

# Resoluciones de la Conferencia Mundial sobre Salud Pulmonar

20-24 de mayo de 1990, Boston

Esta Conferencia Mundial ha sido la mayor conferencia científica internacional dedicada a la salud pulmonar. Fue organizada conjuntamente por la American Lung Association y su sección médica, la American Thoracic Society, y la Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias, de la cual esta Conferencia representó la XXVII reunión mundial efectuada desde la creación de la organización en 1920.

Cuatro años de cuidadosa preparación entre las 3 agencias fueron coronados por 5 días de un productivo intercambio mundial que se produjo cuando profesionales de salud de todo el mundo se encontraron en Boston.

La Conferencia reunió 10.155 especialistas (clínicos, investigadores, autoridades de salud pública) que provenían de 85 países de todo el mundo.

El programa incluía un total de 488 sesiones con 413 sobre temas científicos y 75 sobre la educación de la comunidad; los aspectos de salud pública alternaron con los últimos progresos en tecnología molecular avanzada. Hubo 5 Sesiones Plenarias, 52 simposios, 100 Seminarios al alba, 80 Seminarios de «Encuentro con el Profesor» y la presentación de más de 3.500 trabajos a través de comunicaciones libres, afiches, y sesiones de diapositivas o discusiones. Se efectuaron también tres cursos de postgrado. Hubo traducción simultánea en inglés, francés y español en todas las Plenarias, en los Simposios que las precedían y seguían y en algunas otras reuniones cada día.

La cobertura de prensa fue excelente con 6 conferencias de prensa y 70 periodistas registrados; al 30 de junio se cuentan ya 400 inserciones de prensa y otras están en curso.

La Conferencia fue también apoyada por dignatarios:

- el *Presidente de Estados Unidos, George Bush* envió un saludo.
- el *Dr. Sullivan, Ministro de Salud de Estados Unidos* intervino en la Sesión de apertura.
- el *Senador Edward Kennedy* intervino en la Sesión Plenaria sobre Control Económico del Tabaco en el Mundo, en la cual el *Dr. Everett Koop, primer Surgeon General de Estados Unidos* hizo una vehemente presentación.
- en la Sesión de clausura intervino el *Dr. Nakajima, Director General de la Organización Mundial de la Salud*.

Durante la Ceremonia de Clausura de la Conferencia, el 24 de mayo de 1990, varias Resoluciones fueron adoptadas frente a las graves enfermedades pulmonares que amenazan a la población en diversas partes del mundo.

Estas Resoluciones fueron leídas por el Sr. J. Swomley, Presidente de la UIC-TER y votadas en presencia de los rep-

resentantes oficiales de las entidades organizadoras y del Dr. Hiroshi Nakajima.

Las Resoluciones, reproducidas más adelante, conciernen la interrelación entre tuberculosis y SIDA, el control económico del tabaco en el mundo, la polución del aire y su impacto en el pulmón, las infecciones respiratorias agudas, primera causa de muerte infantil a nivel mundial y el inquietante aumento de la mortalidad por asma en todos los países.

**Dra. Annik Rouillon**

Directora Ejecutiva de la UIC-TER

## Resolución sobre la tuberculosis y el SIDA (\*)

Antes del final de la década de 1990, cerca de 30 millones de personas en el mundo morirán por tuberculosis. Esta pandemia es responsable, actualmente, de una muerte sobre cuatro en la población adulta de los países más afectados.

Para los países que luchan con dificultad contra la tuberculosis se agrega una epidemia más reciente: el virus de la inmunodeficiencia humana responsable del SIDA. El SIDA inhibe la respuesta inmunitaria que impide a la mayoría de las infecciones por *M. tuberculosis* de evolucionar hacia una enfermedad activa. En algunos países en desarrollo donde más de la mitad de adultos han estado expuestos al bacilo tuberculoso, la aparición de tuberculosis es a menudo la forma como se manifiesta la infección VIH en el sujeto.

En los países desarrollados, especialmente en aquellos donde persisten la toxicomanía y la pobreza, el SIDA ha interrumpido 30 años de progreso en la lucha contra la tuberculosis. En la ausencia de tratamiento y prevención adecuados, el SIDA podría dar refugio a la tuberculosis para resistir la erradicación.

Mientras que muchas naciones han emprendido campañas de control de la tuberculosis y del SIDA, el peligro continúa sobrepasando a las medidas para controlarlo. Para señalar la nueva movilización en la lucha contra estas enfermedades, la Conferencia Mundial sobre Salud Pulmonar invita a la Organización Mundial de la Salud y a los gobiernos y organizaciones no gubernamentales (ONG) del mundo entero a suscribir las siguientes resoluciones de esta conferencia:

- *Que los gobiernos respondan a las necesidades de las personas enfermas de SIDA o tuberculosis asegurando que los pacientes con ambas enfermedades reciban la atención más apropiada.*
- *Que los gobiernos protejan a las personas no infectadas con el refuerzo de los programas destinados a con-*

*trolar la diseminación de ambas enfermedades.*

- *Que los gobiernos y las ONG del mundo desarrollado mantengan sus esfuerzos a la altura del peligro creciente de estas dos enfermedades apoyando los programas de salud en los países en desarrollo donde el SIDA y la tuberculosis han alcanzado proporciones pandémicas.*
- *Que los gobiernos y ONG proporcionen el personal médico necesario para luchar contra estas enfermedades mediante la formación de más profesionales de salud entrenados en el diagnóstico y el tratamiento de la tuberculosis y el SIDA.*
- *Que los gobiernos y ONG actúen contra la ignorancia que permite la diseminación de estas enfermedades, reforzando los programas de información pública sobre el SIDA y la tuberculosis.*
- *Que los gobiernos y ONG refuercen su apoyo a la investigación fundamental sobre el SIDA y la tuberculosis, y apliquen los nuevos conocimientos al logro de mejores medios de diagnóstico y tratamientos.*
- *Que los gobiernos y ONG contribuyan a la derrota de ambas enfermedades con la búsqueda de una vacuna anti SIDA y el desarrollo de una vacuna antituberculosa más eficaz.*

## Resolución sobre las infecciones respiratorias infantiles

Las infecciones respiratorias agudas son actualmente en el mundo la primera causa de mortalidad infantil. En los países en desarrollo, en conjunto, cerca de cuatro millones de niños de menos de cinco años de edad fallecen por estas infecciones cada año. Esta mortalidad resulta más trágica por el hecho que podría haber sido evitada: mientras que en todo el mundo los niños presentan las mismas tasas de afección respiratoria aguda, los casos de infección fatal son 30 veces más frecuentes en los países en desarrollo.

La pobreza ha frustrado todas las tentativas para frenar la pandemia. Los recursos para la atención de salud son escasos o inexistentes; vacunas valiosas se agotan por falta de distribución adecuada y de conservación en el frío; agentes infecciosos proliferan debido a la falta de vivienda y de sistemas sanitarios adecuados; la malnutrición compromete la resistencia a las infecciones de los niños y lactantes; los padres con poca o ninguna educación son sólo testigos del deceso de sus hijos.

26. **Griswold WR, Tune BM, Reznick VM, Vazquez M, Prime DJ, Medola SA.** Treatment of child hood prednisone – resistant nephrotic syndrome and focal segmental glomerulosclerosis with intravenous methyl prednisolone and oral alkylating agents. *Nephron* 1987; 46: 73–7.
27. **Brahm M, Baslov JT, Brammer M et al.** Cytostatic treatment of glomerular diseases. *Acta Med Scand* 1988; 224: 605–10.
28. **Michielsen P, Vanrenterghem Y.** Protéinurie et anti-inflammatoires non stéroïdiens. *Actualités Néphrologiques de L'Hopital Necker* 1982; 175–84.
29. **Velosa J.** Treatment of severe nephrotic syndrome with medlofenamate: an uncontrolled pilot study. *Mayo Clin Proc* 1985; 60: 586–92.
30. **Taguma Yoshio.** Effect of captopril on heavy proteinuria in azotemic diabetics. *N Engl J Med* 1985; 313: 1612–20.
31. **Heeg JE, De Jong PE, Vanderhem GK, Dezeew D.** Reduction of proteinuria by angiotensin converting enzyme inhibition. *Kidney Int* 1987; 32: 78–83.
32. **Laguer C, Laurent J, Belgheti D et al.** Cyclosporine and idiopathic nephrotic syndrome. *Lancet* 1986; 2: 692–3.
33. **Maher E, Sweny P, Chappel M, Varghese Z, Moorhead J.** Cyclosporin in the treatment of steroid-responsive and steroid-resistant nephrotic syndrome in adults. *Nephrol Dial Transplant* 1988; 3: 728–32.
34. **Sociedad Española de Nefrología.** Grupo de Estudio. El empleo de ciclosporina en nefropatías glomerulares. *Nefrología* 1988; 3 (supl.1): 15–22.

## VIENE DE PAGINA 216

Muchas organizaciones están comprometidas a romper esta cadena y dar a los niños de todo el mundo la esperanza de una vida normal. Para incrementar el apoyo a sus esfuerzos, la Conferencia Mundial sobre Salud Pulmonar invita a la Organización Mundial de la Salud y a los gobiernos y organizaciones no gubernamentales del mundo entero a:

- *Impedir la muerte evitable de millones de niños cada año aumentando los fondos para el aprovisionamiento, la cadena de frío y la distribución de vacunas en los países en desarrollo.*
- *Combatir la enfermedad respiratoria en los países en desarrollo mejorando los fondos para la formación de agentes de salud y para programas de ayuda a los padres a fin de reconocer en qué momento sus hijos necesitan atención médica.*
- *Reducir la susceptibilidad de los niños a la infección educando a las familias sobre el riesgo y prevención de la polución en la vivienda.*
- *Superar los obstáculos logísticos que frenan a los programas de vacunación, financiando la investigación destinada al logro de vacunas termoestables.*

## Resoluciones sobre el asma

El asma afecta a millones de personas en el mundo. Si bien el asma es a menudo considerada como un problema menor, puede resultar invalidante e incluso mortal. Este año sólo en las naciones desarrolladas, miles de personas morirán por falta del aire que el asma pasará por lo menos una noche en una cama de hospital.

Por razones que permanecen oscuras, la morbilidad y la mortalidad oscuras, la morbilidad y la mortalidad producidas por el asma parecen aumentar en muchos países. Existe poca información estadística fiable: la tendencia sería más alarmante debido a los casos no diagnosticados. Sin embargo, es muy cierto que muy pocas personas con asma reciben una atención apropiada. Los errores de diagnóstico, la ausencia, la insuficiencia o la inadecuación del tratamiento son frecuentes, especialmente en las regiones pobres. Aun en los lugares donde abundan los recursos, recientes observaciones sugieren que las con-

ductas actuales frente al asma son defectuosas.

Las altas tasas de morbilidad y mortalidad por asma son inaceptables. A fin de dar a millones de personas con asma la posibilidad de una vida más larga y menos penosa, la Conferencia Mundial sobre Salud Pulmonar invita a la Organización Mundial de la Salud y a los gobiernos, organizaciones no gubernamentales, y profesionales de la salud del mundo entero a:

- *Crear fundamentos más sólidos para combatir el asma recolectando información más precisa sobre la morbilidad y la mortalidad por asma.*
- *Reducir la morbilidad y la mortalidad mediante la investigación de las causas subyacentes de la enfermedad, y la identificación de las personas en riesgo de padecer crisis fatales.*
- *Mejorar la calidad de atención para los asmáticos gracias a los estudios sobre la eficacia de los medicamentos actuales también con la investigación de nuevos medicamentos que no sólo alivien los síntomas sino que traten la enfermedad subyacente.*
- *Combatir el asma en los lugares donde esta enfermedad no recibe tratamiento alguno, con una red de atención para todos los asmáticos de los países en desarrollo.*
- *Reconocer la importancia capital de la educación en el tratamiento eficaz del asma, enseñando a los enfermos y a las familias a participar activamente frente a esta enfermedad, y ayudando al público a comprender la enfermedad y las exigencias del tratamiento de las personas asmáticas.*

## Resolución sobre la polución atmosférica y la salud

Siendo el aire puro una necesidad absoluta para la vida humana, la polución atmosférica constituye una amenaza grave y potencialmente masiva para la salud. Esta amenaza, sin embargo, no se cierra por igual sobre nosotros: de un país a otro, de una ciudad a otra, de un hogar a otro, los peligros de la polución varían en importancia y naturaleza.

Millones de trabajadores en el mundo, que respiran un aire nocivo en sus lugares de trabajo, se ganan la vida pagando el precio de la salud de sus pulmones. En los hogares del mundo en desarrollo, el humo producido por los combustibles de biomasa expone a las familias al riesgo de daño respiratorio. En los países desarrollados, las economías de energía han conducido a un dilema imprevisto: la acumulación de polución en las casas y oficinas herméticas cerradas.

En todas partes del mundo, el riesgo principal sigue siendo un envenenamiento gradual de la atmósfera. La Organización Mundial de la Salud informa que actualmente más mil millones de personas viven en ciudades con altas concentraciones de material tóxico; que más de 600 millones están expuestos a los riesgos del dióxido de azufre; que los habitantes en más de la mitad de las ciudades del mundo están amenazados por la intoxicación con el monóxido de carbono, y un tercio de todas las metrópolis tienen tasas de plomo fuera de las normas de seguridad.

La preocupación ha crecido luego de estudios que demuestran que los pulmones sanos son dañados por la polución. Para las personas con lesiones pulmonares previas, la polución puede ser especialmente invalidante o mortal.

La polución no es el precio inevitable del progreso humano. A fin de promover un enfoque del desarrollo que respete realmente el ambiente, la Conferencia Mundial sobre Salud Pulmonar invita a la Organización Mundial de la Salud así como a los gobiernos y las organizaciones no gubernamentales del mundo entero a suscribir las resoluciones siguientes de la presente Conferencia:

- *Que los gobiernos del mundo entero aseguren la protección de los pulmones de los trabajadores definiendo y poniendo en práctica las normas relativas a la exposición a los riesgos del medio ambiente de los lugares de trabajo.*
- *Que los gobiernos y las ONG adopten un concepto más amplio de la polución atmosférica a través de medidas que protejan el medio ambiente doméstico.*
- *Que los gobiernos reduzcan el riesgo de catástrofes del medio ambiente como la de Bhopal, gracias a un control más estricto de las fuentes de polución tóxica, y a través de planes para responder frente a desastres potenciales con una rápida*

CONTINUA EN PAGINA 168

- En Cameron JS, Glasscock RJ eds: The nephrotic syndrome. New York: Marcel y Dekker, 1988; 461-522.
39. **Report of ISKDC.** The primary nephrotic syndrome in children. Identification of patients with minimal change nephrotic syndrome from initial response to prednisone. J. Pediatr. 1981; 98:561-4.
  40. **Meyrier A, Simon P.** Treatment of cortico resistant idiopathic nephrotic syndrome in the adult: minimal change disease and focal segmental glomerulosclerosis. Adv Nephrol 1988; 17:127-50.
  41. **Zucchelli P.** The advantages of immunosuppressive therapy in renal disease. Ann Med Inter 1988; 139:108-111.
  42. **Andrassy R, Ritz E.** Controversy. Immunotherapy in glomerulonephritis indicated or not?. Ann Med Intern 1988; 139: 75-9.
  43. **Broyer M.** La nephrose idiopathique de l'enfant et son traitement. Arch Fr Pediatr 1988; 45:1-4.
  44. **Niaudet P, Habib R, Gagnadoux MF, Tete MJ, Broyer M.** Treatment of severe child hood nephrosis. Adv Nephrol 1988; 17:151-172.
  45. **Cameron JS, Chantler C, Ogg CS et al.** Long term stability of remission in nephrotic syndrome after treatment with cyclophosphamide. Br Med J 1974; 4:7.
  46. **Barnat RM, Osofsky FG, Bercowsky A et al.** Cyclophosphamide mide treatment in esteroide sensitive nephrotic syndrome of child hood. Lancet 1975; 1:55.
  47. **Bergstrand A, Bollgreh I, Samuelsson A.** Idiopathic nephrotic syndrome of child hood: Cyclophosphamide induced conversion from steroid refractory to highly steroid sensitive disease. Clin Nephrol 1973; 1:302.
  48. **International study of Kidney Disease in children.** Prospective, controlled trial of cyclophosphamide therapy in children with the nephrotic syndrome. Lancet 1974; 2:423.
  49. **Grupe WE.** Chlorambucil in steroid dependent nephrotic syndrome. J Pediatr 1973; 82:598.
  50. **Grupe WE, Makker SP, Ingelfinger JR.** Chlorambucil treatment of frequently relapsing nephrotic syndrome. N Engl J Med 1976; 295:746.
  51. **Kleinknecht C, Guesry P, Lenoir G, et al.** Highcost benefit of chlorambucil in frequently relapsing nephrosis. N Engl J Med 1977; 296:48.
  52. **Abramowicz M, Barnett HL, Edelman CM, Jr et al.** Controlled trial of azathioprine in children with nephrotic syndrome. Lancet 1970; 1:959-961.
  53. **Cade R, Mars D, Privette M et al.** Effect of long-term azathioprine administration in adults with minimal change glomerulo nephritis and nephrotic syndrome resistant to corticosteroids. Arch Intern Med 1986; 2:186-188.
  54. **Tamphaichitr P, Tamphaichitr D, Sureeratanan J, Chataisingh S.** Treatment of nephrotic syndrome with levamisole. J Pediatr 1980; 96:490-3.
  55. **Laguerre C, Laurent J, Belgheti D et al.** Cyclosporine and idiopathic nephrotic syndrome. Lancet 1986; 2:692-693.
  56. **Maher E, Sweny P, Chappel M, Varghese Z, Moorhead J.** Cyclosporin in the treatment of steroid-responsive and steroid-resistant nephrotic syndrome in adults. Nephrol Dial Transplant 1988; 3:728-732.
  57. **Hoyer P, Krull F, Brodehl J.** Cyclosporin in frequently relapsing minimal change nephrotic syndrome. Lancet 1986; 2:335.
  58. **Velo M, Egido J, Lozano L.** Tratamiento de las enfermedades glomerulares con ciclosporina A. Nefrología 1988; 3 (supl.1): 9-13.
  59. **Grupo de Estudio de la Sociedad Española de Nefrología.** El empleo de ciclosporina en nefropatías glomerulares. Nefrología 1988; 3 (supl.1): 15-22.
  60. **Nolasco E, Cameron JS, Heywood EF, Hick SJ, Ogg CS, Williams DG.** Adult on set minimal change nephrotic syndrome: Response to corticoids and cyclophosphamide. Proc Eur Dial Trasplant Ass 1984; 21:588-593.

## VIENE DE PAGINA 176

*evacuación y el tratamiento de urgencia de las víctimas.*

- *Que los gobiernos protejan los pulmones de todos sus ciudadanos con controles más estrictos de la emisión de aerosoles ácidos y otros polutos atmosféricos.*
- *Que los gobiernos promuevan el enfoque científico necesario en el control de la polución gracias a una mayor investigación sobre los peligros de la polución al interior y al exterior de los locales.*

## Resolución sobre el Tabaquismo

Con un balance anual de 2,5 millones de víctimas, el tabaco supera a la guerra como una causa de muerte y de sufrimiento humano innecesario. El consumo de tabaco destruye los pulmones sanos transformando a los fumadores en víctimas de cáncer pulmonar, bronquitis crónica, enfisema y cardiopatía. El consumo de tabaco pasivo amenaza adultos

y niños en buen estado de salud con un riesgo muy alto de enfermedad pulmonar.

El conocimiento de la siniestra realidad del tabaco ha hecho disminuir las tasas de consumo en el mundo desarrollado. Para atraer las nuevas generaciones hacia el acostumbramiento a la nicotina, la industria del tabaco ha desplegado una campaña agresiva en los países en desarrollo. La publicidad dirigida a las mujeres y jóvenes presenta el consumo de tabaco como un elemento de sofisticación y de buena salud; los ingresos procedentes de la venta producen en los gobiernos una verdadera adicción a los impuestos al cigarrillo. La atracción a corto plazo del tabaquismo ha llevado a un aumento catastrófico de las tasas de tabaquismo: desde 1970, el consumo de cigarrillos en el mundo en desarrollo prácticamente se ha duplicado.

El costo a largo plazo es una epidemia de enfermedades provocadas por el tabaco, una plaga creada por el hombre que amenaza con asfixiar los sistemas de salud ya sobrecargados. Para responder a esta amenaza, la Conferencia Mundial sobre Salud Pulmonar pide a la Organización Mundial de la Salud y a los gobiernos y organizaciones no gubernamentales del mundo, suscribir las siguientes resoluciones:

- *Que los gobiernos coloquen las vidas de sus pueblos por encima del dinero del tabaco suspendiendo todas las formas de apoyo a la industria del tabaco.*
- *Que los gobiernos impidan las tentativas de inducir a los no fumadores al tabaquismo prohibiendo toda publicidad y toda promoción del tabaco y de sus marcas.*
- *Que los gobiernos cesen de contribuir a aumentar el peso de las enfermedades en otras naciones retirando el apoyo a los programas de importación y exportación de los productos del tabaco.*
- *Que los gobiernos y las ONG protejan los pulmones de los no fumadores a través de políticas que restrinjan o prohíban fumar en los lugares públicos, con severas restricciones en los centros de atención médica, transporte público y escuelas.*
- *Que los profesionales de la salud reconozcan su deber personal de luchar contra la adicción a la nicotina ayudando a los fumadores a eliminar su dependencia del tabaco, y sirviendo como ejemplo público de una sociedad sin tabaquismo.*

CONTINUA EN PAGINA 156

entidades anatomoclínicas agrupadas como glomerulopatías primarias nos permitirá profundizar en los temas planteados en esta introducción.

## Résumé

*Les progrès faits au domaine des glomerulopathies primaires et les critères de classification sont ici analysés.*

*Les glomerulopathies primaires sont définies comme des maladies où le glomérule rénal est exclusivement concerné sans déterminer des troubles dans d'autres tissus.*

*L'histologie rénale est considérée le meilleur critère de classification des glomerulopathies, et c'est grâce à la microscopie électronique et à la immunofluorescence qu'on a pu subdiviser des entités jadis considérées homogènes et qu'on a défini de nouvelles entités nosologiques.*

*On analyse la fréquence des entités anatomocliniques dans notre pays, leurs présentations cliniques et la réalisation de la biopsie rénale aux différents syndromes cliniques.*

## Summary

*This introduction deals with the main advances in the knowledge of primary glomerulopathies, the different classification criteria being discussed.*

*Primary glomerulopathies are defined as diseases which involve in an exclusive or predominant fashion the renal glomerulus, which do not determine alterations in other tissues.*

*It is stressed that the renal histology is the most valuable criterion for the classification of glomerulopathies and that the contributions of electron microscopy and of immunofluorescence have enabled the subdivision of entities*

*formerly regarded as homogeneous and the definition of new nosologic entities.*

*Mention is made of the relative frequency of the anatomoclinical entities in this country. Their clinical presentations are analyzed and the indications for renal biopsy in the different clinical syndromes are discussed.*

## Bibliografía

1. Llopert T, González F, Alvarez A, et al. Situación de la hemodiálisis crónica en el Uruguay. Rev Med Uruguay 1986; 2: 90-4.
2. Glasscock RJ, Adler SG, Ward HJ, Cohen AH. Primary glomerular disease. In: Brenner BM y Rector FC, eds.: The Kidney, 3rd. ed, Philadelphia; W.B. Saunders, 1986: 929-1013.
3. Cameron JS. Glomerulonephritis in Renal Transplants. Transplantation 1982; 34: 237-45.
4. Churg J. Renal disease. Classification and atlas of glomerular diseases. WHO. Tokio: Igaku-Shoin, 1982.
5. Colasanti G, Banfi G, Barbiano di Belgiojoso G et al. Idiopathic IgA mesangial nephropathy. Clinical features. Contrib Nephrol 1984; 40: 147-55.
6. Sinnlanh R, Ku G. Clinicopathologic conditions in IgA nephropathy. In: Robinson RR, ed: Nephrology. New York: Springer-Verlag, 1984: 665.
7. Galvanek EG. IgA and glomerular disease. In: Rosen S (ed) Pathology of Glomerular Disease. New York: Churchill Livingstone 1983: 161.
8. Coggins CH, Frommer JP, Glasscock RJ. Membranous nephropathy. Sem Nephrol 1982; 2: 264.
9. Collaborative Study of the Adult Idiopathic. Nephrotic Syndrome. A controlled study of short-term prednisone treatment in adults with membranous nephropathy. N Engl J Med 1979; 301: 1301.

VIENE DE PAGINA 168

## Resolución complementaria

Antes que Estados Unidos envíe hombres al planeta Marte —misión que ellos prevén dentro de treinta años— diez millones de personas morirán cada año por enfermedades relacionadas con el tabaquismo. Actualmente estas enfermedades producen 2 millones y medio de víctimas cada año. En los últimos años, Estados Unidos ha frenado cada vez más su consumo de tabaco, lo que ha conducido a las compañías de tabaco de Estados Unidos a buscar otros mercados en el plano internacional. En 1989, estas compañías han enviado cien mil millones de cigarrillos al extranjero, la mitad de ellos para Extremo Oriente.

Tailandia es uno de los blancos actuales donde las compañías estadounidenses espe-

ran contrarrestar una excelente campaña que ha permitido instituir una prohibición total de la publicidad sobre el tabaco. Las compañías estadounidenses de tabaco hacen presión actualmente sobre el Representante de comercio exterior de Estados Unidos y el GATT (Acuerdo general sobre las tarifas aduaneras y el comercio) para suspender esta prohibición —a través de la amenaza de sanciones comerciales por parte de Estados Unidos— y abrir Tailandia a la venta y la promoción de los cigarrillos norteamericanos.

El gobierno tailandés ha recurrido al GATT para rechazar este plan y poder controlar la venta de los productos del tabaco como le parezca mejor, incluso la prohibición actual de toda publicidad sobre estos productos.

La Conferencia Mundial sobre Salud Pulmonar invita a las naciones miembros del GATT a suscribir las resoluciones siguientes de esta Conferencia:

- Que los gobiernos miembros del GATT sean conscientes de los efectos tóxicos

del uso del tabaco para la salud, especialmente en la mujer y en el niño, que son los objetivos específicos de la estrategia del marketing norteamericano.

- Que los miembros del GATT rechacen el recurso a las sanciones económicas y a otras medidas para forzar a Tailandia u otra nación a abolir las prohibiciones o restricciones ya existentes sobre la venta, la distribución o la promoción de los productos del tabaco.
- Que las naciones miembros del GATT reconozcan a los gobiernos el derecho soberano —en nombre de la salud de sus pueblos— de aplicar un impuesto, prohibir o restringir la producción, importación, distribución, venta, publicidad y promoción de los productos del tabaco o de ejercer otro control sobre estos productos al interior de su propia mercado.