
EDITORIAL

México ante el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco

Durante las últimas tres décadas la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) ha convocado a las organizaciones del Sistema de las Naciones Unidas para promover alternativas económicas viables en la producción y comercio del tabaco, en el aumento de las tasas impositivas y en el fortalecimiento del Programa *Tabaco o Salud* como una actitud visible y resuelta de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que otorga a los Estados Miembros el valor y apoyo necesarios como prerrequisitos para abatir la pandemia. Asimismo, moviliza los fondos y la fuerza laboral que asegure adecuada continuidad del Programa a largo plazo; provee apoyo a los esfuerzos nacionales para el control del tabaco, y continúa fortaleciendo la colaboración con organizaciones no gubernamentales. Se adopta la estrategia internacional para el control del tabaco, cubriendo la política diseñada por la OMS: eliminación de la promoción de los productos de tabaco, reducción de la demanda –particularmente en mujeres y jóvenes–, programas de cesación, políticas económicas, alertas de salud, regulación del contenido de alquitrán y nicotina, aire libre de humo de tabaco, mercadeo y seguimiento de la epidemia. Urge a los Estados Miembros, a las organizaciones del Sistema de Naciones Unidas y a otras organizaciones internacionales para instrumentar el Plan de Acción 1996-2000, incluyendo la movilización de recursos.¹

En 1999, la AMS solicita al Director General de la OMS iniciar el desarrollo del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT),² de acuerdo con el Artículo 19 de la Constitución de la OMS; que incluya, como parte de este convenio, la estrategia que movilice a los Estados Miembros hacia la adopción de políticas de control integrado del tabaco y de aspectos que trasciendan las fronteras nacionales. De acuerdo con la Regla 42 de Procedimiento se establece un cuerpo intergubernamental de negociación del CMCT/OMS, abierto a los países miembros. Urge a los Estados Miembros a dar la mayor prioridad al desarrollo

del CMCT, a proveer recursos para acelerar el proceso, establecer estructuras y mecanismos para examinar las implicaciones del CMCT en el contexto de salud y agricultura. Urge a los Estados Miembros a estar alertas ante las afiliaciones entre la industria tabacalera y los miembros de sus delegaciones y ante cualquier esfuerzo de las tabacaleras para continuar sus prácticas subversivas asegurando así la integridad del desarrollo de la política de salud. El CMCT será el instrumento efectivo que asegure la mejoría de la salud pública en el mundo; por eso, ha sido indispensable expresar enfáticamente que el consumo de tabaco es una causa que deteriora considerablemente la salud colectiva.

El texto del CMCT³ debe ser tan sólido que, al adoptarse, represente la máxima garantía que la AMS pueda otorgar a la población mundial. El CMCT debe ayudar a crear un sistema de regulación sanitaria que estimule, organice y complemente la política sanitaria nacional y se convierta *per se* en un régimen multilateral para el manejo integrado del consumo de tabaco, sentando las bases para fomentar la cooperación internacional y la acción nacional. Insistimos sobre la conveniencia de reflexionar en los siguientes puntos cruciales del CMCT: el preámbulo incluye hechos, observaciones científicas, mandatos colectivos y acontecimientos históricos, que las partes expresan en relación con: a) el reconocimiento de la epidemia; b) la necesidad del control; c) el derecho de información; d) las preocupaciones de la sociedad por los efectos adictivos de la nicotina, y e) los recursos y mandatos universales vigentes contra el tabaco.

El objetivo del CMCT es proteger las generaciones presentes y futuras contra la devastadora consecuencia sanitaria, social, ambiental y económica de la exposición al humo de tabaco. En esencia, el propósito es lograr reducir el consumo de tabaco como causa de daño a la salud, hasta eliminar: a) el primer daño grave: la adicción a la nicotina y el síndrome de abstinencia; b) la causa de enfermedades severas y de muerte

prematura, y c) la exposición de los fumadores involuntarios a la contaminación ambiental producida por el humo del tabaco, que causa los mismos daños a la salud que en los fumadores activos. Los principios básicos del CMCT establecen las normas que regirán la aplicación y el desarrollo futuro del convenio. Estos principios deberán aplicarse para resolver los problemas económicos, sociales y políticos relacionados con el tabaco, y ayudarán a los sectores público y privado de los países a desarrollar programas coordinados y eficaces (sanitarios y educativos), para el control integrado del consumo de tabaco como respuesta organizada de la sociedad internacional en el mundo entero. El texto destaca el gran impacto que tiene el tabaco en la salud colectiva y se señalan enfoques nacionales e internacionales complementarios en donde se incluyen conceptos pertinentes de aquellas resoluciones de la AMS entre 1970 y 2001,⁴ que reflejan el enfoque global para el control integrado del consumo de tabaco. Los cigarrillos de tabaco están diseñados con el fin de inducir y mantener la adicción a la nicotina. El humo de tabaco resultante de su combustión contiene fármacos nocivos, tóxicos, mutágenos y cancerígenos. La carga innecesaria que la atención médica de las enfermedades atribuibles al tabaco impone a los servicios de salud y a los pacientes es altamente onerosa.

Con base en las discusiones, resoluciones y mandatos colectivos de la Asamblea Mundial de la Salud aún vigentes, esta propuesta de convenio universal representa la política sanitaria universal contra el tabaco, y proporciona un marco estratégico de referencia para la aplicación de medidas de control integrado del tabaco, que habrán de instrumentar los países miembros de la OMS a escala nacional, regional e internacional, con la finalidad de: a) reducir de manera continua y sustancial el número de fumadores activos e involuntarios de tabaco y adictos a la nicotina; b) prevenir, hasta eliminar, la fracción de enfermedades y muertes prematuras atribuibles a la exposición al humo de tabaco, de los fumantes y de la población; c) proteger a los no fumadores de tabaco de la exposición involuntaria; d) promover la abstención con el fin de proteger a los niños y jóvenes para que no sean adictos; e) asegurar que en los establecimientos y en el personal de salud se da el buen ejemplo; f) eliminar progresivamente todos los incentivos socioeconómicos y conductuales que mantengan y promuevan el uso del tabaco; g) alertar en las cajetillas que el tabaco es

adictivo y causa daños severos a la salud; h) establecer programas de educación y de información pública sobre *Tabaco o Salud*; i) incluir programas de cesación; j) vigilar las tendencias en el número de fumadores de tabaco y otras formas de uso, las enfermedades atribuibles al consumo y la efectividad de las acciones de control; k) instrumentar alternativas viables para la producción, comercio e impuestos al tabaco y l) establecer puntos focales (nacionales, estatales y municipales) para estimular, apoyar y coordinar las actividades mencionadas arriba y aplicar el conocimiento generado por la investigación.

La psicología de la decisión aplicada a la salud colectiva está saliendo del mito y desprendiéndose de la neutralidad, para redescubrir la virtud y reconocer la política como fuerza determinante del comportamiento. La humanidad ha luchado por siglos para distinguir entre lo correcto y lo errado del comportamiento humano. La formalización de los códigos de la ética y de la conducta tiene muy corta historia en relación con el tabaco. Los problemas y retos emergentes en la actual sociedad, cambiante y turbulenta, requieren la reincorporación de principios morales para implantar estrategias factibles que alcancen metas aceptables. La virtud y la política deben ir de la mano en la creación de un mundo saludable. Los compromisos para atender personas enfermas y la acción preventiva que respeta las necesidades emergentes de la sociedad entera, son dos opciones de atención a cuyo significado y requisitos debemos estar atentos con la mayor integridad moral.

Francisco J. López Antuñano, MD, MPH*

Referencias

1. Forty-Eighth World Health Assembly Geneva, 1-12 May 1995 WHA48.11 An international strategy for tobacco control
2. Fifty-Second World Health Assembly Geneva, 17-25 May 1999 WHA52.18 Towards a WHO framework convention on tobacco control
3. OMS, Proyecto sobre el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Organismo de Negociación Intergubernamental del CMCT. Documento A/FCTC/INB6/5 Proyecto 28 febrero de 2003 Sexta reunión Punto 3 del orden del día provisional-
4. Fifty-Fourth World Health Assembly Geneva, 14-22 May 2001 WHA54.18 Transparency in tobacco control

* Investigador en Ciencias de la Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. Presidente de Alianza Contra el Tabaco, AC.