



Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. El impacto a 20 años de su creación

WHO Framework Convention on Tobacco Control. Impact 20 years after its creation

Jesús Ángel Sigala-Centeno,* Valeria Antonia Luna-Bedolla,[†]
María Andrea Hernández-Pérez,* José Rogelio Pérez-Padilla*

*Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, Ciudad de México, México;

[†]Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México.

El Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el Control del Tabaco (CMCT)¹ es el primer tratado internacional de salud pública que aborda todas las facetas indispensables para el control del tabaquismo, causante de 8 millones de muertes anuales, del mayor número de muertes en el siglo XX, y de la muerte prematura en la mitad de sus consumidores persistentes.² La generación e implementación del CMCT de la OMS fortaleció la colaboración internacional de los sectores de salud pública, con otros sectores gubernamentales, y con las organizaciones de la sociedad civil.

Las principales disposiciones para reducir la demanda del tabaco, figuran en los artículos 6 a 14¹ e incluyen:

1. Protección contra la exposición del humo de tabaco, promoviendo espacios públicos libres de humo de tabaco y emisiones.
2. Reglamentación del contenido de los productos de tabaco mediante la verificación de los ingredientes declarados en el empaque y su concentración, y la presencia de las advertencias sanitarias.
3. Reglamentación de la divulgación de información sobre los productos de tabaco. Se prohíbe la promoción de

productos de tabaco en eventos públicos y medios de comunicación.

4. Educación, comunicación, formación y concientización del público mediante campañas de promoción de salud pública, de la lucha contra el tabaco e informativos sobre los riesgos ocasionados por la exposición de primera y segunda mano del humo de tabaco.
5. Medidas de amplio acceso que ayuden a las personas que desean abandonar el tabaco en todo el sector salud, líneas telefónicas de ayuda, atención en cesación desde el primer nivel de atención en salud, acceso a medicamentos para dejar de fumar, y a clínicas especializadas para los consumidores de tabaco que requieren apoyos más intensivos e integrales.
6. Vigilancia periódica del estado de la pandemia del tabaquismo mediante encuestas nacionales sistemáticas y estandarizadas, en población adulta, en la niñez y juventud.
7. La necesidad de legislar para reducir los riesgos del tabaquismo, sin la participación de la industria tabacalera (IT), evitando al máximo los conflictos de intereses, es decir, que la economía y las ganancias no se prioricen por encima de la salud pública.

Correspondencia:

Dr. José Rogelio Pérez-Padilla

Departamento de Investigación en Tabaquismo y EPOC,
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias
Ismael Cosío Villegas. Ciudad de México, México.

Correo electrónico: perezpad@gmail.com

Citar como: Sigala-Centeno JÁ, Luna-Bedolla VA, Hernández-Pérez MA, Pérez-Padilla JR. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. El impacto a 20 años de su creación. Neumol Cir Torax. 2024; 83 (3):181-183. <https://dx.doi.org/10.35366/119443>

Artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)



Después de la ratificación del CMCT, se han gestionado leyes para el control del tabaco, normas o reglamentos que dan precisión y detalle a las medidas acordes al CMCT. En México, la Ley General para el Control del Tabaco (LGCT),³ fue publicada en 2009, logrando la mayoría de los objetivos descritos en el CMCT, con algunos huecos generados por la gestión de la IT y sus defensores, que han sido tema de esfuerzos posteriores para irlos cumpliendo. Australia, Reino Unido e Irlanda son ejemplos de países destacados en el éxito de la implementación de las políticas del CMCT, que han resultado efectivas, lo que ha llevado a una disminución sustancial en el consumo de tabaco y una mejora en la salud pública.⁴⁻⁷

Según el informe de 2023 sobre los progresos mundiales en la aplicación del CMCT (2023),⁷ se observa precisamente un cumplimiento progresivo de los postulados a lo largo de dos décadas. Por ejemplo, en México, en el año 2022 se realizaron modificaciones al reglamento de la LGCT, con disposiciones en la prohibición total de toda forma de publicidad y promoción de productos de tabaco, incluida su exhibición en los puntos de venta, y la ampliación de la protección frente al humo y las emisiones de cualquier producto de tabaco y nicotina en el ámbito nacional.⁸ Aún queda pendiente lograr avances en las cajetillas llamadas genéricas, con empaque neutro, sin detalles distintivos de las marcas, que atraen por sí mismas al consumo.

Todavía se requiere a nivel internacional fortalecer la implementación de impuestos al tabaco, la forma más rentable de reducir el consumo de tabaco y los costos de atención médica especialmente entre los jóvenes y las personas de bajos ingresos, al tiempo que aumentan los ingresos gubernamentales en muchos países.⁹

El impacto benéfico no sólo está relacionado con la reducción de las tasas de tabaquismo, sino también al proteger a los no usuarios de tabaco del humo de tabaco y promover estilos de vida más saludables, así como una mejora en la productividad laboral. Por ejemplo, en mujeres de Estados Unidos, las probabilidades de lograr una reducción del tabaquismo con la implementación de prohibiciones legislativas de fumar en espacios públicos y laborales fueron significativamente mayores en 28%.¹⁰

La batalla más ardua contra la epidemia del tabaquismo, es la que en sentido práctico se lleva contra los intereses de la IT, que defiende sus ganancias y se apoya frecuentemente en acuerdos o tratados de libre comercio. La estrategia es similar a las acciones que realiza la industria alimentaria, la de bebidas azucaradas, y la del alcohol para evitar restricciones que pudieran reducir sus amplísimas ganancias, aunque se implementen con el fin de favorecer la salud pública. Estas poderosas industrias tienen influyentes *lobbies*, departamentos legales, y defensores en todos los poderes, pero sobre todo en las áreas gubernamentales que tratan del comercio y la economía.

La IT ha patrocinado investigaciones e investigadores, que con mayor frecuencia que los hallazgos independientes niegan o minimizan los daños ocasionados por el consumo de tabaco o los nuevos productos del tabaco.¹¹ Previamente, los cigarros bajos en alquitrán, filtrados o mentolados, se promovían engañosamente como de menor riesgo que los cigarros normales. Preocupa la creciente popularidad de los cigarrillos electrónicos y otros productos novedosos entre los jóvenes y adolescentes que aumentan la probabilidad de adicción a la nicotina, y ya instalada es difícil de dejar, generando para la IT un cliente más de por vida. Los nuevos productos, como cigarrillos electrónicos, tabaco calentado, tabaco que no se fuma y nicotina en bolsas, impactan predominantemente a niños y adolescentes, en mayor riesgo de adicción. Muchos de los nuevos usuarios nunca han fumado y en este grupo se descarta la reducción de riesgo, además de que un grupo de ellos posteriormente usan cigarrillos normales ya sea en forma exclusiva, o combinada como usuarios duales.^{12,13}

El auge de los productos de tabaco alternativos es una de las principales amenazas para la continuación del avance del control del tabaco, ya que conforme pasa el tiempo se describen crecientes daños a la salud. Actualmente existen revisiones sistemáticas y metaanálisis que han demostrado que el uso de cigarro electrónico se asocia con un mayor riesgo de iniciar el consumo de tabaco convencional posteriormente (3.62; IC95% 2.42-5.41) y de continuar fumando durante los últimos 30 días en adolescentes y adultos jóvenes (4.28; IC95% 2.52-7.27).¹⁴ Adicionalmente, la evidencia existente sobre los riesgos del uso dual es preocupante, ya que se potencializan los daños de enfermedades respiratorias y cardiovasculares (rango de cigarros electrónicos: 1.24 a 1.47; uso dual, 1.49 a 3.29).¹⁴ Por lo tanto, es importante desarrollar marcos regulatorios actualizados, asegurando que los nuevos productos reciben al menos las mismas restricciones que las de los productos de tabaco tradicionales, incluyendo el impedimento de acceso a niños y adolescentes.

La implementación del CMCT tiene niveles heterogéneos en los diferentes países de ingresos bajos a medianos secundarios a la falta de recursos económicos, infraestructura de salud y de control adecuados, como los que se requieren para una adecuada vigilancia del comercio ilícito de productos del tabaco, para los cuales es indispensable la colaboración internacional.

A pesar del CMCT y de la paulatina reducción en el porcentaje de prevalencia del tabaquismo en muchos países, el número de usuarios de tabaco sigue siendo elevado, lo que genera enfermedad, costos elevados en su tratamiento, incapacidad y muertes. Por ello, los principios del CMCT siguen vigentes, pero requieren actualizarse para considerar a los nuevos productos de administración de nicotina, lo que no se puede lograr sin una colaboración de diversos

organismos internacionales, que faciliten la adhesión de todos los países a el CMCT y, además, un trabajo similar interno en cada país y provincia.

El CMCT celebra su vigésimo año persistiendo en la lucha contra el tabaco con innegables logros y avances, que incluyen reducciones significativas en el tabaquismo. En estos 20 años, la IT además de continuar vendiendo y promoviendo los cigarrillos tradicionales, ha logrado poner en el mercado nuevos productos adictivos a la nicotina, tratando de evitar las restricciones implementadas con el fin de proteger a la población de los impactos de fumar. Contrarrestar esta influencia requiere coordinación internacional y cooperación entre el sector público, las organizaciones no gubernamentales y la población en general. Afortunadamente, las estrategias se han precisado en el CMCT y en sus herramientas de instrumentación MPOWER, mismas que serán también indispensables para controlar los nuevos productos de adicción a la nicotina.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Framework Convention on Tobacco Control [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2003. Available in: <https://fctc.who.int/resources/publications/i/item/9241591013>
2. World Health Organization. Tobacco [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024. Available in: <https://www.who.int/health-topics/tobacco>
3. Ley General para el Control del Tabaco [Internet]. Ciudad de México: Diario Oficial de la Federación; 2008. Disponible en: <http://www.gob.mx/indesol/documentos/ley-general-para-el-control-del-tabaco>
4. Tobacco Plain Packaging Act 2011 [Internet]. Canberra: Australian Government; 2011. Available in: <https://www.legislation.gov.au/Details/C2011A00123>
5. UK Government. Tobacco Control Plan for England [Internet]. London: Department of Health and Social Care; 2017. Available in: <https://www.gov.uk/government/publications/tobacco-control-plan-for-england>
6. Tobacco Free Ireland [Internet]. Dublin: Health Service Executive; 2024. Available in: <https://www.hse.ie/eng/about/who/tobaccofreeireland/>
7. Organización Mundial de la Salud. Informe de 2023 sobre los progresos realizados a escala mundial en la aplicación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023. Disponible en: <https://fctc.who.int/es/resources/publications/m/item/2023-global-progress-report-on-implementation-of-the-who-framework-convention-on-tobacco-control>
8. Ley General para el Control del Tabaco: reforma 2022 [Internet]. Ciudad de México: Diario Oficial de la Federación; 2022. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5643187&fecha=17/02/2022#gsc.tab=0
9. World Health Organization. SDG Target 3.a: Tobacco control [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024. Available in: https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/sdg-target-3_a-tobacco-control
10. Bird Y, Kashaniamin L, Nwankwo C, Moraros J. Impact and effectiveness of legislative smoking bans and anti-tobacco media campaigns in reducing smoking among women in the US: a systematic review and meta-analysis. *Healthcare (Basel)*. 2020;8(1):20. doi: 10.3390/healthcare8010020.
11. Pisinger C, Godtfredsen N, Bender AM. A conflict of interest is strongly associated with tobacco industry-favourable results, indicating no harm of e-cigarettes. *Prev Med*. 2019;119:124-131. doi: 10.1016/j.ypmed.2018.12.011.
12. Chen R, Pierce JP, Leas EC, White MM, Kealey S, Strong DR, et al. Use of electronic cigarettes to aid long-term smoking cessation in the United States: Prospective evidence from the PATH Cohort Study. *Am J Epidemiol*. 2020;189(12):1529-1537. doi: 10.1093/aje/kwaa161. Erratum in: *Am J Epidemiol*. 2020;189(12):1640. doi: 10.1093/aje/kwaa193.
13. Soneji S, Barrington-Trimis JL, Wills TA, Leventhal AM, Unger JB, Gibson LA, et al. Association between initial use of e-cigarettes and subsequent cigarette smoking among adolescents and young adults: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 2018;172(1):92-93. doi: 10.1001/jamapediatrics.2017.1488.
14. Glantz SA, Nguyen N, Oliveira da Silva AL. Population-based disease odds for e-cigarettes and dual use versus cigarettes. *NEJM Evid*. 2024;3(3):EVIDoa2300229. doi: 10.1056/evidoa2300229.