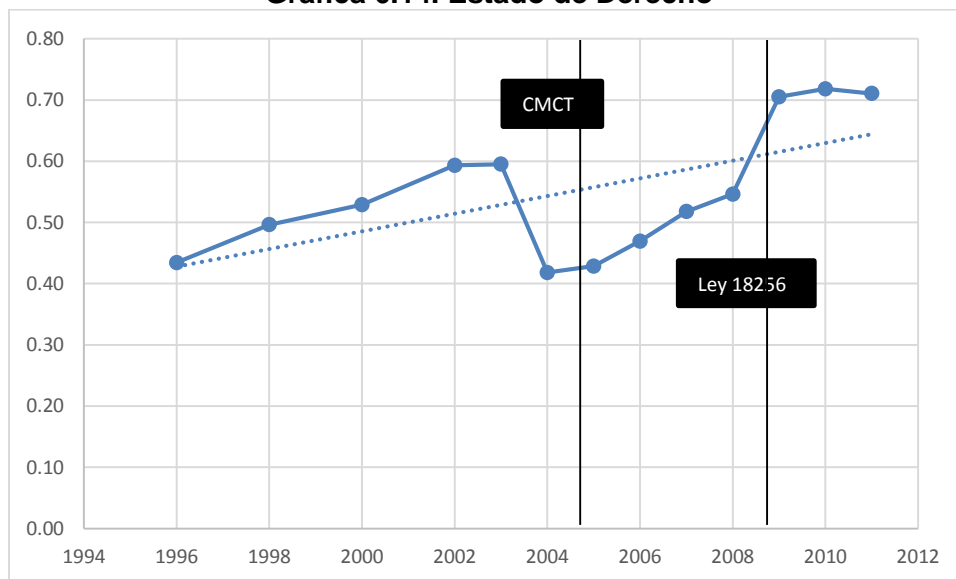
La intensidad de las políticas para el control del tabaco en España podría tener una explicación institucional. Se esperaría entonces que a medida que se fortalecieran las instituciones que limitan la corrupción, que fortalecen el estado de derecho, la autonomía de los gobiernos y la transparencia, las políticas se tornaran más intensas.

- **Primer indicador: fortalecimiento del estado de derecho**

Uruguay ha experimentado un crecimiento sostenido en el indicador de Estado de Derecho, con excepción de la medición del 2004, cuando se presentó una disminución momentánea (Gráfica 6.13). No obstante, tampoco es posible afirmar que ha sido el incremento en el estado de derecho lo que, por sí mismo propició el surgimiento de los dos instrumentos regulatorios identificados en la gráfico. La tendencia de este indicador ha sido positiva desde 1994, por lo que la regulación contra el tabaco, pudo haber surgido antes, si sólo de esto dependiera. No obstante, la tendencia positiva si permite pensar que este indicador refleja un aspecto que ha sido crucial para generar u entorno favorable para este tipo de regulación.

Sin embargo, Ana Lorenzo de la Sociedad Uruguaya de Tabacología señaló que: “antes del año 2000 lo que podíamos observar acá en Uruguay eran algunos intentos aislados de aplicar alguna medida de contra el tabaco pero impulsados más bien a nivel personal por comprometidas con el tema, muy poca legislación y la poca que había no había una buena fiscalización y por lo tanto no se cumplía, porque una norma cuando existe y no se fiscaliza pues muchas veces no se cumple”. Esto refleja información contradictoria a lo que arroja el indicador del Banco Mundial, lo cual podría significar que en el caso de las políticas para el control del tabaco, el cumplimiento de la ley no fue necesariamente bueno.

Gráfica 6.14. Estado de Derecho



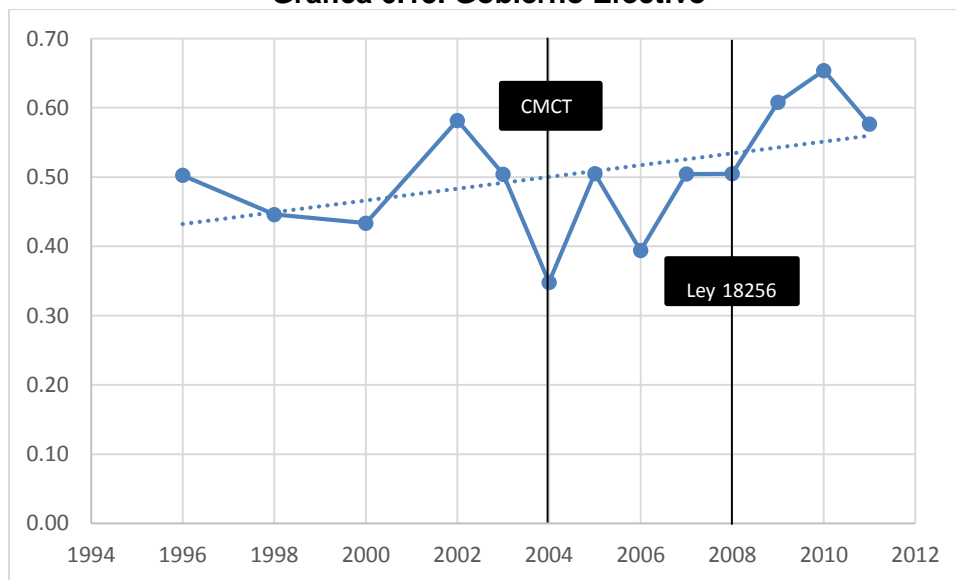
Fuente: Indicadores de Gobernanza del Banco Mundial.

- **Segundo indicador: efectividad del gobierno**

Otra variable institucional importante es la efectividad del gobierno para cumplir sus tareas esenciales (Gráfica 6.14). Se esperaría que un gobierno más efectivo tuviera la capacidad de atender nuevos problemas como parte de su agenda gubernamental. De esta forma los gobiernos más eficaces podrían darse la oportunidad de atender el tabaco como un nuevo tema sin desatender otros asuntos importantes en su agenda. Estos gobiernos tendrían más recursos, personal más capacitado, así como más instrumentos de política pública para actuar.

El indicador de gobierno efectivo ha mantenido una tendencia positiva si se considera el periodo de 1994 al 2011. Curiosamente el 2004, que es cuando se firma el CMCT es e laño que tiene la peor calificación. La variable refleja las percepciones sobre la calidad de los servicios públicos, la calidad del servicio civil de carrera, así como su grado de independencia de presiones políticas. También refleja la calidad de la formulación de políticas, su implementación, así como el compromiso del gobierno con dichas políticas. Esta variable puede tomar valores que van del -2.5, que significa un gobierno nada eficiente, hasta el 2.5, que significa un gobierno absolutamente eficiente.

Gráfica 6.15. Gobierno Efectivo



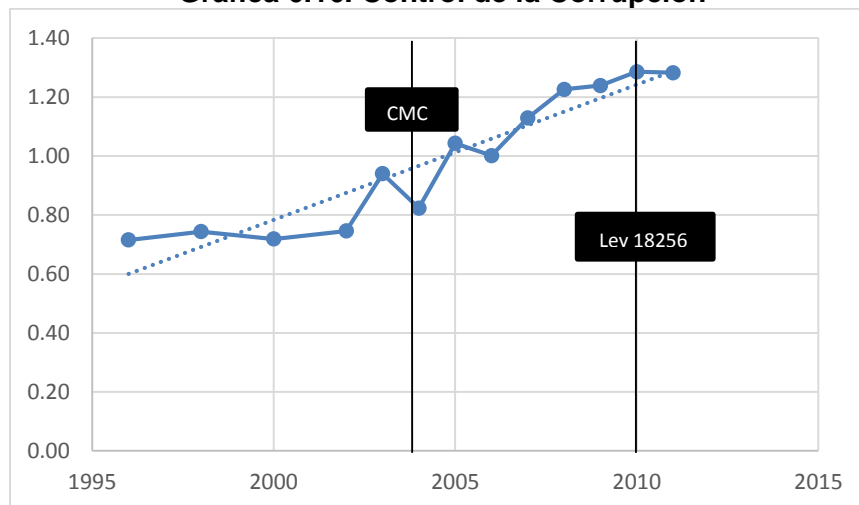
Fuente: Fuente: Indicadores de Gobernanza del Banco Mundial.

• Tercer indicador: control de la corrupción

Respecto al indicador de control de la corrupción, esta ha sido el que más se ha incrementado en el periodo analizado, pues se ha ido casi al doble. Nuevamente, en el 2004 se presenta uno de los pocos años en el que el indicador baja un poco (Gráfica 6.15). Se esperaría que disminuciones en la corrupción también tuvieran un efecto en la captura regulatoria de las políticas para el control del tabaco. Si los niveles generales de corrupción disminuyeran, entonces se podría esperar que se equilibrara la competencia por incidir en la política.

Pero Eduardo Bianco del CIET no opinó lo mismo, mencionó que: “acá lo que hicieron es que tenían un lobista, un político de alto nivel que incluso fue ministro de educación y de cultura en el gobierno, él era el principal lobista de la industria tabacalera y se paseaba como decimos nosotros como perico por su casa en el parlamento. Además, usaba, usó y usa organizaciones de fachada como las agencias de publicidad, las agencias de vendedores, las asociaciones de bares y restaurantes. Ellos se movían de esa manera antes de los decretos del 2005 y mandaban al frente siempre a algún político o algún periodista, incluso a candidatos presidenciales con notas desafiantes con respecto a la política que nosotros estábamos proponiendo. La industria tabacalera ha financiado o sea ha aportado dinero y nosotros pensamos a pesar de que estuvo prohibido a partir de 2008, nosotros tenemos la firme convicción que igual siguieron en la elección de 2010 aportando a todos los partidos políticos, a todos estuvieron allí con un estrategia de influir en el poder político.

Gráfica 6.16. Control de la Corrupción



Fuente: Indicadores de Gobernanza del Banco Mundial.

Incluso el Sindicato Autónomo del tabaco, que está en contra de las políticas opinó que: “existió mucha corrupción en el despido de trabajadores de PMI pues no se cuidaron las formas legales, se protegió a la industria tabacalera, se protegieron los propios políticos, pero fue perjudicado el trabajador”.

En suma, parece que los indicadores utilizados mejoraron un poco en los años entre 1995 y el 2010, pero la mejoría fue marginal, además de que no precedió a los años en los que se intensificaron las políticas para el control del tabaco. Además, existen comentarios de los entrevistados, tanto de los que están a favor, como de los que están en contra, que contradicen a estos indicadores. No parece que estos indicadores arrojen evidencia concluyente sobre la pregunta de investigación planteada.

6.3.4 Enfoque de las coaliciones de presión

- ***Primer indicador: factores externos que detonaron la política pública***

La firma del CMCT parece haber sido un cambio institucional que detonó la intensidad de estas políticas. El surgimiento de nuevos actores tratando de incidir en la política, las leyes, su reglamento, parecen haber sido motivos, en gran medida por la existencia de este tratado internacional. El CMCT es un instrumento de política pública que proviene de la OMS. Probablemente, después de que las estrategias incluidas en este documento fueran exitosas en algunos países desarrollados, como en los Estados Unidos, algunas organizaciones líderes en este tema en el mundo, lo llevarlo a la OMS para que a su vez, se generara un instrumento de alcance mundial.

Muchos países, como Uruguay, pudieron haberlo firmado sin tanta oposición, pues no se pensaba que tuviera efectos reales en la política pública nacional contra el tabaco. No Una vez que se firmó el tratado, hubo disponibilidad de recursos de organizaciones internacionales para fomentar el cumplimiento de este convenio. Es así que surgen organizaciones nacionales decididas a impulsarlo con capacidad de operación, que además contaron con la asesoría de organizaciones internacionales que han vivido el proceso en otras partes del mundo. Se tiene que considerar también que una vez que existe el CMCT, sus impulsores tienen nuevos argumentos para exigir políticas más severas. Ahora, sólo tienen que exigir el cumplimiento de la ley, con lo que pueden colocar en una situación difícil a aquellos reguladores dispuestos a ser capturados por la industria tabacalera.

Ana Lorenzo manifestó que: “fue fundamental la existencia del convenio marco porque allí hubo dos cosas no, la existencia del convenio marco y el hecho de que asumiera este, la presidencia un médico oncólogo que estaba personalmente muy comprometido con esto y ya existía este movimiento trabajando en forma conjunta desde el año 2000, de manera que en el 2005 fue como sencillo digamos avanzar rápidamente cuando se contó además de con este movimiento organizado cuando se contó con la voluntad política. Se juntaron ambas cosas y eso permitió pasar a esa nueva etapa de aprobación de normativa y de su aplicación”.

De la misma forma Eduardo Bianco comentó que: “acá hay un elemento fundamental, fantástico, que fue el desarrollo del convenio macro para el control del tabaco como yo tuve la oportunidad de participar directamente en eso, Uruguay recibía a través mío una información y estímulos para seguir adelante”.

El Senador Solari, señaló que: “cuando Uruguay adhiere al convenio marco en septiembre del año 2004, intensifica la aplicación de las herramientas impuestos en el convenio marco a partir de ese momento sobre todo a partir de marzo de 2005, con un nuevo gobierno presidido por un médico oncólogo, que tenía especial sensibilidad en el tema y que hizo que se adoptaran la totalidad de la política impuestos en el convenio marco con un grado de intensidad creciente desde el año 2006 hasta que finaliza su gobierno en febrero del año 2010. Y desde marzo de 2010 hasta el momento ha habido como un afloje en la intensidad de la política”. El mismo Senador Solari comentó: “es importante que entrevistes a Winston Abascal pues fue una pieza clave en todo esto”.

Al entrevistar al Dr. Winston Abascal, éste señaló que: “este es un proceso que ha llevado años en el cual hubo una etapa primaria de información a la población de informar sobre la magnitud del problema que presentaba el país con el consumo del tabaco, de la carga de enfermedad que esto tenía del costo sobre el sistema sanitario, el costo sobre el sistema de seguridad social porque el consumo del tabaco provoca una carga de enfermedad importante. Sin duda creo que el CMCT ayudó a consolidar este trabajo”.

Por su parte, el Sindicato Autónomo Tabacalero menciona que: “El CMCT si provocó cambios pero no todos buenos, en Ginebra lo denunciarnos porque no ayuda de ninguna forma a los trabajadores, de esa parte se olvida”.

Existen otras razones, externas al subsistema de política, por las cuales la regulación más importante se presentó en el 2005, así como en el 2008. En primer lugar, en el 2005 un nuevo partido político se encontraba gobernando Uruguay, el Partido Encuentro Amplio Progresista, con el Médico Oncólogo Tabaré Vázquez a la cabeza del Poder Ejecutivo.

Recientemente, el ex Presidente de la República Oriental de Uruguay, Tabaré Vázquez, realizó una conferencia en Costa Rica, en la que compartió su opinión sobre el proceso de formación de las políticas para el control del tabaco en su país. Tabaré señaló que, además de los estudios del *Surgeon General* en los 60's, en los 90's ocurrió algo que alteró radicalmente la lucha contra el tabaco. Tabaré señala que: "en la década de los 90 ocurrió un hecho fundamental que cambió la historia del control del tabaco: las tabacaleras perdieron el primer juicio en los Estados Unidos, como consecuencia de ello se vieron obligados a exponer públicamente todos sus documentos internos, los cuales fueron analizados exhaustivamente por investigadores".

Tabaré añade que: "el conocimiento que emergió de estos documentos internos, causó indignación en la OMS y en la comunidad internacional. Se supo que la industria tabacalera, producto de sus propias investigaciones, desde la década del 50 conocía el daño que causaban sus productos. Pero decidió ocultar dichas investigaciones y generar información discordante para mantener la duda sobre el daño". Claramente, el ex Presidente de Uruguay reconoce que el combate al tabaco inicio en Estados Unidos, país en el que, además, tuvo sus primeros triunfos.

En la citada conferencia Tabaré reconoció que en sus inicios la regulación contra el tabaco en Uruguay fue bastante débil, específicamente manifestó que: "en el año 1982 se aprobó una Ley para control del tabaco, que no tuvo ningún impacto significativo para frenar la evolución de la epidemia". Además aseguró que: "desde entonces, todos los proyectos de Ley para controlar el tabaco, fueron sistemáticamente bloqueados, por el lobbying realizado por la industria tabacalera".

Tabaré señala también que muchas de las regulaciones no fueron respetadas, por ejemplo, menciona que: "en el año 1996, un Decreto Ley del Ministerio de Salud Pública, prohibió fumar en las oficinas públicas, pero, el cumplimiento de dicha disposición fue, por decirlo elegantemente, casi nulo".

Según el ex Presidente de la República Oriental del Uruguay: "a partir del año 2000, por influjo del proceso del Convenio Marco, y con la participación activa de la sociedad civil, liderada por el Sindicato Médico del Uruguay, se inició una nueva etapa del control del tabaco en nuestro país que alcanzó la cima cuando a fines del año 2000 se creó la Alianza Nacional para el Control del Tabaco, integrada por el gobierno y la sociedad civil, con el único objetivo de apoyar la ratificación el Convenio Marco".

Tabaré menciona que: “el 1º de marzo del 2005, nuestra fuerza política, llega por primera vez al gobierno, si bien, en dicho momento teníamos muchos desafíos importantes por delante, no podíamos dejar de lado el problema de la epidemia de tabaquismo”. “El 31 de mayo de 2005, en el contexto del Día Mundial sin Tabaco, presentamos ante la opinión pública una serie de Decretos tendientes a cumplir con el compromiso contraído por nuestro país al ratificar el Convenio Marco”.

Es interesante que Tabaré recuerda que: “a los pocos días de emitidos los decretos, la Asociación de dueños de Bares y Restaurantes de Uruguay (CAMBADU), manifestó su inconformidad por algo que consideraba una injusticia comercial, dado que sólo los comercios grandes podrían enfrentar las reformas necesarias. Increíblemente, declararon ante los medios de comunicación que por qué no prohibieron fumar en todos lados”.

Fue así que el 5 de setiembre del 2005 se emitió un nuevo Decreto, que prohibió fumar en todo espacio público cerrado a partir del 1º de marzo del 2006. Tabaré reconoce que a pesar de la importancia de los decretos, fue hasta el 2008 que se institucionalizó la política para el control del tabaco en Uruguay. Específicamente señala: “En marzo del 2008, nuestro país aprobaba la Ley 18.256 sobre control del tabaco, con esta Ley, las estrategias de control del tabaco, que inicialmente se habían aplicado por vía Decreto, se refuerzan y se institucionalizan, al recibir el respaldo del Parlamento.

Es indudable que la llegada de Tabaré a la Presidencia de la República fue el factor que catalizó las políticas para el control del tabaco en Uruguay. No es casualidad que la primera regulación estricta emitida fue sustentada en Decretos Presidenciales, para los cuales no se requería pasar por un proceso legislativo que involucrara al Parlamento Uruguayo. Sin embargo, es poco claro por qué fue hasta el 2008, cuando esta regulación pudo convertirse en ley.

La llegada de Tabaré coincidió con un incrementó sustantivo de la participación del Partido Encuentro Progresista en la Cámara de Representantes, pero no en la de Senadores (ver tabla 6.15). No parece haber alguna relación entre la composición de las cámaras y el hecho de que la legislación se presentara de forma desfasada hasta el 2008.

Tabla 6.15. Porcentaje de miembros del Parlamento uruguayo por partido político

Cámara de Representantes		
Partido Político	2000-2005	2005-2010
Partido Colorado	33%	10%
Partido Encuentro Progresista - Frente Amplio	40%	53%
Partido Nacional	22%	1%
Partido Nuevo Espacio	4%	-
Partido Independiente	-	36%

Cámara de Senadores		
Partido Político	2000-2005	2005-2010
Partido Colorado	29%	10%
Partido Encuentro Progresista - Frente Amplio	43%	43%
Partido Nacional	29%	47%

Fuente: elaboración propia

No obstante, se obtienen más pistas cuando se observa la composición de las comisiones de salud, tanto en la Cámara de Representantes como en el Senado. Se puede verificar que el 2008 fue un año especial en ambas comisiones con firmes impulsores de las políticas para el control del tabaco (tabla 6.16).

De los cuatro miembros de la Comisión de Salud en la Cámara de Representantes, tres eran médicos, todos pertenecientes a la Academia Nacional de Medicina. El otro integrante era un abogado con antecedentes de tener simpatía por este tipo de políticas. Además, uno de los miembros, Diputado Miguel Asqueta Soñora, fue Presidente de la Sociedad de Cardiología de Uruguay, además de ser considerado por los entrevistados como: “un campeón en la lucha contra el tabaco”. Actualmente, Miguel Asqueta es el Director General del Programa Nacional para el Control del Tabaco.

Tabla 6.16 Composición de la Comisión de Salud en la Cámara de Representantes en el 2008

Cargo	Nombre	Partido	Antecedentes
Presidente	Álvaro Vega Llanes	Partido Encuentro Progresista (Frente Amplio)	Médico perteneciente a la Academia Nacional de Medicina
Vicepresidente	Sánchez Cal Dardo	Partido Nacional	Abogado promotor de las iniciativas contra el tabaco
Miembro	Gallo Imperiale	Partido Encuentro Progresista (Frente Amplio)	Médico perteneciente a la Academia Nacional de Medicina
Miembro	Asqueta Soñora Miguel	Partido Nacional	Campeón de la lucha contra el tabaco. Médico que fue Presidente de la Sociedad de Cardiología

Fuente: elaboración propia.

También en la Comisión de Salud de la Cámara de Senadores se presentó una composición absolutamente favorable para legislar políticas para el control del tabaco (ver tabla 6.17). Como Presidente de la comisión estaba Alberto Cid, médico que fue miembro del Sindicato Médico del Uruguay, un grupo que siempre impulsó estas políticas. Además, 3 de los 7 miembros de la Comisión, en este año, fueron cercanos al Presidente Tabaré e incluso participaron en su campaña. En general, es claro que el 2008 fue un año en el que se dieron las condiciones legislativas para que los Decretos Presidenciales expedidos en el 2005 se convirtieran en una ley.

Tabla 6.17. Composición de la Comisión de Salud en la Cámara de Senadores en el 2008

Cargo	Nombre	Partido	Antecedentes
Presidente	Alberto Cid	Partido Encuentro Progresista (Frente Amplio)	Fue Presidente del Sindicato Médico del Uruguay
Vicepresidente	Enrique Antía	Partido Nacional	Promotor de la prohibición de la publicidad de tabaco
Miembro	Isaac Alfie	Partido Colorado	Economista que se resistió al incremento de impuestos al tabaco
Miembro	Eber de la Rosa	Partido Nacional	Promotor de la prohibición de la publicidad de tabaco en televisión
Miembro	Margarita Percovich	Partido Encuentro Progresista (Frente Amplio)	Cercana a Tabaré impulsora de la regulación contra el tabaco
Miembro	Víctor Vaillant	Partido Encuentro Progresista (Frente Amplio)	Cercana a Tabaré impulsora de la regulación contra el tabaco
Miembro	Mónica Xavier	Partido Colorado	Integró el equipo de campaña electoral designado por el Dr. Tabaré Vázquez

Fuente: elaboración propia

6.4 Conclusiones del caso uruguayo

El caso uruguayo parece tener cuatro momentos que vale la pena analizar. El primero es el previo al CMCT, en el que no se presentaron cambios importantes a la regulación contra el tabaco. El segundo momento importante es la ratificación del CMCT. Después, en el 2005 el Presidente de la República emitió una serie de Decretos Presidenciales que incrementaron aceleradamente la intensidad de las políticas para el control del tabaco. El último momento importante fue en el 2008 cuando se emitió la Ley N° 18.256 en la que se institucionalizaron los cambios del 2005.

La explicación del interés público no parece estar relacionada con los incrementos en intensidad. Ni el consumo ni la mortalidad parecen estar asociados al comportamiento de la variable dependiente, las dos presentan un comportamiento estable con tendencia a la baja en el periodo analizado.

El enfoque del interés privado, por sí mismo, tampoco explica por qué se presentaron los incrementos en la intensidad detectados.

Se afirma esto porque los grupos de presión a favor de la política estuvieron estables, e incluso decrecieron, antes de los principales incrementos en intensidad del 2005, así como del 2008. Esto significa que la activación de los grupos de presión a favor de la política fue posterior a la intensificación más dramática de las políticas que se produjo en el 2005. Lo mismo se puede afirmar sobre los actores en contra de la política que se volvieron más activos después de la regulación del 2008. La participación de los grupos de presión parece ser una consecuencia más que una causa de la intensidad de las políticas en el caso uruguayo.

El enfoque institucional tampoco ofrece resultados contundentes, primero porque los indicadores considerados presentan mejorías mínimas en un amplio periodo

que abarca de 1996 al 2012. Pero también porque la evidencia cualitativa obtenida de las entrevistas afirma que no existió un decremento en la corrupción, una mejora en la efectividad del gobierno o una solidificación del estado de derecho. No es posible afirmar que estos factores institucionales internos hayan sido un factor relevante para la intensificación de las políticas en contra del tabaco en Uruguay.

Uruguay mantuvo una política contra el tabaco poco activa hasta el 2005, cuando experimentó incrementos sustanciales en todos los instrumentos de política. La única explicación plausible parece provenir del “Advocacy Coalitions Framework” que indica que los cambios más importantes en una política, pueden provenir de afuera del subsistema de políticas. En este caso el cambio externo que detonó la intensidad de las políticas fue la presencia de una nueva elite gobernante en el subsistema.

La llegada de un Presidente de la República oncólogo, que tuvo mayoría legislativa, además de que tuvo a connotados activistas contra el tabaco, así como médicos oncólogos, como miembros de las comisiones de salud, tanto en el senado como en la cámara de diputados, son factores que antecedieron a los cambios más importantes en intensidad. Todos los entrevistados coinciden en que fue esta situación la que hizo la diferencia en Uruguay.

7. Análisis comparativo

Para comprender los factores que explican la intensidad de las políticas para el control del tabaco, en los tres países estudiados, se ha realizado un estudio comparativo. Esto implicará contrastar la variable dependiente para los tres casos, así como las explicaciones propuestas. La contrastación permitirá identificar los factores que son relevantes en cada uno de los casos para analizar si existen factores que sean comunes entre ellos.

7.1 Comportamiento de la variable dependiente

México tiene un despegue lento en la intensidad políticas para el control del tabaco, al igual que Uruguay, en ambos países la política parece inmóvil desde 1984 hasta 1988. En cambio, España muestra incrementos importantes, desde temprano, en la intensidad de las estas políticas, particularmente en 1988 con las prohibiciones a la publicidad. Posteriormente, sobreviene un largo periodo de estabilidad, para los tres países, en la intensidad que perdura hasta el 2004, aunque con moderados incrementos a mediados de la década de los noventa. Después del 2004 se presentan los incrementos más notables en la intensidad de la política para el control del tabaco en los tres países.

Los aspectos más interesantes de la variable dependiente pueden ser comprendidos a partir de las diferencias entre los países estudiados. La primera diferencia interesante es que a finales de la década de los ochenta, España parecía tener una política que se fortalecía más rápido que la de México e incluso la de Uruguay. En sus primeras luces las políticas para el control del tabaco en estos dos últimos países eran practicante inexistentes. De acuerdo con el índice de intensidad construido, en este periodo (1984 a 1988) México sólo incrementó su política en 0.28 puntos, España la incrementó en un punto, mientras que Uruguay no la modificó en absoluto. Es importante recordar que la escala del índice toma valores del cero al cuatro, de acuerdo con el nivel de intensidad. En adelante se considerará un incremento bajo cuando sea menor a 0.50 puntos, mediano si es mayor o igual a 0.50 pero menor a 0.99, mientras que todo incremento de más de un punto será considerado alto.

Después, durante el periodo de estabilidad de las políticas (1989-2003), los cambios en las políticas fueron pequeños, España incrementó en 0.37 puntos la intensidad de sus políticas, México en 0.33 y Uruguay en 0.38. Los tres países

tuvieron cambios de baja intensidad bastante similares que los dejaron en las mismas posiciones, con España a la cabeza (debido al incremento en la etapa anterior). En este periodo, México fue el único que presentó decrementos en la intensidad durante la década de los noventa, principalmente por reducciones importantes en los impuestos.

Después del 2004, los tres países experimentaron altos incrementos en la intensidad de las políticas para el control del tabaco. México experimentó un incremento de 1.09 puntos, España de 1.67, mientras que Uruguay subió 1.90 puntos. Esta tercera etapa es posterior a la ratificación del CMCT, excepto para España que lo ratificó hasta el 2005.

Es importante identificar los años precisos en los que cada país tuvo incrementos altos en la intensidad. México sólo tuvo un alto incremento en la intensidad en el 2008. España tuvo un incremento alto en 1988, uno mediano en 2005, así como otro alto en el 2010. Finalmente, Uruguay experimentó un único incremento de gran magnitud en el 2005, acompañado de algunos incrementos pequeños a lo largo del periodo de análisis.

Tabla 7.1. Comportamiento de la variable dependiente de acuerdo con el índice de intensidad construido

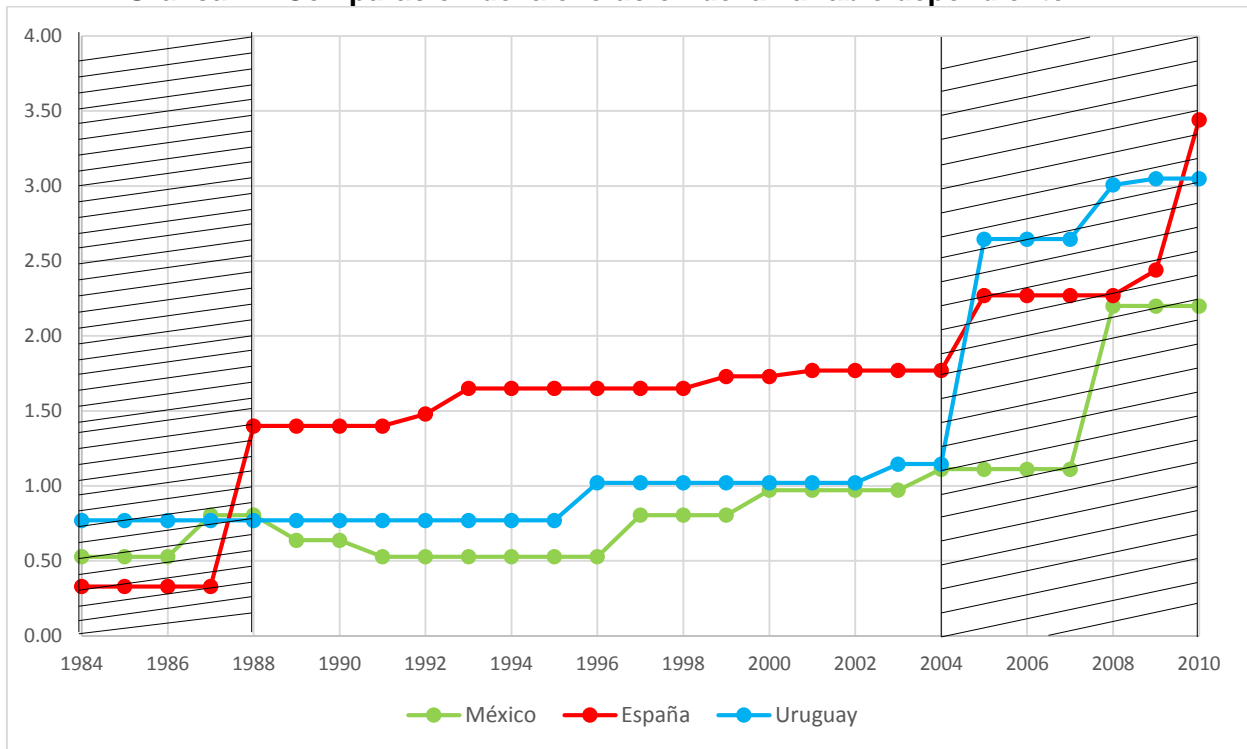
Año	México	España	Uruguay	México	España	Uruguay	México	España	Uruguay
1984	0.53	0.33	0.77						
1985	0.53	0.33	0.77				0.00	0.00	0.00
1986	0.53	0.33	0.77				0.00	0.00	0.00
1987	0.81	0.33	0.77				0.28	0.00	0.00
1988	0.81	1.4	0.77	0.28	1.07	0.00	0.00	1.07	0.00
1989	0.64	1.4	0.77				-0.17	0.00	0.00
1990	0.64	1.4	0.77				0.00	0.00	0.00
1991	0.53	1.4	0.77				-0.11	0.00	0.00
1992	0.53	1.48	0.77				0.00	0.08	0.00
1993	0.53	1.65	0.77				0.00	0.17	0.00
1994	0.53	1.65	0.77				0.00	0.00	0.00
1995	0.53	1.65	0.77				0.00	0.00	0.00
1996	0.53	1.65	1.02				0.00	0.00	0.25
1997	0.81	1.65	1.02				0.28	0.00	0.00
1998	0.81	1.65	1.02				0.00	0.00	0.00
1999	0.81	1.73	1.02				0.00	0.08	0.00
2000	0.97	1.73	1.02				0.17	0.00	0.00
2001	0.97	1.77	1.02				0.00	0.04	0.00
2002	0.97	1.77	1.02				0.00	0.00	0.00
2003	0.97	1.77	1.15	0.33	0.37	0.38	0.00	0.00	0.13
2004	1.11	1.77	1.15				0.14	0.00	0.00
2005	1.11	2.27	2.65				0.00	0.50	1.50
2006	1.11	2.27	2.65				0.00	0.00	0.00
2007	1.11	2.27	2.65				0.00	0.00	0.00

2008	2.20	2.27	3.01				1.09	0.00	0.36
2009	2.20	2.44	3.05				0.00	0.17	0.04
2010	2.20	3.44	3.05	1.09	1.67	1.90	0.00	1.00	0.00

Fuente: elaboración propia con base en el índice de intensidad

La gráfica 7.1 nos muestra la evolución en la intensidad de las políticas de forma comparada, con los periodos de crecimiento en la intensidad sombreados. El periodo de estabilidad no está sombreado, con lo cual es fácil corroborar que es el de mayor longitud.

Gráfica 7.1. Comparación de la evolución de la variable dependiente



Fuente: elaboración propia con base en el índice de intensidad

España parte en los niveles más bajos de intensidad pero en 1998 experimenta un rápido incremento debido a la prohibición de publicidad en televisión implementada, aunque se contemplaban algunas excepciones, ésta fue una regulación bastante importante. Posteriormente, España experimenta un periodo de incrementos moderados hasta el 2005, que fue cuando se promulgó la Ley 28/2005 que contemplaba un endurecimiento importante, a través de diversos instrumentos, en la política contra el tabaco. El tercer gran incremento español ocurrió con la Ley 42/2010 con la que se subsanaron algunas carencias de la regulación emitida en el 2005. Específicamente, se profundizó la prohibición de

fumar en espacios públicos cerrados, que en la pasada regulación era una prohibición parcial.

En México se presentó un incremento mediano en la intensidad en 1987 con la obligación de que las advertencias sanitarias se redactaran como una afirmación no como una posibilidad. Después de 1996 empieza a incrementarse la intensidad de forma gradual en las advertencias sanitarias, así como con la exigencia de que los edificios del Poder Ejecutivo fueran espacios libres de humo de tabaco. Incluso se incrementan ligeramente los impuestos, así como las prohibiciones a la publicidad. Pero es hasta después del 2008, con la promulgación de la Ley General para el Control del Tabaco, que se produjo un incremento alto en la intensidad de la política.

El caso uruguayo se distingue por haber sido una política casi sin cambios hasta el 2005 que fue cuando se emitieron una serie de Decretos Presidenciales, mediante los cuales se incrementó la intensidad de casi todos los instrumentos de política disponibles. Se prohibió fumar en todo espacio público, se incrementaron los impuestos, se incrementó el tamaño, diversidad e intensidad de las advertencias sanitarias, además de que se prohibió la publicidad en televisión, así como el patrocinio de cualquier tipo de evento. El Presidente Tabaré Vázquez fue el artífice de esta regulación contra el tabaco. En el 2008 se institucionalizaron muchas de las medidas que se habían tomado mediante Decretos Presidenciales.

7.2 Pertinencia de las explicaciones propuestas.

7.2.1 Interés público

Se pudo corroborar que los dos indicadores relacionados con la teoría del interés público no parecen explicar los incrementos en intensidad. En primer lugar, las tasas de consumo de tabaco no parecen ser un factor que guarde alguna asociación con la intensidad. Los instrumentos de monitoreo disponibles coinciden en que es un fenómeno estable, con repuntes entre sectores de la población específicos, como el de las mujeres jóvenes. El segundo indicador es la mortalidad de enfermedades asociadas al consumo de tabaco, el cual tampoco parece estar asociado a las modificaciones en la intensidad de las políticas. Adicionalmente, la evidencia cualitativa también coincide con la información recabada a partir de las entrevistas en los tres casos.

Tabla 7.2. Síntesis de los indicadores considerados para valorar el enfoque del interés público

Indicador	Comportamiento esperado	Evidencia cuantitativa	Evidencia cualitativa
Tasa de consumo	Los incrementos en intensidad serían una consecuencia de incrementos en la tasa de consumo	<p>España: disminución sostenida de las tasas de prevalencia desde 1987 con incrementos en mujeres de edades avanzadas.</p> <p>México: disminución sostenida de las tasas de prevalencia desde 1988 con incrementos entre las mujeres de entre 12 y 17 años.</p> <p>Uruguay: no existe una encuesta que permita analizar la evolución del consumo de tabaco. Pero las ventas per cápita han estado disminuyendo desde 1990.</p>	<p>España: coincidencia total entre los actores entrevistados de que no es factor que explique la intensidad.</p> <p>México: coincidencia parcial entre los entrevistados. La industria tabacalera piensa que no ha bajado el consumo de tabaco. Nadie opina que sea un factor que explique la intensidad.</p> <p>Uruguay: coincidencia total entre los actores entrevistados de que no es factor que explique la intensidad.</p>
Mortalidad	Los incrementos en intensidad serían una consecuencia de incrementos en la tasa de mortalidad cruda de enfermedades relacionadas al consumo de tabaco.	<p>España: disminución sostenida de las tasas de mortalidad desde 1997.</p> <p>México: disminución sostenida de las tasas de mortalidad desde</p> <p>Uruguay: no se encontró una serie de tiempo desagregada por tipo de enfermedad.</p>	<p>España: coincidencia total entre los actores entrevistados de que no es factor que explique la intensidad.</p> <p>México: coincidencia total entre los actores entrevistados de que no es factor que explique la intensidad. sea un factor que explique la intensidad.</p> <p>Uruguay: coincidencia total entre los actores entrevistados de que no es factor que explique la intensidad.</p>

Fuente: elaboración propia

7.2.2 Interés privado

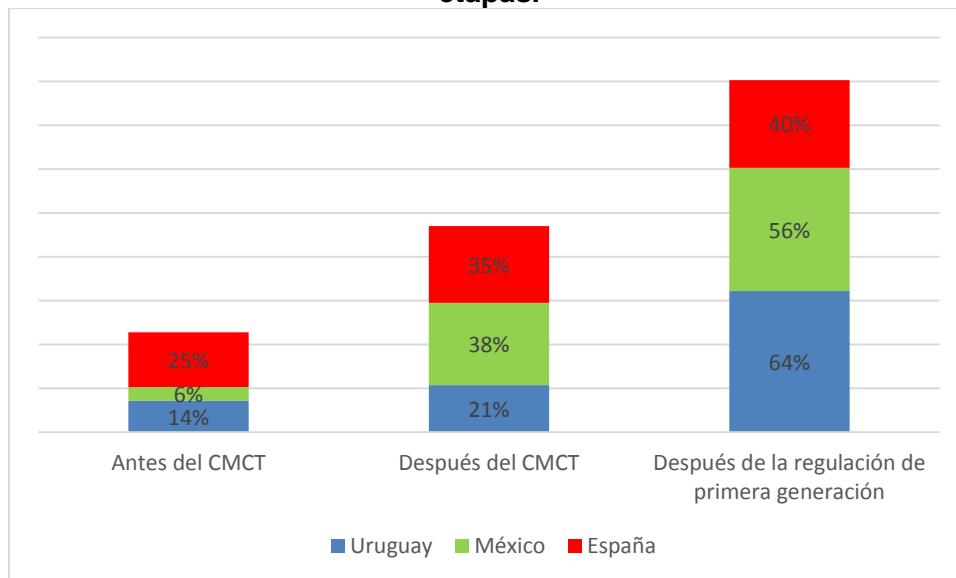
Las explicaciones desde los lentes conceptuales del interés privado tampoco parecen ser satisfactorias, al menos no por sí mismas. Para verificar la pertinencia del enfoque del interés privado se consideraron dos indicadores: la presencia de los grupos de presión a favor de la política, así como la coordinación entre dichos grupos.

Respecto a la presencia de los grupos de presión a favor de la política la gráfica 7.2 muestra que antes de la ratificación del CMCT, era en España donde se tenía mayor presencia de dichos grupos. Después de la ratificación del CMCT pero antes de la regulación de primera generación, México fue el país que presentó el mayor porcentaje de actores a favor con Uruguay bastante cerca. Finalmente, en Uruguay el porcentaje más grande de opiniones favor se presenta después de la regulación de primera generación. Este indicador nos dice que España es el país con la presencia más antigua de grupos de presión a favor de las políticas para el control del tabaco, mientras que en México y en Uruguay, son fenómenos más recientes. En el caso uruguayo se pudo verificar que la participación de los actores interesados se intensificó después de la regulación de primera generación, es decir después del incremento del 2005 que se produjo a partir de Decretos

Presidenciales. Esto significa que la participación de la sociedad civil parece ser una consecuencia más que una causa de la intensidad.

La gráfica 7.2 muestra que antes de la ratificación del CMCT, en España, el 25% del total de actores favor identificados ya estaban participando medios de opinión. En contraste, en esa misma etapa los otros dos países tenían mucho menos actores participando. En la segunda etapa, que es la que abarca después de la ratificación del CMCT pero antes de la regulación de primera generación, México tuvo una participación superior de actores, seguido de cerca por España. En cambio, en Uruguay la mayor presencia se observa en la tercera etapa, es decir después de la regulación de primera generación. Debe destacarse que esto no es un línea del tiempo, pues los tres países emitieron la regulación de primera generación en diferentes años.

Gráfica 7.2. Distribución de las opiniones de actores a favor de la política por etapas.



Fuente: elaboración propia

Pero además esta evidencia se alinea con lo que comentaron los entrevistados sobre los orígenes de los movimientos antitabaco en sus respectivos países. Joan Villalbí (2005) comentó que: “Las bases para la creación del CNPT se sientan en una reunión informal de los participantes españoles en la 9ª Conferencia Internacional sobre el tabaco y la salud de París en octubre de 1994. En su curso, se constata la débil presencia española y la frustración por los escasos progresos conseguidos desde la anterior Conferencia de 1992 en Buenos Aires, proponiendo crear una plataforma de coordinación. En una reunión en Toledo se concretan los

principios sobre los que se fundará, y en 1996 se constituye formalmente y se registra al amparo de la ley de asociaciones”.

Por su parte, Eduardo Bianco, fundador del CIET, señaló que: “hasta 2005 por decirlo así comienza una segunda etapa en el cual está el desarrollo de la sociedad civil para control del tabaco, se organiza, aparece el sindicato médico de Uruguay que se genera una alianza nacional para el control del tabaco con participación, instancias públicas, sociedad civil, las organizaciones, se crea fumadores pasivos, hay muchas movidas la sociedad civil, paralelamente una toma de conciencia cada vez mayor lo que es el cuarto médico nacional y bueno se aprende a trabajar con los medios se aprende a llegar a los legisladores”. El CIET, en sus documentos oficiales señala que: “comenzamos nuestras actividades a finales del 2006, cuando fundamos nuestra organización mediante el apoyo financiero del *International Development Reseach Centre* de Canadá (IDRC)”.

Por su parte, en México la primera organización paraguas, que buscó aglutinar a todas las demás que estaban a favor de las políticas para el control del tabaco, surgió en el 2004, la cual fue la Alianza Nacional contra el Cáncer. Las demás grandes organizaciones como FIC, ALIENTO y CÓDICE, surgieron después del 2009. En suma, España tiene a los grupos de presión participando desde tiempo atrás, Mientras que los otros dos países experimentaron esto más recientemente.

En lo que se refiere a la estructura de gobernanza es posible observar que España siempre ha tenido en el CNPT un ente coordinador, México ha tenido al menos tres organizaciones que han intentado coordinar a las demás, mientras que en Uruguay existió por un tiempo para luego desaparecer. España tendría ventaja en el esquema de gobernanza de la sociedad civil. Por otra parte, en ninguno de los tres países se detectó un ente coordinador para los actores en contra de la política.

Tabla 7.3. Síntesis de los indicadores cualitativos considerados para valorar el enfoque del interés privado

Indicador	Comportamiento esperado	Evidencia cualitativa
Presencia de organizaciones a favor de las políticas.	Los eventos externos podrían generar políticas más intensas en países con presencia más antigua de organizaciones a favor de las mismas.	<p>España: Presencia previa al CMCT. Órgano coordinador fundado desde 1996.</p> <p>México: Presencia posterior al CMCT. Órganos coordinadores fundados después del 2009.</p> <p>Uruguay: La presencia de las organizaciones parece ser una consecuencia de la regulación. Presencia posterior a la regulación de primera generación. Sin ente coordinador.</p>

Estructura de gobernanza de las organizaciones participando	Se esperarían políticas más intensas cuando los actores a favor tuvieran un ente coordinador antes de la emisión de la regulación.	<p>España: todos los entrevistados coinciden en el papel del CNPT para coordinar a la sociedad civil. No se reconoce un único coordinador para la coalición en contra.</p> <p>México: Tres grupos coordinadores: ALIENTO, CÓDICE y Red contra el Cáncer. No se reconoce un único coordinador para la coalición en contra.</p> <p>Uruguay: Se reconoce el papel que tuvo el CIET por un tiempo como coordinador de la coalición a favor de las políticas. No se reconoce un único coordinador para la coalición en contra.</p>
---	--	--

Fuente: elaboración propia

7.2.3 Explicación a partir de instituciones internas

Ninguna de las instituciones internas consideradas parece haber sido relevante para explicar los incrementos en la intensidad de las políticas para el control del tabaco. Los indicadores retomados del Banco Mundial muestran un deterioro en los tres indicadores tanto para México como para España. Para Uruguay fue posible observar una mejoría marginal en los mismos indicadores. Ninguno de los indicadores muestra un incremento sustancial en sus valores previo a alguno de los incrementos en la intensidad en algún país. Esto en conjunto con la evidencia cualitativa, en la que ningún entrevistado identificó alguno de estos factores institucionales como relevante, hace pensar que esta explicación no es satisfactoria.

Tabla 7.4. Síntesis de los indicadores considerados para valorar el enfoque de instituciones

Indicador	Comportamiento esperado	Evidencia cuantitativa	Evidencia cualitativa
Fortalecimiento del estado de derecho	Los incrementos en intensidad serían una consecuencia de incrementos en el indicador de estado de derecho.	<p>España + México: el indicador se deterioró en el periodo estudiado. No existió ninguna mejora previa a los incrementos en intensidad.</p> <p>Uruguay: mejora mínima en este indicador aunque no previa a los incrementos en intensidad.</p>	<p>España + México + Uruguay: ninguno de los 40 entrevistados identificó a estos factores institucionales internos como relevantes.</p>
Efectividad del gobierno	Los incrementos en intensidad serían una consecuencia de incrementos en el indicador de efectividad de gobierno.	<p>España + México: el indicador se deterioró en el periodo estudiado. No existió ninguna mejora previa a los incrementos en intensidad.</p> <p>Uruguay: mejora mínima en este indicador aunque no previa a los incrementos en intensidad.</p>	
Control de la corrupción	Los incrementos en intensidad serían una consecuencia de incrementos en el indicador de control de la corrupción.	<p>España + México: el indicador se deterioró en el periodo estudiado. No existió ninguna mejora previa a los incrementos en intensidad.</p> <p>Uruguay: mejora mínima en este indicador aunque no previa a los incrementos en intensidad.</p>	

Fuente: elaboración propia

7.2.4 Explicación según el enfoque de ACF

Tanto en México como en Uruguay los periodos previos a la firma del CMCT fueron relativamente estables, con una mínima regulación del tabaco. Esto evidencia la predominancia de la coalición de actores en contra de la política, fundamentalmente de la industria tabacalera, que tuvo la capacidad de inhibir cualquier intento de modificación del status quo.

No existen cambios sustantivos en el núcleo profundo de políticas de los actores en contra, quienes sostenían como argumento central la libertad de elección. Los actores a favor de la política esgrimían como argumento central la necesidad de regular el consumo de tabaco ante la carencia de información de los consumidores para tomar decisiones, este argumento tampoco sufrió modificaciones importantes. Los aspectos relacionados con el núcleo próximo de las políticas tampoco se modificaron radicalmente, los instrumentos de política que ambas coaliciones impulsaban estaban enfocados en ofrecer más información, realizar campañas de prevención o procurar espacios separados para fumadores.

En síntesis, las estrategias, recursos o acontecimientos generados al interior de los subsistemas de políticas, en estos dos países, no fueron claves en las primeras modificaciones de la política para el control del tabaco. En realidad, fue después de la firma del CMCT que las posiciones se radicalizaron e incluso se presentaron cambios en la política. Sabatier (1993) señala que, en ocasiones, los cambios en las políticas provienen de perturbaciones externas, es decir los efectos de cambios en el sistema en el que se encuentran insertas las diferentes coaliciones.

En México, la firma del CMCT permitió que la coalición de actores a favor de la política viera fortalecidas sus posibilidades de alterar la política contra el tabaco. En primer lugar, la firma de un instrumento internacional vinculante les otorgaba la posibilidad de exigir su cumplimiento. Además, múltiples recursos se hicieron disponibles por parte de organizaciones internacionales, principalmente de los Estados Unidos, para apoyar a organizaciones de países con políticas menos intensas.

En Uruguay la situación fue similar aunque los apoyos internacionales fueron incluso superiores. Múltiples organizaciones internacionales otorgaron soporte a las organizaciones locales. Pero en Uruguay se presentó un evento externo adicional al del CMCT, que fue el cambio en la coalición gobernante. Este cambio

fue fundamental para acelerar las modificaciones en la política con incrementos sustantivos en la intensidad de los instrumentos. La llegada a la Presidencia de la República de un médico oncólogo con un amplio historial de lucha contra el tabaco, combinada con la presencia en el 2008 de una gran cantidad de médicos o activistas en las comisiones de salud, tanto de la Cámara de Representantes como en el Senado, generaron un entorno propicio para las políticas contra el tabaco.

En España fue distinto, porque sí se aprecian incrementos importantes en la regulación antes de firmar el CMCT. Pero estos cambios tampoco son completamente atribuibles a las acciones de los actores dentro del subsistema de políticas. Existieron eventos externos previos que alteraron el equilibrio existente entre las coaliciones interesadas en el tabaco en España. Las discusiones en el seno de la Unión Europea que se tradujeron en Directivas, fueron un elemento externo que alteró el subsistema de políticas español. Posteriormente, España experimentó la firma del CMCT, un nuevo evento externo que mejoró las condiciones para la coalición a favor de estas políticas. Adicionalmente, España contó con el movimiento de la sociedad civil más amplio, organizado e importante de los tres casos estudiados.

El enfoque de ACF sostiene que una coalición minoritaria puede hacer varias cosas para incrementar su influencia en una política, pero serán factores externos al subsistema los que pueden incrementar de forma más acelerada sus recursos. Adicionalmente, argumenta que los atributos básicos de un programa gubernamental se mantendrán sin cambios mientras que la coalición dominante que instituyó el programa permanezca siéndolo.

Al interior del subsistema de políticas los cambios pueden originarse a partir de la acumulación de evidencia que modifique la percepción de una sociedad sobre un problema público. La “función de iluminación” es la ruta que este enfoque propone para los cambios que surgen al interior de los subsistemas de políticas. La estabilidad en las escalas de valores hace poco probable que se originen grandes cambios al interior de un subsistema de políticas.

Tabla 7.5. Síntesis de los indicadores considerados para valorar el enfoque de ACF

Indicador	Comportamiento esperado	Evidencia cuantitativa
Evento externo	Los incrementos en intensidad se podrían explicar por eventos externos que alteraran el equilibrio al interior del subsistema de políticas.	<p>España: exposición a Directivas Europeas, así como al CMCT, como eventos externos capaces de modificar el equilibrio del subsistema de políticas.</p> <p>México: exposición al CMCT como evento externo capaz de modificar el equilibrio del subsistema de políticas.</p> <p>Uruguay: exposición al CMCT como evento externo capaz de modificar el equilibrio del subsistema de políticas. Además, arribo de una nueva coalición gobernante con capacidad de emitir regulación en el tema.</p>

Fuente: elaboración propia

7.3 Modelo comparativo

En suma, sólo dos enfoques parecen aportar explicaciones relevantes para la intensidad de las políticas para el control del tabaco: la que brinda el “Advocacy Coalitions Framework”, así como la que ofrece el enfoque del interés privado. No obstante, se podrá verificar que estas explicaciones sólo tienen sentido cuando se analizan de forma conjunta.

El “Advocacy Coalitions Framework” arroja respuestas interesantes para entender los incrementos en intensidad en las políticas para el control del tabaco en los tres países estudiados. Los tres países pueden ser considerados “seguidores” en la política para el control del tabaco a nivel mundial. Debe recordarse que la globalización de las políticas para el control del tabaco fue posible gracias a la conformación de una coalición a favor de la política pública contra el tabaco, principalmente en los Estados Unidos.

Como países seguidores los principales cambios adoptados fueron recibidos del exterior. Los tres países ratificaron el CMCT en fechas similares, México y España en el 2004, mientras que Uruguay lo hizo en el 2005. Este instrumento jurídico internacional creó obligaciones para los tres países, al mismo tiempo que modificó los equilibrios de poder al interior de los subsistemas política pública. No obstante, España estuvo expuesta desde mucho antes a regulación externa, mediante las Directivas Europeas, lo que le obligó a armonizar su regulación en materia de tabaco con la del resto de Europa. Entonces los tres países estudiados estuvieron expuestos a regulación externa, pero España lo estuvo en múltiples frentes, no sólo mediante el CMCT.

No obstante, los eventos externos tienen más posibilidades de prosperar cuando ocurren en países con cierta presencia de actores de la sociedad civil organizada que favorecen cierta política. Se esperaría que en los países en los que primero hubieran surgido grupos de presión a favor de la política hubiera bases más sólidas sobre las cuales pudiera prosperar un evento externo, como la llegada del CMCT. Adicionalmente, la conformación de un ente coordinador al interior de la sociedad civil, es otro factor que facilitaría el incremento de la intensidad ante un evento externo.

España es el país con el movimiento de la sociedad civil más longevo en términos de control del tabaco. Además, es el único país de entre los estudiados que tiene un único ente coordinador de la sociedad civil que no es cuestionado por ningún otro actor. Es por eso que este país estuvo en mejores condiciones de capitalizar su exposición a regulación externa. México ha tenido al menos tres entes que han intentado coordinar a la sociedad civil, con lo cual se han dispersado esfuerzos,

además de que la sociedad civil en contra del tabaco es bastante reciente en este país. Del mismo modo, en Uruguay, la sociedad civil que abanderó este tema es reciente, además de que existió un ente coordinador que se disolvió rápidamente entre las organizaciones uruguayas contra el tabaco. Debe aclararse que los dos indicadores considerados para valorar la importancia de la sociedad civil a favor de las políticas, son relativos, es decir están en función de las características de los actores que están en contra.

Otro tipo de evento externo relevante, según el “Advocacy Coalitions Framework”, es cuando se produce un cambio en la coalición dominante. En Uruguay se presentó un cambio de gran relevancia en el 2005 pues llegó a la Presidencia de la República un médico oncólogo, que contó en el 2008 con mayoría legislativa, así como con miembros afines en las comisiones de salud del Senado de la República, así como de la Cámara de Diputados. Uruguay representa el caso extremo de cambio de la coalición dominante pues todos los actores necesarios para emitir regulación compartían la misma visión respecto al tabaco. Ni en México ni en España fue posible contar con una coalición gobernante con estas características. A lo mucho se pudieron construir redes temporales de aliados con actores del Poder Ejecutivo o Legislativo.

Para comparar a los tres países de acuerdo a los cuatro indicadores que resultaron relevantes, es preciso realizar un esfuerzo de codificación final. En el indicador de evento institucional externo los tres países pueden tomar un valor de uno si no han estado expuestos a ninguna fuente externa de regulación, de dos si sólo han estado expuestos a una fuente, así como de tres si han estado expuestos a múltiples fuentes. En lo que se refiere a la coalición gobernantes, pueden tomar un valor de uno si sólo se tuvieron redes temporales con actores, sea legisladores o del gobierno central, que tuvieran capacidad de regular el tabaco. Se dio una valor de dos a los países en los que existió alguna preferencia plena por las políticas en contra del tabaco, sea en el Poder Ejecutivo o en el Legislativo. Por último, se dio un valor de tres a los países en los que los dos poderes con capacidad de regular el tabaco tenían preferencias explícitas por regular el tabaco.

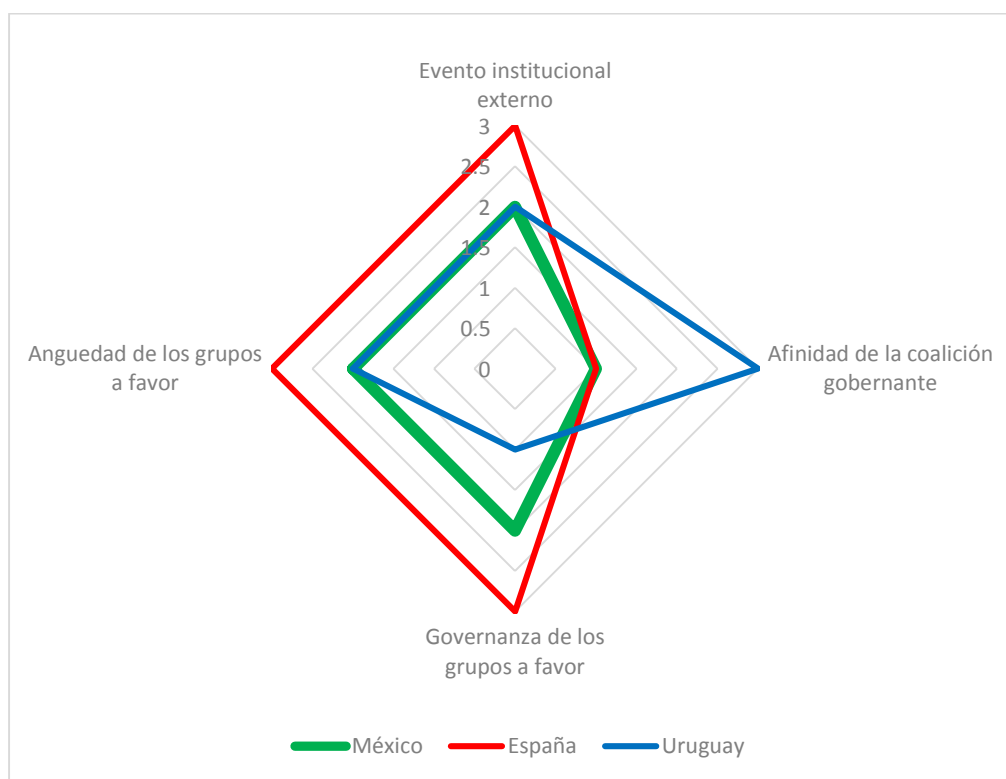
En lo que se refiere a la coordinación interna de la sociedad civil, si no existió un ente coordinador se otorgó un valor de uno, se otorgó un dos si se observaron múltiples entes coordinadores, mientras que se asignó un tres cuando había un único ente coordinador. Finalmente, para valorar la longevidad de la sociedad civil, se otorgó un uno si el crecimiento más importante, según el análisis realizado en cada caso, de declaraciones públicas de organizaciones a favor de la política, se dio después de la emisión de la regulación de primera generación, un dos si fue después de la ratificación del CMCT, así como un tres si fue antes de la

ratificación del CMCT. La tabla 7.5 muestra de forma sintetizada la forma en que se codificaron estos cuatro indicadores.

Tabla 7.5. Codificación de los cuatro indicadores relevantes para explicar la intensidad

Evento Institucional externo	
Ninguna fuente	1
Una fuente	2
Múltiples fuentes	3
Nueva coalición gobernante	
Redes contingentes con actores de ambos poderes	1
Ejecutivo o legislativo	2
Ejecutivo más legislativo	3
Coordinación de la sociedad civil	
Sin ente coordinador	1
Múltiples entes coordinadores	2
Un solo ente coordinador	3
Presencia máxima de participantes en medios	
Posterior a la regulación de primera generación	1
Posterior al CMCT	2
Previo al CMCT	3

Gráfica 7.3. Factores pertinentes para la intensidad de las políticas para el control del tabaco en los tres casos



Fuente: elaboración propia

Al final es posible concluir que se realizaron tres estudios de caso pero sólo se identificaron dos tipos de países. Los primeros son países en los que la sociedad civil organizada a favor del tabaco intenta “desde afuera” posicionar el tema del control del tabaco en la agenda gubernamental, creando redes con reguladores, así como neutralizando a la industria tabacalera. Entre estos países existen dos factores elementales que condicionan la intensidad de las políticas. El primero es que tan expuestos están a eventos externos, específicamente a regulación externa. El segundo es que tan preparados están los actores de la sociedad civil a favor de la política para aprovechar dichos eventos externos.

En ese sentido España sería un país en el que la política ha surgido desde afuera de la agenda gubernamental. España presenta múltiple exposición a regulación externa en combinación con una sociedad civil longeva que contó con un ente coordinador, por lo que pudo ser exitosa en capitalizar las Directivas Europeas, así como el CMCT. México también es un país en el que se ha intentado impulsar “desde afuera” a la política para el control del tabaco. Pero México tiene una menor exposición a regulación externa, comparado con España, sólo se tiene la obligación de dar cumplimiento al CMCT. Adicionalmente, México tiene una sociedad civil a favor de estas políticas que es de reciente surgimiento, la cual cuenta con, al menos, tres entes coordinadores.

El caso de Uruguay es diferente pues parecía ir siguiendo una ruta parecida a la de México, pero en el 2005 se presentó un cambio radical en la coalición dominante. La llegada de un presidente que había sido activista en las políticas para el control del tabaco, así como el hecho de que tuviera mayoría legislativa, con oncólogos como presidentes en las comisiones de salud en el Senado y en la Cámara de Diputados, hizo que fueran menos relevantes los eventos externos y la sociedad civil organizada. Uruguay tuvo la misma exposición a regulación externa que México, además de que la sociedad civil mexicana tiene una presencia e integración parecida a la de Uruguay. Entonces, las diferencias en la intensidad sólo pueden ser atribuidas a la nueva coalición dominante. En suma, en Uruguay las políticas fueron hechas “desde adentro” de la agenda gubernamental.

8. Conclusiones

Laswell (1947) señaló hace muchos años que pueden existir al menos dos dimensiones de conocimiento para las políticas públicas. En primer lugar, estaba el conocimiento de las políticas que implicaba entender su proceso de formación. En segundo lugar, se encontraba el conocimiento en las políticas, el cual se valía de múltiples herramientas para comprender los impactos que éstas producían. Esta tesis parte de la idea de que se ha producido mucha información “en” las políticas para el control del tabaco, múltiples evaluaciones de sus instrumentos, con el fin de justificar su existencia. Sin embargo, se ha abandonado el estudio “de” las políticas, lo cual podría significar la pérdida de mucho aprendizaje trasladable a otros temas igualmente importantes.

Esta tesis no busca entender todo el proceso de formación de las políticas para el control del tabaco, sino que se concentra en un elemento bastante acotado: la intensidad de las políticas. Se consideraron más intensas las políticas que contenían más exigencias para cada uno de los instrumentos de la estrategia MPOWER que ha sido definida previamente. La intensidad es importante porque tener exigencias más estrictas en un instrumento jurídico es el primer paso, necesario aunque no suficiente, para contar con políticas más exitosas en el combate al tabaquismo.

En el modelo econométrico la única variable que resultó estadísticamente significativa para explicar la intensidad de las políticas, fue la ratificación del CMCT. Estos resultados fueron una pista sobre los factores que podrían ser importantes para explicar el fenómeno que nos interesa. Sin embargo, la realización de estudios de caso permitió abundar más sobre las explicaciones planteadas.

Fue indudable que el enfoque del interés público no aportó ninguna explicación plausible a los incrementos en intensidad en los tres países. Tanto el consumo de tabaco como la mortalidad asociada a su consumo parecen ser fenómenos estables, con tendencia a la baja en los tres países. En ningún caso se presentó un incremento en el consumo o en la mortalidad como antecesor de los incrementos en intensidad en los tres países. Los promotores de las políticas para el control del tabaco han enfatizado la gran cantidad de personas que mueren por el consumo de tabaco, pero esto sucede desde hace mucho tiempo atrás. Debió presentarse otro factor que colocó este tema bajo los reflectores en un momento dado.

El enfoque del interés privado aporta algunas explicaciones interesantes sobre la intensidad de las políticas para el control del tabaco. Es indudable que las organizaciones de la sociedad civil a favor de la política han hecho un enorme esfuerzo por impulsar estos temas en la agenda de los gobiernos. Sin embargo, llama la atención que la participación de estas organizaciones era bastante limitada antes de la ratificación del CMCT en los tres países estudiados. Parece haber existido otro factor que motivó el incremento de organizaciones en contra del tabaco, en los países estudiados, así como su participación en medios de opinión pública. En particular existen dos características que hacen que los grupos de presión, a favor de las políticas, puedan incidir en la intensidad de las mismas: que hayan existido por más tiempo en un país, así como que cuenten con un ente coordinador.

En cuanto a las variables institucionales internas se pudo corroborar que no tienen ninguna asociación con la intensidad de las políticas para el control del tabaco. Ninguna de las tres variables consideradas, ni la efectividad del gobierno, ni el estado de derecho, ni el control de la corrupción, parecen haber tenido algún cambio que pudiera haber afectado la intensidad de las políticas. Los entrevistados coinciden en que el entorno en el que tuvieron que impulsar estas políticas fue siempre adverso.

Por su parte, el “Advocacy Coalition Framework” ofrece una explicación pertinente sobre los incrementos en la intensidad de las políticas. Según este enfoque los cambios más importantes en un subsistema de política provienen de afuera del mismo. En este caso la ratificación del CMCT sería un evento externo que produjo consecuencias en cada uno de los países estudiados. Además de la ratificación del CMCT, España estuvo expuesta desde mucho antes a la regulación externa proveniente de la Unión Europea mediante Directivas Europeas. Pero no todos los eventos externos fueron de tipo jurídico, Uruguay tuvo un evento externo al subsistema de políticas que fue determinante, la llegada en el 2005 de un Presidente de la República Oncólogo, que después del 2008 tuvo médicos como presidentes de las comisiones de salud en el Senado, así como en la Cámara de Diputados.

Se pudo corroborar que las explicaciones del interés público interactúan con las que ofrece el “Advocacy Coalition Framework”. Se retomaron cuatro indicadores de estos dos enfoques teóricos: antigüedad de los grupos de la sociedad civil, existencia de un ente coordinador, exposición a eventos jurídicos externos, así como cambios en la coalición gobernante. Algunas de las principales conclusiones fueron las siguientes:

1. Los países en los que exista presencia de organizaciones de la sociedad civil a favor del control del tabaco, previamente a la existencia de algún evento jurídico externo que las impulse, tendrán políticas más intensas.
2. Los países en los que exista presencia de organizaciones de la sociedad civil a favor del control del tabaco, que cuenten con un ente coordinador previamente a la existencia de algún evento jurídico externo, tendrán políticas más intensas.
 - a. A medida que un país esté más expuesto a eventos jurídicos externo será más probable que desarrolle políticas más intensas.
3. Un país tendrá políticas más intensas a medida que la coalición que gobierne considere el tema como parte de su agenda gubernamental.
 - a. A medida que la coalición que favorece a las políticas para el control del tabaco sea más amplia las políticas serán más intensas.

Con base en estas conclusiones fue posible comprender que aunque se tenían tres casos, en realidad estos podían ser clasificados en dos tipos: países en los que la intensidad es impulsada desde afuera de la agenda gubernamental y países en los que es inducida desde adentro.

Tabla 8.1. Dos modelos para explicar la intensidad de las políticas públicas para el control del tabaco

La intensidad se impulsa desde afuera de la agenda gubernamental	La intensidad se impulsa desde adentro de la agenda gubernamental
¿Quiénes son? 1. España 2. México	¿Quién es? 1. Uruguay
¿Cuándo logran políticas más intensas? <ul style="list-style-type: none"> • Cuando están más expuestos a regulación externa • Cuando tienen presencia de organizaciones a favor de las políticas que puedan capitalizar la regulación externa • Cuando los grupos de presión a favor de la política tienen un ente coordinador 	¿Cuándo logran políticas más intensas? <ul style="list-style-type: none"> • Cuando la coalición gobernante adopta la intensidad como parte de la agenda gubernamental • A medida que la coalición gobernante, afín a las políticas para controlar el tabaco, incluya a la mayor parte de los jugadores con poder de veto.
¿Qué enfoque teórico ofrece la mejor explicación? <ul style="list-style-type: none"> • Advocacy Coalitions Framework en combinación con el de interés privado. 	¿Qué enfoque teórico ofrece la mejor explicación? <ul style="list-style-type: none"> • Advocacy Coalitions Framework

Fuente: elaboración propia

9. Bibliografía

- Aguilar Luis (1993), "Estudio introductorio" en Problemas públicos y agenda de gobierno, 1era edición, México, Porrúa.
- Akerlof, George. 1970. "The market for lemons: " Quality uncertainty and the market mechanism." The Quaterly Journal of Economics 84: 488-500.
- Akhtar, C, Dorothy Currie, Candance Currie. Changes in child exposure to environmental tobacco smoke study after implementation of smoke-free legislation in Scotland: national cross sectional survey. BMJ; 335.
- Arellano Gault, David (2006), *Los dilemas de la gestión local y las organizaciones comunitarias en México*, CIDE, México.
- Arrow, K. J. (1963), *Social Choice and Individual Values*, Yale University Press, New Haven.
- Bader P, Boisclair David (2011). Effects of Tobacco Taxation and Pricing on Smoking Behavior in High Risk Populations: A Knowledge Synthesis.
- Becker, Gary (1985). Theory of Competition among Pressure Groups for Political Influence, *Journal of Publics Economics* vol. 28, pp. 329-347.
- Bennett, Andrew (2002), "Where the Model Frequently Meets the Road: Combining Statistical, Formal, and Case Study Methods", Presented at the Annual Meeting of the American Political Science Association, Boston.
- Berry et al (2004), Three Traditions of Network Research: What the Public Management Research Agenda Can Learn from Other Research Communities, *Public Administration Review*, Vol. 64, No. 5.
- Bryman, Alan (2008), *Social research methods*, Oxford University Press, Third Edition.
- Cantrell Jennifer, Shelley Donna (2009). Implementing a fax referral program for quit line smoking cessation services in urban health centers: a qualitative study. *BMC Family Practice*.

- Ciresi, Michael, Walburn R, Sutton Tara, Decades of Deceit: Document Discovery in the Minnesota Tobacco Litigation. Mitchel L
- Cobb, R. y Elder C. (1983), en Luis F. Aguilar Villanueva (ed.) Problemas públicos y agenda de gobierno (1a. ed.) México, Porrúa.
- Collin J, Gilmore, AB, Unlocking the Corporate Documents of British American Tobacco: An Invaluable Global Source Needs Radically Improved Access. Lancet; 363.
- Coase Ronald, (1994), La empresa, el mercado y la ley, Madrid, FCE.
- Chaloupka F, Warner K, (2000). The economics of smoking. In: Culyer AJ, Newhouse JP, eds. Handbook of Health Economics. Amsterdam: North-Holland, 1539-1627.
- Creswell (2003), Research design: quantitative, quantitative, and mixed method approaches, Thousand Oaks, Sage Publications, Second Edition.
- Dilley J, Harris J, Boysun M, Reid, T. (2012), Program, policy and price intervention for tobacco control. Public Health.
- Frisbee, Stephanie and Donley, Studlar (2011), Local Tobacco Control Coalitions in the United States and Canada: Contagion across the Border?
- Geddes Barbara (1994), Politician's dilemma: building state capacity in Latin America, Berkeley: University of California, 1994.
- Gil-Garcia Jr., & Pardo, T. A. (2006), Multi-method approaches to understanding the complexity of e-government, International Journal on Computers, Systems and Signals, 7 (2), 3-17.
- Hanneman Robert and Mark Riddle, Introduction to social network methods, University of California.
- Mingers, J. (2001), Combining IS research methods: Towards a pluralist methodology. Information Systems Research, 12(3), 240-259.

- Hammond D, Harris F, Anderson S (2003). Effects of the advertising/promotion ban in the United Kingdom on awareness of tobacco marketing: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tob Control*, 2003; 15:iii26-iii33.
- Knott Jack and Millar Gary J. (1987), *Reforming bureaucracy: the politics of institutional choice*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall.
- Lee K, Gilmore A, Collin J. Looking inside the Tobacco Industry: Revealing Insights from the Guildford Depository. *Addiction* 2004; 99(4): 394-397.
- Magaldi Mariana (2009). *The Political Economy of Bank Regulation in Latin America: An Embedded-Agency Approach*. University of Notre Dame.
- March y Olsen (1977), *Eestl redescubrimiento de las instituciones: la base organizativa de la política*, México, FCE.
- McLellan Deborah, Moore Roland. *Securing the Health of Disadvantaged Women. A Critical Investigation of Tobacco-Control Policy Effects on Women Worldwide*. *AmJ Prev. Med*.
- Nagenhout Gera, David Levy, Laura Currie (2012). The effect of tobacco control policies on smoking prevalence and smoking –attributable deaths. Findings from the Netherlands Tobacco Control Policy Simulation Model. *Addiction*, Vol. 107, 2, 407-416.
- North, Douglass (1993), *Instituciones, cambio institucional y desempeño económico*, Fondo de Cultura Económica, México.
- Olson (1992), *La lógica de la acción colectiva: bienes públicos y la teoría de grupos*, México, Limusa
- OMS (2004), *Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT)*, Organización Mundial de la Salud.
- OMS (2009), *Informe sobre la epidemia mundial de tabaquismo*, Organización Mundial de la Salud.
- Philpot Steven, Simon A Ryan, Luke Torres. Effect of smoke-free policies on the behavior of social smokers. *Tob Control*/1999;8:278-281.

- Pigou, A.C. (1946), *La economía del bienestar*, Madrid
- Peltzman, Sam (1998a), *Political Participation and Government Regulation*. The University of Chicago Press, Chicago.
- Posner, Richard (1974), "Theories of Economic Regulation", en *The Bell Journal of Economics and Management Science*, vol. 5, no. 2, pp. 98-129.
- Powell y DiMaggio (1999). *The new institutionalism in organizational analysis*, Chicago, Illinois; London: University of Chicago, 1991
- Samuelson, Paul (1964), *Economics*, 6th edition, McGraw-Hill Book.
- Silberman Bernard (1993), *Cages of reason: the rise of the rational state in France, Japan, the United States, and Great Britain*, Chicago: University of Chicago Press
- Shibuya K, Ciecierski C, Guindon E, Bettcher D (2003). Framework Convention on Tobacco Control: development of an evidence based global public health treaty. *BMJ* 327; 154-157.
- Smoking and Health. Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service. Washington, DC: US Dept of Health, Education, and Welfare, Public Health Service; 1964. PHS publication 1103.
- Stigler, George, "The Theory of Economic Regulation", en *The Bell Journal of Economics and Management Science*, num. 2, pp. 3-21.
- Stoddard S, Hal Morgenstern, Hung David, (2010), Tobacco as a risk factor of bronchioloalveolar carcinoma of the lung: pooled analysis of seven case-controls studies in the International Lung Cancer Consortium. *Cancer Causes Control*, 22:73-79.
- Weber Max (1978), *Economy and society: an outline of interpretive sociology*, Berkeley: University of California Press, 1978.
- Williamson (1991), *Markets and hierarchies: analysis and antitrust implications*, México, FCE

Williamson, Oliver. 1996. "The politics and economics of redistribution and efficiency." In Williamson, Oliver (ed.). *The Mechanisms of Governance*. Oxford: Oxford University Press.

Yacuzzi, Enrique (2005), "El estudio de caso como metodología de investigación: teoría, mecanismos causales, validación", en *cema Working Papers: Serie Documentos de Trabajo 296*, Universidad del cema.

Yin, Robert K. (1994). *Case Study Rsearch. Design and Methods*. London: SAGE, 1994.

10. Anexos