

Pontificia Universidad Católica del Perú

Facultad de Derecho



**Programa de Segunda Especialidad en Derechos Fundamentales y
Constitucionalismo en América Latina**

Ley antitabaco en Uruguay, Perú y Colombia: ¿Cuál es la eficacia de estas legislaciones?

**Trabajo Académico para optar el título de Segunda Especialidad en Derechos
Fundamentales y Constitucionalismo en América Latina**

AUTOR

Angie Estefany Risso Hurtado

ASESOR:

Noemí Cecilia Ancí Paredes

CÓDIGO DEL ALUMNO:

20098228

2019

Resumen: Ley antitabaco en Uruguay, Perú y Colombia: ¿Cuál es la eficacia de estas legislaciones?

Angie Risso Hurtado

Resumen: El presente artículo se va a centrar en descubrir si realmente estos países que son Estados parte del Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS cumplen con las disposiciones de este Convenio y en qué medida lo están ejecutando.

El trabajo contiene tres secciones: en la primera se establecerán las similitudes y diferencias que tiene cada legislación antitabaco, cómo se han efectuado las restricciones del tabaco; en la segunda se hará un recuento de las limitaciones a las leyes antitabaco, suscitadas en cada país, cómo fueron resueltas por las Cortes y qué derecho primó sobre el otro, la manera racional de hacerlo. En la última sección se analizará la efectividad de las legislaciones de manera conjunta con el Convenio y los principios que han sido utilizados por las partes dentro de las limitaciones a las legislaciones antitabaco.

El consumo del tabaco trae grandes riesgos a la salud, pero también altos costos de atención médica para el sector público. Por ello es importante que los países sigan implementando medidas eficaces para el control del consumo de tabaco en sus ciudadanos, respectivamente.

En estas tres legislaciones acorde al Convenio Marco, se tiene como medida establecer normas que dejen la flexibilización conforme a la salud que se ha visto afectada durante años por el tabaco

Palabras claves: Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud, libertad de empresa, autonomía, derecho constitucional, políticas públicas, epidemia del tabaco.

Índice

<i>Resumen: Ley antitabaco en Uruguay, Perú y Colombia: ¿Cuál es la eficacia de estas legislaciones?</i>	2
<i>Introducción</i>	4
<i>A. Similitudes y diferencias de las leyes que regulan la restricción de consumo de tabaco</i>	6
<i>Conclusión</i>	16
<i>B. ¿Qué limitaciones se han presentado ante la Ley implementada en cada país?: Uruguay, Perú y Colombia</i>	18
<i>C. Análisis de la efectividad de las legislaciones en América latina junto con los artículos del Convenio Marco que utilizaron para la creación de los mismos</i>	25
<i>Caso Philip Morris</i>	27
<i>Demanda de inconstitucionalidad contra el artículo 3 inciso 1 de la Ley 28705 modificada por la Ley 29715</i>	30
Ley N° 1335 “Disposiciones por medio de las cuales se previenen daños a la salud de los menores de edad, la población no fumadora y se estipulan políticas públicas para la prevención del consumo del tabaco y el abandono de la dependencia del tabaco del fumador y sus derivados en la población colombiana”	34
<i>Conclusiones</i>	35
<i>Bibliografía</i>	36

Introducción

El consumo de tabaco a lo largo de los años en América latina ha sido considerado como un problema en la salud pública. Pero no solo se encierra este problema del tabaco en la salud, sino que también de acuerdo a un abordaje global de ello, hay otros aspectos que se encuentran vinculados como el económico, fiscalización sobre la importación, consumo, comercialización, que deben tener una respuesta por el gobierno.

Las entidades gubernamentales que se basan en la protección de la salud de las personas deben realizar acciones eficaces que permitan dar soluciones ante la problemática que se ha suscitado por mucho tiempo. Pues la “epidemia del tabaco” no solo repercute sobre quienes lo consumen sino también a quienes lo rodean sin distinguir sexo o edad.

Es así que ante la falta de legislación para solucionar este problema que se estaba extendiendo y dando como consecuencia enfermedades críticas a las personas, en aras de la prevalencia del derecho a la salud en las mejores condiciones, es que se da la creación del convenio marco para el control del tabaco de la Organización Mundial de la salud, en la 56° Asamblea Mundial de la Salud¹, el cual entró en vigor el 27 de febrero de 2005.

Este convenio fue una respuesta a la globalización del tabaquismo, por factores como la comercialización a nivel mundial, la publicidad transnacional del tabaco, la promoción y el patrocinio, así como el tráfico internacional de cigarrillos de contrabando y falsificados que también contribuyeron al aumento del tabaquismo².

Es así que, en el presente artículo, se desarrollarán tres secciones que se encuentran divididas en:

- Similitudes y diferencias de las leyes que regulan la restricción del consumo de tabaco.

¹ PERÚ-MINISTERIO DE SALUD/OPS/OMS “Evaluación de necesidades para la implementación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco en Perú”, 2015, FCTC, Secretaría del Convenio. Consulta: 16.11-2019 <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3482.pdf>

² OMS, “Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco”. 2015, ISBN 9243591010, pp. 5 https://www.who.int/tobacco/framework/WHO_fctc_spanish.pdf

- Las limitaciones que se han presentado en cada país elegido.
- Análisis de la efectividad de las legislaciones en América latina junto con los artículos del Convenio Marco que utilizaron para la creación de los mismos. Las motivaciones de los argumentos de las limitaciones (moralismo, paternalismo, perfeccionismo).

Se quiere demostrar la efectividad jurídica de la implantación del Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS en cada legislación nacional y regulación desencadenada al ser Estado parte, asimismo verificar que cada país elegido para el artículo: Uruguay, Perú y Colombia, ha adoptado y realizado de manera conjunta su legislación con el CMCT OMS.



Capítulo I

A. Similitudes y diferencias de las leyes que regulan la restricción de consumo de tabaco

Se hará una breve introducción de cada país sobre la Ley Antitabaco, para de esta manera tener un mayor panorama sobre dónde nos encontramos, y se logre de esta forma el enfoque de un análisis particular focalizado en cada contexto y luego conjunto. Es así que se llegará al objetivo de precisar si estas legislaciones en Latinoamérica tienen similitudes y diferencias; en la misma línea se concretará si una tuvo mayor eficacia respecto a sus medidas y qué le faltaría a las demás para concretar la meta que se ha propuesto sobre la restricción del consumo de tabaco para la mejora de la salud como fin esencial.

a.1 En el caso de Uruguay, fue el país en América Latina que se lleva el título de ser el precursor de la Ley antitabaco, pues en 2006 se convirtió en el primer país de las Américas libre de humo de tabaco, “líder regional de la lucha contra el tabaco”.

Se debe tener en consideración que, en el 2005, Uruguay planteó de manera conjunta con el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT), el Programa Nacional para el Control del Tabaco³ para establecer una serie de medidas, las cuales se desarrollan en las siguientes categorías: espacios libres de humo, publicidad, empaquetado y precios.

La lucha contra el tabaco se dio en el gobierno-primer mandato de Tabaré Vázquez (2005-2010), quien se encargó de impulsar una estricta legislación, entre las medidas que se llevaron a cabo estuvieron la prohibición de la publicidad del tabaco, promoción y patrocinio, el consumo del mismo en oficinas, bares, restaurantes y lugares cerrados, *así como la obligación de vender las distintas variedades de cigarrillos con una presentación única por marca*⁴.

³ PAN AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, “Evaluación de la campaña antitabaco en Uruguay: balance de diez años y desafíos”
https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v40n4/1020-4989-RPSP-40-04-256.pdf

⁴ MENU.EDICIONES.ES “La política antitabaco de Uruguay es pionera en América y en el mundo”.

En el 2011 Uruguay demostró el cumplimiento hacia el Convenio Marco de Control de Tabaco de la OMS (CMCT), pues las políticas implementadas por el Estado Uruguayo correspondiente al control del tabaco permitió el descenso de fumadores de 32% a 25% así como el porcentaje de los infartos de miocardio que se redujo en un 25%⁵.

Por otro lado, se marcó un precedente pues el país ganó ante el CIADI (Organismo de resolución de controversias del Banco Mundial - tras una demanda de la tabacalera Philip Morris), el mensaje que mandó este fallo es el derecho a proteger la salud frente a un Tratado de inversión mutua, es decir, debe haber una medida ponderación entre derechos, como en ese caso prima el derecho a la salud sobre el de libertad de empresa.

Es así que la decisión de que no se hagan referencias a las marcas en los etiquetados de las cajetillas de cigarrillos que se efectuó en el año 2018, se adhiere a la prohibición de fumar en espacios públicos cerrados y a la de exigir advertencias que *ocupen el 80% del espacio de los paquetes de cigarrillos, origen del diferendo que enfrentó a Uruguay con la gigante Philip Morris*⁶.

Como demostración del cumplimiento de forma simultánea de las medidas contenidas en CMCT, datos oficiales mostraron que 20,4% de los uruguayos fuma, una cifra que supone una caída de más de 1% sobre el período anterior considerado (2016-2017), una de las mayores bajas «en la última década», según las estadísticas.⁷ La implementación de las medidas sirve como estrategia para lograr la reducción de la prevalencia del consumo de tabaco.

Las restricciones que se establecieron en este país precursor de la Ley Antitabaco junto con el Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS, fueron las siguientes: que los espacios libres de humo se complementaron con la publicidad del tabaco, se restringió la publicidad en la televisión mientras fuera horario infantil. Asimismo se prohibió la publicidad por parte de las tabacaleras en evento deportivos de esta manera no se viera

<https://www.efe.com/efe/cono-sur/politica/la-politica-antitabaco-de-uruguay-es-pionera-en-america-y-el-mundo/50000818-3116153>

⁵ OPS Uruguay, “Uruguay demuestra nivel de cumplimiento de Convenio Marco con OMS”
https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=366:uruguay-demuestra-nivel-cumplimiento-convenio-marco-oms&Itemid=238

⁶ ELMUNDO.CR, “Legislación antitabaco de Uruguay sienta precedente de soberanía, afirma experta de OPS”
<https://www.elmundo.cr/mundo/legislacion-antitabaco-de-uruguay-sienta-precedente-de-soberania-afirma-experta-de-ops/>

empañado el deporte por un consumo nocivo en contra del mismo y se logre motivar a las personas a una vida sana.

La Ley N° 18256, prohibió todo tipo de publicidad menos en los puntos de venta. Se siguió desarrollando y en el 2014 con la ley 19244 se prohibió de manera total la publicidad hasta en los puntos de venta. Aumentaron los impuestos de los cigarrillos, la regulación del empaquetado se hizo más radical y por último la comercialización de los cigarrillos se hizo más estricta. La ley antitabaco prohíbe fumar en espacios públicos y lugares de trabajo cerrados. Asimismo Uruguay fue el segundo país en ratificar el Protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco, un nuevo Tratado Internacional y el primer Protocolo del Convenio Marco de la OMS⁸.

Con las promulgaciones de las leyes en el tiempo, se ha logrado con la campaña antitabaco una notoria reducción de fumar en la población de Uruguay, conllevando a que se mejore la salud de los ciudadanos (cardiovascular y respiratoria).

Para que Uruguay pudiera realizar un análisis sobre la población en cuanto a la evolución del consumo de tabaco, tuvo que utilizar dos criterios: el consumo aparente per cápita y la prevalencia actual de fumar, en el cual se vio un estancamiento en el año 2011 pero que fue descendiendo hasta el año 2015 de manera progresiva.

Se concluye, que la campaña antitabaco en Uruguay cumplió con el objetivo de reducir de forma manifiesta la prevalencia de fumar en la población de general. Sin embargo, aún quedan grupos de personas en las cuales no se ha logrado efectuar la reducción al consumo de tabaco, pues *“hay una cuarta parte de la población de 15 a 64 años”*⁹ que siguen teniendo vigente la práctica de fumar.

Otro punto, que tuvo la campaña de Uruguay fueron políticas específicas antitabaco como son los impuestos, los cuales por si solos no tuvieron un impacto para la disminución del tabaco en dos grupos: adolescentes y mujeres embarazadas. Si bien fue una de las herramientas para la disminución del tabaco, en caso particulares como los presentes se

⁸ OPS URUGUAY, “OPS/OMS felicita a Uruguay por defender con éxito su política de control del consumo de tabaco ante reclamo de empresa tabacalera”.
https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=1060:opsoms-felicita-a-uruguay-por-defender-con-exito-su-politica-de-control-del-consumo-de-tabaco-ante-reclamo-de-empresa-tabacalera&Itemid=238

⁹ PAN AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH, pp. 261

debió de tomar otro tipo de medidas para que se logre la variación en la tasa de cesación de mujeres embarazadas más allá de los impuestos, se deben realizar programas para la concientización que no requieran pagos de por medio, un monitoreo por parte del Estado para que se cumpla de manera plena con el objetivo previsto.

El paso que se está dando de manera progresiva con miras al 2022 es que la OPS mediante una nueva estrategia para la erradicación del tabaquismo con miras a que todo el continente adopte la normativa de ambiente libres de humo, en la misma línea que se implementen advertencias gráficas grandes en los paquetes de cigarrillos, también realizar campañas de concientización sobre los efectos nocivos del tabaco.

a.2 En el caso de Perú, la Ley Antitabaco dirigida a regular y restringir el consumo de tabaco, venta y publicidad del mismo, fue promulgada el 5 de abril de 2006 de manera oficial por la Ley 28705 “Ley General para la Prevención y Control de los Riesgos del Consumo del Tabaco”.

Esta Ley fue modificada por la Ley 29517 en el 2010, la cual se encargó de modificar los artículos de la Ley anterior, 3°, 4°, 7° y 11. Esta modificatoria se realizó; debido a que, se consideraba que la Ley 28705 era flexible y no ponderaba de manera adecuada el derecho a la salud, la protección a la vida. Por lo que se presentaron medidas sustanciales para salvaguardar la salud de los ciudadanos *“en el estricto marco de los convenios internacionales y las leyes peruanas”*.¹⁰

Si bien esta modificatoria tenía como finalidad contar con medidas más eficientes y cumplir con lo establecido por el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el control del Tabaco que tiene rango constitucional y ante el cual el Perú se encuentra adscrito y se correspondió por decretar medidas aptas para el acatamiento de dos fines: 1) disminuir de forma permanente y fundamental el predominio del consumo de tabaco; y 2) disminuir de forma permanente y fundamental la exposición al humo de tabaco.

¹⁰ OPS PERÚ, “Sistemas de salud”

https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=1292:peru-100percent-libre-humo-tabaco&Itemid=900

Ante de la modificatoria por la Ley N° 29517, en términos comparativos la Ley anterior era flexible, pues permitía que dentro de los establecimientos públicos cerrados como discotecas hubiera un ambiente para fumadores, cuando no había un mecanismo 100% eficaz que asegurara el pleno ejercicio del derecho a la salud. Es por ello que, se implementaron mejores medidas que cumplieran con el resguardo de la salud y protección de la vida.

Sin embargo, se consideró por parte de más de 5000 ciudadanos, por medio de una demanda de inconstitucionalidad contra el artículo 3 de la Ley 28705 modificada por la Ley 29517, que las medidas adoptadas vulnerarían con la prohibición el libre desenvolvimiento de la personalidad (se restringe la autonomía de fumar), la libre iniciativa privada y la libertad de empresa. Ello se desencadenó en el fallo por parte del Tribunal Constitucional, que concluyó lo siguiente: en que las prohibiciones de la norma que fue impugnada pasaban el test de proporcionalidad, se declaró infundada la demanda y dictaminó que en el futuro no se amparen medidas legislativas o de otra índole que resguarden en menor nivel el derecho fundamental a la salud frente a la epidemia del tabaquismo en comparación como lo hace la legislación actual.

Según el Colat, la reducción del consumo de tabaco entre los consumidores no se ha dado en muchos países del mundo; debido a que, no muchos cuentan con una inversión significativa en el control del tabaco. Que hay un problema entre los países de América Latina sobre la reducción del consumo de tabaco, como es el caso de Argentina en el cual su nivel de prevalencia es alrededor de 35%.

En Perú, se seguirá mediante las autoridades del MINSA con un mayor compromiso político para la elaboración y puesta en vigencia del Plan Nacional de Control de Tabaco, asimismo, contar con un Comité Intersectorial de Control del Tabaco, como la participación de la sociedad civil.

Las restricciones de la ley antitabaco actualmente, se derivan en 3 casos:

1. El primero es la restricción de que en espacios públicos cerrados sea 100% libre de humo: en este caso, en la legislación peruana se establece que no hay un mecanismo 100% seguro que evite el paso hacia la zona de no fumadores y los sistemas de ventilación tampoco serían capaces de evitar ello.
2. El segundo es que no hayan locales exclusivos para fumadores con trabajadores fumadores y que tengan un seguro de riesgo: no existir una armonía entre el derecho al libre desarrollo de la personalidad con la salud de los trabajadores
3. El tercer supuesto es la prohibición de fumar en espacios abiertos dedicados a la educación superior: “sería contradictorio dejar que se realice esta acción pues produce consecuencias graves respecto a la salud y la universidad es un lugar para un desarrollo integral que debe de ir en armonía con la salud de los alumnos, sobre todo porque se encuentran menores de edad dentro de ella y mediante esta protección y no exposición al humo sería factible limitar el derecho al libre desenvolvimiento de la personalidad. (...) se debe tener en cuenta que desde la universidad hay que reducir la aceptabilidad social del acto de fumar y considerar que existe un factor pedagógico y de responsabilidad social que debe ser tomado en cuenta para educar y “promover hábitos de vida saludable”¹¹. (subrayado nuestro)

Las restricciones que se han visto por medio de la presente Ley, que en algunos casos, sobre todo para los más de 5000 ciudadanos que realizaron una demanda de inconstitucionalidad, se ven vulnerados derechos como el de libre desarrollo de la personalidad que contiene el de autonomía.

Estas restricciones tienen un fin común con el Convenio Marco Mundial de la Salud, el cual es erradicar la epidemia del tabaquismo mediante espacios libres de humo al 100%. En el primer caso, se ejemplifica que la restricción de que no hayan lugares para fumadores dentro de espacios públicos cerrados (bares, discotecas, entre otros) es una medida válida, razonable y eficaz, en el sentido de que aunque se construya un espacio dentro que separe a los fumadores de los no fumadores, el humo igual va a salir y al ser un espacio cerrado va a tener como consecuencia la afectación de la salud de los no fumadores.

¹¹ Exp. 00032-2010-PI/TC

Se entiende que el artículo 3 de la Ley 28705 (Ley de Antitabaco) quiera proteger de manera global a los ciudadanos para que de esta manera disminuya el consumo del tabaco y los costos sanitarios que se derivan de ella.

a.3 En Colombia. Entró en vigor la Ley 1335 el 21 de julio de 2009, el consumo de tabaco le concierne a la legislación la cual será el instrumento para hacer efectiva la protección ciudadana. Para que se generara o se implementaran medidas con la finalidad de erradicar este consumo que se encontraba a gran escala por el comportamiento social de acuerdo a su consumo.

Colombia, desarrolló una legislación efectiva para el control del tabaco con el objetivo de cambiar el contexto en el cual se desarrollaba el tabaquismo en una mejoría para la salud.

Es por ello, que la ley 1335 – antitabaco adopta los principios del Convenio Marco para el control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud, el cual fue adscrito por medio del Tratado aprobado por Colombia acorde por la Ley 1109 de 2006. Esta legislación ha servido como instrumento para la protección de las personas ante los efectos que produce el consumo del tabaco sobre la salud, por lo cual se dio la creación de esta Ley para que se dé un efectivo control del tabaco para que las personas se desarrollen en una mejor coyuntura acorde a su salud.

En la Ley sus capítulos versan en los siguientes Items:

- Venta de productos a menores de edad: Se busca que se restrinja la compra para que de esta manera se les intaure una medida efectiva que conlleve a la disminución de consumo de tabaco hacia los menores que empiezan a fumar.
- Disposiciones para prevenir el consumo de tabaco y sus derivados en menores y población no fumadora: Busca el fortalecimiento de la política pública antitabaco, es de esta manera que el Ministerio de la Protección Social tiene el deber de incorporar en el Plan de Nacional de Salud Pública tanto las estrategias como las acciones para que se logre identificar e impulsar la demanda de servicios de cesación para dejar de fumar¹². Así como implementar información a los

¹² ABC de la Ley Antitabaco (Ley 1335 de 2009), Colombia

ciudadanos para que así se cumpla con que los ambientes laborales sean completamente libres de humo. En la misma línea generar conciencia sobre la nocividad del tabaco mediante campañas informativas, así como la impartición por parte de los medios de comunicación con mensajes de prevención contra el consumo de cigarrillos, tabaco y sus derivados.

- Disposiciones relativas a la publicidad y empaquetado del tabaco y sus derivados: Se basa en impartir información que permite reducir los riesgos para la salud de los ciudadanos de acuerdo al consumo de tabaco. Es así que las *“advertencias sanitarias completas ya sean imágenes y textos, estos han demostrado una mayor eficacia para informar sobre sus riesgos y las consecuencias del consumo de tabaco y favorecer la reducción de su consumo o su abandono definitivo”*¹³ la prohibición de la publicidad del tabaco ayuda a disminuir un % de su consumo.
- La prohibición de las acciones de promoción y patrocinio de los productos de tabaco: Sirve para la defensa de un bien público que es la salud y cumple con la disminución del consumo de tabaco.
- Disposiciones para garantizar los derechos de los no fumadores frente al consumo de tabaco: Se prohíbe consumir tabaco en todas las áreas cerradas tanto de trabajo como públicos; en vehículos de transporte de pasajeros; tampoco se permite instaurar espacios de fumadores en espacios públicos cerrados.

Si bien la Ley 1335, se creó para los fines de proteger a la población no fumadora y prevenir el consumo de tabaco. Una ciudadana colombiana interpuso una acción pública contra el artículo 3¹⁴ de la presente ley: *“Con el objetivo de salvaguardar la salud pública y evitar el acceso de menores de edad al tabaco y sus derivados, prohibase la fabricación e importación de cigarrillos en cajetillas o presentaciones que contengan menos de (10) unidades”*. Para la demandante los derechos afectados eran el principio de solidaridad y los derechos de las personas (vendedores ambulantes) que subsisten mediante la venta de cigarrillos.

<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ABC%20DE%20LA%20LEY%20ANTITABACO.pdf>

¹³ IDEM, pp. 7-9

¹⁴ ROBLEDO, Paula – ROA Jorge “La jurisprudencia de la Corte Constitucional de Colombia en el año 2010. Los Límites a la Reforma de la Constitución, los derechos de las mujeres y los debates comunes a Colombia y España”

<https://www.google.com/url?sa=t&rc=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjxvLXzxdPIAhWhitkKHU4FA8AQFiAAegQIAhAC&url=https%3A%2F%2Fdiagonalnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F3764330.pdf&usg=AOvVaw2pvMFGdCdXD5cGAeqImhHM>

Asimismo, se encuentran otros casos que no estuvieron de acuerdo con esta ley cuestionando si el derecho a la salud está encima de las libertades económicas. El grupo que tomó posición en este conflicto del sector tabacalero y que se percibe en contra de las políticas que se encargan de regular el consumo de tabaco, son los **gremios productores** (subrayado nuestro); sin embargo, ello no ha sido preponderante para que no tengan efectos las medidas adoptadas.

Dentro de este conflicto de derechos, en donde de manera general el Estado parte del CMCT de la OMS se encarga de la protección de las personas hacia el consumo de tabaco y la disminución de la prevalencia de la misma.

Se encuentran 3 casos que tuvieron como misión obstruir con las políticas estatales y fueron las siguientes:

- La Federación Nacional de Comerciantes (FENALCO), la Asociación Nacional de Industriales (ANDI), la Asociación Nacional de Medios de Comunicación (ASOMEDIOS) y la Compañía Colombiana de Tabaco (COLTABACO) fueron quienes respaldaron las demandas de inconstitucionalidad a la Ley antitabaco 1335, su argumento se basaba en la vulneración del derecho de libertad de empresa, libre desarrollo de la personalidad y el derecho mínimo vital. La Corte dio su fallo de manera positiva a lo efectuado por la Ley.
- La compañía tabacalera British American Tobacco (BAT) interpuso una acción judicial en el 2011 sobre el Ministerio de Salud (MSPS) por impedirle usar frases o expresiones en inglés en las cajetillas de sus productos. La posición del MSPS, se basó en que no deben haber ambigüedades en los mensajes, los cuales además no deben de inducir al consumo. BAT pidió una indemnización por considerar que había un abuso de poder de parte de la MSPS e hizo una demanda ante el Consejo de Estado. El Consejo resolvió que el derecho a la salud está encima del de libertad económica.
- La Superintendencia de Industria y Comercio (SIC) emitió circulares externas 005 y 011 en el 2012, las cuales asignaban instrucciones a propietarios y administradores de establecimientos comerciales sobre la exhibición de productos derivados del tabaco. Ante ello la Organización Educar Consumidores demandó estas medidas ante el Consejo de Estado, refiriendo que las decisiones del SIC establecían formas de promoción de los productos de tabaco al autorizar su

exhibición en los puntos de venta. En primera instancia las circulares fueron suspendidas de manera provisional y luego el Consejo mantuvo su posición de prohibir promover estos productos, incluyendo su exhibición¹⁵.

Colombia ante la evidencia epidemiológica, normativa y el respaldo estatal¹⁶ hacia el control del tabaco, pese a los constantes obstáculos por los cuales ha pasado para lograr resultados sobre la reducción del consumo. Decidió la implementación de políticas en salud como “*el Plan Decenal de Salud Pública y al Plan Decenal de Control del Cáncer*” se propusieron metas para el año 2021 que consisten en que se reduzca el consumo de tabaco en personas adultas, que se realicen acciones para retrasar el inicio de consumo en los adolescentes, que se afiancen lugares libre de humo al 100%, programas de información para la población.

En cuanto a las acciones que se encuentran contenidas en la Ley las cuales han tenido acogida en el territorio colombiano y sirven como apoyo para el cumplimiento de los objetivos del CMCT son el etiquetado y empaquetado, venta a menores, publicidad, promoción son los que han tenido un mayor avance.

Sin embargo, queda un vacío que debe ser tomado en cuenta como las personas que subsisten por el cultivo de tabaco, mejorar los programas de cesación del consumo, aumento de los impuestos (pues Colombia a comparación de otros países de latinoamérica pese a la alza de los impuestos para la venta de cigarrillos aún se mantiene como uno de los precios más bajos). Otro problema es que el cigarrillo electrónico carece de regulación llevando como consecuencia que el enfoque de prohibición hacia los menores no tenga prevalencia en este aspecto y ellos tendrían acceso a estos productos, este problema no ha sido resuelto hasta la actualidad.

Por otro lado, en el Informe de Seguimiento al cumplimiento del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco en Colombia, concluye la Defensoría del Pueblo (entidad encargada de vigilar la promoción y protección de los derechos humanos en Colombia), exige que el Gobierno así como las demás instituciones inmersas en el Estado asuman

¹⁵ INSTITUTO NACIONAL DE SALUD, “Políticas públicas en lucha contra el tabaquismo en Colombia: avances y desafíos”, pp. 1-5
<https://consultorsalud.com/wp-content/uploads/2019/06/Pol%C3%ADticas-p%C3%ADblicas-en-lucha-contra-el-tabaquismo-en-Colombia-avances-y-desaf%C3%ADos.pdf>

¹⁶ INSTITUTO NACIONAL DE SALUD, pp. 6

una política que cumpla con los fines del Convenio, acorde con la leyes vigentes dentro del Estado mismo para que se realice una *política pública integral en materia de control de tabaco*.¹⁷

En la misma línea en lo que se refiere a la implementación normativa, Colombia ha cumplido con las modificaciones correspondientes acordes al Convenio Marco (CMCT), es de esta manera que se empezó con el Ministerio de Salud la ejecución de diferentes instrumentos normativos, lo cuales aún merecen ser mejoradas.

Pese al cumplimiento que ha realizado Colombia acorde a lo establecido en la CMCT, falta una mayor financiación por parte de las autoridades públicas para lograr la implementación sobre la política de control de tabaco. Para ello se debe instaurar un plan nacional de financiación de manera progresiva y se cumpla con el objetivo de alcanzar las metas de reducción de consumo de tabaco.

Conclusión

Se concluye que, luego de revisar las tres legislaciones, la tasa creciente del tabaco es un factor de riesgo común para las cuatro principales enfermedades no transmisibles (ENT): cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes y enfermedades respiratorias¹⁸. La Asamblea Mundial de la Salud en el año 2003 aprobó el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco que entró en vigor el 2005¹⁹, como respuesta a la epidemia del tabaquismo, el cual se encuentra trabajando con estos tres países como Estados partes, los cuales cumplen con lo que este Convenio ha establecido.

Uruguay es quien empezó y ha logrado erradicar en gran medida este consumo, mediante la medidas o restricciones que ha tomado de la mano de este convenio.

¹⁷ DEFENSORÍA DEL PUEBLO – COLOMBIA, “Informe de seguimiento al cumplimiento del convenio marco de la OMS para el Control del tabaco en Colombia”. 2017

http://www.defensoria.gov.co/public/pdf/Informe_tabaco.pdf

¹⁸ BLANCO A, Sandolval R, Martínez-López L, Caixeta R “Diez años del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco: avances en las Américas”, pp. 118

https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/spm/v59s1/0036-3634-spm-59-s1-00117.pdf

¹⁹ OPS Uruguay, “Cuarta Conferencia de las Partes del Convenio Marco para el Control del Tabaco”

https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=263:cuarta-conferencia-partes-convenio-marco-control-tabaco&Itemid=238

En Latinoamérica, la tendencia del tabaquismo en general va en aumento, aunque hay amplia variabilidad entre hombres y mujeres. Estableciendo medidas para reducir la demanda de tabaco, que son las siguientes²⁰:

- Protección contra la exposición al humo del tabaco.
- Reglamentación en el contenido de los productos de tabaco.
- Lineamientos sobre la información divulgada en los productos de tabaco.
- Empaquetado neutro y etiquetado de los productos de tabaco.
- Educación, comunicación, formación y sensibilización pública.
- Publicidad, promoción y patrocinio del tabaco.

En estas tres legislaciones acorde al Convenio Marco, se tiene como medida establecer normas que dejen la flexibilización conforme a la salud que se ha visto afectada durante años por el tabaco; sin embargo, se está de acuerdo que la salud es un derecho de primer orden y debe ser respetado, pero se debe tener en cuenta que un derecho no debe vulnerar otros o debe ser racional.

En el caso de Perú, fue una colisión del derecho a la salud y el derecho al libre desarrollo, autonomía, libertad de empresa. En el caso de Uruguay, fue el derecho a la salud versus libertad de empresa; y en el caso de Colombia, una ciudadana colombiana interpuso una acción pública contra el artículo 3 de la Ley 1335 ante la vulneración del principio de solidaridad y los derechos de las personas, así como otros casos en donde se vió afectados los derechos a la libertad de empresa, libre desarrollo de la personalidad.

²⁰ BID, “El efecto de la leyes anti-tabaco en América Latina”
<https://blogs.iadb.org/salud/es/leves-anti-tabaco/>

Capítulo II

B. ¿Qué limitaciones se han presentado ante la Ley implementada en cada país?

Este capítulo va a versar sobre las limitaciones que se han desarrollado en cada país para que puedan efectuar el desarrollo de medidas normativas, sociales y económicas respecto a lo establecido en el CMCT de la OMS sobre la protección de los ciudadanos ante el consumo de tabaco. Los obstáculos o limitaciones radican en demandas, acciones públicas por parte de gremios, ciudadanos, compañías tabacaleras que han sentido vulnerados sus derechos a la libertad de empresa, libre desarrollo de la personalidad, entre otros, prevaleciendo en diferentes pronunciamientos jurídicos el favorecimiento al derecho a la salud.

b.1 En el caso uruguayo, Tabacalera Philip Morris International Inc (matriz de Philip Morris Brand SárI, Philip Morris Products y Abal Hermanos S.A) vs. Uruguay, es una demanda internacional que fue presentada en febrero de 2010 ante el Centro Internacional de Arreglo de Diferencias Relativas a Inversiones (CIADI) en Washington.

Lo que sostuvo la tabacalera internacional fue que Uruguay vulneraba un tratado de inversiones con Suiza al adoptar medidas regulatorias “inadecuadas y expropiatorias” de la actividad de tabacaleras²¹, en el arbitraje se le imputó a Uruguay haber realizado acciones que recaían en la adopción de medidas regulatorias “impropias y expropiatorias” de la actividad tabacalera vulnerando de esta manera el Tratado de inversiones con Suiza.

El argumento en el cual se basó el presidente Vásquez, el cual encerró el laudo definitivo en el año 2016, positivo hacia Uruguay y la eminente negativa hacia la Tabacalera Philip Morris fue: Que los aspectos comerciales que se derivaban de la actividad tabacalera, pues no eran lo suficientemente primordiales como para estar encima de los derechos fundamentales como la vida y la salud, esta posición fue compartida por la OMS, OPS, así como otras instituciones científicas.

²¹ AMÉRICA ECONOMÍA, “Uruguay le gana juicio internacional a gigante tabacalera Philip Morris”
<https://www.americaeconomia.com/negocios-industrias/uruguay-le-gana-juicio-internacional-gigante-tabacalera-philip-morris>

La Tabacalera respondió fundamentando en su alegato que Uruguay había incumplido una cantidad de puntos contenidos en el Tratado Bilateral de Inversión que tenía efectos desde el año 1998²² esta afectación recayó en que la norma uruguaya estableció que “cada marca debía tener una única presentación de cigarrillos”, es decir, no podían existir otros tipos de cigarrillos como los de sabores o los light. La disyuntiva era por la norma prohibitiva, el cual no dejaba una libertad de empresa sobre sus productos. (decisión sobre como expandir su marca en una variedad de cigarrillos) Como consecuencia de la norma, la Tabacalera tuvo que retirar del mercado 7 de los 12 tipos de cigarros que tenía a la venta, asimismo la Tabacalera adujo que la advertencia sanitaria que ocupa el 80% de las cajetillas no dejaba lugar para mostrar las marcas registradas.

Uruguay tenía marcada su defensa como previamente se refirió, en cuanto a que las normas adoptadas eran acorde a la protección del derecho a la salud y vida, como derechos fundamentales, pues el tabaquismo desencadenaba una “enfermedad crónica adictiva” que recae en enfermedades cardiovasculares, cáncer.

Este precedente sobre la victoria de Uruguay ante una tabacalera, genera un avance ante el control del tabaquismo, en el sentido de que el país no se ha “sometido” ante esta gran empresa, no la ha respaldado, por cuanto considera que debe primar la salud pública ante la actividad tabacalera en el mercado.

b.2 En el caso peruano, tenemos la demanda de inconstitucionalidad de parte de más de 5000 ciudadanos contra el artículo 3 de la Ley 28705 modificada por la Ley 29517 (Ley general para la Prevención y Control de los Riesgos del Consumo del tabaco) en el cual se puede apreciar de los hechos del caso que hay tres supuestos que están en controversia constitucional:

1. El primero es la posibilidad de que en espacios públicos cerrados haya áreas para fumadores.

²² IDEM

2. El segundo es que haya locales exclusivos para fumadores con trabajadores fumadores y que tengan un seguro de riesgo.
3. El tercer supuesto en controversia es el cuestionamiento a la prohibición de fumar en espacios abiertos dedicados a la educación superior.

Entre los argumentos por parte de los ciudadanos que interpusieron la demanda (Exp. 00032-2010-PI/TC) se encuentra que esta Ley vulnera los derechos a la libertad de empresa, autonomía, libre desarrollo de la personalidad pues el artículo 3 inciso 1 *“Prohíbese fumar en los establecimientos dedicados a la salud o a la educación, en las dependencias públicas, en los interiores de los lugares de trabajo, en los espacios públicos cerrados y en cualquier medio de transporte público, los que son ambientes ciento por ciento libres de humo de tabaco”*.

Se cuestiona el extremo del artículo en donde prohíbe el consumo de tabaco en todos los espacios públicos cerrados del país, de esta manera prohíbe la existencia de establecimientos exclusivos para fumadores y en el extremo en el que prohíbe el consumo de tabaco en las áreas abiertas de los establecimientos educativos para adultos. Es así que los demandantes manifiestan que la prohibición afecta de forma irrazonable el derecho de las personas fumadoras al libre de la personalidad, pues impide su libertad de fumar, la libre iniciativa privada y la libertad de empresa. La demanda no es contra todo el artículo 3 de la Ley sino lo previsto en el inciso 1 del artículo 3 *“prohíbese fumar en los establecimientos dedicados (...) a la educación y en los espacios públicos cerrados (...), los que son ambientes ciento por ciento libres de humo de tabaco”*.

Asimismo, los demandantes señalan que existían otras medidas menos restrictivas, como permitir la formación de establecimientos especiales para fumadores, donde labore únicamente personal fumador, quienes podrían estar cubiertos por un Seguro complementario de trabajo de riesgo. Respecto de la prohibición absoluta de fumar en las áreas abiertas de los centros educativos, consideran que se pudo elegir otra medida cuando acudan menores de edad o en los espacios cerrados. Aducen que la norma impugnada no genera una protección mayor para los no fumadores y prohíbe el derecho de los fumadores de manera irrazonable, por último, refieren que si el consumo del tabaco en espacios abiertos dentro de locales dedicados a la educación adulta (universidades, institutos y

escuelas de postgrado), no genera ninguna lesión a la salud de los no fumadores, no es razonable que se prohíba.

En el caso de la norma impugnada el apoderado del Congreso contesta la demanda sosteniendo que debe ser infundada; debido a que, la norma es una respuesta a la epidemia del tabaquismo. Refiere que el Perú al pertenecer al Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco (rango constitucional), debe dictar medidas idóneas para el cumplimiento de dos fines: *“artículo 3º reducir de manera continua y sustancial la prevalencia del consumo de tabaco; y reducir de manera continua y sustancial la exposición al humo del tabaco (objetivos de la disposición impugnada)”*²³. El fin constitucionalmente legítimo, que considera la parte demandada, es que las medidas adoptadas garanticen el derecho a la salud no solo de los no fumadores sino de los fumadores, pues la epidemia del tabaquismo tiene como consecuencia enfermedades devastadoras.

En cuanto a los lugares cerrados públicos (bares, discotecas, entre otros) en donde se instaure un ambiente para fumadores, para que digamos haya un equilibrio; sin embargo, no hay un mecanismo 100% seguro que evite el paso hacia la zona de no fumadores y los sistemas de ventilación tampoco serían capaces de evitar ello. También manifiesta el apoderado del Congreso este artículo no conlleva a prohibición absoluta, pues se prohíbe el consumo del tabaco en determinados lugares (establecimientos dedicados a la salud y centros educativos, los interiores de los lugares de trabajo, los espacios públicos cerrados y cualquier medio de transporte).

Los demandantes realizaron dos interrogantes respondidas por el apoderado del Congreso, que eran las siguientes:

- ¿Por qué tendría que prohibirse el funcionamiento de establecimientos exclusivos para fumadores y donde trabaje personal fumador? Hay una doble vulneración de derechos primero, que la norma impugnada prohíbe fumar en los “interiores de los lugares de trabajo” y que no existe una armonía entre el derecho al libre desarrollo de la personalidad por parte de los fumadores con la salud de los trabajadores.

²³ Expediente 00032-2010-PI/TC, Fundamento Jurídico 72
<https://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2011/00032-2010-AI.html>

- ¿Por qué impedir a las personas adultas el consumo del tabaco en una universidad donde cuenten con espacios abiertos y no se afecten los derechos de terceros? *“sería contradictorio dejar que se realice esta acción pues produce consecuencias graves respecto a la salud y la universidad es un lugar para un desarrollo integral que debe de ir en armonía con la salud de los alumnos, sobre todo porque se encuentran menores de edad dentro de ella y mediante esta protección y no exposición al humo sería factible limitar el derecho al libre desenvolvimiento de la personalidad.”*²⁴

El Tribunal Constitucional resolvió declarar infundada la demanda de inconstitucionalidad y se encuentra constitucionalmente prohibido que en el futuro se adopten medidas legislativas o de otra índole que protejan en menor grado el derecho fundamental a la salud frente a la epidemia del tabaquismo en comparación como lo hace la legislación actual. El Tribunal consideró que no resultaba posible constitucionalmente que en el futuro la legislación retroceda en las medidas actualmente adoptada para reducir el consumo de tabaco en la sociedad peruana.

b.3 En el caso colombiano. Se interpone una acción pública de inconstitucionalidad (Sentencia C-639/10) que se encuentra en el artículo 241 de la Constitución Colombiana por medio de la ciudadana Adriana Patricia Ocampo Uribe en contra del artículo 3° de la Ley 1335 de 2009 (Sentencia C-639/10) *“Disposiciones por medio de las cuales se previenen daños a la salud de los menores de edad, la población no fumadora y se estipulan políticas públicas para la prevención del consumo del tabaco y el abandono de la dependencia del tabaco del fumador y sus derivados en la población colombiana”*.

El párrafo del presente artículo prohíbe la venta de cigarrillos por unidad desde los 2 años contados a partir de la vigencia de la Ley 1335. La demandante considera que la prohibición de la norma impugnada no es acorde con el fin que propone la Ley, que sigue la línea de lo establecido por el Convenio Marco de la Salud de la OMS, que es prevenir y disminuir el consumo de tabaco, de manera enfática en los menores de edad.

La inconstitucionalidad de la norma recae en dos razones:

²⁴ Expediente 00032-2010-PI/TC, pp.3
<https://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2011/00032-2010-AI.html>

1. La venta de cigarrillos por unidad vulnera el principio constitucional al libre desarrollo de la personalidad (art. 16 C.N). La razón deriva en que la medida no es solo para la protección de menores, sino que afecta a la decisión autónoma de los adultos.
2. Es la vulneración del principio de solidaridad (art.13 C.N). La razón de la afectación es hacia la economía precaria de una población que se encuentra conformada por vendedores ambulantes.

En la primera razón, la demandante refiere que no se deja una libre elección de quien desea consumir tabaco (adultos), así como la venta de cigarrillos por unidades. Otro argumento es que en el caso de los menores sobre el consumo de tabaco debe pasar por un filtro familiar, le parece desproporcionado que si la familia tiene como deber primario educar y dar el ejemplo, no debería haber una medida expresa que no solo prohíbe a los menores sino también a los adultos la compra de cigarrillos por unidades.

Se vulnera el artículo 16 pues *“la decisión de fumar es personal y una manifestación de la personalidad, producto del ritmo o estilo de vida y al restringir el acceso a estos productos se estaría vulnerando la decisión personal de los mayores de edad”*²⁵.

En el caso del principio de solidaridad el cual también alega la demandante, es vulnerado y en consecuencia los principios de dignidad (art. 1 y 2 C.N) y el derecho al trabajo (arts. 25 y 26 C.N), pues los vendedores ambulantes subsisten mediante la venta de los cigarrillos al menudeo.

En la misma línea la demandante refiere que es desproporcionado en el sentido de que *“la prohibición de la venta de cigarrillos al menudeo va en detrimento de la calidad de vida de las personas con menos recursos económicos pues ven en este producto una manera de ‘subsistir’ optando por la informalidad para llevar sustento para su familia y medianamente cubrir sus necesidades básicas”*²⁶ y solicita a la Corte la declaratoria de inexequibilidad del parágrafo del artículo 3° de la Ley 1335.

²⁵ Sentencia C-639/10 “Acción pública de inconstitucionalidad contra el artículo 3° de la Ley 1335”.
https://www.tobaccocontrol.org/files/live/litigation/2517/CO_Ocampo%20Uribe%20v.%20Colombia.pdf

²⁶ IDEM, pp. 12

La mayoría de los intervinientes están en desacuerdo con los argumentos de la demandante y que es indiscutible que en el ámbito de la comercialización es esencial para disminuir el consumo de tabaco por lo que la intervección es idónea y que la afectación económica de los vendedores ambulantes es imposible medirla, pues las medidas conllevan una serie de sacrificios para ser cumplidas. Cabe resaltar que no se ha prohibido la venta de cigarrillos en Colombia sino que se ha restringido una de sus modalidades y que el tabaco no es el único producto que puede ser vendido, pues hay una gama de ellos. El problema jurídico se basa en lo siguientes y la Corte Constitucional se debe pronunciar sobre lo siguiente:

“(...)determinar si la prohibición de venta de cigarrillos por unidades es desproporcionada al configurarse como una medida presuntamente inadecuada al fin que busca, cual es la prevención y disminución del consumo de tabaco, y generar por el contrario la vulneración tanto del derecho al libre desarrollo de la personalidad (art. 16 C.N) de los ciudadanos que consumen tabaco, así como del principio de solidaridad (art. 13 C.N) tras afectar presuntamente las ventas, luego el mínimo vital, de los vendedores ambulantes considerados población vulnerable.”²⁷

La Corte sostiene que la medida de la norma impugnada sí dificulta el acceso al consumo de tabaco, pero no lo hace por medio de la prohibición del consumo sino que limita una modalidad de venta. En lo que respecta al primero cargo o razón de la demanda la Corte, considera que no existen derechos fundamentales sacrificados. En el segundo cargo sobre el principio de solidaridad, sostiene que la modalidad de venta que es restringida y siendo la “más rentable” no es suficiente para que sea una premisa fáctica, pues no se podría probar que la rentabilidad se desprende necesariamente de la actividad de la venta de tabaco o su modalidad.

Asimismo, la Corte explica que la norma sí tiene la intención de modificar las modalidades de venta de cigarrillos, lo cual es legítimo en la intervención que se hace al mercado, pues se encuentra regulado por parte del Estado el comercio. Para la Corte la norma impugnada no traspasa o vulnera derechos constitucionales; por lo que, se declara exequible el párrafo 3º de la Ley 1335.

²⁷ IBIDEM, pp. 21

Capítulo III

C. Análisis de la efectividad de las legislaciones en América latina junto con los artículos del Convenio Marco que utilizaron para la creación de los mismos

En el presente capítulo, se desarrollará el análisis de las leyes que fueron creadas para legislar la epidemia del tabaco, asimismo qué artículos del Convenio Marco para el control del tabaco de la OMS han sido utilizados y cumplidos. Dentro de las limitaciones de cada ley que recayeron en demandas, acción pública, de los argumentos presentados se profundizará en qué se basa el conflicto en cada caso, cuáles fueron las motivaciones de estos argumentos (moralismo, paternalismo, perfeccionismo) y se dará una breve opinión al respecto.

c.1 En el caso uruguayo. La Ley antitabaco que entró en el vigor en el año 2008 bajo las disposiciones de la CMCT OMS, *“la cual fue elaborada ante la globalización de la epidemia de tabaquismo, esta expansión se dio por la liberalización del comercio y las inversiones extranjeras directas”*²⁸.

En las promulgaciones que ha realizado como evolución de una legislación con más compromiso y efectividad con el Convenio Marco que contiene como principales disposiciones conforme a la reducción de la demanda se encuentran en los artículos 6 y 14, medidas relacionadas con los precios e impuestos para que se reduzca la demanda de tabaco y otras medidas que son las siguientes:

- Protección contra la exposición al humo de tabaco.
- Reglamentación del contenido de los productos de tabaco.
- Reglamentación de la divulgación de información sobre los productos de tabaco.
- Empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco.
- Educación, comunicación, formación y concientización del público
- Publicidad, promoción y patrocinio del tabaco

²⁸ FCTC, “Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS”, pp. 5
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42813/9243591010.pdf;jsessionid=A52C158FC645E0F30337CA7B27E3A611?sequence=1>

- Medidas de reducción de la demanda relativas a la dependencia y al abandono del tabaco²⁹.

En otras principales disposiciones del Convenio en la misma línea de la reducción de la demanda del tabaco se encuentran los artículos 15 al 17, basados en el comercio ilícito de productos de tabaco; venta a menores y por menores.

De las disposiciones principales del Convenio, Uruguay ha cumplido en la Ley N° 18.256 (Ley Marco de Control de Tabaco) con el objetivo de proteger a sus ciudadanos de las graves consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al mismo; es por ello, que tomó las siguientes medidas que se encuentran en la presente Ley que contiene 22 artículos:

Artículo 3 Protección de los espacios conforme con el artículo 8 del CMCT de la OMS:

- No se puede fumar en espacios cerrados que sean en un lugar de uso público.
- No se puede fumar en espacios cerrados en donde se labore.
- No se puede fumar en espacios tanto cerrados (establecimientos sanitarios e instituciones del área de salud) como abiertos (centros en donde se imparta educación – instituciones, en cualquiera de sus formas).

Artículo 6 - La información que se debe brindar por parte de los fabricantes e importadores de tabaco al Ministerio de Salud Pública que sean acorde a la reglamentación y que sea necesaria para el contenido y emisiones de los productos de tabaco, acorde al artículo 10 del CMCT de la OMS.

Artículo 7 – se prohíbe de manera absoluta de toda forma de publicidad, promoción y patrocinio de tabaco en los diferentes medios de comunicación menos en sus puntos de venta, se siguió desarrollando y en el 2014 con la ley 19244 se prohibió de manera total la publicidad hasta en los puntos de venta, acorde con el artículo 10 y 13 del CMCT de la OMS.

También cumplió con lo estipulado en el artículo 11 del CMCT OMS empaquetado y etiquetado de los productos, lo que generó la demanda por parte de Philip Morris.

²⁹ IDEM.

La campaña antitabaco en Uruguay ha logrado cumplir con el objetivo de mejorar la salud de las personas con la disminución de la prevalencia de fumar, ejecutando de manera eficaz la mayoría de los artículos contenidos en la CMCT de la OMS. Las políticas públicas fijadas en el país deben darse de manera conjunta y no individual pues, al “evolucionar” y por ende la legislación se ha vuelto menos flexible cada vez con el tabaco, ello debe darse con políticas públicas juntas que vayan en un bloque común y así no dejar que se tarde la disminución de la “epidemia de tabaco” y se vuelva plena.

Se deben realizar políticas públicas en donde se siga con la iniciación que dio Tabaré sobre una legislación estricta, ello debe darse en los inicios del tabaquismo y su reducción; por lo que, se sugeriría que se crearan estímulos fuertes que promuevan el uso de los programas de cesación, como no realizar cobros y analizar cuales son los incentivos que tienen los jóvenes para fumar, de esta forma tomar medidas más eficaces.

Caso Philip Morris

Como se relató en el capítulo anterior, de manera concreta fijaré los puntos de este controversial caso:

- Philip Morris demandó al estado uruguayo en febrero de 2010, pues consideró que el país había vulnerado el tratado de inversiones que tenía con Suiza, por las medidas antitabaco adoptadas en la Ley 18.256 durante el Gobierno de Tabaré.
- Uruguay obligó a mostrar en el 80% de las cajetillas mensajes y fotografías para que se concientizara a los ciudadanos sobre las consecuencias de fumar, asimismo prohibió completamente la publicidad de cigarrillos y obligó a que cada marca tuviera una sola presentación de producto, por medio del artículo 3 de la Ordenanza 514 del Ministerio de la Salud Pública³⁰. Lo que generó que la tabacalera Philip Morris, quitara del mercado 7 de los 12 tipos de cigarros que tenía a la venta.
- Philip Morris indicó que su caso se basaba en limitaciones injustas e infundadas y que no buscaba que se invalide el control del consumo de tabaco en Uruguay sino

³⁰ SOUTH CENTRE, “Los Tratados comerciales y de inversión: obstáculos para las medidas nacionales de salud pública y de control del tabaco”. Consulta: 25.11.2019
https://www.southcentre.int/wp-content/uploads/2013/06/PB-12_National-Public-Health-and-Tabacco-Control_ES.pdf

del cumplimiento del Tratado Bilateral de Inversión que había firmado Uruguay con Suiza.

Genera una preocupación a las empresas por las medidas impuestas motivadas por la salud pública, pues esas medidas se encuentran bajo el cumplimiento de las disposiciones del Convenio Marco para el Control de Tabaco de la OMS, tiene la obligación los Estados partes de cumplir con el artículo 11 del presente Convenio (empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco), en aras de que cada Estado deba acoger y emplear las disposiciones del CMCT OMS con su legislación nacional para la reducción del consumo de tabaco.

Por otro lado, el CIADI del Banco Mundial confirmó que las medidas que se han aplicado en Uruguay para reducir el consumo de tabaco no violan los derechos comerciales de la empresa tabacalera, los cuales se encontraban dentro de los acuerdos entre Uruguay y Suiza³¹. La RPU abordó la preocupación real que se suscitaba sobre la salud pública y que las medidas instauradas por parte de Uruguay no eran desproporcionadas, no se actuó de mala fe.

Es importante precisar que, la responsabilidad que se genera sobre las medidas de salud pública recae sobre el gobierno es por ello que debe de haber un respeto sobre los criterios gubernamentales, respecto de las necesidades nacionales en temas como la protección de la salud pública³²

Al ser proporcional el fallo favorable para Uruguay, se concibe que las enfermedades graves que se han propiciado por parte del consumo de tabaco despiertan estas discusiones sobre la salud pública que recae en intervenciones paternalistas.

Estas intervenciones paternalistas en la salud pública se encuentran de manera tangible en las restricciones o prohibiciones que ha realizado Uruguay sobre sus ciudadanos y las

³¹ OPS URUGUAY, “OPS/OMS felicita a Uruguay por defender con éxito su política de control del consumo de tabaco ante reclamo de empresa tabacalera”.

https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=1060:opsoms-felicita-a-uruguay-por-defender-con-exito-su-politica-de-control-del-consumo-de-tabaco-ante-reclamo-de-empresa-tabacalera&Itemid=238

³² Philip Morris vs. Uruguay, “Conclusiones del Arbitraje del Tribunal Internacional”. Consulta: 25.11.2019

https://www.tobaccofreekids.org/assets/content/press_office/2016/2016_07_13_uruguay_factsheet_es.pdf

empresas tabacaleras que se encuentran ejerciendo sus actividades comerciales dentro de ella, como el incremento de impuestos de los productos de tabaco, la prohibición absoluta de publicidad, promoción del tabaco, entre otros.

En la misma línea, las intervenciones paternalistas en salud pública constituyen una motivación legítima que las medidas estatales pueden poseer para proteger la salud de la ciudadanía, garantizada como derecho por un sistema jurídico, y desde un nivel poblacional³³.

c.2 En el caso peruano. la Ley 28705 “Ley General para la Prevención y Control de los Riesgos del Consumo del Tabaco” modificada por la Ley 29517 en el 2010, se hizo bajo las disposiciones del Convenio Marco para el control de Tabaco de la OMS, de manera progresiva. La Ley se hizo bajo los siguientes lineamientos del CMCT OMS:

- Protección contra la exposición al humo de tabaco.
- Reglamentación del contenido de los productos de tabaco.
- Reglamentación de la divulgación de información sobre los productos de tabaco.
- Empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco.
- Educación, comunicación, formación y concientización del público.
- Publicidad, promoción y patrocinio del tabaco.

Los cuales están siendo cumplidos, así como las medidas acordes a los precios para reducir la demanda de tabaco, impuestos. Cabe recalcar, que, si bien Perú cumple con la mayoría de los artículos contenidos en el presente Convenio, la eficacia es menor que en otros países, un ejemplo de ellos es la publicidad en los puntos de venta como los centros comerciales, la venta de cigarrillos en unidad, se puede decir que es más blanda respecto a la legislación de Uruguay que es más estricta.

Es por ello, que se recomienda establecer presupuestos de diferentes institucionales gubernamentales relacionadas a la prevención y control del consumo de tabaco y para calcular el financiamiento público total de la implementación del Convenio. Asimismo,

³³ CORNEJO Leandro, “Paternalismo y protección de la salud: El paternalismo en salud pública”. Tesis para optar por el Título profesional de abogado. Lima-2016: Pontificia Universidad Católica del Perú, Facultad de derecho. <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/8076>

estudiar la posibilidad de crear un fondo específico para el control del tabaco, utilizando una determinada parte del impuesto recaudado sobre el tabaco³⁴.

Demanda de inconstitucionalidad contra el artículo 3 inciso 1 de la Ley 28705 modificada por la Ley 29715

Los Principios vinculados al caso son las siguientes:

- Principio de daño. - En la obra Sobre la libertad de John Stuart Mill, nos presenta una concepción de la libertad casi irrefutable en donde configura que el individuo es soberano sobre sí, sobre las decisiones que pueda tomar aun si como consecuencia hubiera un daño para el individuo que decidió adoptar esa medida. El principio de daño entonces es definido como el accionar de un individuo que no causa daño a terceros, no debe ser limitado por medio de restricciones. El principio de daño busca proteger bienes valiosos, *independientemente de los motivos que lleven a las personas a protegerlos o abstenerse de dañarlos*³⁵.
- Paternalismo. - El paternalismo es un concepto que parte de una posición de intervención estatal sobre los individuos que yace en un comportamiento asociado a una relación de padre-hijo; este principio consiste en que *“todos aquellos casos donde una persona es intervenida para ayudarla de sí misma, de actos voluntarios o involuntarios que le hagan daño o incrementen sus riesgos de daños”*³⁶.

Las medidas que se establecen en la población deben estar justificadas, es por eso que, hay una diferenciación con el moralismo jurídico, pues el paternalismo parece tener espacios de legitimidad; es por ello, que se deben de identificar

³⁴ MINISTERIO DE SALUD DEL PERU/OPS/OMS “Evaluación de necesidades para la implementación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco en Perú”, 2015, pp. 50
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3482.pdf>

³⁵ SOTOMAYOR, pp. 219

³⁶ Cornejo, Leandro. El debate sobre la imposición de la moral y la protección de uno mismo: el moralismo y el paternalismo en el Derecho. En: Sotomayor. E. (Ed.). *La Teoría y Filosofía del Derecho en el Estado Constitucional: problemas fundamentales*. Puno: Zela, p. 213-236.)

cuando se encuentre en ese tipo de medida y si se justifica o no de manera jurídica.

En el caso concreto de la sentencia recaída en el Exp. 00032-2010-PI/TC, serían las medidas que limitan la libertad-autonomía, con el fin de proteger la salud de los individuos configurándose como un *derecho-deber*³⁷, son medidas paternalistas, pues la intromisión a la libertad de decisión de una persona por medio del Estado atribuyendo el bienestar que creen debe tener la persona coaccionada.

En la misma línea, es paternalista pues no solo quiere proteger a los fumadores sino también a los no fumadores para de esta manera reducir el consumo del tabaco. Sin embargo, traspasa el “límite” cuando quiere proteger a los fumadores de sí mismos. Esta tesis por parte de los demandados ha sido rechazada por los demandantes, pues *“puede justificarse una restricción a los derechos de las personas fumadoras cuando su ejercicio afecta los derechos de las personas no fumadoras. Sin embargo, ello no tiene asidero cuando las personas fumadoras deciden libremente concurrir a un lugar al que solo asisten- igualmente, por decisión voluntaria – otras personas fumadoras”*³⁸.

En el caso de la reducción del consumo de tabaco en los fumadores, dentro del constitucionalismo democrático está la política liberal en la cual el paternalismo colisiona con el principio de autonomía individual. Debido a que, carece de justificación para establecer restricciones a la autonomía sin una justificación razonable. Pues debe de haber un respeto hacia la autodeterminación en lo que respecta a las decisiones sobre la vida y salud. De acuerdo a Mill, la única razón “justificable” para la coacción mediante este tipo de medidas restrictivas es para impedir dañar a otros.

- Perfeccionismo. - El perfeccionismo se diferencia del paternalismo estatal en que no se basa en imponer ideales personales o planes de vida que no han sido elegidos

³⁷ IBIDEM, pp.89

³⁸ Expediente 00032-2010-PI/TC, pp.2

<https://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2011/00032-2010-AI.html>

por parte de los individuos, sino “*en imponer a los individuos conductas o cursos de acción que son aptos para que satisfagan de esta manera sus preferencias subjetivas y los planes de vida que han elegido voluntariamente*”³⁹.

Los ideales de excelencia humana que se encuentran dentro del sistema moral, no deben ser según el tipo de vista liberal impuestos por el Estado, sino que estos ideales de excelencia deben ser seleccionados por los individuos libremente. Esto es como las personas pueden ejercer su autonomía.

En uno de los argumentos del demandado representado por el apoderado del Congreso de la República respondiendo a la interrogante de por qué impedir a las personas adultas el consumo del tabaco en una universidad donde cuenten con amplios espacios abiertos y no se afecten los derechos de terceros, sostiene lo siguiente:

*“considera que resulta contradictorio que se permita la realización de un acto (consumo de tabaco) que trae devastadoras consecuencias para la salud humana, en un lugar (centro educativo universitario) que está dedicado a prestar un servicio público (educación) que tiene por finalidad el desarrollo integral de la persona humana y proporcionarle conocimientos para lograr una mayor calidad de vida; máxime si a dichos centros acuden también menores de edad. Resulta coherente que tales ambientes se encuentren 100% libres de humo de tabaco, para contribuir a la reducción de su consumo y a la protección contra la exposición al humo de tabaco, con lo cual se previenen enfermedades y, por ende, se garantiza la plena vigencia del derecho a la salud”*⁴⁰.

Pues se trata de una limitación no razonable del derecho al libre desenvolvimiento de la personalidad sino moral.

³⁹ CARLOS Nino, “Ética y derechos humanos” Un ensayo de fundamentación. 2ª edición ampliada y revisada. Editorial: Astrea de Alfredo y Ricardo Depalma, Argentina: Buenos Aires. 1989, pp. 414

⁴⁰ Expediente 00032-2010-PI/TC, pp. 3
<https://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2011/00032-2010-AI.html>

Entonces, el perfeccionismo es en el caso concreto el “castigo” o la restricción de la medida que se ejecuta en contra de los fumadores más allá de lo que el Estado deba garantizar sobre el derecho a la salud a los no fumadores, en lo cual mi posición no difiere de lo que se establece sobre los establecimientos cerrados en cuanto al daño que origina a los demás miembros de la sociedad; sin embargo, en cuanto a la restricción de los fumadores como medio de castigo por el consumo personal de tabaco, el objetivo del perfeccionismo radica en que se proteja a las personas que consumen de los daños que le ocasiona este hábito. Se debe enfatizar que jurídicamente los individuos mediante esta concepción pueden adoptar cualquier plan de vida siempre que esto no produzca el auto daño, ni dañar a terceros, es decir, no existiría autonomía.

En el extremo de fumar en espacios abiertos de las instituciones educativas para adultos, el problema que causa preocupación, es si la prohibición puede ser justificada sin desnaturalizar el reconocimiento de un ámbito inquebrantable de libertad personal. El cual se encuentra plasmado en el principio de autonomía, la justificación para fumar en este caso sería negativa, pues conduce a alegar otras interferencias en la vida de las personas que han sido consideradas proscriptas *en el marco de una sociedad liberal*.⁴¹

Es así como el concepto de desarrollo integral, se promueve no solo para formar profesionales sino también ciudadanos en una universidad; sin embargo, ¿hasta donde llega esa integralidad?

El límite es cuando ya no se trata de formar personas para una convivencia adecuada en la sociedad sino cuando se le impone deberes que parece que las personas no están obligadas a seguir o que más bien parece que forman parte de las responsabilidades del Estado o de los propios individuos como el hecho de fumar o no.

Por lo tanto, es inconstitucional por promover virtudes relativas; la gente debería elegir si dar el ejemplo o no sobre algo que está permitido por ellas. Asimismo, si

⁴¹ NINO, pp. 207

está permitido fumar en espacios abiertos por qué no en los colegios, se deriva que es para dar el ejemplo; sin embargo, debería ser la decisión de cada uno, no una imposición de virtudes del gobierno. En principio las personas pueden fumar en espacios abiertos y sino puedes fumar ahí es porque ese lugar debe promover virtudes; detrás de la idea de dar el ejemplo, que debe ser un acto autónomo no impuesta, lo que se desea promover son virtudes relativas o ideales de excelencia siguiendo el concepto de Nino.

c.3 En el caso colombiano, la Ley N° 1335 “Disposiciones por medio de las cuales se previenen daños a la salud de los menores de edad, la población no fumadora y se estipulan políticas públicas para la prevención del consumo del tabaco y el abandono de la dependencia del tabaco del fumador y sus derivados en la población colombiana” pese a que el país ha avanzado notoriamente en la implementación de los artículos contenidos en el CMCT OMS como el fortalecimiento de la articulación intersectorial y de los procedimientos de inspección, vigilancia, fortalecimiento del diálogo intersectorial e identificar desafíos adicionales⁴².

En el Informe de Seguimiento al cumplimiento del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco en Colombia, concluye la Defensoría del Pueblo (entidad encargada de vigilar la promoción y protección de los derechos humanos en Colombia), exige que el Gobierno así como las demás instituciones inmersas en el Estado asuman un política que cumpla con los fines del Convenio, acorde con la leyes vigentes dentro del Estado mismo para que se realice una *política pública integral en materia de control de tabaco*⁴³.

Se encuentra un cumplimiento desigual con otros países respecto a Colombia que conlleva a vacíos respecto a las políticas de control de tabaco resulten eficaces como permitir publicidad en algunos medios de comunicación, que no se haga una prohibición

⁴² CANCELLERÍA DE COLOMBIA, “Colombia avanza en la articulación interinstitucional para la aplicación del Convenio Marco para el Control del Tabaco”.
<https://www.cancilleria.gov.co/en/newsroom/news/colombia-avanza-articulacion-interinstitucional-aplicacion-convenio-marco-control>

⁴³ DEFENSORÍA DEL PUEBLO – COLOMBIA, “Informe de seguimiento al cumplimiento del convenio marco de la OMS para el Control del tabaco en Colombia”.
http://www.defensoria.gov.co/public/pdf/Informe_tabaco.pdf

efectiva sino limitaciones que se están dando de manera progresiva pero un tanto estancada, la falta de un régimen sancionatorio, mayor énfasis en el cumplimiento de programas de educación preventiva en medios de comunicación a cargo de la nación para que pueda ser propagado. Un mayor financiamiento por parte de las entidades gubernamentales para cumplir de manera cabal no solo una parte del convenio sino todo. Incrementar los impuestos pues son “blandos” a comparación de otras legislaciones.

Conclusiones:

- El consumo del tabaco trae grandes riesgos a la salud, pero también altos costos de atención médica para el sector público. Por ello es importante que los países sigan implementando medidas eficaces para el control del consumo de tabaco en sus ciudadanos.
- Se ha establecido que hay legislaciones que son más blandas que otras y que los vacíos que tienen al no ser subsanados conllevan a un retroceso, al no cumplimiento de los objetivos del Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS. Se debe tomar de ejemplo y tratar de igualar en un corto tiempo a la legislación que cumple con casi todas las disposiciones del mismo.
- Si bien se han establecido ciertas limitaciones hacia el avance de la protección contra el tabaco, ello en diferentes países de América Latina como los analizados, no han podido soslayar que siga mejorando en unos más que otros las Leyes Antitabaco de manera progresiva.

Bibliografía:

Uruguay

- EL MUNDO.CR Legislación antitabaco de Uruguay sienta precedente de soberanía, afirma experta de OPS
<https://www.elmundo.cr/mundo/legislacion-antitabaco-de-uruguay-sienta-precedente-de-soberania-afirma-experta-de-ops/>
- EFE “La política antitabaco de Uruguay es pionera en América y en el mundo”
2016
<https://www.efe.com/efe/cono-sur/politica/la-politica-antitabaco-de-uruguay-es-pionera-en-america-y-el-mundo/50000818-3116153>
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/tematica/control-de-tabaco?page=1>
- PAN AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH
2016 “Evaluación de la campaña antitabaco en Uruguay: balance de diez años y desafíos”
https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v40n4/1020-4989-RPSP-40-04-256.pdf
- INFORME DE LA COMISIÓN DE TABAQUISMO DEL SMU
Tabaquismo en Uruguay
http://www.smu.org.uy/elsmu/comisiones/tabaco/inf_ct_tab_en_uruguay.pdf
- INFORME SOBRE POLÍTICAS
2012 los tratados comerciales y de inversión: obstáculos para las medidas nacionales de salud pública y de control del tabaco.

https://www.southcentre.int/wp-content/uploads/2013/06/PB-12_National-Public-Health-and-Tabacco-Control_ES.pdf

- Philip Morris vs. Uruguay: “Conclusiones del Arbitraje del Tribunal Internacional”, 2016_
https://www.tobaccofreekids.org/assets/content/press_office/2016/2016_07_13_uruguay_factsheet_es.pdf
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, “Medidas efectivas para el control del tabaco”_
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1350:medidas-efectivas-control-tabaco&Itemid=1185&lang=es
- CONVENIO MARCO DE LA OMS PARA EL CONTROL DEL TABACO_
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42813/9243591010.pdf?sequence=1>
- OPS URUGUAY, “OPS/OMS felicita a Uruguay por defender con éxito su política de control del consumo de tabaco ante reclamo de empresa tabacalera”.
https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=1060:opsoms-felicita-a-uruguay-por-defender-con-exito-su-politica-de-control-del-consumo-de-tabaco-ante-reclamo-de-empresa-tabacalera&Itemid=238
- MONTEVIDEO PORTAL, “Uruguay presenta argumentos contra la tabacalera Philip Morris”
<https://www.montevideo.com.uy/Noticias/Uruguay-presenta-argumentos-contr-la-tabacalera-Philip-Morris-uc249834>

Colombia

- CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA, 2015_ [http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Proyectos_de_Ley_en_curso/P.L.007-2015C%20\(ANTITABACO\).pdf](http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Proyectos_de_Ley_en_curso/P.L.007-2015C%20(ANTITABACO).pdf)
- CIUDADES, “Guerra al tabaco en Capital: a siete años de la ley que limita fumar, lo hace menos del 20% de los porteños”. 2017_ https://www.clarin.com/ciudades/guerra-tabaco-capital-anos-ley-limita-fumar-hace-20_0_Bk2rE8Bve.html
- DEFENSORÍA DEL PUEBLO DE COLOMBIA, 2017 “Informe de seguimiento al cumplimiento del Convenio Marco de la OMS para el Control del tabaco en Colombia” http://www.defensoria.gov.co/public/pdf/Informe_tabaco.pdf
- INFORME SOBRE CONTROL DEL TABACO EN COLOMBIA, 2011. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Colombia-CR-web.pdf>
- ESPERANZA, Diana – Alejandro NIÑO “ABC de la Ley Antitabaco (Ley 1335 de 2009)_ <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ABC%20DE%20LA%20LEY%20ANTITABACO.pdf>
- EL ESPECTADOR, Cigarrillos electrónicos: los vacíos que aún no resuelve Colombia, 2019 <https://www.elespectador.com/noticias/salud/cigarrillos-electronicos-los-vacios-que-aun-no-resuelve-colombia-articulo-882574>

Perú

Libro:

- MILL, Stuart.

2014 “Sobre la libertad”. España: ediciones Akal. Traducción y edición: César Ruiz Sanjuán.

- GARCÍA, Alfonso
2010 “Criaturas de la moralidad – una aproximación neoconstitucionalista al Derecho a través de los derechos”. España: Madrid. Editorial: Trotta.
- NINO, Carlos
1989 “Ética y derechos humanos – Un ensayo de fundamentación”. Segunda edición. Argentina: Buenos Aires. Editorial: Astrea.

Web:

- ANDINA, “¡Alarma! Consumo de tabaco en el Perú afecta principalmente a jóvenes”. 2019
<https://andina.pe/agencia/noticia-alarma-consumo-tabaco-el-peru-afecta-principalmente-a-jovenes-753819.aspx>
- ANDINA, “Minsa: 16,000 personas mueren al año por tabaco en Perú”. 2019
<https://andina.pe/Agencia/noticia-minsa-16000-personas-mueren-al-ano-tabaco-peru-746565.aspx>
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD-PERÚ
2011 “Perú 100% libre de humo de tabaco”, OPS/OMS Perú.
https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=1292:peru-100percent-libre-humo-tabaco&Itemid=900

2013 “Manual para desarrollar legislación para el control del tabaco en la Región de las Américas”. Estados Unidos: Washington.

https://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/44126/mod_resource/content/3/Manual%20OPS%20Medidas%20Legislacion%20tabaquismo%20mayo%202013.pdf

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
“El derecho a la salud” Derechos humanos. Folleto informativo N° 31. Consulta: 8 de mayo 2019.
<https://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31sp.pdf>
- NACIONES UNIDAS-CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL
2000 “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”.
Observación General N° 14. Consulta: 8 de mayo de 2019.
<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>
- FLORIÁN, León
2014 “El derecho a la salud en la jurisprudencia del Tribunal Constitucional peruano”. Pensamiento Constitucional N° 19, pp. 389-420. Consulta 2 de mayo de 2019.
<http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/pensamientoconstitucional/article/view/12534>
- EL PERUANO, “Las graves consecuencias del consumo de tabaco”. 2019
<https://www.elperuano.pe/noticia-las-graves-consecuencias-del-consumo-tabaco-80072.aspx>
- GESTIÓN, “Colat: Prevalencia del consumo de tabaco en Perú cayó de 32% a 12% en los últimos diez años”. 2017
<https://gestion.pe/economia/colat-prevalencia-consumo-tabaco-peru-cayo-32-12-ultimos-diez-anos-1-149880-noticia/>
- CORNEJO, Leandro

2016 “Paternalismo y protección de la salud: El paternalismo en salud pública”.

Tesis para optar por el Título profesional de abogado. Lima: Pontificia

Universidad Católica del Perú, Facultad de derecho.

<http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/8076>

- PERU-MINISTERIO DE SALUD/OPS-OMS” Evaluación de necesidades para la implementación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco en Perú”, Secretaría del Convenio-2015_

<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3482.pdf>

