

ARTÍCULO

El Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud en las políticas contra el tabaquismo¹

The Right to the Highest Attainable Standard of Health in Tobacco Control Policies

Carlos Lema Añón
Departamento de Derecho Internacional Público, Eclesiástico y Filosofía del Derecho
Universidad Carlos III de Madrid

Fecha de recepción 10/12/2019 | De aceptación: 05/03/2020 | De publicación: 15/06/2020

RESUMEN

El esfuerzo internacional para el control del tabaco incorporó el marco de los derechos humanos de forma tardía y –paradójicamente- solo después de que estos se intentaran esgrimir frente a las medidas antitabaco. A pesar de lo avanzado, el marco de derechos humanos todavía tiene potencialidades por explorar. Así, cabría pensar en un uso no defensivo sino proactivo de los derechos, especialmente para la protección de grupos vulnerables. Además, combinándolo con el marco de los determinantes sociales de la salud, habría que afrontar que, en diferentes contextos, la mortalidad y morbilidad asociada al tabaco se reparte de forma inequitativa.

PALABRAS CLAVE

Tabaquismo, CMCT, Derecho al más alto nivel posible de salud, Determinantes sociales de la salud

ABSTRACT

International efforts for tobacco control have not widely assumed the Human Rights framework until recently and paradoxically only after it was used to stop public health anti-tobacco measures. Despite recent progress, the Human Rights framework still has some unexplored potentialities. It could be suggested the use of Human Rights in a more proactive approach to reinforce and promote new measures, especially for the protection of vulnerable groups. Moreover, combined with the Social Determinants of Health framework, it might help to confront the fact that, in different contexts, tobacco-associated mortality and morbidity are distributed unequally.

KEY WORDS

Tobacco epidemic, FCTC, Right to the highest attainable standard of Health, Social Determinants of Health

¹ Este trabajo está realizado en el marco del proyecto DER2016-76078-P “Condicionantes sociales de la salud y justicia: los desafíos del derecho a la salud”, dentro del Programa Estatal de Investigación Científica y Técnica de Excelencia del Ministerio de Economía, Industria y Competitividad.

Sumario. 1. Introducción. 2. Algunas consideraciones sobre las normas internacionales de control del tabaquismo. 3. Los derechos humanos y el derecho a la salud como parámetro de control del tabaquismo. 4. La litigiosidad judicial de las medidas de control del tabaquismo para la tutela del derecho a la salud. 5. El derecho a la salud en la promoción de nuevas medidas frente al tabaquismo. 6. Tabaco, equidad y determinantes sociales de la salud. 7. Conclusión.

1. Introducción

En su primer informe sobre la epidemia mundial de tabaco, la OMS señalaba que el tabaco era la principal causa de muerte evitable: estimaba que había causado 100 millones de muertes durante el siglo XX y que todavía era responsable de 5,4 millones de muertes anuales en el mundo (WHO, 2008: 7). Conviene enfatizar los dos aspectos que se desprenden de estos datos: mortalidad y evitabilidad. En primer lugar, el consumo de tabaco es una *causa* destacada de muerte y enfermedad, pues la condición de fumador es el factor de riesgo asociado con mortalidad prematura más importante de las enfermedades no comunicables: se asocia con una reducción de la esperanza de vida de 4,8 años entre las edades de 40 y 85 años (Stringhini, S. et al, 2017). En segundo lugar, esta causa es evitable en el sentido de que no es ineluctable y de que al menos es controlable a través de medidas de salud pública. Ahora bien, a la hora de analizar esas medidas hay que tener en cuenta una característica peculiar, como es el hecho de que estas se enfrentan a un agente directamente interesado en limitar su alcance: la industria del tabaco desarrolla un esfuerzo constante por extender el consumo de tabaco².

La creación de un cierto consenso sobre los dos puntos que se acaban de mencionar, es decir, reconocer los efectos en la salud global del consumo de tabaco y la necesidad de tomar medidas para reducir su efecto, no se producen hasta finales del siglo XX. En el marco de la OMS –que ha pasado a liderar ese esfuerzo y a convertirlo en una prioridad- la lucha contra el tabaquismo se fue abriendo paso en los años ochenta del siglo pasado. En la 48ª Asamblea Mundial de la salud, en 1995, surgió la idea de un instrumento internacional para el control del tabaco, lo que fue el punto de partida para la elaboración del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco aprobado en 2003 y en vigor

² Hasta tal punto es un aspecto a considerar en los esfuerzos de reducción de la mortalidad asociada a este consumo que en el preámbulo del propio tratado internacional que se ocupa del control del tabaco se reconoce “la necesidad de mantener la vigilancia ante cualquier intento de la industria del tabaco de socavar o desvirtuar las actividades de control del tabaco”. También entre las obligaciones generales de las partes se incluye que “A la hora de establecer y aplicar sus políticas de salud pública relativas al control del tabaco, las Partes actuarán de una manera que proteja dichas políticas contra los intereses comerciales y otros intereses creados de la industria tabacalera, de conformidad con la legislación nacional” (art. 5.3).

desde 2005 (en adelante CMCT). En cumplimiento de las obligaciones generadas por este tratado y en el marco del reconocimiento de la necesidad de tomar medidas efectivas frente al tabaquismo, distintos Estados parte han desarrollado medidas para el control del tabaco destinadas a reducir su consumo y a proteger a las poblaciones de las consecuencias de este consumo.

Los avances logrados en el ámbito del control del tabaco han sido notables. Se estima que entre 2007 y 2017 la prevalencia global del consumo de tabaco ha descendido desde el 22,5% hasta el 19,2% (WHO, 2019: 72). Un total de 181 países han firmado el CMCT y 136 de ellos (que engloban al 65% de la población) han introducido hasta el máximo nivel de éxito al menos alguna de las medidas derivadas del convenio y que periódicamente evalúa la OMS (WHO, 2019: 22). A pesar de estas cifras globales, hay que hacer algunas matizaciones. El índice consumo de tabaco es muy variable por países, género, edad y estatus socioeconómico y en no todos los casos ha habido un descenso. Sirva como ejemplo el caso español: tras varios años de disminución continuada, entre 2015 y 2017 (último año del que se disponen datos) se produjo un incremento drástico desde el 30,8% al 34,0% en el porcentaje de personas que fuman diariamente. Esto supone superar la cifra que había en el momento de la aprobación, en 2005, de la legislación sobre medidas frente al tabaquismo (Ministerio de Sanidad, 2017: 59, OEDA, 2019: 53). Y parece señalar el agotamiento de una legislación que hasta ese momento había contribuido a frenar el consumo de tabaco. Esta tendencia al aumento del consumo de tabaco es especialmente notable en algunos países de África y Asia en los que el consumo era comparativamente pequeño. Allí la industria del tabaco ha identificado nuevos mercados con potencial de crecimiento y que en determinados casos resultan vulnerables a las interferencias de la industria en los esfuerzos de control del tabaco (David et al., 2010: 200).

En efecto, las maniobras de la industria del tabaco para socavar las medidas para el control del tabaco están bien documentadas. Han pasado por intentar interferir los procesos políticos y legislativos, exagerar la importancia económica del sector, manipular la opinión pública, intentar desacreditar los hallazgos científicos sobre los efectos del tabaco, e incluso intimidar a los gobiernos con litigación o amenaza de litigación (WHO, 2012: 7; WHO, 2019: 60-5). Pero la litigación en torno a las medidas relativas al control del tabaco ha tenido un efecto paradójico que resulta muy interesante revisar. La introducción del marco de los derechos en la discusión sobre las medidas de control del tabaco, se

produjo inicialmente para oponerse a estas medidas³. Sin embargo, a la larga, los propios resultados de la litigación han tendido a fortalecer una interacción en la que los derechos humanos, y en especial el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental⁴, se convierten en aliados destacados de estas políticas.

Para explorar estas cuestiones se examinarán en primer lugar los esfuerzos internacionales para el control del tabaco, especialmente el CMCT. A continuación, se examinará el papel de los derechos humanos y especialmente del derecho a la salud como herramientas valiosas en el esfuerzo para el control del tabaco. Se examinará por separado cómo el derecho a la salud, por un lado, ha sido utilizado para una defensa de las medidas de control del tabaco y, por otro lado, como podría utilizarse para aumentar la protección y promover nuevas medidas frente al tabaquismo. Finalmente se examinará el papel del derecho a la salud en relación con el marco de los determinantes sociales de la salud en el consumo de tabaco.

2. Algunas consideraciones sobre las normas internacionales de control del tabaquismo

El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT) es el principal texto de referencia y el origen de buena parte de la legislación que los Estados han ido adoptando con respecto al tabaco en los últimos años. Se trata además del primer tratado internacional negociado bajo los auspicios de la OMS. El tratado fue firmado el 21 de mayo de 2003, durante la Asamblea Mundial de la Salud, y entró en vigor el 27 de febrero de 2005. En la actualidad tiene 181 miembros⁵, lo que incluye a más del 90% de la población mundial, y lo convierte en uno de los tratados más exitosos y que más rápidamente ha sido adoptado en la historia de las Naciones Unidas (WHO, 2015: 20). El convenio asume que estamos ante un instrumento de protección de la salud pública, frente a lo que se define como una epidemia⁶. Pero además de la noción de salud pública, el convenio adopta explícitamente la

³ Cabrera y Madrazo observaron en su momento que “a pesar de su utilidad, el enfoque de derechos humanos para avanzar políticas de control del tabaco no fue usado ampliamente por el movimiento para el control del tabaco. De hecho, se podría afirmar que la industria del tabaco ha sido más proactiva en usar el derecho de los derechos humanos para atacar las políticas de control del tabaco. (Cabrera, Madrazo, 2010: 288).

⁴ A lo largo de este trabajo se utilizará con carácter general y por razones de brevedad la fórmula “derecho a la salud” entendido, si no se indica otra cosa, como relativo al *derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, tal y como se recoge en el artículo 12.1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos sociales y culturales.

⁵ http://www.who.int/fctc/signatories_parties/es/ (accedido el 12 de noviembre de 2019).

⁶ Así en su preámbulo se justifica su sentido diciendo: “Las Partes en el presente Convenio, Determinadas a dar prioridad a su derecho de proteger la salud pública, Reconociendo que la propagación de la epidemia de tabaquismo es un problema mundial con graves

perspectiva de los derechos y particularmente la idea de derecho a la salud⁷, aunque estrictamente no se trata de un instrumento de Derechos Humanos⁸.

El contenido del convenio recoge una serie de políticas y medidas que los Estados parte se comprometen a adoptar. Se clasifican en políticas de reducción de la oferta y en políticas de reducción de la demanda. La reducción de la oferta (artículos 15-17) se refiere al comercio ilícito de productos del tabaco, a la prohibición de venta a menores y a la provisión de apoyo para alternativas económicamente viables. Entre las de reducción de la demanda (artículos 6 al 14) distingue entre las relacionadas con los precios e impuestos para reducir la demanda de tabaco y las que no tienen relación con los precios. Estas últimas serían: 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; y medidas de reducción de la demanda relativas a la dependencia y al abandono del tabaco.

Aunque el convenio plantea todas las medidas en un esquema general comprensivo, algunas de ellas merecen especial atención por haber sido foco especial de la litigiosidad a la que nos vamos a referir. Es el caso de la política de protección contra la exposición al humo del tabaco, o la relativa al etiquetado. La primera de ellas se trata de una medida cuya justificación no se limita a la reducción de la demanda (en la que se enmarca dentro del convenio), ya que trata no solo reducir el número de

consecuencias para la salud pública, que requiere la más amplia cooperación internacional posible y la participación de todos los países en una respuesta internacional eficaz, apropiada e integral (...)"

⁷ En su preámbulo menciona explícitamente el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966, en el que se declara que toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Se menciona así mismo el preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, en el que se afirma que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. Además, se menciona la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989 y su reconocimiento del derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer de 1979.

⁸ Estrictamente el CMCT no es un tratado de derechos humanos desde un punto de vista técnico (Cabrera, Gostin, 2011: 292), pues no está entre los 18 tratados internacionales de derechos humanos del sistema universal de protección. Ahora bien, la sentencia 5000 ciudadanos v. Artículo 3 de la Ley n° 28705 del Tribunal Constitucional de Perú, dictada en 2011 (y que veremos más adelante) afirma que al regular el derecho a la salud sí es efectivamente un tratado de derechos humanos y por ello tiene jerarquía constitucional. Más allá de la innegable relevancia que tiene esta decisión en Perú, se trata de un parecer que no es generalmente compartido. El planteamiento que aquí se sigue es considerar que es un tratado muy relevante desde el punto de vista de los derechos humanos –del derecho a la salud en particular– cuyas consecuencias son tangibles incluso si no es estrictamente un tratado de derechos humanos.

fumadores, sino de proteger directamente la salud de las personas, especialmente de las no fumadoras que se ven expuestas al humo del tabaco ajeno (art. 8)⁹.

Según el informe 2019 de la OMS, un total de 62 países habrían adoptado políticas completas respecto a ambientes libres de humo (art. 8), lo que representaría un 22% de la población mundial (WHO, 2019: 77). En algunos otros casos, las políticas completas se habrían instaurado en el ámbito local (p.e. Beijing o Ciudad de México) o provincial/estatal (p.e. ciudades como Vancouver, Toronto y Montréal en Canadá, Monterrey en México, o Brisbane, Sydney y Melbourne en Australia) (WHO, 2017: 67). Si ampliamos el foco a todas las políticas que evalúa el programa Mpower de la OMS (protección frente al humo, ayuda a dejar de fumar, información sobre los peligros del tabaco, límites a la publicidad e impuestos¹⁰), serían 77 los países que han implementado al menos dos de estas medidas, lo que incluye al 43% de la población mundial (WHO, 2019: 22).

Con todo, el efectivo éxito de este instrumento se ha visto sometido a numerosos retos. El nivel de detalle del tratado se ha podido interpretar como el testimonio de los esfuerzos especialmente de los países en vía de desarrollo frente a un grupo de países industrializados empeñados en diluir sus provisiones para salvaguardar los intereses de la industria (Crow, 2004: 218). Si a eso se le une el carácter no obligatorio de muchas de sus cláusulas, la debilidad de los mecanismos para la implementación, otros marcos de referencia –como el de los derechos humanos– pueden ser vistos como una ayuda para el cumplimiento de los esfuerzos de control del tabaco.

3. Los derechos humanos y el derecho a la salud como parámetro de control del tabaquismo

El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, en su formulación del artículo 12 del PIDESC¹¹, aparece identificado como la principal referencia y justificación del CMCT¹²

⁹ Además, segunda Conferencia de las Partes firmantes del Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco se celebró en Bangkok en 2007 y en ella se aprobaron unas “Directrices sobre protección contra la exposición al humo del tabaco”, que desarrollaban el artículo 8, aclarando el alcance y estableciendo un estándar respecto a las obligaciones derivadas. De acuerdo con el punto 24 de estas directrices, se crea: “una obligación de proporcionar protección universal asegurando que todos los lugares públicos cerrados, todos los lugares de trabajo interiores, todos los medios de transporte público y, posiblemente, otros lugares públicos (exteriores o cuasi exteriores), estén libres de la exposición al humo de tabaco ajeno. No hay exención alguna que se justifique sobre la base de argumentos sanitarios ni jurídicos”.

¹⁰ Sobre el caso de España véase Ministerio de Sanidad, 2020.

¹¹ Este derecho está recogido también en los principales tratados internacionales de derechos humanos: Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación racial de 1965 (artículo 5.e); Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres de 1979 (artículos 11.1.f, 12 y 14.2.b); Convención sobre los derechos del niño de 1989 (artículo 24);

y en general de toda la política de la OMS con relación al tabaquismo. Podría parecer una obviedad, pero no lo es tanto si se considera que la historia de la OMS —en contra de lo que se suele suponer— ha tenido una relación problemática con la idea de derechos humanos y en particular con el derecho a la salud (Meier, 2010). Y si bien esta referencia es importante, lo cierto es que el vínculo entre el CMCT y los derechos humanos no se vio desarrollado y reforzado —como ya se ha dicho— más que a partir del momento en que las medidas de control del tabaco fueron impugnadas precisamente en nombre de los derechos humanos. Otros derechos comprometidos, además del derecho a la salud, son el derecho a la información¹³, el derecho a la educación, los derechos de consumidores e usuarios, así como los derechos de los niños (Elke et al., 2019) y los derechos de las mujeres¹⁴.

El estrechamiento del vínculo entre el control del tabaco y el derecho al más alto nivel posible de salud no solo es productivo desde el lado del control del tabaco. También desde el punto de vista de la determinación del contenido del derecho a la salud es importante reconocer que proteger y promover la salud no es únicamente una cuestión médica ni limitada a la asistencia sanitaria, sino que hay otros esfuerzos y políticas públicas que pueden contribuir en gran medida a este objetivo. Así, una concepción integral del derecho a la salud ha de incorporar la protección de la salud en un marco general, recogiendo su doble cara individual y social¹⁵. Con ello, se entiende que la salud implica también la existencia de unas condiciones para el desarrollo de las personas y parece poner la vista en la posibilidad de guiarse no solo por estrategias curativas, sino también más amplias como la “promoción de la salud” (Berlinguer, 1991: 170).

Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares de 1990 (artículos 28, 43.1.e y 45.1.c); Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad de 2008 (artículo 25). También aparece en diversos instrumentos como la Carta Social Europea de 1961, revisada en 1996 (art. 11 y 13), la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos de 1981 (artículo 16), el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1988 (conocido como Protocolo de San Salvador, artículo 10) y en el ámbito de la Unión Europea la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea de 2000 (art. 35).

¹² Se alude también Convención sobre los Derechos del Niño y al derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud, así como al derecho de las partes de proteger la salud pública.

¹³ Se puede decir que, junto con el derecho a la salud, el derecho a la información es el referente más importante del CMCT, pues está incluido implícita o explícitamente en los artículos 10 (divulgación de la información sobre productos del tabaco), 11 (empaquetado y etiquetado) y 12 (educación, comunicación, formación y concientización del público).

¹⁴ En un análisis de todos estos elementos, Dresler y Marks han llegado a proponer que estaríamos ante un derecho humano emergente al control del tabaco (Dresler, Marks, 2006).

¹⁵ El Informe sobre la salud mundial de la OMS identifica diez factores de riesgo mundial y regional para la salud y para cuya reducción se conocen los medios. Estos diez factores, dan lugar a *más de la tercera parte de toda la mortalidad mundial*: la insuficiencia ponderal —bajo peso—; las prácticas sexuales de riesgo; la hipertensión arterial; el tabaquismo; el alcoholismo; el agua insalubre, y el saneamiento y la higiene deficientes; la carencia de hierro; el humo de combustibles sólidos en espacios cerrados; la hipercolesterolemia; y la obesidad. Juntos, estos factores dan lugar a más de la tercera parte de toda la mortalidad mundial (OMS, 2002: 9).

Pero el impacto del CMCT en términos de derechos humanos va más allá de las referencias explícitas (Cabrera, Gostin, 2011: 291). Por un lado, la vinculación de las políticas de control del tabaco con el derecho a la salud supone pasar de la idea de que estas políticas son una prerrogativa del Estado a la idea de que constituyen verdaderas obligaciones derivadas de ese derecho. Incluso si los mecanismos para que los Estados asuman las obligaciones derivadas del CMCT son limitados, al asumir este tratado los Estados están reconociendo que se trata de una epidemia que supone una amenaza para la salud pública, que son posibles medidas para hacerle frente y que estas medidas constituyen una protección del derecho a la salud. De esta manera se asienta el vínculo con el derecho internacional de los derechos humanos, puesto que el CMCT establece un estándar mínimo para las políticas domésticas de control del tabaco y con ello un estándar mínimo de lo que supone en este ámbito la protección del derecho a la salud y –por lo tanto- del cumplimiento de las obligaciones de los Estados respecto al derecho a la salud (Cabrera, Madrazo, 2010: 291)¹⁶.

Para la interpretación sobre el contenido del Derecho al más alto nivel posible de Salud la principal referencia viene dada por la Observación general nº 14 (2000) del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (Piovesan, Gotti, 2013: 752 ss.)¹⁷. El documento, adopta la perspectiva que este derecho “abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana”¹⁸. Entre las obligaciones de los Estados derivadas de este derecho está la obligación de proteger, lo que significa que ha de adoptar medidas para evitar las violaciones del derecho a la salud por parte de terceros. Claramente este es el caso de las medidas de control del tabaco, que incluso es uno de los ejemplos y supuestos concretos que se mencionan en el documento como casos de violación del derecho: “Las violaciones de las obligaciones de proteger dimanar del hecho de que un Estado no adopte todas las medidas necesarias para proteger, dentro de su jurisdicción,

¹⁶ Estas obligaciones se concretan en las obligaciones de respetar, proteger y garantizar el derecho a la salud frente al tabaco. En la obligación de respetar se incluiría la prohibición de incentivar su consumo, en la de proteger se incluirían prohibiciones de fumar o de determinada publicidad, mientras que la de garantizar incluiría las campañas públicas para ayudar a dejar el tabaco, las campañas de información, etc.

¹⁷ ONU, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. E/C.12/2000/4, Observación General nº 14, 2000. Este comité es efectivamente el organismo encargado del seguimiento de la implementación del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales.

¹⁸ Id. Párrafo 4.

a las personas contra las violaciones del derecho a la salud por terceros. Figuran en esta categoría omisiones tales como (...) el no disuadir la producción, la comercialización y el consumo de tabaco”¹⁹.

4. La litigiosidad judicial de las medidas de control del tabaquismo para la tutela del derecho a la salud

Al hilo de la entrada en vigor del Convenio Marco, numerosos países han desarrollado sus políticas al respecto mediante la aprobación de legislación sobre el control del tabaco, bien sea por la vía de la prohibición de fumar en determinados espacios, mediante limitaciones a su publicidad, mediante regulación del etiquetado, etc. La principal justificación de esta normativa –además de la que proporciona el propio convenio Marco– ha sido el derecho a la salud, tanto en referencia a su inclusión en tratados internacionales (y particularmente el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966), como por referencia a las constituciones internas.

El papel del derecho a la salud también ha sido destacado en la litigiosidad relacionada con este tipo de medidas normativas frente al tabaquismo²⁰. En ciertas ocasiones –como algunas de las que se tratarán a continuación– la oposición a las medidas legales de control del tabaquismo se planteó en términos de constitucionalidad, pues se sostenía que algunas de ellas, particularmente las prohibiciones de fumar en determinados espacios públicos, podrían afectar a derechos fundamentales²¹. Muchos de esos argumentos sobre posibles problemas de constitucionalidad ya habían sido manejados en momentos anteriores a la aprobación de las leyes por parte de los grupos de presión vinculados a la industria del tabaco²². Paradójicamente, en la mayoría de esas ocasiones lo que acabó ocurriendo, tras el examen de la constitucionalidad de las medidas, es que el derecho a la salud de las personas

¹⁹ Id. Párrafo 51.

²⁰ Una extensa recopilación de la litigiosidad en torno al control del tabaco se puede consultar en <https://www.tobaccocontrolaws.org/litigation>.

²¹ La industria del tabaco ha invocado ampliamente la retórica de los derechos humanos frente a los esfuerzos globales frente al problema del tabaquismo (Cabrera, Gostin, 2011: 287). De acuerdo con Jacobson y Soliman, ha habido especialmente en Estados Unidos, un esfuerzo hasta cierto punto exitoso por cooptar el lenguaje de los derechos humanos para oponerse a políticas de salud pública bien fundamentadas, partiendo de una visión individualista y negativa de los derechos humanos pero que les ha permitido una acción política efectiva. La industria del tabaco sería un ejemplo claro de esto –aunque no el único– pues ya desde los años setenta del siglo pasado habrían sido muy conscientes del potencial de este discurso para la defensa de sus intereses (Jacobson, Soliman, 2002: 708).

²² Tal fue el caso por ejemplo de México (Cabrera, Madrazo, 2010: 293).

expuestas al humo del tabaco (no fumadores o trabajadores de tales espacios) pasase a primer plano en la resolución de los litigios constitucionales y con ello reforzó esas medidas²³.

Las alegaciones de vulneración de los derechos humanos que se han esgrimido han sido muy variadas, pero se podría decir que las principales han sido cuatro²⁴: que se vulnera la libertad personal y el derecho a la vida privada, que se vulnera el principio de igualdad y la prohibición de discriminación, que se vulnera la libertad de comercio y el derecho de propiedad, o que se vulnera la libertad de expresión. De las numerosas ocasiones en que han sido alegadas, no es posible encontrar casos en las que hayan tenido éxito, sino que han sido rechazadas de manera general en distintos foros, con el reforzamiento consiguiente del CMCT y del marco de los derechos humanos.

Respecto a la primera de las razones, el argumento se suele plantear en el sentido de que las limitaciones al tabaco y particularmente las que suponen la prohibición de fumar en espacios públicos atentan contra la *autonomía personal*²⁵. Un ejemplo muy ilustrativo fue el caso resuelto por el Tribunal

²³ Por más que en ocasiones obedecen a los mismos esquemas –y en no pocas ocasiones han sido dibujados por la propia industria- estos litigios no se han dado necesariamente en todos los lugares. Así en el caso español, la ley de 2005 y su posterior reforma de 2010 no tuvieron el nivel de litigiosidad que hubiera sido esperable teniendo en cuenta el debate social que provocaron. Para empezar, en ningún caso se llegó a plantear judicialmente cuestión alguna que suscitase alguna impugnación de constitucionalidad. Además, los pocos casos habidos se debieron en su mayor parte a cuestiones por un lado de conflictos de competencias entre administraciones (p.e. STS del 15 de marzo de 2011 relativo a la regulación valenciana, STS de 12 de noviembre de 2009 referida a Castilla y León, o STC 204/2013, de 5 de diciembre relativa a las Illes Balears) y por otro a cuestiones administrativas relativas a la aplicación de sanciones o a la precisión de las prohibiciones de fumar. Es decir, los casos tuvieron que ver con el *cómo* se habría de aplicar la ley y no con su legitimidad, constitucionalidad o afectación a los derechos de las personas. Los casos que quizá tengan mayor relevancia se debieron a las posibles responsabilidades patrimoniales del Estado por posibles daños a establecimientos expendedores de tabaco a raíz de la aplicación de la ley (que fueron rechazados), pues en uno de ellos los demandantes de responsabilidad patrimonial llegaron a solicitar que los tribunales plantearan al Tribunal Constitucional una cuestión de inconstitucionalidad por entender que podría existir una discriminación, al haber sido perjudicados frente a otros expendedores de tabaco. El Tribunal Supremo (Sentencia de 8 de junio de 2010) fue taxativo rechazándolo: “...esta Sala no entiende procedente plantear cuestión de inconstitucionalidad ni por razón de un pretendido carácter discriminatorio de la Ley 28/2005, pues en ningún caso dicho carácter puede ser alegado por quienes reciben en ella un trato privilegiado frente a otros titulares de concesiones a quienes afecta una prohibición absoluta de seguir ejerciendo la actividad, ni por haber dejado de prever la ley indemnizaciones a favor de los concesionarios perjudicados por la misma, pues es ésta una facultad dejada al arbitrio del legislador.”

²⁴ Se pueden encontrar otros muchos motivos, algunos de ellos bastante rebuscados (incluyendo incluso la idea de un supuesto “derecho a fumar”). Así, por ejemplo, la Suprema Corte de Justicia de la Nación en México rechazó la alegación de que la aprobación de una prohibición de fumar en establecimientos públicos lesionara derechos adquiridos de los establecimientos en los que antes se fumaba y la prohibición de retroactividad (Amparo en Revisión 508/2012 y Amparo en Revisión 725/2012). Por su parte, la Alta Corte Neozelandesa, en la sentencia *B. v Waitemata District Health Board* de 2013, rechazó que la prohibición de fumar constituyera una violación del “derecho a la justicia natural” y un trato inhumano y degradante. La cuestión de la tortura o los tratos inhumanos, si bien puede parecer llamativo en abstracto, se puede entender en el contexto de una institución psiquiátrica en la que algunos internos están privados de libertad. En todo caso, la Corte lo rechazó por sostener que incluso las consecuencias y síntomas asociadas con el abandono del tabaco no alcanzan los umbrales establecidos nacionalmente ni los estándares relacionados con las prohibiciones establecidas en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.

²⁵ Las medidas de la CMCT, que no contemplan una prohibición general de fumar, no han sido objetadas con carácter general desde este punto de vista y se puede concluir que “se ajustan perfectamente a los requisitos de legitimidad de una medida paternalista en una sociedad democrática” (Uprimny, Castillo, 2009: 28).

constitucional de Perú, en la sentencia 5000 ciudadanos v. Artículo 3 de la Ley n° 28705, dictada en 2011²⁶. De acuerdo con los demandantes, afectaba a la autonomía reconocida constitucionalmente por cuanto les privaba de su libertad para fumar incluso en los casos en que no afectasen a los derechos de los no fumadores, y teniendo en cuenta que a su juicio existían otras medidas menos gravosas como el establecimiento de áreas de fumadores. La sentencia del Tribunal Constitucional rechazó de forma contundente las objeciones a la constitucionalidad de la ley. Pero además lo hizo, y esto es muy destacable, realizando una ponderación de los principios en juego y decantándose en este caso por considerar que la protección del derecho a la salud puede justificar medidas que limiten el derecho a la autonomía de acuerdo con un test de proporcionalidad²⁷. Es destacable que la sentencia asume que el objetivo de proteger la salud no solo es válido constitucionalmente, sino que está constitucionalmente exigido por ser Perú parte del CMCT. Con ello asume además el argumento de que el CMCT es un tratado de derechos humanos (por más que no introduzca ningún nuevo derecho) que obliga al Estado como tal a adoptar medidas para proteger el derecho a la salud. La sentencia es tan contundente que no solo convalida la constitucionalidad de la ley, sino que expresamente declara que un nivel menor de prohibición de fumar y de protección del tipo del que proponían los demandantes –que, por cierto, era el que estaba vigente antes de la reforma- sería él mismo inconstitucional. Y ello derivado tanto de las obligaciones especialmente intensas del Convenio Marco, como también de la idea de progresividad del derecho a la salud. Con ello, además, estamos ante una aplicación intensa de la cláusula de progresividad del artículo 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales²⁸.

La cuestión de la prohibición de *discriminación*, se convirtió en otro de los argumentos para sostener que las limitaciones al uso del tabaco podían afectar a los derechos. Para examinarlo, resulta relevante el análisis de la Sentencia del Tribunal Constitucional de la Antigua República Yugoslava de

²⁶ La sentencia está disponible en <http://tc.gob.pe/jurisprudencia/2011/00032-2010-AI.pdf>

²⁷ Este test se supera si estas medidas persiguen un objetivo constitucionalmente válido, si son las medidas adecuadas para lograr tal objetivo, si son necesarias y si son proporcionales en sentido estricto. El tribunal sigue en esto la teoría de Robert Alexy sobre la idea de proporcionalidad en la interpretación de los derechos (Alexy, 1993).

²⁸ Existen ejemplos de una discusión en torno a la autonomía personal, la libertad y la vida privada. La sentencia mencionada en una nota anterior de la Alta Corte neozelandesa B. v Waitemata District Health Board del año 2013 también rechazó que la prohibición de fumar (en este caso en un hospital psiquiátrico) constituyera una violación del derecho al respeto de la vida privada. También la Sentencia del Tribunal Constitucional de Macedonia, en el caso Miroslav Grcev y Stamen Filipov, 261/2008, a la que nos referiremos, discutía una alegación similar, aunque este caso planteado desde la idea de libertad de movimiento que planteaba la prohibición de fumar en determinados espacios. La sentencia rechazó esta pretensión en la medida en que las limitaciones introducidas son de carácter menor en comparación con la protección de la vida y de la salud y que no tienen en todo caso el carácter de una restricción de derechos constitucionales

Macedonia (actualmente República de Macedonia del Norte) en 2009, en el caso Miroslav Grcev y Stamen Filipov, 261/2008. En este caso, los demandantes reclamaban que la ley antitabaco (que prohibía fumar en lugares públicos, la publicidad del tabaco y su venta a menores de 16 años) resultaba inconstitucional por discriminatoria para los fumadores. La reclamación fue rechazada por el tribunal, teniendo en cuenta que la finalidad perseguida era la protección de la salud y la vida. La alegación de discriminación contra las personas fumadoras tampoco ha tenido éxito en otros casos. Así, en la sentencia de la Alta Corte de Nueva Zelanda *B. v Waitemata District Health Board* del año 2013²⁹, se rechazó por cuanto la prohibición no se dirige a un colectivo vulnerable, sino que se aplica a todas las personas por igual. En un sentido similar, la Suprema Corte de Justicia de México en la Sentencia sobre el Amparo en Revisión 2/2012³⁰ considera que la prohibición de fumar se hace con carácter general y no introduce una clasificación legislativa respecto de las categorías que constitucionalmente suponen motivos de discriminación, ni se relaciona con categorías que históricamente hayan sufrido exclusión, ni con categorizaciones que atenten contra la dignidad humana.

La *libertad de comercio y la propiedad privada* también fueron rechazadas como argumento contra la constitucionalidad de restricciones al hecho de fumar en dos sentencias ya comentadas: la del Tribunal constitucional de Perú y la del Tribunal Constitucional de Macedonia, entendiendo la proporcionalidad de las limitaciones que se establecían. En este punto es destacable también la sentencia de la Corte de Constitucionalidad de Guatemala en el Caso 2158-2009³¹, precisamente porque la libertad de comercio fue la principal causa alegada contra la legislación que prohibía fumar en lugares públicos³². En su decisión, la corte mantuvo la constitucionalidad de la ley, con apelación tanto al Convenio Marco, a tratados internacionales de derechos humanos, a los estándares internacionales relativos “al más alto nivel posible de salud” y al propio reconocimiento del derecho fundamental a la salud, reconocido con bastante detalle en el artículo 93 y siguientes de la constitución guatemalteca. Para ello sostuvo que el propósito de la ley era regular el consumo de tabaco para

²⁹ La sentencia está disponible en <http://www.nzlii.org/nz/cases/NZHC/2013/1702.html>

³⁰ <http://www2.scjn.gob.mx/ConsultaTematica/PaginasPub/DetallePub.aspx?AsuntoID=134796>

³¹ Disponible en <https://jurisprudencia.cc.gob.gt/portal/Expediente.aspx>

³² En un sentido similar la Corte Constitucional colombiana también rechazó en la Sentencia C-830/10 de 2010 que la libertad de empresa se viera vulnerada por la prohibición de patrocinio por parte de empresas tabaqueras de actividades deportivas y culturales (<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/C-830-10.htm>)

proteger el derecho a la salud, no limitar la venta de tabaco, por lo que no había una limitación de la industria y el comercio³³.

Por último, la supuesta vulneración del *derecho a la libertad de expresión* ha sido ampliamente utilizada en litigios planteados directamente por las propias industrias tabaqueras para oponerse a regulaciones sobre etiquetado. Especialmente destacado fue el caso *Nobleza Piccardo v. Provincia de Santa Fe*, en el que la Corte Suprema de la Nación Argentina rechazó el 27 de octubre de 2015 la acción declarativa de inconstitucionalidad promovida por Nobleza Piccardo (filial de British American Tobacco) contra la ley provincial que establecía prohibiciones y limitaciones de publicidad, promoción y venta de productos derivados del tabaco (Schoj, Carballo, Ríos, 2013: 507)³⁴. Además de cuestiones relativas a la competencia provincial para regular estos aspectos, la apelación a la libertad de expresión (junto con la libertad de comercio) jugaba un papel importante en la demanda. La Corte consideró que la expresión comercial no puede ser equiparada en cuanto a su protección con la expresión de discursos políticos y sociales, por lo que la prohibición de publicidad del tabaco resultaba una restricción proporcionada, teniendo en cuenta la finalidad de protección del derecho a la vida y del derecho a la salud³⁵.

Tras este recorrido, si hubiera que reseñar un rasgo común en la litigiosidad constitucional basada en supuestas vulneraciones de derechos fundamentales por parte de las medidas legislativas frente al tabaquismo, es que en general han tenido poco recorrido jurisprudencial. Paradójicamente, frente a ellas, sí ha surgido un afianzamiento de las argumentaciones basadas en el derecho a la salud y en su conexión con el CMCT. Eso no ha impedido que los argumentos basados en derechos para limitar las medidas de control del tabaco se hayan usado una y otra vez, a pesar de su limitado éxito. Quizá no se ha expresado esto de forma más explícita que como lo hace la Corte Constitucional de Uganda en la Sentencia de 28 de mayo de 2019 en el caso *BAT Uganda Ltd v. Attorney General & Center for*

³³ El derecho a la propiedad privada sí que fue tenido en cuenta con éxito por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos en el caso *Vékony contra Hungría* (13 de enero de 2015, <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-149201>), relacionada con la aplicación de la Ley húngara del tabaco de 11 de septiembre de 2012. Sin embargo, la condena se debió más a la falta de garantías en la aplicación de las políticas de reducción del consumo de tabaco, no a las medidas llevadas a cabo (Bouazza Ariño, 2015).

³⁴ <https://sjconsulta.csjn.gov.ar/sjconsulta/documentos/verDocumentoByIdLinksJSP.html?idDocumento=7259492>

³⁵ Es destacable que la decisión toma en consideración el Convenio Marco de la OMS como un estándar internacional de las políticas de control del tabaco, a pesar de que Argentina –que lo había firmado en 2003– no lo había ratificado (y a día de hoy sigue sin hacerlo).

Health, Human Rights and Development³⁶. Esta sentencia resolvió el recurso planteado por esa empresa tabaquera contra la constitucionalidad de la Ley de Control del Tabaco de 2015, rechazándolo en su totalidad y considerando que los argumentos basados en derechos por parte de los demandantes no tenían ningún fundamento. Afirmaba el propio tribunal, además, no tener duda de que el recurso “es parte de una estrategia global del Demandante y de otros dedicados al mismo o a similar negocio para socavar la legislación con objeto de expandir los límites de su negocio e incrementar sus beneficios sin tomar en consideración la amenaza para la salud que sus productos suponen a la población humana”. Un recurso como el presentado en Uganda, esta vez directamente por parte de la industria, muestra que, a pesar del poco éxito cosechado hasta ahora por la apelación a la vulneración de derechos en las medidas de control del tabaco, no se renuncia a seguir utilizándolos en la esperanza de que en algún caso puedan ser convalidados. Ello a riesgo de provocar, como fue el caso, el hastío del propio Tribunal Constitucional ugandés, que reprocha a los demandantes la mala fe de volver una y otra vez con consideraciones ya rechazadas sucesivamente en distintos foros.

Parece al mismo tiempo existir una tendencia a trasladar la estrategia de oposición judicial a las políticas de control del tabaco al marco de los tribunales y órganos de arbitraje comercial, basándose en consideraciones sobre libre comercio, protección de marcas y defensa de la competencia³⁷. Al fin y al cabo, está bien establecido que los acuerdos de libre comercio han contribuido de forma significativa al éxito global del tabaco, en beneficio de unas multinacionales apoyadas en sus intereses por determinados Estados, como es el caso de los Estados Unidos (Puig, 2016: 393). En el futuro, se podrá evaluar si estos esfuerzos cosecharán más éxito, pero ya hay algunos precedentes esperanzadores para las medidas de control del tabaco³⁸. E incluso se puede apuntar que, en esos casos, la apelación a los

³⁶ Disponible en <https://ulii.org/ug/judgment/constitutional-court-uganda/2019/4>

³⁷ S. Puig, propone una tipología de cuatro tipos de reclamaciones: reclamaciones sobre derechos de propiedad, reclamaciones sobre la autoridad para regular, reclamaciones de discriminación y reclamaciones sobre obstáculos innecesarios al comercio (Puig, 2016: 393)

³⁸ Es notable el caso de la oposición a la Directiva 2014/40/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 3 de abril de 2014 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 y de los productos relacionados. En ella se establecen las normas aplicables a la fabricación, presentación y venta de los productos del tabaco y los productos relacionados, entre los que se incluyen los cigarrillos electrónicos. Su pretensión es regular el mercado interno de tabaco y productos relacionados, tomando como base establecer un alto nivel de protección de la salud y además cumplir con las obligaciones de la Unión Europea respecto al Convenio Marco de la OMS, pero sin afectar al funcionamiento del mercado interno. Esta Directiva había contado con la oposición de empresas tabaqueras (Philip Morris y British American Tobacco) que la habían impugnado ante el Tribunal Europeo de Justicia. Polonia, apoyada por Rumanía, había objetado ante la justicia europea la prohibición de los cigarrillos mentolados. Pero en 4 de mayo de 2016 el tribunal declaró válida la directiva, en la sentencia sobre los Casos C-358/14 Poland v Parliament and Council, C-477/14 Pillbox 38(UK) Limited v Secretary of State for Health y C-547/14 Philip Morris Brands SARL and Others v Secretary of State for Health, estos dos últimos a solicitud de la Suprema Corte de

derechos humanos para defender las medidas de control del tabaco no ha resultado completamente fuera de lugar. En efecto, la industria del tabaco³⁹ ha impugnado la implementación del CMCT en diferentes foros internacionales de resolución de disputas como violaciones de los derechos de determinados Estados (o sus nacionales) tal y como han sido establecidos en diferentes tratados económicos internacionales, especialmente de los derechos relacionados con el libre comercio, la libre comunicación comercial y con la propiedad intelectual (Puig, 2016; Koh, 2016; Ritwik, 2013).

Sin duda estos foros representan un ámbito en principio más favorable a sus intereses, en el que las consideraciones principales se enmarcan en la protección del libre comercio y el derecho de propiedad. Así, por ejemplo, en el marco de los mecanismos de arreglo de disputas de la OMC estas han de decidirse en el marco de esos acuerdos y reglas de la propia organización. Estaría por tanto en discusión hasta qué punto consideraciones derivadas del derecho internacional de los derechos humanos o de las exigencias derivadas de la protección de la salud pública pueden ser usadas para interpretar como aceptable lo que de otra manera sería una violación de las normas del libre comercio (Koh, 2016: 48).

Por este motivo, ha tenido una enorme importancia del caso de Philip Morris contra Uruguay, resuelto en arbitraje por el Centro Internacional de Arreglo de Diferencias relativas a Inversiones (CIADI) del Banco Mundial en 2016 (CIADI n° ARB/10/7)⁴⁰. Se alegaba que la legislación uruguaya sobre tabaco violaba el Tratado Bilateral de Inversión con Suiza y en particular se objetaban las medidas de que las cajas de cigarrillos contuvieran advertencias de salud que cubrieran el 80% de la superficie, así como que cada marca de cigarrillos pudiera tener solo una variante (para no dar la falsa impresión de que algunas eran menos dañinas). La importancia de esta decisión radica no solo en que se rechazaron todas las pretensiones de los demandantes, sino que se reafirmó la importancia del CMCT para establecer los estándares sobre el control del tabaco y sobre las evidencias necesarias para justificar las medidas contempladas allí, sin necesidad de aportar evidencias locales. Además, se reconoció que de acuerdo con la legislación tanto nacional como internacional (incluyendo el CMCT),

Justicia de Inglaterra y Gales que había requerido al Tribunal Europeo que se pronunciase sobre la validez de distintos aspectos de la directiva (Varvaštian, 2017).

³⁹ Según el caso, de forma directa o de forma indirecta si no cuenta con la legitimación para hacerlo. En la disputa contra Australia en el marco de la OMC, como son únicamente los Estados quienes pueden litigar, la industria del tabaco utilizó a Ucrania, que no tenía interés alguno en el asunto para que fuera uno de los demandantes, aunque finalmente acabó retirándose (Puig, 2016: 384).

⁴⁰ Disponible en <https://icsid.worldbank.org/en/Pages/cases/casedetail.aspx?CaseNo=ARB/10/7>

Uruguay tenía no solo la potestad sino también la obligación de proteger la salud pública. Para ello se entendió que resultan ejercicios legítimos de esta potestad si son tomados de buena fe con el propósito de proteger el bienestar público, si son proporcionados y no discriminatorios. En la medida en que Suiza no había ratificado el CMCT, no se hace en esa decisión una consideración general de las relaciones entre el convenio y el tratado bilateral. Con todo, representa un caso muy relevante, pues en él las consideraciones de derechos humanos y las relativas a la protección de la salud pública jugaron un papel relevante en el marco de la decisión (Koh, 2016; Roache, 2016; Crosbie, 2018).

También se ha producido una decisión notable en el marco de la OMC, en el caso de una demanda contra la legislación australiana que establecía un etiquetado neutro. Honduras, Indonesia, Cuba y la República Dominicana reclamaban que esta legislación vulneraba los acuerdos de la OMC, y en concreto el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (TRIPS, como es conocido por sus siglas en inglés), pues no protegía las marcas registradas de tabaco. La OMC rechazó la pretensión en junio de 2018, estableciendo que los países tienen derecho a regular aspectos relacionados con objetivos legítimos de salud pública a través de medidas demostradamente eficaces incluso si estas imponen ciertas limitaciones al libre comercio, sin que esto constituya una violación de sus reglas.

5. El derecho a la salud en la promoción de nuevas medidas frente al tabaquismo

Si, como acabamos de ver, la utilización del marco de los derechos humanos ha tenido ciertos éxitos judiciales en la litigación en defensa de las políticas de control del tabaco –descartando que supongan vulneraciones de derechos básicos y al mismo tiempo reforzando su justificación en los derechos humanos y en particular en el derecho a la salud- en cambio la utilización de este marco para la promoción de nuevas medidas y políticas no ha sido tan intenso. Como se ha visto, la adopción de estas medidas ha venido promovida por un movimiento encabezado desde la OMS y a partir del cumplimiento de los compromisos derivados del CMCT. Pero como quiera que todavía queda mucho por avanzar por parte de los Estados en el cumplimiento de las obligaciones derivadas del CMCT (Elske et al., 2019: 373), al tiempo que son concebibles nuevas iniciativas para reducir la mortalidad y morbilidad asociada al consumo del tabaco, cabe preguntarse hasta qué punto el marco de los derechos humanos y en particular el derecho a la salud podría contribuir efectivamente a ello. Es decir, en qué medida podría suponer un marco capaz de no solo de ofrecer posibilidades defensivas de las iniciativas

para el control del tabaco sino también para la promoción de nuevas medidas o la implementación de las ya propuestas.

En este punto, el balance es mucho menos promisorio y los ejemplos que se pueden encontrar son escasos. Ciertamente se puede argumentar –como hemos venido haciendo– que el marco internacional del control del tabaco representado por el CMCT y el de los derechos humanos se refuerzan mutuamente (Crow, 2004; Desler, Marks, 2006; Cabrera, Gostin, 2011; Schoj, Carballo, Ríos, 2013; Koh, 2016). Se podría añadir incluso que el derecho internacional de los derechos humanos refuerza la idea de que los Estados deberían ratificar el CMCT (Elske et al., 2019: 373). Ahora bien, más allá de lo anterior y teniendo en cuenta que el derecho internacional de los derechos humanos y particularmente del derecho a la salud exige cierta intervención por parte de los Estados, no está cerrado cuáles sean las medidas de control mínimas exigibles para cumplir las obligaciones del derecho internacional de los derechos humanos. Pero precisamente, los escasos ejemplos que se pueden encontrar –en comparación con la utilización reactiva de los derechos que hemos visto hasta ahora– del recurso a los derechos humanos para una litigiosidad destinada a lograr que los Estados ejecuten o profundicen nuevas medidas de control del tabaco, puede ser visto también como un campo abierto a ser explorado.

Ya en 2004 M. Crow había señalado una serie de estrategias posibles en el ámbito internacional para promover el control del tabaco a través de instituciones e instrumentos de derechos humanos, ya sea el Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos o la Comisión y la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Crow, 2004: 225 ss.). Algunas de estas propuestas iban más allá de la posición meramente defensiva y avanzaban la posibilidad de instar medidas por parte de los Estados al señalar su responsabilidad.

Si se examina la evolución de la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, se puede ver que en efecto se ha ido decantando hacia una cierta protección frente al humo del tabaco en situaciones de ausencia de libertad. Puesto que en el Convenio Europeo de Derechos Humanos no se incluye el derecho a la salud, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos ha acogido un cierto desarrollo hacia la protección indirecta de este derecho a partir, principalmente, del derecho a la vida (art. 2), de la prohibición de tortura, así como otros tratos inhumanos o degradantes (art. 3) y de la protección de la vida privada (art. 8). A partir de esta vía se han producido algunos pronunciamientos

relacionados con la protección de la salud de personas expuestas contra su voluntad al humo del tabaco en situaciones de prevención de libertad. Si bien se trata de un ámbito muy limitado, se han saldado con algunos avances en la imposición a los Estados de mayores medidas de protección frente al tabaco.

El primer caso fue el de Benito Aparicio contra España (2003), en la primera sentencia discute cuestiones relacionadas con la salud en las prisiones (Martín-Retortillo, 2008: 10)⁴¹. El caso se inicia con la reclamación de un recluso respecto a la obligación que tenía de cohabitar con otros internos que en su mayoría eran fumadores (en un momento en el que no se había aprobado todavía la legislación española respecto al humo del tabaco). Sin embargo, el Tribunal entiende que al contar con una celda individual el contacto con fumadores solo se produce en los espacios comunes, lo que unido al hecho de que no se aportó prueba del deterioro de la salud, le lleva a rechazar el recurso y a declarar que no hubo violación del derecho a la vida (art. 2), ni al respeto de la vida personal y familiar (art. 8).

El Tribunal llegará a una conclusión diferente en el caso Florea contra Rumanía (2010)⁴². En ese caso el Tribunal Europeo sugirió que la exposición forzosa al humo del tabaco podría constituir una violación del artículo 3 de la convención (constituir un trato inhumano o degradante). En realidad, el tribunal no lo establece de forma explícita, sino que lo hace a partir de una consideración general de las condiciones de internamiento en la que el demandante estuvo durante 3 años. Estas condiciones incluían un serio hacinamiento, pues por ejemplo compartió durante unos nueve meses una celda con más de 100 internos dotada tan solo con 35 camas. Pero la queja por la exposición al humo del tabaco es uno de los elementos principales de la demanda, pues la inmensa mayoría de los presos eran fumadores y debían permanecer en su celda durante 23 horas al día, al margen de que no existían zonas libres de humo (ni siquiera la enfermería). El tribunal distingue claramente esta situación respecto a la que se daba en el caso Aparicio Benito contra España⁴³. En este sentido, una sentencia similar como es la Sentencia Elefteriadis contra Rumanía (2011)⁴⁴ –que también se produce ante la demanda de una

⁴¹ <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-78183>

⁴² Disponible en <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-100357>

⁴³ Hay que destacar que el Tribunal utiliza el artículo 3 y encuentra que aquí se ha producido un trato inhumano y degradante. No obstante, en este caso la violación del derecho ha ido más allá que una violación del derecho a la salud producida por la exposición forzada al humo del tabaco, precisamente por las condiciones inaceptables en las que la demandante estaba privada de libertad. Pero de la sentencia parece deducirse es era dudoso que si no hubiesen concurrido tales circunstancias se hubiera apreciado una violación de la Convención, aun cuando hubiese una afectación del derecho a la salud (que, recordemos, no está incluido en la Convención), pues la apreciación de “trato inhumano o degradante” implica un estándar más exigente

⁴⁴ Disponible en <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-103007>

persona privada de libertad- ofrece algún avance significativo. La novedad parece estribar en que aquí la violación del artículo 3 se deriva directamente de la exposición forzada al humo del tabaco, más allá de otras condiciones del internamiento. Pero que esa exposición constituya una violación parece depender de la previa existencia de una recomendación médica ante una condición de salud especialmente vulnerable a la exposición al humo.

Si bien esta evolución jurisprudencial parece tender a un mayor reconocimiento de protección frente a la exposición no voluntaria al humo del tabaco, su alcance es muy limitado. De acuerdo con sus atribuciones, el TEDH se tiene que limitar a aplicar el CEDH. Ahora bien, el hacer depender la protección de la existencia de una condición médica certificada preexistente carecería de justificación de acuerdo con los estándares aceptados por la OMS respecto a la exposición al humo del tabaco, de acuerdo con los cuales no existe un nivel aceptable de exposición (WHO, 2008: 25). Por otra parte, es dudoso si en aplicación del Convenio es posible algún avance que tenga carácter más general, ya que de la protección indirecta del derecho a la salud por medio de los artículos mencionados presenta numerosas dificultades y genera una jurisprudencia fragmentaria y relacionada con asuntos en ocasiones colaterales respecto a los aspectos centrales del derecho a la salud, lo que pone de manifiesto su falta de protección efectiva en el sistema europeo de derechos humanos.

6. Tabaco, equidad y determinantes sociales de la salud

La combinación del marco de los derechos humanos con el de los determinantes sociales de la salud, ofrece otra vía prometedora para avanzar en las políticas de control del tabaquismo. El marco de los determinantes sociales de la salud trae su origen en una serie de investigaciones sociales y epidemiológicas que se han desarrollado desde finales del siglo pasado y que han puesto de manifiesto la relación entre condiciones de salud de las poblaciones y las causas sociales no médicas, con particular énfasis en la existencia de desigualdades en salud derivadas de determinantes sociales (AAVV, 1982; Marmot, 2010). Entre estos factores sociales que influyen en la salud se encuentran, entre otros, los elementos socioambientales, las oportunidades y las condiciones laborales, el acceso a la educación, el acceso a la vivienda, la renta y la riqueza, el racismo, sexismo y otras formas de discriminación, así como otras formas de discriminación y de situaciones de vulnerabilidad, etc. (Hofrichter, 2000; Bartley, 2004; Marmot, Wilkinson, 2006; Braveman et al., 2011). Uno de los aspectos más destacados de estas investigaciones ha sido el destacar la relevancia de la desigualdad

social como determinante de la salud: la desigualdad social se traduce en resultados de salud muy desiguales a lo largo de la escala social, al tiempo que las sociedades más desiguales generan peores resultados de la salud (Wilkinson, Pickett, 2010: 15 ss.). Con una fórmula sumaria pero muy gráfica, se afirma que “la desigualdad es mala para la salud” (Daniels et al., 2000). No es de extrañar que la cuestión de la equidad en salud haya cobrado una especial importancia desde este punto de vista.

El marco de los determinantes sociales de la salud ha sido incorporado por la OMS –y de forma más limitada en las políticas públicas de algunos países⁴⁵–, que en 2005 estableció una Comisión sobre Determinantes sociales de la salud. La comisión entregó su informe final en 2008 estableciendo las bases de este marco de análisis y los objetivos a perseguir (CSDH, 2008). En octubre de 2011 se celebró en Rio de Janeiro la Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la salud, que aprobó una declaración que fue posteriormente adoptada por la 65ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2012⁴⁶. Con mayor o menor intensidad, línea de trabajo ha sido continuada por la OMS, con enfoques tanto sectoriales (Blas, Sivasankara, 2010) como regionales (WHO, 2016).

Aunque la relación del marco de los determinantes sociales de la salud con los derechos humanos parece evidente, lo cierto es que no se ha asentado hasta tiempos recientes. Pero desde la propia OMS se ha asumido que el marco de los derechos humanos y de la justicia social son los referentes para afrontar las cuestiones que plantean los determinantes sociales de la salud⁴⁷. Además de esto, se pueden destacar otros dos niveles en los cuales la relación entre el enfoque de derechos humanos –y particularmente el derecho a la salud– y los determinantes sociales de la salud están estrechamente vinculados. Por un lado, la vinculación entre el derecho a la salud y lo que más tarde se denominarían “determinantes sociales de la salud” está muy presente en la génesis del propio derecho a la salud. Así, el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos vincula la salud con las condiciones de vida adecuadas y otra serie de elementos sociales, una línea que ha sido profundizada por la Observación General nº 14 (2000) del Comité de Derechos Económicos, Sociales y

⁴⁵ Seguramente es en Gran Bretaña, ya pionera con el *Black Report* donde se ha prestado más atención a este marco (Marmot, 2010). En el caso de España, en 2011 se aprueba la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Su artículo 19.2 define los determinantes de la salud como “los factores sociales, económicos, laborales, culturales, alimentarios, biológicos y ambientales que influyen en la salud de las personas”. A pesar de este reconocimiento legal, no es un aspecto que se haya desarrollado mucho más allá.

⁴⁶ el texto de la Declaración puede consultarse en https://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf?ua=1

⁴⁷ Como se enfatiza en el propio informe para Europa de la OMS (WHO, 2016).

Culturales del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas⁴⁸. El derecho a la salud, desde esta perspectiva, no puede ser meramente identificado con el derecho a las prestaciones sanitarias. Por otro lado, la investigación sobre los determinantes sociales de la salud muestra cómo estos afectan dos cuestiones relacionadas con el derecho a la salud, aunque bien diferentes. Por un lado, los determinantes sociales de la salud afectan al nivel de salud y por otro a las desigualdades en salud. Formulándolo en positivo, una acción que tuviera en cuenta lo que se conoce sobre los determinantes sociales de la salud podría contribuir a mejorar los *niveles* de salud (incidiendo preventivamente sobre sus causas sociales) y reducir las *desigualdades* en salud (causadas por los desiguales efectos en la salud que producen distintas desigualdades, injusticias y opresiones).

Cómo la relación entre el marco de los derechos humanos y el marco de los determinantes sociales de la salud pueden incidir en los esfuerzos por reducir los efectos del tabaquismo es un terreno relativamente inexplorado. Pero a la vez resulta bastante promisorio a condición de que no se pretenda una explicación simplista y monocausal de la incidencia del tabaquismo en las poblaciones que sea válida para todo contexto y lugar. Por el contrario, la evidencia disponible demuestra que existe una enorme variedad de situaciones en distintos lugares y regiones cuanto a la incidencia del tabaco por edad, sexo, clase social, etnia, etc. (WHO, 2008: 69 ss.)⁴⁹. Pero si algo es claro aun dentro de estas enormes variaciones es que esos factores sociales modulan claramente la incidencia del tabaquismo, de forma diferente en cada contexto, a través de cursos causales seguramente muy diferentes e intrincados. Pero la incidencia del consumo de tabaco, la exposición al humo, la morbilidad y mortalidad asociada al tabaco, el acceso a información, el acceso a programas para dejar de fumar, la vulnerabilidad a la publicidad, etc. se distribuyen desigualmente a partir de patrones sociales variables, pero claramente marcados.

En efecto, se pueden mencionar algunos datos y tendencias de carácter general que ejemplifican este carácter social: el uso del tabaco es mayor entre hombres que entre mujeres (aunque tiende a igualarse en países e ingresos altos), entre los grupos socioeconómicamente más débiles en cada país, al tiempo que su uso se está extendiendo en los países más pobres; los jóvenes y adolescentes son

⁴⁸ ONU, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. E/C.12/2000/4, Observación General n° 14, 2000).

⁴⁹ Este documento ofrece un perfil con datos exhaustivos de 27 países que muestra la enorme variedad de incidencia del tabaco.

poblaciones especialmente vulnerables en cuanto al riesgo de empezar a usar tabaco; existe en general una gradiente socioeconómica –una correlación en función de la escala social- en cuanto a la exposición al humo de terceros y en cuanto a la posibilidad de éxito en dejar de fumar, que se traduce en consecuencias desiguales para la salud (David et al., 2010: 200).

Desde luego estas generalizaciones no son igualmente válidas para todos los contextos⁵⁰. Y estamos ante una realidad cambiante, con una creciente proliferación del tabaco en algunos países – como los africanos- en los que hasta ahora la incidencia era relativamente baja. Entre otras razones, porque la industria del tabaco ha podido identificar e incidir en países y sectores en los que bien por la comparativamente baja incidencia o bien por su alta vulnerabilidad, detectan un potencial de crecimiento, como son los países con ingresos intermedios o grupos como las mujeres y los jóvenes (David et al., 2010: 200).

En este sentido, la potencialidad de un enfoque orientado por los determinantes sociales de la salud recomendaría una visión basada por un lado en la consciencia de estos factores sociales que son contextuales, pero también la utilización de una perspectiva que tenga en cuenta el prisma de la equidad a la hora de implementar los medios previstos en el CMCT. Una de las consecuencias de este enfoque de equidad, relacionado con los derechos humanos, pondría el acento en la necesidad de medidas que fomenten la salud para todos frente al beneficio económico privado. Pero también que la aplicación de medidas del CMCT bien fundamentadas –y de probada eficacia- como son, por ejemplo, la reducción de la disponibilidad a través del precio tienen que ser adoptadas teniendo en cuenta el análisis de las circunstancias sociales locales: así por ejemplo considerando el peso de la economía informal; o teniendo en cuenta que los aumentos de los precios pueden acabar repercutiendo de forma regresiva sobre los más pobres; o considerando los efectos negativos sobre los productores locales en países en desarrollo (David et al., 2010: 209).

⁵⁰ Por ejemplo, en Argentina el uso de tabaco entre jóvenes es mayor entre las mujeres que entre los hombres; en Bangladesh aunque entre los hombres y mujeres adultos la diferencia es abismal, en cambio se iguala entre los jóvenes (WHO, 2008: 70 y 74).

7. Conclusión

Si bien las políticas de control del tabaco y la propia CMCT hacían apelaciones genéricas al derecho a la salud, en realidad la discusión en torno a los derechos solo cobró fuerza tras los intentos de oponerse a las políticas de control del tabaco y a determinados aspectos de las legislaciones nacionales aprobadas en este sentido. Fueron los intentos de oponerse a estas medidas los que trajeron a primer plano la discusión sobre los derechos implicados. Con carácter general, esta apelación a supuestas vulneraciones de derechos humanos y principios constitucionales causadas por las legislaciones antitabaco, tuvieron muy poco éxito en los tribunales. En cambio, supusieron paradójicamente un reforzamiento jurisprudencial de los propios derechos y en especial del derecho a la salud como justificación de esas políticas, en contra de los intereses de quienes primero promovieron la discusión. Este papel de los derechos se ha abierto paso incluso ante la estrategia crecientemente utilizada por la industria del tabaco, de oponerse a las medidas de control del tabaco desde el marco de los tratados de libre comercio.

Pero los derechos humanos, y en particular el derecho a la salud, todavía tienen otras potencialidades que no han sido suficientemente explotadas en las medidas para el control del tabaco. Si hasta ahora los derechos humanos han servido para defender las medidas de control del tabaco frente a los intentos de debilitarlas, además de ese potencial defensivo, cabe pensar en su uso proactivo para la profundización de esas medidas, en especial para la protección de grupos vulnerables, como niños, grupos socioeconómicamente desfavorecidos, etc. En segundo lugar, el marco de los *determinantes sociales de la salud* aplicado al derecho a la salud, puede ayudar a afrontar el consumo de tabaco con un enfoque que vaya más allá de la decisión individual de fumar para ver de qué forma en diferentes contextos la carga de mortalidad y morbilidad asociada al tabaco se reparte de forma inequitativa.

8. Bibliografía

- AAVV., *Inequalities in Health: The Black Report and the great divide*, London, Penguin Books, 1982, 464 pp.
- ALEXY, R.; *Teoría de los Derechos Fundamentales*, Madrid, Centro de Estudios Político y Constitucionales, Madrid, 1993, 607 pp.
- BARTLEY, M.; *Health inequality. An introduction to theories, concepts and methods*, Cambridge, Polity Press, 2004, 208 pp.
- BERLINGUER, G.; *Questioni di vita. Etica, scienza, salute*, Torino, Einaudi, 1991, 271 pp.
- BLAS, E.; SIVASANKARA KURUP, A. (eds.); *Equity, social determinants and public health programmes*, Geneva, WHO, 2010, 291 pp.
- BOUAZZA ARIÑO, O.; “La salud en la jurisprudencia reciente del Tribunal Europeo de Derechos Humanos”, *Derecho y salud*, nº 25-2, 2015, pp. 137-150.
- BRAVEMAN, P.; EGERTER, S.; WILLIAMS, D. R.; “The Social Determinants of Health: Coming of Age”, *Annual Review of Public Health* 32 (1), 2011, pp. 381-98.
- CABRERA, O. A., MADRAZO, A., “Human Rights as a tool for tobacco control in Latin America”, *Salud Pública México*, vol. 52, suplemento 2, 2010, pp. 288-297.
- CABRERA, O., GOSTIN, L., “Human Rights and the Framework Convention on Tobacco Control: Mutually Reinforcing Systems”, *International Journal of Law in Context*, nº 7-3, 2011, pp. 285-303.
- CROSBIE, E., ET AL.; “Defending Strong Tobacco Packaging and Labelling Regulations in Uruguay: Transnational Tobacco Control Network Versus Philip Morris International”, *Tobacco Control*, vol. 27, no. 2, 2018, pp. 185–194.
- CROW, M.; “Smokescreen and State Responsibility: Using Human Rights Strategies to Promote Global Tobacco Control”, *Yale Journal of International Law*, nº 29, 2004, pp. 209-250.
- CSDH; *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*, Geneva, World Health Organization, 2008, 247 pp.
- DANIELS; N.; KENNEDY, B.; KAWACHI, I.; “Justice is good for our health”, en J. Cohen y J. Rogers (eds.): *Is Inequality bad for our health?*, Boston, Beacon Press, 2000, pp. 3-36.
- DAVID, A., ESSON, K., PERUCIC, A., FITZPATRICK, C.: “Tobacco use: equity and social determinants”, en Blas, E.; Sivasankara Kurup, A. (eds.) *Equity, social determinants and public health programmes*, Geneva, WHO, 2010, pp. 199-219.
- DRESLER, C., MARKS, S.; “The Emerging Human Right to Tobacco Control”, *Human Rights Quarterly*, nº 28, 2006, pp. 599-651.
- ELSKE, M., GISPEN, C., TOEBES, B., “The Human Rights of Children in Tobacco Control”, *Human Rights Quarterly*, V.41, N. 2, May 2019, pp. 340-373.
- HOFRICHTER, R. (ed.); *Health and Social Justice: Politics, Ideology, and Inequity in the Distribution of Disease*, San Francisco, Jossey-Bass, 2000, 688 pp.

JACOBSON, P., SOLIMAN, S.; “Co-Opting the Health and Human Rights Movements”, *Journal of Law, Medicine and Ethics*, nº 34, 4, 2002, pp. 705-715.

KOH, H. H.; “Global Tobacco Control as a Health and Human Rights Perspective”, *Harvard International Law Journal*, Vol. 57, nº 2, 2016, p. 433-453.

MARMOT, M.; *Fair society, healthy lives. The Marmot review. Strategic Review of Health Inequalities in England*, London, Institute of Health Equity, 2010, <http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review2010>);

MARMOT, M.; WILKINSON, R.; *Social Determinants of Health* (2nd edition) New York, Oxford University Press, 2006, 366 pp.

MARTÍN-RETORTILLO BAQUER, L.; “Jurisprudencia ambiental reciente del Tribunal Europeo de Derechos Humanos”, *Indret. Revista para el Análisis del Derecho*, nº 4, 2008. (http://www.indret.com/pdf/573_es.pdf).

MEIER, B. M., “The World Health Organization, the evolution of human rights, and the failure to achieve Health for All”, en J. Harrington, M. Stuttaford, *Global Health and Human Rights. Legal and philosophical perspectives*, London and New York, Routledge, 2010, pp. 163-189.

MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL, *EDADES 2017: Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España 1995-2017*, Madrid, MSCBS, 2017, 137 pp. (http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES_2017_Informe.pdf).

MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL, Informe sobre la evolución de la política impositiva de las labores del tabaco y su impacto en los precios de venta al público, 2020, 32 pp. (https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/docs/Evol_Politica_Impositiva_Tabaco.pdf)

OEDAS, Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, *Informe 2019. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*, Madrid, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019, 125 pp. (http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2019_Informe_EDADES.pdf).

ONU, CDESC, *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. E/C.12/2000/4*, Observación General nº 14, 2000.

OMS, *Informe sobre la salud mundial 2000. Reducir los riesgos y promover una vida sana*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002, 175 pp.

PIOVESAN, F., GOTTI, A., “Protección del derecho a la salud en el Sistema de protección universal de los derechos humanos”, en Clérico, L., Ronconi, L., Aldao, M. (coord.), *Tratado de Derecho a la Salud*, Buenos Aires, Abeledo Perrot, 2013, pp. 721-760.

PUIG, S., “Tobacco Litigation in International Courts”, *Harvard International Law Journal*, Vol. 57, nº 2, 2016, pp. 383-432.

RITWIK, A., “Tobacco Packaging Arbitration and the State’s Ability to Legislate”, *Harvard International Law Journal*, vol. 54, no. 2, 2013, pp. 523-38.

ROACHE, S.A., et al. “Trade, Investment, and Tobacco: Philip Morris v Uruguay”, *Journal of the American Medical Association*, vol. 316, no. 20, 2016, pp. 2085-86.

SCHOJ, V., CARBALLO, J., RÍOS, B., “El derecho y la protección ante la epidemia de tabaco”, en Clérico, L, Ronconi, L., Aldao, M. (coord.), *Tratado de Derecho a la Salud*, Buenos Aires, Abeledo Perrot, 2013, pp. 485-509.

STRINGHINI, S. ET AL., “Socioeconomic status and the 25x25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1.7 million men and women”, *The Lancet*, Volume 389 , Issue 10075 , 2017, 1229 – 1237.

UPRIMNY, R., CASTILLO, C., *Constitución, democracia y tabaco en Colombia*, Bogotá, Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad DeJuSticia, 2009, 94 pp.

VARVAŠTIAN, S., “Promoting Human Health and the Functioning of the Internal Market: The Reaffirmation of the Tobacco Products Directive’s Key Objectives in Poland v. Parliament and Council, Pillbox 38 and Philip Morris Brands and Others”, *European Public Law* , nº 23, Issue 2, 2017, pp. 271–283.

WHO, *Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER package*, Geneva, World Health Organization, 2008, 329 pp.

WHO; *Social justice and human rights as a framework for addressing social determinants of health. Final report of the Task group on Equity, Equality and Human Rights. Review of social determinants of health and the health divide in the WHO European Region*, Copenhagen, World Health Organization, 2016, 67 pp.

WHO, *Tobacco industry interference: a global brief*. Geneva, World Health Organization, 2012, 24 pp. (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70894/WHO_NMH_TFI_12.1_eng.pdf;sequence=1)

WHO, *Report on the Global Tobacco Epidemic 2013. Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship*, Geneva, World Health Organization, 2013, 202 pp.

WHO; *Report on the Global Tobacco Epidemic 2015. Raising taxes on tobacco*, Geneva, World Health Organization, 2015, 103 pp.

WHO; *Report on the Global Tobacco Epidemic, 2017. Monitoring tobacco use and prevention policies*, Geneva, World Health Organization, 2017, 268 pp.

WHO; *Report on the Global Tobacco Epidemic, 2019. Offer help to quit tobacco use*. Geneva, World Health Organization, 2019, 109 pp.

WILKINSON, R.; PICKETT, K.; *The Spirit Level. Why Equality is Better for Everyone*, London, Penguin, 2010, 400 pp.