

*Michael Eriksen  
Judith Mackay  
Hana Ross*

# EL ATLAS DEL TABACO

CUARTA EDICIÓN

*Totalmente revisado y actualizado*



Publicado por la Sociedad Americana contra el Cáncer  
Sede: 250 Williams Street  
Atlanta, Georgia 30303 EE. UU.  
www.cancer.org

Copyright © 2012 The American Cancer Society, Inc.

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada o insertada en un sistema de recuperación o transmitida de cualquier manera por cualquier medio (electrónico, mecánico, fotocopia, registro o cualquier otro) sin el permiso previo por escrito del editor, sin limitar lo especificado bajo los derechos de autor mencionados anteriormente.

ISBN-10: 1-60443-093-1  
ISBN-13: 978-1-60443-093-6

Información del catálogo de publicación de la Biblioteca del Congreso

Mackay, Judith.

El Atlas del tabaco / Judith Longstaff Mackay, Michael Eriksen, Hana Ross. — Cuarta edición

p. cm.

Incluye referencias bibliográficas e índice.

ISBN 978-1-60443-093-6 (libro en pasta blanda: papel alcalino) — ISBN 1-60443-093-1 (libro en pasta blanda: papel alcalino)

1. Consumo de tabaco: mapas. 2. Industria tabacalera: mapas. 3. Geografía médica: mapas.

I. Eriksen, Michael P. II. Ross, Hana. III. Título.

G1046.J94M3 2012

362.29'60223—dc23

2012001286

Desarrollado para la Sociedad Americana contra el Cáncer

Bookhouse Group, Inc.

818 Marietta Street NW

Atlanta, Georgia 30318, EE. UU.

www.bookhouse.net

Editores generales: Debra Daugherty, Sarah Fedota y Steve Hamill

Diseño: Language Department (www.languagedept.com)

Editor colaborador: John M. Daniel

Editor: Bob Land

Impreso en Corea

.....  
**SEGUNDA IMPRESIÓN, *El Atlas del Tabaco*, cuarta edición**

La segunda impresión del *Atlas del Tabaco* incluye diversas actualizaciones y ediciones.

Para conocer más acerca de las diferencias entre la primera impresión y la segunda impresión,

ingrese en [www.TobaccoAtlas.org/blog](http://www.TobaccoAtlas.org/blog).

.....  
Citas sugeridas:

Eriksen M, Mackay J, Ross H. El Atlas del tabaco. Cuarta ed. Atlanta, GA: Sociedad Americana contra el Cáncer; Nueva York, NY:

Fundación Mundial del Pulmón; 2012. También está disponible en la siguiente dirección: [www.TobaccoAtlas.org](http://www.TobaccoAtlas.org)

Las designaciones empleadas y la presentación del material en esta publicación no implican la expresión de ninguna opinión en absoluto por parte de la Sociedad Americana contra el Cáncer sobre la condición jurídica de ningún país, territorio, ciudad, o área de sus autoridades, o sobre la delimitación de sus fronteras o límites. Las líneas punteadas en los mapas representan los límites aproximados, sobre los que puede no haber completo acuerdo. La mención de compañías específicas o productos de ciertos fabricantes no implica que sean aprobados o recomendados por la Sociedad Americana contra el Cáncer en comparación con otros de naturaleza similar que no se hayan mencionado. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula. La Sociedad Americana contra el Cáncer no garantiza que la información contenida en esta publicación sea completa y correcta y no será responsable de ningún daño que pudiera producirse como resultado de su uso. Los autores son los únicos responsables de los puntos de vista expresados en esta publicación.



La cuarta edición del Atlas del tabaco celebra su décimo aniversario.

Puede encontrar el Atlas del tabaco en línea en la siguiente dirección: [www.TobaccoAtlas.org](http://www.TobaccoAtlas.org).

La versión en línea del Atlas ofrece recursos e información adicionales que son exclusivos de la versión interactiva.

## PRÓLOGO 6

*Margaret Chan, directora general, Organización Mundial de la Salud, Michael Bloomberg, filántropo y alcalde de la ciudad de Nueva York John R. Seffrin, director ejecutivo, Sociedad Americana contra el Cáncer, Peter Baldini, director general, Fundación Mundial del Pulmón*

## PREFACIO DE LOS AUTORES 10

## ACERCA DE LOS AUTORES 11

## RECONOCIMIENTOS 12

## DAÑO 14

Capítulo

### 01 MUERTES 16

Porcentaje de muertes causadas por el tabaco • Proyección de muertes causadas por el consumo de tabaco durante el siglo XXI • Proyección de muertes causadas por el tabaco a nivel mundial • Mortalidad por cáncer en hombres en Polonia

Capítulo

### 02 DAÑO POR FUMAR 18

Sustancias químicas mortales en el humo del tabaco • ¿Qué daños causa el tabaco? • Factores de riesgo • Riesgos para la salud de fumar durante el embarazo

Capítulo

### 03 HUMO DE SEGUNDA MANO 20

Porcentaje de jóvenes que viven en hogares donde otros fuman en su presencia • Daño causado por humo de segunda mano • Cantidad mundial de muertes de no fumadores causadas por el humo de segunda mano • Distribución mundial de muertes por exposición al humo de segunda mano

## PRODUCTOS Y SU USO 22

Capítulo

### 04 TIPOS DE CONSUMO DE TABACO 24

Tabaco para fumar • Tabaco sin humo

Capítulo

### 05 SISTEMAS DE SUMINISTRO DE NICOTINA 26

Compañías farmacéuticas • Empresarios • Compañías tabacaleras

Capítulo

06

## CONSUMO DE CIGARRILLOS 28

Consumo anual de cigarrillos • Consumo mundial de cigarrillos por región • El consumo mundial de cigarrillos en un siglo se multiplicó más de 100 veces • Los 5 países con mayor consumo de cigarrillos

Capítulo

07

## CONSUMO DE TABACO EN HOMBRES 30

Porcentaje de hombres que fuman cigarrillos • Prevalencia del consumo de tabaco fumado y muertes en hombres a lo largo de un siglo • Índices bajos de consumo de tabaco fumado • Tendencias en el consumo de tabaco fumado en los países seleccionados

Capítulo

08

## CONSUMO DE TABACO EN MUJERES 32

Porcentaje de mujeres que fuman cigarrillos • Tendencias del consumo de tabaco en países seleccionados • Prevalencia del consumo de tabaco y muertes en mujeres a lo largo de un siglo

Capítulo

09

## CONSUMO DE TABACO EN NIÑOS 34

Porcentaje de estudiantes hombres de 13 a 15 años de edad que fuman cigarrillos • Países con los índices más altos en el consumo de tabaco fumado en niños • Niños que nunca han fumado pero que son propensos a hacerlo en el próximo año

Capítulo

10

## CONSUMO DE TABACO EN NIÑAS 36

Porcentaje de estudiantes mujeres de 13 a 15 años de edad que fuman cigarrillos • Lugares donde la cantidad de niñas que fuman cigarrillos es considerablemente mayor que la de niños • Razones comunes por las que las mujeres jóvenes comienzan a fumar • Niñas que nunca han fumado pero que son propensas a hacerlo en el próximo año

Capítulo

11

## TABACO SIN HUMO 38

Prevalencia del consumo del tabaco sin humo en adultos • Volumen de ventas mundiales de productos de tabaco sin humo • Patrones de consumo doble de productos de tabaco sin humo y fumado • Rapé y cigarrillos vendidos en Suecia

Capítulo

12

## PROFESIONALES DE LA SALUD 40

Prevalencia del hábito de fumar en estudiantes de profesiones de la salud • Proporción de países que ofrecen servicios de apoyo para dejar de fumar en consultorios de profesionales de la salud • Porcentaje de países con centros de salud libres de humo • Incluso las intervenciones breves de apoyo para dejar de fumar son efectivas

## COSTOS 42

Capítulo

13

## COSTOS PARA LA SOCIEDAD 44

Costos directos de fumar como porcentaje del PIB • Los costos de oportunidad de fumar • El tabaco genera pérdidas en los sistemas de atención médica • Costos directos vs. indirectos relacionadas con el consumo de tabaco

Capítulo

14

## PRECIOS DE LOS CIGARRILLOS 46

Precio de 20 cigarrillos Marlboro • Precio de otros productos de tabaco en comparación con los cigarrillos • Precio de la marca local como porcentaje del precio de los cigarrillos Marlboro • ¿A cuánto arroz equivale el precio de un paquete de cigarrillos Marlboro?

Capítulo

15

## ASEQUIBILIDAD DE LOS CIGARRILLOS 48

Ingresos necesarios para comprar 100 paquetes de cigarrillos en 2009 • Minutos de trabajo necesarios para comprar un paquete de cigarrillos • Cambio en la asequibilidad de los cigarrillos entre 2000 y 2010

## INDUSTRIA TABACALERA 50

Capítulo

16

## CULTIVO DEL TABACO 52

Tierra destinada al cultivo de tabaco • Tendencia en la producción de tabaco • Productores más importantes de hojas de tabaco • Principales 5 países con el mayor incremento en toneladas de tabaco producido en la última década

Capítulo

17

## FABRICACIÓN DE CIGARRILLOS 54

Producción de cigarrillos por país • ¿Quién recibe el dinero que se gasta en cigarrillo? • Los cigarrillos son el producto dominante pero no son el único producto de la industria tabacalera • Principales 5 países exportadores de cigarrillos • Cambio en la producción mundial de cigarrillos desde 2000 hasta 2010

Capítulo

18

## COMPAÑÍAS TABACALERAS 56

Participación en el mercado de cigarrillos • Participación en el mercado mundial de cigarrillos • Compensación de los directores ejecutivos de las compañías tabacaleras • Ganancias de las compañías tabacaleras

Capítulo

**19 CIGARRILLOS ILÍCITOS** 58

"Illicit cigarette market share" • Precios de los cigarrillos y comercio ilícito de cigarrillos en el Reino Unido • La industria tiende a exagerar el alcance del comercio ilícito

Capítulo

**20 MERCADEO DEL TABACO** 60

Porcentaje de jóvenes que tienen algún objeto con el logo del tabaco • Gastos de mercadeo de cigarrillos • Publicidad de los cigarrillos vista por adultos en países de ingresos bajos y medios

Capítulo

**21 INFLUENCIA INDEBIDA** 62

Influencia de la industria tabacalera al descubierto • Contribuciones totales de las grandes compañías tabacaleras para las elecciones federales

**SOLUCIONES** 64

Capítulo

**22 DERECHOS Y TRATADOS** 66

Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco • Tratados internacionales, convenciones, y acuerdos • Reunión de alto nivel de la ONU sobre las enfermedades no transmisibles (ENT) • Principales disposiciones del CMCT de la OMS • Partes del CMCT de la OMS de 2002 a 2012

Capítulo

**23 ESTRATEGIAS DE LA SALUD PÚBLICA** 68

Vigilancia: Monitoreo de la epidemia del tabaquismo • Estrategia de Salud Pública • Recursos insuficientes

Capítulo

**24 AMBIENTES LIBRES DE HUMO** 70

Ambientes libres de humo • Las políticas de ambientes libres de humo tienden a ser bien recibidas luego de un año de la prohibición • Ventas en restaurantes sin pérdidas • Las prohibiciones de fumar en restaurantes están aumentando

Capítulo

**25 ABANDONO DEL HÁBITO DE FUMAR** 72

Recursos disponibles por país para dejar de fumar • Intentos por dejar de fumar • Cronograma para dejar de fumar • Servicios nacionales de tratamiento de la dependencia del tabaco

Capítulo

**26 CAMPAÑAS EN LOS MEDIOS MASIVOS DE COMUNICACIÓN** 74

Campañas antitabaco en los medios masivos de comunicación • Anuncios publicitarios con imágenes viscerales • Adultos que notaron la información en contra del hábito de fumar en la radio o la televisión • La rueda de las comunicaciones en los medios masivos en el control del tabaco

Capítulo

**27 ETIQUETADO DEL PRODUCTO** 76

Etiquetas de advertencia propuestas o implementadas en los paquetes • Leyes de etiquetado de productos • Empaquetado sencillo

Capítulo

**28 PROHIBICIONES DE MERCADEO** 78

Prohibiciones de publicidades directas e indirectas • Extractos de los hallazgos de mercadeo contra de la industria tabacalera • Los nuevos medios de comunicación pueden eludir las prohibiciones de publicidad • Prohibiciones de publicidad en los puntos de venta

Capítulo

**29 IMPUESTOS SOBRE EL TABACO** 80

Impuesto especial como porcentaje del precio del cigarrillo • Los ingresos fiscales del tabaco aumentan a medida que los impuestos sobre el tabaco aumentan • El consumo de cigarrillos disminuye a medida que los impuestos sobre el tabaco aumentan

Capítulo

**30 IMPUGNACIONES LEGALES Y LITIGIO** 82

Impugnaciones legales contra la legislación para el control del tabaco • Historia de las estrategias de litigio de daños en el control del tabaco en EE. UU.

Capítulo

**31 EL FUTURO** 84

Orientaciones de futuras políticas • Políticas y acciones futuras recomendadas

**HISTORIA DEL TABACO** 86**GLOSARIO** 94**CUADROS MUNDIALES** 98**FUENTES Y MÉTODOS** 114**ÍNDICE** 131

“Falta mucho para que la batalla termine. A menos que la prevalencia del hábito de fumar se reduzca considerablemente, la cantidad de fumadores aumentará en el mundo en las próximas décadas, principalmente debido a la expansión de la población en países con ingresos bajos y medios. Las medidas para afrontar la epidemia siguen estando seriamente mal financiadas”.

*Margaret Chan, Directora General, OMS, 2012*



La primera y pionera edición del Atlas del tabaco fue publicada por la Organización Mundial de la Salud en 2002. Las palabras de la anterior directora general de la OMS, Dra. Gro Harlem Brundtland, siguen resonando en la actualidad:

“Hablemos claro: El tabaco es un asesino. No se debería publicitar, subsidiar ni idealizar”. Su prólogo en la primera edición fue un llamado a la realización del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT de la OMS), que se implementaría muchos años después, y a la creación de una “alianza vibrante con otras agencias de la ONU, organizaciones no gubernamentales, el sector privado, instituciones académicas o de investigación, y donantes”.

Muchas de estas ambiciones han sido logradas, por ejemplo:

- 2005: El CMCT de la OMS entró en vigor.
- Hoy en día el CMCT de la OMS tiene 174 Partes.
- 2011: En la Reunión de alto nivel de las Naciones Unidas sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (ENT), se reconoció que el control del tabaco es un elemento clave en la reducción de la expansión de las ENT. La OMS desempeña las funciones de secretaria para llevar adelante la declaración política de la reunión, y actúa como enlace con otras agencias de la ONU para desarrollar objetivos voluntarios para 2025.

Para ayudar a los países a cumplir algunas de sus obligaciones con respecto al CMCT de la OMS, la OMS ha destacado las buenas y las mejores medidas para reducir el consumo de tabaco: el plan MPOWER de seis medidas rentables que disminuyen la demanda del tabaco. Como resultado de las medidas decisivas adoptadas por muchos países en todo el mundo, 1,1 mil millones de personas han quedado cubiertas en los últimos dos años por al menos una de estas medidas recientemente aplicadas en el nivel más alto.

Las cuatro ediciones del Atlas del tabaco han utilizado datos publicados de fuentes de la OMS, especialmente del Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, y los datos recientemente disponibles de la mortalidad atribuible al

consumo de tabaco. Además, los atlas contienen datos del Sistema Mundial de Vigilancia de Tabaco (GTSS): la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes, (GYTS), la Encuesta Mundial de Personal de las Escuelas (GSPS), la Encuesta Mundial de Estudiantes de Profesiones de la Salud (GHPSS), y la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos (GATS), un proyecto conjunto entre la OMS y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos (un ejemplo de una colaboración exitosa en el monitoreo de la epidemia del tabaquismo).

Falta mucho para que la batalla termine. A menos que la prevalencia del hábito de fumar se reduzca considerablemente, la cantidad de fumadores aumentará en el mundo en las próximas décadas, principalmente debido a la expansión de la población en países con ingresos bajos y medios. Las medidas para afrontar la epidemia siguen estando seriamente mal financiadas. A medida que la promoción sutil de sus productos mortales bajo la apariencia de “causas o prácticas comerciales socialmente responsables” va quedando al descubierto, la industria tabacalera ha adoptado nuevas tácticas más atrevidas para debilitar y contrarrestar las medidas de control del tabaco por medio de impugnaciones legales contra la legislación para el control del tabaco, y del uso de acuerdos comerciales bilaterales para hacer frente a las leyes firmes. Las grandes tabacaleras tienen el suficiente poder adquisitivo para contratar a los mejores abogados y las mejores empresas de relaciones públicas que el dinero pueda comprar. El poder económico intenta superar cualquier argumento moral, ético o de la salud pública y quiere echar por tierra hasta la evidencia científica más condenatoria. Exhorto a todos los países a mantenerse firmes y juntos, y a no ceder ante la presión. No debemos permitir jamás que la industria tabacalera se imponga.

Me gustaría ver un mundo unido que ya no acepte los efectos perjudiciales del tabaco en la salud y la economía, y que reconozca que el control del tabaco y la total implementación del CMCT de la OMS son positivos para la salud y la economía de naciones.

**Margaret Chan**

*Directora General, Organización Mundial de la Salud*

“Les recomiendo a defensores, responsables políticos, profesionales de atención médica, periodistas, y comentaristas que revisen detenidamente el contenido del Atlas del tabaco y usen la información para promover la acción”.

*Michael Bloomberg, filántropo y alcalde de la ciudad de Nueva York, EE. UU., 2012*



Cada seis segundos, alguien muere en algún lugar del mundo a causa del consumo de tabaco. Si no se adoptan medidas mundiales concertadas, este índice se acelerará. En la reciente Reunión de alto nivel de las Naciones Unidas sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (ENT) en la ciudad de Nueva York,

los líderes de gobierno reconocieron que el consumo de tabaco es la causa de muerte más evitable del mundo moderno; sin embargo, no se estableció ningún objetivo sólido para enfrentar esta pandemia mundial.

Debemos tomar medidas ahora. De lo contrario, el tabaco se cobrará mil millones de vidas durante este siglo. Pero la buena noticia es que existen soluciones para combatir esta pandemia mortal. El plan MPOWER presenta seis medidas efectivas comprobadas que los países pueden tomar ahora para reducir el consumo de tabaco. Los gobiernos han aplicado cada vez más las políticas MPOWER durante los últimos años. La estrategia MPOWER incluye: Monitoreo del consumo de tabaco y políticas de prevención; Protección de la población contra el humo del tabaco; Ofrecimiento de ayuda para quienes deseen dejar de fumar; Advertencia acerca de los peligros del tabaco; Imposición de las prohibiciones de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco; y Aumento de los impuestos sobre el tabaco.

Aunque se ha logrado un progreso importante en los últimos años, aún queda mucho trabajo por hacer. La mayoría de los países podrían hacer mucho más para informar adecuadamente a sus ciudadanos sobre las enfermedades y muertes causadas por el tabaco, especialmente mediante los medios de comunicación y las advertencias de salud gráficas. Los impuestos sobre los productos de tabaco deben incrementarse y se debe implementar el empaquetado sencillo. Estas son todas estrategias rentables comprobadas que ayudan a reducir el consumo de tabaco.

Durante los primeros cinco años de la Iniciativa Bloomberg para reducir el consumo de tabaco, presenciamos un extraordinario

progreso a nivel mundial: 21 países aprobaron leyes de ambientes 100 % libres de humo, hubo un incremento del 400 % en la proporción de personas protegidas del humo de segunda mano, se elaboraron más de 300 leyes antitabaco o se realizaron consultas, y 7000 profesionales de la salud pública fueron capacitados en el control del tabaco. Bloomberg Philanthropies respalda estos esfuerzos a través de organizaciones asociadas como la Organización Mundial de la Salud, la Campaña para Niños Libres de Tabaco, la Fundación Mundial del Pulmón, la Fundación CDC, y la Escuela Bloomberg de Salud Pública de la Universidad de Johns Hopkins.

En la lucha mundial contra el tabaco, la información es una de nuestras armas más poderosas. El Atlas del tabaco es un recurso invaluable para recopilar nuestro conocimiento actual sobre el tabaco y demostrar la verdadera naturaleza de esta pandemia mundial.

Por ejemplo, el Atlas del tabaco advierte que más del 89 % de la población mundial no está protegida por las leyes de ambientes libres de humo. Podemos usar el Atlas para educar a los consumidores y a los profesionales de atención médica sobre los riesgos del consumo de tabaco, refutar la información errónea, compartir estrategias exitosas de control del tabaco, y para presionar a favor de una legislación que proteja de manera óptima a los ciudadanos del mundo de los daños que produce el consumo de tabaco.

Les recomiendo a defensores, responsables políticos, profesionales de atención médica, periodistas, y comentaristas que revisen detenidamente el contenido del Atlas del tabaco y usen la información para promover la acción. Podemos cambiar el curso de esta pandemia. Un control efectivo del tabaco podría ayudar a reducir el cantidad casos de ENT y prevenir las muertes relacionadas con el tabaco más que cualquier otra medida. Podemos proteger a nuestros ciudadanos, nuestra economía, nuestro planeta y las futuras generaciones, pero necesitamos actuar ahora.

**Michael Bloomberg**

*Filántropo y Alcalde de la Ciudad de Nueva York, EE. UU.*

“Este décimo aniversario del Atlas del tabaco marca un buen momento para reflexionar sobre los logros que hemos obtenido en esta lucha y para buscar formas de seguir progresando”.

*John R. Seffrin y Peter Baldini, EE. UU., 2012*

El tabaco es el único producto legal que, cuando se usa siguiendo las instrucciones, causa la muerte. Su influencia llega a todos los rincones del planeta, amenazando vidas y medios de subsistencia, y poniendo en peligro la salud y la prosperidad en las naciones desarrolladas como en las que están en desarrollo.

Si no se controla, se prevé que el consumo de tabaco causará la muerte de más de 8 millones de personas cada año en todo el mundo para 2030, y que se cobrará la pasmosa cifra de mil millones de vidas en este siglo.

La buena noticia es que sabemos cómo detener esta epidemia mortal, y hemos demostrado tener éxito en esta tarea. Simplemente debemos educar, fomentar la toma de conciencia e implementar estas estrategias en todo el mundo. Este décimo aniversario del Atlas del tabaco marca un buen momento para reflexionar sobre los logros que hemos obtenido en esta lucha y para buscar formas de seguir progresando. Hemos visto muchos acontecimientos importantes en el control del tabaco durante la última década, pero aún queda mucho por hacer, especialmente en países con ingresos bajos y medios, donde habita el 85 % de la población mundial.

En 2003 se logró una victoria importante con la adopción unánime del Convenio Marco para el Control del Tabaco por parte de la Organización Mundial de la Salud (CMCT de la OMS). Desde entonces, la mayoría de los países elegibles ha adoptado una postura frente al tabaco, ratificando este primer tratado de salud pública mundial.

Partiendo de esta labor, la OMS presentó en 2008 su modelo MPOWER, que ofrece estrategias para implementar y gestionar el control del tabaco, y proporciona una guía comprobada para los encargados de formular políticas, los defensores y los profesionales de la salud pública.

En septiembre de 2011, la lucha contra el tabaco tomó un nuevo impulso en el momento en que los líderes mundiales se reunieron en Nueva York para la primera Reunión de alto nivel de las Naciones Unidas sobre las enfermedades no transmisibles (ENT). En esa histórica reunión, los líderes mundiales aprobaron por unanimidad un plan de acción de lucha contra las ENT. Este plan tiene el potencial de producir un impacto significativo en la lucha contra el tabaco. También exige una mayor colaboración internacional y la



creación de programas que ayuden en la lucha contra el tabaco, como por ejemplo, la creación de lugares de trabajo libres de tabaco.

Estos acontecimientos importantes son impresionantes, pero también lo son los desafíos y las oportunidades futuras. Mientras que en Estados Unidos y muchas otras naciones con ingresos altos los índices de consumo de tabaco fumado han ido disminuyendo lentamente en los últimos 25 años, en las naciones con ingresos bajos y medios, que son a su vez las que están menos preparadas para hacer frente a los efectos de las enfermedades asociadas al tabaco, han ido aumentando. En 2011, el consumo de tabaco mató aproximadamente a 6 millones de personas en todo el mundo, y el 80 % de esas muertes ocurrió en naciones con ingresos bajos y medios. Ahora es el momento de una acción concertada para salvar vidas y detener esta plaga creciente —simplemente no podemos esperar.

Con la colaboración y el compromiso intersectoriales, las economías emergentes pueden prosperar en lugar de tambalear, y millones de millones de vidas pueden salvarse, en lugar de perderse a causa del tabaco. Creemos que esta cuarta edición totalmente nueva del Atlas del tabaco será una herramienta esencial, ya que la gente en todo el mundo está tratando de comprender —y ayudar a revertir— la creciente ola de sufrimiento y muertes causados por el tabaco. Esperamos que en 10 años estemos contando la historia de nuestra más grande victoria: un mundo bien encaminado hacia la derrota final del tabaco.

**John R. Seffrin**  
CEO, Sociedad  
Americana contra el  
Cáncer, EE. UU.

**Peter Baldini**  
Director Ejecutivo,  
Fundación Mundial del  
Pulmón, EE. UU.

**DESDE EL LANZAMIENTO DEL PRIMER ATLAS DEL TABACO EN 2002, SE HA OBTENIDO UN GRAN PROGRESO EN LOS ESFUERZOS MUNDIALES PARA PROMOVER EL CONTROL DEL TABACO, PERO AÚN QUEDA MUCHO POR HACER. DE HECHO, LOS DIEZ AÑOS QUE SIGUIERON A 2002 HAN SIDO QUIZÁS EL PERÍODO MÁS PRODUCTIVO EN LA HISTORIA DEL CONTROL DEL TABACO.**

Durante los últimos 10 años, se han logrado éxitos significativos multilaterales, filantrópicos, gubernamentales y de la sociedad civil. Por ejemplo, en 2002, el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT de la OMS) todavía se estaba debatiendo por el Órgano de Negociación Intergubernamental y aún no estaba aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud. Con el apoyo de la sociedad civil y especialmente de los países con ingresos bajos y medios, se aprobó un CMCT de la OMS firme. En la actualidad, el CMCT de la OMS es uno de los tratados con mayor adopción en la historia de las Naciones Unidas, con 174 Partes del Convenio que cubren el 85 % de la población mundial.

En septiembre de 2011, la ONU celebró una reunión de alto nivel sin precedentes sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, con el claro reconocimiento de que la lucha contra el consumo de tabaco es fundamental para alcanzar el éxito. Los países estuvieron de acuerdo en que la lucha contra las enfermedades no transmisibles jamás se podrá ganar a menos que tengamos éxito en la reducción del consumo de tabaco (el único factor de riesgo común entre las cuatro principales enfermedades crónicas: cáncer, enfermedad cardíaca, enfermedad pulmonar crónica y diabetes). La declaración política resultante de la reunión de alto nivel insta a los líderes de gobierno a reconocer que el daño económico causado por el consumo de tabaco es insostenible, y a implementar intervenciones efectivas para el control del tabaco compatibles con el CMCT de la OMS.

En 2002, mientras algunos países con ingresos altos invertían en el control del tabaco a nivel nacional, otros países, especialmente los de ingresos bajos, invertían solo escasos recursos en este ámbito. Esta situación cambió drásticamente gracias a la inversión de USD 500 millones de los filántropos Michael Bloomberg y Bill Gates. Esta inversión sin precedentes fue motivada por la creencia de que la implementación de programas efectivos para el control del tabaco podría salvar vidas a un nivel equivalente o superior al de una inversión similar en programas contra el VIH o la malaria. Como resultado de esta inversión, se agruparon intervenciones para el control efectivo del tabaco y se promocionaron a nivel mundial en los países con ingresos bajos y medios en virtud de la consigna de MPOWER de la OMS. Ahora bien, había recursos y programas basados en la evidencia en los cuales invertir.

Para que las inversiones sean sostenidas y los programas mejorados, se debe disponer de sistemas para documentar el problema y medir los resultados. Desde el tiempo (o la época) de la primera edición del Atlas del tabaco, y como parte del

Sistema Mundial de Vigilancia de Tabaco (GTSS), se estableció e implementó la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos (GATS) en los países con el mayor número de consumo de tabaco, y se expandió la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes (GYTS) para evaluar el comportamiento provocado por el consumo de tabaco en más de 2 millones de niños en más de 150 países. La GYTS se llevó a cabo muchas veces en los mismos países, de manera que ahora podemos monitorear las tendencias importantes del consumo de tabaco en la juventud: algo que anteriormente no se hacía.

Además de estas historias de éxitos mundiales, existen muchísimos ejemplos en todo el mundo de países individuales que han intensificado la implementación de las provisiones del CMCT de la OMS y, en muchos casos, sobrepasado sus obligaciones. Las prohibiciones de mercadeo, las leyes de aire limpio en interiores, las etiquetas gráficas de advertencia, el aumento de los impuestos y los litigios que responsabilizan a la industria tabacalera por los daños que ha causado se están convirtiendo en la norma en lugar de la excepción. Quizás el esfuerzo reciente más notable ha sido que el Gobierno de Australia haya exigido el empaquetado sencillo de los cigarrillos. Aunque la industria tabacalera está impugnando esta ley, la audaz medida de Australia ha dado un nuevo ímpetu a los esfuerzos mundiales para el control del tabaco y probablemente dará origen a similares campañas de empaquetado sencillo en todo el mundo.

Si bien se han obtenido muchos logros, aún queda mucho por hacer. El consumo de tabaco continúa matando a millones de personas por año, y la industria tabacalera continúa operando de una manera relativamente libre de restricciones. Además, el éxito logrado en el control del tabaco es algo desigual entre los países y el progreso sostenido nunca está garantizado. La industria tabacalera es hábil y efectiva en su capacidad para influenciar las políticas públicas (incluidas las tácticas legales, económicas y comerciales) de una manera que perjudica la salud pública.

Los autores tienen la esperanza de que la cuarta edición del Atlas del tabaco sirva como una herramienta para recordar a quienes toman las decisiones y a la sociedad civil que, aunque se ha obtenido un gran progreso, la industria es implacable en sus esfuerzos por vender más productos, sin importarle los daños que ocasiona en sus consumidores. Debemos ser igualmente implacables en nuestros esfuerzos por promover el control del tabaco y, en la medida de lo posible, limitar el consumo de tabaco a un error asociado al siglo XX.

## Michael Eriksen



Michael Eriksen es profesor y director fundador del Instituto de Salud Pública de la Universidad Estatal de Georgia. También es director del “Partnership for

Urban Health Research y Center of Excellence in Health Disparities Research” de la Universidad Estatal de Georgia. Antes de ejercer sus actuales funciones, Eriksen fue asesor principal en la Organización Mundial de la Salud en Ginebra y el director de la Oficina de Tabaquismo y Salud de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) con la mayor permanencia en este cargo (1992–2000). Anteriormente, Eriksen fue director de investigación del comportamiento en el M.D. Anderson Cancer Center. Recientemente se desempeñó como asesor en la Fundación Bill y Melinda Gates, la Fundación Robert Wood Johnson, la Fundación American Legacy y la Fundación CDC.

Eriksen ha hecho extensas publicaciones sobre la prevención y el control del tabaco y ha sido testigo experto en litigios contra la industria tabacalera en representación del Departamento de Justicia de EE. UU. y de la Comisión Federal de Comercio. Es jefe de redacción de “Health Education Research” y ha sido designado especialista distinguido en cáncer por la Coalición del Cáncer de Georgia. Se le ha otorgado la medalla conmemorativa de la OMS sobre el tabaco o la salud y una Mención Presidencial por su servicio meritorio, concedida por el expresidente Bill Clinton. Eriksen es expresidente y miembro distinguido de la Sociedad para la Educación en Salud Pública, y ha sido miembro de la Asociación Americana de Salud Pública durante más de 35 años.

## Judith Longstaff Mackay



Judith Longstaff Mackay es médica con base en Hong-Kong. Es asesora principal en la Fundación Mundial del Pulmón, asesora principal de políticas

en la Organización Mundial de la Salud y directora de la Consultoría Asiática para el Control del Tabaco. Mantiene cátedras en la Academia China de Medicina Preventiva y en el Departamento de Medicina Comunitaria en la Universidad de Hong Kong. Después de una temprana carrera como médica hospitalaria, se cambió a la salud pública. Es miembro del Real Colegio de Médicos de Edimburgo y Londres. Ha escrito o escrito conjuntamente 10 atlas de la salud, ha publicado 200 artículos y ha dirigido más de 450 conferencias sobre el control del tabaco.

Mackay ha recibido diversos premios internacionales, incluidos la medalla conmemorativa de la OMS, premios reales de la Reina Elizabeth II del Reino Unido y del Rey de Tailandia, Bhumibol Adulyadej, el Premio Fries por el mejoramiento de la salud, el Luther Terry Award por liderazgo individual excepcional, el US Surgeon General’s Medallion, el premio “Founding International Achievement Award” de la Asociación Asia Pacífico para el Control del Tabaco y el premio “Lifetime Achievement Award” de la Red Internacional de Mujeres contra el Tabaco. Fue elegida como una de los 60 héroes asiáticos por la revista Time (2006) y una de las 100 personas con más influencia en el mundo también por la revista Time (2007) y recibió el primer premio “Lifetime Achievement Award” de British Medical Journal Group (2009). La industria tabacalera la ha identificado como una de las tres personas más peligrosas del mundo.

## Hana Ross



Hana Ross tiene más de 12 años de experiencia en la realización de investigaciones sobre la economía del control del tabaco y la gestión de proyectos

de investigación en países con ingresos bajos y medios, incluidos proyectos financiados por el Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud, la Fundación Rockefeller, la “Open Society Institute,” la Fundación Robert Wood Johnson, la Comisión Europea, la Iniciativa Global Bloomberg y la Fundación Bill y Melinda Gates. En 2006 Ross se unió al Departamento de Investigación Interna de la Sociedad Americana contra el Cáncer y actualmente desempeña la función de directora ejecutiva del Programa de Investigación para el Control Internacional del Tabaco. Ha publicado más de 50 artículos e informes independientes sobre asuntos relacionados con los impuestos sobre el tabaco, los precios de los cigarrillos, los costos de fumar, el comercio ilícito, las leyes de acceso de los jóvenes, y otros aspectos económicos del control del tabaco. Asimismo, es una de las autoras de la tercera edición del Atlas del tabaco. Sus proyectos actuales de investigación se centran en el impacto económico de las intervenciones para el control del tabaco en el Sudeste Asiático, las antiguas Repúblicas Soviéticas, Europa Oriental y Central, y África. También le interesa el impacto económico del consumo de tabaco sin humo, la economía del comportamiento y el impacto económico general de las enfermedades no transmisibles. Ross apoya actualmente varios proyectos de investigación sobre desarrollo de la capacidad, y se centra principalmente en el Sudeste Asiático y África. Obtuvo su título universitario superior y su maestría en la Facultad de Economía de Praga, y en el año 2000 recibió su doctorado en Economía de la Universidad de Illinois en Chicago.

## MUCHAS PERSONAS HAN CONTRIBUIDO CON LA ELABORACIÓN DE ESTE ATLAS.

Quisiéramos agradecer especialmente a nuestros principales investigadores: Carrie Whitney, Universidad Estatal de Georgia; Kimberly Sebek, Fundación Mundial del Pulmón (WLF); y Michal Stoklosa, Sociedad Americana contra el Cáncer (ACS). Entre otros investigadores se encuentran Evan Blecher y Alex Liber, Investigación para el Control Internacional del Tabaco, Sociedad Americana contra el Cáncer; y Hailey Dong, Tiffany Joseph e Ichhya Pant, Universidad Estatal de Georgia.

Nuestro sincero agradecimiento a la Sociedad Americana contra el Cáncer y la Fundación Mundial del Pulmón por su generoso apoyo financiero e integral con la cuarta edición del Atlas del tabaco.

Nos gustaría agradecer especialmente a Debra Daugherty de la Sociedad Americana contra el Cáncer y a Stephen Hamill de la Fundación Mundial del Pulmón por su importante participación y organización en este proyecto, así como a Nathan Grey de la Sociedad Americana contra el Cáncer y a Sandra Mullin de la Fundación Mundial del Pulmón por su liderazgo. Además, nos gustaría agradecer a Len Boswell, Otis W. Brawley, Bob Chapman, John M. Daniel, Jacqui Drope, Jay Evans, Thomas Glynn, Soumya Hombaiah, Vanika Jordan, J. Leonard Lichtenfeld, Ann McMikel, Gail Richman, y Brenda Wilson, Sociedad Americana contra el Cáncer. También queremos brindar reconocimiento a la Universidad Estatal de Georgia y la Coalición del Cáncer de Georgia por su apoyo profesional y financiero. Agradecemos asimismo a Bloomberg Philanthropies por su enorme apoyo al Atlas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) trabajaron exhaustivamente para proporcionar datos mundiales en un esfuerzo por hacer que el Atlas sea lo más actualizado y completo posible. Muchas gracias a la OMS por la publicación temprana del Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, el Informe y los datos de 2011, y a los CDC por la publicación de los datos de la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes y la Encuesta Mundial de Estudiantes de Profesiones de la Salud.

También agradecemos a la OMS y a los CDC por realizar la revisión de todo el manuscrito del Atlas para proporcionar retroalimentación y comentarios durante el proceso de redacción. Agradecemos especialmente a Douglas Bettcher, Alison Commar, Anne-Marie Perucic, Armando Peruga, Sameer Pujari, Kerstin Schotte, Edouard Tursan d'Espaignet y Ayda Yurekli de la Iniciativa Liberarse del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud; y de igual modo a Samira Asma, Linda Anton, Eugene Lam, Kyung Ah Lee, Nichol Lowman, Krishna Palipudi, Italia Rolle, Raydel Valdez Salgado y Mikyong Shin de la Oficina de Tabaquismo y Salud, Control Global del Tabaco, de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.

Agradecemos la contribución de las ediciones primera, segunda y tercera del Atlas a esta edición por el décimo aniversario. Durante la década pasada, el Atlas ha sido desarrollado por la Organización Mundial de la Salud, editor original; Myriad Editions, distribuidor de la primera y la segunda edición; Omar Shafey, autor principal de la tercera edición; y otros colaboradores.

Nos gustaría agradecer a Jenn Cash, Tanya Quick, Lizania Cruz, y Urcella Di Pietro del "Language Department" quienes diseñaron la cuarta edición del Atlas del tabaco. Su creatividad y atención a los detalles tuvieron como resultado una espectacular y extraordinaria edición por el décimo aniversario.

Nuestro agradecimiento a Sarah Fedota por su estupenda labor como editora general.

**AGRADECEMOS A LAS SIGUIENTES PERSONAS POR ASESORARNOS SOBRE CAPÍTULOS Y DATOS ESPECÍFICOS:**

### 01 MUERTES

**Edouard Tursan d'Espaignet**, Iniciativa para Liberarse del Tabaco, Organización Mundial de la Salud, Suiza

**Majid Ezzati**, Escuela de Salud Pública, Imperial College, London, Reino Unido

**Alan Lopez**, Escuela de Salud Poblacional, Universidad de Queensland, Australia

**Colin Mathers**, Cluster de Evidencia e Información de Políticas, Organización Mundial de la Salud, Suiza

**Richard Peto**, Unidad de Servicio de Ensayos Clínicos, Universidad de Oxford, Reino Unido

### 02 DAÑO POR FUMAR

**Jonathan Samet**, Instituto para la Salud Global, Universidad del Sur de California, EE. UU.

### 03 HUMO DE SEGUNDA MANO

**Italia Rolle**, Oficina de Tabaquismo y Salud, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, EE. UU.

**Jonathan Samet**, Instituto para la Salud Global, Universidad del Sur de California, EE. UU.

### 04 TIPOS DE CONSUMO DE TABACO

**Margaretha Haglund**, Tankesmedjan Tobaksfakta, Tobaksfakta, Suecia

### 05 SISTEMAS DE SUMINISTRO DE NICOTINA

**Gregory Connolly**, Centro para el Control Global del Tabaco, Escuela de Salud Pública de Harvard University, EE. UU.

### 06 CONSUMO DE CIGARRILLOS

**Emmanuel Guindon**, Propel Centre for Population Health Impact, Universidad de Waterloo, Canadá

### 07 CONSUMO DE TABACO EN HOMBRES

**Edouard Tursan d'Espaignet**, Iniciativa para Liberarse del Tabaco, Organización Mundial de la Salud, Suiza

### 08 CONSUMO DE TABACO EN MUJERES

**Edouard Tursan d'Espaignet**, Iniciativa para Liberarse del Tabaco, Organización Mundial de la Salud, Suiza

### 09 CONSUMO DE TABACO EN NIÑOS

**Laura Kann**, Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y la Promoción de la Salud, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, EE. UU.

**Terry Pechacek**, Oficina de Tabaquismo y Salud, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, EE. UU.

**Leanne Riley**, Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Suiza

**Italia Rolle**, Oficina de Tabaquismo y Salud, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, EE. UU.

### 10 CONSUMO DE TABACO EN NIÑAS

**Laura Kann**, Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y la Promoción de la Salud, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, EE. UU.

**Terry Pechacek**, Oficina de Tabaquismo y Salud, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, EE. UU.

**Leanne Riley**, Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Suiza

**Italia Rolle**, Oficina de Tabaquismo y Salud, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, EE. UU.

### 11 TABACO SIN HUMO

**Krishna Palipudi**, Oficina de Tabaquismo y Salud, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, EE. UU.

### 12 PROFESIONALES DE LA SALUD

**Italia Rolle**, Oficina de Tabaquismo y Salud, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, EE. UU.

**Wick Warren**, División de Prevención de la Violencia, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, EE. UU.

### 13 COSTOS PARA LA SOCIEDAD

**Sarah McGhee**, Departamento de Medicina Comunitaria, Escuela de Salud Pública, Universidad de Hong Kong, Hong Kong, SAR

### 14 PRECIOS DE LOS CIGARRILLOS

**Frank Chaloupka**, Instituto de Investigación y Políticas de Salud, Universidad de Illinois en Chicago, EE. UU.

### 15 ASEQUIBILIDAD DE LOS CIGARRILLOS

**Frank Chaloupka**, Instituto de Investigación y Políticas de Salud, Universidad de Illinois en Chicago, EE. UU.

### 16 CULTIVO DEL TABACO

**Tom Capehart**, Servicio de Investigación Económica, Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, EE. UU.

### 17 FABRICACIÓN DE CIGARRILLOS

**Sarah Barber**, Desarrollo del Sector de la Salud, Organización Mundial de la Salud, WPRO, Filipinas

**Matthew Kohrman**, Departamento de Antropología, Stanford University, EE. UU.

### 18 COMPAÑÍAS TABACALERAS

**Teh-Wei Hu**, Universidad de California, Berkeley, EE. UU.

**Wang Ke-an**, Centro de Investigación para el Desarrollo de la Salud Think Tank, China

**Monique Muggli**, Consorcio Legal Internacional, Campaña para Niños Libres de Tabaco, EE. UU.

### 19 CIGARRILLOS ILÍCITOS

**Luk Joossens**, Asociación de Ligas Europeas contra el Cáncer y Fundación Belga contra el Cáncer, Bélgica

### 20 MERCADEO DEL TABACO

**Becky Freeman**, Escuela de Salud Pública, Escuela Médica de Sydney, Universidad de Sydney, Australia

**Italia Rolle**, Oficina de Tabaquismo y Salud, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, EE. UU.

### 21 INFLUENCIA INDEBIDA

**Monique Muggli**, Consorcio Legal Internacional, Campaña para Niños Libres de Tabaco, EE. UU.

### 22 DERECHOS Y TRATADOS

**Marty Otanez**, Departamento de Antropología, Universidad de Colorado, Denver, EE. UU.

### 23 ESTRATEGIAS DE LA SALUD PÚBLICA

**Kenneth Warner**, Escuela de Salud Pública de la Universidad de Michigan, EE. UU.

### 24 AMBIENTES LIBRES DE HUMO

**Jim Middleton**, Clear the Air, Hong Kong, SAR

### 25 ABANDONO DEL HÁBITO DE FUMAR

**Sophia Chan**, Departamento de Enfermería, Universidad de Hong Kong, Hong Kong, SAR

**Geoffrey Fong**, Universidad de Waterloo, Canadá

### 26 CAMPAÑAS EN LOS MEDIOS MASIVOS DE COMUNICACIÓN

**Melanie Wakefield**, Centro de Investigación Conductual del Cáncer, Victoria Cancer Council, Australia

### 27 ETIQUETADO DEL PRODUCTO

**Rob Cunningham**, Sociedad Canadiense del Cáncer, Canadá

### 28 PROHIBICIONES DE MERCADEO

**Simon Chapman**, Escuela de Salud Pública, Universidad de Sydney, Australia

**Stanton Glantz**, Centro de Investigación y Educación para el Control del Tabaco, Universidad de California, San Francisco, EE. UU.

**James Sargent**, Escuela Médica de Dartmouth y Centro Norris Cotton Cancer, Dartmouth University, EE. UU.

### 29 IMPUESTOS SOBRE EL TABACO

**Frank Chaloupka**, Instituto de Investigación y Políticas de Salud, Universidad de Illinois en Chicago, EE. UU.

### 30 IMPUGNACIONES LEGALES Y LITIGIO

**Richard Daynard**, Escuela de Derecho, Northeastern University, EE. UU.

**Patricia Lambert**, Consorcio Legal Internacional, Campaña para Niños Libres de Tabaco, EE. UU.

### 31 EL FUTURO

**Robert Beaglehole**, Universidad de Auckland, Nueva Zelanda

**Ruth Bonita**, Universidad de Auckland, Nueva Zelanda

### HISTORIA DEL TABACO

**Robert Proctor**, Departamento de Historia, Stanford University, EE. UU.

### GLOSARIO

**Natasha Herrera**, Clínica del Cese del Tabaquismo e Investigación, Centro Médico Docente La Trinidad, Venezuela

LAS INVESTIGACIONES INDICAN LO SIGUIENTE:

“...cuando todo se reduce a lo que importa, en realidad hay solo una cosa que todos deben saber sobre el tabaco: mata a las personas”.

*Arlene King, directora de Sanidad del Ministerio de Salud, Canadá, 2010*

DESDE LA PRIMERA EDICIÓN  
DEL ATLAS DEL TABACO UNA DÉCADA ATRÁS,

50 millones  
DE PERSONAS MÁS HAN MUERTO  
COMO CONSECUENCIA DEL CONSUMO DE TABACO.



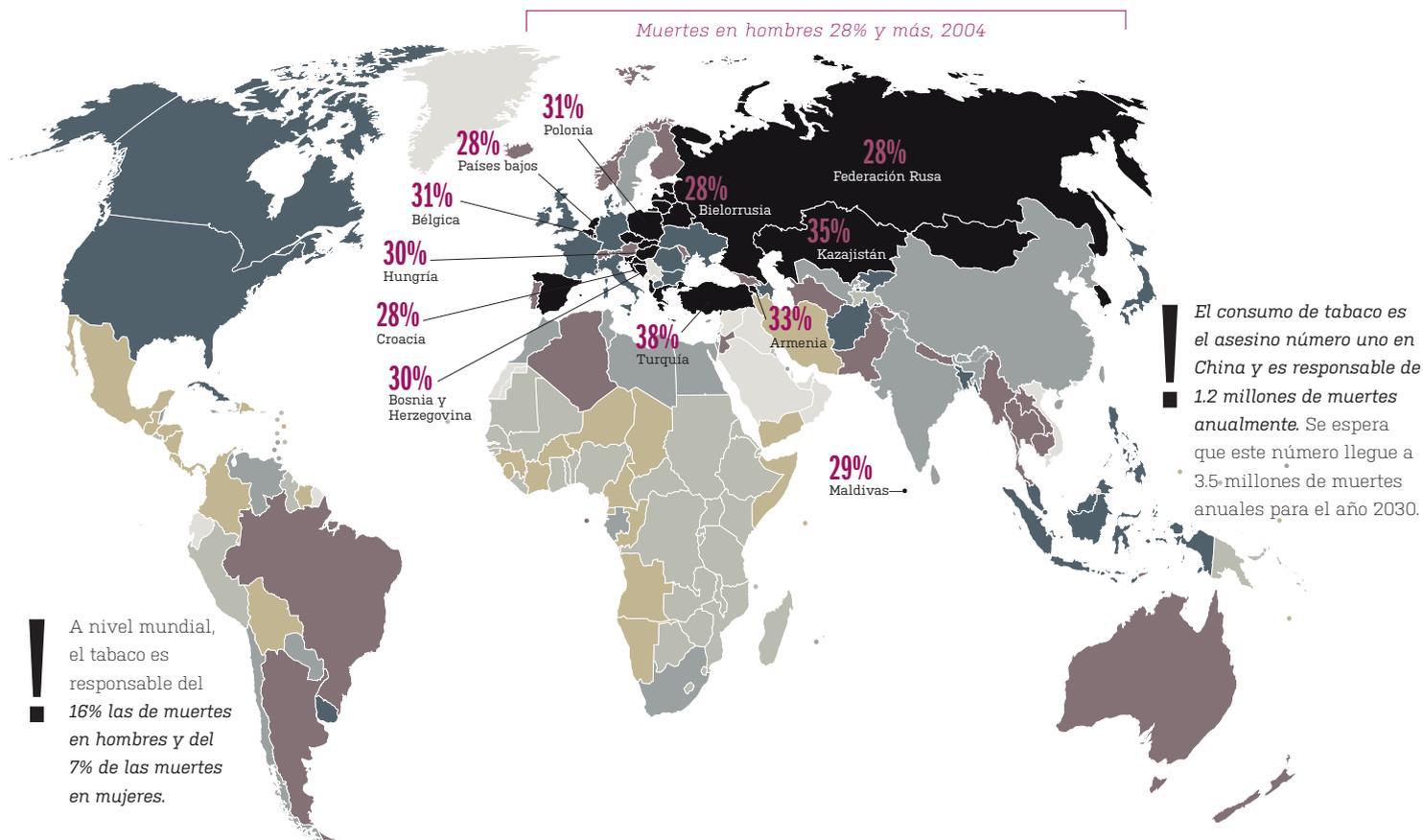
*De diciembre 2002 a noviembre 2011*

DAÑO

S

1 ROSTRO = 500,000 VIDAS





## LOS DEFENSORES AFIRMAN LO SIGUIENTE:

“Morir por el consumo de tabaco fumado pocas veces es rápido, y siempre es doloroso”.

*Campaña para combatir el hábito de fumar, Nueva York, EE. UU., 2011*

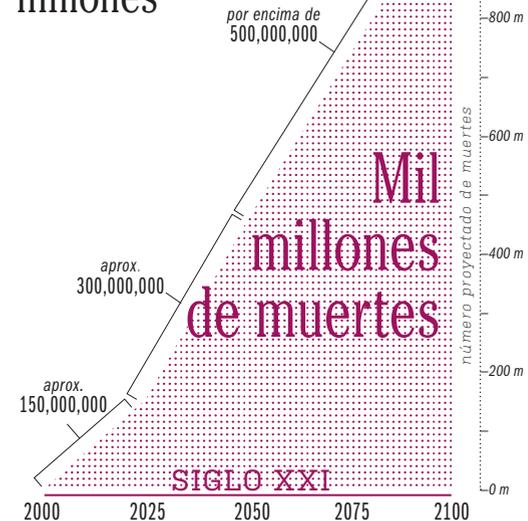
En 2011, el consumo de tabaco mató a cerca de 6 millones de personas, y casi el 80% de estas muertes ocurrió en países con ingresos bajos y medios. El consumo de tabaco en cualquier forma es peligroso y es la causa de muerte más evitable. Hasta la mitad de los fumadores de toda la vida a la larga morirá de una enfermedad causada por fumar, y los hombres y mujeres con patrones de consumo de tabaco similares presentan patrones de muerte similares.

El consumo de tabaco es un factor de riesgo importante de muerte por ataques cardíacos y apoplejías. En todo el mundo, fumar causa casi el 80% de las muertes por cáncer de pulmón en hombres; y casi el 50%, en mujeres. Fumar aumenta el riesgo de infección por tuberculosis (TB), y se prevé que 40 millones de fumadores con TB morirán entre 2010 y 2050. Para el año 2030, 8 millones de personas morirán anualmente debido al consumo de tabaco.

DESDE LA PRIMERA PUBLICACIÓN DEL ATLAS DEL TABACO HACE UNA DÉCADA, LA CANTIDAD MUNDIAL DE MUERTES CAUSADAS POR EL TABACO SE HA CASI TRIPLICADO, DE 2,1 MILLONES A CASI 6 MILLONES AL AÑO.

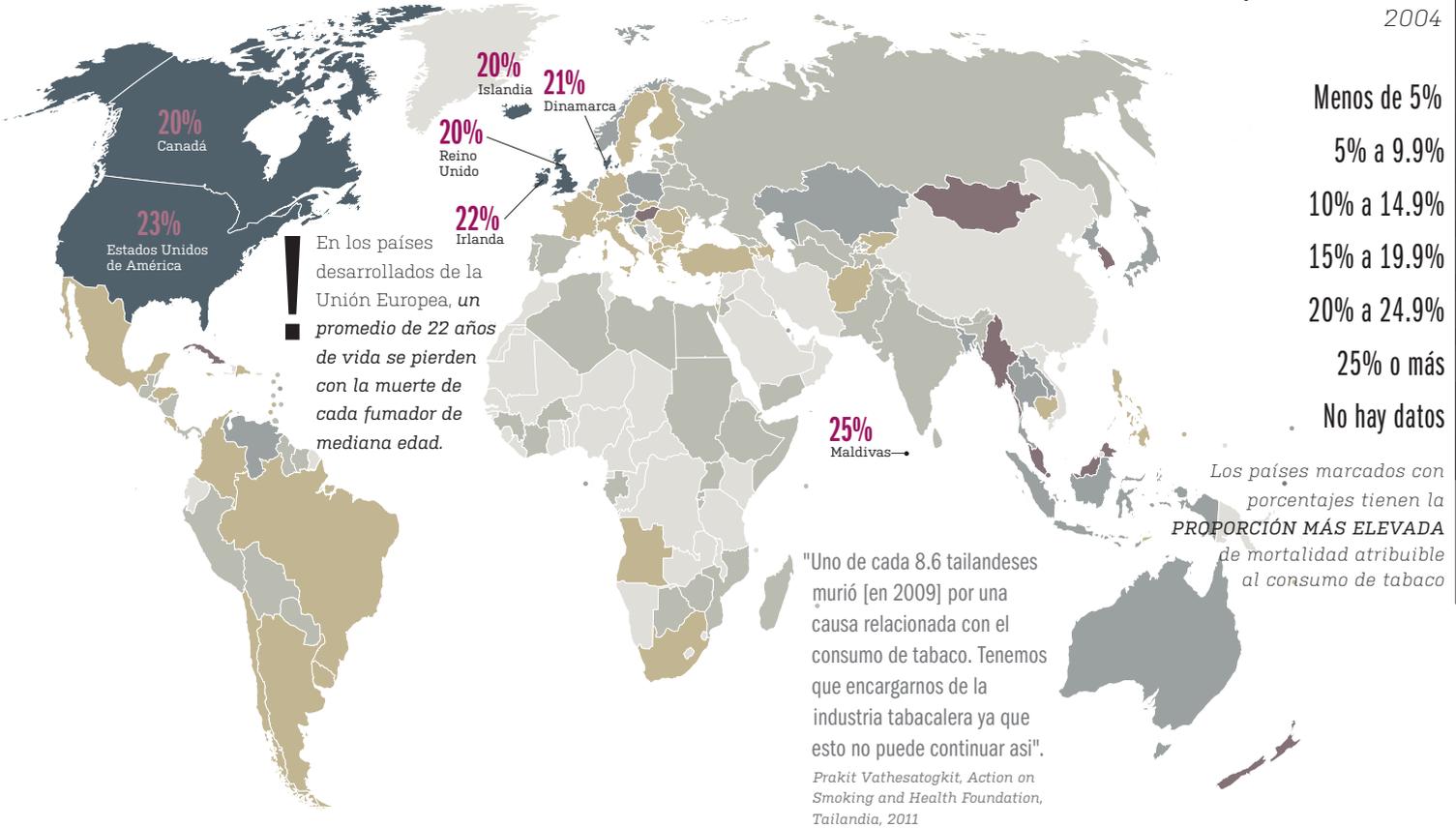
Las muertes por fumar están directamente relacionadas con la prevalencia del hábito de fumar y con la exposición al humo de segunda mano. La prevalencia del hábito de fumar es más alta en hombres que en mujeres. Los índices de consumo de tabaco fumado tienen potencial para aumentar en las mujeres, especialmente en las jóvenes, y esto es una causa de gran preocupación en el terreno de la salud pública. Además, las mujeres son a menudo víctimas de la exposición al humo de segunda mano, enfermedades, y la muerte, especialmente en países con una prevalencia del hábito de fumar alta en hombres y baja en mujeres.

Se prevé que las muertes causadas por el consumo de tabaco durante el siglo XXI llegarán a los mil millones



# Muertes en mujeres

Muertes en mujeres 20% y más, 2004



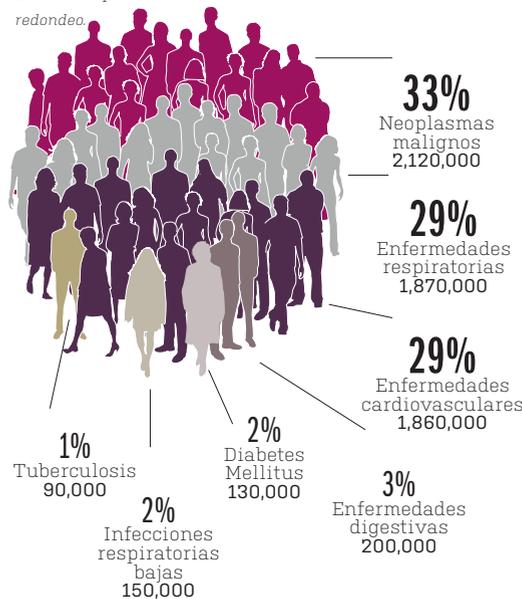
# Porcentaje de muertes causadas por el tabaco en 2004

- Menos de 5%
- 5% a 9.9%
- 10% a 14.9%
- 15% a 19.9%
- 20% a 24.9%
- 25% o más
- No hay datos

%

## Proyección de muertes causadas por el tabaco a nivel mundial

Supuesto de referencia de 2015, por causa  
Los totales pueden no ser exactos debido al redondeo.

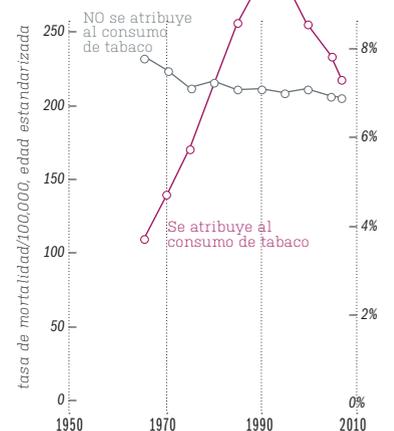


En todo el mundo, aproximadamente 600,000 no fumadores murieron en 2011 por exposición involuntaria al humo de segunda mano. La exposición al humo de segunda mano ocurre con más frecuencia en la casa, en el lugar de trabajo y en las áreas públicas, y es especialmente riesgosa para bebés, niños, mujeres embarazadas y bebés en gestación.

EL TABACO FUE LA CAUSA DE 100 MILLONES DE MUERTES DURANTE EL SIGLO XX Y SI LAS TENDENCIAS ACTUALES CONTINÚAN, APROXIMADAMENTE MIL MILLONES DE PERSONAS MORIRÁN DURANTE EL SIGLO XXI A CAUSA DEL CONSUMO DE TABACO. Las muertes causadas por el consumo de tabaco son completamente evitables, y se deben tomar medidas a nivel mundial para evitar que muera una persona cada seis segundos debido al consumo de tabaco y a la exposición al humo de tabaco.

## Mortalidad por cáncer en hombres

Polonia, edades 35 a 69, 1965 a 2010  
En Polonia, los cánceres causados por fumar fueron responsables de más muertes en hombres de mediana edad que todos los otros tipos de cáncer juntos.





### Fumar causa cáncer de pulmón

Una TAC de un paciente que muestra (1) enfisema, (2) un tumor de cáncer pulmonar, y (3) un paquete de cigarrillos en el bolsillo de su camisa.

El consumo de tabaco disminuye la salud a lo largo de la vida de un individuo, y estos efectos se acumulan durante la edad adulta, lo que provoca enfermedades prevenibles y, con demasiada frecuencia, la muerte prematura. La nicotina se suministra más eficientemente al fumar, lo que causa la muerte de casi la mitad de los consumidores de toda la vida. Con el paso de los años, otros productos de nicotina han entrado al mercado en una nube de controversia y debate. Las tabacaleras han presentado productos que comercializan como si fueran “más seguros”; pero, la INVESTIGACIÓN INDICA QUE NO HAY UNA FORMA DE TABACO QUE SEA COMPLETAMENTE SEGURA. Se ha demostrado científicamente que fumar cigarrillos, incluso los que una máquina ha determinado como bajos en contenido de alquitrán, daña casi todos los órganos del cuerpo y aumenta la morbilidad y la mortalidad. Los productos de tabaco sin humo aumentan el riesgo de contraer cánceres orales, y las personas que fuman cigarrillos, pipas, pipas de agua, kretek y bidis también experimentan consecuencias adversas serias para la salud.

Fumar es especialmente perjudicial para las mujeres embarazadas y sus fetos. Fumar durante el embarazo es peligroso para la madre y puede causar retraso en el crecimiento, bajo peso al nacer y, posiblemente, la muerte del feto.

El daño causado por el consumo actual de tabaco se extenderá por décadas en el futuro, lo que se vuelve más trágico por el hecho de que los efectos negativos del tabaco son completamente evitables. Abandonar el consumo de tabaco reduce enormemente las enfermedades ya que proporciona inmediatamente beneficios a corto plazo y disminuye el riesgo de todas las enfermedades causadas por fumar.

### LA INDUSTRIA INDICA LO SIGUIENTE:

“Reconocemos que el cigarrillo es un producto adictivo. Eso no significa que usted no pueda dejar de fumar. Pero la nicotina no es el problema. El problema son los otros componentes, llamados compuestos volátiles, que produce el humo. Estos son los que causan el daño, y son los componentes en los que estamos trabajando en materia de nuestros productos de riesgo reducido”.

Louis Camilleri, director ejecutivo, Philip Morris International, 2011

## Sustancias químicas mortales en el humo del tabaco

El humo de tabaco contiene más de 7,000 sustancias químicas y compuestos. Cientos de éstos son tóxicos, y al menos 69 son cancerígenos.

Acetona	El humo de tabaco contiene un químico es uajiquoi emb	Removedor de pintura
Acetileno		Sopletes de soldadura
Arsénico		Veneno para hormigas
Benceno		Napalm
Butano		Líquido para encendedores
Cadmio		Baterías de automóvil
Monóxido de carbono		Gases de combustión de automóviles
DDT		Insecticida
Formaldehído		Líquido para embalsamar
Cianuro de hidrógeno		Ejecución por gas letal
Plomo		Pintura vieja, gasolina con plomo
Metanol		Combustible para cohetes
Nicotina		Veneno para cucarachas
Fenol		Desinfectante para tazas de inodoro
Polonio 210		Armas nucleares
Tolueno		Solvente industrial
Cloruro de vinilo		Plásticos

### LA INVESTIGACIÓN INDICA:

“Hasta la fecha, no se ha demostrado científicamente que ningún producto de tabaco reduzca el riesgo de enfermedades asociadas al tabaco, mejore la seguridad, o cause menos daño que otros productos de tabaco”.

Administración de Drogas y Alimentos (FDA), EE. UU., 2011

## ¿Qué daños causa el tabaco?

### Ojos

Ceguera (degeneración macular)  
Cataratas  
Escozor, parpadeo y lagrimeo excesivos

### Oídos

Pérdida auditiva  
Infección de oído

### Nariz

Cáncer de cavidades nasales y senos paranasales  
Deterioro del sentido del olfato

### Corazón

Trombosis coronaria (ataque cardíaco)  
Aterosclerosis, daño y oclusión de la vasculatura coronaria

### Pecho y abdomen

Posible aumento del riesgo de cáncer de mama  
Cáncer esofágico  
Cáncer gástrico, de colon y pancreático  
Aneurisma aórtico abdominal, úlcera péptica (estómago, duodeno y esófago)

### Manos

Enfermedad vascular periférica, mala circulación (dedos fríos)

### Reproducción masculina

Infertilidad, deformidad espermática, pérdida de motilidad; número reducido de espermatozoides  
Impotencia

### Sistema esquelético

Osteoporosis  
Fractura de cadera  
Propensión a problemas de espalda  
Cáncer de médula ósea

### Aparato circulatorio

Enfermedad de Buerger (inflamación de arterias, venas, y nervios en las piernas)  
Leucemia mieloide aguda



## Cerebro y psique

Apoplejía (accidente cerebrovascular)  
Adicción/abstinencia (síntomas de abstinencia)  
Química cerebral alterada  
Ansiedad acerca de los efectos del tabaco en la salud

## Cabello

Mal olor y decoloración

## Boca y garganta

Cáncer de labios, boca, garganta, laringe y faringe  
Dolor de garganta  
Deterioro del sentido del gusto  
Halitosis (mal aliento)

## Dientes

Enfermedad periodontal (de las encías) gingivitis, periodontitis  
Dientes flojos, pérdida de dientes  
Caries en la superficie de la raíz, placa  
Decoloración y manchado

## Pulmones

Cáncer pulmonar, de bronquios y de tráquea  
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), enfisema  
Bronquitis crónica  
Infección respiratoria, influenza, neumonía, tuberculosis  
Falta de aire; asma  
Tos crónica, producción excesiva de esputo

## Hígado

Cáncer de hígado

## Riñones y vejiga

Cáncer de riñón y vejiga

## Piel

Psoriasis  
Pérdida del tono de la piel; aparición de arrugas, envejecimiento prematuro

## Reproducción femenina

Cáncer cervical  
Insuficiencia ovárica prematura, menopausia precoz  
Reducción de la fertilidad  
Menstruación dolorosa

## Heridas y cirugía

Problemas de cicatrización de heridas  
Mala recuperación posquirúrgica  
Quemaduras de cigarrillos y por incendios causados por cigarrillos

## Sistema inmunitario

Disminución de la resistencia a las infecciones

## Piernas y pies

Enfermedad vascular periférica, pies fríos, dolor de piernas, gangrena  
Trombosis venosa profunda (TVP)

## Factores de riesgo

El consumo de tabaco es el único factor de riesgo que comparten las cuatro enfermedades no transmisibles principales.

	Consumo de tabaco	Dietas no saludables	Falta de actividad física	Consumo nocivo de alcohol
CARDIOVASCULAR	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
DIABETES	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
CÁNCER	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
ENFERMEDAD RESPIRATORIA CRÓNICA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Riesgos para la salud de fumar durante el embarazo

### Madre

Desprendimiento de la placenta  
Placenta previa  
Ruptura prematura de membranas  
Nacimiento prematuro  
Aborto espontáneo/aborto natural  
Embarazo ectópico

### Fetos, Bebés, Niños

Desarrollo gestacional atrofiado  
Parto de feto muerto  
Síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL)  
Función pulmonar reducida y deficiencia en el desarrollo pulmonar  
Exacerbación del asma  
Infección respiratoria baja aguda, bronquitis, neumonía  
Irritación respiratoria, tos, flema, sibilancias  
Cánceres infantiles  
Paladar y labio hendido

! Fumar  **aumenta el riesgo de tuberculosis**  y es responsable de aproximadamente el 20% de la incidencia mundial de esta enfermedad.

Los fumadores con VIH son casi dos veces más propensos a desarrollar infecciones respiratorias, lo que provoca peores resultados en la salud. Se descubrió que fumar 25 o más cigarrillos por día  **duplica el riesgo de diabetes tipo 2**  en hombres en EE. UU.

“...incluso una exposición limitada al humo de segunda mano envía suficiente nicotina al cerebro para alterar su función”.

Nora Volkow, Directora del Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, EE. UU., 2011

## Daño causado por humo de segunda mano

ADULTOS



### EVIDENCIA SUFICIENTE

Enfermedad arterial coronaria, cáncer de pulmón

### EVIDENCIA SUGESTIVA

Accidente cerebrovascular; cáncer de seno nasal; cáncer de mama; engrosamiento de la pared de la arteria carótida; enfermedad pulmonar obstructiva crónica; parto prematuro

NIÑOS



### EVIDENCIA SUFICIENTE

Enfermedad del oído medio; Síntomas respiratorios (tos, sibilancia, flema, falta de aliento); deterioro de la función pulmonar; Síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL); Enfermedad respiratoria baja (incluidas infecciones), Bajo peso al nacer

### EVIDENCIA SUGESTIVA

Tumores cerebrales; linfoma; leucemia; asma

A LA INDUSTRIA SE LE DIJO LO SIGUIENTE:

“Lo que el fumador se hace a sí mismo puede ser asunto suyo, pero lo que el hace le hace al no fumador es un asunto muy diferente[...] Consideramos que éste es el acontecimiento más peligroso para la viabilidad de la industria tabacalera que haya ocurrido hasta ahora”.

Organización Roper, EE. UU., 1978

El humo de segunda mano, o la inhalación forzada de humo de tabaco, mata aun a esas personas que conscientemente han decidido no fumar. El humo de segunda mano, también conocido como humo ambiental de tabaco, es una mezcla de humo indirecto de la punta encendida de un cigarrillo, cigarro o pipa, y el humo directo que los fumadores exhalan. El humo indirecto es el componente principal del humo de segunda mano, y contiene concentraciones de carcinógenos más altas de carcinógenos que el humo directo.

No hay un nivel seguro de exposición al humo de segunda mano. A nivel mundial, aproximadamente el 40% de los niños y un tercio de los adultos no fumadores estuvieron expuestos al humo de segunda mano en 2004. La región del Pacífico Occidental tiene el índice más elevado de exposición al humo de segunda mano, con más del 50% de hombres, las mujeres y los niños

expuestos al humo de segunda mano en 2004.

ALREDEDOR DE 600 000 PERSONAS MUEREN ANUALMENTE POR LA EXPOSICIÓN AL HUMO DE SEGUNDA MANO, Y LA MAYORÍA DE ESTAS MUERTES SE DA EN MUJERES Y NIÑOS. Respirar humo de segunda mano causa daño inmediato a los sistemas respiratorio y cardiovascular. La exposición prolongada al humo de segunda mano puede incluso causar cáncer de pulmón. Las embarazadas, los fetos y los bebés expuestos al humo de segunda mano tienen un riesgo particularmente elevado de sufrir consecuencias adversas para la salud. La exposición al humo de segunda mano en bebés y niños puede causar Síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL), problemas respiratorios y problemas de aprendizaje y comportamiento.

Los preadolescentes que no fuman pero que están expuestos al humo de segunda mano pueden experimentar síntomas de dependencia a la nicotina.

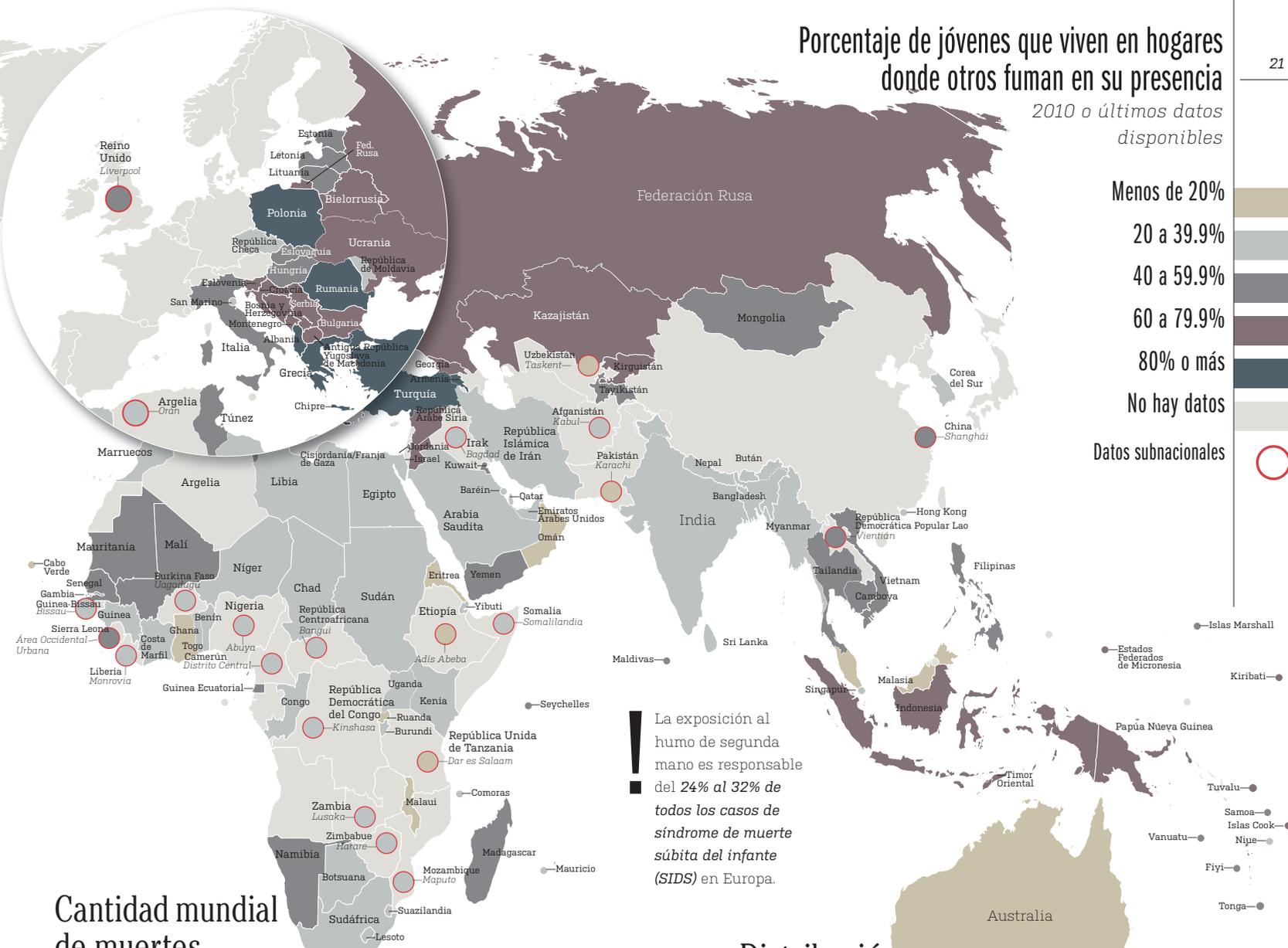


# Porcentaje de jóvenes que viven en hogares donde otros fuman en su presencia

2010 o últimos datos disponibles

- Menos de 20%
- 20 a 39.9%
- 40 a 59.9%
- 60 a 79.9%
- 80% o más
- No hay datos

Datos subnacionales



La exposición al humo de segunda mano es responsable del 24% al 32% de todos los casos de síndrome de muerte súbita del infante (SIDS) en Europa.

## Cantidad mundial de muertes de no fumadores causadas por el humo de segunda mano en 2004

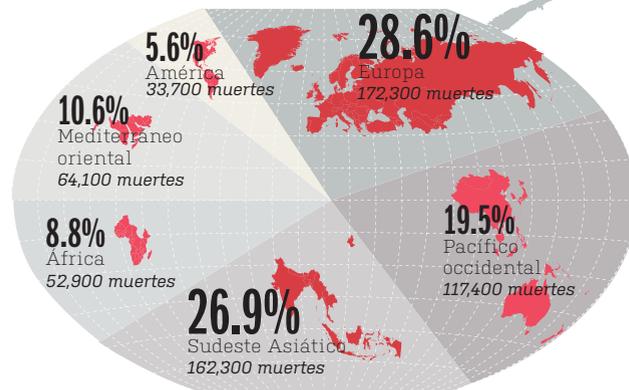
HOMBRES	MUJERES	NIÑOS
26%	47%	28%
156,000	281,000	166,000

Los totales pueden no corresponder a la suma debido al redondeo.



El 75% de las muertes causadas por humo de segunda mano ocurre en mujeres y niños.

## Distribución mundial de muertes por exposición al humo de segunda mano por regiones de la OMS en 2004



Los totales pueden no corresponder a la suma debido al redondeo.

LA INVESTIGACIONES INDICAN LO SIGUIENTE:

“Nadie debería llorar por la disminución en el consumo de un producto que mata a la mitad de las personas que lo consumen”.

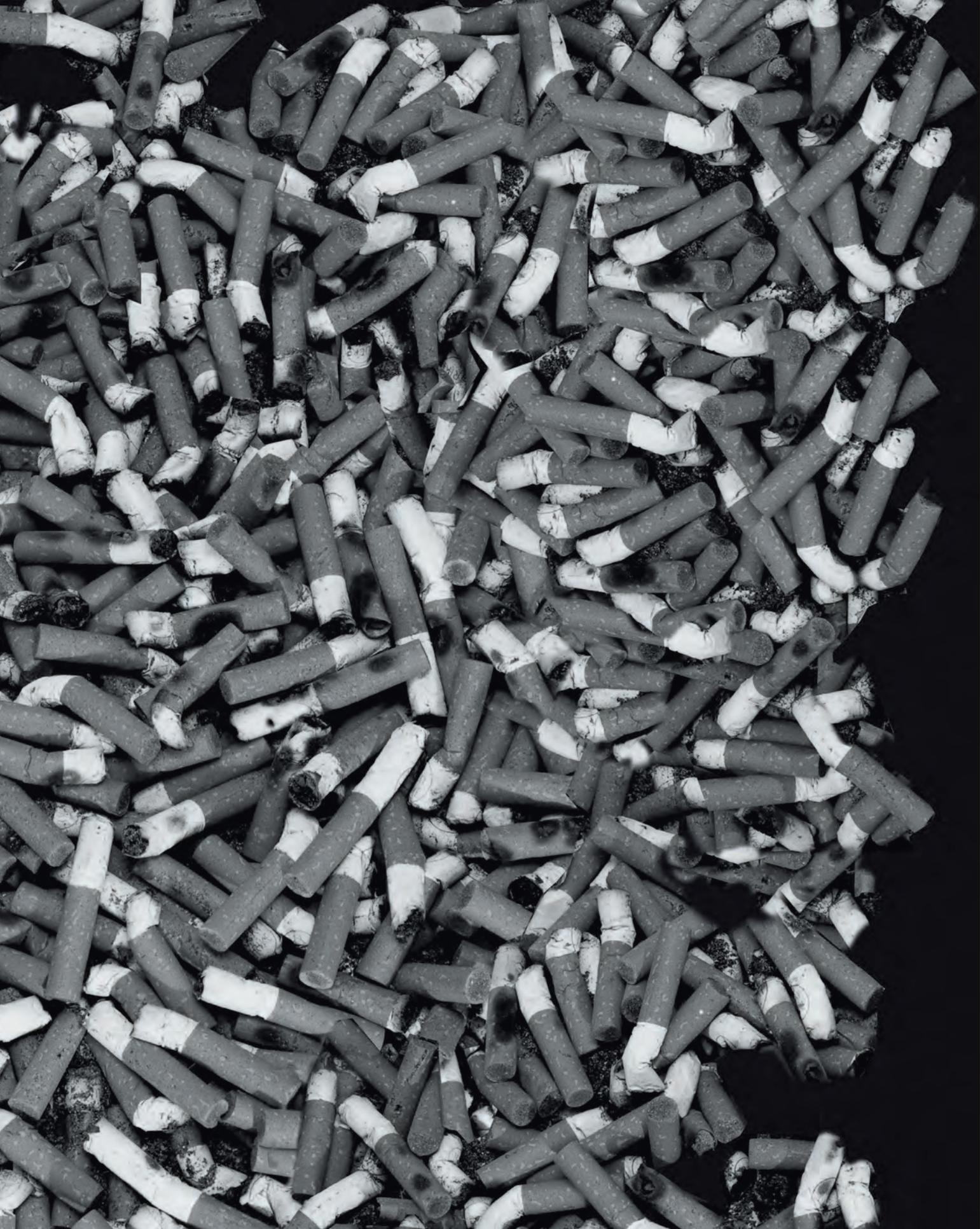
*Danny McGoldrick, Campaña para Niños Libres de Tabaco, EE. UU., 2007*

DESDE LA PRIMERA EDICIÓN DEL  
ATLAS DEL TABACO HACE UNA DÉCADA,  
SE HAN FUMADO MÁS DE  
**43 billones**  
DE CIGARRILLOS.

1 COLILLA = 10 MIL MILLONES DE CIGARRILLOS



# PRODUCTOS Y SU CONSUMO



“Se necesita una Yihad contra el tabaco para comunicar que el consumo de tabaco es peligroso. La nación entera debe unirse en su contra”.

*Ghulam Nabi Azad, Ministro de Salud y Bienestar Familiar de la Unión, India, 2010*

El tabaco se consume de muchas maneras diferentes alrededor del mundo, pero a nivel mundial predomina el consumo de CIGARRILLOS FABRICADOS, QUE REPRESENTA EL 96% DE LAS VENTAS MUNDIALES TOTALES y por lo tanto involucra grandes compañías en lugar de empresas pequeñas, locales o rurales.

Los siguientes componentes principales del consumo son: fumar bidis en Asia Sudoriental, mascar tabaco en India, fumar kretek en Indonesia, y consumir rapé húmedo, que se originó en Suecia pero se está tornando en un fenómeno mundial.

Constantemente se están inventando nuevas formas de tabaco (y de su componente, la nicotina), mientras que formas más antiguas, que históricamente se localizaban en regiones específicas del mundo (como el narguile y el bidi), se están esparciendo por todo el mundo. Por ejemplo, en la actualidad se venden kretek y rapé húmedo a los jóvenes en muchos países. Estas formas regionales de tabaco a veces se introducen en nuevos países basándose en su sello exótico, pero hasta la actualidad no han desplazado a los cigarrillos fabricados para ocupar una participación considerable en el mercado. En cambio, frecuentemente sirven como una puerta de entrada a la adicción, ya que atraen a los jóvenes y a otros fumadores por moda hacia una dependencia de por vida a la nicotina.

Las nuevas formas de tabaco pueden no estar cubiertas por la legislación para el control del tabaco existente y por lo tanto son un desafío para los países que buscan reducir la epidemia (especialmente el inicio del consumo en jóvenes).

A pesar de la introducción de muchas nuevas formas de tabaco, aún no existe una manera segura de consumir tabaco — ya sea inhalado, aspirado, chupado o masticado; ya sea que se reduzcan algunos ingredientes nocivos, o que se mezcle con otros ingredientes.

## TABACO PARA FUMAR

Fumar tabaco es el acto de quemar hojas secas o curadas de la planta de tabaco e inhalar el humo. La combustión usa el calor para crear nuevas sustancias químicas que no se encuentran en el tabaco sin quemar, como nitrosaminas específicas del tabaco (TSNA) y benzopireno, y les permite ser absorbidas a través de los pulmones.

**Los cigarrillos fabricados** son los productos de tabaco más consumidos a nivel mundial. Consisten en tabaco triturado o reconstituido, procesado con cientos de sustancias químicas y varios sabores como mentol, y enrollado en un cilindro de papel envuelto. Generalmente, tienen un filtro de acetato de celulosa en la punta; se encienden por un extremo y se inhalan por el otro.

*Mayor prevalencia: el mundo entero*

**Los kreteks** son cigarrillos con sabor a clavo de olor. También pueden contener una gran variedad de saborizantes exóticos y eugenol, que tiene un efecto anestésico, que permite una inhalación de humo más profunda y dañina.

*Mayor prevalencia: Indonesia*

### Los cigarrillos de liar

se hacen a mano por el fumador, con tabaco suelto finamente cortado y un papel de fumar. Los fumadores de cigarrillos de liar están expuestos a altas concentraciones de partículas de tabaco, alquitrán, nicotina y TSNA, y están en un mayor riesgo de desarrollar cánceres de boca, faringe, laringe, pulmones, y esófago.

*Mayor prevalencia: Europa y Nueva Zelanda*



**Los bidis** consisten en una pequeña cantidad de tabaco triturado, enrollado a mano en hojas secas de temburni o tendu, y atado con un hilo. A pesar de su pequeño tamaño, los bidis tienden a suministrar más alquitrán y monóxido de carbono que los cigarrillos fabricados porque los usuarios deben aspirar con más fuerza para mantenerlos encendidos.

*Mayor prevalencia: Asia Meridional (y son los productos de tabaco fumado más consumidos en India)*



### La pipas

se hacen de madera de brezo, pizarra, arcilla u otras sustancias. El tabaco se coloca en la cazoleta y el humo se inhala por la boquilla. En Asia Sudoriental se usan mucho, las pipas de arcilla conocidas como sulpa, chillum y hookli.

*Mayor prevalencia: el mundo entero*



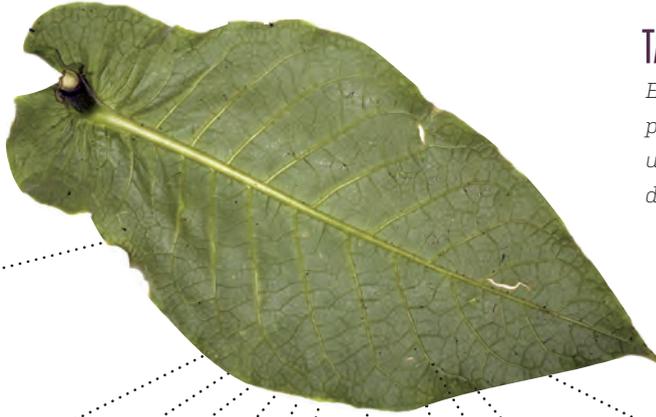
### Los bastones

están hechos de tabaco curado al sol y envuelto en papel de fumar; por ejemplo, los brus enrollados a mano.

*Mayor prevalencia: Papúa Nueva Guinea*

## TABACO SIN HUMO

El tabaco sin humo se consume generalmente por vía oral o nasal, sin quemar o producir combustión. El tabaco sin humo aumenta el riesgo de cáncer y lleva a una adicción a la nicotina similar a la producida por fumar cigarrillos. Existen diferentes tipos de tabaco sin humo: tabaco de mascar, rapé y productos solubles.



**Los cigarrillos** están hechos de tabaco curado al aire, fermentado y enrollado en envolturas de hoja de tabaco. El largo proceso de envejecimiento y fermentación produce altas concentraciones de compuestos cancerígenos que se liberan en la combustión. Las concentraciones de toxinas e irritantes son más elevadas en los cigarrillos que en los cigarrillos. Los cigarrillos vienen en muchas formas y tamaños, desde cigarrillos del tamaño de un cigarrillo común hasta los doble corona, cheroots, stumphen, chutas y dhumtis. Al fumar chutas y dhumtis de manera inversa, se coloca el extremo encendido dentro de la boca.

*Mayor prevalencia: el mundo entero*

**Las pipas de agua**, también conocidas como shisha, hookah, narguile o hubble-bubble, funcionan por filtración de agua y calor indirecto. Se quema el tabaco saborizado en una cazoleta cubierta con láminas de metal y carbón. El humo se enfría por filtración a través de un recipiente de agua y se consume por medio de una manguera y una boquilla. *Mayor prevalencia: África del Norte, región Mediterránea, y partes de Asia, pero ahora se está extendiendo alrededor del mundo.*



**El tabaco de mascar** es un producto de tabaco sin humo que se coloca en la boca, mejilla o el labio interno y se chupa o mastica. A veces se le llama "tabaco de escupir" debido a la tendencia de los usuarios a escupir la saliva y los jugos de tabaco acumulados. *Mayor prevalencia: en todo el mundo*

Hay muchas variedades de tabaco de mascar, que incluyen en rollo, hojas sueltas, chimo, toombak, gutkha y trenzado. El pan masala o betel quid está compuesto por tabaco, nueces de areca (*Areca catechu*), cal apagada (hidróxido de calcio), endulzantes y agentes saborizantes envueltos en una hoja de betel (*Piper betle*). Hay muchas variedades de pan masala, que incluyen el kaddipudi, hogesoppu, gundi, kadapam, zarda, pattiwala, kiwam y mishri.

*Mayor prevalencia: India*

**El rapé húmedo** consiste en tabaco molido que se mantiene en la boca, entre la mejilla y la encía. Cada vez más, los fabricantes están empacando rapé húmedo en paquetes pequeños de papel o tela para hacer el producto más práctico. Los productos de rapé húmedo son conocidos como snus, khaini, shammaah, nass o naswa. El tabaco en pasta o en polvo se utiliza de manera similar, se coloca en las encías o dientes. Las mezclas finas de tabaco en polvo generalmente se inhalan y absorben por los conductos nasales.

*Mayor prevalencia: Escandinavia y EE. UU., pero se está extendiendo a todo el mundo; está prohibido en varios países.*



### El rapé seco

es tabaco en polvo que se inhala por la nariz o se ingiere por vía oral.

En otras épocas, su uso fue generalizado, especialmente en Europa, no obstante, el consumo del rapé seco está disminuyendo.

*Mayor prevalencia: Europa*



### Los productos solubles de tabaco sin humo

se disuelven en la boca sin expectoración; contienen tabaco y numerosos componentes agregados cuyo propósito es suministrar nicotina al usuario por medio de absorción en la mucosa oral.

Son a menudo extensiones de marcas de cigarrillos reconocidas, como Camel Sticks, Camel Strips y Camel Orbs; Marlboro Sticks; productos de Star Scientific (Ariva, Stonewall); y Zerostyle Mint de Japan Tobacco. Estos nuevos productos orales de tabaco sin humo se crean para el consumo por parte de los fumadores en cualquier situación donde no puedan fumar o decidan no hacerlo.

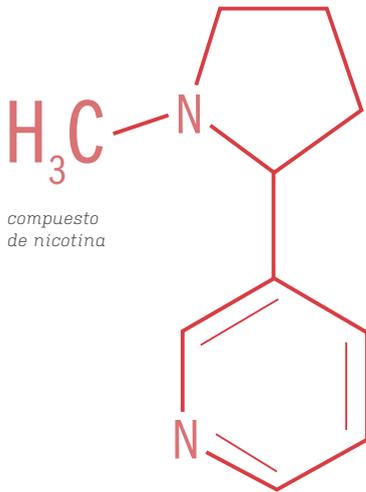
*Mayor prevalencia: Naciones con ingresos altos*

LAS INVESTIGACIONES INDICAN  
LO SIGUIENTE:

“La nicotina es una droga altamente adictiva, y hacer que luzca como un dulce es jugar de manera imprudente con la salud de los niños”.

Gregory Connolly, Universidad de Harvard,

EE. UU., 2010



compuesto de nicotina

LA INDUSTRIA DEBE EXPRESAR  
LO SIGUIENTE:

“Hemos juramentado ante el Congreso que creemos que la nicotina no es adictiva. Hemos afirmado ante ustedes que fumar no es una adicción y que todo lo que se necesita para abandonar el hábito es fuerza de voluntad. He aquí la verdad: el hábito de fumar es muy adictivo. Y no es fácil dejarlo. Nosotros hemos manipulado los cigarrillos para que sean más adictivos”.

Una de las Declaraciones correctivas propuestas por el Departamento de Justicia de los EE. UU. para las compañías de cigarrillos, 2011

A excepción de los productos de tabaco de consumo oral, el tabaco se consume por lo general a través de la combustión, en la cual se queman las hojas de tabaco a altas temperaturas y se inhala el humo resultante. La combustión es el método más eficiente para suministrar nicotina al cerebro

LAS COMPAÑÍAS TABACALERAS ENTIENDEN LA IMPORTANCIA DE LA NICOTINA Y QUIEREN SEGUIR SIENDO LOS PROVEEDORES DE LOS PRODUCTOS DE NICOTINA PREFERIDOS POR LAS PERSONAS; sin embargo, también entienden los peligros originados por la combustión de los

productos de tabaco, en especial las muertes habituales de clientes como consecuencia de su consumo. Por lo tanto, las compañías tabacaleras están creando nuevos productos para mantener la adicción de esas personas a la nicotina y, al mismo tiempo, reducir la exposición a productos tóxicos causada por la combustión. Entre esos productos se encuentran los cigarrillos no combustibles (por ej., Eclipse, Premier) y productos de tabaco de consumo oral (por ej., comprimidos, tiras, snus, pastillas), algunos de los cuales son solubles. Existe una apremiante necesidad de investigar y regular estos productos.

A principios de la década de 1970, las compañías farmacéuticas comenzaron a proporcionar terapia

Menos nocivo y altamente regulado.....

## COMPAÑÍAS FARMACÉUTICAS

Las compañías farmacéuticas ofrecen terapias de reemplazo de nicotina para ayudar a las personas a dejar de fumar. Estos productos están altamente regulados y las compañías deben demostrar que son seguros y eficaces.



## EMPRESARIOS

Los empresarios crean productos que pasan por alto las prohibiciones del tabaco y, al mismo tiempo, mantienen la adicción a la nicotina. Algunos ejemplos de estos productos son agua, chupete y cigarrillos electrónicos con nicotina.



Paleta/chupete con nicotina

Agua con nicotina

EFFECTOS SECUNDARIOS Y CONTINUIDAD DEL DAÑO:.....EFFECTOS SECUNDARIOS Y CONTINUIDAD DEL DAÑO:.....

Por lo general, estos productos son seguros siempre que se los utilice según lo indicado y están altamente regulados. Entre los efectos secundarios menores se encuentran irritación estomacal, sarpullido, etc.

Estos productos no están regulados y se desconocen sus peligros y efectos secundarios. Si bien los cigarrillos electrónicos son promocionados como una alternativa “segura” al consumo de tabaco fumado, los análisis de laboratorio demostraron la presencia de sustancias químicas tóxicas y carcinógenas en estos productos.

de reemplazo de nicotina (TRN) para aliviar los síntomas de abstinencia de nicotina. Dado que estos productos se consideran productos farmacéuticos, deben someterse a una aprobación rigurosa para garantizar su seguridad y eficacia. La TRN duplicó los índices de abandono del consumo de tabaco, y en la actualidad se encuentra disponible a través de parches, gomas de mascar, comprimidos e inhaladores.

Los empresarios han elaborado muchos productos nuevos para el suministro de nicotina, como agua, barquillos, caramelos, inhaladores y cigarrillos electrónicos con nicotina. Estos productos suministran nicotina

de una manera innovadora pero no regulada, y sus riesgos potenciales son ampliamente desconocidos.

La llegada al mercado de productos nuevos para el suministro de nicotina crea una nueva vía para que las personas inicien o mantengan la adicción a la nicotina, lo que podría provocar un aumento de la adicción, menos intentos por dejar de fumar, un aumento en la utilización de varios productos y adicción a niveles más altos de nicotina. Sin embargo, estos productos también podrían desempeñar potencialmente un papel en el cese del consumo de los productos de tabaco que requieren combustión.



“Los snus son menos peligrosos que los cigarrillos, por cierto; sin embargo, es muy difícil encontrar algo más peligroso que los cigarrillos. No existe ninguna ley natural que establezca que el 30 % de la población deba ser adicta a la nicotina”.

*Goran Pershagen, Karolinska Institute, Suecia, 2007*

“Si usted ha decidido dejar el consumo de tabaco, cuente con nuestro apoyo. Pero si lo que busca es el placer del tabaco sin humo, sin saliva y que no ocasione molestias, Camel Snus es la solución”.

## CONTINUIDAD DEL DAÑO

Más nocivo y sin regulación

Las compañías tabacaleras cada vez están más interesadas en la tecnología de suministro de nicotina con la intención de capitalizar el mercado mundial de USD 3600 millones representado por las ayudas para dejar de fumar.



Cigarrillos electrónicos

## COMPAÑÍAS TABACALERAS

Las compañías tabacaleras han lanzado productos no tradicionales, tales como snus, pastillas y comprimidos en los países de altos ingresos para asegurarse de que los consumidores mantengan su adicción al tabaco. También han adquirido patentes para sistemas de suministro de nicotina alternativos, tales como la tecnología en aerosol. Las compañías tabacaleras continúan suministrando a los consumidores cigarrillos tradicionales que requieren combustión, especialmente a quienes viven en países con ingresos medios y bajos.



Bastones, parches, caramelos y snus



Cigarrillos regulares

“A través de un cigarrillo normal, la cantidad promedio de nicotina que absorbe el fumador varía entre 1 y 2 mg. Sin embargo, la cantidad de nicotina contenida en el cigarrillo es mayor a este número. La cantidad que las personas realmente absorben depende de cuántos cigarrillos fumen, cuántas pitadas den, la profundidad de la inhalación y otros factores”.

*Sociedad Americana contra el Cáncer, 2011*

## EFFECTOS SECUNDARIOS Y CONTINUIDAD DEL DAÑO:

Los cigarrillos que requieren combustión provocan importante morbilidad y mortalidad. Esta es la manera más peligrosa y nociva de absorber nicotina; además, estos productos no están regulados. Los productos de tabaco sin humo se consideran adictivos y nocivos. Aunque se sabe poco sobre los productos más nuevos, es probable que exista algún nivel de daño relacionado con su uso.

“Por cada 1000 toneladas de tabaco producidas, finalmente morirán alrededor de 1000 personas”.

*Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional del Mediterráneo Oriental, sin fecha*

**C**ERCA DEL 20 % DE LA POBLACIÓN MUNDIAL ADULTA FUMA CIGARRILLOS. Los fumadores consumieron cerca de 5,9 billones de cigarrillos en 2009, lo que representa un aumento del 13 % en el consumo de cigarrillos en la última década.

El consumo de cigarrillos ha sido históricamente más alto en los países con altos ingresos; sin embargo, debido al mercadeo dirigido, una mayor aceptabilidad social, el continuo desarrollo económico y el crecimiento poblacional, se espera que el consumo aumente en países con ingresos medios y bajos. El consumo de cigarrillos en Europa Occidental se redujo en un 26 % entre 1990 y 2009, pero en Medio Oriente y África aumentó en un 57 % durante el mismo período. Este cambio se debe a que las personas de países con ingresos altos entienden cada vez más los peligros de fumar, mientras que los gobiernos continúan implementando leyes y políticas de control del tabaco. Mundialmente, el incremento en el consumo de cigarrillos en los países con ingresos medios y bajos es lo suficientemente significativo como para contrarrestar la reducción en los países con ingresos altos.

El consumo de cigarrillos es la causa de una significativa cantidad de enfermedades. A medida que los índices de consumo continúan incrementándose en los países con ingresos medios y bajos, estos experimentarán una cantidad desproporcionada de enfermedades y muertes asociadas al tabaco (particularmente en China, ya que allí los hombres fuman un tercio de los cigarrillos de todo el mundo). Si la prevalencia del hábito de fumar entre las mujeres en China aumenta, el consumo mundial de cigarrillos se disparará y la economía y los sistemas de atención médica del país se desbordarán.

Mientras que la prevalencia mundial del hábito de fumar se mantiene estable o disminuye, la cantidad total de fumadores en todo el mundo continúa incrementándose simplemente debido al crecimiento poblacional. Si bien se consumen cerca de 6 billones de cigarrillos al año, el patrón del consumo de nicotina puede variar en el futuro a medida que las personas busquen sistemas de suministro de nicotina alternativos (ver Capítulo 5: Sistemas de suministro de nicotina).

LA ADICCIÓN AL TABACO Y A LA NICOTINA DEBE TRATARSE EN PROPORCIÓN AL DAÑO CAUSADO. El Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud (CMCT de la OMS) ha resaltado la mejor manera de reducir el consumo de tabaco, y es momento de actuar siguiendo esta información.

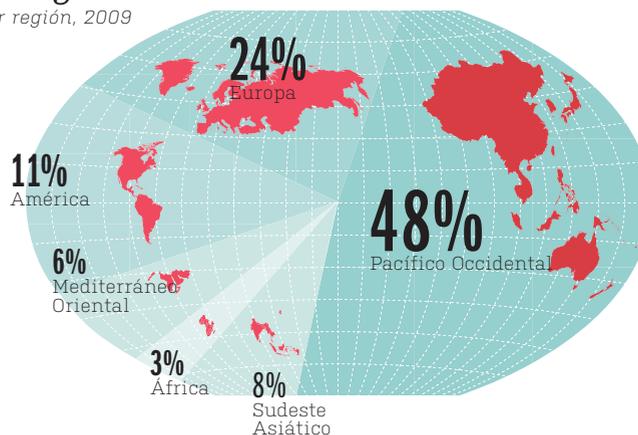
LA INDUSTRIA AFIRMA LO SIGUIENTE:

“Creemos que podemos aumentar el consumo de kreteks en otros lugares... Nos aseguramos de que no sean más o menos peligrosos que los cigarrillos convencionales”.

*Louis Camilleri, director ejecutivo, Altria, EE. UU., 2005*

## Consumo mundial de cigarrillos

Por región, 2009



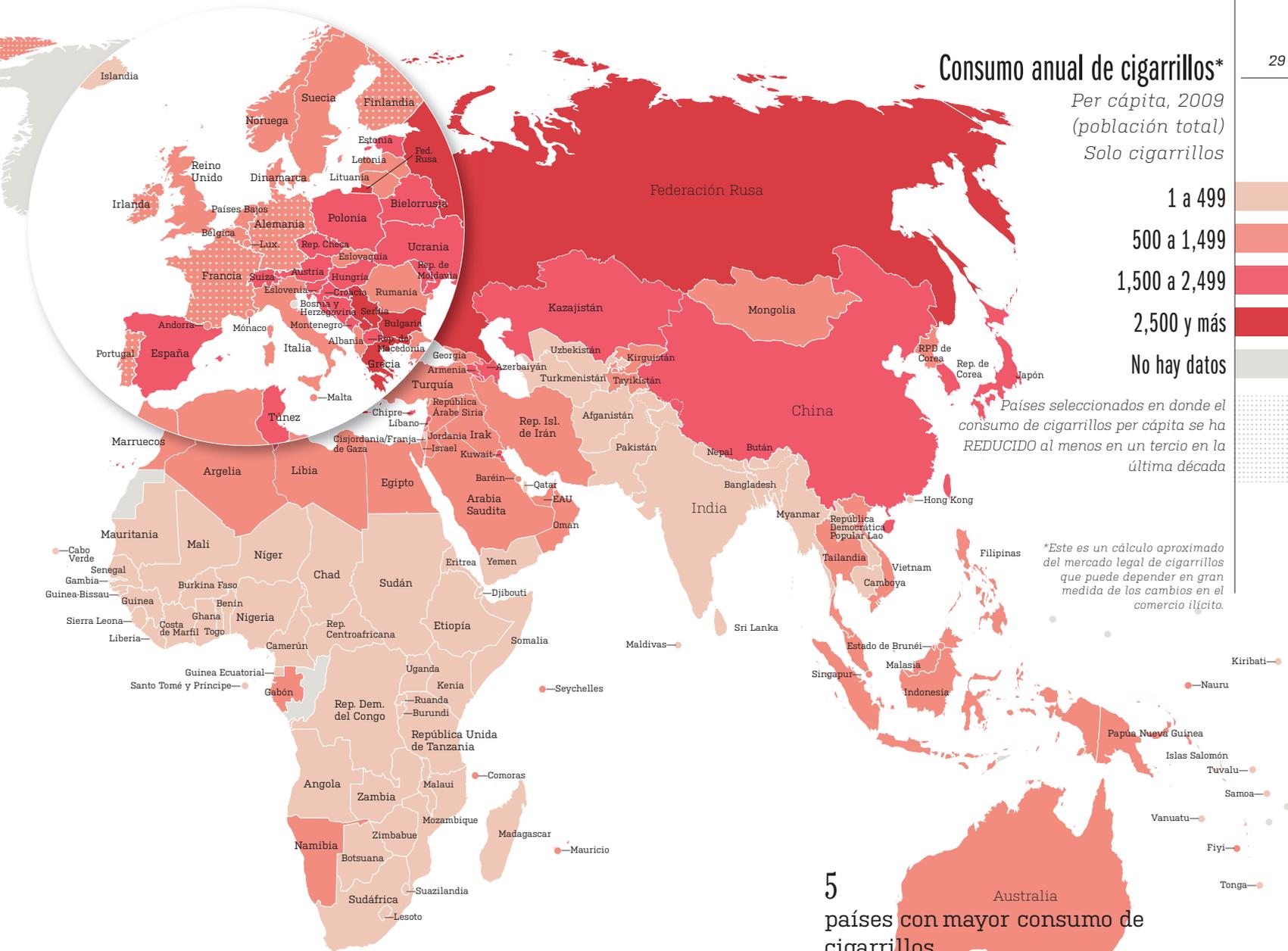
# Consumo anual de cigarrillos\*

Per cápita, 2009  
(población total)  
Solo cigarrillos

- 1 a 499
- 500 a 1,499
- 1,500 a 2,499
- 2,500 y más
- No hay datos

*Países seleccionados en donde el consumo de cigarrillos per cápita se ha REDUCIDO al menos en un tercio en la última década*

*\*Este es un cálculo aproximado del mercado legal de cigarrillos que puede depender en gran medida de los cambios en el comercio ilícito.*



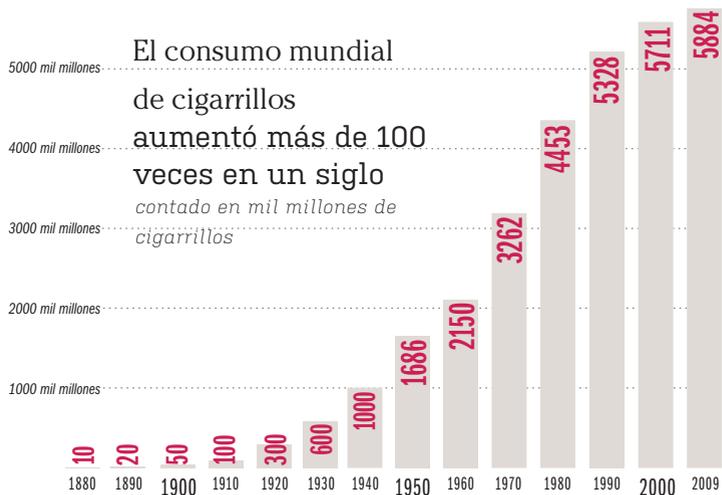
## 5 países con mayor consumo de cigarrillos

en 2009, contado en millones de cigarrillos. China consumió más del 38 % de los cigarrillos del mundo en 2009.



! En 2009, se consumieron tantos cigarrillos como si *cada hombre, mujer y niño en todo el mundo* hubiese fumado un promedio de 865 cigarrillos o 43 paquetes

## El consumo mundial de cigarrillos aumentó más de 100 veces en un siglo contado en mil millones de cigarrillos



“Cuando comencé a fumar, alrededor del 80 % de los hombres eran fumadores. La frase publicitaria decía: 'Estás saludable cuando un cigarrillo sabe tan bien'”.

*Masanobu Mizuno, demandante en un proceso contra Japan Tobacco, Japón, 2009*

A nivel mundial, alrededor de 800 millones de hombres adultos fuman cigarrillos. **CASI EL 20 % DE LOS FUMADORES ADULTOS HOMBRES VIVEN EN PAÍSES CON INGRESOS ALTOS, MIENTRAS QUE MÁS DEL 80 % SE ENCUENTRAN EN PAÍSES CON INGRESOS MEDIOS Y BAJOS.**

La epidemia mundial de tabaquismo puede segmentarse en cuatro etapas, en las cuales los hombres suelen preceder a las mujeres. La etapa 1 representa el inicio mismo de la epidemia cuando la prevalencia del hábito de fumar comienza a elevarse, pero la mortalidad atribuida a este hábito aún no es considerable. En la etapa 2, la prevalencia del hábito de fumar se incrementa rápidamente, aunque las muertes atribuidas a este hábito todavía representan una proporción pequeña (menos del 5 %) de las muertes totales. En la etapa 3, la prevalencia del hábito de fumar se establece o se reduce, pero la mortalidad atribuida a este hábito se incrementa a un máximo de 20 % a 50 % de las muertes totales en la madurez (35 a 69 años). En la etapa 4, la prevalencia del hábito de fumar (y finalmente la mortalidad atribuida a ese hábito) disminuye hasta límites inferiores no definidos aún. Si bien los países pueden tener índices de prevalencia similares, la ubicación de cada país en la curva es importante. Los países en la pendiente ascendente de la trayectoria se encuentran en las etapas iniciales de la epidemia y experimentan desafíos diferentes a los de los países en la pendiente descendente.

El mercadeo del tabaco asocia el hábito de fumar en hombres con masculinidad, felicidad, riqueza, virilidad y poder. En realidad, el consumo de tabaco causa la muerte de casi 4 millones de hombres al año y conduce a la esterilidad, discapacidades, enfermedades y muerte prematura. En general, los índices de prevalencia del hábito de fumar están disminuyendo, pero la cantidad de fumadores está subiendo debido

Entre los 14 países en donde el 50 % o más de los hombres son fumadores, todos los países salvo uno (Grecia) se clasifican como de ingresos bajos o medios.

al crecimiento general de la población. Incluso los programas de control del consumo de tabaco más exitosos sólo pueden aspirar a limitar la cantidad de consumidores de tabaco. Las personas consumen productos innovadores y alternativos cada vez más, como productos de tabaco de consumo oral, cigarrillos electrónicos y terapia de reemplazo de nicotina, para obtener nicotina. A medida que continuamos supervisando los índices del consumo de tabaco fumado en todo el mundo, debemos tener un conocimiento cada vez mayor de estas formas alternativas de mantener la adicción a la nicotina (vea el Capítulo 5: Sistemas de suministro de nicotina).

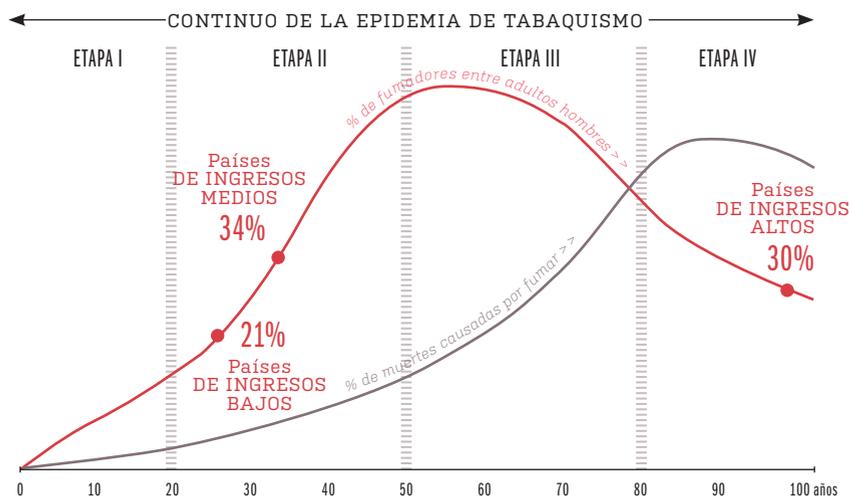
#### LA INDUSTRIA AFIRMA LO SIGUIENTE:

“No soy vaquero ni monto a caballo, pero me gusta pensar que tengo la libertad que muestra el hombre de Marlboro. Él es el hombre que no marca tarjeta. Él no utiliza computadoras. Él es un espíritu libre”.

*George Weissman, expresidente y director ejecutivo, Philip Morris EE. UU., 1978*

### Prevalencia del hábito de fumar y muertes en hombres a lo largo de un siglo

Media ponderada de la prevalencia del hábito de fumar, 2010



Datos de la prevalencia del hábito de fumar en 2010 sobre el continuo de la epidemia de tabaquismo.



## Porcentaje de hombres que fuman cigarrillos

2010 o datos disponibles más recientes

Menos DE 10%

10 a 19.9%

20 a 29.9%

30 a 39.9%

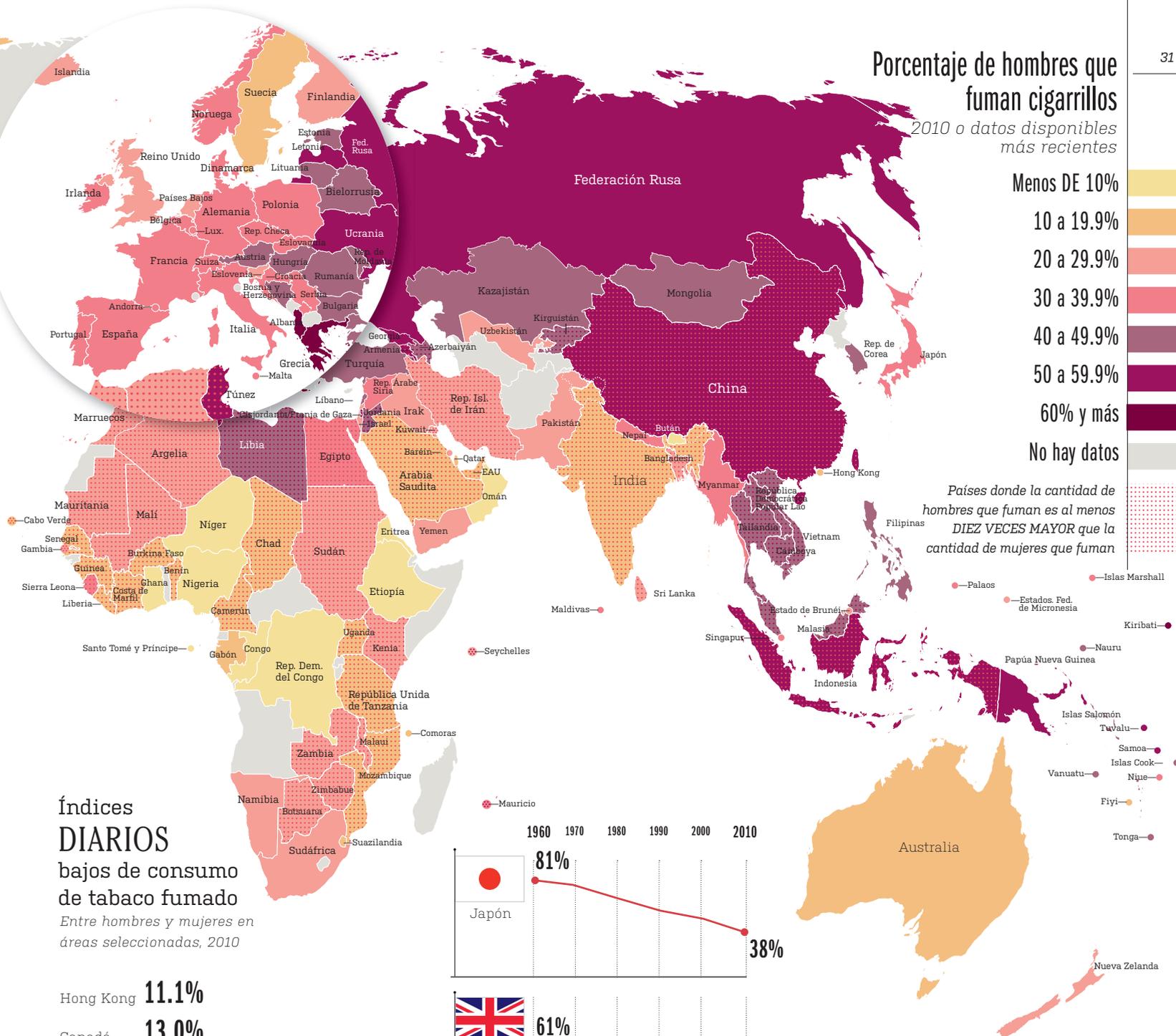
40 a 49.9%

50 a 59.9%

60% y más

No hay datos

*Paises donde la cantidad de hombres que fuman es al menos DIEZ VECES MAYOR que la cantidad de mujeres que fuman*

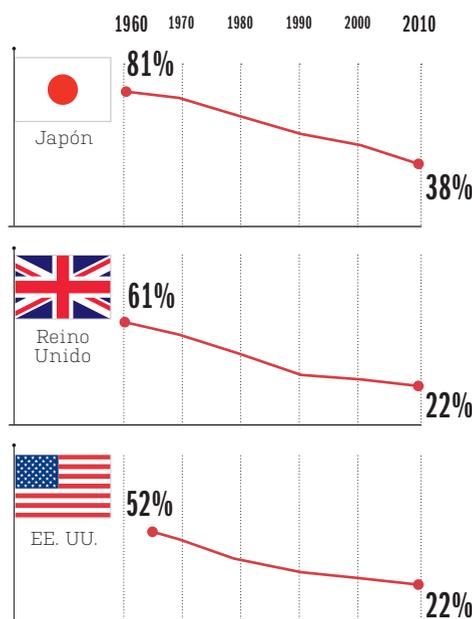


## Índices DIARIOS

### bajos de consumo de tabaco fumado

Entre hombres y mujeres en áreas seleccionadas, 2010

Hong Kong	11.1%
Canadá	13.0%
Islandia	14.3%
Singapur	14.3%
Suecia	14.3%
Australia	15.1%
EE. UU.	15.1%



## Tendencias del hábito de fumar

Adultos hombres

Prevalencia actual del hábito de fumar

1960 a 2010 (o datos disponibles más recientes)

Datos redondeados al número entero más próximo.  
Reino Unido incluye Gran Bretaña e Irlanda del Norte.

“Lo que Bernays ha generado (en la década de 1920 en los Estados Unidos) fue la idea de que si la mujer fuma logrará ser más poderosa e independiente. Esta es una idea que persiste aún hoy en día”.

*Adam Curtis, Century of the Self, Reino Unido, 2002*

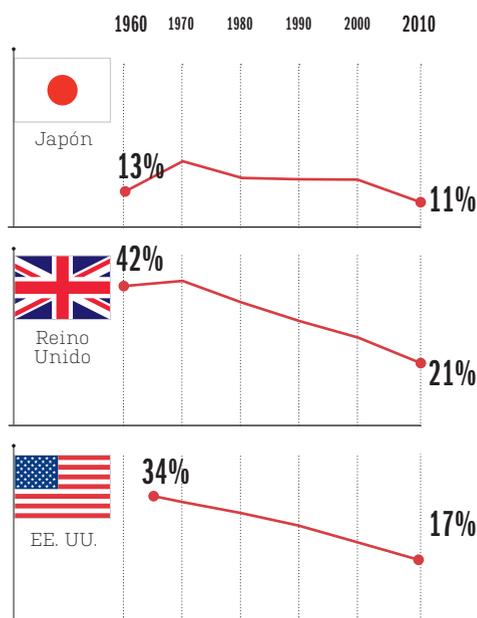
**C**ERCA DE 200 MILLONES DE MUJERES ADULTAS EN EL MUNDO FUMAN CIGARRILLOS. Como se observa en países con ingresos altos durante el siglo XX, la primera etapa de la epidemia de tabaquismo se produjo a medida el índice del consumo de tabaco fumado entre los hombres se incrementaba y superaba el 50 %. Durante la siguiente etapa, los índices de consumo de tabaco fumado disminuyeron entre los hombres y aumentaron entre las mujeres. Existe la preocupación de que este modelo también se repita en el futuro en países con ingresos bajos y medios. En 2010, la mitad de las mujeres fumadoras del mundo provenía de países con ingresos altos y la mitad restante, de países con ingresos bajos y medios.

El mercado de las compañías de tabaco apunta directamente hacia las mujeres y crea una relación entre el consumo de tabaco y la igualdad de género. Esto ocurre hoy en día en países con ingresos bajos y medios en donde existen nuevos fumadores en potencia y escasas restricciones en el mercadeo; pero esta no es una práctica nueva para las compañías tabacaleras. HACE CASI UN SIGLO, LA AMERICAN TOBACCO COMPANY ASOCIÓ DELIBERADAMENTE EL DERECHO A VOTAR DE LAS MUJERES CON LOS CIGARRILLOS DENOMINADOS "ANTORCHAS DE LA LIBERTAD". Este tipo de asociación forzada entre el hábito de fumar y la igualdad de género puede darse a nivel mundial.



Las mujeres son el objetivo de las campañas de mercadeo, específicamente aquellas campañas en las que se promocionan los cigarrillos “suaves” o “con bajo contenido de alquitrán”. Las mujeres suelen elegir estos cigarrillos debido a la falsa suposición de que estos productos son menos nocivos que los cigarrillos de sabor entero. En realidad, todos los cigarrillos contienen aproximadamente la misma cantidad de alquitrán y nicotina; sin embargo, los consumidores de cigarrillos “suaves” y “con bajo contenido de alquitrán” compensan esto (por ej., cubriendo los agujeros de ventilación, succionando más fuerte, etc.) para extraer con mayor eficacia la nicotina de los cigarrillos. Esto no ha generado ningún beneficio total para aquellas mujeres que continúan fumando y consumen estos productos “más suaves”.

El consumo de tabaco disminuye la fertilidad en las mujeres; además, al combinarse con anticonceptivos orales aumenta el riesgo de ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares, y causa daños en la salud de los fetos y recién nacidos. Si las mujeres se inician en este hábito al mismo ritmo que los hombres, el mundo tendrá un desastre de enormes proporciones en la salud pública.



## Tendencias del hábito de fumar

### Mujeres adultas

#### Prevalencia actual del hábito de fumar

1960 a 2010 (o datos disponibles más recientes)

Datos redondeados al número entero más próximo.

Reino Unido incluye Gran Bretaña e Irlanda del Norte.



# Porcentaje de mujeres que fuman cigarrillos

2010 o datos disponibles más recientes

Por debajo del 10%

10 a 19.9%

20 a 29.9%

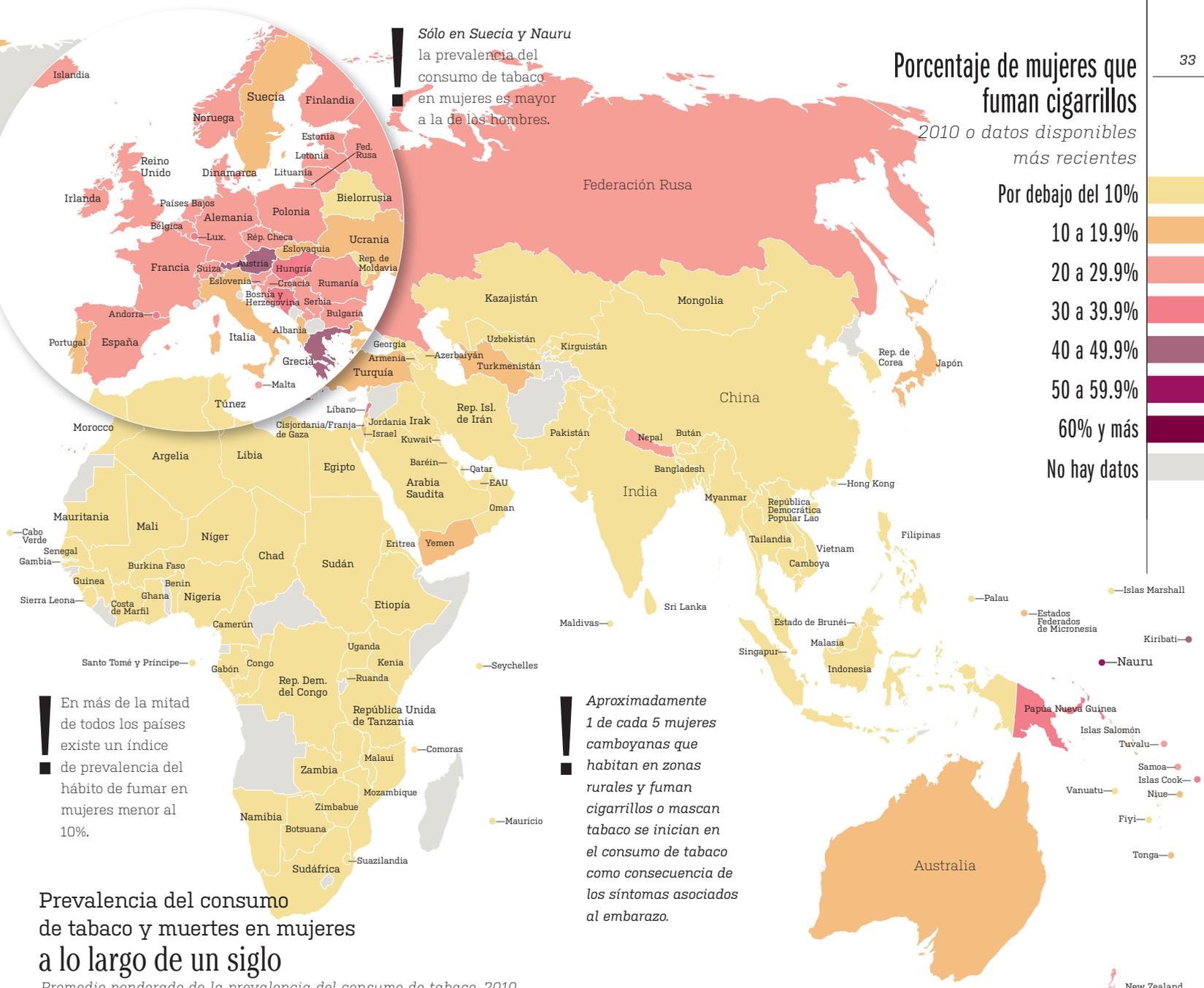
30 a 39.9%

40 a 49.9%

50 a 59.9%

60% y más

No hay datos



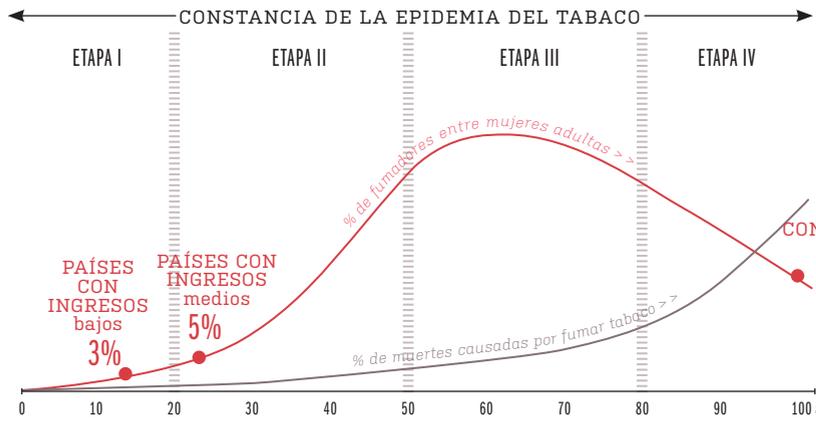
! Sólo en Suecia y Nauru la prevalencia del consumo de tabaco en mujeres es mayor a la de los hombres.

! En más de la mitad de todos los países existe un índice de prevalencia del hábito de fumar en mujeres menor al 10%.

! Aproximadamente 1 de cada 5 mujeres camboyanas que habitan en zonas rurales y fuman cigarrillos o mascan tabaco se inician en el consumo de tabaco como consecuencia de los síntomas asociados al embarazo.

## Prevalencia del consumo de tabaco y muertes en mujeres a lo largo de un siglo

Promedio ponderado de la prevalencia del consumo de tabaco, 2010



Datos de la prevalencia del consumo de tabaco en 2010 superpuesta en la constancia de la epidemia del tabaco.

## LA INDUSTRIA AFIRMA LO SIGUIENTE:

“Los cigarrillos son como las mujeres. Los mejores son delgados y ricos”.

Eslogan de la publicidad de American Tobacco Company, EE. UU., hacia 1970

! La cantidad de exposición al humo de tabaco durante la vida se correlaciona significativamente con el espesor de las paredes de las arterias carótidas tanto en hombres como en mujeres. **Este efecto en las mujeres es dos veces más alto que en los hombres.**

“Cuando los niños ven a otros fumando se inician en este hábito ya que ellos no perciben que los cigarrillos no son saludables”.

*Simon Racicot, Concordia University, EE. UU., 2011*

Si bien existen grandes diferencias en los índices de consumo de tabaco fumado entre adultos por género, los índices de consumo de tabaco fumado entre los niños y las niñas de 13 a 15 años de edad apenas varían en algunas regiones del mundo. Los índices de consumo de tabaco fumado entre los niños y las niñas se diferencian por menos del 5 % en prácticamente la mitad de los países del mundo. Las compañías tabacaleras ven en los jóvenes una oportunidad para asegurar que sean nuevos fumadores a temprana edad. LA MAYORÍA DE LOS FUMADORES SE INICIAN EN EL HÁBITO EN SU JUVENTUD. Por ejemplo, 83 % de los fumadores en los EE. UU. empiezan a fumar antes de los 18 años de edad. Incluso la industria tabacalera comprende la importancia de fumar de los jóvenes, y un documento de R.J. Reynolds de 1984 indicó que los “adultos jóvenes son la única fuente de fumadores de reemplazo”.

Los niños empiezan a fumar durante la juventud en respuesta a la presión del grupo, a concepciones erróneas de que fumar está de moda o aumenta la popularidad, al fácil acceso a los productos de tabaco, al precio de los cigarrillos y al mercadeo del tabaco. Está comprobado que tanto el mercadeo como los precios de los cigarrillos fomentan que los jóvenes empiecen a fumar, ya que el mercadeo apela al hábito en la juventud, y los precios bajos hacen que fumar sea asequible.

El hábito de fumar tiene un impacto nocivo inmediato en la salud de los niños, como la reducción de la fuerza y el incremento de los síntomas respiratorios, consultas de salud mental y absentismo escolar. Fumar pone en riesgo a la salud, y cuanto más fume una persona, más graves serán las repercusiones. Los fumadores jóvenes se inician en una adicción que acorta su vida y aumenta la probabilidad de que mueran tempranamente a causa de enfermedades causadas por el hábito de fumar.

#### LA INDUSTRIA AFIRMA LO SIGUIENTE:

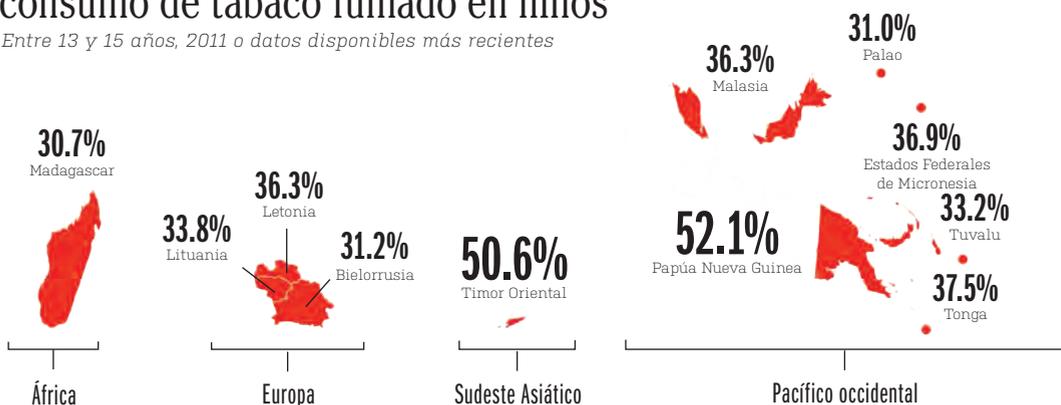
“Es importante conocer lo más que se pueda sobre los patrones y atributos del hábito de fumar en la adolescencia. Los adolescentes de hoy son los potenciales clientes regulares del mañana, y la abrumadora mayoría de fumadores se inician cuando todavía son adolescentes. Los patrones del hábito de fumar de los adolescentes son especialmente importantes para Philip Morris”.

*Philip Morris EE. UU., 1981*



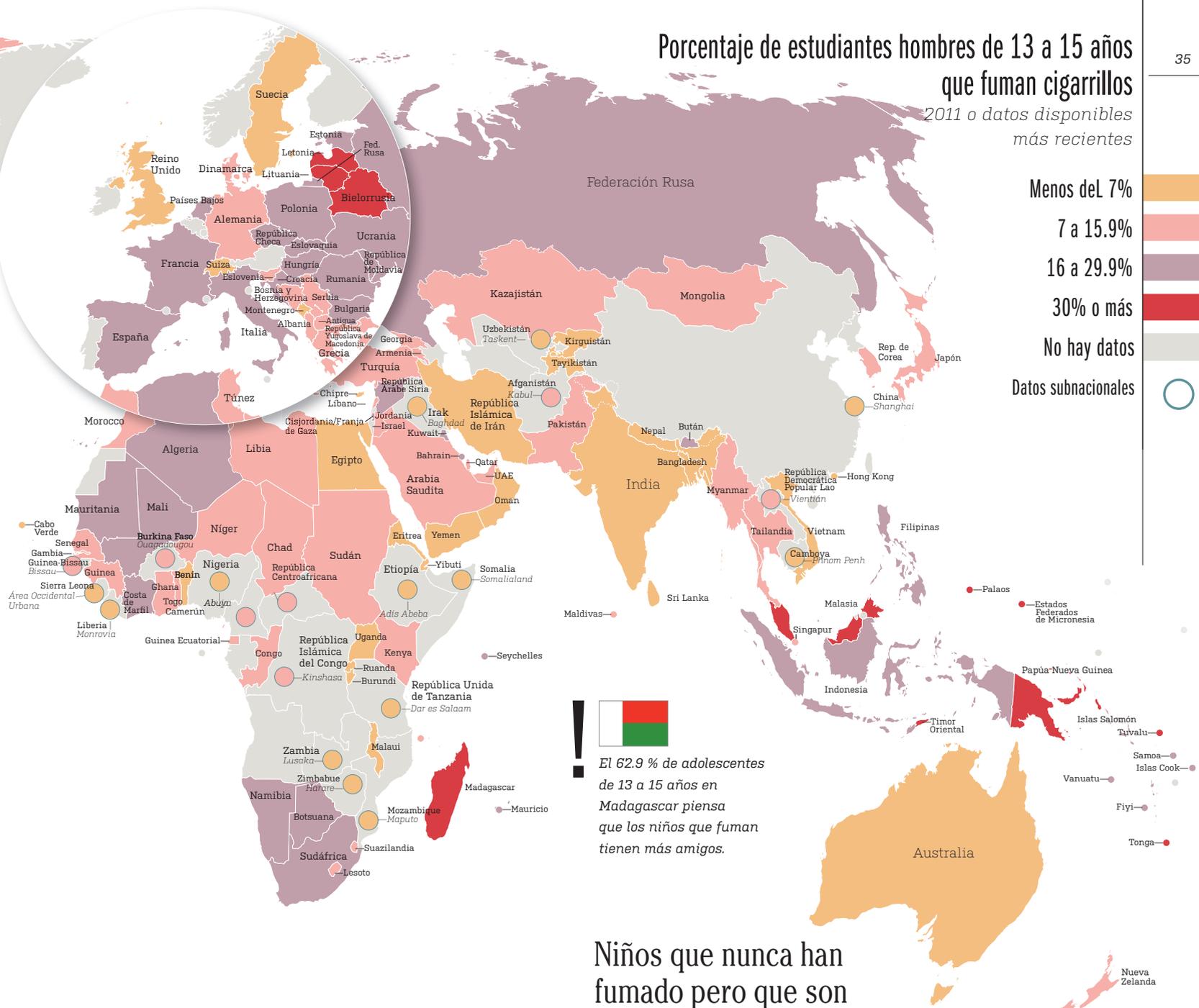
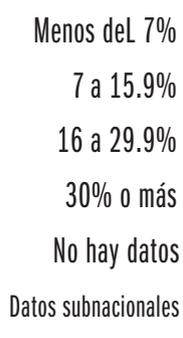
## Países con los índices más altos de consumo de tabaco fumado en niños

Entre 13 y 15 años, 2011 o datos disponibles más recientes



# Porcentaje de estudiantes hombres de 13 a 15 años que fuman cigarrillos

2011 o datos disponibles más recientes



El 62.9 % de adolescentes de 13 a 15 años en Madagascar piensa que los niños que fuman tienen más amigos.



Alrededor de la mitad de los fumadores que mantienen el hábito de fumar de por vida morirán finalmente por enfermedades asociadas al consumo de tabaco.

## Niños que nunca han fumado pero que son susceptibles a hacerlo en el próximo año

Porcentaje de niños por región, 2005 o datos disponibles más recientes



“Hay un importante mensaje de salud pública aquí que necesitamos hacer llegar a las adolescentes: fumar no les ayudará a perder peso”.

*Louise Pilote, McGill University, Canadá, 2006*

Como sucede con los niños, la mayoría de las fumadoras mujeres se inician en el hábito antes de llegar a la edad adulta. Las niñas empiezan a fumar durante la juventud en respuesta a la presión del grupo, a concepciones erróneas de que fumar está de moda o aumenta la popularidad, al fácil acceso a productos de tabaco, y al mercadeo del tabaco. Tanto el mercadeo como los precios de los cigarrillos fomentan que los jóvenes empiecen a fumar. El mercadeo hace que fumar sea atractivo para los jóvenes, y los precios bajos hacen que fumar sea asequible.

Algunas niñas empiezan a fumar o continúan haciéndolo debido a que creen que fumar les ayudará a perder peso. Esto es especialmente común en culturas en las cuales las mujeres son sometidas a ideales de imagen corporal poco realistas. La industria del tabaco ha promovido la adopción de esta idea, y un documento de R.J. Reynolds publicado en 1982 afirmaba que “[una] marca que contenga un supresor natural del apetito (en el tabaco o en el filtro) se percibirá como útil para controlar el peso”.

Entre los adultos de hoy, hay más hombres que mujeres que fuman de manera regular. De hecho, hay al menos 49 países en los que la cifra de fumadores hombres es diez veces mayor que la de mujeres. Esto no sucede en el caso de los

adolescentes de hoy. EN LA MAYOR PARTE DEL MUNDO, LA DIFERENCIA ENTRE LOS ÍNDICES DE CONSUMO DE TABACO FUMADO EN NIÑOS Y NIÑAS ES PEQUEÑA. De hecho, la cifra de niñas que fuman es mayor que la de niños en al menos 25 países. El parecido de los índices de consumo de tabaco fumado en los niños y niñas de hoy sugiere que, en el futuro, las adolescentes de hoy pueden ser más propensas a fumar que las mujeres adultas de hoy. Si este patrón continúa en el futuro, las consecuencias serán mortales.

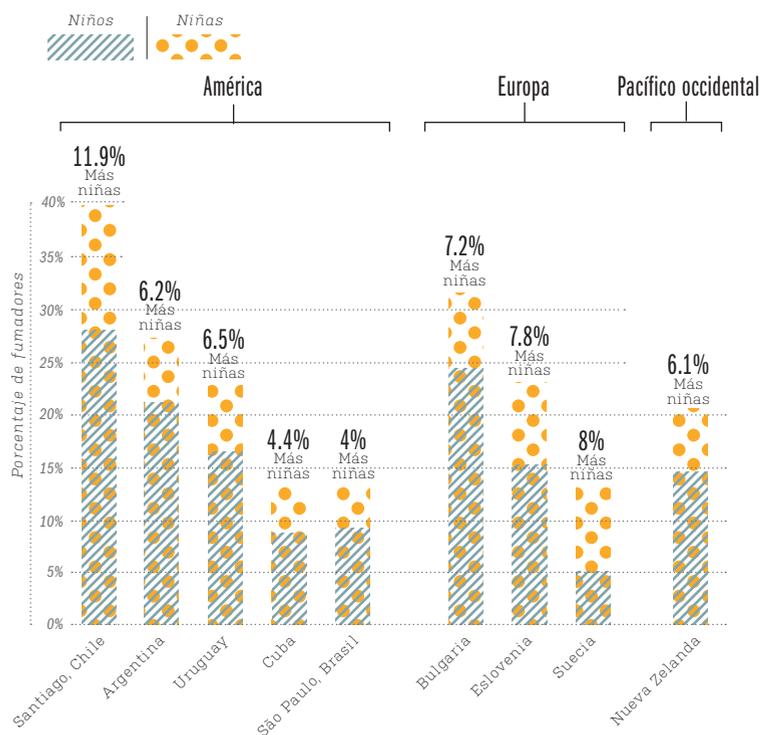
LAS INVESTIGACIONES INDICAN LO SIGUIENTE:

“...si las estrellas de cine fuman, especialmente en películas románticas, están promoviendo de manera eficaz que las jóvenes fumen”.

*John Pierce et al., University of California, San Diego, EE. UU., 2005*

### Lugares donde la cifra de niñas que fuman cigarrillos es considerablemente mayor que la de niños

Edades 13-15, 2010 o datos disponibles más recientes



“Si no te lo permiten, pero de verdad lo quieres, ¡entonces puedes tenerlo!”

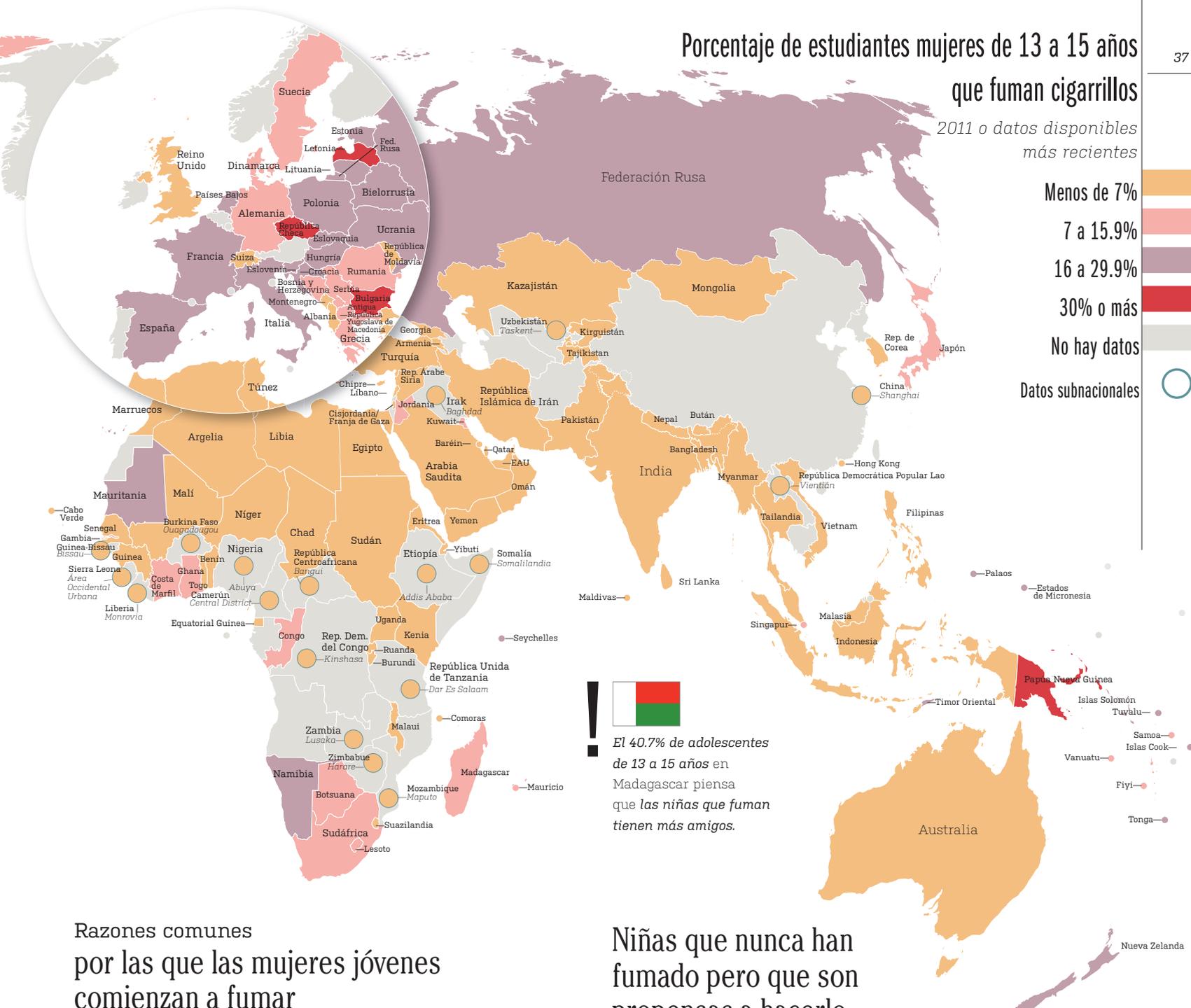
*Eslogan publicitario para los cigarrillos Kiss en Rusia, 2011*

# Porcentaje de estudiantes mujeres de 13 a 15 años que fuman cigarrillos

2011 o datos disponibles más recientes

- Menos de 7%
- 7 a 15.9%
- 16 a 29.9%
- 30% o más
- No hay datos

Datos subnacionales



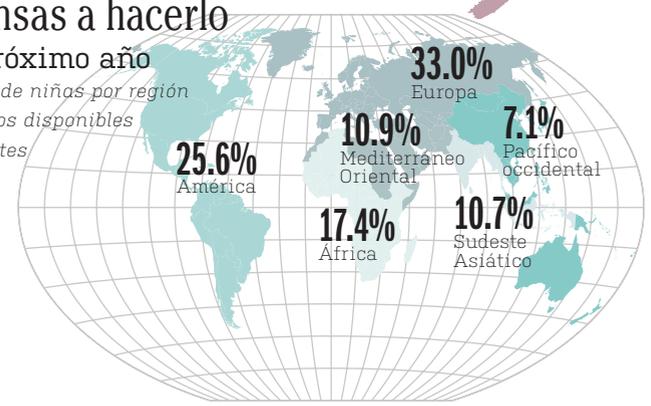
El 40.7% de adolescentes de 13 a 15 años en Madagascar piensa que las niñas que fuman tienen más amigos.

## Razones comunes por las que las mujeres jóvenes comienzan a fumar

- Relaciones con otras personas (*padres y amigos*) que fuman.
- Preocupación por el *peso, la imagen corporal o la aceptación social*.
- Interés en *rebelarse o establecer individualidad*.
- Reacción ante imágenes positivas del consumo del tabaco en *revistas, películas y la cultura juvenil*.
- Influencia de las campañas *de marketing de cigarrillos* dirigidas a las mujeres.

## Niñas que nunca han fumado pero que son propensas a hacerlo en el próximo año

Porcentaje de niñas por región 2005 o datos disponibles más recientes



“Beta ek gutka khane ka itna shauk hai to ek kaam kar. Ek dost aur banna. Kaandha deney ke kaam aayega.

Hijo, si comer gutka [tabaco de mascar] te gusta tanto, asegúrate de hacer un amigo, de manera que tengas a alguien que ayude a cargar tu ataúd”.

*Canción que da el título al disco de una película de Bollywood, Wanted, India, 2009*

El tabaco sin humo representa una parte importante y creciente del consumo mundial de tabaco, especialmente en el sur de Asia. A nivel mundial se consumen más de 25 tipos distintos de productos de tabaco sin humo, que incluyen tanto los productos comercializados como los locales o caseros, consumidos por vía oral y nasal. Algunos productos combinan el tabaco con cantidades considerables de aditivos químicos y otros materiales vegetales que pueden conferir un riesgo adicional para el consumidor. Además, los productos de tabaco sin humo contienen muchas de las toxinas y carcinógenos que se encuentran en los cigarrillos, y por lo tanto provocan muchas de las mismas enfermedades causadas por fumar. Igualmente, el consumo de tabaco sin humo aumenta la enfermedad periodontal, la pérdida de dientes y las lesiones precancerosas de la boca.

A pesar del daño que produce el consumo de tabaco sin humo tanto a los individuos como a la sociedad en general, estos productos no están suficientemente regulados en muchos países. El panorama de la fabricación y el mercadeo del tabaco sin humo está evolucionando rápidamente. LAS COMPAÑÍAS DE CIGARRILLOS AMERICANAS, BRITÁNICAS Y JAPONESAS MÁS GRANDES HAN INGRESADO AL MERCADO DEL TABACO SIN HUMO Y ESTÁN COMERCIALIZANDO SUS PRODUCTOS SIN HUMO COMO UNA EXTENSIÓN DE LAS MARCAS DE CIGARRILLOS, UN COMPLEMENTO PARA SER USADO EN AMBIENTES LIBRES DE HUMO. Comprender este patrón de consumo “doble” será esencial para desarrollar una estructura regulatoria adecuada para el tabaco sin humo. Los patrones

mundiales de consumo de tabaco sin humo varían ampliamente. La importación y la venta de productos de tabaco sin humo están prohibidas en 40 países y zonas. En algunos países como Finlandia y Egipto, el número de hombres que consumen productos de tabaco sin humo es mucho mayor que el de mujeres, ya que estos productos se perciben como masculinos. En países como Sudáfrica, Tailandia y Bangladés, el consumo de productos de tabaco sin humo es mayor en mujeres que en hombres debido a que se la considera una manera discreta de consumir tabaco.

La investigación sobre el tabaco sin humo es limitada. Los sistemas de monitoreo y vigilancia son escasos, y existen grandes vacíos de investigación sobre la identificación de los ingredientes, aditivos y toxicidades de los productos de tabaco sin humo. Se sabe poco acerca de los precios de los productos, la sustitución del tabaco sin humo por tabaco fumado y la propensión de los jóvenes al consumo de tabaco sin humo. Las políticas para el control del tabaco sin humo están poco desarrolladas. Integrar medidas de control del tabaco sin humo en el marco más amplio del control del tabaco puede ayudar a restringir su consumo.

LA INDUSTRIA AFIRMA LO SIGUIENTE:

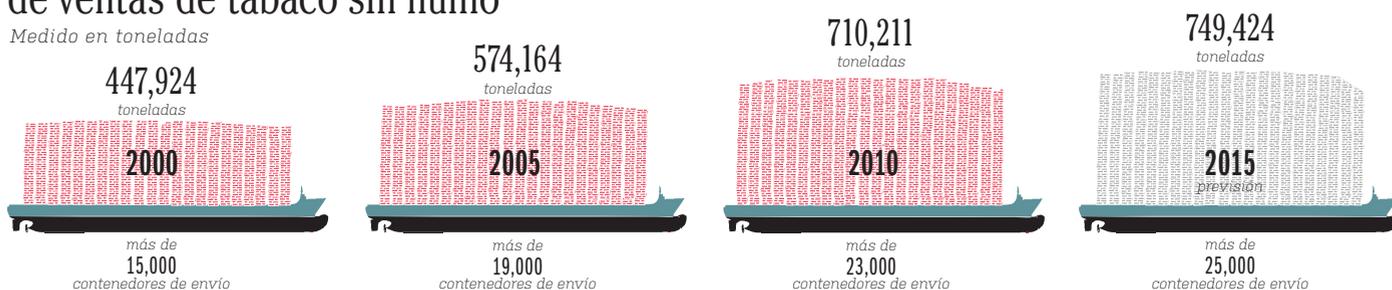
“Adoptamos nuestra estrategia central para el crecimiento, expandir la categoría de tabaco sin humo haciendo que los fumadores adultos cambien y opten por el tabaco sin humo”.

*Daniel Butler, Presidente, U.S. Smokeless Tobacco Company, 2008*



## Volumen mundial de ventas de tabaco sin humo

Medido en toneladas

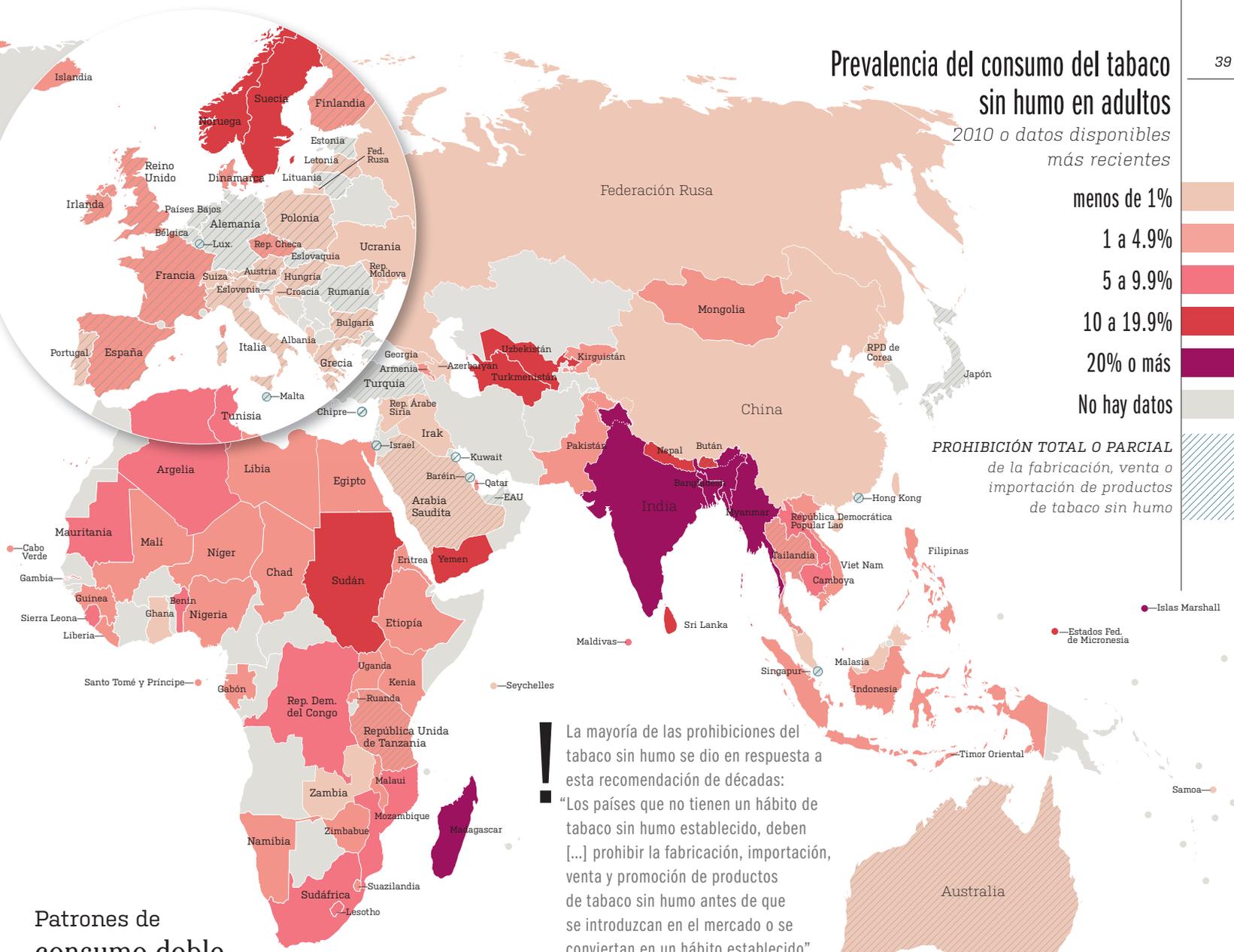


# Prevalencia del consumo del tabaco sin humo en adultos

2010 o datos disponibles más recientes

- menos de 1%
- 1 a 4.9%
- 5 a 9.9%
- 10 a 19.9%
- 20% o más
- No hay datos

**PROHIBICIÓN TOTAL O PARCIAL**  
de la fabricación, venta o importación de productos de tabaco sin humo

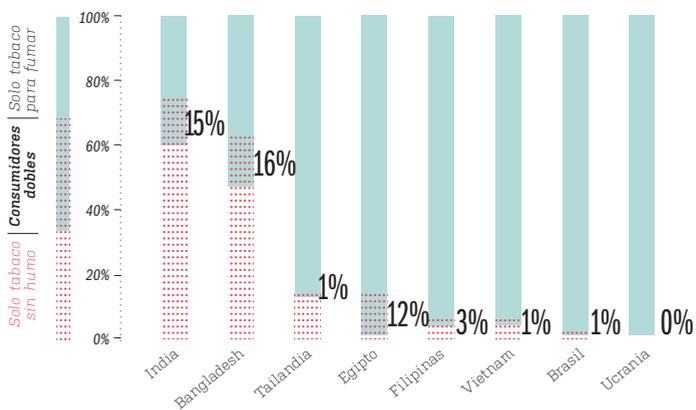


La mayoría de las prohibiciones del tabaco sin humo se dio en respuesta a esta recomendación de décadas: "Los países que no tienen un hábito de tabaco sin humo establecido, deben [...] prohibir la fabricación, importación, venta y promoción de productos de tabaco sin humo antes de que se introduzcan en el mercado o se conviertan en un hábito establecido".

Organización Mundial de la Salud, 1988

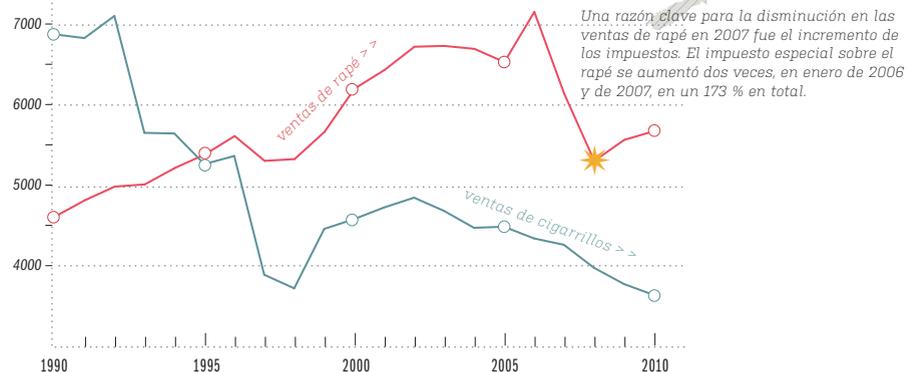
## Patrones de consumo doble de tabaco sin humo y para fumar

Entre los actuales consumidores de tabaco en países seleccionados de la Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos (GATS), 2008-2010



## Cantidad de rapé vs. cigarrillos vendidos

Medida en toneladas métricas, Suecia, 1990-2010



“Los médicos y otros trabajadores de salud pueden ayudar a los pacientes a abandonar este hábito, de una manera más efectiva, cuando sirven como ejemplo al no fumar. Su efectividad aumenta aún más si están involucrados visiblemente en actividades de control del tabaco locales y nacionales”.

*World Health Organization, 2011*

## Proporción de países que brindan servicios de apoyo para dejar de fumar en los consultorios de los profesionales de la salud

2010

No hay datos para 3.6% de los países



12.8%

Servicios disponibles en la mayoría de los consultorios

45.6%

Servicios disponibles en algunos consultorios

38.0%

Servicios no disponibles

En todo el mundo, los profesionales de la salud son respetados y considerados como líderes de opinión y marcadores de tendencias. Tienen la capacidad de afectar las normas sociales y han liderado la lucha por el cese del tabaquismo en los países de altos ingresos. Es importante que esto también suceda en países de ingresos bajos y medios, ya que es poco probable que los índices generales de consumo de tabaco fumado disminuyan hasta que las tasas de fumado de los médicos bajen.

Todos los profesionales de la salud tienen la responsabilidad de aconsejar a sus pacientes sobre temas de salud y decisiones que pueden cambiar su vida, como la importancia de dejar de fumar y cómo hacerlo. Incluso las intervenciones breves para el cese del consumo de tabaco fumado son efectivas, y el apoyo para dejar de fumar puede duplicar los índices de abandono de este hábito. Pero los profesionales de la salud deben estar instruidos sobre cómo mantener estas conversaciones. La capacitación e instrucción generan confianza en los profesionales de la salud y aumentan su capacidad para hablar sobre el cese del consumo de tabaco fumado con los pacientes, lo cual a su vez lleva a un mayor éxito respecto al cese de este hábito.

Es menos probable que los profesionales de la salud que son fumadores aconsejen a sus pacientes que dejen de fumar. La condición de fumador de los profesionales de la salud varía en todo el mundo según los patrones sociodemográficos y las etapas de la

epidemia de tabaquismo.

**LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA DE HOY SON LOS MÉDICOS DE MAÑANA, Y ES IMPORTANTE QUE ESTOS ESTUDIANTES RECIBAN CAPACITACIÓN FORMAL SOBRE EL CESE DEL CONSUMO DE TABACO FUMADO COMO PARTE DE SU PLAN DE ESTUDIOS DE MEDICINA.** Lamentablemente, esta capacitación formal no siempre se da, y en muchas partes del mundo, los estudiantes de medicina fuman tanto o más que la población en general.

Además de instruir a los profesionales de la salud sobre el cese del consumo de tabaco fumado, los centros de salud, como hospitales, clínicas y consultorios, deben adoptar políticas antitabaco para proteger contra la exposición al humo de segunda mano. También se deben adoptar políticas antitabaco en las escuelas de Medicina. En algunos países, los índices de consumo de tabaco fumado en estudiantes de Medicina aumentan durante sus años de estudio, una circunstancia que políticas adecuadas pueden ayudar a prevenir.

“20,679 médicos afirman que ‘los Lucky son menos irritantes’”.

*American Tobacco Company, US, 1931*

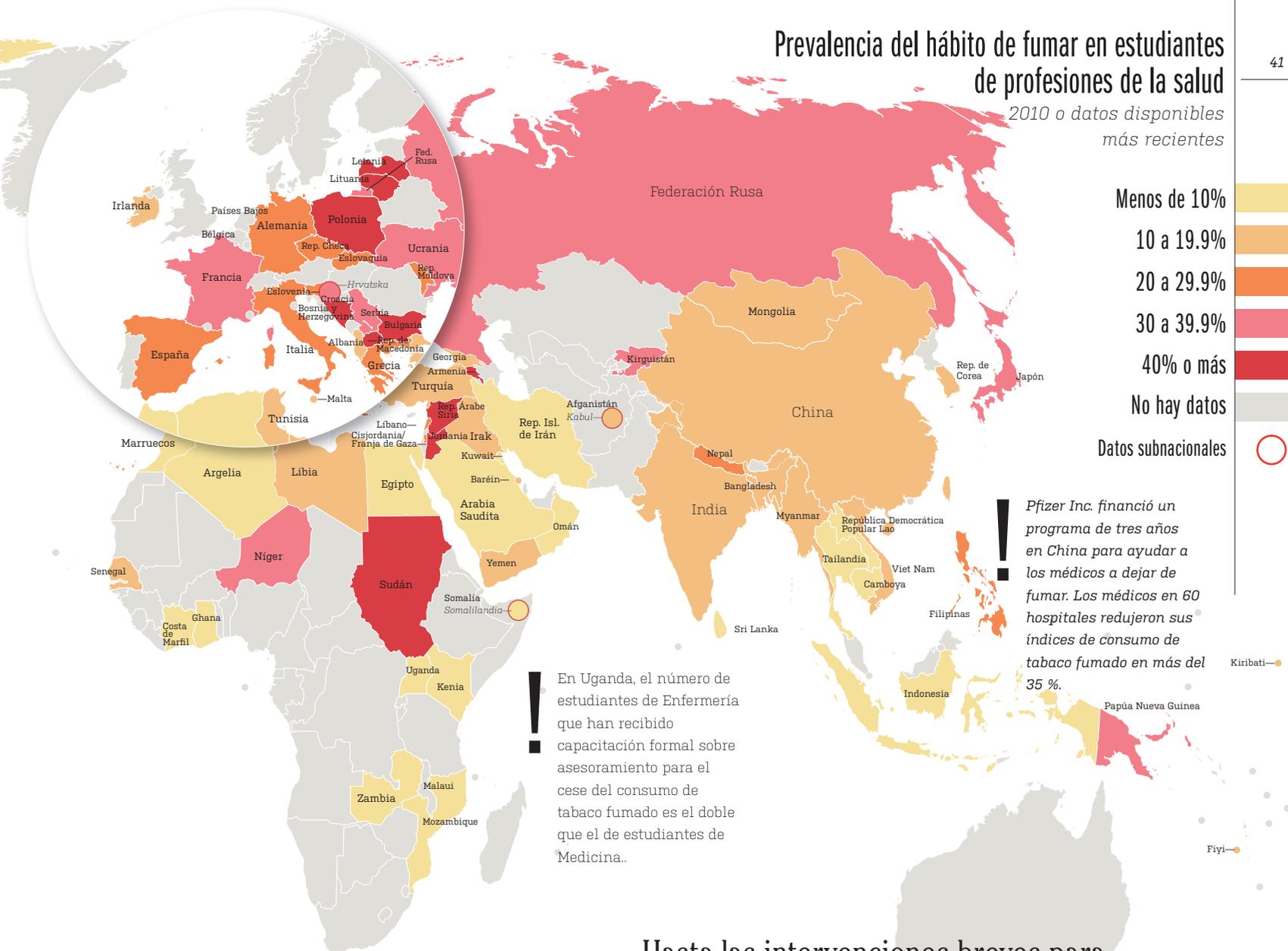
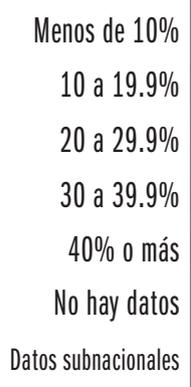


Solo el 5 % de los estudiantes de Medicina en Buenos Aires, Argentina, ha recibido capacitación formal sobre el asesoramiento para el cese del consumo de tabaco fumado.



# Prevalencia del hábito de fumar en estudiantes de profesiones de la salud

2010 o datos disponibles más recientes

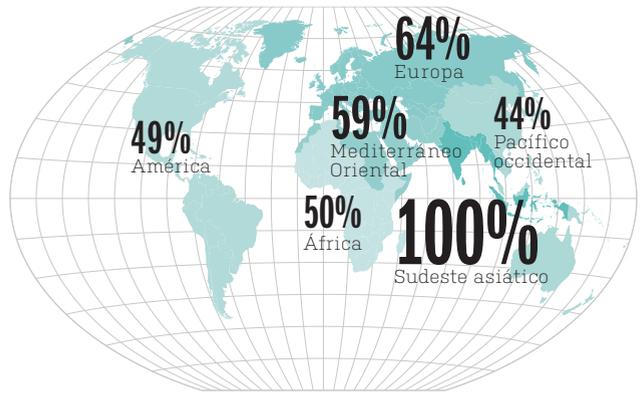


**!** Pfizer Inc. financió un programa de tres años en China para ayudar a los médicos a dejar de fumar. Los médicos en 60 hospitales redujeron sus índices de consumo de tabaco fumado en más del 35 %.

**!** En Uganda, el número de estudiantes de Enfermería que han recibido capacitación formal sobre asesoramiento para el cese del consumo de tabaco fumado es el doble que el de estudiantes de Medicina..

## Porcentaje de países con centros de salud libres de humo

2010 o datos disponibles más recientes



## Hasta las intervenciones breves para el cese del consumo de tabaco fumado son efectivas

Todos los profesionales de la salud deben evaluar a los pacientes para detectar el consumo de tabaco y seguir los cinco pasos siguientes:

- 1. PREGUNTAR** acerca del consumo del tabaco
- 2. ACONSEJAR** que dejen de consumirlo
- 3. EVALUAR** el interés en dejar el consumo
- 4. AYUDAR** a dejar el consumo
- 5. COORDINAR** el seguimiento

LAS INVESTIGACIONES INDICAN LO SIGUIENTE:

“Con frecuencia, los fumadores no se dan cuenta de que pagan dos veces por los cigarrillos. Primero con dinero de sus bolsillos, y luego con su salud o [sus] vidas”.

Ayda Yurekli, Banco Mundial, 2001

ENTRE 2000 Y 2008,

LOS COSTOS TOTALES EN China  
ATRIBUIBLES AL CONSUMO DE TABACO

SE MULTIPLICARON POR MÁS

de cuatro

2000  
USD 7200 MILLONES

*Los valores incluyen los costos directos e indirectos. Los costos directos incluyen todos los gastos en atención médica para el tratamiento de enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco. Los costos indirectos incluyen en gran medida el valor de la productividad perdida y el costo de las muertes prematuras causadas por enfermedades relacionadas con el consumo del tabaco. Medidos en dólares (USD).*





2008  
USD 28,900 millones

COSTOS

“El valor monetario del daño a la salud producido por un solo paquete de cigarrillos es de USD 35 para un fumador estadounidense”.

*Jonathan Gruber, Instituto Tecnológico de Massachusetts, Botond Köszegi, Universidad de California en Berkeley, EE. UU., 2008*

## Los costos de oportunidad del hábito de fumar

Todas las sociedades renuncian a la oportunidad de comprar algo importante cuando se gastan valiosos recursos en tratar enfermedades relacionadas con el consumo del tabaco.

*Costo directo del consumo de tabaco en USD*

*¿De qué otra manera se puede gastar estos recursos?*



**\$9,584 millones**  
Reino Unido,  
2008



**SERVICIOS DEL DEPARTAMENTO DE TRANSPORTE**  
*Gobierno del Reino Unido, 2010*



**\$1,140 millones**  
Chile, 2008



**PROGRAMA DE SEGURIDAD PÚBLICA**  
*Ministerio del Interior de Chile, 2008*



**\$922 millones**  
Malasia, 2008



**PROGRAMA DE DESARROLLO RURAL**  
*Gobierno de Malasia, 2007*



**\$244 millones**  
Tailandia, 2006



**SERVICIOS DEL DEPARTAMENTO DE ENERGÍA**  
*Gobierno de Tailandia, 2010*



**\$166 millones**  
Nueva Zelanda,  
2004



**CONSTRUCCIÓN ANUAL DE ESCUELAS**  
*Ministerio de Educación de Nueva Zelanda, 2009*

Este mapa refleja los cálculos estimados de los costos médicos directos tanto públicos como privados para tratar las enfermedades relacionadas con el tabaco, que son solo una parte del costo total del tabaco para la sociedad. No están incluidos los costos indirectos como las pérdidas de productividad laboral, la basura producida por las colillas de cigarrillos, los incendios, el daño ambiental de las prácticas agrícolas destructivas ni el sufrimiento intangible de las víctimas y sus familias. Estas pérdidas refuerzan más el argumento de que el consumo de tabaco tiene consecuencias económicas graves.

Las compañías tabacaleras insisten en que su negocio es esencial para la economía local y mundial e ignoran el enorme derroche de recursos que el consumo de productos de tabaco produce en la sociedad en general.

EL PESO DE LA MUERTE, LAS ENFERMEDADES Y LAS DISCAPACIDADES PROVOCADAS POR EL CONSUMO DE PRODUCTOS DE TABACO ES MUCHO MAYOR QUE CUALQUIER TIPO DE BENEFICIO ECONÓMICO QUE PUEDAN DEJAR SU FABRICACIÓN Y VENTA. La industria tabacalera incluso ha encargado la realización de estudios que aseguran que la mortalidad temprana atribuible al consumo de tabaco alivia la carga financiera de los fondos públicos de pensiones, un argumento que nunca se ha presentado para combatir los esfuerzos de prevención contra el VIH/SIDA, la tuberculosis o la diabetes. Esta conclusión nefasta no solo es inmoral, sino también incorrecta.

El costo directo de las enfermedades relacionadas al tabaco se determina por el número de personas que son tratadas y el costo del tratamiento. La cantidad de pacientes depende de la población

de un país y de la etapa en la que se encuentre la epidemia de tabaquismo, mientras que el costo del tratamiento depende del sistema de salud del país. Los cálculos también pueden variar según el método de investigación utilizado. Los costos de atención médica relacionados con el tabaco solo se han calculado en pocos países, principalmente debido a los datos limitados o de baja calidad, la escasez de financiación para investigación y la falta de capacidad de investigación. Como los sistemas de salud de los países de ingresos bajos y medios se desarrollan junto con su economía, los costos médicos de las enfermedades relacionadas con el tabaco continuarán creciendo, al igual que la necesidad de evaluar estos costos.



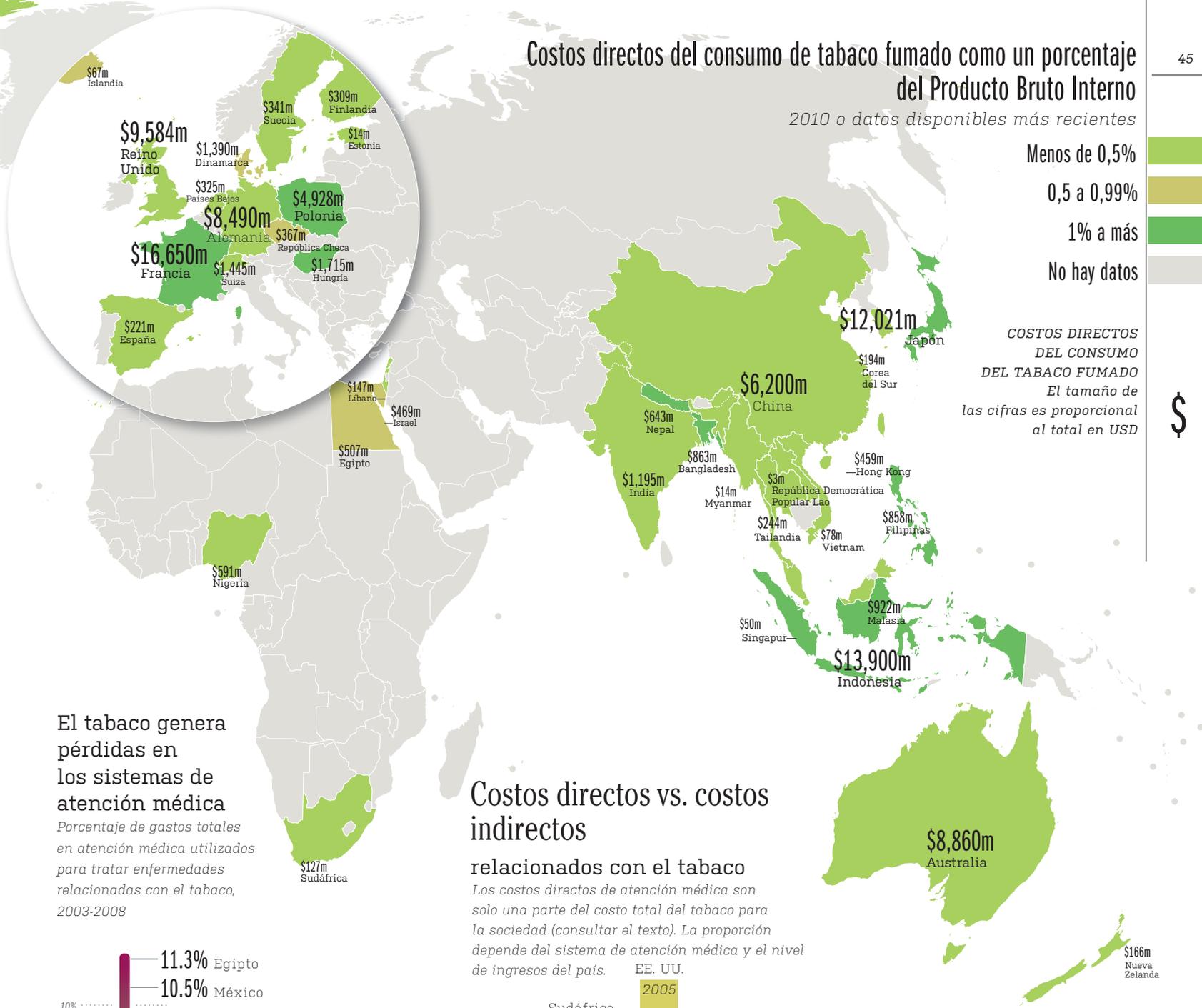
# Costos directos del consumo de tabaco fumado como un porcentaje del Producto Bruto Interno

2010 o datos disponibles más recientes

- Menos de 0,5%
- 0,5 a 0,99%
- 1% a más
- No hay datos

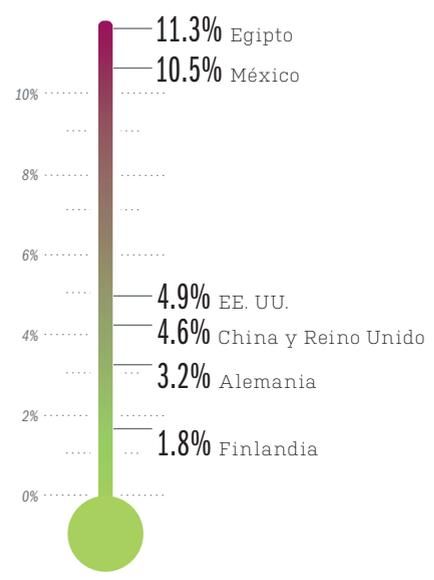
**COSTOS DIRECTOS DEL CONSUMO DEL TABACO FUMADO**  
El tamaño de las cifras es proporcional al total en USD

\$



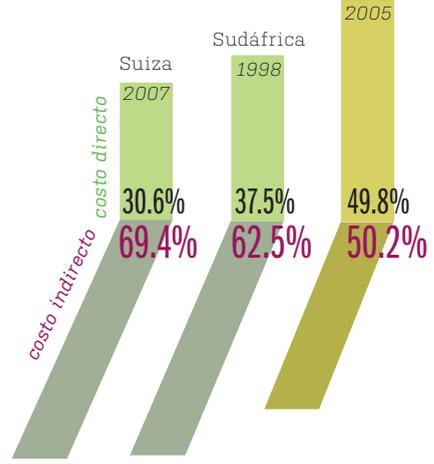
## El tabaco genera pérdidas en los sistemas de atención médica

Porcentaje de gastos totales en atención médica utilizados para tratar enfermedades relacionadas con el tabaco, 2003-2008



## Costos directos vs. costos indirectos relacionados con el tabaco

Los costos directos de atención médica son solo una parte del costo total del tabaco para la sociedad (consultar el texto). La proporción depende del sistema de atención médica y el nivel de ingresos del país.



**!** De 2000 a 2004, el valor de los cigarrillos vendidos en EE. UU. promedió los USD 71 000 millones por año, mientras que fumar cigarrillos fue la causa de un estimado de USD 193 000 millones en pérdidas económicas anuales relacionadas a la salud (USD 96 000 millones en costos médicos directos y aproximadamente USD 97 000 millones en pérdida de productividad).

## “¿Huevos? ¿De dónde vendría el dinero para comprarlos?”

*Hasan, un conductor de ricksha de Bangladés que podría alimentar a cada uno de sus tres hijos con un huevo diario, si comprara huevos en vez de tabaco, 2001*

El dinero que se gasta en tabaco suele reducir los recursos disponibles para las necesidades básicas como alimentación, atención médica y educación. Estos costos de oportunidad imponen una carga significativa en los consumidores de tabaco y sus familias y someten a muchos de ellos a un círculo vicioso de pobreza que puede abarcar generaciones. **GASTAR EN PRODUCTOS DE TABACO DESVÍA RECURSOS DESTINADOS A BIENES Y SERVICIOS ESENCIALES, QUE INCLUYEN EDUCACIÓN, ALIMENTOS, ROPA, VIVIENDA Y TRANSPORTE.** Los gastos en tabaco inhiben el progreso hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la ONU.

El precio de venta al público de un paquete de cigarrillos varía entre países y dentro de cada país. Muchos factores influyen en los precios de los cigarrillos, incluidos la estructura del mercado del tabaco (monopolio, oligopolio o mercado competitivo) y el sistema tributario del tabaco (tamaño y estructura de los impuestos específicos. Consultar el Capítulo 29: Impuestos al tabaco). Puede existir un importante margen de precios entre las llamadas marcas de cigarrillos de primera y las marcas económicas como resultado de una estrategia de la industria tabacalera para dirigirse a segmentos específicos de la población o de la estructura fiscal que favorece que favorece los impuestos ad-valorem antes que específicos. Los impuestos específicos, establecidos como una cantidad fija de dinero

cobrada por el gobierno por cigarrillo, tendrían como resultado precios más uniformes de los cigarrillos, lo que reduciría la brecha de precios entre marcas de primera y marcas económicas. Esto fomentaría que los fumadores dejen de fumar o disminuyan el consumo, en lugar de simplemente cambiar a marcas más económicas de cigarrillos. Homogeneizar más los precios de todos los productos de tabaco limitaría la opción de los consumidores de sustituir otros productos de tabaco para evitar el aumento de los precios o impuestos. Por lo tanto, se deben hacer esfuerzos para equiparar los impuestos de los diferentes productos de tabaco.

Para obtener mayores ganancias, **las grandes firmas tabacaleras han elevado el precio promedio de los cigarrillos en los países ricos** como Gran Bretaña, donde 20 cigarrillos ahora cuestan más de £6 por paquete; **mientras que disminuyen el precio pagado a los cultivadores de tabaco en países más pobres**, como India y Malawi.

En Vietnam, **los fumadores gastaron en tabaco 3,6 veces más que en educación, 2,5 veces más que en ropa y 1,9 veces más que en atención médica en 2003.**

El consumo del tabaco **empobreció aproximadamente a 15 millones de personas en India en 2004.**

Los estudiantes en **Níger gastaron 40% de sus ingresos en cigarrillos en 2003.**

## Precio de otros productos de tabaco comparados a cigarrillos

por 20 cigarrillos/unidades en USD

■ Marlboro ■ Cigarrillos locales ■ Otro producto de tabaco

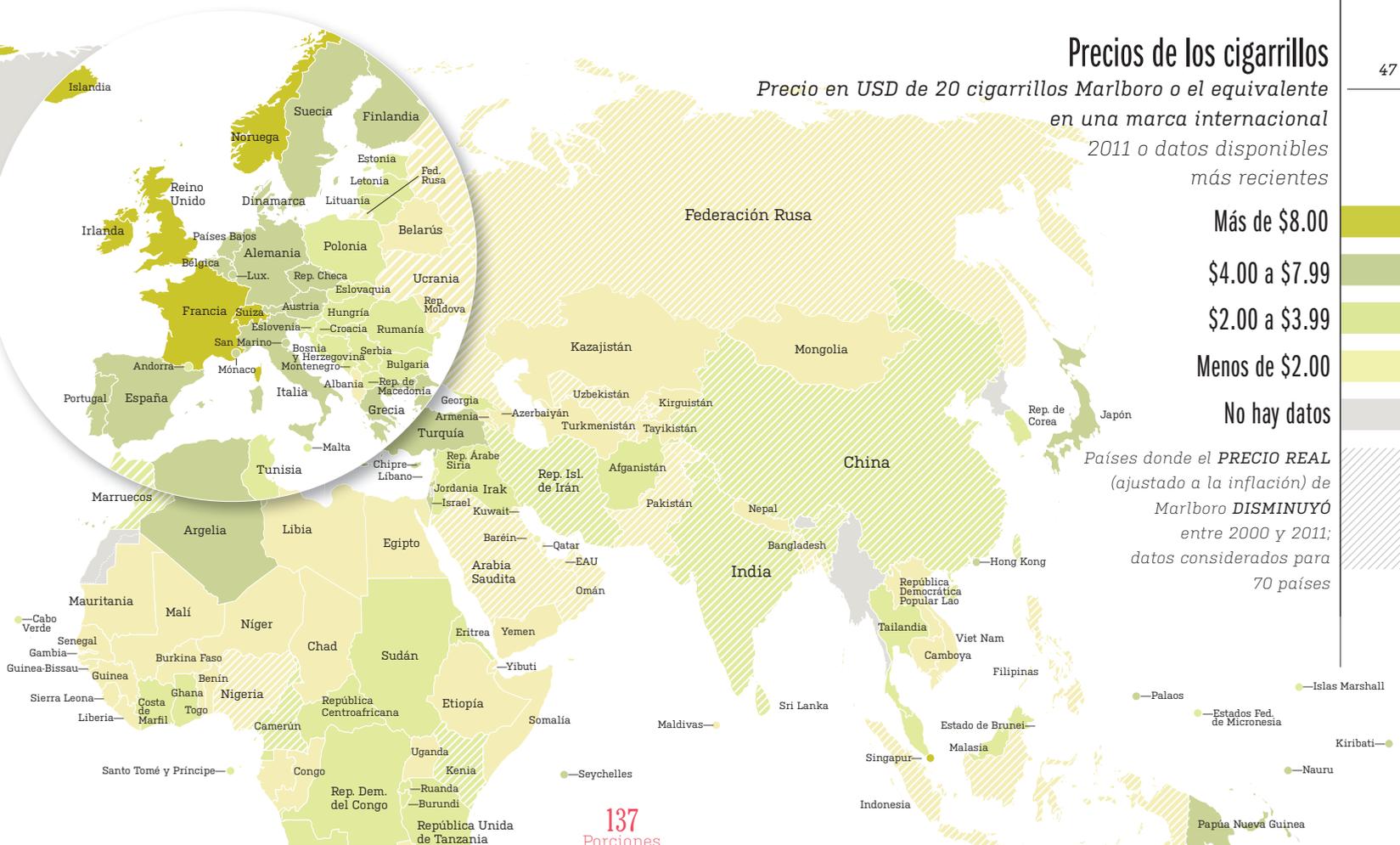


# Precios de los cigarrillos

Precio en USD de 20 cigarrillos Marlboro o el equivalente en una marca internacional 2011 o datos disponibles más recientes

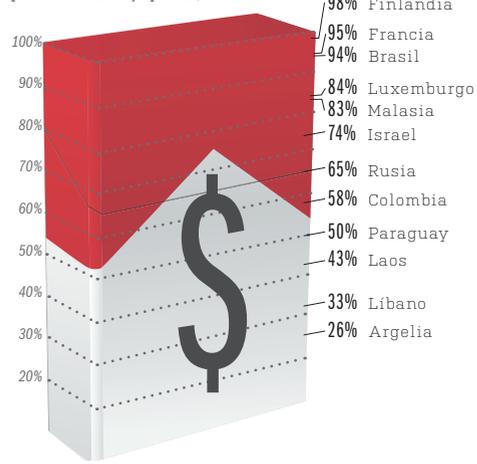
- Más de \$8.00
- \$4.00 a \$7.99
- \$2.00 a \$3.99
- Menos de \$2.00
- No hay datos

Países donde el PRECIO REAL (ajustado a la inflación) de Marlboro DISMINUYÓ entre 2000 y 2011; datos considerados para 70 países

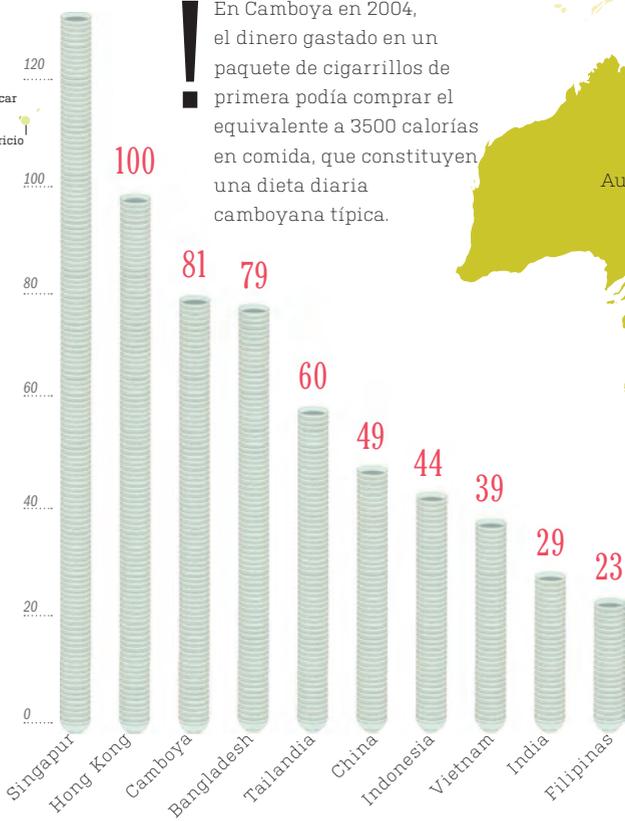


## Precio de la marca local como porcentaje de los precios de Marlboro

Cuanto mayor sea la diferencia entre los precios de los cigarrillos, más fácil será para el fumador cambiar a una marca más económica (orientación del consumo hacia productos de bajo precio).



## 137 Porciones



En Camboya en 2004, el dinero gastado en un paquete de cigarrillos de primera podía comprar el equivalente a 3500 calorías en comida, que constituyen una dieta diaria camboyana típica.

## ¿Cuántas porciones de arroz se pueden comprar por el valor de un paquete de cigarrillos Marlboro?

1 porción = 28.21g de arroz, peso en seco, 2010

“Si los precios reales de los cigarrillos no aumentan más rápido que el poder adquisitivo de los consumidores, el tabaco se vuelve relativamente más asequible y aumenta el consumo”.

*Organización Mundial de la Salud, Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2011*

En las últimas décadas, muchos países de ingresos bajos y medios han logrado un crecimiento económico sin precedentes. Las economías de muchos países de Asia, Europa del Este y América del Sur han crecido a tasas anuales de 6 % o más. El crecimiento rápido aumenta el poder adquisitivo de los consumidores y las personas descubren que muchas cosas, incluidos los cigarrillos, se vuelven más asequibles. Por lo tanto, los países de rápido crecimiento enfrentan mayores desafíos en el control del tabaco.

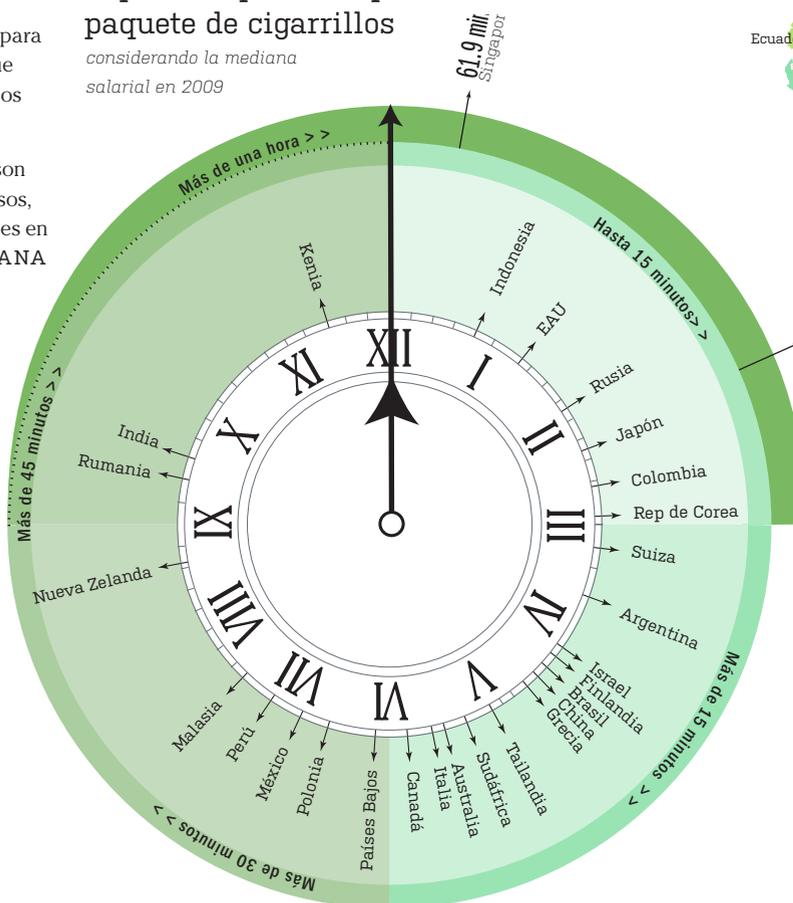
Las decisiones de los consumidores de comprar cigarrillos están influenciadas por su ingreso disponible y el precio de los cigarrillos. Los economistas llaman “asequibilidad” a esta combinación, que se expresa como el porcentaje de los ingresos o la cantidad de tiempo de trabajo de un trabajador requerido para comprar un producto. Cuanto más ingresos se requieran para comprar cigarrillos o cuanto más se tenga que trabajar para obtener dinero suficiente para los cigarrillos, menos asequibles resultan.

A pesar de que los precios de los cigarrillos son mucho más altos en los países de altos ingresos, los cigarrillos son en promedio más asequibles en esos países. Por ejemplo, en 2009 LA MEDIANA DE LAS PERSONAS EMPLEADAS EN KENIA TENÍA QUE TRABAJAR CASI UNA HORA PARA COMPRAR UN PAQUETE DE LOS CIGARRILLOS MÁS ECONÓMICOS, MIENTRAS QUE LOS CIGARRILLOS MÁS ECONÓMICOS CUESTAN POCO MÁS DE 11 MINUTOS DE TRABAJO PARA LA MEDIANA DE TRABAJADORES EN JAPÓN. En los países de ingresos bajos y medios, por lo general los cigarrillos se están volviendo más asequibles a medida que las economías se desarrollan; es así que el mayor incremento en asequibilidad en la última década se observó en China, Libia y la Federación Rusa.

El crecimiento en ingreso promedio afecta de manera significativa la asequibilidad de los cigarrillos y, en ese sentido, es malo para los esfuerzos de salud pública que buscan reducir el consumo haciendo que los productos de tabaco sean menos asequibles. Pero los formuladores de políticas sobre el control de tabaco no pueden argumentar contra el crecimiento económico. La mejor manera de hacer que los cigarrillos sean menos asequibles es incrementar los impuestos y precios del tabaco (consultar el Capítulo 29: Impuestos sobre el tabaco). En la medida en que el control del tabaco sea una prioridad para el gobierno y los diseñadores de políticas, los impuestos y precios del tabaco deben ser ajustados para reducir la asequibilidad.

## Minutos de mano de obra requeridos para comprar un paquete de cigarrillos

*considerando la mediana salarial en 2009*



# Asequibilidad de los cigarrillos

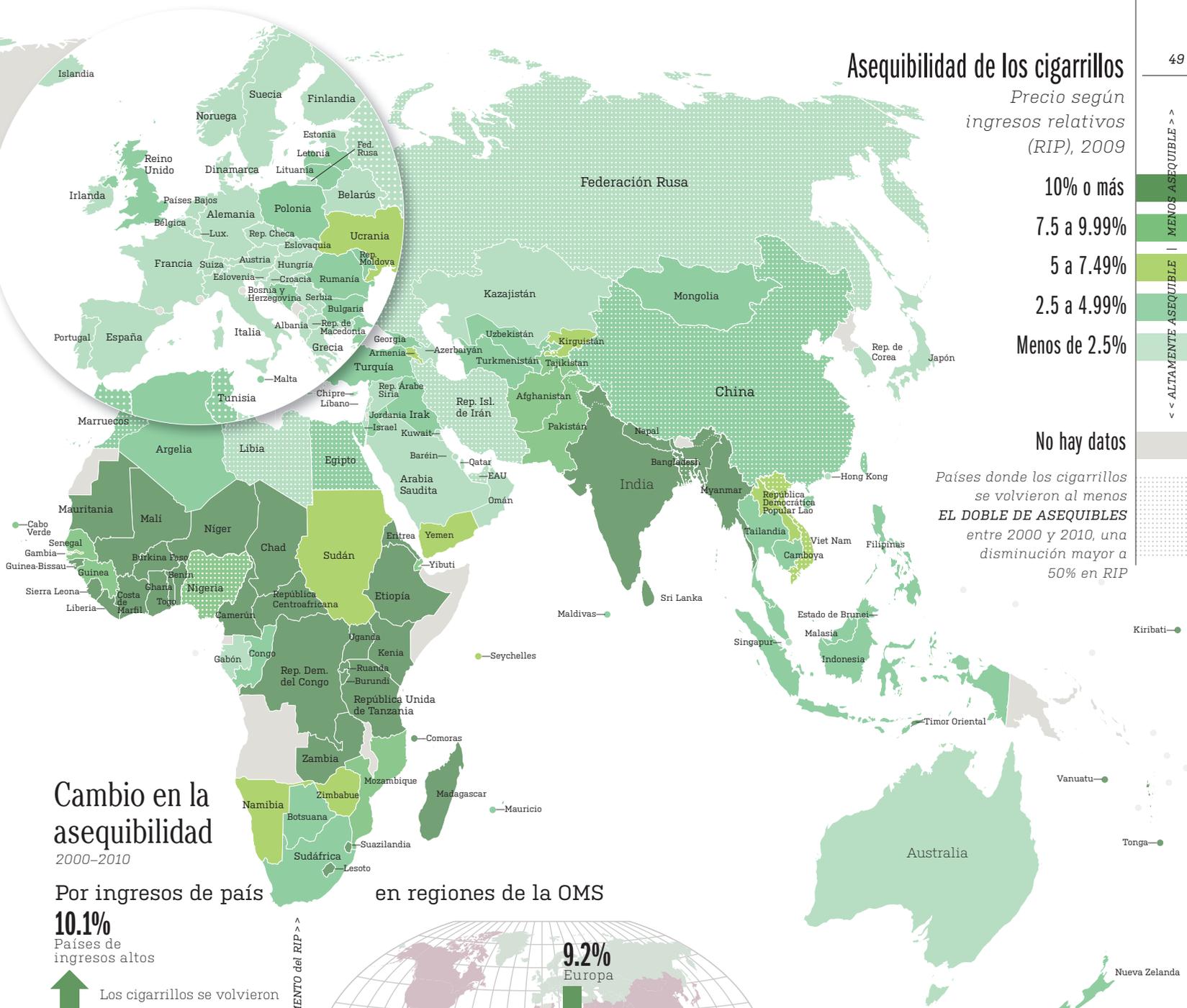
Precio según ingresos relativos (RIP), 2009

- 10% o más
- 7.5 a 9.99%
- 5 a 7.49%
- 2.5 a 4.99%
- Menos de 2.5%

>> MENOS ASEQUIBLE | ASEQUIBLE | ALTAMENTE ASEQUIBLE <<

No hay datos

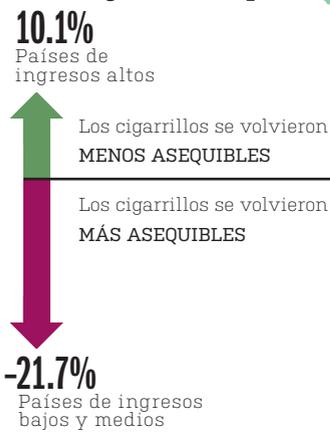
*Paises donde los cigarrillos se volvieron al menos EL DOBLE DE ASEQUIBLES entre 2000 y 2010, una disminución mayor a 50% en RIP*



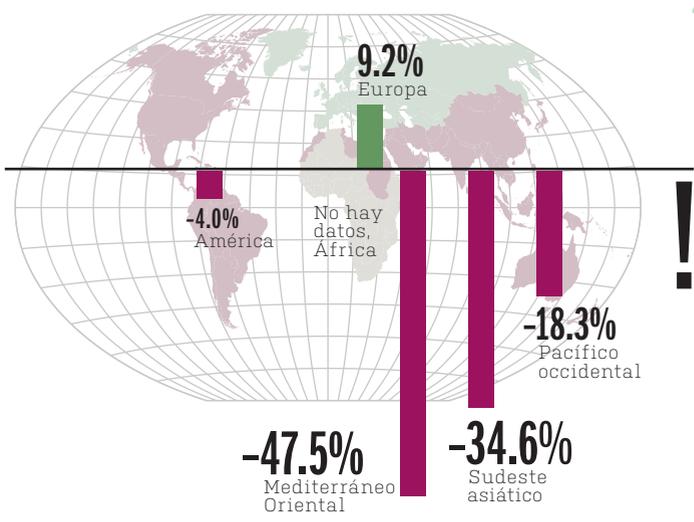
## Cambio en la asequibilidad

2000-2010

Por ingresos de país en regiones de la OMS



>> INCREMENTO del RIP << REDUCCIÓN del RIP



En China, los cigarrillos se han vuelto mucho más asequibles durante los últimos 10 años. En 2000, se necesitó casi el 14 % del ingreso promedio per cápita anual para comprar 100 paquetes de los cigarrillos más económicos. En 2010, este número disminuyó a menos del 3 %.

\*Precio Relativo del Ingreso (RIP) = Porcentaje del ingreso per cápita anual, medido por el PBI per cápita necesario para comprar 100 paquetes de los cigarrillos más económicos.

LAS INVESTIGACIONES INDICAN LO SIGUIENTE:

“El consumo de tabaco es diferente de las otras amenazas para la salud mundial. Las enfermedades infecciosas no emplean empresas multinacionales de relaciones públicas. No hay grupos de fachada que promuevan la propagación del cólera. Los mosquitos no tienen grupos de presión”.

*Informe Zeltner de la OMS, 2000*

ENTRE 2000 Y 2010,

LA PRODUCCIÓN MUNDIAL DE CIGARRILLOS AUMENTÓ UN 12%.

EN LA ACTUALIDAD, COMPAÑÍAS DE CIGARRILLOS  
PRODUCEN APROXIMADAMENTE

6 billones  
DE CIGARRILLOS POR AÑO.





“...ellos estafaron a los agricultores. Los cultivadores de tabaco tienen familias, manejan negocios y trabajan muy duro en la tierra... Pienso que son los inocentes en este asunto”.

Harvey Strosberg, abogado, Canadá, 2010

Se sabe que el tabaco se cultiva en al menos 124 países y que ocupa 3,8 millones de hectáreas de tierras agrícolas. Solo hay 5 países en los que no se cultiva tabaco y se desconoce si el tabaco se cultiva o no en los restantes países del mundo. La producción mundial de tabaco alcanzó su nivel máximo en 1997 con más de 9 millones de toneladas y, desde entonces, ha disminuido en casi un cuarto hasta llegar a 7,1 millones de toneladas en 2009.

El tabaco se cultiva principalmente en los países de ingresos bajos y medios, donde es un factor que contribuye a la desnutrición debido a que la tierra se utiliza para cultivar tabaco en lugar de alimentos. EN 2009, SEIS DE LOS DIEZ PRINCIPALES PAÍSES PRODUCTORES DE TABACO MOSTRARON ÍNDICES DE DESNUTRICIÓN DE ENTRE 5 % Y 27 %. En 2008 en Malawi, uno de los mayores países productores de tabaco con 27 % de desnutrición, cada hectárea de tierra destinada al tabaco produjo una tonelada de hojas de tabaco; una hectárea de tierra en la que se cultivó papas produjo 14,6 toneladas el mismo año.

Cultivar tabaco afecta negativamente el ambiente. Se necesita madera para el proceso de curado y para colgar las hojas para que se sequen, lo cual provoca deforestación. Cada año se talan 20,000 hectáreas de bosques para curar tabaco. El tabaco

lava muchos nutrientes del suelo, por lo que en la producción del tabaco se utilizan intensamente los fertilizantes y pesticidas. Estas sustancias químicas ponen en peligro a los trabajadores y crean residuos líquidos que contaminan el ambiente.

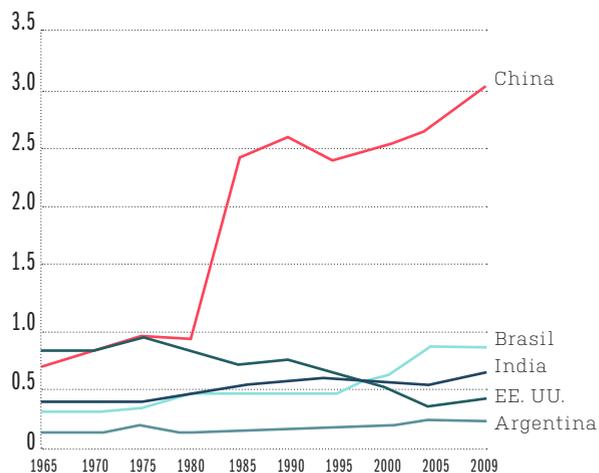
Sin importar donde trabajen, los cultivadores de tabaco padecen enfermedades como consecuencia de su exposición a pesticidas (que provocan daños neurológicos) y a la nicotina (que provoca la enfermedad del tabaco verde). Además de los impactos en la salud, muchos cultivadores de tabaco están atrapados en un ciclo de pobreza, ya que deben adquirir infraestructura y equipos costosos, con pocas ganancias restantes. En 2003, los cultivadores de tabaco en EE. UU. recibieron menos de 1 % de los gastos en que incurrieron los consumidores de tabaco.

El CMCT de la OMS exige ayuda financiera y técnica para los cultivadores de tabaco en países que dependen de la producción agrícola de tabaco. Aunque cambiar el cultivo del tabaco por el cultivo de alternativas económica y ambientalmente viables, como los alimentos, atiende el problema de la desnutrición, pocos países han implementado estas medidas.



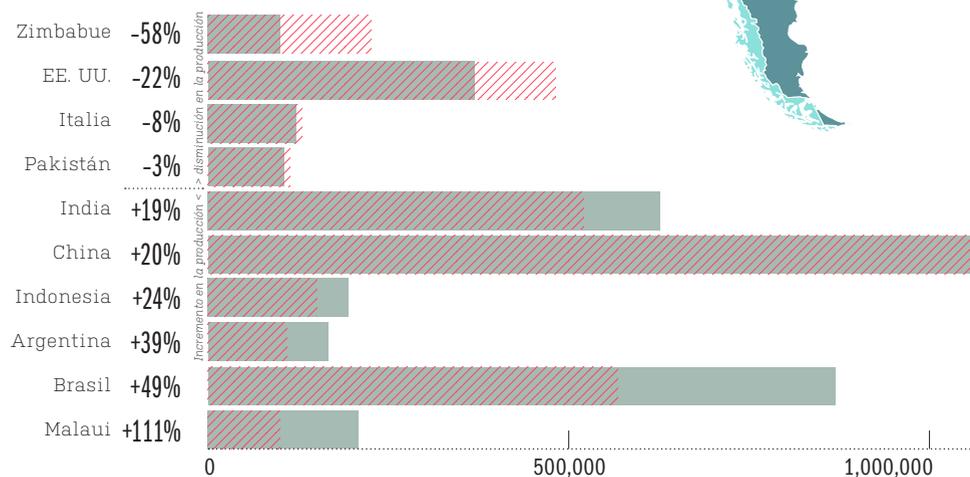
## Tendencia de la producción del tabaco

Cantidad de producción en millones de toneladas métricas para países seleccionados, 1965-2009



## Productores más importantes de hojas de tabaco

Cantidad de producción en toneladas métricas

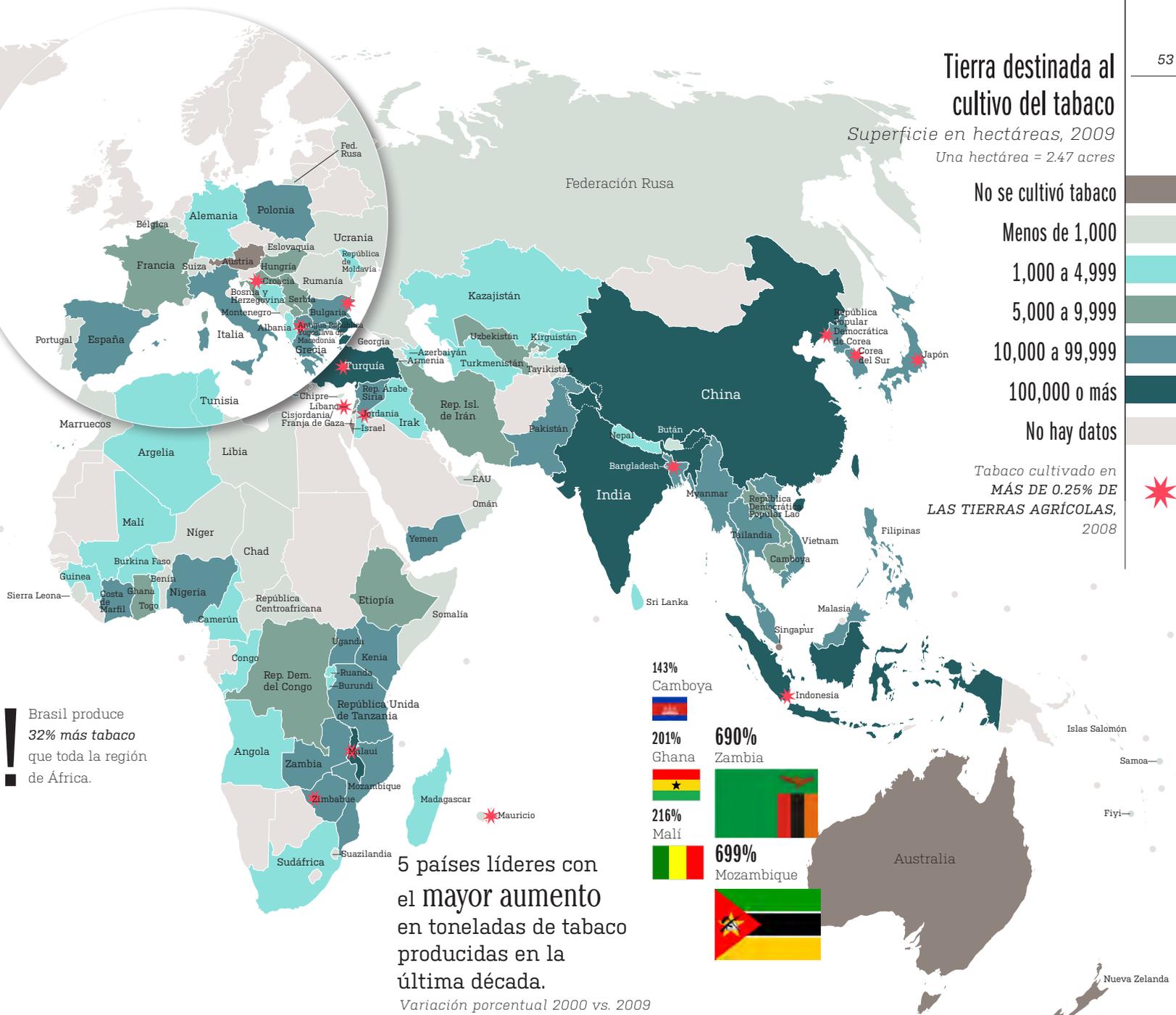


# Tierra destinada al cultivo del tabaco

Superficie en hectáreas, 2009  
Una hectárea = 2.47 acres

- No se cultivó tabaco
- Menos de 1,000
- 1,000 a 4,999
- 5,000 a 9,999
- 10,000 a 99,999
- 100,000 o más
- No hay datos

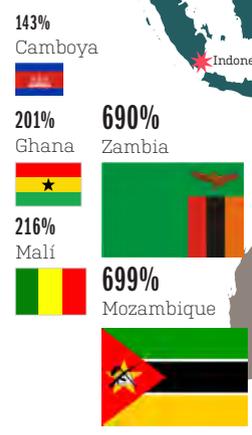
Tabaco cultivado en  
**MÁS DE 0.25% DE LAS TIERRAS AGRÍCOLAS, 2008**



Brasil produce 32% más tabaco que toda la región de África.

5 países líderes con el mayor aumento en toneladas de tabaco producidas en la última década.

Variación porcentual 2000 vs. 2009



China produce el 43 % del tabaco mundial, que es *más tabaco que el producen los otros nueve principales países productores de tabaco en conjunto.*

**LAS INVESTIGACIONES INDICAN LO SIGUIENTE:**

“No puedes simplemente decirle a las personas que no fumen, así como no puedes decirle a los agricultores que dejen de sembrar. **Debes mostrarles otro camino**”.

Zhao Yaqiao, Universidad Agrícola de Yunnan, China, 2011



“Los cigarrillos se están extruyendo, y por lo tanto fumando, a una tasa de más de 300 millones de millas por año, que es aproximadamente 34 000 millas por hora, las 24 horas del día”.

Robert Proctor, Universidad de Stanford, EE. UU., 2011

Existen mucho más de 500 fábricas de cigarrillos en todo el mundo, cada una responsable de miles de muertes prematuras y masivos costos evitables para la sociedad. **ESTAS FÁBRICAS EN CONJUNTO PRODUCEN CASI 6 BILLONES DE CIGARRILLOS CADA AÑO, APROXIMADAMENTE 12 % MÁS QUE HACE DIEZ AÑOS.** En 2010, se produjeron cigarrillos en la mayoría de los países de todo el mundo y se fabricaron cerca de un millón de cigarrillos cada cinco segundos. Ese año, el 41 % de los cigarrillos del mundo se produjeron en China, seguida por Rusia (7 %), EE. UU. (6 %), Alemania (4 %) e Indonesia (3 %).

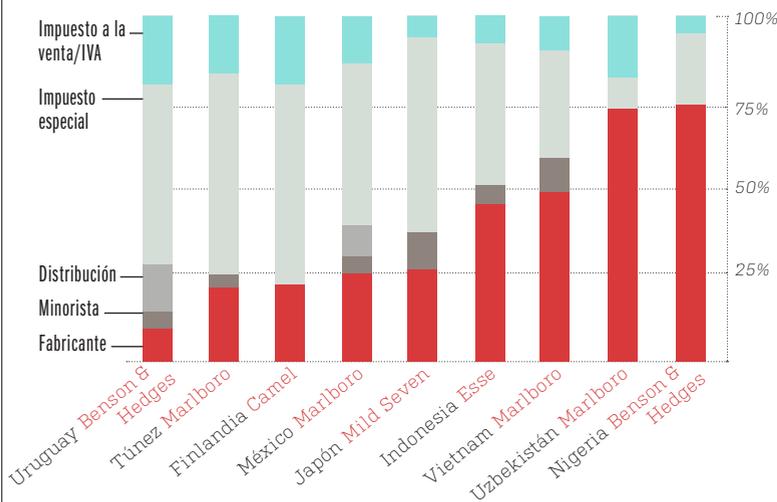
¿Dónde se fabrican, envuelven y ponen en caja los cigarrillos para su envío? Las fábricas de cigarrillos están ubicadas en cada rincón del mundo, se concentran en Europa y China, y todavía se están construyendo otras nuevas. A menudo, estas fábricas están ocultas a la vista tras muros altos, se les dan nombres vagos como “centro de manufactura” o “centro de

producción” y utilizan camiones no marcados. Sin embargo, esto no sucede en China, donde fumar es considerado socialmente aceptable mucho más que en otros países. Allí las fábricas son sumamente visibles y ocupan un lugar destacado en sus comunidades.

Ahora, con los avances en tecnología de imagen satelital, los proyectos como “Cigarette Citadels” de la Universidad de Stanford hacen posible ubicar cientos de estas fábricas en línea. Por ejemplo, los usuarios de Internet pueden ver una de las fábricas de cigarrillos más grandes del mundo en Bergen op Zoom, cerca de La Haya, Países Bajos. Este centro, construido por Philip Morris en la década de 1980, actualmente fabrica cerca de 96,000 millones de cigarrillos al año, de los cuales la mayoría se exporta a otros países europeos y a Japón. Cerca de 90,000 personas podrían morir prematuramente cada año como resultado del consumo de cigarrillos fabricados solo en este centro.

## ¿Quién obtiene el dinero que se gasta en un cigarrillo?

Distribución del valor de un cigarrillo de primera, 2009-2010



## Los cigarrillos predominan, pero no son el único producto de tabaco de la industria tabacalera

Valor de la producción mundial de la industria tabacalera medido según el precio de ventas al por menor (impuestos incluidos) en 2010, en miles de millones de USD



CIGARRILLOS \$610 mil millones

Souza Cruz BAT - Uberlândia, Brasil  
Esta fábrica trabaja 24 horas al día, los 7 días a la semana para producir 49,000 millones de cigarrillos anualmente.

Philip Morris USA - Esta fábrica, llamada "Richmond Manufacturing Center" es quizás la fábrica de cigarrillos más grande del mundo debido a sus 148 645 metros cuadrados bajo un mismo techo.



## Producción de cigarrillos

en miles de millones de unidades, 2010 o últimos datos disponibles

0 (No hubo producción)

Menos de 1

1 a 4.99

5 a 19.99

20 a 49.99

50 a 1,999.99

2000 o más

No hay datos

Ubicación de las fábricas de cigarrillos\*

### BAT-San Petersburgo, Rusia

BAT tiene previsto expandir la capacidad de esta fábrica a 125,000 millones de cigarrillos para el 2014.

### Philip Morris-Holanda

Una de las instalaciones más grandes de Philip Morris con una producción de 96,000 millones de cigarrillos en 2006.

### Hongyun-Yuxi-Yunnan, China

Probablemente la fábrica más grande en términos de producción en China, es también una de las más grandes del mundo. Produjo 92,400 millones de cigarrillos en 2008.

En China, el mayor país productor de cigarrillos del mundo, solo 24 de cada 100,000

trabajadores están empleados en el sector de fabricación de tabaco. En Rusia, el segundo mayor productor de cigarrillos, la proporción es aún menor: 18 de cada 100,000 trabajadores están empleados en la fabricación de tabaco.

### BAT-Sudáfrica

La producción de esta fábrica es de 28,000 millones de cigarrillos por año.

## 5 principales países exportadores de cigarrillos

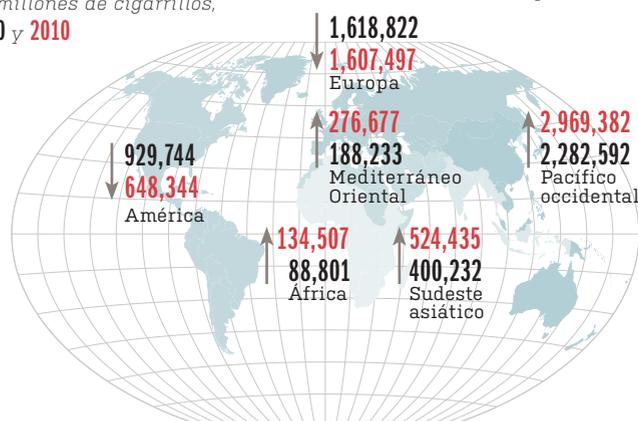
Cantidad de cigarrillos producidos en el país que fueron exportados en 2010, en miles de millones



## Producción mundial de cigarrillos

En millones de cigarrillos, 2000 y 2010

Entre 2000 y 2010, la producción de cigarrillos se trasladó de manera notable de la parte occidental al este de Europa.



“Estas compañías siguen siendo algunas de las más rentables del mundo. Esto es en parte gracias a sus innumerables maneras ingeniosas de socavar y evadir los reglamentos”.

*Anna Gilmore, Universidad de Bath, Reino Unido, 2011*

En los últimos años, las compañías tabacaleras que cotizan en la bolsa se han consolidado mediante fusiones y privatización. Hoy existen cinco principales compañías tabacaleras privadas: Philip Morris International, Altria/Philip Morris USA, Japan Tobacco International, British American Tobacco, e Imperial Tobacco. Además de estas corporaciones, existen dieciséis compañías tabacaleras estatales que son los más importantes fabricantes de cigarrillos en países específicos. LA CHINA NATIONAL TOBACCO CORPORATION ES LA COMPAÑÍA TABACALERA ESTATAL MÁS GRANDE, YA QUE PRODUCE MÁS CIGARRILLOS QUE CUALQUIER OTRA COMPAÑÍA EN EL MUNDO. En 2008 la CNTC fabricó 2,1 billones de los 5,9 billones de cigarrillos producidos en todo el mundo.

Ya que el mercado del tabaco se ha consolidado en unas pocas compañías principales, la dirección de estas compañías está empezando a cambiar. Tradicionalmente, las adquisiciones de las compañías se concretaban para consolidar y expandir la participación en el mercado del cigarrillo. Ahora, las compañías tabacaleras se están diversificando hacia otras áreas de la tecnología de los productos del tabaco. En los últimos años, las principales compañías tabacaleras han adquirido corporaciones que producen tabaco de consumo oral, como el snus. En 2011, Philip Morris International compró derechos de patentes sobre una tecnología que suministra aerosoles con infusión de nicotina. El mismo año, la British American Tobacco estableció a Nicoventures, una compañía separada dedicada a crear

productos de nicotina alternativos que ofrecen la misma experiencia esperada de los cigarrillos, sin algunos de los riesgos de fumar.

Los cálculos estimados de ingresos de la industria tabacalera mundial varían ampliamente, pero probablemente se acercan al medio billón de dólares al año. A pesar de que el tabaco es a fin de cuentas una carga para los gobiernos y los sistemas de atención médica de los países, es también una fuente de ingresos del gobierno, a través de los impuestos sobre el tabaco y la ganancia adicional para los países con compañías tabacaleras estatales. Cada año la industria tabacalera en China aporta más del 7 % de los ingresos totales del gobierno central. Si las grandes tabacaleras (“Big Tobacco”) fueran un país, tendrían un producto bruto interno (PBI) similar al de Polonia y Suecia.

LA INDUSTRIA AFIRMA LO SIGUIENTE:

“El Grupo Altria ha superado el S&P 500 cada año desde el 2000 y ha aumentado su dividendo 44 veces en los últimos 42 años. Su escala, la fortaleza de su balance general y el enfoque operacional mejorado hacen que la compañía sea una oportunidad irresistible de inversión en productos de consumo, y permiten que la compañía tenga un impacto económico a gran escala”.

*Sitio Web de Altria, EE. UU., 2011*

## Participación en el mercado mundial de los cigarrillos

Porcentaje de la cantidad de cigarrillos producidos, 2000 y 2008



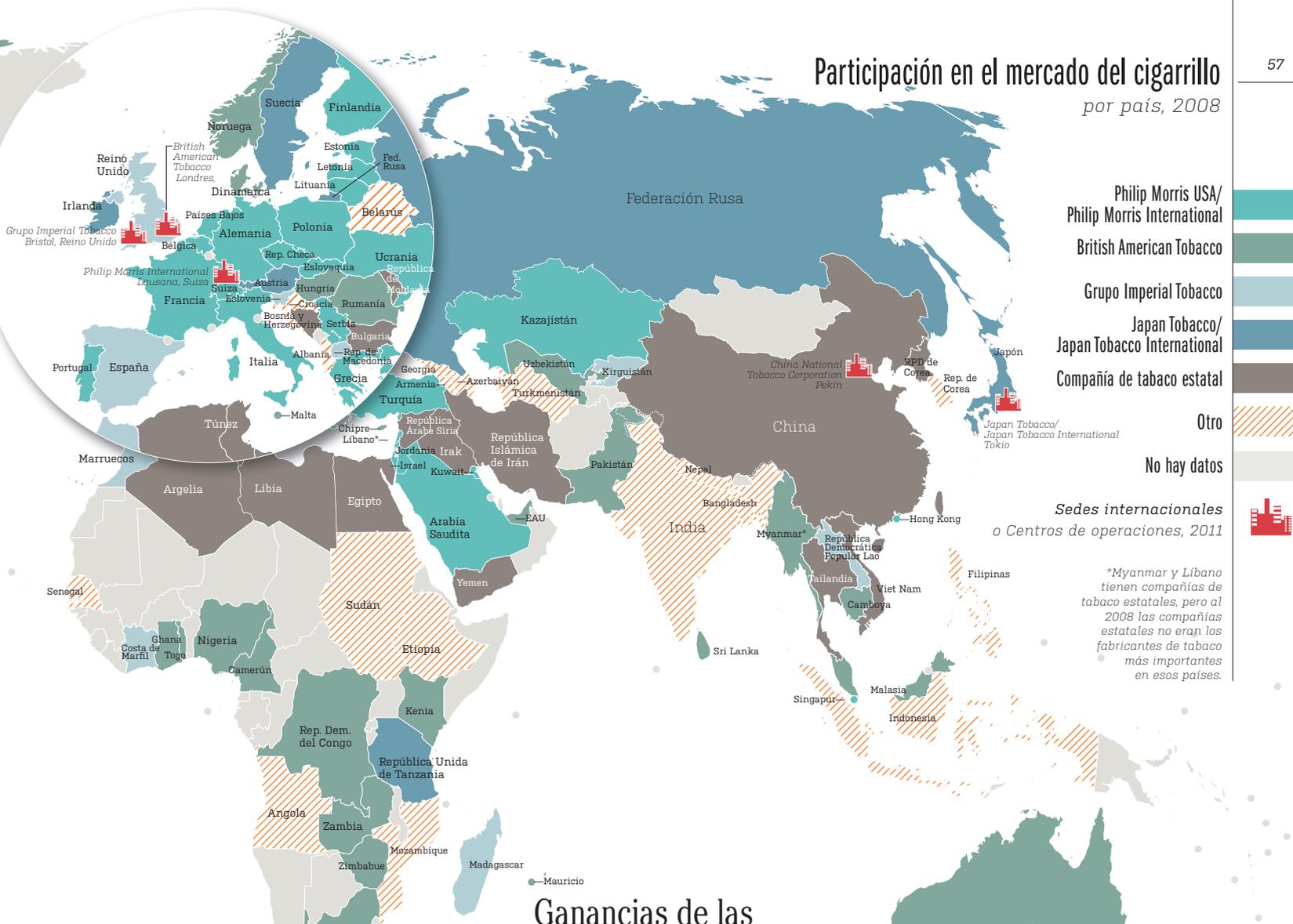
Los totales pueden no corresponder a la suma debido al redondeo.



Philip Morris International lidera el mercado de cigarrillos en cuanto al volumen de cigarrillos y es “la compañía tabacalera que cotiza en bolsa más rentable en el mundo”.

# Participación en el mercado del cigarrillo

por país, 2008



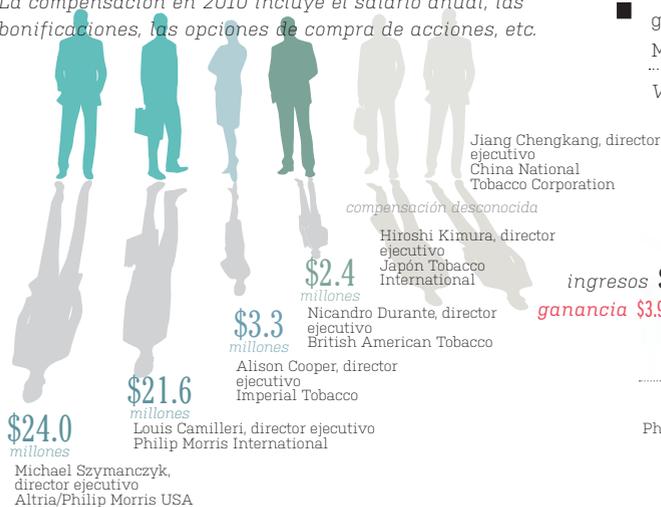
- Philip Morris USA/  
Philip Morris International
- British American Tobacco
- Grupo Imperial Tobacco
- Japan Tobacco/  
Japan Tobacco International
- Compañía de tabaco estatal
- Otro
- No hay datos

Sedes internacionales  
o Centros de operaciones, 2011

\*Myanmar y Líbano tienen compañías de tabaco estatales, pero al 2008 las compañías estatales no eran los fabricantes de tabaco más importantes en esos países.

## Compensación de los directores ejecutivos de compañías tabacaleras

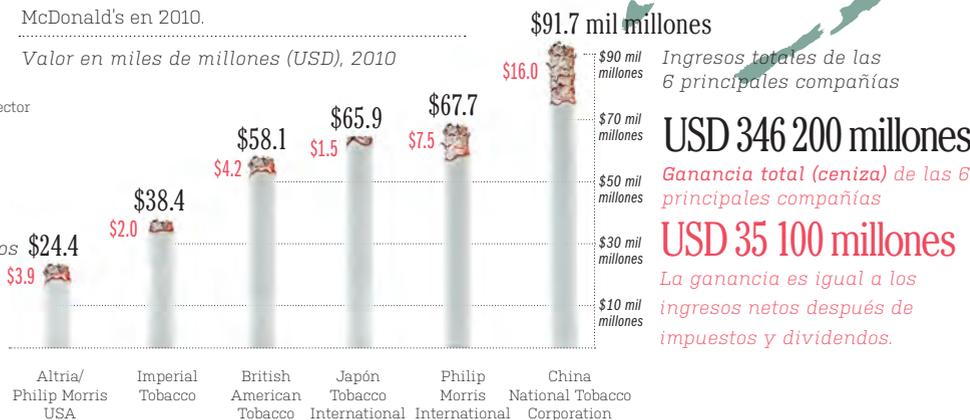
La compensación en 2010 incluye el salario anual, las bonificaciones, las opciones de compra de acciones, etc.



## Ganancias de las compañías tabacaleras

En 2010, la ganancia combinada de las seis compañías tabacaleras más importantes fue de USD 35 000 millones. Esto equivale a las ganancias combinadas de Coca-Cola, Microsoft, y McDonald's en 2010.

Valor en miles de millones (USD), 2010



**USD 346 200 millones**  
Ganancia total (ceniza) de las 6 principales compañías

**USD 35 100 millones**  
La ganancia es igual a los ingresos netos después de impuestos y dividendos.

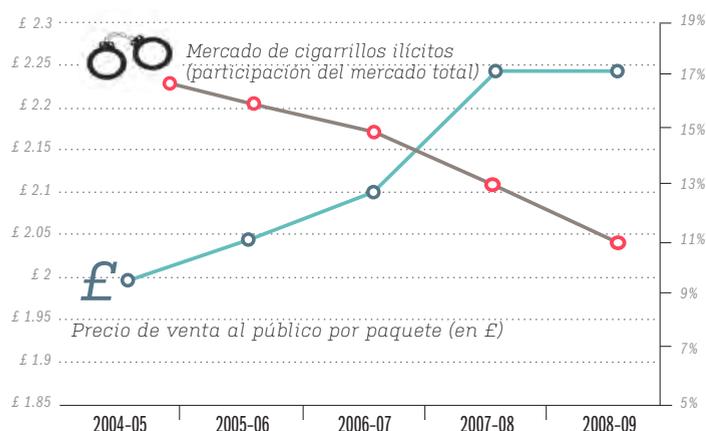
“El contrabando de cigarrillos proporciona oportunidades para que las redes de crimen organizado sobrevivan y pueden incrementar el nivel general de corrupción en un país”.

OMS, Oficina Regional para el Pacífico Occidental, 2000



## Precios de los cigarrillos y comercio ilícito de cigarrillos en el Reino Unido

En contra de las afirmaciones de la industria tabacalera, el incremento en el precio de venta al público no ha llevado a ningún incremento correspondiente en el comercio ilícito.



Si se eliminara el comercio ilícito, los gobiernos en todo el mundo ganarían al menos USD 31,300 millones al año en ingresos por impuestos, y a partir del 2030, se evitarían más de 164,000 muertes prematuras al año debido a precios promedio de los cigarrillos más altos.

La participación del comercio ilícito de cigarrillos en el mercado mundial de cigarrillos (estimada en un 9 a 11 %) se ha mantenido relativamente estable desde 2000, a pesar de que algunos países han logrado reducir el ingreso de cigarrillos ilícitos en sus mercados (p. ej., el Reino Unido). En promedio, este porcentaje es considerablemente más alto en países con ingresos bajos y medios que en países con ingresos altos.

El comercio ilícito en los productos de tabaco tiene serias implicancias económicas, sociales y para la salud. Evadir los impuestos sobre el tabaco socava las políticas de impuestos y precios, que están entre los mecanismos más efectivos para controlar el consumo de tabaco, así como otras medidas de control del tabaco, como leyes de acceso de los jóvenes o etiquetas obligatorias con advertencias en materia de salud. El contrabando de tabaco también puede llevar a niveles más altos de corrupción. El comercio ilícito de cigarrillos es altamente rentable para las compañías tabacaleras transnacionales, ya que les permite evadir los impuestos sobre el tabaco.

En Canadá, la industria fue declarada culpable de organizar comercio ilícito y pagó miles de millones de dólares en multas.

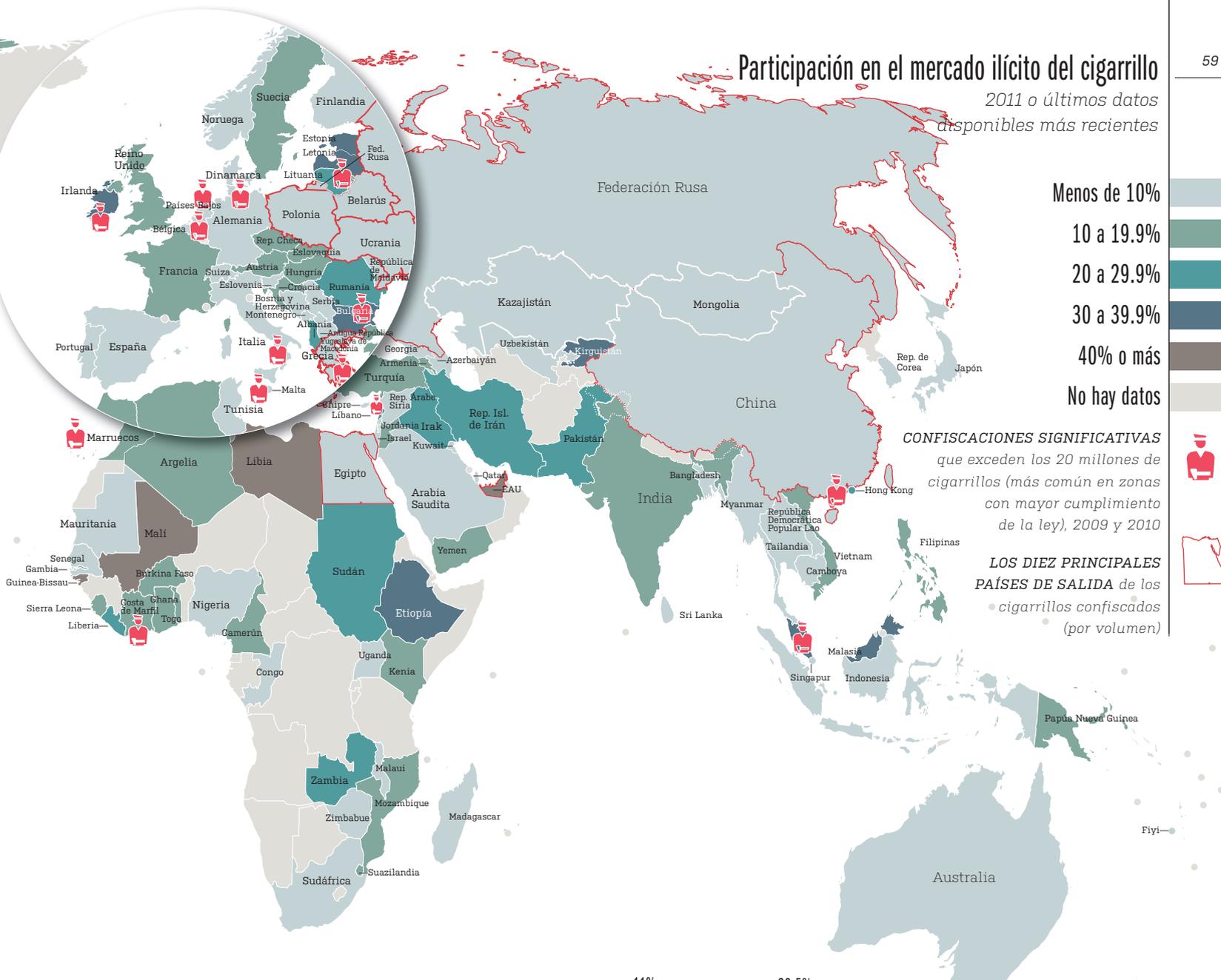
El comercio ilícito del tabaco está contemplado en el Artículo 15 del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT de la OMS). La partes del Convenio están negociando un protocolo que se base en el tratado original y que busque fortalecer la cooperación internacional en la lucha contra el comercio ilícito del tabaco. A pesar de los conflictos de intereses irreconciliables entre la industria tabacalera y la comunidad de salud pública, la industria está buscando iniciar negociaciones sobre el protocolo de comercio ilícito del CMCT de la OMS y actividades de control del comercio ilícito a nivel nacional. En muchas partes del mundo, la industria tabacalera trabaja estrechamente con los gobiernos para combatir el comercio ilícito. Esta colaboración implica muchos riesgos y conflictos con el Artículo 5.3 del CMCT de la OMS.

LA INDUSTRIA TABACALERA HA ARGUMENTADO CONSTANTEMENTE QUE LOS INCREMENTOS DE LOS IMPUESTOS SOBRE EL TABACO CREAN MÁS COMERCIO ILÍCITO. SIN EMBARGO, NO HAY EVIDENCIAS DE INVESTIGACIONES QUE APOYE ESTA AFIRMACIÓN. Al contrario, la evidencia muestra que otros factores, diferentes del impuesto y el precio, son determinantes más importantes del comercio ilícito del tabaco, y que el comercio ilícito es generalmente menor en los lugares donde los precios de los cigarrillos son más altos. Algunas políticas que pueden reducir el comercio ilícito incluyen otorgar licencias a todos los participantes del negocio del tabaco, introducir timbres fiscales mejorados y multas por tráfico ilícito más altas, y rastrear los paquetes con productos de tabaco.



# Participación en el mercado ilícito del cigarrillo

2011 o últimos datos disponibles más recientes



- Menos de 10%
- 10 a 19.9%
- 20 a 29.9%
- 30 a 39.9%
- 40% o más
- No hay datos

**CONFISCACIONES SIGNIFICATIVAS**  
que exceden los 20 millones de cigarrillos (más común en zonas con mayor cumplimiento de la ley), 2009 y 2010

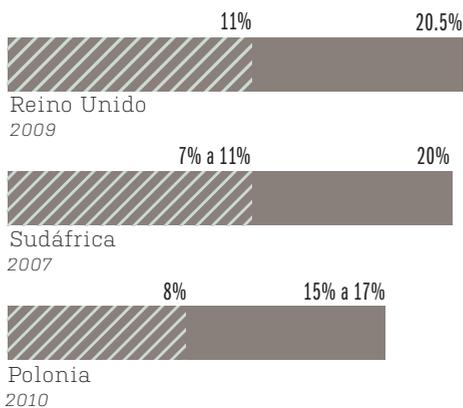
**LOS DIEZ PRINCIPALES PAÍSES DE SALIDA** de los cigarrillos confiscados (por volumen)

## La industria tiende a exagerar el alcance del comercio ilícito como contraargumento frente a las medidas de control del tabaco.

Cálculos estimados de comercio ilícito de cigarrillos de la industria tabacalera vs. los cálculos estimados de investigaciones académicas

Como un porcentaje del consumo total

Investigaciones académicas      Estimaciones de la Industria



“Si puedes vender un producto que causa la muerte de las personas, puedes vender cualquier cosa”.

Chris Reiter, Gerente del programa de campaña de R.J. Reynolds, EE. UU., 2003

## Gastos en el mercadeo de cigarrillos

2008, en millones de dólares



LA INDUSTRIA DEL TABACO AFIRMA QUE NO COMERCIALIZA SUS PRODUCTOS ENTRE LOS NIÑOS Y QUE EL PROPÓSITO DE SU PUBLICIDAD ES SOLO LA DE LOGRAR QUE LOS FUMADORES ADULTOS CAMBIEN DE MARCA. La Jueza Federal de los EE. UU., Gladys Kessler, declaró que este argumento carecía de fundamento y concluyó que la publicidad de tabaco contribuía a fomentar el hábito entre los jóvenes. A pesar del creciente número de restricciones en el mercadeo y la publicidad, las compañías de tabaco continúan gastando millones de dólares al año para mantener la lealtad de la marca entre los fumadores actuales; para influenciar a las personas jóvenes para que consuman tabaco y mantener la adicción de los fumadores.

En 2008, se invirtieron \$ 9,9 mil millones en publicidad y promoción del tabaco solo en los EE. UU., mientras que se invirtieron \$ 548 millones adicionales en el mercadeo de tabaco sin humo. Esto equivalía a una inversión de más de \$ 34 en el mercadeo de tabaco por cada hombre, mujer y niño en los EE. UU. dicho año.

En muchos países, está prohibida la publicidad de tabaco en los medios de comunicación masivos, pero las compañías de tabaco utilizan otras técnicas de mercadeo para atraer y retener a los fumadores. En algunos países, estos

métodos incluyen publicidades en los puntos de venta, asignaciones promocionales pagadas a vendedores minoristas para facilitar la colocación del producto, promociones tales como “compre uno, lleve otro gratis” y descuentos en los precios. Los descuentos en los precios incluyen los costos en los que las compañías de cigarrillos incurren cuando se paga a los vendedores minoristas y mayoristas de cigarrillos para reducir el precio total de los cigarrillos. En 2008, los descuentos en los precios, vales y promociones de venta minorista con valor agregado en los EE. UU. representaron el 83 % de todos los gastos por el mercadeo de tabaco.

Además de estas técnicas, las compañías de tabaco están activamente involucradas en la extensión de marca y otras estrategias para evitar las regulaciones y prohibiciones de mercadeo. También utilizan internet y otros medios nuevos. Internet permite la participación e intervención, a diferencia de otros tipos de medios, y tiene un gran potencial para la publicidad de tabaco. Se debe prestar más atención en el uso de internet en el mercadeo de cigarrillos, especialmente en los sitios sociales de los medios.

La continua implementación del CMCT de la OMS y sus disposiciones incrementarán las prohibiciones globales en la publicidad, mercadeo, promoción y patrocinio del tabaco en todo el mundo.



**!** British American Tobacco y Philip Morris investigaron la costumbre de entregar regalos en China y posteriormente lanzaron al mercado los cigarrillos para fortalecer la imagen de sus marcas mientras promocionaban la aceptabilidad de los cigarrillos como un presente y la norma social de entregar regalos.

## Porcentaje de jóvenes que tienen algún elemento con un logotipo del tabaco (Camiseta, lapicero, mochila, etc.) 2010 o datos disponibles más recientes

Menos del 10 %

10 a 14.9%

15 a 19.9%

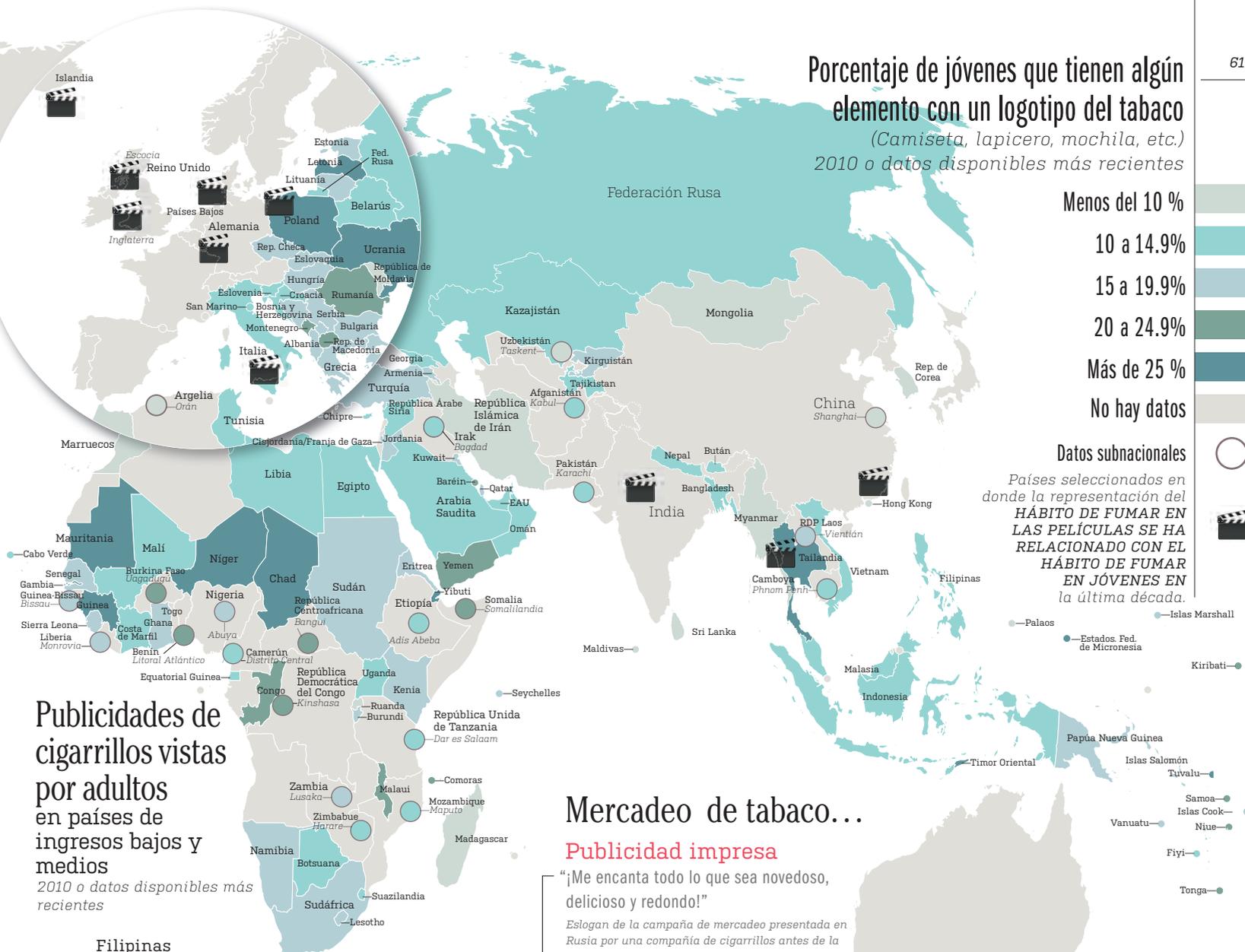
20 a 24.9%

Más de 25 %

No hay datos

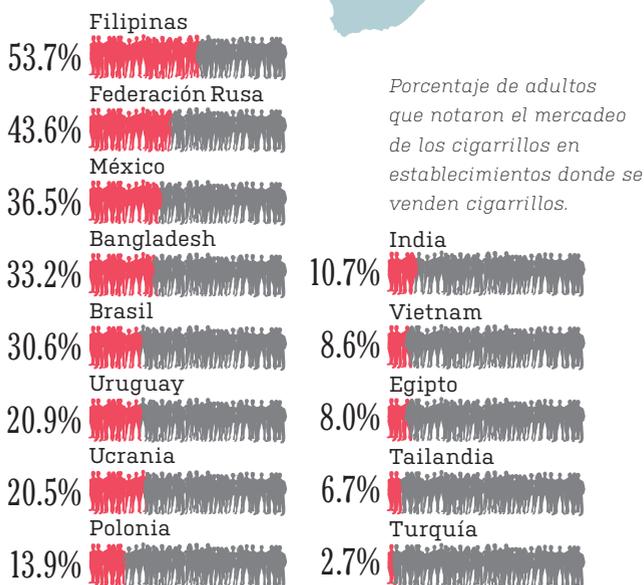
Datos subnacionales

Países seleccionados en donde la representación del **HÁBITO DE FUMAR EN LAS PELÍCULAS SE HA RELACIONADO CON EL HÁBITO DE FUMAR EN JÓVENES EN LA ÚLTIMA DÉCADA.**



## Publicidades de cigarrillos vistas por adultos en países de ingresos bajos y medios

2010 o datos disponibles más recientes



La publicidad fue advertida 30 días antes de que se realice la encuesta.

## Mercadeo de tabaco...

### Publicidad impresa

“¡Me encanta todo lo que sea novedoso, delicioso y redondo!”

Eslogan de la campaña de mercadeo presentada en Rusia por una compañía de cigarrillos antes de la propuesta de prohibición de mercadeo en los cigarrillos hecha por el Ministerio de Salud, 2011



### Carteles publicitarios

“Es mejor morir que abandonar a un amigo; Sampoerna es el amigo de moda”.

Campaña publicitaria en Indonesia de la compañía de tabaco PT Sampoerna, 2011

### En las películas

“En las películas, fumar fomenta a que los niños empiecen a fumar. Y esto no sorprende. Por ello, se prohibió la publicidad de tabaco, ya que las imágenes que se mostraban de personas fumando, particularmente de personas jóvenes glamorosas, fomentaban el hábito de fumar de los niños”.

Deborah Arnott, Action on Smoking and Health, Reino Unido, 2011

### En línea

“Internet y las redes sociales de los medios de comunicación son posiblemente la siguiente frontera en la estrategia de publicidad de las compañías de tabaco”.

Campaign for Tobacco-Free Kids, EE. UU., 2011

“Representar el debate como una lucha entre los grupos antitabaco y los fumadores, y no de 'los ciudadanos a favor de la salud pública' contra la industria tabacalera”.

*Philip Morris USA, 1992*

**L**AS COMPAÑÍAS DE TABACO INVIERTEN SUMAS INCALCULABLES DE MILLONES DE DÓLARES AL AÑO PARA INFLUENCIAR LAS POLÍTICAS PÚBLICAS Y LA LEGISLACIÓN. En la mayoría de los países no se requiere informar sobre las contribuciones políticas de la industria tabacalera, de manera que el panorama completo de la inversión de la industria tabacalera no está entendido totalmente. En 2010, diecinueve compañías con participación en el mercado del tabaco invirtieron \$16,6 millones y contrataron a 168 grupos de interés para ejercer su influencia directamente en las decisiones de los EE. UU.

Además de la influencia política, las compañías tabacaleras realizan contribuciones caritativas bajo la apariencia de responsabilidad social empresarial (CSR). Con frecuencia, estas donaciones y esfuerzos sirven más para beneficiar la imagen de las compañías tabacaleras que para beneficiar los esfuerzos humanitarios. En 2010 Philip Morris International contribuyó con una fracción de un porcentaje de las ganancias netas de la compañía en donaciones caritativas mundiales (USD 25 millones en donaciones y USD 7500 millones en ganancias).

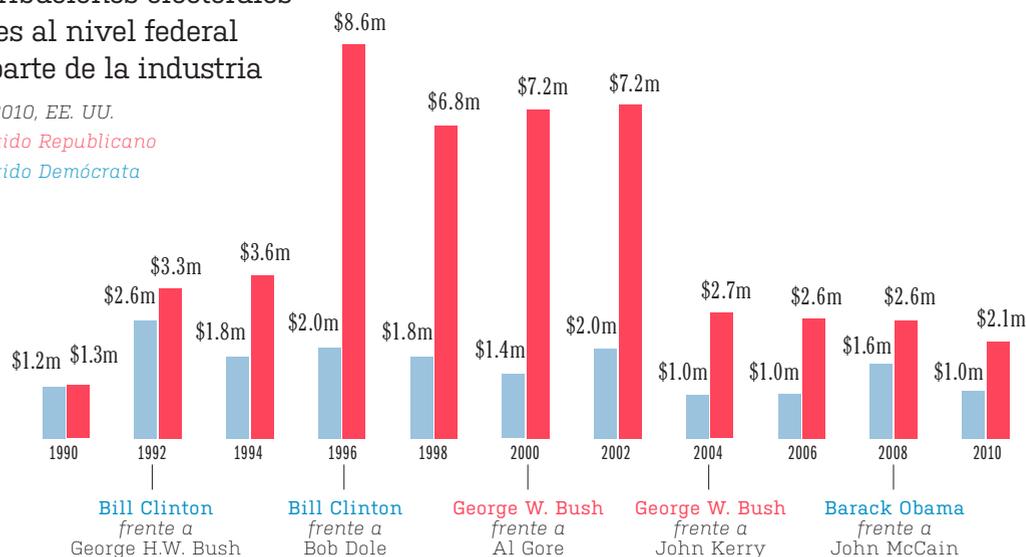
Las partes del CMCT de la OMS están advertidas de “estar alertas ante cualquier esfuerzo de la industria tabacalera para debilitar o trastocar los esfuerzos para el control del tabaco” y están obligadas a proteger sus políticas de salud pública contra los intereses comerciales y de otro tipo concedidos a la industria tabacalera. La influencia de la industria tabacalera es enorme, y las contribuciones de las compañías tabacaleras a causas socialmente responsables son de gran preocupación. Las contribuciones CSR no solo son una forma de promoción y publicidad del tabaco, sino que también permiten que las compañías tabacaleras puedan legitimarse a sí mismas frente a los diseñadores de políticas y al público, y contrarrestar la atención negativa en torno de sus productos letales.

La industria tabacalera ejerce influencia indebida a través de asociaciones con otras organizaciones, tales como tiendas de artículos varios, agencias publicitarias, y asociaciones de agricultores, así como también la industria hotelera. Las compañías tabacaleras financian grupos de fachada y comités asesores para promover el tabaco u oponerse a la legislación del tabaco. A pesar de que estas organizaciones puedan parecer independientes, los gobiernos deben tener cautela al involucrarse con las grandes tabacaleras.

### Contribuciones electorales totales al nivel federal por parte de la industria

1990–2010, EE. UU.

al Partido Republicano  
al Partido Demócrata



### Estados Unidos de América

En 2011, Lorillard, el productor más grande de cigarrillos mentolados de los EE. UU., contrató a un antiguo empleado de la Administración de Alimentos y Medicamentos, quien era un experto en ciencias y regulaciones. Al momento de la contratación, la FDA tenía en mente restringir las ventas de los cigarrillos mentolados.

En 2010, Altria Group/Philip Morris USA gastó más de USD 10 millones en gastos para ejercer influencia en los EE. UU. Esto supera el gasto conjunto de todas las otras compañías tabacaleras.

“Una cosa que hizo la industria tabacalera es mantenerse lejos de la opinión pública y disfrazar sus esfuerzos en la política... Con la aparición de este dinero no revelado, es difícil saber qué están haciendo”.

*Stanton Glantz, Universidad de California, San Francisco, EE. UU, 2011*

## La influencia de la industria tabacalera al descubierto

### Reino Unido

BAT, Japan Tobacco International e Imperial Tobacco **aportaron fondos a la Tobacco Retailers Alliance**, un grupo de fachada que organizó la campaña "Save Our Shop" en 2008. **Los Miembros del Parlamento recibieron innumerables postales** en las que se les pedía que no respalden la prohibición propuesta por el Departamento de Salud referente a la publicidad gráfica de cigarrillos.

### China

China National Tobacco Corporation ha patrocinado al menos 69 escuelas primarias y miles de estudiantes están expuestos diariamente a propagandas, nombres y mensajes a favor del tabaco. Los carteles en las escuelas dicen: **"Los genios son producto del esfuerzo. El tabaco te ayuda a ser exitoso"**.



#### LOS DEFENSORES AFIRMAN LO SIGUIENTE:

**“Es necesario estar alertas y mantenernos firmes para proteger nuestras políticas de control del tabaco contra intereses comerciales y de otro tipo concedidos a la industria tabacalera”**.

*Evita Ricafort, abogada de HealthJustice, Filipinas, 2011*

### Filipinas

La ciudad de Baguio anunció su intención de realizar festivales libres de humo en 2009. Philip Morris International respondió ofreciendo al alcalde ceniceros mecánicos, carpas para fumadores y recomendaciones acerca de la cantidad de áreas designadas para fumadores que deberían permitirse.

### Indonesia

**Sampoerna/Philip Morris International, la compañía de tabaco más grande de Indonesia, patrocinó un campamento de rescate** en las laderas de Mount Merapi, un volcán que entró en erupción en Java Central en 2010. Los miembros del personal presentes en el campamento utilizaron uniformes con logotipos de la compañía y condujeron vehículos y camiones de respuesta con los mismos logotipos.



### Malawi

A inicios de 1990, un consultor de compañías tabacaleras realizó una publicación con artículos que criticaban a la Organización Mundial de la Salud. Un artículo del Jefe de Servicios Médicos de Malawi, propietario de una granja de cultivo de tabaco, establecía que **"la lista de beneficios económicos provenientes del tabaco es larga. Las enfermedades y muertes vinculadas con el tabaco son problemas que afrontan principalmente las sociedades adineradas"**. Philip Morris distribuyó miles de copias de la publicación.

### Australia

La legislación del gobierno de Australia es la primera que requiere que todos los productos de tabaco que se vendan en Australia se encuentren en paquetes de color marrón oscuro opaco liso para el 1 de diciembre de 2012. **Catorce miembros de la Organización Mundial del Comercio se mostraron preocupados al considerar que los paquetes simples podrían restringir el comercio del tabaco.**

**"El noventa y siete por ciento del dinero de British American Tobacco se destina aquí a dos partidos: el Partido Liberal y el Partido Nacional. Y nos han pedido que (creamos) que esto no tendrá ninguna influencia en su decisión de respaldar o no el empaquetado simple"**.

*Nicola Roxon, Ex-ministra de Salud y Envejecimiento, Australia, 2011*

#### LAS INVESTIGACIONES INDICAN LO SIGUIENTE:

**“Los recientes intentos de las grandes compañías tabacaleras de presentarse a sí mismas como socialmente responsables ha sido descartado ampliamente como gestión de la imagen”**.

*Gary Fooks et al., University of Bath, RU, 2011*

LAS INVESTIGACIONES INDICAN LO SIGUIENTE:

“Tenemos la solución en nuestras manos para la epidemia mundial de tabaquismo... La cura de esta epidemia devastadora no depende de medicamentos ni vacunas, sino de las medidas concertadas entre el gobierno y la sociedad civil”.

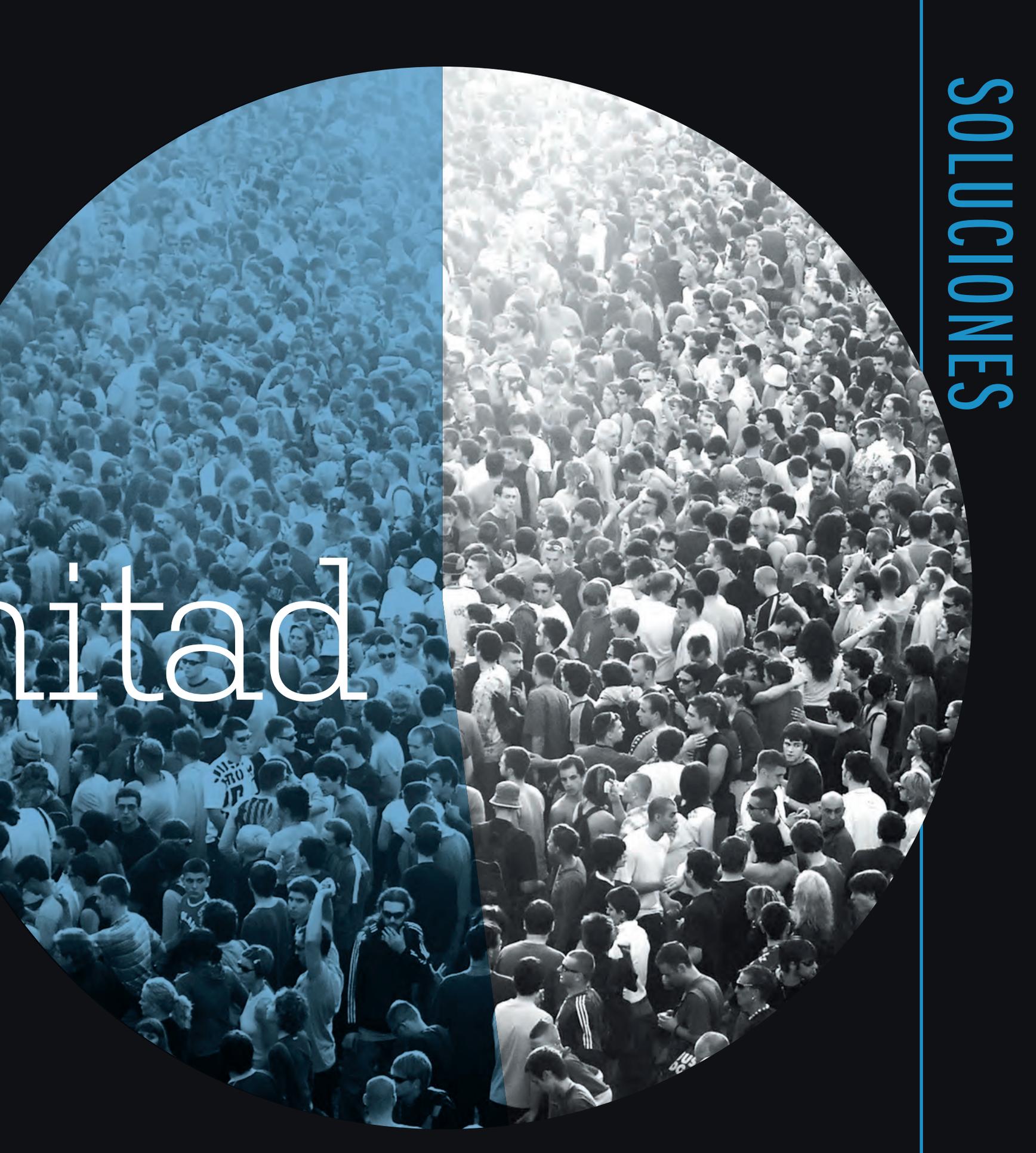
*Margaret Chan, directora general, Organización Mundial de la Salud, 2008*

LA CANTIDAD DE PERSONAS CUBIERTAS POR AL MENOS UNA MEDIDA MPOWER EN EL MÁXIMO NIVEL DE RENDIMIENTO AUMENTÓ EN 1100 MILLONES DE PERSONAS HASTA ALCANZAR LOS 3800 MILLONES ENTRE 2008 Y 2010.

ESTO SIGNIFICA QUE

Más de la m  
DE LA POBLACIÓN MUNDIAL  
ESTÁ CUBIERTA POR AL MENOS  
UNA MEDIDA MPOWER.  
MEDICIÓN DE MPOWER.

*Consulte el Glosario para obtener detalles de MPOWER*



mitad

SOLUCIONES

“*Salus populi suprema est lex. La salud del pueblo es la ley suprema*”.

*Cícero, Italia, 106–43 antes de la Era Cristiana*

Quince o más tratados mencionan problemas relacionados con el control del tabaco, como salud y derechos humanos; pobreza; desarrollo económico; género; entornos laborales seguros; cultivo de tabaco, reforma agraria y endeudamientos; inseguridad alimentaria; trabajo infantil; degradación del medioambiente y comportamiento de la industria. Evaluar estos tratados es difícil debido a la falta de precedencia y resoluciones en relación con el control del tabaco. Incluso si los tratados establecen disposiciones sobre la salud pública, no es seguro que su interpretación dé lugar a la implementación de medidas efectivas para el control del tabaco, aunque muchos lo hagan.

Además, algunas agencias de la ONU han emitido recomendaciones que están próximas a convertirse en tratados. Por ejemplo, en 1992 la Organización de Aviación Civil Internacional inició medidas para instar a sus estados miembros a restringir el hábito de fumar en todos los viajes aéreos; y luego adoptó resoluciones para exhortar a los estados y a las líneas aéreas a que prohíban el hábito en todos los vuelos.

Algunas agencias de la ONU no tienen ningún tratado o código de conducta sobre el tabaco. Entre los cerca de 200 tratados sobre el trabajador y la seguridad en el lugar de trabajo de la Organización Internacional de Trabajo, no existe ninguna disposición acerca de lugares de trabajo libres de humo.

La mayoría de los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud ha ratificado el tratado principal sobre el control del tabaco, el Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS (CMCT de la OMS), QUE ES UNO DE LOS TRATADOS INTERNACIONALES DE MÁS RÁPIDA APROBACIÓN DE TODOS LOS TIEMPOS. Se estableció la Secretaría de la Conferencia de las Partes, que actualmente es responsable del desarrollo de protocolos y pautas.

No es de extrañar que la industria tabacalera haya estado y esté en contra del CMCT de la OMS con leyes obligatorias y firmes. La industria prefiere acuerdos voluntarios y mecanismos de mercado autorreguladores, los cuales no son fundamentalmente efectivos para la reducción del consumo de tabaco.

Contrario a los argumentos de la industria tabacalera, la implementación de medidas de control del tabaco no afectará a las economías nacionales. El CMCT de la OMS ha movilizado recursos, congregado a cientos de organizaciones no gubernamentales (ONG), incentivado la acción del gobierno, encabezado el desarrollo político de los ministerios de salud y fomentado la toma de conciencia del control del tabaco de otros ministerios y departamentos del gobierno.

El enfoque basado en los derechos humanos sobre el control del tabaco contribuye con la expansión del debate sobre el daño causado por el consumo de tabaco.

## Reunión de alto nivel de la ONU sobre las enfermedades no transmisibles (ENT)

2011

- Sólo 28 de dichas sesiones especiales desde 1945, y sólo una realizada previamente sobre la salud (SIDA).
- 34 líderes mundiales asistieron a la reunión.
- Todas las naciones miembros aprobaron un acuerdo para hacer frente las principales ENT del mundo.
- La NCD Alliance conformada por cuatro federaciones que unificó a más de 2,000 organizaciones.

### Siguientes medidas:

- La OMS, como Secretaría, preparará las siguientes medidas (incluso recomendaciones para los objetivos mundiales, planes de vinculación con otras agencias de la ONU, etc.) para fines de 2012.
- Los países elaborarán políticas de ENT en 2013.
- La sociedad civil brindará apoyo de muchas formas.

## Tratados internacionales, convenciones y acuerdos que tratan directa o indirectamente los problemas de tabaco

1948

DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LA ONU SOBRE DERECHOS HUMANOS

Artículo 25: Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar.

1957

TRATADO DE ROMA

La Comunidad Europea está obligada a buscar un alto nivel para la protección de la salud pública.

1959

CONVENCIÓN DE LA ONU SOBRE LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS

Defiende el derecho de los niños a la salud.

1976

PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES

Hace referencia al derecho a condiciones de trabajo seguras y saludables hábitos en condiciones.

PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS CIVILES Y POLÍTICOS (ICCPR)

Artículo 19: Defiende las restricciones de libertad de expresión sobre intereses de salud pública.

1979

CONVENCIÓN SOBRE LA ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER (CEDAW)

Artículo 11: Defiende el derecho a la salud para las mujeres, incluso el derecho a la protección de la salud y a condiciones de trabajo seguras.

1995

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DEL COMERCIO (OMC) *Predámbulo*: Sustituyó al Acuerdo General sobre Aranceles Aduaneros y Comercio de 1947 (GATT).

En general la liberalización del comercio, sin seguridad, ha aumentado el consumo del tabaco en los países con ingresos bajos y medianos. Los siguientes cinco tratados entraron en vigor con el establecimiento de la OMC.

ACUERDO DE LA OMC SOBRE LOS ASPECTOS DE LOS DERECHOS DE LA PROPIEDAD INTELECTUAL (TRIPS)

Reconoce que los Miembros de la OMC pueden adoptar las medidas necesarias para proteger la salud pública.

ACUERDO DE LA OMC SOBRE OBSTÁCULOS TÉCNICOS AL COMERCIO (ACUERDO OTC)

Requiere que los Miembros de la OMC garanticen que todas las regulaciones técnicas no restrinjan el comercio más de lo necesario para lograr un objetivo legítimo como la protección de la salud humana.

1945

1955

1965

1975

1985

# Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS

Estados que no participan a partir de 2012

Suscrito

Suscrito pero no ratificado

No suscrito o ratificado

No hay datos

COP

UBICACIÓN DE LAS REUNIONES de la Conferencia de las Partes (COP) del CMCT de la OMS



El CMCT de la OMS, el cual entró en vigencia en 2005, **abarca hoy en día al 87.4 % de la población mundial.**

Las iniciativas son necesarias para aplicar e implementar todas las disposiciones del CMCT de la OMS.

## ACUERDO GENERAL DE LA OMC SOBRE COMERCIO Y SERVICIOS (GATS)

Establece que nada deberá ser interpretado para prevenir la adopción o cumplimiento de las medidas necesarias para proteger la vida o salud humana, animal o vegetal.

## ACUERDO SOBRE AGRICULTURA DE LA OMC

Abarca todos los productos agrícolas, incluso el tabaco, y trata el acceso al mercado, respaldo doméstico y subvenciones a la exportación.

## ACUERDO SOBRE SUBVENCIONES Y MEDIDAS COMPENSATORIAS DE LA OMC

Trata las subvenciones del tabaco en hoja y proporciona a los Miembros de la OMC una vía para la eliminación de alguna subvención o el cobro de impuestos compensatorios

## Provisiones principales del CMCT de la OMS

### 2003

**NORMAS DE LA ONU SOBRE LAS RESPONSABILIDADES DE LAS EMPRESAS TRANSNACIONALES Y OTRAS EMPRESAS EN LA ESFERA DE LOS DERECHOS HUMANOS**

Las empresas transnacionales y otras empresas no deben "producir, distribuir, comercializar o hacer publicidad de productos nocivos o potencialmente nocivos para su uso entre los consumidores".

### 2005

**CONVENIO MARCO DE LA OMS PARA EL CONTROL DEL TABACO**  
Único tratado destinado en su totalidad al control del tabaco.

#### Protección contra:

- La interferencia de la industria tabacalera.

#### Protección de:

- El ambiente y la salud de quienes trabajan con el tabaco.

#### Investigación, control e intercambio de información

#### Apoyo a:

- Las actividades alternas económicamente viables.
- La acción legislativa para lidiar con la responsabilidad.

#### Reglamentación sobre:

- El contenido, empaquetado y etiquetado de los productos del tabaco.
- La prohibición de ventas a y por menores de edad.
- El comercio ilícito de los productos de tabaco.
- Fumar en el trabajo y en lugares públicos.

#### Reducción de la demanda del consumidor por medio de:

- Las medidas de control de precios e impuestos.
- La prohibición integral de la publicidad, la promoción y el patrocinio de tabaco.
- Educación, capacitación, promoción de la conciencia y apoyo para el cese.

## Partes del CMCT de la OMS



Primera edición 2002

CMCT de la OMS: 0



Segunda edición 2006

CMCT de la OMS: 109



Tercera edición 2009

CMCT de la OMS: 162



Cuarta edición 2009

CMCT de la OMS: 174

1995

2000

2005

## “Mida las distancias. Calcule los gastos. Evalúe las fuerzas. Evalúe las posibilidades. Planee la victoria”.

*General Sun Tzu, El arte de la guerra, China, hacia el año 500 AEC.*

En el transcurso de los últimos 30 años, la evolución del control del tabaco ha pasado de ser un acto esporádico de activistas y una acción aislada de algunos gobiernos a un problema de salud de dominio público, con medidas conocidas, comprobadas y rentables. Hoy en día, se necesita una estrategia de salud pública coherente destinada a reducir el consumo de tabaco que involucre a los actores internacionales, nacionales y locales comprometidos en la planificación estratégica, la investigación orientada hacia la política, el financiamiento, el cumplimiento y la evaluación.

La vigilancia es esencial para respaldar una política bien concebida. Casi la mitad de los países poseen sistemas de monitoreo mejorados por iniciativas de investigación, como GYTS, GATS y STEPS. No obstante, la investigación sobre

el tabaco no cuenta con suficiente financiamiento en todo el mundo.

### EL FINANCIAMIENTO PRINCIPAL PARA EL DESARROLLO E LA IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS EN SALUD PÚBLICA DEBE PROVENIR DE LOS MISMOS GOBIERNOS.

Aparte de la investigación académica, varias organizaciones filántropas han financiado proyectos de investigación orientada a la política y el control del tabaco. Al cierre de esta edición, Bloomberg Philanthropies ha financiado diversos proyectos en más de 40 países. Los fondos asignados por el filántropo Michael Bloomberg y por la Bill and Melinda Gates Foundation, de \$ 500 millones durante siete años (2006-2013), más que triplican los recursos disponibles para el control del tabaco en los países con ingresos bajos y medios.

La Reunión de alto nivel de la ONU sobre las enfermedades no transmisibles del 2011 presentó una oportunidad única para el avance estratégico del tabaco dentro del marco de otros temas de las ENT, como cáncer, diabetes, enfermedad cardíaca, enfermedad pulmonar crónica, actividad física, alcohol y dietas no saludables (vea el Capítulo 22: Derechos y tratados).

*Un trabajador de campo administra la Encuesta mundial sobre el tabaquismo en los adultos, Rusia, 2009.*



## Estrategia de salud pública

Para que se priorice la acción pública en los problemas de salud, los que se involucren en el proceso deben identificar diversos puntos:

**El problema y la escala del problema.** Monitoreo y vigilancia, incluido prevalencia, salud, impacto económico, acciones tomadas, experiencia y lecciones aprendidas de otros países.

**Los objetivos de salud pública** y cómo deben formularse.

**Los responsables de la toma de decisiones,** ante quién deben responder, posibilidad de que sean influenciados y de qué manera.

**Los grupos o personas involucradas** (dentro y fuera del gobierno) y cómo se les puede usar de manera efectiva; posibilidad de que exista una coalición y cómo debe ser administrada; quiénes no deben ser incluidos; rol que se asigna a los líderes; presupuesto requerido y persona responsable de su supervisión.

**Los obstáculos** para los objetivos de salud pública y cómo superarlos o eludirlos.

Fortalezas y debilidades de **la postura de la oposición** y cómo responder ante ello.

**Los objetivos** de defensa de los medios de comunicación.



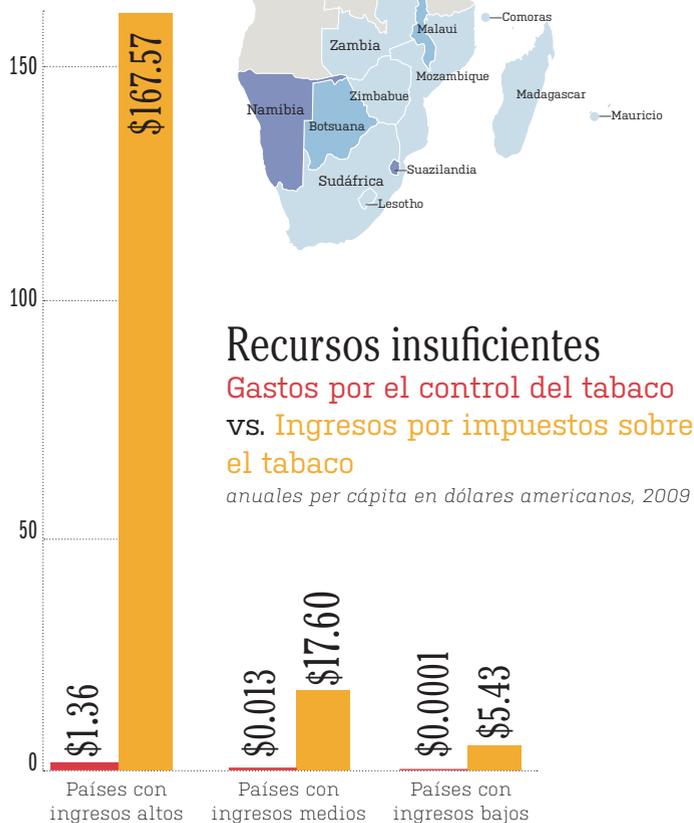
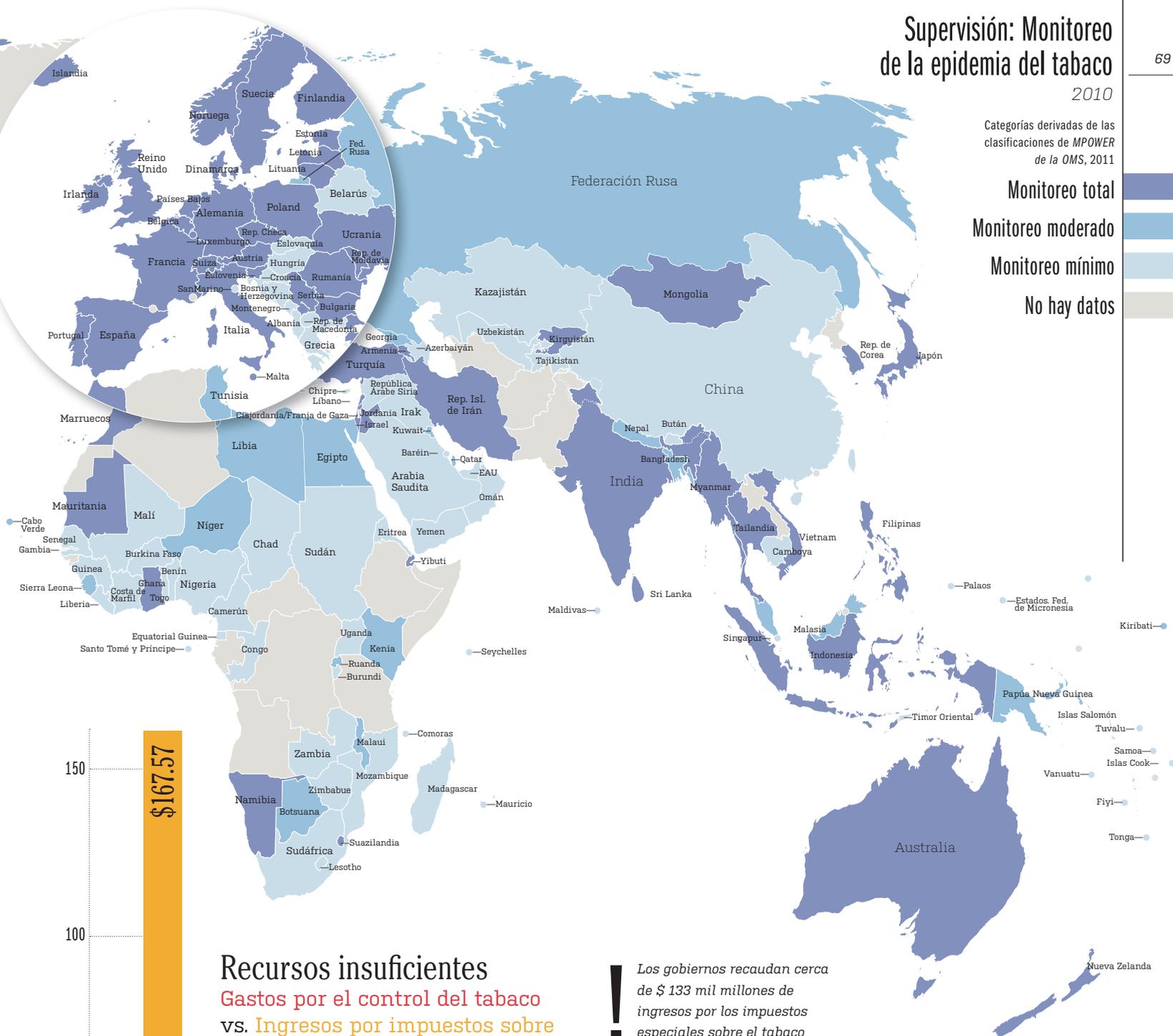
! “Lo que no se puede medir, no se puede gestionar”.

■ Máxima del marketing

2010

Categorías derivadas de las clasificaciones de MPOWER de la OMS, 2011

Monitoreo total  
 Monitoreo moderado  
 Monitoreo mínimo  
 No hay datos



Los gobiernos recaudan cerca de \$ 133 mil millones de ingresos por los impuestos especiales sobre el tabaco cada año pero invierten menos de \$ 1000 millones combinados para el control del tabaco.

“Algunas semanas antes de que la prohibición [de fumar] entre en vigor en Irlanda, Jimmy Fogarty, un banquero de Dublín, le preguntó al camarero de un bar: ‘¿Qué harás cuando la prohibición entre en vigencia?’ ‘Respirar’, respondió el camarero”.

*Boletín de la Organización Mundial de la Salud, Irlanda, 2006*

**Y**A QUE NO EXISTE NINGÚN NIVEL SEGURO DE EXPOSICIÓN AL HUMO DE SEGUNDA MANO, LA ÚNICA MANERA DE PROTEGER COMPLETAMENTE A LOS NO FUMADORES CONTRA EL DAÑO QUE PROVOCA EL HUMO DE SEGUNDA MANO SON LOS AMBIENTES LIBRES DE HUMO. Cuando se crean ambientes libres de humo, los niveles de exposición al humo son más de un 90 % menores que en los lugares en donde se permite fumar. Cuando se permiten áreas para fumadores en interiores, la ventilación no es suficiente para eliminar el humo de segunda mano y la reducción del hábito entre los fumadores es menor.

En una revisión de la literatura de Cochrane de 2012 se evaluaron 31 estudios que medían la exposición al humo de segunda mano después de las prohibiciones de fumar, 19 de los cuales incluían indicadores biológicos. La conclusión de la revisión fue la siguiente: “EXISTE EVIDENCIA CONSISTENTE DE QUE LAS PROHIBICIONES DE FUMAR REDUJERON LA EXPOSICIÓN AL HUMO DE SEGUNDA MANO EN LUGARES DE TRABAJO, RESTAURANTES, BARES Y LUGARES PÚBLICOS”.

Hoy en día, algunos países prohíben fumar en ambientes externos, como restaurantes y bares, así como en playas, parques y recintos,

bajo la premisa de que fumar puede exponer a trabajadores, no fumadores, clientes y niños a niveles significativos de humo de segunda mano y riesgos para la salud que son fáciles de prevenir.

El apoyo público para las prohibiciones de fumar es alto en lugares públicos, incluso en ambientes externos donde circula mucha gente. En regiones donde las prohibiciones de fumar han sido establecidas por ley, los empleados, clientes y propietarios de negocios manifestaron una gran conformidad y satisfacción con los resultados, así como una gran conformidad con los incrementos en las reglamentaciones de ambientes libres de humo a través del tiempo. Estudios independientes demostraron que no existía ninguna reducción consistente en el empleo o ingresos por impuestos.

Las prohibiciones de fumar, cuya implementación es relativamente económica, puede generar beneficios económicos inmediatos para los empleadores, como una reducción en el riesgo de incendios accidentales, en las primas de seguro, en el ausentismo del empleado y un incremento en la productividad.

Los desafíos actuales son cómo disminuir el hábito de fumar en el hogar y cómo regular el hábito en hogares multifamiliares y vehículos con niños pequeños.



**Las políticas antitabaco tienden a ser recibidas de manera positiva luego de un año de su prohibición.**

*Impacto, tal como lo reportan los propietarios de restaurantes y bares, Italia, 2007*

Cambios en los ingresos

61%

*Beneficio/sin efecto*

24%

*Pérdida leve*

7%

*Pérdida significativa*

8%

*Desconocido*

Opinión de los clientes sobre la ley

79%

*Positivo*

15%

*Neutro*

4%

*Negativo*

2%

*Desconocido*

Opinión de los propietarios sobre la ley

88%

*Positivo*

8%

*Neutro*

4%

*Negativo*

## Ambientes libres de humo

2010

Categorías derivadas de las clasificaciones de MPOWER de la OMS, 2011

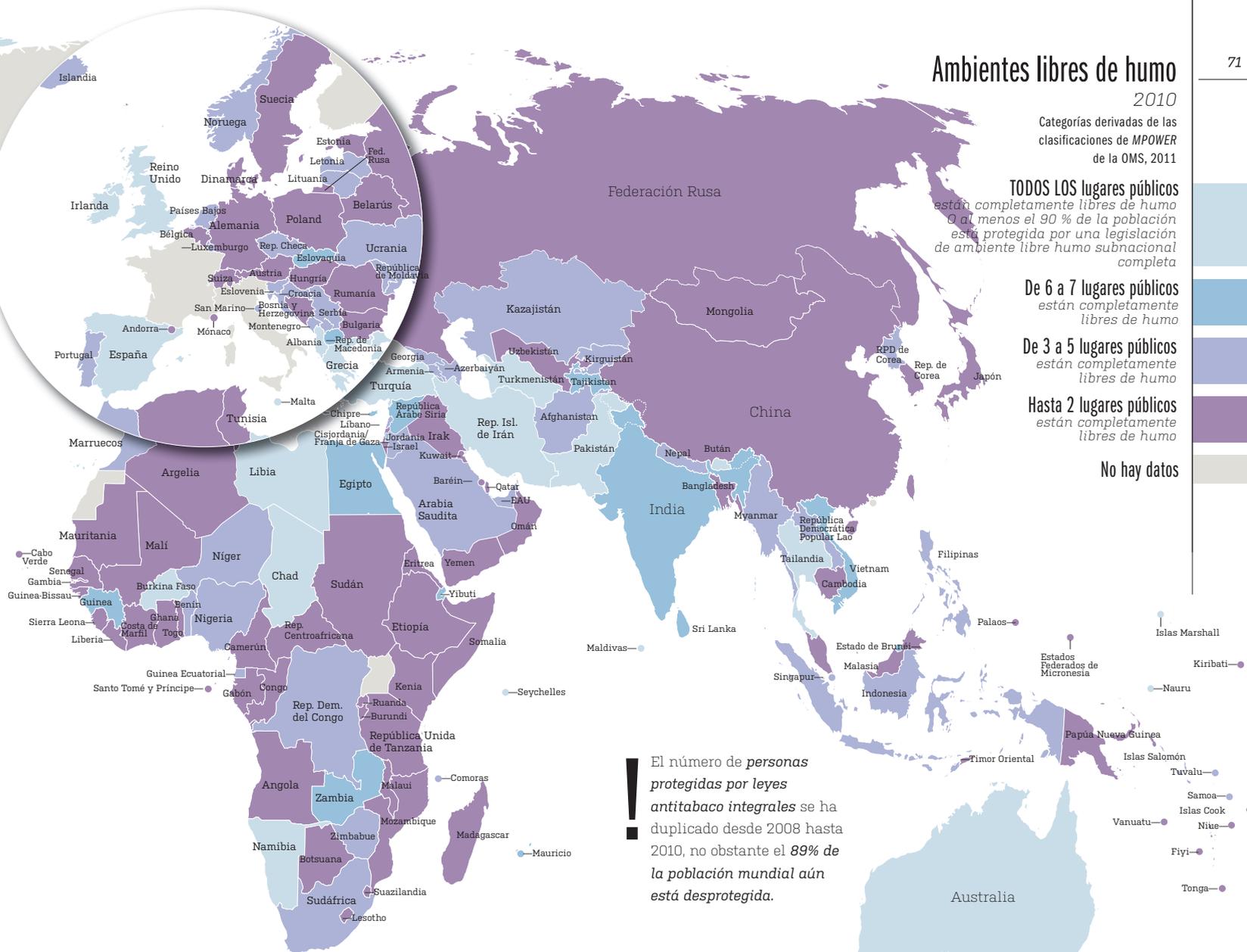
**TODOS LOS lugares públicos** están completamente libres de humo o al menos el 90 % de la población está protegida por una legislación de ambiente libre humo subnacional completa

**De 6 a 7 lugares públicos** están completamente libres de humo

**De 3 a 5 lugares públicos** están completamente libres de humo

**Hasta 2 lugares públicos** están completamente libres de humo

No hay datos



El número de *personas protegidas por leyes antitabaco integrales* se ha duplicado desde 2008 hasta 2010, no obstante el **89% de la población mundial aún está desprotegida**.

## Ventas en restaurantes sin pérdidas

Total de ingresos de los restaurantes en Hong Kong antes y después de la prohibición, en millones de dólares estadounidenses



\$7,245  
2005



\$9,000  
2007



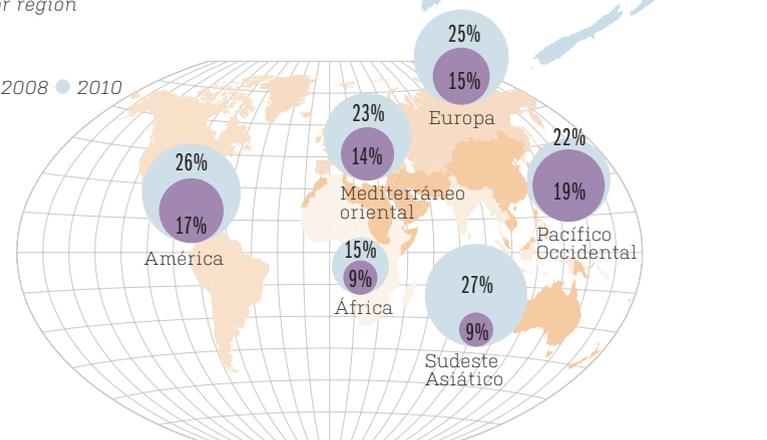
\$10,763  
2010

El consumo de cigarrillos fue prohibido a partir del 1 de enero de 2007.

## Las prohibiciones de fumar en restaurantes aumentan

Por región

● 2008 ● 2010

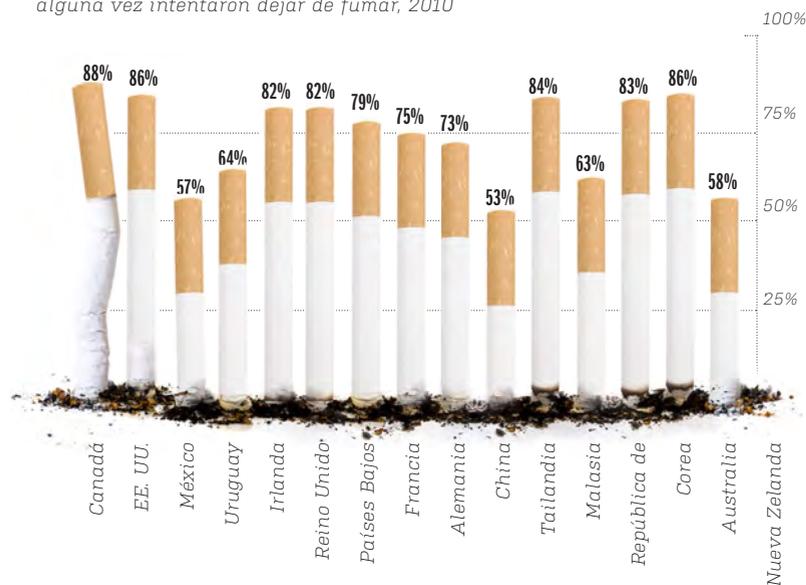


“Los estados pueden reducir las muertes y enfermedades al disminuir la prevalencia del hábito de fumar. Es así de simple”.

Gary Giovino, Universidad de Búfalo, EE. UU., 2009

## Intentos por dejar de fumar

Porcentaje de fumadores actuales que alguna vez intentaron dejar de fumar, 2010



Una encuesta realizada en el año 2000 en Kuwait con 4000 participantes concluyó que el 47 % de los fumadores aseguró que quería dejar de fumar y que el 56 % había intentado hacerlo. **La mayor barrera percibida para dejar de fumar era la incertidumbre acerca de "cómo hacerlo".**



## Cronograma del abandono del hábito

Los beneficios de dejar de fumar

**1**  
semana  
después

El corazón, la presión sanguínea, la circulación y la respiración muestran una mejoría.

**1**  
año  
después

El exceso de riesgo de contraer enfermedades cardíacas se reduce a la mitad en comparación con los fumadores constantes.

Solo hay dos maneras de reducir el consumo de tabaco: prevenir que los jóvenes comiencen a consumir tabaco e incentivar y ayudar a los consumidores a dejar de fumar. PARA LOGRAR UNA SIGNIFICATIVA IMPORTANTE EN LAS MUERTES MUNDIALES ASOCIADAS CON EL CONSUMO DE TABACO, LOS FUMADORES ACTUALES DEBEN DEJAR DE FUMAR. DE LO CONTRARIO, LAS MUERTES POR TABACO AUMENTARÁN DRÁSTICAMENTE EN LOS PRÓXIMOS 40 AÑOS, INDEPENDIEMENTE DE SI SE REDUCE EL CONSUMO EN LOS JÓVENES.

Se puede observar una mejora en la salud poco después de dejar de fumar y gran parte del daño se puede eliminar con el tiempo, incluso para los fumadores de toda la vida.

Las políticas generales de control del tabaco, como difundir información sobre salud, exigir ambientes libres de humo e implementar incrementos en los impuestos, pueden incentivar a los fumadores a dejar de fumar.

Los exfumadores, en su mayoría, dejaron de fumar con éxito por sí solos (“cortar en seco”), pero existe una cantidad cada vez mayor de programas y asistencias disponibles para ayudar a los fumadores a dejar el hábito, algunos más efectivos que otros. Ahora, las terapias de reemplazo de nicotina (goma de mascar, parche e inhalador) y agentes farmacológicos como bupropion, vareniclina y agentes más nuevos, como la citisina, están disponibles en muchos países. Algunas jurisdicciones, como Hong Kong, incluso han introducido servicios para dejar de fumar destinados a adolescentes. Muchas personas cambian sus conductas de salud con facilidad, mientras que otras luchan por superar un difícil ciclo de adicción.

Las tecnologías de la comunicación, como líneas telefónicas de ayuda para dejar de fumar, mensajería de textos, asesoramiento en línea y redes sociales, ofrecen apoyo. También se han empleado terapias conductuales y psicológicas, particularmente la modificación del comportamiento, así como modalidades menos probadas como hipnosis, meditación y acupuntura.

# Recursos para dejar de fumar por país

2010

Categorías derivadas de las clasificaciones MPOWER de la OMS, 2011

Línea nacional de ayuda para dejar de fumar, y tanto TRN como algunos servicios para el cese del tabaquismo con los costos cubiertos

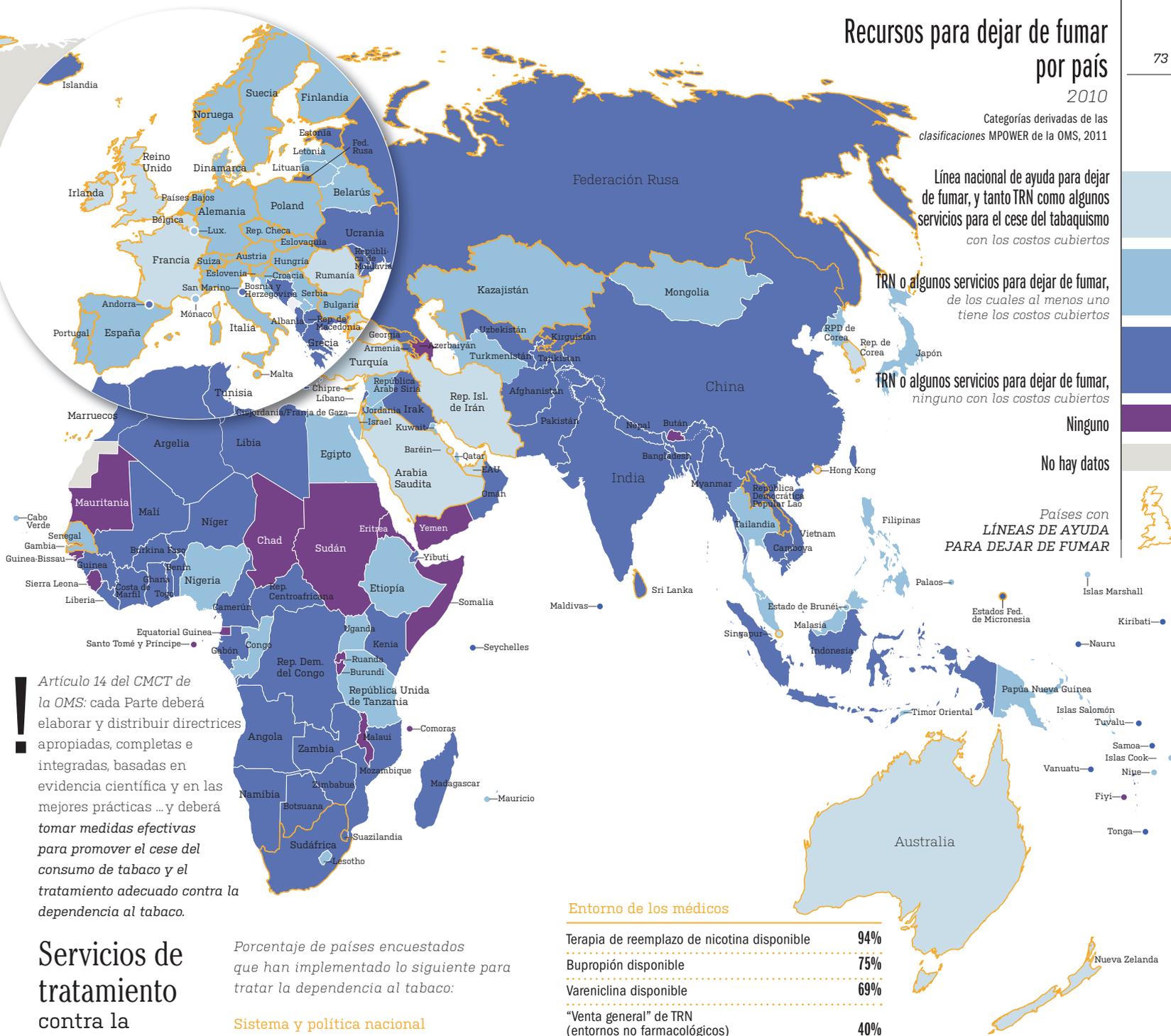
TRN o algunos servicios para dejar de fumar, de los cuales al menos uno tiene los costos cubiertos

TRN o algunos servicios para dejar de fumar, ninguno con los costos cubiertos

Ninguno

No hay datos

Países con LÍNEAS DE AYUDA PARA DEJAR DE FUMAR



Artículo 14 del CMCT de la OMS: cada Parte deberá elaborar y distribuir directrices apropiadas, completas e integradas, basadas en evidencia científica y en las mejores prácticas ... y deberá tomar medidas efectivas para promover el cese del consumo de tabaco y el tratamiento adecuado contra la dependencia al tabaco.

## Servicios de tratamiento contra la dependencia al tabaco

36 países incluidos en la muestra, 2007

Porcentaje de países encuestados que han implementado lo siguiente para tratar la dependencia al tabaco:

### Sistema y política nacional

Política oficial escrita sobre el tratamiento	44%
Sistema de tratamiento nacional especializado	19%
Ayuda disponible con facilidad en entornos de medicina general	24%

### Entorno de los médicos

Terapia de reemplazo de nicotina disponible	94%
Bupropión disponible	75%
Vareniclina disponible	69%
"Venta general" de TRN (entornos no farmacológicos)	40%
Asesoramiento breve sobre dejar de fumar totalmente reembolsable	45%
Apoyo especializado intensivo totalmente reembolsable	29%
Registro obligatorio de la condición de fumador del paciente en notas médicas	31%

**5 a 15 años después**

El riesgo de un accidente cardiovascular se reduce al de aquellos que nunca fumaron.

**10 años después**

El riesgo de cáncer de pulmón se reduce a menos de la mitad de los fumadores constantes y el riesgo de muchos otros cánceres disminuye.

**15 años después**

El riesgo de enfermedad cardíaca coronaria es similar al de los que nunca fumaron y el riesgo general de muerte es casi el mismo, sobre todo si el fumador deja de hacerlo antes de que la enfermedad se desarrolle.

“Las campañas de medios masivos de comunicación sobre los daños ocasionados por el tabaco pueden inducir el abandono y prevenir que los jóvenes adquieran ese hábito, especialmente si se implementan como parte de un programa integral de control del tabaco”.

*Sandra Mullin, Fundación Mundial del Pulmón, EE. UU., 2011*

Es poco probable que las intervenciones legislativas y de impuestos para el control del tabaco reduzcan los índices de consumo de tabaco fumado, sin apoyo y conciencia pública. La comunicación en masa, la educación en salud y la información confiable son elementos esenciales para el éxito en el control del tabaco. EL USO CONSTANTE DE CAMPAÑAS DE MEDIOS MASIVOS DE COMUNICACIÓN CONTRIBUYE A DISMINUIR LA PREVALENCIA DEL HÁBITO DE FUMAR A NIVEL DE LA POBLACIÓN, INCREMENTANDO EL CONOCIMIENTO SOBRE EL DAÑO DEL CONSUMO DE TABACO, FOMENTANDO LOS INTENTOS POR DEJAR DE FUMAR, Y MEJORANDO LOS ÍNDICES DE ABANDONO.

La financiación para campañas de medios masivos de comunicación se suele considerar como una barrera; sin embargo, los medios masivos de comunicación son una manera rentable para reducir el consumo de tabaco fumado, ya que llega a grandes segmentos de la población. Los países pueden ahorrar tiempo y recursos adaptando

campañas que funcionaron en otras jurisdicciones para usarlas en las suyas, no sin antes someterlas a pruebas locales preliminares adecuadas. De los 23 países que mostraron al menos una campaña de mejores prácticas, 16 eran de ingresos bajos o medios, lo que sugiere que los medios masivos de comunicación no son una herramienta exclusiva de países con ingresos altos.

La educación pública es una disposición básica del Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS. Sin embargo, como muestra el Informe de la OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo 2011, la mayoría de los países debería hacer más para informar a sus ciudadanos de manera adecuada sobre las enfermedades y muertes causadas por el tabaco. En cerca de 150 países encuestados, incluidos 110 países con ingresos bajos o medios, existe una escasez de educación pública antitabaco vía medios masivos de comunicación.

La escala de la epidemia del tabaco justifica que los gobiernos den prioridad a la implementación de campañas fuertes y efectivas.



## Los anuncios publicitarios con imágenes viscerales son los más efectivos

La TV es el medio preferido para la publicidad antitabaco,

pero en los países con ingresos bajos, donde la TV tiene una cobertura mínima, la radio es una alternativa, aunque sea una opción menos efectiva.



*Mukesh, India, 2009*



*Espanja, producido por el Instituto de Cáncer, Nueva Gales del Sur, Australia*



*Los cigarrillos están comiendo vivo a tu bebé, EE. UU. y diferentes países*



*Dile no al humo de segunda mano, Filipinas, 2009*

“Los pulmones son como esponjas. Si se pudiera exprimir el alquitrán (que produce cáncer) que ingresa cada año a los pulmones de las personas que fuman un paquete diario, esta es la cantidad que se podría sacar”.



*Entrega de regalos, China, 2009*

# Campañas antitabaco en medios masivos de comunicación

Duración de al menos tres semanas, de enero 2009 a agosto 2010

Categorías derivadas de las clasificaciones MPOWER de la OMS, 2011

Campaña implementada con **TODAS** las características apropiadas\*

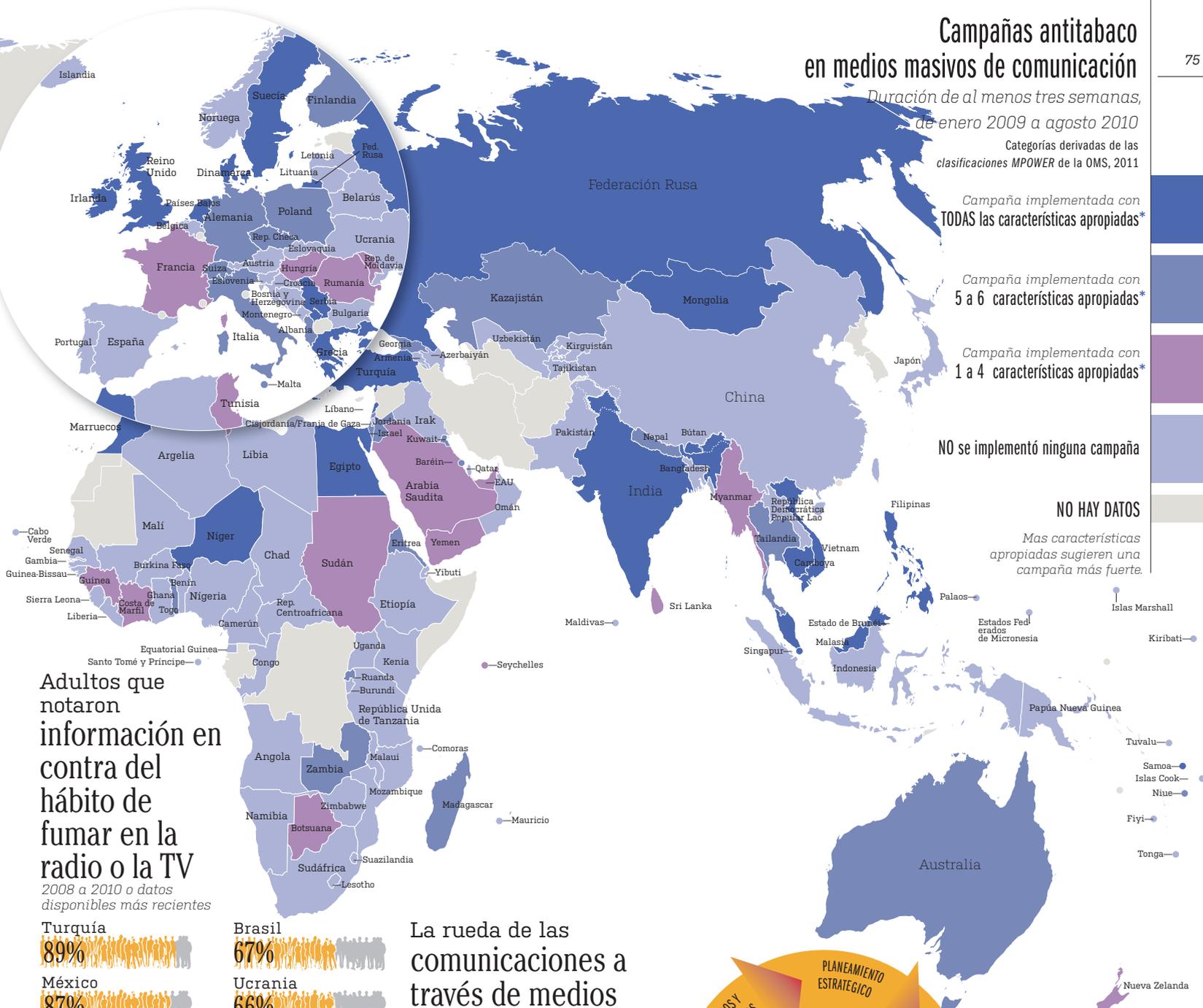
Campaña implementada con **5 a 6** características apropiadas\*

Campaña implementada con **1 a 4** características apropiadas\*

NO se implementó ninguna campaña

NO HAY DATOS

Mas características apropiadas sugieren una campaña más fuerte.



## Adultos que notaron información en contra del hábito de fumar en la radio o la TV

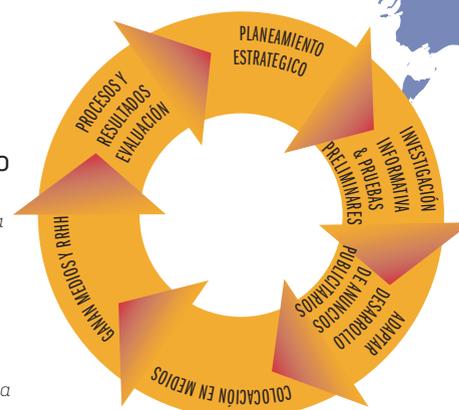
2008 a 2010 o datos disponibles más recientes



Se observó la información en los 30 días previos a la encuesta.

## La rueda de las comunicaciones a través de medios masivos en el control del tabaco

Proceso de planificación e implementación de campaña para campañas publicitarias de los medios masivos de comunicación. El cambio en el comportamiento se produce con campañas múltiples, constantes a lo largo del tiempo. Cada campaña informa a la siguiente.



\*LAS CARACTERÍSTICAS APROPIADAS se basan en si la campaña fue parte de un programa integral de control del tabaco, si la investigación informó una comprensión del público objetivo, y si los materiales fueron sometidos a pruebas preliminares; así como la manera en que se promovió, colocó y publicó la campaña, y el alcance con el que se evaluaron las campañas.

“El empaquetado simple significa que ya no hay glamour en fumar”.

Nicola Roxon, ex Ministro de Salud y Envejecimiento, Australia, 2011

Las advertencias sanitarias en el empaquetado de todos los productos de tabaco han pasado de ser advertencias en texto simples, pequeñas y poco convincentes durante 30 años a advertencias gráficas fuertes introducidas por Canadá en 2001. ACTUALMENTE, CERCA DE UN CUARTO DE LOS PAÍSES HAN ADOPTADO ADVERTENCIAS CON ILUSTRACIONES, MUCHAS DE LAS QUE SE ENCUENTRAN EN LA SEGUNDA RONDA DE ESE TIPO DE ADVERTENCIAS.

Los mensajes de salud en el empaquetado de cigarrillos hacen llegar información importante directamente a los fumadores. El mensaje se repite y refuerza cada vez que un fumador saca un cigarrillo.

En una de sus disposiciones más fuertes, el Artículo 11 del Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud obliga a las Partes a que, dentro de los tres años después de convertirse en una Parte, exijan advertencias sanitarias en los productos de tabaco que cubran al menos el 30 %, y preferentemente el 50 %, del área visible del paquete de cigarrillos. Las advertencias deben abarcar todas las formas de tabaco para fumar y el tabaco sin humo.

En 2012, el empaquetado simple (específicamente, la estandarización del empaquetado de cigarrillos que elimina toda publicidad de productos, incluidos los colores, logotipos e imágenes de marca, y aplica restricciones de tipo y tamaño de fuente) es un campo de batalla importante entre la industria y los gobiernos.

Australia fue el primer país en adoptar una legislación para exigir un empaquetado simple y lo hizo a pesar de la férrea oposición de la industria tabacalera, que incluía amenazas legales.

Action on Smoking and Health Reino Unido, un grupo de defensa del control del tabaco, explica: “de todas las leyes sobre el control del tabaco, existen pocas a las que la industria tabacalera tema más que al empaquetado estandarizado o simple. Incluso en los lugares donde la publicidad del tabaco está prohibida, el paquete es el vendedor silencioso del tabaco, que grita desde los estantes de los vendedores minoristas y es mostrado por los fumadores 20 veces al día. Los hombres de los anuncios no usan el paquete simplemente para decirnos qué marca es para mujeres y cuál es para hombres, o qué marcas son juveniles y cuáles son sofisticadas. También pueden usarlos para enviar señales ilegales y engañosas y dar la impresión de que una es menos dañina o menos adictiva que otra”.

LA INDUSTRIA AFIRMA LO SIGUIENTE:

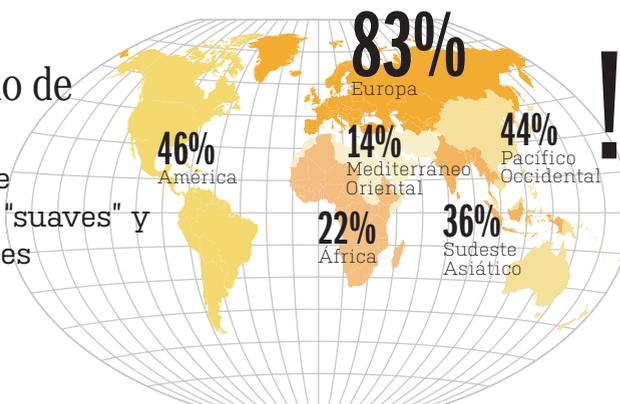
“BAT Australia se opone a la introducción del empaquetado simple. Es injusto e inviable, e inevitablemente traerá consigo consecuencias significativas no deseadas”.

David Crow, CEO, BAT Australia, 2011



Leyes de etiquetado de productos  
Prohibición del uso de descripciones "light", "suaves" y descripciones similares

Porcentaje de países por región, 2010



En 2006, cerca del 70 % de los fumadores en China, independientemente de su edad, educación y de sus ingresos, creían que los cigarrillos "light"/ "bajos en contenido de alquitrán" son menos dañinos en comparación con los cigarrillos regulares.

# Etiquetas de advertencia en los paquetes, propuestas o implementadas

2010

Categorías derivadas de las clasificaciones MPOWER de la OMS, 2011

**Advertencias grandes<sup>1</sup>**  
con todas las características apropiadas\*

**Advertencias medianas<sup>2</sup>** con todas las características apropiadas\* O

**Advertencias grandes<sup>1</sup>** sin algunas características apropiadas\*

**Advertencias medianas<sup>2</sup>** sin algunas características apropiadas\* O

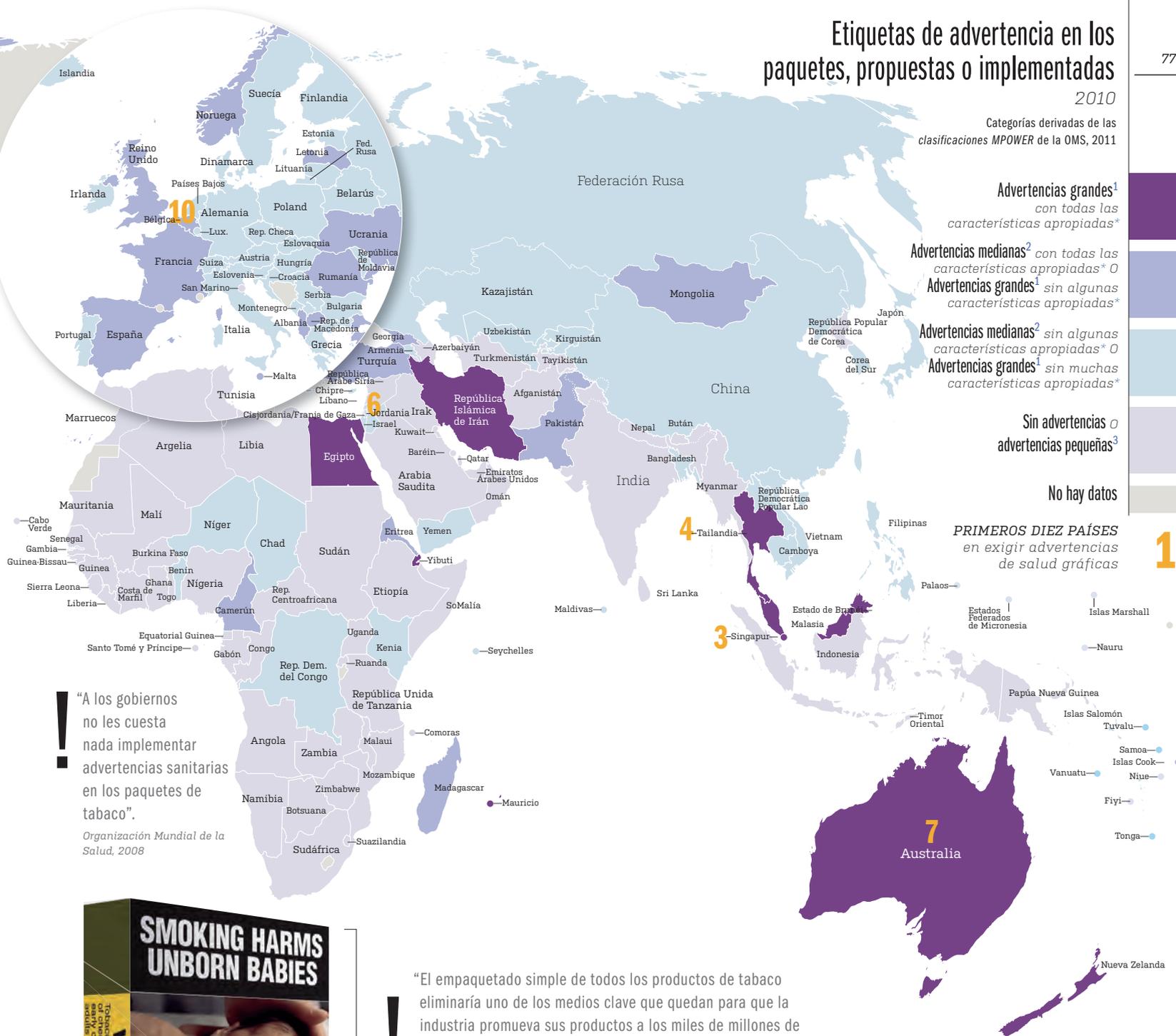
**Advertencias grandes<sup>1</sup>** sin muchas características apropiadas\*

Sin advertencias O advertencias pequeñas<sup>3</sup>

No hay datos

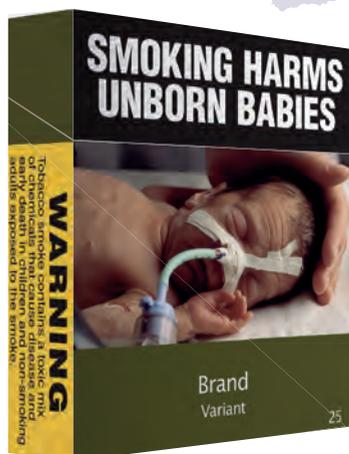
**PRIMEROS DIEZ PAÍSES**  
en exigir advertencias de salud gráficas

1



“A los gobiernos no les cuesta nada implementar advertencias sanitarias en los paquetes de tabaco”.

Organización Mundial de la Salud, 2008



“El empaquetado simple de todos los productos de tabaco eliminaría uno de los medios clave que quedan para que la industria promueva sus productos a los miles de millones de fumadores y futuros fumadores del mundo”.

Becky Freeman, Simon Chapman y Matthew Rimmer, Universidad de Sydney, Australia, 2008

Ejemplo de empaquetado simple de tabaco australiano como lo exige la ley de Australia de 2011.  
© Mancomunidad de Australia

<sup>1</sup>ADVERTENCIA GRANDE = el promedio de la parte frontal y posterior del paquete es al menos 50%. <sup>2</sup>ADVERTENCIA MEDIANA = el promedio de la parte frontal y posterior del paquete está entre 30 y 49%.

<sup>3</sup>ADVERTENCIA PEQUEÑA = el promedio de la parte frontal y posterior del paquete es menor a 30%.

\*LAS CARACTERÍSTICAS APROPIADAS SE BASAN EN EL PORCENTAJE DEL PAQUETE CUBIERTO; SI LAS ADVERTENCIAS SON OBLIGATORIAS; SI APARECEN EN EL PAQUETE Y EN EL EMPAQUETADO EXTERNO; SI DESCRIBEN DAÑOS ESPECÍFICOS; SI SON GRANDES, CLARAS, VISIBLES Y LEGIBLES; SI SE ALTERNAN; SI ESTÁN ESCRITAS EN EL IDIOMA PRINCIPAL DEL PAÍS; Y SI INCLUYEN IMÁGENES.

“Los acusados han comercializado y vendido sus productos letales con afán, con decepción, con un enfoque determinado en su éxito financiero y sin consideración por la tragedia humana o los costos sociales que exige ese éxito”.

*Jueza de Distrito de EE. UU., Gladys Kessler, 2006*

Más del 60 % de los países ha impuesto alguna restricción en el mercadeo de tabaco. SOLO LAS PROHIBICIONES TOTALES DE TODAS LAS FORMAS DE PUBLICIDAD, MARKETING, PATROCINIO Y PROMOCIÓN DEL TABACO SERÁN EFECTIVAS PARA REDUCIR LOS ÍNDICES DE CONSUMO DE TABACO FUMADO DE LA POBLACIÓN. Las restricciones parciales no son efectivas para reducir el hábito de fumar porque las compañías de tabaco redirigen sus esfuerzos de mercadeo hacia otros canales disponibles. Los acuerdos voluntarios también son inadecuados porque no son ejecutables.

Ante la ampliación de las prohibiciones de publicidad, las compañías de tabaco se han vuelto cada vez más creativas en sus intentos por atraer a nuevos consumidores a la adicción. El uso de nuevos medios de comunicación, la extensión de marca, la promoción de eventos, los incentivos para los minoristas, el patrocinio y la publicidad a través de medios de comunicación internacionales, la publicidad transfronteriza y el empaquetado promocional, son algunas de las maneras en las que la industria tabacalera evade el propósito de las prohibiciones de publicidad. Un ejemplo de esto es SHANGHAI TOBACCO COMPANY, QUE CREÓ una marca llamada “Amo China”. Por lo tanto, el eslogan se utilizó en carteles y anuncios publicitarios genéricos y no pudo ser considerado directamente como publicidad de tabaco.



*Shanghai Tobacco Company, 2011*

Extractos de las conclusiones de marketing en contra de la industria tabacalera

*Resumen del juicio Kessler, 2006*

El mercadeo del tabaco es un factor importante que contribuye a la iniciación de los jóvenes en el hábito de fumar.

El mercadeo de tabaco usa temas que hacen eco en los jóvenes y por lo tanto llegan a ellos con éxito.

La industria ha incrementado de manera continua su inversión en marketing.

La industria vende productos a los jóvenes por medio de correo directo y una serie de promociones de venta, además de otros medios para atraer a los jóvenes.

Los Programas de prevención del hábito de fumar en jóvenes que son patrocinados por la industria no están diseñados para prevenir de manera efectiva el hábito de fumar en jóvenes.

Las prohibiciones niegan a la industria tabacalera una de sus herramientas para conseguir nuevos consumidores para reemplazar a los que dejaron de fumar o murieron, para mantener o aumentar el consumo entre los consumidores actuales, para reducir la voluntad de dejar de fumar de los consumidores de tabaco, y para fomentar que los antiguos consumidores empiecen a consumir tabaco otra vez.

Las prohibiciones integrales protegen a los jóvenes del ataque del marketing del tabaco en los deportes, los locales de música, Internet y otros lugares. Las prohibiciones de publicidad también ayudan a reducir la aceptación social del consumo de tabaco y del consumo de tabaco.

Los padres también pueden hacer su parte a nivel individual, protegiendo a sus hijos de la exposición a representaciones del consumo de tabaco en diferentes contextos, que incluyen películas, televisión y en línea.

LA INDUSTRIA AFIRMA LO SIGUIENTE:

“Siguiendo con las prohibiciones de publicidad, el mercadeo] evolucionó a un enfoque individual más centrado y directo. Philip Morris utiliza una base de datos para captar a fumadores con cupones de descuento e incluso oportunidades para ganar unas vacaciones en ‘programas experienciales’. Se suele asociar a la marca Marlboro con Marlboro Country y con el aire libre y el Oeste. Tenemos una hacienda y los fumadores de Marlboro pueden ganar la oportunidad de visitar esa hacienda y vivir la experiencia Marlboro Country”.

*Bill Phelps, Altria, EE. UU., 2008*

DECLARACIONES PÚBLICAS DE BIG TOBACCO niegan que su mercadeo esté dirigido a los jóvenes o que afecte la iniciación e incidencia del hábito de fumar en jóvenes, a pesar de la contundente evidencia que indica lo contrario.



EXTRACTOS



# Prohibiciones de publicidad directa e indirecta

2010

Categorías derivadas de las clasificaciones MPOWER de la OMS, 2011

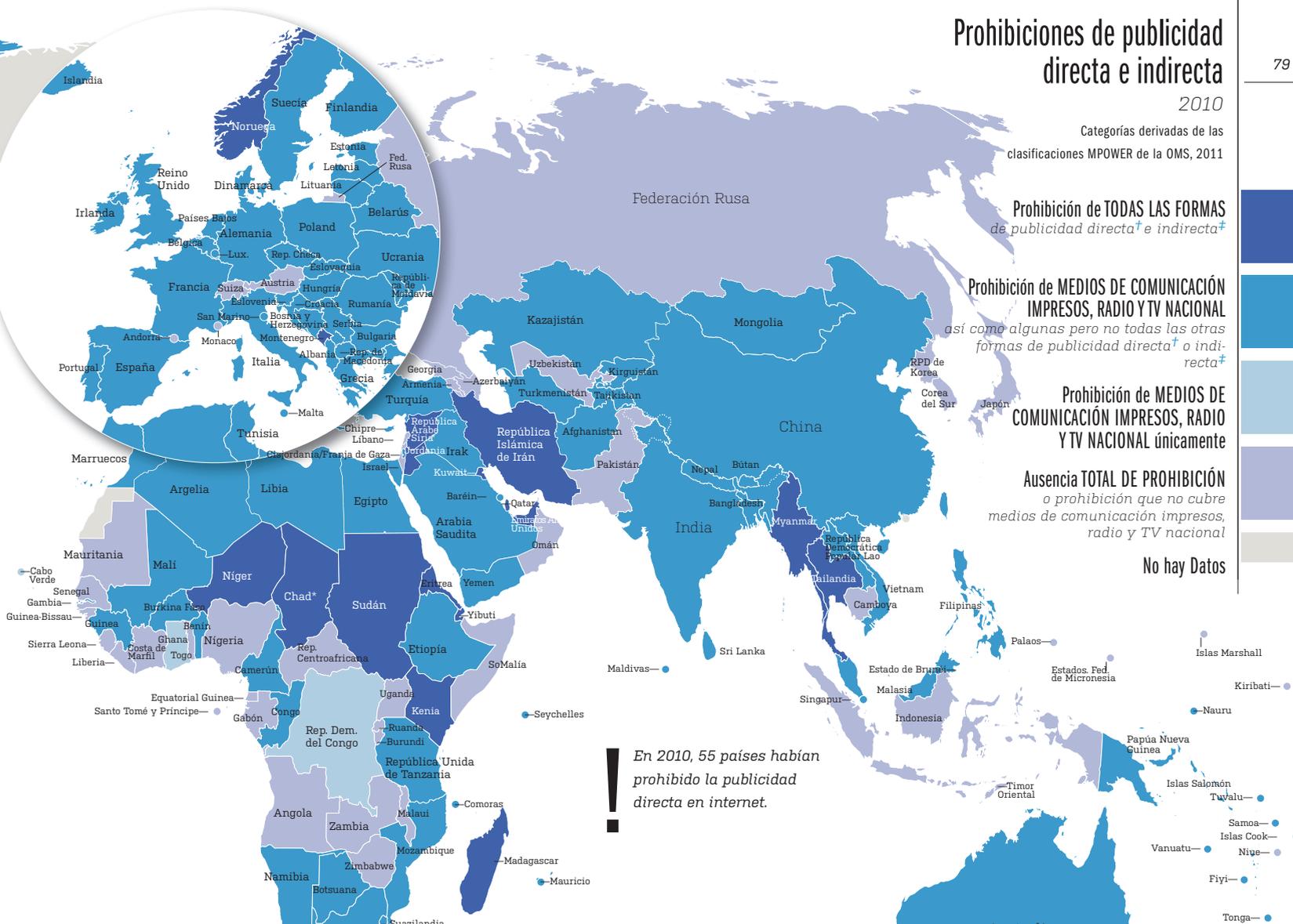
Prohibición de **TODAS LAS FORMAS** de publicidad directa<sup>+</sup> e indirecta<sup>+</sup>

Prohibición de **MEDIOS DE COMUNICACIÓN IMPRESOS, RADIO Y TV NACIONAL** así como algunas pero no todas las otras formas de publicidad directa<sup>+</sup> o indirecta<sup>+</sup>

Prohibición de **MEDIOS DE COMUNICACIÓN IMPRESOS, RADIO Y TV NACIONAL únicamente**

Ausencia **TOTAL DE PROHIBICIÓN** o prohibición que no cubre medios de comunicación impresos, radio y TV nacional

No hay Datos

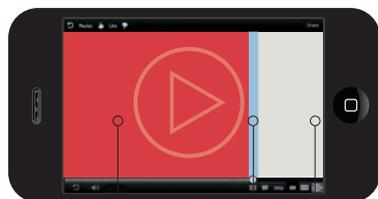


En 2010, 55 países habían prohibido la publicidad directa en internet.

## Los nuevos medios de comunicación pueden evadir las prohibiciones de publicidad

163 videos relacionados a marcas de tabaco analizados en YouTube, 2010

Un video musical a favor del hábito de fumar fue visto más de 2 millones de veces.



71% Contenido a favor del tabaco

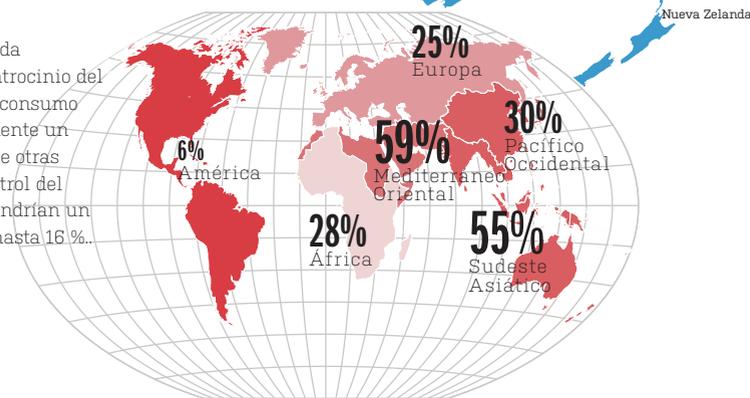
4% Contenido contra el consumo de tabaco

25% Mensajes sobre el tabaco complejos, no claros y neutrales

## Prohibiciones de publicidad en puntos de venta

Porcentaje de países por región con prohibiciones de publicidad en los puntos de venta, 2011

Una prohibición total de toda publicidad, promoción y patrocinio del tabaco puede disminuir el consumo de tabaco en aproximadamente un 7 %, independientemente de otras intervenciones para el control del tabaco, y algunos países tendrían un declive en el consumo de hasta 16%.



† LA PUBLICIDAD DIRECTA incluye televisión, radio, revistas, correo directo, correos electrónicos, telemarketing, cupones, sorteos, programas de fidelidad a una marca y otros métodos para promover los productos de tabaco directamente a los consumidores. ‡ LA PUBLICIDAD INDIRECTA utiliza nombres de marcas, nombres comerciales, emblemas, etc., para promover los productos de tabaco indirectamente por medio de la "extensión de marca" efectiva el consumo de tabaco en jóvenes. (donde los nombres de marcas de tabaco se usan como parte de los nombres de otros productos), el patrocinio de eventos, la colocación de productos en televisión y películas, y otros métodos.

\*Entre 2008 y 2010, tres países más (Chad, Colombia y Siria) prohibieron la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco.

“Dentro de las propuestas de ingresos que he examinado, los impuestos sobre el tabaco son especialmente atractivos porque motivan a los fumadores dejen de fumar y desalientan a las personas a que empiecen a hacerlo y, que además, generan ingresos significativos. Representa un gran beneficio para la salud mundial”.

Bill Gates, Cumbre del G20, Francia, 2011



## El consumo de tabaco disminuye a media amedida que los impuestos sobre el tabaco aumentan

Precio real (ajustado según la inflación) de un paquete de cigarrillos medido en nuevos shekels israelíes (NIS) de 1990 en Israel. Los aumentos en los precios de los cigarrillos fueron impulsados por el aumento de los impuestos.



Cuando se administran correctamente, los aumentos de los impuestos sobre el tabaco se encuentran entre las políticas de control del tabaco más importantes y efectivas. **LOS INCREMENTOS DE LOS IMPUESTOS SOBRE EL TABACO QUE PRODUCEN AUMENTOS EN LOS PRECIOS DE LOS CIGARRILLOS MOTIVAN A LOS FUMADORES A DEJAR DE FUMAR, AUMENTAN LOS INTENTOS EXITOSOS DE DEJAR DE FUMAR, REDUCEN LA CANTIDAD DE CIGARRILLOS FUMADOS POR PERSONA Y PREVIENEN LA INICIACIÓN EN JÓVENES.** Un aumento del 10% en los precios de los cigarrillos reduce la demanda de cigarrillos por un 2 a 6% en los países con ingresos altos, y por un 2 a 8% en los países con ingresos bajos y medios. Los jóvenes, las minorías y los fumadores de bajos ingresos son más propensos que otros a dejar de fumar o fumar menos, como consecuencia de los aumentos en los precios de los cigarrillos. Como los precios de los cigarrillos influyen en la iniciación de los jóvenes en el hábito de fumar, los aumentos en el precio reducen significativamente las tendencias a largo plazo en el consumo de cigarrillos.

Además de reducir el consumo de cigarrillos, los impuestos más altos sobre el tabaco aumentan los ingresos por impuestos, que pueden usarse para implementar y aplicar medidas de control del tabaco, o para pagar servicios de atención

médica relacionados con el consumo de tabaco u otros programas sociales. Por otro lado, las reducciones de impuestos permiten que la industria aumente sus márgenes de ganancia.

Se ha demostrado que los impuestos especiales reducen el consumo de tabaco en todo el mundo. Otros impuestos que se han impuesto sobre el tabaco, incluidos los derechos de importación y los impuestos a las ventas, se aplican a una amplia gama de otros bienes y servicios. Existen dos tipos de impuestos especiales: específicos y ad valorem. La decisión de elegir uno o ambos tipos de impuestos tiene implicancias para los ingresos del gobierno, los precios de venta de los productos de tabaco, las ganancias de la industria tabacalera y la salud pública. Entender los mecanismos de estas herramientas económicas es crucial para implementar políticas de control del tabaco basadas en evidencia efectiva.

El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco obliga a los signatarios a adoptar políticas de precios e impuestos que reduzcan el consumo de tabaco. Además, la Organización Mundial de la Salud recomienda que **AL MENOS EL 70 % DEL PRECIO DE VENTA DE LOS PRODUCTOS DE TABACO PROVENGA DE IMPUESTOS ESPECIALES. SOLO CINCO NACIONES HAN ALCANZADO ESTE ESTÁNDAR DE MEJORES PRÁCTICAS.**



Japan Tobacco exhortó a Serbia a alinear los impuestos especiales sobre los cigarrillos con los niveles de la Unión Europea y a aumentar estos impuestos de "manera predecible y estable". Sin embargo, esto fue diseñado para tener el menor efecto posible en el consumo de cigarrillos. Los pequeños aumentos de los impuestos pueden ser fácilmente absorbidos por la industria o socavados por la inflación y el aumento de los ingresos con el tiempo.

# Impuesto especial como un porcentaje del precio de los cigarrillos

2011 o últimos datos disponibles

Más de 70%

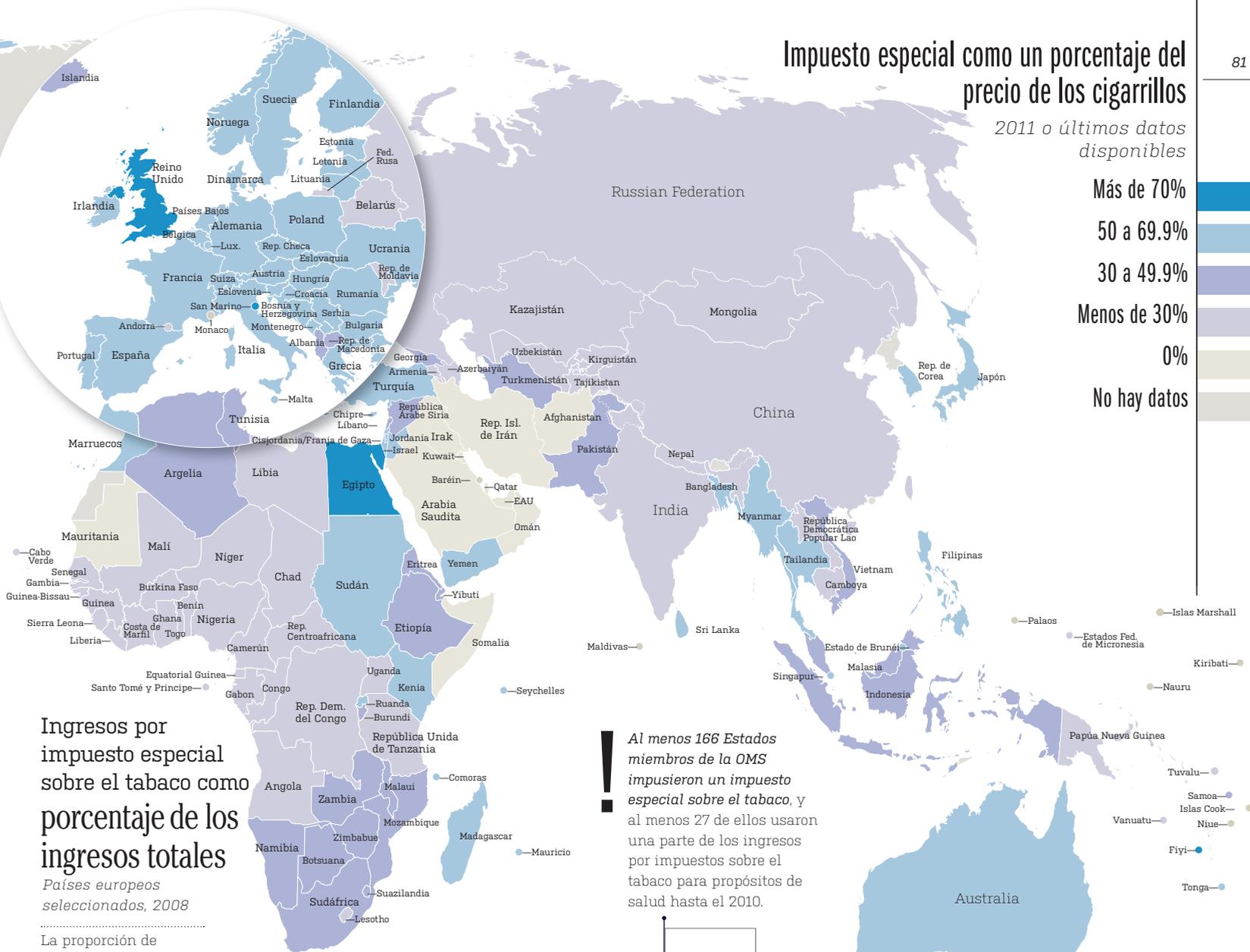
50 a 69.9%

30 a 49.9%

Menos de 30%

0%

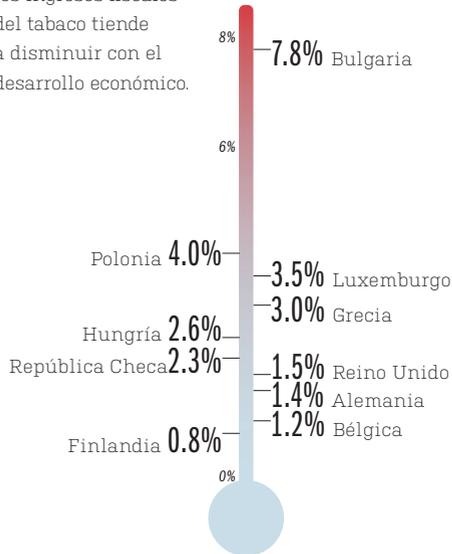
No hay datos



## Ingresos por impuesto especial sobre el tabaco como porcentaje de los ingresos totales

Países europeos seleccionados, 2008

La proporción de los ingresos fiscales del tabaco tiende a disminuir con el desarrollo económico.



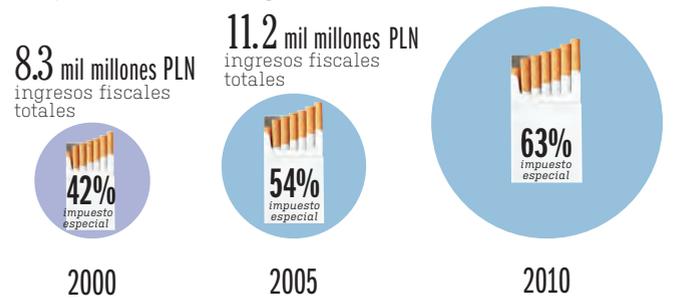
El estado de Nuevo Hampshire redujo su impuesto especial sobre los cigarrillos por 10 centavos por paquete, e inmediatamente después, las compañías tabacaleras subieron sus precios por el mismo monto y, de ese modo, los ingresos del gobierno estatal pasaron a ser de la industria tabacalera. Se estima que la reducción le costará al estado \$14 millones en ingresos no ganados en un periodo de dos años

Al menos 166 Estados miembros de la OMS impulsieron un impuesto especial sobre el tabaco, y al menos 27 de ellos usaron una parte de los ingresos por impuestos sobre el tabaco para propósitos de salud hasta el 2010.

## Los ingresos fiscales del tabaco aumentan a medida que los impuestos sobre el tabaco aumentan

Impuesto especial total sobre el tabaco como porcentaje del precio de venta y los ingresos por impuestos sobre el tabaco ajustados a la inflación en Polonia, Zloty, 2010

17.4 mil millones PLN ingresos fiscales totales



## LA INDUSTRIA AFIRMA LO SIGUIENTE:

“Seguiremos usando todos los recursos necesarios...y, cuando sea necesario, recurriremos a litigios para impugnar de manera activa las propuestas legislativas irrazonables”.

*Louis Camilleri, presidente y director ejecutivo, Philip Morris International, 2010*

Los litigios contra la industria tabacalera se han basado en razones como "daños a la salud, homicidio culposo, gastos de atención médica, participación en contrabando, negocio ilícito, conspiración, producto defectuoso, ocultación de evidencia científica, fraude, engaño, falta de ética profesional, falta de advertencia adecuada a los consumidores sobre los riesgos del humo del tabaco, negligencia y exposición del público a un peligro excesivo". LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD INVITA A LA GENTE Y A LOS GOBIERNOS A EMPRENDER ACCIONES LEGALES PARA EL CONTROL DEL TABACO.

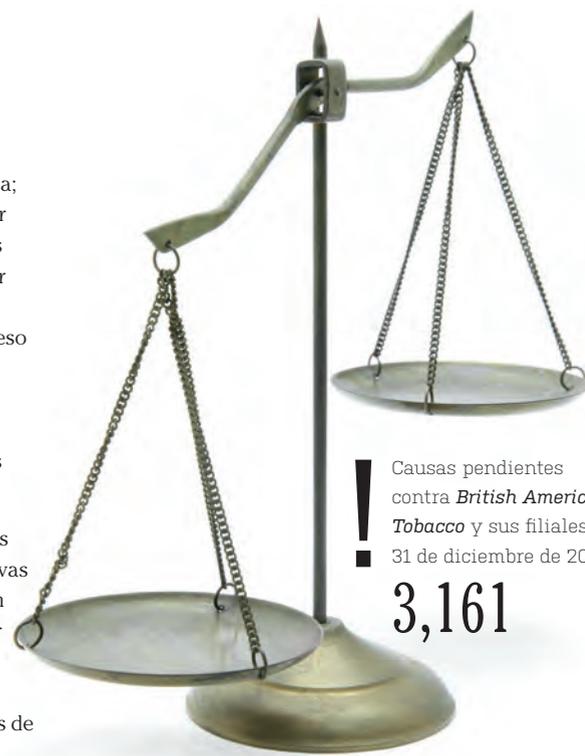
Los litigios ponen a la industria a la defensiva política, obligan a las compañías tabacaleras a sentarse en la mesa de negociaciones, y pueden resultar en grandes arreglos económicos. Más allá de las cifras en dólares, otros efectos de las compensaciones o arreglos pueden incluir: la

entrega de documentos internos de la industria; acuerdos por parte de la industria de restringir el mercadeo; la canalización del dinero de los arreglos económicos a la salud pública; mayor atención de los medios de comunicación al problema del consumo de tabaco; menor acceso de los jóvenes a los productos de tabaco; y mejoras en la protección contra el humo de segunda mano. Sin embargo, los cambios de políticas como resultado directo de los litigios han sido limitados.

Cada vez más, las compañías tabacaleras y sus aliados están desafiando las medidas legislativas efectivas adoptadas por los países que buscan proteger la salud de sus ciudadanos. Defender estas impugnaciones legales es muy costoso. Estas, además, retrasan invariablemente la implementación de leyes aprobadas en interés de la salud pública.

En noviembre de 2010, la Conferencia de las Partes del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT de la OMS) adoptó la Declaración de Punta del Este en apoyo a las Partes del CMCT que enfrentan ataques legales por implementar el tratado y sus directrices.

Como resultado de las preocupaciones sobre el hábito de fumar iniciadas por el Informe del Cirujano General de 1964 y la ley posterior que exige etiquetas de advertencia, la industria tabacalera usó la presencia de esas etiquetas como una defensa en las demandas de los fumadores. Además de seguir negando un vínculo causal entre el hábito de fumar y las enfermedades de los demandantes, las compañías tabacaleras también empezaron a reclamar que, debido a las etiquetas de advertencia y la publicidad sobre los peligros de fumar que se alegaban, los fumadores sabían todo lo que necesitaban. Esta es una estrategia de defensa que se conoce como "asunción de riesgo".



Causas pendientes contra *British American Tobacco* y sus filiales al 31 de diciembre de 2010:

3,161

En todo el mundo se usan grupos neolibertarios y de derechos de los fumadores, financiados por la industria tabacalera, para cuestionar la legislación para el control del tabaco.

En 1998, 6 millones de documentos confidenciales de la industria tabacalera se pusieron a disposición del público como resultado de una acción legal, proporcionando evidencia condenatoria de que la industria conocía los daños ocasionados por fumar desde hacía tiempo. Entonces, los demandantes alegaron que la industria había encubierto la realidad de los peligros de fumar en un momento en que el público en general no era consciente de ese peligro, lo que sugería negligencia, responsabilidad por la fabricación de productos, fraude y distorsión intencional por parte de la industria. Los demandantes empezaron a alegar que la industria también había ocultado el hecho de que fumar era altamente adictivo, y que la industria comercializaba deliberadamente a menores.

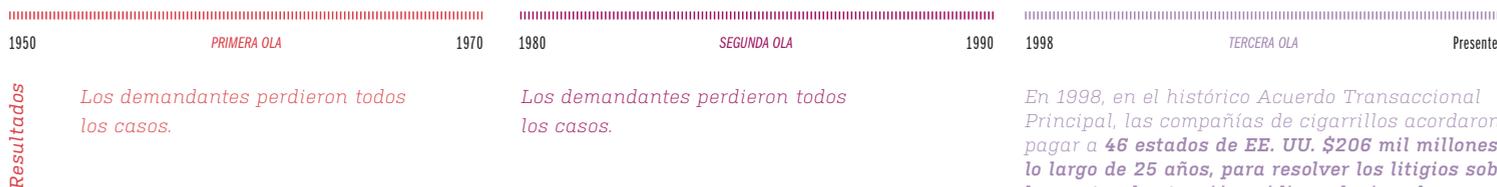
En 1998, en el histórico Acuerdo Transaccional Principal, las compañías de cigarrillos acordaron pagar a 46 estados de EE. UU. \$206 mil millones a lo largo de 25 años, para resolver los litigios sobre los costos de atención médica relacionados con el hábito de fumar.

## Historia de las estrategias de litigio de daños en el control del tabaco en EE. UU.

*Demandantes individuales vs. compañías tabacaleras*

Estrategias legales empleadas

La industria usó tres argumentos: (a) no se pudo probar que fumar fue la causa de las lesiones individuales de los demandantes; (b) si fumar es peligroso, la industria no lo sabía al momento de hacer los cigarrillos que los demandantes fumaron; (c) si las víctimas cambiaron de marca con el tiempo, no se podría probar que su producto causó el daño que se reclama.



# Impugnaciones legales contra la legislación para el control del tabaco

*Países seleccionados, recientes, pendientes, en fase de apelación*

## EE. UU.

2010  
Una tabacalera y un minorista impugnaron la ley relativa al patrocinio de eventos, la comercialización, las advertencias de salud y la publicidad.

## Guatemala

2010  
La Cámara de Comercio impugnó la ley de ambientes libres de humo. *Ley ratificada.*

## Colombia

2010  
Una tabacalera impugnó la ley que regula la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco. *Ley ratificada.*

## Argentina

2008  
La filial de una tabacalera impugnó la ley de ambientes libres de humo en la provincia de Santa Fe.

## Irlanda

2009  
Una tabacalera impugnó la prohibición sobre la exhibición de productos de tabaco en tiendas de venta al público

## Panamá

2010  
Una tabacalera impugnó un decreto ejecutivo que prohibía la exhibición en puntos de venta.

## Perú

2010  
Un individuo, en representación de más de 5000 ciudadanos, impugnó la ley de ambientes libres de humo

## Brasil

2010  
Una tabacalera impugnó leyes de ambientes libres de humo en cuatro estados así como la ley nacional que restringe la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco

## Uruguay

2010  
Compañías tabacaleras impugnaron los reglamentos sobre el empaquetado en el Centro Internacional de Arreglo de Diferencias Relativas a Inversiones (CIADI), mediante un acuerdo de inversión bilateral entre Suiza y Uruguay.

## Noruega

2010  
Una tabacalera impugnó las restricciones de exhibición en puntos de venta.

## Escocia

2010  
Una tabacalera impugnó las prohibiciones de exhibición en puntos de venta y las ventas en máquinas expendedoras. *Ley ratificada.*

## Finlandia

2009  
Una tabacalera impugnó la prohibición sobre la exhibición de productos de tabaco.

## Turquía

2008  
Una asociación de propietarios de cafeterías impugnó la ley de ambientes libres de humo.

2009  
Compañías tabacaleras impugnaron los reglamentos sobre el empaquetado y el etiquetado.

## Sudáfrica

2009  
Una tabacalera impugnó las enmiendas a la ley que regula la publicidad, la promoción y el patrocinio.

## India

2007  
Una tabacalera impugnó la ley sobre empaquetado y etiquetado mediante 31 demandas.

2008  
Asociaciones de restaurantes y hoteles impugnaron la ley de ambientes libres de humo mediante cuatro demandas.

## Indonesia

2010  
Los cultivadores de tabaco impugnaron la ley que regula la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco.

2010  
Los cultivadores de tabaco impugnaron la ley sobre empaquetado y etiquetado.

## Filipinas

2010  
Una tabacalera impugnó una orden administrativa del Departamento de Salud sobre advertencias de salud gráficas y una prohibición de descripciones engañosas.

## Australia

2011  
Una tabacalera impugnó al Gobierno en asuntos relativos a marcas comerciales y otras propiedades intelectuales.

EL GOBIERNO AFIRMA LO SIGUIENTE:

“Es justo decir que estamos siendo el blanco de lo que solo se puede describir como tácticas subversivas y vergonzosas de la industria tabacalera, que incluyen el uso de todo medio y oportunidad disponibles para tratar de intimidarnos o amenazarnos para que dejemos sin efecto la legislación”.

*Jane Halton, Secretaria del Departamento de Salud y la Tercera Edad, Australia, 2011*

“En los próximos años, las personas sacudirán la cabeza con incredulidad frente al hecho de que alguna vez se fumó en hogares donde los niños vivían, comían, dormían y respiraban”.

*Jonathan Winickoff, Escuela de Medicina de Harvard, EE. UU., 2010*

En julio de 2011, la Organización Mundial de la Salud sugirió un objetivo de 40 % de reducción relativa en la prevalencia del consumo diario actual de tabaco fumado en adultos mayores de 15 años para el 2025 (a partir de una referencia de 2010). Esto no incluye el tabaco sin humo ni algunas de las nuevas formas de tabaco. Esta reducción aún no es adoptada por los Estados Miembros, pero es un comienzo para incentivar a los países a establecer objetivos dentro de los parámetros generales.

El futuro es incierto. Por un lado, varias naciones están comenzando a implementar medidas más fuertes, y se pronostica que la prevalencia del hábito de fumar alcance cifras de un solo dígito, por debajo del 5 % en 2040, el “juego final de 2040”. Por otro lado, incluso si los índices de la prevalencia del hábito de fumar y el inicio del consumo en jóvenes disminuyen, es muy probable que la cantidad de fumadores en el mundo aumente en el futuro próximo debido, principalmente, al crecimiento de la población mundial en países de ingresos bajos y medios.

Uno de los principales problemas del futuro es el de los productos sin humo y los sistemas de suministro de nicotina alternativos. Las compañías tabacaleras están pasando de comercializar cigarrillos tradicionales a comercializar productos alternativos, y esto tendrá repercusiones en las estrategias actuales de control del tabaco, como las políticas de aire limpio en interiores. ¿Se permitirán los cigarrillos electrónicos en los que solían ser ambientes libres de humo, y se modificarán las tarifas fiscales para fomentar los productos no combustibles?

Muchos países, incluidos los de bajos ingresos, han demostrado que se puede controlar el tabaco y que se pueden reducir los índices de consumo de tabaco fumado. Estos resultados positivos pueden ser reproducidos por cualquier nación responsable, pero solo mediante una acción concertada, integral y sostenida del gobierno y la comunidad. Es claro que prevenir la iniciación de los jóvenes y fomentar el cese del consumo de tabaco requiere de una voluntad política firme para enfrentar a la industria tabacalera y asignar recursos adecuados proporcionales a la magnitud del problema del tabaco en relación con la economía y la salud.

**LOS MEDIOS PARA FRENAR ESTA PANDEMIA SON CLAROS Y ESTÁN AL ALCANCE.**

## Orientaciones de futuras políticas

Desde la primera edición del Atlas del tabaco, se han dado enormes pasos en el esfuerzo mundial por reducir la prevalencia del hábito de fumar y el daño, y en muchos países se ha experimentado una reducción de dicha prevalencia en los últimos 10 años. Aun así, se estima que el hábito de fumar causará mil millones de muertes en el siglo XXI (consulte el Capítulo 1: Muertes). A medida que sigue surgiendo y diseminándose la evidencia contundente de los grandes costos del consumo de tabaco para la vida y la salud humanas, así como para la economía mundial, los países tendrán que involucrarse cada vez más en estrategias para reducir la carga del consumo de tabaco; y también es muy probable que la industria tabacalera continúe obstruyendo y resistiéndose a esas medidas.

## Políticas y acciones futuras recomendadas

### 1

#### CMCT DE LA OMS

Todos los países que no hayan firmado o ratificado el Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud deberían hacerlo de inmediato. Aquellos que lo han ratificado, deberían implementar todos los Artículos inmediatamente. Esto incluye todo el rango de medidas legislativas, fiscales y otras.

### 2

#### OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

Dada la evidencia y el consenso mundial sobre el impacto negativo del tabaco en una gran variedad de resultados económicos y de salud, se deben incluir los objetivos y metas de control del tabaco en la segunda ronda de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en 2015.

### 3

#### REUNIÓN DE ALTO NIVEL DE LA ONU

Según lo establecido en la Reunión de alto nivel de la ONU sobre las enfermedades no transmisibles, los problemas relacionados con el tabaco se deben ubicar estratégicamente en las políticas y planes de acción nacionales sobre ENT.

### 4

#### FINANCIACIÓN

La financiación del gobierno para la acción, vigilancia e investigación sobre la salud aún queda rezagada por la enormidad del problema del tabaco como problema de salud (consulte el Capítulo 23: Estrategias de salud pública). Es necesario una financiación a nivel de país sustancialmente mayor, idealmente a partir de un porcentaje del impuesto sobre el tabaco, para reflejar la carga que el tabaco supone para la salud y las economías, y particularmente para combatir el problema en áreas geográficas donde la cantidad de consumidores de tabaco está aumentando.

### 5

#### REGULACIONES DE LA INDUSTRIA TABACALERA

Dada la gran cantidad de evidencia que demuestra que la nicotina es una droga altamente adictiva, los gobiernos deberían actuar para regular la industria tabacalera, así como cualquier otra industria que elabore productos de nicotina, de la manera más rigurosa posible, incluida la clasificación de la nicotina como una droga adictiva.

## LOS REALISTAS AFIRMAN LO SIGUIENTE:

“Mi predicción para la década del 2020 es que la mayoría de los tipos de cáncer que mataron a tantas personas en 2010 seguirán matando a muchas personas, y que las tendencias de muertes prematuras por cáncer dependerán principalmente de la medida en que las personas elijan dejar de fumar, más que de las mejoras en el tratamiento”.

*Sir Richard Peto, Universidad de Oxford, Reino Unido, 2010*

### 6 IMPUESTOS SOBRE EL TABACO

Los impuestos nacionales sobre el tabaco funcionan como un desalentador importante en la iniciación y el mantenimiento del hábito de fumar (consulte el Capítulo 29: Impuestos sobre el tabaco). Los países que aún no han implementado políticas rigurosas de impuestos sobre el tabaco deberían buscar incrementar los impuestos especiales hasta por lo menos el 70 % del precio de venta. El tabaco 'libre de impuestos', que actualmente se vende a nivel mundial en las terminales internacionales de los aeropuertos y en otros lugares, debería estar prohibido.

### 7 PROFESIONALES DE LA SALUD

Debido al alto nivel de consumo de tabaco entre los profesionales de atención médica (consulte el Capítulo 12: Profesionales de la salud) y a la necesidad de que los profesionales de la salud den el ejemplo, estos profesionales no deberían fumar, las escuelas de medicina y de otras profesiones de la salud deberían ser libres de humo y se debería incluir sistemáticamente la enseñanza sobre el control del tabaco en los programas de estudio relacionados con la atención médica.

### 8 DEJAR DE FUMAR

Las investigaciones sostienen que la mayoría de las personas que fuman quieren dejar de hacerlo (consulte el Capítulo 25: Abandono del hábito de fumar), pero a muchos les parece difícil, de manera que los índices de abandono del hábito siguen siendo bajos. Se debe mejorar el apoyo a los esfuerzos individuales para dejar de fumar. Los futuros incentivos para dejar de fumar pueden incluir ahorros económicos por medio de descuentos y primas de seguro de salud más bajas.

### 9 MENSAJERÍA

Se ha demostrado que los mensajes de educación sobre salud y las campañas en medios masivos de comunicación son replicables y efectivos en una variedad de contextos culturales. Se deben seguir desarrollando y distribuyendo estos mensajes de una manera más efectiva.

### 10 NUEVOS PRODUCTOS DE TABACO

Las investigaciones reflejan una confusión general en el público acerca de una variedad de productos de tabaco y su verdadero daño (consulte el Capítulo 5: Sistemas de suministro de nicotina). A medida que la industria tabacalera introduce productos novedosos, dando a entender con frecuencia que estos productos reducen el daño, se necesitan con urgencia campañas de sensibilización y la atención de los medios de comunicación para informar al público acerca de los verdaderos peligros de estos productos y reiterar que no existe una manera segura de consumir tabaco.

### 11 CULTIVO DE TABACO

Las economías con grandes sectores de cultivo de tabaco necesitan ayuda y apoyo para diversificar los cultivos. Se deben buscar nuevos usos comercialmente rentables del tabaco que contribuyan a la salud humana, en vez de dañarla.

### 12 PUNTOS CALIENTES

Los medios de comunicación y los defensores deberían asociarse para centrar más la atención y la ayuda en los "puntos calientes del tabaco" que se expanden rápidamente a nivel geográfico, sobretodo cuando se prosigue un litigio o se están cuestionando declaraciones, legislaciones, impuestos y otras acciones de control del tabaco.

### 13 COMPORTAMIENTO DE LA INDUSTRIA TABACALERA

La industria tabacalera ha tenido que usar, recientemente y cada vez más, impugnaciones legales y comerciales a la legislación nacional. Es necesario desarrollar una estrategia y brindar apoyo mundial a países que se encuentran bajo amenaza legal (consulte el Capítulo 30: Impugnaciones legales y litigio). Además, la industria ha introducido programas corporativos de responsabilidad social que promueven las medidas voluntarias como una manera efectiva de hacer frente al control del tabaco, crear una ilusión de ser una compañía "cambiada" y establecer asociaciones con intereses de salud. También ha empleado el uso de grupos de fachada aparentemente independientes para cuestionar a analistas empresariales financiados por acciones y la ciencia para presentar su caso legislativo, y se ha involucrado en campañas de presión política. Se debe exponer y regular el comportamiento de la industria, y esta no debería tener lugar en las discusiones sobre el control del tabaco a ningún nivel.

### 14 VOLUNTAD POLÍTICA

Hace décadas se sabe qué es lo que funciona para reducir el índice de consumo de tabaco fumado. Se necesita voluntad política para implementar esas políticas, para proteger al público de la industria tabacalera, para permitir que las víctimas de la industria se protejan de los productos que son altamente adictivos y enormemente dañinos, y para buscar recursos legales contra los fabricantes de esos productos.

# AEC-Siglo XIX

*El tabaco se extiende por todo el mundo como cultivo comercial.*

## 6000 AEC

Primer cultivo de la planta de tabaco en *América*.

## Alrededor de 1 AEC

*América* Los indígenas americanos comienzan a fumar tabaco y a utilizar enemas de tabaco.

*América* Mito de los indios hurones: "En tiempos antiguos, cuando la tierra era estéril y las personas morían de hambre, el Gran Espíritu envió una mujer para que salvara a la humanidad. Mientras viajaba por el mundo, en todo lugar donde apoyaba su mano derecha sobre el suelo, crecían papas. Y en todo lugar donde su mano izquierda tocaba el suelo, crecía maíz. Y en el lugar donde había estado sentada, crecía tabaco".



## 1493

Cristóbal Colón y su tripulación regresan a Europa desde las Américas con las primeras hojas y semillas de tabaco jamás vistas en el continente. La Inquisición ve a un miembro de la tripulación, Rodrigo de Jerez, fumando y lo encarcela por creer que está poseído por el diablo.

## Principios de los años 1500

*Medio Oriente* Comerciantes turcos introducen el tabaco en Egipto.

## 1530-1600

*China* Se introduce el tabaco a través de Japón o Filipinas.

## 1558

*Europa* La planta de tabaco es llevada a Europa. Fallan los intentos de cultivo.

## 1560

*África* Comerciantes portugueses y españoles introducen el tabaco en el África subsahariana.

*Francia* El diplomático Jean Nicot, caballero de Villemain, introduce el tabaco desde Portugal. La Reina Catalina de Medici lo utiliza para tratar sus migrañas.

## 1577

*Europa* Los médicos europeos recomiendan el tabaco como tratamiento para el dolor de muelas, la caída de las uñas, los parásitos, la halitosis, el trismo y el cáncer.

## 1592-1598

*Corea* El ejército japonés introduce el tabaco en Corea.

## Alrededor de 1600

*India* Se introduce por primera vez el tabaco.

## Siglo XVI

*China* El filósofo Fang Yizhi señala que fumar durante muchos años "quemaba los pulmones".

## 1603

*Japón* El uso del tabaco está bien establecido.

## 1604

*Inglaterra* El Rey Jacobo I escribe *Una Diatriba contra el tabaco*: "Fumar es una costumbre repugnante a la vista, odiosa para el olfato, dañina al cerebro, peligrosa para los pulmones y muy semejante por su humo negro y apesoso al humo estigio del Infierno".

## 1608-1609

*Japón* Se prohíbe fumar para prevenir incendios.

## 1612

*Américas* El tabaco se cultiva comercialmente por primera vez.

## 1614

*Inglaterra* Tras la primera venta de tabaco Virginia, abren siete mil tabaquerías.

## 1633

*Turquía* Se impone la pena de muerte por fumar.

## 1634

*China* La dinastía Qing decreta una prohibición de fumar, durante la cual se ejecuta a una persona por violarla. La finalidad de la prohibición no es proteger la salud sino abordar la desigualdad del comercio con Corea.

## Década de 1650

*Sud África* Los colonos europeos cultivan tabaco y lo utilizan como una forma de moneda.



## 1692 & 1717

*Corea* Se introducen prohibiciones de fumar en Choson para reducir el riesgo de incendio.

## Siglo XVII

**África/Américas** Se obliga a esclavos africanos a trabajar en campos de tabaco.

**Europa** El rapé se convierte en la forma más popular de consumo de tabaco.

## Alrededor de 1710

**Rusia** Pedro el Grande alienta a sus cortesanos a fumar tabaco y tomar café, lo cual se considera una práctica moderna y proeuropea.

## 1719

**Francia** Se prohíbe fumar en muchos lugares.

## 1753

**Suecia** El botánico sueco Carlos Linneo bautiza a la planta genus *nicotiana* y describe dos especies: *nicotiana rustica* y *nicotiana tabacum*.

## 1761

**Inglaterra** John Hill conduce el primer estudio sobre los efectos nocivos del tabaco; se demuestra que el rapé podría dar lugar a pólipos nasales.

## 1769

**Nueva Zelanda** El Capitán James Cook arriba fumando pipa y rápidamente la apagan en caso de que sea un demonio.

## 1771

**Francia** Un oficial francés es condenado a la horca por permitir el ingreso de tabaco extranjero en el país.

## 1788

**Australia** El tabaco llega con la Primera Flora, once barcos que navegaron desde Inglaterra transportando principalmente convictos y tripulación.

## 1795

**Alemania** Samuel Thomas von Soemmerring informa sobre cánceres de labio en los fumadores de pipa.

## 1800

**Canadá** El tabaco se cultiva comercialmente por primera vez.

## 1833

**Reino Unido** Se introducen cerillas de fricción a escala comercial, lo cual hace que fumar resulte más práctico.

## 1840

**Francia** La amante de Federico Chopin, la baronesa de Dudevant, es una de las primeras mujeres en fumar en público (en París).



## 1847

**Inglaterra** El Sr. Philip Morris, tabacalero e importador de cigarros finos, abre una tienda en Londres, donde vende cigarrillos turcos enrollados a mano.

## 1854

**Inglaterra** Philip Morris comienza a fabricar sus propios cigarrillos. Old Bond Street pronto se convierte en el centro comercial del tabaco al por menor de Gran Bretaña.

## 1858

**China** El Tratado de Tianjin permite la importación de cigarrillos a China libre de impuestos.

## 1862

**Estados Unidos** Se introduce el primer impuesto federal al tabaco para ayudar a financiar la Guerra Civil.

## 1876

**Corea** Se introducen cigarrillos y fósforos extranjeros.

## Década de 1880

**Inglaterra** Richard Benson y William Hedges abren una tabaquería cerca de la de Philip Morris en Londres.

## 1881

**Estados Unidos** James Bonsack patenta la primera máquina práctica para fabricar cigarrillos, que con una producción de 100,000 cigarrillos por día, reemplaza el trabajo de 50 personas. Los costos de producción caen abruptamente y comienza el crecimiento explosivo del consumo de cigarrillos.

## Alrededor de la década de 1890

**Indonesia** Se inventa el cigarrillo de clavo, llamado kretek.

## Antes de 1900

El cáncer de pulmón sigue siendo muy poco frecuente.

# Siglo XX

A medida que el tabaco se convierte en un gran negocio, la ciencia encuentra evidencia de las enfermedades relacionadas con el tabaco.

## 1900-1910

**China, Japón y Corea** BAT introduce cigarrillos, con las películas como vehículo promocional.

## 1901-1902

**Inglaterra** Se fundan las empresas Imperial Tobacco Company Limited (ITL) y British American Tobacco (BAT).

## 1903

**Brasil** Se funda la empresa tabacalera Souza Cruz.

## 1911

**Estados Unidos** El imperio del tabaco estadounidense se derrumba como consecuencia de la Ley Antimonopolio Sherman (Sherman Antitrust Act).

## 1913

**Estados Unidos** Nace el cigarrillo mezclado "moderno": R.J. Reynolds lanza la marca Camel.

## 1915

**Japón** En la Universidad de Tokio, se induce el cáncer en animales de laboratorio mediante la aplicación de alquitrán de hulla en la piel de conejos.

## 1921

**Corea** Korea Ginseng Corporation se convierte en Korea Tobacco and Ginseng, y se forma un monopolio.

## 1924

**Estados Unidos** Philip Morris introduce Marlboro como un cigarrillo para las mujeres, con el eslogan "mild as May" (suave como la primavera).



**Estados Unidos** La revista *Reader's Digest* publica el artículo "Does Tobacco Injure the Human Body" (El tabaco ¿es perjudicial para el cuerpo humano?) y marca el comienzo de una campaña para alentar a la reflexión antes de empezar a fumar.

## 1929

**Estados Unidos** Edward Bernays organiza una "marcha de la libertad" de fumadores principiantes/modelos, que caminaron por la Quinta Avenida de la ciudad de Nueva York durante el desfile de Pascuas llevando en alto sus cigarrillos Lucky Strike como "antorchas de libertad".



**Alemania** Fritz Lickint, de Dresde, publica la primera evidencia estadística formal de cáncer de pulmón ligado al tabaco, basada en una serie de casos que demuestran que quienes padecen cáncer probablemente fueron fumadores.

## 1931

**Argentina** Angel Roffo, de Buenos Aires, contribuye a un creciente conjunto de evidencia sobre los daños del tabaquismo, demostrando que frotar alquitrán de tabaco en las orejas de conejos produce tumores.

## 1936

**Alemania** Fritz Lickint utiliza por primera vez el término *Passivrauchen* (tabaquismo pasivo) en su libro *Tabakgenuss und Gesundheit* (Tabaquismo y salud).

## 1938

**Estados Unidos** El Dr. Raymond Pearl, de la Escuela de Medicina y la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad de Johns Hopkins, publica un ensayo en *Science* que describe la muerte prematura de los fumadores empedernidos, en comparación con quienes fuman con moderación o no fuman.

## 1939

**Estados Unidos** Se descubre que las compañías tabacaleras violan las leyes de fijación de precios.

**Alemania** Franz Herman Müller de Cologne City Hospital lanza el campo de epidemiología de estudios de casos y controles, demostrando que los fumadores tienen muchas más probabilidades de sufrir tumores de pulmón que los no fumadores. Un resumen de este trabajo se publica en la *Revista de la Asociación Médica Estadounidense* (Journal of the American Medical Association, JAMA).

**Estados Unidos** Alton Ochsner y Michael DeBakey informan la relación entre el tabaquismo y el cáncer de pulmón.

## 1947

**Canadá** Norman Delarue realiza una comparación entre 50 pacientes con cáncer de pulmón y 50 pacientes

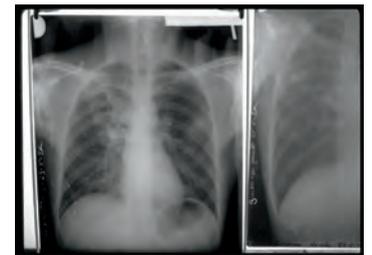
internados con otras enfermedades, y descubre que más del 90% de los pacientes del primer grupo (pero solo la mitad del segundo) eran fumadores. Delarue predice que hacia 1950 nadie fumará.

## Década del 50

**China** El monopolio estatal toma el control del negocio del tabaco y las compañías tabacaleras extranjeras abandonan China. La empresa BAT, con prácticamente la mitad de sus ganancias provenientes de China, se ve particularmente afectada.

## 1950

**Estados Unidos** Se reconfirma la relación entre el tabaquismo y el cáncer de pulmón. Se publica el artículo "Tobacco Smoking as a Possible Etiologic Factor in Bronchogenic Carcinoma" (El consumo de tabaco como posible factor etiológico en el carcinoma broncogénico), escrito por E. L. Wynder y Evarts Graham, en la *JAMA*; en el mismo número, aparece un aviso publicitario de página completa para Chesterfields con la actriz Gene Tierney y el golfista Ben Hogan. La *JAMA* acepta avisos publicitarios de tabaco hasta 1953; algunas revistas médicas estatales aceptan anuncios hasta fines de la década del 60.



**Reino Unido** Richard Doll y A. Bradford Hill publican un estudio de casos y controles que vincula el tabaquismo con el cáncer de pulmón. Doll y Hill también lanzan un estudio prospectivo a gran escala.

1953

**Estados Unidos** Ernst Wynder, Evarts Graham y Adele Croninger muestran que se pueden formar tumores pintando con alquitrán de tabaco la piel rasurada de ratones; como consecuencia, las acciones de tabaco caen abruptamente y la industria del tabaco enfrenta su mayor crisis en décadas.

**Estados Unidos** Ejecutivos de la industria tabacalera se reúnen en el Plaza Hotel de la ciudad de Nueva York para organizar una campaña de respuesta a los datos científicos recientes que indican que los cigarrillos son perjudiciales para la salud. Se contrata a la compañía de relaciones públicas Hill & Knowlton para montar una campaña que lo desmienta.

1954

**Estados Unidos** El Comité de Investigación de la Industria del Tabaco (Tobacco Industry Research Committee) publica a nivel nacional un aviso publicitario de página completa: "A Frank Statement to Cigarette Smokers" (Una declaración franca para los fumadores de cigarrillos), donde se les aseguraba que fumar es seguro.

**Estados Unidos** La trabajadora de St. Louis Ira C. presenta la primera acción de responsabilidad de producto contra una compañía tabacalera en nombre de su marido fumador, que murió de cáncer. La compañía tabacalera gana este caso y los cientos de casos siguientes que presentaron en su contra.

**Estados Unidos** La agencia publicitaria de Chicago Leo Burnett crea el vaquero de Marlboro para Philip Morris.



1957

**Vaticano** El Papa Pío XII sugiere a la orden jesuítica que deje de fumar.

1958

**Estados Unidos** Se forma el Instituto del Tabaco (Tobacco Institute) en Washington como una organización comercial por parte de los fabricantes de cigarrillos estadounidenses, con una importante misión de publicar buenas noticias sobre el tabaco, en especial noticias económicas para atacar los estudios científicos al generar dudas respecto de ellos en lugar de refutarlos directamente y para ejercer presión sobre el Congreso.

1960

**Estados Unidos** Se publica el estudio del corazón de Framingham, donde se descubre que fumar cigarrillos aumenta el riesgo de enfermedad cardíaca.

1962

**Reino Unido** Se publica el primer informe del Colegio Real de Médicos de Londres (Royal College of Physicians of London) sobre el tabaquismo y la salud.

1963

Se publican por primera vez *World Tobacco* y *Tobacco Journal International*, revistas comerciales de la industria del tabaco.

1964

**Estados Unidos** El primer informe de la Dirección General de Salud Pública de Estados Unidos sobre el tabaquismo y la salud anuncia que el tabaquismo produce cáncer de pulmón en los hombres.

1965

La Organización Mundial de la Salud (OMS) crea la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (International Agency for Research on Cancer, IARC) en Lion, Francia.

**Estados Unidos** Se prohíben los avisos publicitarios de cigarrillos por televisión.

1967

**Estados Unidos** Se celebra la Primera Conferencia Mundial sobre Tabaquismo y Salud en Nueva York.

1969

**Estados Unidos** El informe de la Dirección General de Salud confirma la relación entre el tabaquismo materno y el bajo peso del bebé al nacer. Poco después, el Presidente y Director Ejecutivo de Philip Morris, Joseph Cullman, declara que "algunas mujeres preferirían tener bebés más pequeños".

1971

**Estados Unidos** La asociación antitabaco Action on Smoking and Health (ASH) en Reino Unido crea la organización nacional para el control del tabaco.

**Estados Unidos** Los fabricantes de cigarrillos aceptan colocar advertencias de salud en los avisos publicitarios. Posteriormente, esta aceptación pasa a ser ley.

1972

Marlboro se convierte en el cigarrillo más vendido en el mundo.

Se inaugura la Asociación Internacional para el Estudio del Cáncer de Pulmón (International Association for the Study of Lung Cancer).

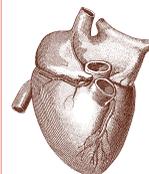
1974

**Francia** Nace Joe Camel, utilizado en la campaña gráfica francesa para cigarrillos Camel.

1976

**Estados Unidos** *Shimp v. New Jersey Bell Telephone Co.* es la primera demanda en el mundo en reclamar daños por tabaquismo pasivo. A la empleada de oficina se le otorga un mandato que le garantiza un área de no fumadores en su lugar de trabajo.

1977



**Italia** El proyecto Martignacco, un estudio comunitario sobre prevención, da lugar a una reducción de la enfermedad cardíaca coronaria.

**Estados Unidos** Se lleva a cabo el primer Great American Smokeout (Gran día de no fumar) a nivel nacional, durante el cual los fumadores dejan de fumar el tercer jueves de noviembre.

1978

**Australia** El estudio comunitario de tres años Programa para un estilo de vida saludable de la Costa Norte (North Coast Healthy Lifestyle Programme) muestra una reducción significativa en el tabaquismo.

**Estados Unidos** Un informe Roper preparado por el Instituto del Tabaco concluye que el movimiento de los derechos de los no fumadores es "el acontecimiento más peligroso para la viabilidad de la industria del tabaco que haya ocurrido hasta ahora".

**Suiza** Se aprueba el uso de la goma de mascar Nicorette como tratamiento para reemplazar la nicotina.

1979

Se crea la Organización de libertad para el derecho de disfrutar fumar tabaco (Organization for the Right to Enjoy Smoking Tobacco, FOREST).

**Estados Unidos** Se crea el Centro de recursos para el control del tabaco (Tobacco Control Resource Center) y su Proyecto de responsabilidad sobre los productos de tabaco (Tobacco Products Liability Project).

**Australia** Se forma el grupo de activistas Grafiteros de carteleras en contra de promociones insalubres (Billboard Utilising Graffitists Against Unhealthy Promotions, BUGA UP), que renuevan las carteleras sobre alcohol y tabaco.

# Siglo XX

Agencias gubernamentales y organizaciones internacionales actúan para proteger la salud pública.

1981

**Japón** El Profesor Takeshi Hirayama publica el primer informe donde se relaciona el tabaquismo pasivo con el cáncer de pulmón en las esposas no fumadoras de hombres que fumaban.

1983

**Europa** ERC Group Plc, un grupo independiente de investigación del mercado, publica el primer Informe del mercado del tabaco europeo.

1984

**Estados Unidos** La Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) aprueba la goma de mascar de nicotina como medicamento recetado tras los esfuerzos de Philip Morris por suprimir su uso.

1985

**Estados Unidos** El cáncer de pulmón supera al cáncer de mama como causa principal de muerte en la mujer.

Hacia 1985, el 73% del tabaco mundial se cultiva en países de ingresos bajos y medios.

**Estados Unidos** Washington, D.C.: La Sociedad Americana del Cáncer (American Cancer Society) organiza el Primer Encuentro Internacional de Líderes para el Control del Tabaquismo.

1987

**Estados Unidos** Se fundan los servicios educativos para no fumadores (Smoke-free Educational Services), en defensa del derecho de todos los empleados de trabajar en un ambiente seguro, saludable, libre de humo.

1988

Se publica el primer informe de la OMS sobre los efectos del tabaco sin humo.

**Estados Unidos** El estudio del corazón de Framingham descubre que fumar cigarrillos aumenta el riesgo de infarto.

Se realiza el primer Día Mundial sin Tabaco de la OMS, posteriormente un evento anual que se celebra el 31 de mayo, con diferentes temas y entrega de medallas conmemorativas cada año.



1989

**Asia** David Yen, de la Fundación John Tung, Taiwán, China, funda la Asociación del Pacífico Asiático para el Control del Tabaco (Asia Pacific Association for the Control of Tobacco, APACT).

**Tailandia** El Representante de Comercio de Estados Unidos (U.S. Trade Representative, USTR) realiza una petición conforme a la sección 301 de la Ley de Comercio (Trade Act) de 1975. El panel del Acuerdo general sobre aranceles aduaneros y comercio (General Agreement on Tariffs and Trade, GATT) establece que no se justifica prohibir la importación de cigarrillos extranjeros, pero Tailandia podría elevar sus impuestos al tabaco e imponer leyes (como prohibiciones publicitarias, etiquetado, revelación de componentes) si los productos importados son tratados de la misma manera.

Década del 90

Los cigarros están nuevamente de moda en países de ingresos altos.



1990

**Región del Pacífico Occidental** Se publica el primer Plan de acción de la OMS de cinco años sobre tabaco o salud.

Se inaugura GLOBALink, el mercado y sitio web interactivo internacional fundado por la Unión Internacional contra el Cáncer, para la comunidad internacional de control del tabaco.

Se forma la Red Internacional de Mujeres en contra del Tabaco (International Network of Women Against Tobacco, INWAT).

**China** Se inaugura la Asociación China sobre Tabaco y Salud, cuyo nombre cambia a Asociación China sobre el Control del Tabaco en 2004.

La Organización Internacional de Uniones de Consumidores (Penang, Malasia) publica *El control del tabaco en el Tercer Mundo: Un atlas de recursos*, editado por Simon Chapman y Wong Wai Leng.

1991

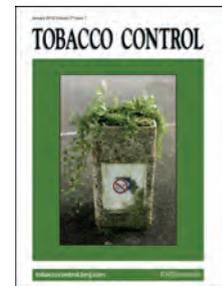
**Reino Unido** Se forma la Agencia Internacional sobre Tabaco y Salud (International Agency on Tobacco and Health, IATH) como un servicio de orientación y consulta para los países de ingresos bajos. La IATH cesa sus operaciones en 2007 debido a la gran cantidad de recursos similares nuevos que se encuentran disponibles, en su mayoría como resultado del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT OMS).

Especialistas en genética determinan que las sustancias químicas del humo de cigarrillo cambian un gen que hace que las células pulmonares sean vulnerables a las propiedades causantes del cáncer de las sustancias químicas.

Se inaugura la Red Internacional para Hospitales Libres de Humo.

1992

El grupo British Medical Journals funda *Tobacco Control*. Esta es la primera revista internacional revisada por colegas sobre el control del tabaco.



**Irlanda del Norte** La Unión Internacional contra el Cáncer (International Union Against Cancer, IUAC), la fundación Ulster Cancer Foundation y la Agencia de Promoción de la Salud (Health Promotion Agency) de Irlanda del Norte celebran la primera conferencia sobre la mujer y el tabaco.

**Tailandia** Importantes leyes de control del tabaco entran en vigencia, incluidas las primeras disposiciones sobre revelación de componentes.

1993

**Estados Unidos** La Agencia de Protección Ambiental (Environmental Protection Agency, EPA) declara que el humo de cigarrillo es un carcinógeno de clase A.

**Sud África** Se aprueba la Enmienda a la Ley de Control de Productos del Tabaco (Tobacco Products Control Amendment Act).

**Europa** Se funda la Red Europea sobre los Jóvenes y el Tabaco (European Network on Young People and Tobacco, ENYPAT).

## 1994

**Estados Unidos** Se funda la Sociedad para la Investigación de la Nicotina y el Tabaco (Society for Research on Nicotine and Tobacco).

**Estados Unidos** Ejecutivos de la industria del cigarrillo declaran ante el Congreso que, en su opinión, la nicotina no es adictiva.



**Estados Unidos** Se filtran documentos internos confidenciales de la industria del tabaco y llegan al Profesor Stan Glantz.

**Austria** Se realiza la primera TABEXPO en Viena. TABEXPO presenta exhibiciones y congresos para la industria internacional del tabaco.

Se funda la Coalición Internacional de Organizaciones No Gubernamentales en contra del Tabaco (International Non Governmental Coalition Against Tobacco, INGCAT).

Se lleva a cabo la primera campaña internacional "Quit & Win" (Deja de fumar y gana), donde personas que dejaron de fumar compiten por un premio monetario.

**Canadá** Se inaugura la Investigación para el Control Internacional del Tabaco (Research for International Tobacco Control, RITC), con un enfoque principal en países de ingresos bajos y medios.



**Estados Unidos** El estado de Mississippi presenta la primera demanda legal por parte de una autoridad de la salud para el reembolso del dinero gastado en el tratamiento de fumadores con enfermedades causadas por el tabaquismo. Termina con una conciliación fuera de la corte.

## 1995

**Estados Unidos** Se inaugura Smokescreen.org (posteriormente Smokefree.net). Con un enfoque en el derecho a respirar aire limpio, este es el primer sitio de apoyo en la Web que permite a los visitantes enviar mensajes por fax directamente a sus funcionarios electos. Es utilizado principalmente por ciudadanos estadounidenses, pero también por 10,000 participantes internacionales.

**Italia** Miembros de un retiro en el Estudio y centro de convenciones Bellagio de la Fundación Rockefeller emiten la Declaración de Bellagio, que establece que el tabaco es una amenaza grave para el desarrollo sostenible e igualitario.

El Consejo Internacional de Enfermeros (International Council of Nurses) publica la declaración de su posición respecto del tabaco.

**Estados Unidos** La Administración Federal de Medicamentos declara que los cigarrillos son "dispositivos para el suministro de drogas". Se proponen restricciones en la comercialización y venta para reducir el tabaquismo en los jóvenes.

Se establece FORCES International (Lucha en contra de las ordenanzas y restricciones para controlar y eliminar la práctica de fumar), una organización de base a favor del tabaco.

**Estados Unidos** El "hombre Marlboro" David McLean muere de cáncer de pulmón.

## 1996

**Estados Unidos** El Servicio de Salud Pública federal emite las primeras pautas para dejar de fumar.

## 1997

**Europa** Se crea la Red Europea para la Prevención del Tabaquismo.

**Escocia** Los médicos y el tabaco: El Foro europeo de asociaciones médicas funda el Centro de recursos para el control del tabaco (Tobacco Control Resource Centre) con sede en la Asociación Médica Británica (British Medical Association), en Edimburgo.

**Estados Unidos** El Congreso aprueba un proyecto de ley que prohíbe a los Departamentos de Estado, Justicia y Comercio promover la venta o la exportación del tabaco.

## 1998

Estudios confirman los efectos nocivos de fumar menos de 10 cigarrillos por día.

Se crea la iniciativa Liberarse del tabaco, de la OMS.

La Fundación de las Naciones Unidas financia su primer proyecto para el control del tabaco.

**Australia** Se inaugura el sitio web Tobacco Control Supersite (gran sitio sobre el control del tabaco), que permite la exploración de documentos internos, originalmente privados, de la industria del tabaco y brinda acceso a una amplia variedad de información relacionada con el control y la prevención del tabaquismo en Australia.

**Estados Unidos** Se firma un Acuerdo maestro de conciliación (Master Settlement Agreement) entre los procuradores generales de 46 estados y 5 territorios y las empresas tabacaleras para la conciliación de demandas.

## 1999

**Estados Unidos** Corporate Accountability International (ex InFact) funda la Red para la Responsabilidad de las Transnacionales del Tabaco (Network for Accountability of Tobacco Transnationals, NATT), conformada por organizaciones ambientales, de consumidores, de derechos humanos y de responsabilidad corporativa, para que trabajen juntas a fin de prevenir abusos que amenazan la vida por parte de las corporaciones transnacionales.

Los Centros para el control y la prevención de enfermedades de Estados Unidos dan comienzo a las Encuestas mundiales sobre tabaquismo en la juventud (Global Youth Tobacco Surveys, GYTS). Son seguidas por las Encuestas mundiales para personal de las escuelas (Global School Personnel Surveys, GSPS), que se inician en 2000, la Encuesta mundial de estudiantes de profesionales de la salud (Global Health Professions Student Survey, GHPSS), que comienza en 2005, y la Encuesta mundial sobre tabaquismo en adultos (Global Adult Tobacco Survey, GATS), iniciada en 2007.

Se publica el informe del Banco Mundial "Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control" (Frenando la epidemia: Los gobiernos y la economía del control del tabaco).

**Suecia** La Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo respalda por primera vez proyectos sobre el control del tabaco.

**Reino Unido** La familia real británica ordena el retiro de su sello de aprobación y la corona real de los cigarrillos Benson & Hedges de Gallaher hacia el año 2000.

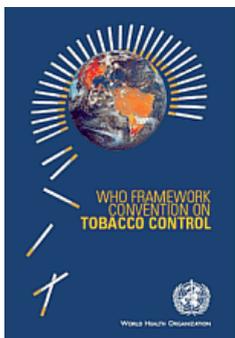
**Estados Unidos** El Departamento de Justicia demanda a la industria del tabaco para recuperar los miles de millones de dólares que el gobierno gastó en atención médica relacionada con el tabaquismo, acusando a los fabricantes de cigarrillos de "fraude y engaño".

# Siglo XXI

Se hace todo lo posible por reducir el daño mundial provocado por el consumo del tabaco.

## 2000

Se forma la Alianza para el Convenio Marco (Framework Convention Alliance, FCA) de organizaciones no gubernamentales para apoyar el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT OMS) y los protocolos relacionados.



**Estados Unidos** Primera entrega de los Premios Luther L. Terry Awards por las contribuciones al control del tabaco.

Essential Action funda el programa Global Partnerships for Tobacco Control (Asociaciones globales para el control del tabaco) para ayudar a apoyar y fortalecer las actividades internacionales de control del tabaco a nivel de las bases.

Se crea la Red Internacional de Evidencias sobre el Tabaco (International Tobacco Evidence Network, ITEN), con el objetivo de expandir la investigación global.

Se crean los premios en investigación de salud Rockefeller Foundation International Health Research Awards por "escoger la salud en lugar del tabaco" en países seleccionados de la Asociación de Naciones del Sudeste Asiático (Association of South-East Asian Nations).

**Sud África** La Enmienda a la Ley de Control de Productos del Tabaco entra en vigencia, y regula estrictamente el tabaquismo y los avisos publicitarios.

## 2001

**Estados Unidos** Se publica un nuevo informe del Instituto de Medicina (Institute of Medicine, IOM): *Clearing the Smoke: Assessing the Science Base for Tobacco Harm Reduction* (Eliminación del humo: Evaluación de la base científica para reducir el daño provocado por el tabaco).

La OMS publica *Tobacco & the Rights of the Child* (El tabaco y los derechos del niño).

**República Checa** Philip Morris envía un informe al gobierno donde concluye que los fumadores ahorran dinero al estado al morir a una edad temprana.

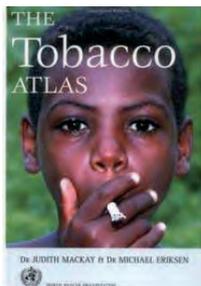
**Tailandia** Se crea la fundación ThaiHealth Promotion, financiada por un porcentaje obtenido de los impuestos al tabaco. También se crea la Alianza de Control del Tabaco en el Sudeste de Asia (Southeast Asia Tobacco Control Alliance, SEATCA) para financiar a nivel regional y de manera sostenible la actividad de control del tabaco en el sudeste asiático.

## 2002

Se inaugura TobaccoPedia, la enciclopedia en línea sobre el tabaco.

**Estados Unidos** El Instituto para el Control Global del Tabaco (Institute for Global Tobacco Control) de la Johns Hopkins University funda la Red Global de Investigación del Tabaco (Global Tobacco Research Network).

**Suiza** La OMS publica la primera edición de *El atlas del Tabaco*, disponible a través de Myriad Editions.



**Estados Unidos** El Centro internacional Fogarty (Fogarty International Center) de los Institutos Nacionales de Salud asigna fondos para proyectos de investigación sobre el tabaco.

## 2003

La Asociación Médica Mundial publica el Doctors' Manifesto for Global Tobacco Control (Manifiesto médico para el control global del tabaco).

La Sociedad para la Investigación de la Nicotina y el Tabaco (Society for Research on Nicotine and Tobacco) crea Treatobacco, una base de datos basada en la Web y un recurso educativo para el tratamiento de la dependencia del tabaco.

Se lanza la Red Global de Farmacéuticos en contra del Tabaco (Global Network of Pharmacists Against Tobacco).

## 2004

**Irlanda** Se implementa la prohibición de fumar en el lugar de trabajo, incluidos bares y restaurantes, lo cual muestra una reducción significativa en las concentraciones de cotinina salival entre el personal no fumador.



La Oxford University Press publica el primer libro de texto para profesionales de la salud sobre el tabaco: *Tobacco: Science, Policy and Public Health* (Tabaco: ciencia, política y salud pública).

**Europa** La Comisión de la UE publica el informe ASPECT: "Tobacco or Health in the European Union: Past, Present and Future" (Tabaco o salud en la Unión Europea: pasado, presente y futuro), la primera revisión general completa sobre el control del tabaco en los 25 países miembros de la UE más Noruega, Islandia y Suiza.

**Uganda** El Ministro de Medioambiente Kahinda Otafiire anuncia una prohibición de fumar en restaurantes, instituciones educativas y bares.

**Canadá** La Asociación de los Derechos de los No Fumadores (Non-Smokers' Rights Association), la primera en su tipo, celebra su 30.º aniversario.

La OMS publica el Código de prácticas sobre el control del tabaco para organizaciones profesionales de salud.

La IARC publica la Monograph on Tobacco Smoke and Involuntary Smoking (Monografía sobre el humo del tabaco y el tabaquismo involuntario), que refuta de manera contundente la amplia desinformación de la industria del tabaco mediante la clasificación del tabaquismo pasivo como carcinógeno.

**India** Entra en vigencia una prohibición total sobre los avisos publicitarios y la promoción del tabaco.

## 2005

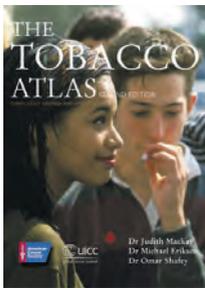
La Federación Dental Internacional (FDI) publica *Tobacco or Oral Health* (El tabaco o la salud bucal).

El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT OMS) iniciado por Ruth Roemer en 1993, entra en vigencia, y hace uso de la ley internacional para reducir el uso del tabaco.

2006

**Estados Unidos** El caso *Estados Unidos v. Philip Morris*, sobre la Ley contra la Extorsión Criminal y las Organizaciones Corruptas (RICO) es el mayor litigio realizado por el gobierno de Estados Unidos, y la Jueza Gladys Kessler declara a las empresas tabacaleras culpables de extorsionar y estafar al público estadounidense.

**Estados Unidos** La Sociedad Americana del Cáncer publica la segunda edición de *El atlas del tabaco* y da inicio a la XIII Conferencia Mundial sobre Tabaco o Salud en Washington, D.C.



**Estados Unidos** Se lanza la Iniciativa global Bloomberg para reducir el consumo del tabaco (Bloomberg Initiative to Reduce Tobacco Use) en países de ingresos bajos y medios, con donaciones por \$125 millones otorgadas por Bloomberg Philanthropies.

2007

La Encuesta mundial sobre tabaco en adultos, lanzada en febrero, está destinada a producir datos estandarizados sobre el consumo de tabaco por parte de los adultos, incluidos el tabaquismo pasivo y los intentos de dejar de fumar por parte de los adultos.

2008

Se forma la Asociación Global Libre de Humo (Global Smokefree Partnership) para promover políticas efectivas de aire libre de humo a nivel mundial.

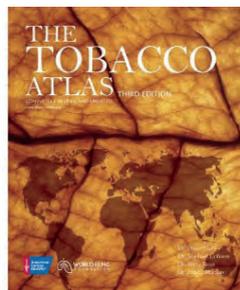
Se publica el primer informe del programa *MPOWER* de la OMS sobre el estado mundial de la epidemia del tabaco, que, de allí en adelante, se publicará cada dos años.



La fundación Bill and Melinda Gates Foundation y Bloomberg Philanthropies se comprometen conjuntamente a contribuir con recursos financieros adicionales para reducir el consumo de tabaco en países de ingresos bajos y medios, lo cual suma un desembolso total de \$500 millones en siete años, de 2006 a 2013.

2009

**India** La Sociedad Americana del Cáncer y la Fundación Mundial del Pulmón (World Lung Foundation) publican la tercera edición de *El atlas del tabaco*, que se presenta en la XIV Conferencia Mundial sobre Tabaco o Salud, en Mumbai.



2011

**Estados Unidos** La primera Reunión de alto nivel de las Naciones Unidas sobre enfermedades no contagiosas incluye al tabaco como factor principal de riesgo de las cuatro enfermedades no contagiosas principales (cáncer, enfermedad cardiovascular, enfermedad pulmonar crónica y diabetes).

2012

**Singapur** La Sociedad Americana del Cáncer y la Fundación Mundial del Pulmón publican la cuarta edición de *El atlas del tabaco*, que se presenta en la XV Conferencia Mundial sobre Tabaco o Salud, en Singapur.



“Nunca dejes que el futuro te perturbe. Te encontrarás con él, si tiene que ser así, con las mismas armas de la razón que posees en el presente”.

*Marco Aurelio Antonio, Emperador romano (B.C. 121-180)*

**ACCIDENTE****CEREBROVASCULAR**

Una condición en la cual un vaso sanguíneo del cerebro se rompe o se atasca por un coágulo sanguíneo. Esto lleva a un suministro inadecuado de sangre al cerebro y a la muerte de las células del cerebro, y por lo general se deriva en déficits neurológicos permanentes o temporales. El consumo de tabaco aumenta de manera significativa el riesgo de un accidente cerebrovascular.

**ADICCIÓN**

Dependencia fisiológica o psicológica de una sustancia caracterizada por causar cambios neuroquímicos, comportamientos compulsivos de búsqueda de la droga, tolerancia a la dosis, síntomas de supresión, ansias incontrolables y comportamientos autodestructivos. Las drogas adictivas comunes incluyen alcohol, estimulantes, cocaína, heroína y nicotina.

**ADVERTENCIAS SANITARIAS**

Declaraciones médicas ordenadas por el Gobierno o imágenes gráficas colocadas sobre los productos del tabaco, empaques o avisos publicitarios.

**AEC**

Antes de la Era Común

**ALQUITRÁN**

El condensado anhidro crudo del humo y libre de nicotina.

**AMBIENTE LIBRE DE HUMO**

Área donde fumar o sostener un cigarrillo, cigarro o pipa encendido está prohibido, y donde se espera que no exista evidencia de humo de segunda mano, en caso de ser medida.

**BRONQUITIS CRÓNICA**

Inflamación de la membrana mucosa bronquial durante un período de tiempo prolongado, caracterizada por tos, hipersecreción de moco expectoración de esputo; asociada con un aumento en la vulnerabilidad para contraer infección bronquial.

**BUPROPION**

Un fármaco antidepresivo utilizado como ayuda en el cese del tabaquismo. Los nombres de marcas incluyen Wellbutrin y Zyban.

**CÁNCER**

Un tipo de enfermedad en la que las células anormales se dividen incontrolablemente. Las células cancerosas pueden invadir el tejido cercano y esparcirse a través del torrente sanguíneo y del sistema linfático hacia otras partes del cuerpo. El consumo de tabaco aumenta en gran medida el riesgo de desarrollar varios tipos de cáncer, especialmente cáncer de pulmón y oral. El tabaco también se asocia al cáncer de faringe, laringe, esófago, páncreas, riñón, vejiga y otros órganos.

**CARCINÓGENO**

Una sustancia que provoca cáncer. El tabaco contiene varios carcinógenos químicos potentes, incluidos nitrosaminas específicas del tabaco (NET), hidrocarburos poliaromáticos (HPA) y compuestos orgánicos volátiles (COV).

**CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS (E-CIGARETTE)**

Un dispositivo eléctrico que intenta simular el acto de fumar un cigarrillo mediante una inhalación que se asemeja a la sensación física, la apariencia y, por lo general, el sabor y el contenido de la nicotina del humo de cigarrillo inhalado.

**COMPUESTO ORGÁNICO****VOLÁTIL (COV)**

Un compuesto orgánico (con contenido de carbón) que se evapora a temperatura ambiente. Los COV contribuyen de forma significativa a la contaminación del aire en interiores y a enfermedades respiratorias.

**CONDENSADO DEL HUMO DEL TABACO (TSC)**

Partículas pegajosas compuestas de miles de químicos creados al quemar el tabaco.

**CONSUMO**

*El consumo de cigarrillos total* es el número de cigarrillos que se vendieron anualmente en un país, por lo general expresado en millones de cigarrillos. El consumo total de cigarrillos se calcula mediante la suma de la producción e importación de cigarrillos de un país y luego la resta de las exportaciones. *El consumo de cigarrillos "por adulto"* se calcula al dividir el total del consumo de cigarrillos por el total de la población mayor de 15 años. El contrabando puede explicar la inexactitud en estos estimados.

**CONSUMO DE TABACO**

El consumo de productos de tabaco, ya sea en la modalidad para quemar, mascar, inhalar u otras forma de ingesta.

**CONTENIDO DE ALQUITRÁN Y NICOTINA**

La cantidad de nicotina y alquitrán que se encuentra en un cigarrillo, según se determina mediante una máquina diseñada para medir el contenido químico del humo del cigarrillo. Los niveles de nicotina y alquitrán detectados por la máquina no reflejan el nivel real de exposición

experimentado por los fumadores. Consulte también "*Condensado del humo del tabaco (CHT)*".

**CONVENIO MARCO PARA EL CONTROL DEL TABACO**

Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud (CMCT de la OMS) es el primer tratado negociado bajo el auspicio de la OMS. El CMCT de la OMS establece una plantilla internacional jurídica y de salud pública para las actividades nacionales en control del tabaco.

**COSTOS**

Costos macroeconómicos asociados con el consumo de tabaco.

*Costos directos:* Costos de la salud relacionados con las enfermedades causadas por el tabaco, incluidos los costos de atención médica como servicios hospitalarios, servicios ambulatorios y de consultorio médico; medicamentos recetados, servicios de enfermería a domicilio; atención médica domiciliaria y otros tipos de atención sanitaria; cambios en gastos debido al aumento en la utilización de los servicios.

*Costos indirectos:* Costos en productividad causados por enfermedades asociadas al tabaco o muerte prematura; la pérdida de productividad y ganancias.

*Costos totales:* La suma de los costos directos e indirectos atribuibles al tabaco y soportados por la sociedad.

**COTININA**

El metabolito principal de la nicotina, que tiene una vida media más larga que la nicotina. La medición de la cotinina a menudo se usa para estimar los niveles de consumo de

tabaco o nicotina antes de dejar el hábito, y para confirmar las auto-declaraciones de abstinencia durante el seguimiento. Además, la cotinina es normalmente usada como un indicador de la exposición al humo de segunda mano entre no fumadores. La cotinina se suele medir en el suero sanguíneo, la orina y la saliva.

#### DOCUMENTOS DE LA INDUSTRIA TABACALERA

Registros internos de la industria previamente secretos que ahora están disponibles para el dominio público como resultado de decisiones de la corte.

#### ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA

El estrechamiento o bloqueo de las arterias coronarias (vasos sanguíneos que llevan sangre y oxígeno al corazón) generalmente causado por arterosclerosis (una acumulación de material graso [colesterol] y placa dentro de las arterias coronarias). También conocida como *enfermedad cardíaca coronaria*.

#### ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)

Una enfermedad pulmonar crónica, como enfisema o asma, en la cual la respiración se ve reducida o forzada. Consulte también "*Bronquitis crónica*".

#### ENFISEMA

Una condición patológica de los pulmones marcada por el aumento anormal del volumen de los espacios de aire, que da lugar a una respiración forzada y un aumento en la sensibilidad a la infección. Puede ser causado por una expansión irreversible del alveolo o una destrucción de las paredes alveolares. Consulte "*Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)*".

#### EXTENSIÓN DE LA MARCA

Un término de mercadotecnia usado por las compañías de tabaco en donde las marcas de cigarrillos se encuentran adheridas a anuncios de productos sin tabaco (como vestimentas).

#### EVASIÓN DE IMPUESTOS SOBRE EL TABACO

Métodos ilegales para evadir los impuestos sobre el tabaco.

*El contrabando a pequeña escala* involucra la compra, realizada por individuos o pequeños grupos, de productos de tabaco en jurisdicciones con impuestos bajos en cantidades que exceden los límites establecidos por las regulaciones de la aduana, para luego revender o hacer contrabando en jurisdicciones con impuestos altos.

*Contrabando a gran escala* involucra la transportación ilegal, distribución y venta de grandes cantidades de productos de tabaco que generalmente evitan el pago de impuestos.

*Manufactura ilícita* se refiere a la producción de productos de tabaco en contra de la ley.

*Falsificación* involucra la producción y distribución de productos con el nombre de una marca comercial sin la aprobación del propietario de la marca.

#### EVIDENCIA SUFICIENTE

Término que se utiliza en US Surgeon General para indicar que la evidencia actual disponible fundamenta de manera sólida la inferencia de una relación causal entre el consumo de tabaco y ciertos resultados en la salud.

#### EVIDENCIA SUGESTIVA

Término que se utiliza en US Surgeon General para indicar que la evidencia actual disponible, si bien es indicativa, no es suficiente para inferir una relación causal entre el consumo de tabaco y ciertos resultados en la salud.

#### EVITACIÓN DE IMPUESTOS SOBRE EL TABACO

Métodos legales para evitar los impuestos sobre el tabaco.

*Las compras entre fronteras* involucran a consumidores de tabaco individuales que residen en jurisdicciones donde los impuestos al tabaco son mayores, que compran productos de tabaco en jurisdicciones donde los impuestos son menores para su propio consumo dentro de las limitaciones aduaneras.

*Las compras turísticas* son semejantes a las compras entre fronteras, pero involucran la compra de productos de tabaco en jurisdicciones más distantes.

*Las compras libres de impuestos* involucran la compra de productos de tabaco libres de impuestos en aeropuertos, aviones y otras actividades relacionadas con viajes. La mayoría de los Gobiernos imponen límites sobre cuántos productos libres de impuestos puede comprar y llevar a su casa cada individuo.

*La reformulación o reposición de la industria* se refiere a las estrategias de las compañías de tabaco para reducir los impuestos sobre sus productos; por ejemplo, mediante el aumento en la longitud de cigarrillos cuando los impuestos se basan en la cantidad.

#### EXCESO DE MORTALIDAD

Diferencia absoluta entre dos índices de mortalidad. Cantidad por la cual los índices de muertes de un grupo

de la población dado (por ej., fumadores) excede los índices de otro grupo de población escogido como referencia o estándar (por ej., no fumadores).

#### FUMADOR

Alguien que fuma cualquier producto de tabaco, ya sea diariamente o de manera ocasional.

#### HIDROCARBURO POLIAROMÁTICO (HPA)

Un tipo de compuesto orgánico que consta de varios anillos de benceno. Los HPA, muchos de los cuales son cancerígenos, se producen durante el asado de carnes al carbón, la combustión incompleta de combustibles fósiles y la quema de tabaco. El humo de tabaco es la fuente más común de exposición humana.

#### HUMO AMBIENTAL DE TABACO (HAT)

Consulte "*Humo de segunda mano (HSM)*".

#### HUMO DE SEGUNDA MANO (HSM)

Humo que resulta de la combustión de productos de tabaco. El HSM está compuesto de la corriente principal de humo (exhalado por los fumadores) y la corriente secundaria (de la punta del cigarrillo, cigarro o pipa). El humo de segunda mano contiene los mismos químicos nocivos que el fumador inhala. También conocido como humo ambiental de tabaco (HAT).

#### IMPUESTO ESPECIAL SOBRE EL TABACO

Un impuesto cargado específicamente a los productos de tabaco. Hay dos tipos básicos de impuestos especiales sobre el tabaco:

*Impuestos específicos:* establecidos como una cantidad fija

de dinero por unidad (p. ej., cigarrillo, paquete, etc.) o por peso (p. ej., gramo) de tabaco.

**Impuestos "ad valorem":** establecidos como el aumento de un porcentaje sobre algunos valores determinados (base imponible), generalmente el precio de venta al por menor de los productos del tabaco o un precio de mayorista (ex-industrial). Los impuestos especiales a menudo se diferencian según el tipo de producto de tabaco (p. ej., cigarrillos con filtro vs. sin filtro, pipa de tabaco vs. cigarrillos).

Además de los impuestos especiales, pueden regir otros impuestos (p. ej., VAT, impuestos a las ventas), pero estos impuestos no son específicos de productos de tabaco.

#### INGREDIENTE

Cada componente del producto que es fumado o mascado, incluidos todos los componentes genéticamente modificados, mezclados e introducidos, aditivos, aromatizantes y otros ingredientes que incluyen papel, tinta, adhesivos, agentes endurecedores, filtros y otros materiales utilizados en el proceso de manufactura y que se encuentran en el producto terminado en la forma quemada o sin quemar.

#### MERCADEO

Una variedad de actividades que se realizan para identificar, anticipar y satisfacer los requisitos de productividad del cliente.

#### MIL MILLONES

1,000 millones ó 1,000,000,000.

#### MINORISTA

Una persona dedicada al comercio que incluye la venta de productos de tabaco a los consumidores.

#### MORTALIDAD ATRIBUIBLE AL TABACO

La cantidad de muertes atribuibles al consumo de tabaco dentro de una población específica.

#### MPOWER

Para hacer realidad el Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS (CMCT de la OMS), la OMS introdujo las medidas **MPOWER** con la intención de asistir en la implementación a nivel nacional de intervenciones efectivas para reducir la demanda de tabaco. Estas medidas son las siguientes (responden a las iniciales en inglés):

Monitorar el consumo de tabaco y las políticas de prevención; Proteger a la población contra el humo de tabaco; Ofrecer ayuda a quienes desean dejar de fumar; Advertir sobre los peligros del tabaco; Imponer prohibiciones en la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco; e Incrementar los impuestos al tabaco.

#### NICOTIANA TABACUM

La planta de tabaco. Sus hojas contienen altos niveles de nicotina química adictiva y muchos químicos causantes de cáncer, especialmente hidrocarburos poliaromáticos (HPA). Las hojas pueden ser fumadas (en cigarrillos, puros y pipas), utilizadas oralmente (como tabaco de mascar y chupar) o inhaladas (como rapé).

#### NICOTINA

Un químico alcaloide adictivo y tóxico que se encuentra en el tabaco; actúa como estimulante al aumentar la frecuencia cardíaca y el uso de oxígeno del corazón. También se utiliza como un insecticida. La dosis letal para un adultos es de aproximadamente 50 mg.

#### NITROSAMINA ESPECÍFICA DEL TABACO (NET)

Un grupo de químicos tóxicos que se encuentran únicamente en productos de tabaco. Los más cancerígenos incluyen los siguientes:

- N-nitrosornicotina (NNN)
- (4-metilnitrosamino)-1-(3-piridilo)-1-butanona (NNK)
- N-óxido, 4-(metilnitrosamino)-1-(3-piridilo N-óxido)-1-butanol (NNAL; un producto metabólico de NNK).

#### OPORTUNIDAD DE LOS COSTOS

El costo asociado con la oportunidad perdida de utilizar recursos de manera alternativa. Por ejemplo, los recursos utilizados para tratar las enfermedades asociadas al consumo de tabaco se podrían emplear en la construcción de escuelas.

#### ORGANIZACIÓN PARA EL CONTROL DEL TABACO

Una organización con el objetivo de reducir el consumo de tabaco o de proteger a los no fumadores de los efectos del humo de segunda mano, al igual que monitorear el cumplimiento de la legislación y reportar los manejos de la industria tabacalera.

#### PRECIO RELATIVO A LOS INGRESOS (PRI) DE LOS CIGARRILLOS

Un porcentaje de los ingresos anuales per cápita (medidos por PBI per cápita) necesarios para la compra de 100 paquetes de cigarrillos. Cuanto más bajo sea en PRI, más asequibles serán los cigarrillos.

#### PREVALENCIA

La prevalencia del consumo de tabaco es el porcentaje de fumadores en la población total. La prevalencia de los actuales fumadores y de los actuales fumadores diarios son dos puntos comunes de prevalencia. Mientras tanto,

la prevalencia de los fumadores que han fumado siempre es una medida de prevalencia de por vida. Normalmente, los cálculos de prevalencia se presentan por separado según grupos de edad, género y ubicación (rural/urbana). Los cálculos generales también son informativos.

La prevalencia del consumo de tabaco en adultos generalmente se define como el porcentaje de fumadores mayores de 15 años.

#### PRODUCCIÓN DE TABACO

El volumen real de hojas de tabaco recolectadas del cultivo, con exclusión de las pérdidas de cosecha y trilla, así como cualquier parte del cultivo del tabaco no recolectado.

#### PRODUCTO DE TABACO

Cualquier producto manufacturado completo o parcial que se fuma, inhala, mastica, aspira o chupa.

#### PRODUCTOS NUEVOS DE NICOTINA

Productos recientemente lanzados al mercado que incluyen agua de nicotina, barquillos, caramelos y cigarrillos electrónicos. Estos productos suministran nicotina a los consumidores de una manera innovadora pero no regulada. Los efectos colaterales y potenciales beneficios y peligros en gran medida se desconocen.

#### PROFESIONALES DE LA SALUD

Dentistas, practicantes de ciencias médicas, personal hospitalario, doctores médicos, enfermeras, farmacéuticos, personal médico auxiliar y estudiantes de los campos mencionados.

#### PROMOCIÓN

Incluye ofertas especiales, regalos, descuentos en el precio, cupones, sitios web de compañías, distribución de artículos promocionales, solicitud telefónica y otros métodos para facilitar la venta o colocación de cigarrillos. También incluye incentivos pagados para los expendedores de cigarrillos, mayoristas, empleados de tiempo completo de la compañía, y todas las otras personas involucradas en la distribución de cigarrillos.

#### PUBLICIDAD

Cualquier esfuerzo comercial para promocionar el consumo de tabaco, incluida la exhibición de marcas comerciales, nombres de marcas y logotipos del fabricante; mercadeo de productos de tabaco; patrocinio de deportes y otras actividades sociales y culturales; y otros métodos.

#### REDUCCIÓN DEL DAÑO

Una filosofía de salud pública que busca mitigar los peligros para la salud mediante el reemplazo de productos de alto riesgo por productos o actividades de menor riesgo. En el control del tabaco, la reducción del daño se ha propuesto para aquellos fumadores que no desean dejar de fumar o son incapaces de hacerlo a pesar de varios intentos. La reducción del daño busca reducir los efectos adversos para la salud producto del tabaquismo, al quitar constituyentes perjudiciales o alentar a los fumadores a hacer uso de modos alternativos de consumo de tabaco que se consideran menos perjudiciales que el consumo de tabaco; por ejemplo, tabaco sin humo. Algunos consideran el enfoque controversial y creen que el objetivo principal debe estar en el cese del tabaquismo.

#### REGIONES DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

Los Estados miembros de la OMS se agrupan en seis regiones:

- Región Africana (AFRO)
- Región de las Américas (AMRO)
- Región del Mediterráneo Oriental (EMRO)
- Región Europea (EURO)
- Región del Sudeste Asiático (SEARO)
- Región del Pacífico Occidental (WPRO)

Los datos de estas regiones se incluyen a lo largo de *El Atlas del Tabaco*.



#### RIESGO

La posibilidad de incurrir en un evento en particular o circunstancia (p. ej., el riesgo de enfermedad mide la posibilidad de que un individuo contraiga una enfermedad).

#### SISTEMA GLOBAL DE VIGILANCIA DE TABACO (GTSS)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) desarrollaron estas encuestas para rastrear el consumo de tabaco mediante una metodología en común y un cuestionario central. El GTSS incluye la Encuesta global sobre el tabaquismo en los jóvenes (GYTS), la Encuesta global sobre el consumo de tabaco en personal de la enseñanza (GSPS), Encuesta global de profesionales de la salud (GHPSS), y la Encuesta global sobre el tabaquismo en los adultos (GATS).

#### SISTEMAS DE SUMINISTRO DE NICOTINA ELECTRÓNICOS (SNE)

Término científico que describe los cigarrillos electrónicos y otros productos que suministran nicotina sin la combustión.

#### TABACO SIN HUMO

Incluye rapé y tabaco de mascar; no es una alternativa segura al consumo de tabaco. El tabaco sin humo es tan adictivo como fumar y puede causar cáncer de encías, mejilla, labio, boca, lengua y garganta.

#### TABAQUISMO PASIVO

La inhalación de humo de cigarrillos, cigarros o pipas que realiza otra persona. Consulte también "*Humo de segunda mano (HSM)*".

#### TERAPIA DE REEMPLAZO DE NICOTINA (TRN)

Un tipo de tratamiento para el cese del tabaquismo que proporciona bajas dosis de nicotina para disminuir las ansias que experimentan los fumadores adictos cuando dejan de fumar. Las TRN incluyen dispositivos tales como parches transdérmicos, chicle de nicotina, aerosoles nasales de nicotina e inhaladores.

#### VARENICLINA

Una ayuda para el cese del tabaquismo que bloquea los receptores de nicotina de modo tal que la nicotina no sea necesaria para la liberación de dopamina. Nombre de marca: Chantix en los EE. UU.; Champix en Europa y Canadá.

PAÍS			MUERTES		HUMO DE SEGUNDA MANO	CONSUMO DE CIGARRILLOS	CONSUMO DE TABACO EN HOMBRES				
			DAÑO			PRODUCTOS Y SU CONSUMO					
	REGIÓN DE LA OMS	Grupo de ingresos del Banco Mundial <sup>^</sup>	Muertes en hombres	Muertes en mujeres	Jóvenes expuestos al humo de segunda mano en el hogar	Consumo per cápita	Consumo actual de cigarrillos	Actualmente fuman CUALQUIER producto de tabaco	Tipo de consumo de tabaco	Grupo etario	Prevalencia bruta en hombres
			% 2004, Causadas por el tabaco (cálculos)		% de 13 a 15 años	Cigarrillos por persona	% 2009, Estandarizada por edad en hombres (o datos específicos del país)		Bruto en hombres, últimos datos disponibles	años	%
Afganistán	EMRO	Bajo	24	6	38.8**	61	-	-	-	-	-
Albania	EURO	Medio	25	8	84.8	1,116	60.1	60.1	Tabaquismo actual	15+	60.1
Alemania	EURO	Alto	22	9	-	1,045	34.8	-	Tabaquismo actual	15+	30.5
Andorra	EURO	Alto	-	-	-	784	38.4	38.4	Tabaquismo actual	15+	42.2
Angola	AFRO	Medio	9	5	-	414	-	-	-	-	-
Antigua y Barbuda	AMRO	Medio	2	3	18.0	375	-	-	-	-	-
Arabia Saudita	EMRO	Alto	-	-	29.5	809	19.2	23.6	Tabaquismo actual	15-64	20.2
Argelia	AFRO	Medio	17	0	33.2**	775	28.8	-	Tabaquismo actual	15+	33.9
Argentina	AMRO	Medio	19	6	54.7	1,042	31.2	31.7	Fumadores de cigarrillos actuales	18+	32.4
Armenia	EURO	Medio	33	8	89.8	1,620	50.9	50.9	Tabaquismo actual	20-60	55.7
Australia	WPRO	Alto	17	14	17.2	1,034	19.9	22.3	Tabaquismo diario	14+	18.0
Austria	EURO	Alto	19	10	-	1,650	47.4	47.4	Tabaquismo actual	14-99	48.0
Azerbaiyán	EURO	Medio	22	7	-	1,877	41.2	41.2	Fumadores de cigarrillos actuales	-	49.6
Bahamas	AMRO	Alto	6	5	21.6	288	-	-	-	-	-
Bangladesh	SEARO	Bajo	24	12	34.7	154	28.3	46.4	Tabaquismo actual	15+	44.7
Barbados	AMRO	Alto	4	0	25.9	344	13.1	13.4	Tabaquismo actual	25+	14.2
Baréin	EMRO	Alto	14	14	38.7	661	28.8	34.3	Tabaquismo actual	20-64	33.4
Bélgica	EURO	Alto	31	8	-	1,455	30.0	30.0	Tabaquismo actual	15+	28.6
Belice	AMRO	Medio	10	1	25.7	367	23.2	23.2	Fumadores de cigarrillos actuales	20+	17.7
Benín	AFRO	Bajo	3	-	21.5	71	11.4	15.2	Tabaquismo actual	25-64	15.8
Bielorrusia	EURO	Medio	28	0	75.3	2,266	48.9	48.9	Tabaquismo actual	16+	52.3
Bolivia (Estado Plurinacional de)	AMRO	Medio	8	2	34.3**	179	41.7	41.7	Fumadores de cigarrillos actuales	15+	40.7
Bosnia y Herzegovina	EURO	Medio	30	10	77.3	2,278	46.5	46.5	Tabaquismo actual	18+	54.2
Botsuana	AFRO	Medio	3	0	38.5	336	20.1	-	Tabaquismo actual	25-64	32.8
Brasil	AMRO	Medio	15	6	35.5**	504	21.6	21.6	Tabaquismo actual	15+	21.6
Bulgaria	EURO	Medio	22	5	63.9	2,822	47.5	47.5	Tabaquismo actual	15+	50.3
Burkina Faso	AFRO	Bajo	6	2	32.9**	109	12.6	18.2	Tabaquismo actual	18+	23.6
Burundi	AFRO	Bajo	3	0	33.9	137	-	-	-	-	-
Bután	SEARO	Medio	13	1	31.9	120	8.7	-	Tabaquismo actual	25-74	8.4
Cabo Verde	AFRO	Medio	3	-	13.9	339	10.1	13.5	Tabaquismo actual	25-64	15.9
Camboya	WPRO	Bajo	17	8	47.0	452	41.0	41.6	Tabaquismo actual	15+	39.1
Camerún	AFRO	Medio	5	-	23.4**	93	11.2	13.8	Tabaquismo actual	15+	12.7
Canadá	AMRO	Alto	23	20	-	809	19.1	23.8	Tabaquismo actual	15+	23.0
Chad	AFRO	Bajo	6	-	33.9	86	17.8	22.3	Tabaquismo actual	25-64	20.2
Chile	AMRO	Medio	11	8	51.7**	860	36.9	37.5	Fumadores de cigarrillos actuales	15+	44.2
China	WPRO	Medio	12	-	47.0**	1,711	50.4	51.2	Tabaquismo actual	15+	52.9
Chipre	EURO	Alto	14	2	96.1	1,620	-	-	Tabaquismo diario	15+	38.1
Colombia	AMRO	Medio	9	8	27.6**	412	-	-	Fumadores de cigarrillos actuales	12-65	23.8
Comoras	AFRO	Bajo	3	-	35.2	583	19.2	24.0	Tabaquismo actual	18+	27.8
Congo	AFRO	Medio	7	-	22.8	-	8.1	9.5	Tabaquismo actual	18+	13.0
Congo (República Democrática del)	AFRO	Bajo	4	-	30.2**	105	8.8	10.5	Tabaquismo actual	15+	14.2
Corea (República de)	WPRO	Alto	26	15	37.6	1,958	49.3	49.3	Fumadores de cigarrillos actuales	-	47.7

CONSUMO DE TABACO EN MUJERES					CONSUMO DE TABACO EN BRUTO TOTAL (HOMBRES Y MUJERES)			CONSUMO DE TABACO EN NIÑOS Y NIÑAS			PAÍS
PRODUCTOS Y SU CONSUMO											
Consumo actual de cigarrillos	Actualmente fuman CUALQUIER producto de tabaco	Tipo de consumo de tabaco	Grupo etario	Prevalencia bruta en mujeres	Tipo de consumo de tabaco	Grupo etario	Prevalencia bruta en hombres y mujeres	Consumo actual de cigarrillos de los niños	Consumo actual de cigarrillos de las niñas	Consumo actual de cigarrillos total	
% 2009, Estandarizada por edad en mujeres (o datos específicos del país)		Bruto en mujeres, últimos datos disponibles	años	%	Total bruto, últimos datos disponibles	años	% Total	% Total de 13 a 15 años			
-	-	-	-	-	-	-	-	7.6**	-	4.8**	Afganistán
19.4	19.4	Tabaquismo actual	15+	18.3	Tabaquismo actual	15+	40.2	11.9	5.8	8.5	Albania
27.3	24.8	Tabaquismo actual	15+	21.2	Tabaquismo actual	15+	25.7	14.0	12.0	12.9	Alemania
32.3	32.3	Tabaquismo actual	15+	30.2	Tabaquismo actual	15+	-	-	-	-	Andorra
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Angola
-	-	-	-	-	-	-	-	8.2	6.1	7.4	Antigua y Barbuda
<1	1.3	Tabaquismo actual	15-64	1.4	Tabaquismo actual	15-64	-	13.0	5.0	8.9	Arabia Saudita
0.2	-	Tabaquismo actual	15+	2.4	Tabaquismo actual	15+	19.3	18.0	1.4	9.2	Argelia
20.1	21.7	Fumadores de cigarrillos actuales	18+	22.4	Fumadores de cigarrillos actuales	18+	27.1	21.1	27.3	24.5	Argentina
2.1	2.1	Tabaquismo actual	20-60	2.9	Tabaquismo actual	20-60	28.3	10.3	0.9	5.0	Armenia
16.3	19.0	Tabaquismo diario	14+	15.2	Tabaquismo diario	14+	16.6	3.0	4.6	3.8	Australia
45.1	45.1	Tabaquismo actual	14-99	47.0	Tabaquismo actual	14-99	47.0	-	-	-	Austria
0.6	-	Fumadores de cigarrillos actuales	-	-	Fumadores de cigarrillos actuales	-	-	-	-	-	Azerbaiyán
-	-	-	-	-	-	-	-	6.2	3.7	5.2	Bahamas
<1	2.0	Tabaquismo actual	15+	1.5	Tabaquismo actual	15+	23.0	2.9	1.1	2.0	Bangladesh
1.2	1.4	Tabaquismo actual	25+	1.6	Tabaquismo actual	25+	7.5	14.3	9.3	11.6	Barbados
6.8	8.1	Tabaquismo actual	20-64	7.0	Tabaquismo actual	20-64	19.9	17.5	3.9	10.6	Baréin
22.0	22.0	Tabaquismo actual	15+	20.7	Tabaquismo actual	15+	24.5	-	-	-	Bélgica
2.8	2.8	Fumadores de cigarrillos actuales	20+	1.4	Fumadores de cigarrillos actuales	20+	10.2	11.7	4.4	7.7	Belize
<1	1.4	Tabaquismo actual	25-64	1.4	Tabaquismo actual	25-64	8.7	3.3	1.6	2.8	Benín
8.8	8.8	Tabaquismo actual	16+	9.3	Tabaquismo actual	16+	27.5	31.2	21.7	26.5	Bielorrusia
17.8	17.8	Fumadores de cigarrillos actuales	15+	18.3	Fumadores de cigarrillos actuales	15+	-	20.3**	12.0**	16.3**	Bolivia (Estado Plurinacional de)
35.6	35.6	Tabaquismo actual	18+	34.2	Tabaquismo actual	18+	44.0	14.3	9.4	11.7	Bosnia y Herzegovina
1.5	-	Tabaquismo actual	25-64	7.8	Tabaquismo actual	25-64	19.7	18.1	10.9	14.3	Botsuana
13.1	13.0	Tabaquismo actual	15+	13.1	Tabaquismo actual	15+	17.2	9.2**	13.2**	11.6**	Brasil
26.9	26.9	Tabaquismo actual	15+	28.2	Tabaquismo actual	15+	38.8	24.4	31.6	28.2	Bulgaria
<1	8.0	Tabaquismo actual	18+	11.1	Tabaquismo actual	18+	16.9	14.1**	2.4**	8.4**	Burkina Faso
-	-	-	-	-	-	-	-	5.8	3.2	4.6	Burundi
4.9	-	Tabaquismo actual	25-74	4.7	Tabaquismo actual	25-74	6.8	18.3	6.3	12.1	Bután
<1	3.4	Tabaquismo actual	25-64	4.0	Tabaquismo actual	25-64	9.9	3.7	3.1	3.5	Cabo Verde
3.3	3.4	Tabaquismo actual	15+	3.4	Tabaquismo actual	15+	19.5	0.5**	-	0.2**	Camboya
<1	1.6	Tabaquismo actual	15+	2.0	Tabaquismo actual	15+	6.3	8.8**	3.0**	5.7**	Camerún
15.8	16.8	Tabaquismo actual	15+	16.0	Tabaquismo actual	15+	19.5	13.0	14.0	14.0	Canadá
1.5	2.8	Tabaquismo actual	25-64	1.2	Tabaquismo actual	25-64	11.2	8.4	4.3	7.5	Chad
30.2	33.2	Fumadores de cigarrillos actuales	15+	37.1	Fumadores de cigarrillos actuales	15+	40.6	28.0**	39.9**	34.2**	Chile
2.1	2.2	Tabaquismo actual	15+	2.4	Tabaquismo actual	15+	28.1	2.7**	0.8**	1.7**	China
-	-	Tabaquismo diario	15+	10.5	Tabaquismo diario	15+	23.9	3.7	4.2	3.9	Chipre
-	-	Fumadores de cigarrillos actuales	12-65	11.1	Fumadores de cigarrillos actuales	12-65	17.0	28.6**	30.7**	29.9**	Colombia
3.5	9.4	Tabaquismo actual	18+	17.0	Tabaquismo actual	18+	22.3	13.5	6.9	9.6	Comoras
<1	<1	Tabaquismo actual	18+	1.3	Tabaquismo actual	18+	6.6	15.0	8.1	11.4	Congo
<1	1.8	Tabaquismo actual	15+	1.2	Tabaquismo actual	15+	6.4	11.7**	3.6**	8.2**	Congo (República Democrática del)
6.6	6.6	Fumadores de cigarrillos actuales	-	7.3	Fumadores de cigarrillos actuales	-	27.7	10.8	6.3	8.8	Corea (República de)

\*\* Datos subnacionales utilizados ^ Los países clasificados como con ingreso "medio bajo" o "medio alto" según el Banco Mundial están clasificados aquí como "medio".

† Consulte datos masculino/femenino para el rango de edad

			MUERTES		HUMO DE SEGUNDA MANO	CONSUMO DE CIGARRILLOS	CONSUMO DE TABACO EN HOMBRES				
PAÍS			DAÑO			PRODUCTOS Y SU CONSUMO					
	REGIÓN DE LA OMS	Grupo de ingresos del Banco Mundial <sup>^</sup>	Muertes en hombres	Muertes en mujeres	Jóvenes expuestos al humo de segunda mano en el hogar	Consumo per cápita	Consumo actual de cigarrillos	Actualmente fuman CUALQUIER producto de tabaco	Tipo de consumo de tabaco	Grupo etario	Prevalencia bruta en hombres
			% 2004, Causadas por el tabaco (cálculos)		% de 13 a 15 años	Cigarrillos por persona	% 2009, Estandarizada por edad en hombres (o datos específicos del país)		Bruto en hombres, últimos datos disponibles	años	%
Corea (República Popular Democrática de)	SEARO	Bajo	13	11	-	650	-	-	Tabaquismo actual	16+	52.3
Costa de Marfil	AFRO	Medio	9	0	33.1	148	12.9	17.3	Tabaquismo actual	15-64	22.4
Costa Rica	AMRO	Medio	6	6	21.6	529	24.0	24.0	Tabaquismo actual	15-70	23.0
Croacia	EURO	Alto	28	8	73.4	1,621	36.5	36.5	Tabaquismo diario	18+	33.8
Cuba	AMRO	Medio	21	18	51.5	1,261	42.9	-	Tabaquismo actual	15+	31.1
Dinamarca	EURO	Alto	23	21	-	1,413	30.0	30.0	Tabaquismo actual	15+	28.0
Dominica	AMRO	Medio	9	13	26.3	339	10.2	10.6	Tabaquismo actual	15-64	12.2
Ecuador	AMRO	Medio	-	-	28.9**	227	23.4	-	Fumadores de cigarrillos actuales	18+	36.3
Egipto	EMRO	Medio	10	1	38.7	1,104	33.1	39.7	Tabaquismo actual	15+	37.6
El Salvador	AMRO	Medio	1	0	14.8	209	-	-	Consumo de tabaco actual	12-64	21.5
Emiratos Árabes Unidos	EMRO	Alto	-	-	25.3	583	14.9	18.7	Tabaquismo actual	18+	28.1
Eritrea	AFRO	Bajo	3	-	18.4	74	8.8	10.5	Tabaquismo actual	15-64	-
Eslovaquia	EURO	Alto	26	6	44.9	1,403	38.6	38.6	Tabaquismo actual	18+	40.8
Eslovenia	EURO	Alto	27	11	62.8	2,369	29.8	29.8	Tabaquismo diario	18+	23.1
España	EURO	Alto	25	2	-	1,757	36.2	36.2	Tabaquismo actual	16+	35.4
Estado de Brunéi	WPRO	Alto	-	-	-	751	27.3	31.9	Tabaquismo actual	9+	31.8
Estados Unidos de América	AMRO	Alto	23	23	12.0	1,028	21.6	32.8	Tabaquismo actual	15+	31.2
Estonia	EURO	Alto	26	7	41.1	1,523	45.7	45.7	Tabaquismo actual	15+	46.0
Etiopía	AFRO	Bajo	2	1	14.9**	42	7.5	8.1	Tabaquismo actual	18+	6.3
Federación Rusa	EURO	Medio	28	4	76.4	2,786	58.6	59.4	Tabaquismo actual	15+	60.2
Filipinas	WPRO	Medio	22	8	54.5	838	46.8	47.4	Tabaquismo actual	15+	47.6
Finlandia	EURO	Alto	16	6	-	671	28.1	28.1	Tabaquismo actual	15-64	29.8
Fiyi	WPRO	Medio	-	-	47.1	530	17.7	17.7	Tabaquismo diario	15-85	26.0
Francia	EURO	Alto	22	5	-	854	35.6	35.6	Tabaquismo actual	12-75	33.3
Gabón	AFRO	Medio	10	0	-	501	15.5	18.9	Tabaquismo actual	15-64	21.0
Gambia	AFRO	Bajo	7	-	45.8	85	25.4	31.3	Tabaquismo actual	25-64	31.3
Georgia	EURO	Medio	16	1	62.7	1,039	56.6	56.6	Tabaquismo actual	18-64	55.5
Ghana	AFRO	Medio	3	-	19.1	44	7.6	10.6	Fumadores de cigarrillos diarios	15-59	7.3
Granada	AMRO	Medio	10	5	27.3	229	-	-	-	-	-
Grecia	EURO	Alto	25	7	89.8	2,795	63.0	63.0	Fumadores de cigarrillos actuales	18-89	51.0
Guatemala	AMRO	Medio	7	4	23.1	235	21.7	21.7	Tabaquismo actual	18+	23.9
Guinea	AFRO	Bajo	9	1	27.7	9	19.7	25.1	Tabaquismo actual	15-64	23.2
Guinea Ecuatorial	AFRO	Alto	6	-	47.5	391	-	-	-	-	-
Guinea-Bissau	AFRO	Bajo	4	-	31.0**	97	-	-	-	-	-
Guyana	AMRO	Medio	3	1	33.4	49	26.4	26.7	Fumadores de cigarrillos actuales	15-49	29.4
Haití	AMRO	Bajo	2	-	32.3**	100	-	-	Tabaquismo actual	15-49	-
Honduras	AMRO	Medio	9	7	29.6**	217	-	-	Fumadores de cigarrillos actuales	15-49	-
Hungría	EURO	Alto	30	18	43.0	1,518	42.7	42.7	Tabaquismo actual	18+	42.5
India	SEARO	Medio	12	1	26.6	96	10.7	26.2	Tabaquismo actual	15+	24.3
Indonesia	SEARO	Medio	20	12	64.7	1,085	57.2	61.3	Tabaquismo diario	10+	46.8
Irak	EMRO	Medio	-	-	32.3**	864	25.8	30.8	Tabaquismo actual	12+	26.5
Irán (República Islámica de)	EMRO	Medio	7	-	35.4	657	20.7	25.8	Tabaquismo actual	15-64	22.1

CONSUMO DE TABACO EN MUJERES					CONSUMO DE TABACO EN BRUTO TOTAL (HOMBRES Y MUJERES)			CONSUMO DE TABACO EN NIÑOS Y NIÑAS			PAÍS
PRODUCTOS Y SU CONSUMO											
Consumo actual de cigarrillos	Actualmente fuman CUALQUIER producto de tabaco	Tipo de consumo de tabaco	Grupo etario	Prevalencia bruta en mujeres	Tipo de consumo de tabaco	Grupo etario	Prevalencia bruta en hombres y mujeres	Consumo actual de cigarrillos de los niños	Consumo actual de cigarrillos de las niñas	Consumo actual de cigarrillos total	
% 2009, Estandarizada por edad en mujeres (o datos específicos del país)		Bruto en mujeres, últimos datos disponibles	años	%	Total bruto, últimos datos disponibles	años	% Total	% Total de 13 a 15 años			
-	-	Tabaquismo actual	16+	-	Tabaquismo actual	16+	-	-	-	-	Corea (República Popular Democrática de)
<1	3.6	Tabaquismo actual	15-64	7.3	Tabaquismo actual	15-64	13.6	19.3	7.1	13.6	Costa de Marfil
7.8	7.8	Tabaquismo actual	15-70	8.6	Tabaquismo actual	15-70	15.8	10.4	8.4	9.5	Costa Rica
29.6	29.6	Tabaquismo diario	18+	21.7	Tabaquismo diario	18+	27.4	21.7	25.6	24.1	Croacia
29.4	-	Tabaquismo actual	15+	16.4	Tabaquismo actual	15+	23.7	8.7	13.1	10.6	Cuba
27.6	27.6	Tabaquismo actual	15+	26.0	Tabaquismo actual	15+	26.0	13.0	14.0	13.5	Dinamarca
3.4	3.5	Tabaquismo actual	15-64	3.2	Tabaquismo actual	15-64	10.2	11.8	9.6	11.5	Dominica
5.8	-	Fumadores de cigarrillos actuales	18+	8.2	Fumadores de cigarrillos actuales	18+	22.7	23.2**	18.1**	20.5**	Ecuador
<1	<1	Tabaquismo actual	15+	0.5	Tabaquismo actual	15+	19.4	5.9	1.4	4.0	Egipto
-	-	Consumo de tabaco actual	12-64	3.4	Consumo de tabaco actual	12-64	11.7	18.4	10.9	14.0	El Salvador
<1	1.7	Tabaquismo actual	18+	2.4	Tabaquismo actual	18+	20.5	15.6	5.8	9.8	Emiratos Árabes Unidos
<1	1.8	Tabaquismo actual	15-64	-	Tabaquismo actual	15-64	8.0	2.0	0.6	1.6	Eritrea
19.1	19.1	Tabaquismo actual	18+	23.0	Tabaquismo actual	18+	30.5	26.5	23.4	25.0	Eslovaquia
21.7	21.7	Tabaquismo diario	18+	15.9	Tabaquismo diario	18+	19.4	15.2	23.0	20.3	Eslovenia
27.2	27.2	Tabaquismo actual	16+	24.6	Tabaquismo actual	16+	29.9	17.0	20.8	18.9	España
3.2	4.4	Tabaquismo actual	9+	2.9	Tabaquismo actual	9+	-	-	-	-	Estado de Brunéi
17.4	24.7	Tabaquismo actual	15+	23.0	Tabaquismo actual	15+	27.0	9.7	7.9	8.8	Estados Unidos de América
22.8	22.8	Tabaquismo actual	15+	25.3	Tabaquismo actual	15+	34.1	28.2	26.2	27.2	Estonia
<1	<1	Tabaquismo actual	18+	0.5	Tabaquismo actual	18+	3.3	2.5**	0.7**	1.9**	Etiopía
23.9	24.3	Tabaquismo actual	15+	21.7	Tabaquismo actual	15+	39.1	26.9	23.9	25.4	Federación Rusa
9.9	10.2	Tabaquismo actual	15+	9.0	Tabaquismo actual	15+	28.3	16.0	6.4	11.0	Filipinas
21.5	21.5	Tabaquismo actual	15-64	21.4	Tabaquismo actual	15-64	25.1	-	-	-	Finlandia
3.0	3.0	Tabaquismo diario	15-85	3.9	Tabaquismo diario	15-85	-	16.2	7.4	11.7	Fiyi
27.4	27.4	Tabaquismo actual	12-75	26.5	Tabaquismo actual	12-75	29.9	19.1	20.2	19.6	Francia
1.8	3.3	Tabaquismo actual	15-64	4.6	Tabaquismo actual	15-64	-	-	-	-	Gabón
<1	2.7	Tabaquismo actual	25-64	1.0	Tabaquismo actual	25-64	15.6	12.7	8.6	10.8	Gambia
5.7	5.7	Tabaquismo actual	18-64	4.8	Tabaquismo actual	18-64	30.3	15.2	2.8	8.6	Georgia
<1	2.6	Fumadores de cigarrillos diarios	15-49	0.2	Fumadores de cigarrillos diarios	Con- sulte:	-	10.1	7.4	8.9	Ghana
-	-	-	-	-	-	-	-	7.0	3.0	4.7	Granada
41.4	41.4	Fumadores de cigarrillos actuales	18-89	39.0	Fumadores de cigarrillos actuales	18-89	-	11.3	9.0	10.4	Grecia
3.9	3.9	Tabaquismo actual	18+	3.4	Tabaquismo actual	18+	11.2	13.7	9.1	11.4	Guatemala
<1	1.9	Tabaquismo actual	15-64	2.0	Tabaquismo actual	15-64	12.8	11.6	1.6	7.1	Guinea
-	-	-	-	-	-	-	-	9.9	3.4	7.0	Guinea Ecuatorial
-	-	-	-	-	-	-	-	7.2**	3.0**	5.1**	Guinea-Bissau
5.3	5.6	Fumadores de cigarrillos actuales	15-49	3.2	Fumadores de cigarrillos actuales	15-49	-	11.0	5.4	8.1	Guyana
-	-	Tabaquismo actual	15-49	4.4	Tabaquismo actual	15-49	-	17.2**	17.7**	17.6**	Haití
3.4	3.4	Fumadores de cigarrillos actuales	15-49	2.3	Fumadores de cigarrillos actuales	15-49	-	14.4**	14.1**	14.2**	Honduras
33.5	33.5	Tabaquismo actual	18+	31.3	Tabaquismo actual	18+	36.5	21.5	23.6	23.2	Hungría
1.1	3.6	Tabaquismo actual	15+	2.9	Tabaquismo actual	15+	14.0	5.4	1.6	3.8	India
3.7	5.1	Tabaquismo diario	10+	3.1	Tabaquismo diario	10+	24.2	23.9	1.9	11.8	Indonesia
3.0	4.5	Tabaquismo actual	12+	2.9	Tabaquismo actual	12+	14.8	3.3**	2.7**	3.2**	Irak
<1	1.7	Tabaquismo actual	15-64	1.3	Tabaquismo actual	15-64	11.8	5.1	0.9	3.0	Irán (República Islámica de)

\*\* Datos subnacionales utilizados ^ Los países clasificados como con ingreso "medio bajo" o "medio alto" según el Banco Mundial están clasificados aquí como "medio".

† Consulte datos masculino/femenino para el rango de edad

			MUERTES		HUMO DE SEGUNDA MANO	CONSUMO DE CIGARRILLOS	CONSUMO DE TABACO EN HOMBRES				
PAÍS			DAÑO			PRODUCTOS Y SU CONSUMO					
	REGIÓN DE LA OMS	Grupo de ingresos del Banco Mundial <sup>^</sup>	Muertes en hombres	Muertes en mujeres	Jóvenes expuestos al humo de segunda mano en el hogar	Consumo per cápita	Consumo actual de cigarrillos	Actualmente fuman CUALQUIER producto de tabaco	Tipo de consumo de tabaco	Grupo etario	Prevalencia bruta en hombres
			% 2004, Causadas por el tabaco (cálculos)		% de 13 a 15 años	Cigarrillos por persona	% 2009, Estandarizada por edad en hombres (o datos específicos del país)		Bruto en hombres, últimos datos disponibles	años	%
Irlanda	EURO	Alto	22	22	-	1,006	31.0	-	Fumadores de cigarrillos actuales	18+	31.0
Islandia	EURO	Alto	16	20	-	477	27.4	27.4	Tabaquismo diario	15-89	20.1
Islas Cook	WPRO	Medio	6	5	61.9	-	43.0	43.0	Tabaquismo actual	25-64	46.6
Islas Marshall	WPRO	Medio	13	13	52.1	-	35.8	35.8	Tabaquismo ocasional	15-64	4.9
Islas Salomón	WPRO	Medio	4	-	-	18	45.8	45.8	Tabaquismo actual	15-64	56.1
Israel	EURO	Alto	14	8	-	1,037	28.6	28.6	Fumadores de cigarrillos actuales	20+	28.4
Italia	EURO	Alto	24	7	48.5	1,475	32.8	32.8	Tabaquismo actual	11+	29.5
Jamaica	AMRO	Medio	12	6	32.5	283	20.5	-	Tabaquismo actual	15-74	22.9
Japón	WPRO	Alto	22	12	-	1,841	38.2	41.8	Tabaquismo actual	20+	38.2
Jordania	EMRO	Medio	18	2	66.0	1,372	41.8	46.9	Tabaquismo diario	18+	49.6
Kazajistán	EURO	Medio	35	12	67.1	1,934	40.2	40.2	Tabaquismo actual	18+	52.2
Kenia	AFRO	Bajo	3	-	24.7	144	22.5	25.5	Tabaquismo actual	18+	-
Kirguistán	EURO	Bajo	22	5	72.5	942	44.8	44.8	Fumadores de cigarrillos actuales	15+	41.7
Kiribati	WPRO	Medio	8	2	68.3	22	71.0	71.0	Tabaquismo actual	15-64	74.1
Kuwait	EMRO	Alto	4	2	44.4	1,812	29.9	35.1	Tabaquismo actual	20-64	42.3
Lesoto	AFRO	Medio	4	-	36.9	62	-	-	Tabaquismo actual	15+	47.9
Letonia	EURO	Medio	27	4	51.1	785	50.1	50.1	Tabaquismo actual	15-64	48.9
Libano	EMRO	Medio	-	-	-	2,138	45.6	46.4	Fumadores de cigarrillos actuales	25-64	46.8
Liberia	AFRO	Bajo	4	-	23.6**	113	10.9	14.4	Fumadores de cigarrillos actuales	15-49	15.2
Libia	EMRO	Medio	11	0	37.8	818	41.6	47.2	Tabaquismo actual	25-64	49.6
Lituania	EURO	Medio	25	3	43.1	804	49.9	49.9	Tabaquismo actual	20-64	41.0
Luxemburgo	EURO	Alto	25	10	-	928	38.8	-	Tabaquismo actual	15+	28.0
Macedonia (Antigua República Yugoslava de)	EURO	Medio	24	5	67.5	1,934	-	-	-	-	-
Madagascar	AFRO	Bajo	4	0	49.5	260	-	-	Tabaquismo actual	25-64	-
Malasia	WPRO	Medio	22	15	11.5	539	45.6	50.3	Tabaquismo actual	18+	46.4
Malawi	AFRO	Bajo	2	-	10.4	48	22.8	26.0	Tabaquismo actual	25-64	25.9
Maldivas	SEARO	Medio	29	25	48.3	170	36.1	43.4	Tabaquismo actual	25-64	37.5
Malí	AFRO	Bajo	3	-	48.5	127	22.2	28.5	Tabaquismo actual	15-64	30.8
Malta	EURO	Alto	22	1	-	1,378	30.1	30.1	Tabaquismo actual	15-79	31.0
Marruecos	EMRO	Medio	14	-	27.1	500	28.4	32.7	Tabaquismo diario	18+	30.3
Mauricio	AFRO	Medio	11	4	36.1	787	30.5	30.5	Tabaquismo actual	20-74	35.9
Mauritania	AFRO	Medio	4	-	42.7	86	23.6	29.4	Tabaquismo ocasional	15-64	1.4
México	AMRO	Medio	7	6	46.2**	371	23.9	24.3	Tabaquismo actual	15+	24.8
Micronesia (Estados Federados de)	WPRO	Medio	0	-	60.7	-	29.9	29.9	Tabaquismo actual	25-64	42.0
Moldavia (República de)	EURO	Medio	19	5	20.3	2,479	43.0	43.0	Tabaquismo actual	15-59	51.1
Mónaco	EURO	Alto	21	4	-	1,038	-	-	-	-	-
Mongolia	WPRO	Medio	27	18	54.4	555	48.2	48.2	Tabaquismo actual	15-64	48.0
Montenegro	EURO	Medio	-	-	76.8	2,157	-	-	-	-	-
Mozambique	AFRO	Bajo	0	0	22.5**	200	16.5	18.2	Tabaquismo actual	25-64	36.0
Myanmar	SEARO	Bajo	19	18	34.1	189	35.5	40.2	Tabaquismo actual	15-64	44.7
Namibia	AFRO	Medio	6	-	40.3	534	27.5	30.5	Fumadores de cigarrillos actuales	15-49	20.9

CONSUMO DE TABACO EN MUJERES					CONSUMO DE TABACO EN BRUTO TOTAL (HOMBRES Y MUJERES)			CONSUMO DE TABACO EN NIÑOS Y NIÑAS			PAÍS
PRODUCTOS Y SU CONSUMO											
Consumo actual de cigarrillos	Actualmente fuman CUALQUIER producto de tabaco	Tipo de consumo de tabaco	Grupo etario	Prevalencia bruta en mujeres	Tipo de consumo de tabaco	Grupo etario	Prevalencia bruta en hombres y mujeres	Consumo actual de cigarrillos de los niños	Consumo actual de cigarrillos de las niñas	Consumo actual de cigarrillos total	
% 2009, Estandarizada por edad en mujeres (o datos específicos del país)		Bruto en mujeres, últimos datos disponibles	años	%	Total bruto, últimos datos disponibles	años	% Total	% Total de 13 a 15 años			
26.0	-	Fumadores de cigarrillos actuales	18+	27.0	Fumadores de cigarrillos actuales	18+	29.0	-	-	-	Irlanda
20.8	20.8	Tabaquismo diario	15-89	15.0	Tabaquismo diario	15-89	17.6	-	-	-	Islandia
31.2	31.2	Tabaquismo actual	25-64	41.1	Tabaquismo actual	25-64	43.9	19.9	19.4	19.7	Islas Cook
7.0	7.0	Tabaquismo ocasional	15-64	1.8	Tabaquismo ocasional	15-64	3.3	-	-	-	Islas Marshall
18.9	18.9	Tabaquismo actual	15-64	26.1	Tabaquismo actual	15-64	41.4	28.3	18.4	24.0	Islas Salomón
12.7	12.7	Fumadores de cigarrillos actuales	20+	12.6	Fumadores de cigarrillos actuales	20+	20.9	-	-	-	Israel
19.2	19.2	Tabaquismo actual	11+	17.0	Tabaquismo actual	11+	23.0	19.4	21.6	20.7	Italia
9.2	-	Tabaquismo actual	15-74	7.5	Tabaquismo actual	15-74	15.1	20.6	10.9	15.4	Jamaica
10.9	12.4	Tabaquismo actual	20+	10.9	Tabaquismo actual	20+	23.4	12.1	8.5	10.3	Japón
3.4	5.5	Tabaquismo diario	18+	5.7	Tabaquismo diario	18+	29.0	13.2	7.1	10.3	Jordania
8.6	8.6	Tabaquismo actual	18+	9.6	Tabaquismo actual	18+	29.9	12.7	6.6	9.4	Kazajistán
<1	1.5	Tabaquismo actual	18+	1.9	Tabaquismo actual	18+	-	11.2	5.2	8.2	Kenia
1.9	1.9	Fumadores de cigarrillos actuales	15+	1.5	Fumadores de cigarrillos actuales	15+	20.2	6.8	2.2	4.4	Kirguistán
42.9	42.9	Tabaquismo actual	15-64	43.1	Tabaquismo actual	15-64	58.0	-	-	-	Kiribati
1.7	3.5	Tabaquismo actual	20-64	4.4	Tabaquismo actual	20-64	23.6	23.7	7.5	15.9	Kuwait
-	-	Tabaquismo actual	15+	34.2	Tabaquismo actual	15+	39.3	11.8	7.5	10.1	Lesoto
22.3	22.3	Tabaquismo actual	15-64	20.4	Tabaquismo actual	15-64	32.4	36.3	30.2	32.9	Letonia
30.7	30.7	Fumadores de cigarrillos actuales	25-64	31.5	Fumadores de cigarrillos actuales	25-64	38.5	11.8	5.6	8.6	Libano
-	-	Fumadores de cigarrillos actuales	15-49	-	Fumadores de cigarrillos actuales	15-49	-	2.0**	1.2**	2.1**	Liberia
<1	<1	Tabaquismo actual	25-64	0.8	Tabaquismo actual	25-64	25.1	7.7	0.9	4.6	Libia
22.0	22.0	Tabaquismo actual	20-64	17.4	Tabaquismo actual	20-64	27.7	33.8	25.9	29.6	Lituania
30.4	-	Tabaquismo actual	15+	21.0	Tabaquismo actual	15+	24.0	-	-	-	Luxemburgo
-	-	-	-	-	-	-	-	9.7	9.8	9.8	Macedonia (Antigua República Yugoslava de)
-	-	Tabaquismo actual	25-64	-	Tabaquismo actual	25-64	17.6	30.7	10.2	19.3	Madagascar
1.9	2.4	Tabaquismo actual	18+	1.6	Tabaquismo actual	18+	21.5	36.3	4.2	20.2	Malasia
1.7	3.7	Tabaquismo actual	25-64	2.9	Tabaquismo actual	25-64	14.1	5.9	3.8	4.9	Malawi
6.6	11.5	Tabaquismo actual	25-64	11.8	Tabaquismo actual	25-64	-	15.0	3.6	9.1	Maldivas
<1	2.2	Tabaquismo actual	15-64	2.0	Tabaquismo actual	15-64	13.5	17.4	2.5	10.4	Malí
21.1	21.1	Tabaquismo actual	15-79	21.4	Tabaquismo actual	15-79	25.7	-	-	-	Malta
2.0	2.4	Tabaquismo diario	18+	0.2	Tabaquismo diario	18+	15.1	7.4	2.3	5.2	Marruecos
1.6	1.6	Tabaquismo actual	20-74	5.1	Fumadores de cigarrillos actuales	20-74	18.0	20.3	7.7	13.7	Mauricio
<1	4.1	Tabaquismo ocasional	15-64	0.9	Tabaquismo ocasional	15-64	1.1	17.2	16.8	17.0	Mauritania
7.4	7.7	Tabaquismo actual	15+	7.8	Tabaquismo actual	15+	15.9	26.3**	27.1**	27.1**	México
17.7	17.7	Tabaquismo actual	25-64	21.0	Tabaquismo actual	25-64	31.6	36.9	19.8	28.3	Micronesia (Estados Federados de)
5.2	5.2	Tabaquismo actual	15-49	7.1	Tabaquismo actual	Con-sulte:	28.0	18.5	5.6	11.3	Moldavia (República de)
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Mónaco
5.9	5.9	Tabaquismo actual	15-64	6.9	Tabaquismo actual	15-64	27.7	9.2	2.0	5.4	Mongolia
-	-	-	-	-	-	-	-	5.7	4.4	5.1	Montenegro
1.1	2.3	Tabaquismo actual	25-64	6.4	Tabaquismo actual	25-64	18.7	4.5**	1.2**	2.7**	Mozambique
5.5	8.0	Tabaquismo actual	15-64	7.8	Tabaquismo actual	15-64	21.9	8.5	1.3	4.9	Myanmar
7.8	9.1	Fumadores de cigarrillos actuales	15-49	5.3	Fumadores de cigarrillos actuales	15-49	-	21.9	16.1	18.8	Namibia

\*\* Datos subnacionales utilizados ^ Los países clasificados como con ingreso "medio bajo" o "medio alto" según el Banco Mundial están clasificados aquí como "medio".

† Consulte datos masculino/femenino para el rango de edad

			MUERTES		HUMO DE SEGUNDA MANO	CONSUMO DE CIGARRILLOS	CONSUMO DE TABACO EN HOMBRES				
PAÍS			DAÑO			PRODUCTOS Y SU CONSUMO					
	REGIÓN DE LA OMS	Grupo de ingresos del Banco Mundial <sup>^</sup>	Muertes en hombres	Muertes en mujeres	Jóvenes expuestos al humo de segunda mano en el hogar	Consumo per cápita	Consumo actual de cigarrillos	Actualmente fuman CUALQUIER producto de tabaco	Tipo de consumo de tabaco	Grupo etario	Prevalencia bruta en hombres
			% 2004, Causadas por el tabaco (cálculos)		% de 13 a 15 años	Cigarrillos por persona	% 2009, Estandarizada por edad en hombres (o datos específicos del país)		Bruto en hombres, últimos datos disponibles	años	%
Nauru	WPRO	Medio	5	17	-	626	48.6	48.6	Tabaquismo actual	15-64	49.7
Nepal	SEARO	Bajo	15	2	35.3	420	30.4	35.9	Tabaquismo actual	15-64	34.5
Nicaragua	AMRO	Medio	7	3	43.7**	377	-	-	Tabaquismo actual	15-49	-
Níger	AFRO	Bajo	8	-	30.3	52	7.2	8.9	Tabaquismo actual	15-64	8.7
Nigeria	AFRO	Medio	2	-	21.7**	116	8.0	10.5	Fumadores de cigarrillos actuales	15-59	9.0
Niue	WPRO	Medio	6	5	34.9	-	37.5	-	-	-	-
Noruega	EURO	Alto	17	13	-	534	31.2	31.2	Tabaquismo actual	16-74	31.0
Nueva Zelanda	WPRO	Alto	18	16	36.0	579	26.8	26.8	Tabaquismo actual	15+	21.1
Omán	EMRO	Alto	-	-	13.9	852	9.1	11.7	Tabaquismo actual	20+	13.4
Países Bajos	EURO	Alto	28	14	-	801	28.1	31.4	Tabaquismo actual	15+	29.5
Pakistán	EMRO	Medio	15	1	16.1**	468	27.7	34.5	Tabaquismo actual	18+	32.4
Palau	WPRO	Medio	8	9	-	-	37.2	37.2	Tabaquismo actual	35-64	60.3
Panamá	AMRO	Medio	8	3	21.9	197	-	17.4	Tabaquismo actual	15+	17.4
Papúa Nueva Guinea	WPRO	Medio	1	-	73.9	670	57.7	57.7	Tabaquismo actual	15-64	60.3
Paraguay	AMRO	Medio	13	1	32.5	619	29.4	30.1	Tabaquismo actual	18+	41.6
Perú	AMRO	Medio	4	4	25.5	137	42.6	-	Fumadores de cigarrillos actuales	15-49	-
Polonia	EURO	Alto	31	12	86.7	1,586	36.2	36.4	Tabaquismo actual	15+	36.9
Portugal	EURO	Alto	17	3	-	1,114	31.8	31.8	Tabaquismo diario	15+	27.6
Qatar	EMRO	Alto	-	-	35.7	281	19.9	-	Consumo de tabaco diario	18+	19.9
Reino Unido	EURO	Alto	22	20	44.9**	750	22.0	24.8	Fumadores de cigarrillos actuales	16-100	22.0
República Árabe Siria	EMRO	Medio	-	-	60.1	1,013	35.5	41.5	Fumadores de cigarrillos actuales	18-65	62.0
República Centroafricana	AFRO	Bajo	4	-	35.2**	102	-	-	-	-	-
República Checa	EURO	Alto	26	10	38.0	2,125	35.6	42.9	Tabaquismo actual	15-64	42.5
República Democrática Popular Lao	WPRO	Medio	18	14	43.2**	435	46.8	51.4	Tabaquismo actual	25-64	43.2
República Dominicana	AMRO	Medio	9	8	33.1	234	15.6	17.1	Tabaquismo actual	18+	17.2
Ruanda	AFRO	Bajo	1	0	19.2	94	-	-	Fumadores de cigarrillos actuales	15-49	-
Rumania	EURO	Medio	24	6	90.4	1,404	45.5	45.5	Tabaquismo actual	15+	40.3
Samoa	WPRO	Medio	4	1	59.1	34	58.0	58.0	Tabaquismo actual	25-64	56.9
San Cristóbal y Nieves	AMRO	Medio	4	0	16.5	287	12.0	12.4	Tabaquismo actual	25-64	16.2
San Marino	EURO	Alto	24	7	32.9	-	-	-	-	-	-
San Vicente y las Granadinas	AMRO	Medio	10	8	31.5	351	18.3	18.3	Fumadores de cigarrillos actuales	19+	26.4
Santa Lucía	AMRO	Medio	4	2	25.2	249	24.3	27.7	Fumadores de cigarrillos actuales	25+	37.3
Santo Tomé y Príncipe	AFRO	Medio	16	10	-	69	8.2	9.3	Tabaquismo actual	25-64	9.7
Senegal	AFRO	Medio	3	-	47.6	398	12.0	15.6	Tabaquismo actual	18+	22.2
Serbia	EURO	Medio	-	-	76.9	2,861	37.6	37.6	Tabaquismo diario	20+	32.5
Seychelles	AFRO	Medio	7	2	42.3	565	21.1	24.3	Fumadores de cigarrillos diarios	25-64	30.8
Sierra Leona	AFRO	Bajo	7	-	43.9**	177	30.3	38.6	Tabaquismo actual	25-64	43.1
Singapur	WPRO	Alto	24	18	35.1	547	33.2	35.2	Fumadores de cigarrillos actuales	18+	25.2
Somalia	EMRO	Bajo	7	1	29.1**	67	-	-	-	-	-
Sri Lanka	SEARO	Medio	13	0	35.4	195	21.2	26.9	Tabaquismo actual	15-64	29.9

CONSUMO DE TABACO EN MUJERES					CONSUMO DE TABACO EN BRUTO TOTAL (HOMBRES Y MUJERES)			CONSUMO DE TABACO EN NIÑOS Y NIÑAS			PAÍS
PRODUCTOS Y SU CONSUMO											
Consumo actual de cigarrillos	Actualmente fuman CUALQUIER producto de tabaco	Tipo de consumo de tabaco	Grupo etario	Prevalencia bruta en mujeres	Tipo de consumo de tabaco	Grupo etario	Prevalencia bruta en hombres y mujeres	Consumo actual de cigarrillos de los niños	Consumo actual de cigarrillos de las niñas	Consumo actual de cigarrillos total	
% 2009, Estandarizada por edad en mujeres (o datos específicos del país)		Bruto en mujeres, últimos datos disponibles	años	%	Total bruto, últimos datos disponibles	años	% Total	% Total de 13 a 15 años			
50.0	50.0	Tabaquismo actual	15-64	56.0	Tabaquismo actual	15-64	52.9	-	-	-	Nauru
28.4	28.6	Tabaquismo actual	15-64	15.9	Tabaquismo actual	15-64	26.3	5.7	1.9	3.9	Nepal
5.3	-	Tabaquismo actual	15-49	5.3	Tabaquismo actual	15-49	-	25.6**	17.4**	21.2**	Nicaragua
<1	<1	Tabaquismo actual	15-64	1.0	Tabaquismo actual	15-64	-	11.7	1.1	6.3	Niger
<1	2.6	Fumadores de cigarrillos actuales	15-49	0.2	Fumadores de cigarrillos actuales	Con- sulte:	-	5.6**	1.3**	3.5**	Nigeria
14.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10.5	Niue
28.4	28.4	Tabaquismo actual	16-74	28.0	Tabaquismo actual	16-74	30.0	-	-	-	Noruega
23.7	23.7	Tabaquismo actual	15+	18.8	Tabaquismo actual	15+	19.9	14.5	20.6	17.6	Nueva Zelanda
<1	<1	Tabaquismo actual	20+	0.5	Tabaquismo actual	20+	7.0	3.5	1.2	2.3	Omán
22.1	26.2	Tabaquismo actual	15+	25.9	Tabaquismo actual	15+	-	19.1	20.8	20.0	Países Bajos
2.8	6.2	Tabaquismo actual	18+	5.7	Tabaquismo actual	18+	19.1	9.9	1.0	6.3	Pakistán
9.5	9.5	Tabaquismo actual	35-64	27.0	Tabaquismo actual	35-64	44.0	31.0	22.6	26.7	Palau
-	3.6	Tabaquismo actual	15+	4.0	Tabaquismo actual	15+	9.4	5.9	2.8	4.3	Panamá
30.8	30.8	Tabaquismo actual	15-64	27.0	Tabaquismo actual	15-64	44.0	52.1	35.8	43.8	Papúa Nueva Guinea
12.6	13.9	Tabaquismo actual	18+	13.3	Tabaquismo actual	18+	27.3	11.3	5.5	8.3	Paraguay
8.8	9.1	Fumadores de cigarrillos actuales	15-49	6.9	Fumadores de cigarrillos actuales	15-49	-	22.9	11.9	17.3	Perú
25.1	25.3	Tabaquismo actual	15+	24.4	Tabaquismo actual	15+	30.3	19.6	17.1	18.6	Polonia
15.8	15.8	Tabaquismo diario	15+	10.6	Tabaquismo diario	15+	18.7	-	-	-	Portugal
2.2	-	Consumo de tabaco diario	18+	2.2	Consumo de tabaco diario	18+	11.1	13.4	2.3	6.5	Qatar
21.0	23.4	Fumadores de cigarrillos actuales	16-100	21.0	Fumadores de cigarrillos actuales	16-100	21.0	4.0	6.0	5.0	Reino Unido
-	-	Fumadores de cigarrillos actuales	18-65	21.0	Fumadores de cigarrillos actuales	18-65	-	16.2	4.8	10.6	República Árabe Siria
-	-	-	-	-	-	-	-	10.4**	4.3**	8.1**	República Centroafricana
22.7	30.9	Tabaquismo actual	15-64	30.1	Tabaquismo actual	15-64	36.3	29.8	32.7	31.1	República Checa
2.9	3.8	Tabaquismo actual	25-64	2.0	Tabaquismo actual	25-64	19.0	10.2**	0.7**	5.5**	República Democrática Popular Lao
10.8	13.0	Tabaquismo actual	18+	12.5	Tabaquismo actual	18+	14.9	7.3	5.8	6.6	República Dominicana
0.3	-	Fumadores de cigarrillos actuales	15-49	0.3	Fumadores de cigarrillos actuales	15-49	-	3.0	0.9	1.8	Ruanda
24.1	24.1	Tabaquismo actual	15+	25.1	Tabaquismo actual	15+	32.4	21.5	14.3	17.6	Rumania
23.0	23.0	Tabaquismo actual	25-64	21.8	Tabaquismo actual	25-64	-	16.0	12.7	15.2	Samoa
2.2	2.4	Tabaquismo actual	25-64	1.1	Tabaquismo actual	25-64	-	7.0	1.9	4.6	San Cristóbal y Nieves
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	San Marino
6.0	6.0	Fumadores de cigarrillos actuales	19+	3.5	Fumadores de cigarrillos actuales	19+	13.5	14.8	9.5	12.0	San Vicente y las Granadinas
9.2	12.1	Fumadores de cigarrillos actuales	25+	5.6	Fumadores de cigarrillos actuales	25+	19.9	17.0	9.6	12.7	Santa Lucía
<1	1.5	Tabaquismo actual	25-64	1.7	Tabaquismo actual	25-64	5.5	-	-	-	Santo Tomé y Príncipe
<1	<1	Tabaquismo actual	18+	1.7	Tabaquismo actual	18+	11.6	12.1	2.7	7.5	Senegal
27.2	27.2	Tabaquismo diario	20+	23.7	Tabaquismo diario	20+	27.7	9.3	8.9	9.3	Serbia
2.0	4.6	Fumadores de cigarrillos diarios	25-64	3.9	Fumadores de cigarrillos diarios	25-64	17.4	23.2	20.0	21.5	Seychelles
1.1	8.2	Tabaquismo actual	25-64	10.5	Tabaquismo actual	25-64	25.8	6.3**	4.6**	5.4**	Sierra Leona
5.3	5.9	Fumadores de cigarrillos actuales	18+	4.2	Fumadores de cigarrillos actuales	18+	14.5	10.5	7.5	9.1	Singapur
-	-	-	-	-	-	-	-	4.9**	4.5**	5.8**	Somalia
<1	<1	Tabaquismo actual	15-64	0.4	Tabaquismo actual	15-64	15.0	1.6	0.9	1.2	Sri Lanka

\*\* Datos subnacionales utilizados ^ Los países clasificados como con ingreso "medio bajo" o "medio alto" según el Banco Mundial están clasificados aquí como "medio".

† Consulte datos masculino/femenino para el rango de edad

PAÍS			MUERTES		HUMO DE SEGUNDA MANO	CONSUMO DE CIGARRILLOS	CONSUMO DE TABACO EN HOMBRES				
			DAÑO			PRODUCTOS Y SU CONSUMO					
	REGIÓN DE LA OMS	Grupo de ingresos del Banco Mundial^	Muertes en hombres	Muertes en mujeres	Jóvenes expuestos al humo de segunda mano en el hogar	Consumo per cápita	Consumo actual de cigarrillos	Actualmente fuman CUALQUIER producto de tabaco	Tipo de consumo de tabaco	Grupo etario	Prevalencia bruta en hombres
			% 2004, Causadas por el tabaco (cálculos)		% de 13 a 15 años	Cigarrillos por persona	% 2009, Estandarizada por edad en hombres (o datos específicos del país)		Bruto en hombres, últimos datos disponibles	años	%
Suazilandia	AFRO	Medio	4	-	23.0	303	13.7	15.7	Tabaquismo actual	25-64	12.9
Sudáfrica	AFRO	Medio	11	5	32.1	459	21.2	23.6	Tabaquismo actual	15+	35.1
Sudán	EMRO	Medio	1	0	27.5	75	20.5	23.8	Tabaquismo actual	25-64	29.1
Suecia	EURO	Alto	10	9	-	715	12.8	-	Tabaquismo actual	16-84	25.0
Suiza	EURO	Alto	17	8	-	1,722	30.5	30.5	Tabaquismo actual	14-65	31.0
Surinam	AMRO	Medio	9	4	49.7	57	17.0	-	Fumadores de cigarrillos actuales	12-65	38.4
Tailandia	SEARO	Medio	16	11	49.0	560	45.0	45.1	Tabaquismo actual	15+	45.6
Tanzania (República Unida de)	AFRO	Bajo	4	-	19.4**	132	17.4	21.4	Fumadores de cigarrillos diarios	25-64	23.0
Tayikistán	EURO	Bajo	4	3	51.5	1,046	-	-	-	-	-
Timor Oriental	SEARO	Medio	17	8	63.2	-	-	-	Fumadores de cigarrillos actuales	-	30.5
Togo	AFRO	Bajo	3	-	20.2	307	-	-	-	-	-
Tonga	WPRO	Medio	7	8	56.9	48	43.7	43.7	Tabaquismo actual	15-64	45.8
Trinidad y Tobago	AMRO	Alto	10	1	40.1	1,106	25.3	27.4	Tabaquismo actual	15+	29.8
Túnez	EMRO	Medio	12	-	51.9	1,628	52.7	58.4	Tabaquismo diario	35-70	53.1
Turkmenistán	EURO	Medio	19	3	-	135	-	-	-	-	-
Turquía	EURO	Medio	38	6	89.3	1,399	46.4	46.6	Tabaquismo actual	15+	47.9
Tuvalu	WPRO	Medio	16	12	76.6	29	50.8	50.8	Tabaquismo diario	15+	54.6
Ucrania	EURO	Medio	24	2	70.1	2,401	50.0	50.3	Tabaquismo actual	15+	50.0
Uganda	AFRO	Bajo	2	0	20.0	24	15.0	16.2	Tabaquismo actual	15-54	25.2
Uruguay	AMRO	Medio	24	5	50.5	770	30.9	31.3	Tabaquismo actual	15+	30.7
Uzbekistán	EURO	Medio	10	3	17.3**	449	22.3	22.3	Fumadores de cigarrillos actuales	15+	20.0
Vanuatu	WPRO	Medio	9	7	59.3	43	41.7	43.0	Tabaquismo actual	15-64	46.5
Venezuela (República Bolivariana de)	AMRO	Medio	11	11	43.5	496	31.6	-	Tabaquismo actual	15+	22.6
Vietnam	WPRO	Medio	-	-	58.5	1,001	40.0	48.2	Tabaquismo actual	15+	47.4
Yemen	EMRO	Medio	9	1	44.9	402	29.6	35.0	Tabaquismo actual	15+	34.5
Yibuti	EMRO	Medio	2	0	39.5	309	-	-	Tabaquismo diario	15+	41.1
Zambia	AFRO	Medio	4	-	23.1**	74	21.9	24.3	Fumadores de cigarrillos actuales	15-49	23.2
Zimbabue	AFRO	Bajo	3	1	20.9**	189	24.8	29.8	Fumadores de cigarrillos actuales	15-49	21.3

CONSUMO DE TABACO EN MUJERES					CONSUMO DE TABACO EN BRUTO TOTAL (HOMBRES Y MUJERES)			CONSUMO DE TABACO EN NIÑOS Y NIÑAS			PAÍS
PRODUCTOS Y SU CONSUMO											
Consumo actual de cigarrillos	Actualmente fuman CUALQUIER producto de tabaco	Tipo de consumo de tabaco	Grupo etario	Prevalencia bruta en mujeres	Tipo de consumo de tabaco	Grupo etario	Prevalencia bruta en hombres y mujeres	Consumo actual de cigarrillos de los niños	Consumo actual de cigarrillos de las niñas	Consumo actual de cigarrillos total	
% 2009, Estandarizada por edad en mujeres (o datos específicos del país)		Bruto en mujeres, últimos datos disponibles	años	%	Total bruto, últimos datos disponibles	años	% Total	% Total de 13 a 15 años			
1.6	1.8	Tabaquismo actual	25-64	2.2	Tabaquismo actual	25-64	7.1	8.9	3.2	5.6	Suazilandia
7.2	8.4	Tabaquismo actual	15+	10.2	Tabaquismo actual	15+	-	17.9	10.6	13.6	Sudáfrica
1.2	2.1	Tabaquismo actual	25-64	3.5	Tabaquismo actual	25-64	14.0	10.2	2.1	6.0	Sudán
15.7	-	Tabaquismo actual	16-84	23.0	Tabaquismo actual	16-84	24.0	5.0	13.0	9.0	Suecia
20.6	20.6	Tabaquismo actual	14-65	23.0	Tabaquismo actual	14-65	27.0	35.7	29.6	32.7	Suiza
2.8	-	Fumadores de cigarrillos actuales	12-65	9.9	Fumadores de cigarrillos actuales	12-65	-	12.5	8.6	10.4	Surinam
2.7	3.0	Tabaquismo actual	15+	3.1	Tabaquismo actual	15+	23.7	15.8	2.4	8.8	Tailandia
1.2	2.9	Fumadores de cigarrillos diarios	25-64	1.3	Fumadores de cigarrillos diarios	25-64	-	4.6**	0.7**	2.6**	Tanzania (República Unida de)
-	-	-	-	-	-	-	-	1.1	0.6	0.9	Tayikistán
-	-	Fumadores de cigarrillos actuales	-	1.3	Fumadores de cigarrillos actuales	-	23.4	50.6	17.3	32.4	Timor Oriental
-	-	-	-	-	-	-	-	9.1	1.7	6.2	Togo
12.9	12.9	Tabaquismo actual	15-64	12.0	Tabaquismo actual	15-64	28.7	37.5	21.1	31.1	Tonga
10.0	11.2	Tabaquismo actual	15+	5.1	Tabaquismo actual	15+	21.1	14.7	10.3	12.9	Trinidad y Tobago
3.6	5.3	Tabaquismo diario	35-70	6.6	Tabaquismo diario	35-70	29.6	12.7	2.7	7.5	Túnez
19.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Turkmenistán
14.5	14.5	Tabaquismo actual	15+	15.2	Tabaquismo actual	15+	31.2	9.4	3.5	6.9	Turquía
20.1	20.1	Tabaquismo diario	15+	22.7	Tabaquismo diario	15+	37.9	33.2	22.1	26.6	Tuvalu
13.1	13.2	Tabaquismo actual	15+	11.3	Tabaquismo actual	15+	28.8	27.6	20.6	24.0	Ucrania
1.4	2.9	Tabaquismo actual	15-49	3.3	Tabaquismo actual	Con-sulte:	-	6.6	4.0	5.5	Uganda
21.9	21.9	Tabaquismo actual	15+	19.8	Tabaquismo actual	15+	25.0	16.4	22.9	20.2	Uruguay
3.5	3.5	Fumadores de cigarrillos actuales	15+	1.1	Fumadores de cigarrillos actuales	15+	10.0	2.4**	1.2**	1.8**	Uzbekistán
6.3	7.6	Tabaquismo actual	15-64	10.1	Tabaquismo actual	15-64	26.2	28.2	11.4	18.2	Vanuatu
26.5	-	Tabaquismo actual	15+	13.6	Tabaquismo actual	15+	18.0	6.0	8.4	7.4	Venezuela (República Bolivariana de)
1.3	1.5	Tabaquismo actual	15+	1.4	Tabaquismo actual	15+	23.8	5.9	1.2	3.3	Vietnam
10.2	10.8	Tabaquismo actual	15+	12.8	Tabaquismo actual	15+	23.7	4.2	1.6	3.9	Yemen
-	-	Tabaquismo diario	15+	9.2	Tabaquismo diario	15+	25.4	3.7	2.8	3.3	Yibuti
1.8	3.8	Fumadores de cigarrillos actuales	15-49	0.7	Fumadores de cigarrillos actuales	15-49	-	6.7**	6.8**	6.8**	Zambia
2.0	4.3	Fumadores de cigarrillos actuales	15-49	0.4	Fumadores de cigarrillos actuales	15-49	-	4.8**	1.5**	3.2**	Zimbabue

\*\* Datos subnacionales utilizados ^ Los países clasificados como con ingreso "medio bajo" o "medio alto" según el Banco Mundial están clasificados aquí como "medio".

† Consulte datos masculino/femenino para el rango de edad

	TABACO SIN HUMO	PROFESIONALES DE LA SALUD		PRECIOS DE LOS CIGARRILLOS	ASEQUIBILIDAD DE LOS CIGARRILLOS	FABRICACIÓN DE CIGARRILLOS	CIGARRILLOS ILÍCITOS	IMPUESTOS SOBRE EL TABACO	CULTIVO DEL TABACO
PAÍS	PRODUCTOS Y SU USO			PRECIOS		INDUSTRIA TABACALERA			
	Consumo de tabaco sin humo en adultos	Prevalencia del hábito de fumar de los estudiantes de profesiones de la salud	Tipo de estudiante	Precios de los cigarrillos	Precio según ingresos relativos	Producción	Participación ilícita en el mercado total de cigarrillos	Impuesto especial como % del precio del cigarrillo	Área de tabaco cosechada
Afganistán	-	18.3**	Medicina	2.25	8.46	-	-	0.0	-
Albania	0.9	10.2	Odontología	1.91	2.35	0.10	23.0	33.3	5,700
Alemania	-	27.5	Medicina	6.86	1.53	225.00	8.4	60.7	4,576
Andorra	-	-	-	3.13	-	-	-	2.5	-
Angola	-	-	-	2.68	-	3.90	-	16.0	3,473
Antigua y Barbuda	-	-	-	2.31	1.87	-	-	0.0	-
Arabia Saudita	0.8	8.2	Medicina	1.57	0.79	0.00	1.2	0.0	-
Argelia	5.7	9.0	Medicina	4.15	2.58	30.12	14.6	40.2	6,450
Argentina	-	35.5	Medicina	1.67	1.47	39.67	4.6	68.8	59,612
Armenia	1.3	45.6	Medicina	1.42	5.17	3.30	15.6	18.1	2,528
Australia	0.6	-	-	12.14	1.73	24.46	3.4	54.7	3,185
Austria	0.2	-	-	6.20	1.09	10.00	13.6	58.9	111
Azerbaiyán	0.1	-	-	1.88	1.45	2.19	7.9	9.3	8,177
Bahamas	-	2.6	Enfermería	5.49	1.23	-	-	31.2	-
Bangladesh	27.2	19.5	Medicina	1.68	10.06	23.68	4.4	53.0	31,161
Barbados	0.3	2.0	Enfermería	6.00	3.84	-	5.9	34.2	-
Baréin	-	10.9	Medicina	1.84	0.91	-	-	0.0	-
Bélgica	-	-	-	6.97	1.42	-	5.0	59.5	400
Belice	-	15.2	Enfermería	2.50	6.01	0.01	2.6	10.0	-
Benín	9.2	-	-	1.98	14.68	-	-	25.4	1,007
Bielorrusia	-	-	-	0.84	1.44	25.10	1.4	10.0	-
Bolivia (Estado Plurinacional de)	-	41.2	Medicina	1.56	4.64	1.97	45.0	29.0	1,060
Bosnia y Herzegovina	-	47.0	Medicina	2.66	3.61	5.68	7.9	55.2	3,204
Botsuana	-	-	-	2.52	3.48	-	-	39.1	-
Brasil	0.4	16.9**	Medicina	2.73	2.10	96.97	16.0	26.3	309,989
Bulgaria	0.0	45.0	Medicina	3.29	2.56	17.25	34.0	68.9	28,523
Burkina Faso	-	-	-	1.39	24.03	0.73	19.0	6.9	1,000
Burundi	-	-	-	3.25	36.09	0.47	-	36.3	705
Bután	19.4	-	-	-	-	-	-	-	110
Cabo Verde	4.6	-	-	2.95	7.62	-	-	4.9	-
Camboya	7.3	6.4	Medicina	1.03	4.06	4.50	5.0	10.7	9,669
Camerún	-	-	-	2.03	25.73	1.22	15.2	9.2	3,400
Canadá	1.3	6.0	Medicina	10.51	1.60	23.38	14.0	58.0	23,800
Chad	1.2	-	-	1.98	13.17	-	-	13.5	145
Chile	-	28.4	Medicina	3.80	1.82	20.19	1.6	60.4	3,508
China	0.5	11.9	Medicina	2.25	2.93	2356.27	7.6	26.2	1,441,537
Chipre	-	-	-	6.13	1.33	0.97	5.0	64.5	76
Colombia	-	-	-	1.75	1.60	17.25	17.6	40.3	14,692
Comoras	-	-	-	2.64	16.56	0.00	-	54.4	-
Congo	-	-	-	1.98	3.39	0.01	1.0	16.3	600
Congo (República Democrática del)	9.1	-	-	3.33	59.19	6.50	-	24.9	7,958
Corea (República de)	-	17.5	Medicina	2.24	1.05	124.63	0.4	52.9	24,300
Corea (República Popular Democrática de)	0.0	-	-	-	-	15.50	-	-	44,000
Costa de Marfil	-	1.9	Medicina	2.13	15.62	3.60	15.0	21.4	20,000
Costa Rica	0.5	32.8	Medicina	1.53	1.94	1.69	47.5	44.2	117
Croacia	0.4	36.6**	Medicina	3.95	2.39	12.50	17.6	53.0	5,678
Cuba	-	29.5**	Medicina	3.11	-	14.40	-	87.1	45,323
Dinamarca	2.0	-	-	6.94	1.17	12.00	1.0	60.9	-

INDUSTRIA TABACALERA							MERCADEO DEL TABACO			PAÍS	
Área de cosecha de tabaco	Cambio en el porcentaje del área de cosecha de tabaco	Producción de tabaco	Producción de tabaco	Cambio en el porcentaje de la producción de tabaco	Tierra agrícola donde se cultiva tabaco	Jóvenes que tienen un objeto con el logotipo de tabaco				Población	
-	-	-	-	-	-	11.7**	9.4**	11.4**	28,150	Afganistán	
1,200	-78.9	6,200	1,600	-74.2	0.09	19.4	16.2	17.7	3,155	Albania	
3,091	-32.5	10,985	8,223	-25.1	0.02	-	-	-	82,167	Alemania	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	86	Andorra	
4,170	20.1	3,300	5,805	75.9	0.01	-	-	-	18,498	Angola	
-	-	-	-	-	-	10.7	11.9	11.8	88	Antigua y Barbuda	
-	-	-	-	-	-	11.8	12.0	12.3	25,721	Arabia Saudita	
4,594	-28.8	7,153	7,668	7.2	0.01	10.6**	8.8**	9.8**	34,895	Argelia	
74,546	25.1	114,509	159,495	39.3	0.07	13.6	10.7	12.1	40,276	Argentina	
297	-88.3	4,577	1,055	-76.9	0.01	17.5	14.2	15.6	3,083	Armenia	
0	-100.0	7,762	4,315	-44.4	0.00	-	-	-	21,293	Australia	
0	-100.0	230	0	-100.0	-	-	-	-	8,364	Austria	
1,200	-85.3	17,258	2,609	-84.9	0.02	-	-	-	8,832	Azerbaiyán	
-	-	-	-	-	-	16.2	14.3	15.6	342	Bahamas	
29,869	-4.1	35,000	40,265	15.0	0.31	15.3	10.9	12.8	162,221	Bangladesh	
-	-	-	-	-	-	19.4	12.3	15.7	256	Barbados	
-	-	-	-	-	-	24.8	21.7	23.3	791	Baréin	
64	-84.0	1,200	153	-87.3	0.00	-	-	-	10,647	Bélgica	
-	-	-	-	-	-	8.7	10.4	9.6	307	Belize	
143	-85.8	679	93	-86.3	0.02	19.1**	20.8**	20.0**	8,935	Benín	
-	-	-	-	-	-	17.2	9.8	13.5	9,634	Bielorrusia	
916	-13.6	975	1,284	31.7	0.00	15.9**	14.5**	15.3**	9,863	Bolivia (Estado Plurinacional de)	
1,614	-49.6	3,277	2,424	-26.0	0.09	22.1	15.9	18.9	3,767	Bosnia y Herzegovina	
-	-	-	-	-	-	12.3	9.6	10.7	1,950	Botswana	
442,397	42.7	578,451	863,079	49.2	0.16	6.9**	5.4**	6.2**	193,734	Brasil	
27,870	-2.3	32,296	51,322	58.9	0.49	17.2	15.4	16.4	7,545	Bulgaria	
1,098	9.8	500	791	58.2	0.01	22.1**	23.6**	23.0**	15,757	Burkina Faso	
1,497	112.3	762	1,209	58.7	0.04	17.6	13.0	15.3	8,303	Burundi	
97	-11.8	144	128	-11.1	0.02	11.9	9.2	10.5	697	Bután	
-	-	-	-	-	-	15.7	10.2	12.5	506	Cabo Verde	
9,269	-4.1	7,665	18,599	142.6	0.17	16.3**	11.7**	13.8**	14,805	Camboya	
4,173	22.7	4,700	7,112	51.3	0.04	14.4**	12.6**	13.5**	19,522	Camerún	
16,414	-31.0	53,010	45,991	-13.2	0.02	-	-	-	33,573	Canadá	
221	52.4	184	237	28.8	0.00	28.9	33.7	30.3	11,206	Chad	
1,652	-52.9	10,521	5,626	-46.5	0.01	9.9**	8.6**	9.3**	16,970	Chile	
1,391,703	-3.5	2,563,850	3,067,928	19.7	0.25	10.8**	8.3**	9.5**	1,353,311	China	
10	-86.8	374	323	-13.6	0.09	18.3	8.2	13.0	871	Chipre	
12,768	-13.1	27,767	21,048	-24.2	0.03	11.9**	9.4**	10.5**	45,660	Colombia	
-	-	-	-	-	-	22.2	18.1	20.1	676	Comoras	
1,029	71.5	200	460	130.0	0.01	24.3	18.8	21.7	3,683	Congo	
7,800	-2.0	4,210	5,628	33.7	0.04	19.8**	23.8**	21.9**	66,020	Congo (República Democrática del)	
13,222	-45.6	68,198	42,075	-38.3	0.83	8.1	6.6	7.4	48,333	Corea (República de)	
48,795	10.9	63,000	80,324	27.5	1.53	-	-	-	23,906	Corea (República Popular Democrática de)	
17,799	-11.0	10,200	10,171	-0.3	0.10	15.6	11.4	13.7	21,075	Costa de Marfil	
44	-62.4	187	62	-66.8	0.00	11.4	7.3	9.3	4,579	Costa Rica	
6,062	6.8	9,714	13,348	37.4	0.46	15.2	13.3	14.3	4,416	Croacia	
24,861	-45.1	32,237	25,200	-21.8	0.35	9.1	10.8	10.0	11,204	Cuba	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	5,470	Dinamarca	

\*\* Datos subnacionales utilizados

	TABACO SIN HUMO	PROFESIONALES DE LA SALUD		PRECIOS DE LOS CIGARRILLOS	ASEQUIBILIDAD DE LOS CIGARRILLOS	FABRICACIÓN DE CIGARRILLOS	CIGARRILLOS ILÍCITOS	IMPUESTOS SOBRE EL TABACO	CULTIVO DEL TABACO	
PAÍS	PRODUCTOS Y SU USO			PRECIOS		INDUSTRIA TABACALERA				
	Consumo de tabaco sin humo en adultos	Prevalencia del hábito de fumar de los estudiantes de profesiones de la salud	Tipo de estudiante	Precios de los cigarrillos	Precio según ingresos relativos	Producción	Participación ilícita en el mercado total de cigarrillos	Impuesto especial como % del precio del cigarrillo	Área de tabaco cosechada	
Dominica	-	-	-	3.83	2.51	-	-	12.6	-	
Ecuador	-	-	-	2.50	5.02	3.10	14.8	53.6	4,174	
Egipto	2.6	7.9	Medicina	1.69	2.92	82.00	0.3	73.8	-	
El Salvador	-	-	-	2.25	4.73	0.00	11.7	43.3	580	
Emiratos Árabes Unidos	-	-	-	1.91	0.23	0.04	45.1	0.0	52	
Eritrea	2.9	-	-	3.90	98.12	-	-	44.6	-	
Eslovaquia	-	26.0	Medicina	3.66	1.98	5.05	15.0	65.0	1,134	
Eslovenia	-	21.0	Medicina	3.91	1.40	0.00	8.1	60.6	-	
España	2.5	21.1	Medicina	5.99	1.49	2.95	1.0	64.6	14,078	
Estado de Brunéi	-	-	-	2.36	0.47	-	-	63.2	-	
Estados Unidos de América	3.5	3.3	Medicina	6.36	1.32	338.23	6.4	39.9	189,970	
Estonia	-	-	-	3.33	1.88	0.00	36.2	67.8	-	
Etiopía	1.3	-	-	1.57	15.48	3.40	38.0	43.0	4,700	
Federación Rusa	0.6	38.9	Medicina	1.74	0.93	402.70	0.5	19.7	1,840	
Filipinas	2.0	20.6	Medicina	0.74	2.65	93.81	19.9	52.0	41,051	
Finlandia	2.0	-	-	7.61	1.49	0.00	5.8	60.1	-	
Fiyi	-	11.3	Medicina	2.70	-	0.04	4.7	76.9	300	
Francia	1.4	34.6	Medicina	8.31	1.68	18.42	12.8	64.3	9,282	
Gabón	1.0	-	-	1.99	2.31	-	-	6.6	-	
Gambia	1.1	-	-	1.05	5.93	-	14.0	30.0	-	
Georgia	0.6	17.1	Medicina	2.71	2.74	2.55	9.0	46.2	1,801	
Ghana	0.8	4.3	Medicina	2.78	10.66	1.50	10.0	14.0	3,950	
Granada	-	2.5	Enfermería	4.14	4.33	-	-	34.0	-	
Grecia	0.6	28.8	Medicina	5.21	1.46	31.25	7.0	65.0	61,000	
Guatemala	-	73.0	Medicina	1.89	5.54	3.77	13.9	46.0	8,374	
Guinea	1.4	-	-	0.98	7.75	-	-	11.1	3,470	
Guinea-Bissau	-	-	-	1.00	11.93	-	85.0	16.1	-	
Guinea Ecuatorial	-	-	-	2.12	-	-	-	19.4	-	
Guyana	2.5	3.8	Medicina	3.16	5.13	-	1.8	16.3	91	
Haití	1.3	-	-	1.66	-	-	-	-	400	
Honduras	-	-	-	1.59	7.06	6.18	-	25.9	11,214	
Hungría	0.6	-	-	3.56	1.82	5.99	12.4	60.6	5,764	
India	25.9	13.4	Medicina	2.03	13.22	100.00	10.0	27.7	433,400	
Indonesia	1.3	8.6	Medicina	1.40	4.56	180.50	8.1	45.7	168,300	
Irak	0.9	19.2	Medicina	2.56	2.50	4.40	22.9	0.0	2,400	
Irán (República Islámica de)	-	5.6	Medicina	2.03	1.56	28.00	28.7	0.0	19,685	
Irlanda	1.3	12.0	Odontología	10.92	2.25	-	33.2	61.6	-	
Islandia	2.9	-	-	8.23	1.66	0.00	-	36.1	-	
Islas Cook	-	-	-	8.80	-	0.00	-	0.0	-	
Islas Marshall	65.1	-	-	3.50	-	-	-	0.0	-	
Islas Salomón	-	-	-	-	-	-	-	-	100	
Israel	-	-	-	5.26	1.28	1.59	2.8	68.0	0	
Italia	0.6	20.0	Medicina	6.48	1.48	13.29	2.4	58.3	38,788	
Jamaica	-	6.7	Medicina	8.73	13.21	-	7.7	36.2	1,163	
Japón	-	38.0	Enfermería	5.34	0.80	158.50	0.1	58.3	23,991	
Jordania	-	43.9	Enfermería	2.39	4.07	16.09	11.0	61.2	3,069	
Kazajistán	-	-	-	1.09	0.65	24.26	1.1	16.0	8,900	
Kenia	1.7	9.8	Medicina	3.01	28.10	15.24	12.0	50.0	14,160	
Kirguistán	3.4	36.6	Medicina	0.74	6.04	3.60	31.8	7.6	14,465	

INDUSTRIA TABACALERA							MERCADEO DEL TABACO			PAÍS	
Área de cosecha de tabaco	Cambio en el porcentaje del área de cosecha de tabaco	Producción de tabaco	Producción de tabaco	Cambio en el porcentaje de la producción de tabaco	Tierra agrícola donde se cultiva tabaco	Jóvenes que tienen un objeto con el logotipo de tabaco			Población		
-	-	-	-	-	-	15.9	14.6	16.0	67	Dominica	
3,903	-6.5	5,080	8,087	59.2	0.06	16.9**	8.7**	12.6**	13,625	Ecuador	
-	-	-	-	-	-	15.2	10.0	13.2	82,999	Egipto	
781	34.7	1,050	1,496	42.5	0.04	11.0	7.9	9.1	6,163	El Salvador	
40	-23.1	660	811	22.9	0.01	13.7	8.8	11.4	4,599	Emiratos Árabes Unidos	
-	-	-	-	-	-	19.1	16.5	18.1	5,073	Eritrea	
19	-98.3	1,870	2	-99.9	0.00	21.1	13.6	17.3	5,406	Eslovaquia	
-	-	-	-	-	-	13.7	11.6	13.3	2,020	Eslovenia	
10,000	-29.0	42,908	30,400	-29.2	0.04	-	-	-	44,904	España	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	400	Estado de Brunéi	
143,275	-24.6	477,753	373,440	-21.8	0.03	13.1	11.6	12.3	314,659	Estados Unidos de América	
-	-	-	-	-	-	18.1	16.7	17.3	1,340	Estonia	
6,224	32.4	3,300	4,820	46.1	0.01	15.2**	10.2**	12.6**	82,825	Etiopía	
1	-99.9	1,440	3	-99.8	0.00	18.2	11.1	14.7	140,874	Federación Rusa	
26,100	-36.4	49,479	36,383	-26.5	0.19	12.4	10.0	11.1	91,983	Filipinas	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	5,326	Finlandia	
650	116.7	313	343	9.6	0.12	12.0	14.3	13.1	849	Fiyi	
6,707	-27.8	25,252	17,838	-29.4	0.02	-	-	-	62,343	Francia	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,475	Gabón	
-	-	-	-	-	-	28.4	31.9	31.4	1,705	Gambia	
700	-61.0	1,855	100	-94.6	0.03	18.4	11.2	14.6	4,260	Georgia	
6,015	52.3	1,350	4,069	201.4	0.04	17.4	13.2	15.4	23,837	Ghana	
-	-	-	-	-	-	16.6	7.9	11.6	104	Granada	
15,700	-74.3	136,593	27,501	-79.9	0.35	23.0	15.8	19.6	11,161	Grecia	
8,376	0.0	18,630	20,158	8.2	0.23	-	-	-	14,027	Guatemala	
2,196	-36.7	3,851	2,863	-25.7	0.02	30.1	25.6	28.6	10,069	Guinea	
-	-	-	-	-	-	20.0**	19.0**	19.5**	1,611	Guinea-Bissau	
-	-	-	-	-	-	11.2	9.8	10.6	676	Guinea Ecuatorial	
115	26.4	90	119	32.2	0.01	14.1	11.4	13.0	762	Guyana	
518	29.5	550	605	10.0	0.03	17.6**	14.9**	15.9**	10,033	Haití	
4,189	-62.6	5,035	6,098	21.1	0.14	11.8**	13.6**	12.8**	7,466	Honduras	
5,918	2.7	10,485	6,679	-36.3	0.10	15.9	15.1	15.8	9,993	Hungría	
390,000	-10.0	520,000	620,000	19.2	0.21	-	-	-	1,198,003	India	
232,160	37.9	146,100	181,319	24.1	0.41	14.3	6.8	10.3	229,965	Indonesia	
2,320	-3.3	2,250	2,156	-4.2	0.03	15.0**	10.8**	13.2**	30,747	Irak	
7,993	-59.4	20,980	8,826	-57.9	0.02	9.9	8.8	9.3	74,196	Irán (República Islámica de)	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	4,515	Irlanda	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	323	Islandia	
-	-	-	-	-	-	14.2	18.0	16.2	20	Islas Cook	
-	-	-	-	-	-	13.8	20.6	17.6	62	Islas Marshall	
100	0.0	85	88	3.5	0.12	21.3	14.4	17.2	523	Islas Salomón	
0	-	0	0	-	-	-	-	-	7,170	Israel	
30,743	-20.7	129,937	119,119	-8.3	0.24	15.4	11.0	13.2	59,870	Italia	
1,305	12.2	1,920	1,893	-1.4	0.26	15.4	11.9	14.0	2,719	Jamaica	
15,800	-34.1	60,803	36,600	-39.8	0.36	-	-	-	127,156	Japón	
2,667	-13.1	2,668	1,961	-26.5	0.30	17.2	18.9	18.6	6,316	Jordania	
4,000	-55.0	16,160	9,000	-44.3	0.00	15.8	9.7	12.6	15,637	Kazajistán	
17,000	20.1	17,960	13,605	-24.2	0.05	17.1	17.2	17.6	39,802	Kenia	
4,850	-66.5	34,613	12,005	-65.3	0.05	17.2	19.1	18.2	5,482	Kirguistán	

\*\* Datos subnacionales utilizados

	TABACO SIN HUMO	PROFESIONALES DE LA SALUD		PRECIOS DE LOS CIGARRILLOS	ASEQUIBILIDAD DE LOS CIGARRILLOS	FABRICACIÓN DE CIGARRILLOS	CIGARRILLOS ILÍCITOS	IMPUESTOS SOBRE EL TABACO	CULTIVO DEL TABACO	
PAÍS	PRODUCTOS Y SU USO			PRECIOS		INDUSTRIA TABACALERA				
	Consumo de tabaco sin humo en adultos	Prevalencia del hábito de fumar de los estudiantes de profesiones de la salud	Tipo de estudiante	Precios de los cigarrillos	Precio según ingresos relativos	Producción	Participación ilícita en el mercado total de cigarrillos	Impuesto especial como % del precio del cigarrillo	Área de tabaco cosechada	
Kiribati	-	16.7	Enfermería	7.19	48.33	-	-	0.0	-	
Kuwait	-	5.3	Medicina	1.79	0.45	0.00	0.9	0.0	-	
Lesoto	5.4	-	-	3.82	45.65	-	-	27.5	-	
Letonia	0.8	40.3	Medicina	3.33	2.68	0.02	35.3	63.2	-	
Líbano	-	28.2	Medicina	1.50	1.49	0.56	22.5	36.6	8,726	
Liberia	2.4	-	-	1.04	30.52	-	23.0	6.8	-	
Libia	1.2	10.1	Medicina	1.97	0.71	4.30	80.0	2.0	666	
Lituania	-	67.7	Medicina	3.35	2.64	18.10	25.0	60.4	-	
Luxemburgo	-	-	-	6.20	0.43	4.25	-	57.2	-	
Macedonia (Antigua República Yugoslava de)	-	72.5	Medicina	2.87	2.42	6.89	7.7	39.0	22,785	
Madagascar	22.1	-	-	2.30	23.73	5.36	4.4	59.6	2,807	
Malasia	0.6	-	-	3.30	2.88	52.10	39.9	47.5	9,129	
Malawi	3.5	-	-	-	-	-	1.9	37.3	118,752	
Maldivas	6.8	-	-	1.56	2.54	0.00	-	0.0	-	
Mali	2.7	-	-	0.99	20.47	-	40.0	5.9	372	
Malta	-	15.3	Medicina	3.08	2.69	0.00	6.0	61.9	-	
Marruecos	-	8.7	Medicina	3.98	3.95	13.70	11.8	50.6	4,570	
Mauricio	-	-	-	3.31	3.21	-	-	58.7	397	
Mauritania	9.0	-	-	1.51	12.14	-	6.0	0.0	-	
México	0.3	35.3	Medicina	2.50	1.74	43.70	6.1	48.9	22,674	
Micronesia (Estados Federados de)	11.4	-	-	2.25	-	0.00	-	25.0	-	
Moldavia (República de)	0.0	23.0	Enfermería	1.38	4.46	4.96	3.9	13.5	23,537	
Mónaco	-	-	-	7.30	-	-	-	0.0	-	
Mongolia	1.7	19.9	Medicina	1.18	5.00	0.00	0.0	21.7	-	
Montenegro	-	-	-	2.29	-	0.24	5.5	50.4	-	
Mozambique	6.9	3.4	Medicina	2.05	9.88	2.01	10.4	45.8	9,000	
Myanmar	29.6	13.4	Medicina	-	11.00	9.47	7.0	50.0	33,185	
Namibia	2.1	-	-	3.95	6.51	-	-	33.2	-	
Nauru	-	-	-	4.46	-	-	-	0.0	-	
Nepal	18.6	23.7	Medicina	1.21	16.68	13.10	-	17.2	4,283	
Nicaragua	-	-	-	1.50	11.62	0.10	10.0	16.1	934	
Níger	1.9	37.7	Medicina	1.98	26.54	-	-	10.1	6,200	
Nigeria	2.1	-	-	1.43	9.66	17.00	6.7	15.9	37,000	
Niue	-	-	-	7.21	-	-	-	0.0	-	
Noruega	10.0	-	-	15.11	1.51	-	4.1	52.3	-	
Nueva Zelanda	-	-	-	10.35	2.73	0.94	3.2	61.2	0	
Omán	-	2.3	Enfermería	1.67	0.91	-	-	0.0	270	
Países Bajos	-	-	-	7.12	1.35	115.30	9.5	62.7	-	
Pakistán	4.9	-	-	1.23	9.09	70.00	27.5	47.9	56,400	
Palau	-	-	-	4.50	-	0.00	-	0.0	-	
Panamá	-	58.8	Medicina	3.25	4.28	0.00	28.6	42.4	1,100	
Papúa Nueva Guinea	-	34.9	Enfermería	4.86	-	-	11.6	26.3	-	
Paraguay	7.5	25.7**	Medicina	1.34	2.26	26.40	5.0	7.4	3,235	
Perú	-	34.9**	Medicina	2.53	3.07	0.00	18.8	31.1	4,900	
Polonia	0.5	76.8	Medicina	3.93	2.55	142.86	8.5	66.1	14,057	
Portugal	0.0	-	-	5.35	2.22	25.00	6.3	63.0	2,118	
Qatar	4.0	-	-	1.79	0.23	-	1.1	0.0	-	
Reino Unido	1.1	-	-	10.99	2.56	65.00	11.0	73.5	-	

INDUSTRIA TABACALERA							MERCADERO DEL TABACO			PAÍS	
Área de cosecha de tabaco	Cambio en el porcentaje del área de cosecha de tabaco	Producción de tabaco	Producción de tabaco	Cambio en el porcentaje de la producción de tabaco	Tierra agrícola donde se cultiva tabaco	Jóvenes que tienen un objeto con el logotipo de tabaco			Población		
-	-	-	-	-	-	28.3	21.0	24.2	98	Kiribati	
-	-	-	-	-	-	17.7	14.3	16.0	2,985	Kuwait	
-	-	-	-	-	-	16.7	14.3	16.3	2,067	Lesoto	
-	-	-	-	-	-	31.2**	24.9**	27.8	2,249	Letonia	
8,217	-5.8	10,800	9,010	-16.6	1.24	-	-	-	4,224	Líbano	
-	-	-	-	-	-	16.0**	16.5**	16.3**	3,955	Liberia	
598	-10.2	1,500	1,416	-5.6	0.00	13.9	8.6	11.3	6,420	Libia	
-	-	-	-	-	-	20.7	12.2	16.2	3,287	Lituania	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	486	Luxemburgo	
17,800	-21.9	22,175	24,122	8.8	1.59	26.5	21.5	24.1	2,042	Macedonia (Antigua República Yugoslava de)	
2,720	-3.1	2,204	1,952	-11.4	0.00	4.7	7.5	6.2	19,625	Madagascar	
14,406	57.8	7,172	14,445	101.4	0.17	18.5	11.0	14.7	27,468	Malasia	
183,052	54.1	98,675	208,155	111.0	2.95	20.8	20.5	20.6	15,263	Malawi	
-	-	-	-	-	-	9.6	6.4	8.1	309	Maldivas	
1,188	219.4	446	1,410	216.1	0.00	15.4	11.8	13.9	13,010	Malí	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	409	Malta	
795	-82.6	5,333	2,000	-62.5	0.01	11.1	7.8	9.7	31,993	Marruecos	
238	-40.1	563	314	-44.2	0.26	-	-	-	1,288	Mauricio	
-	-	-	-	-	-	30.4	24.8	27.8	3,291	Mauritania	
4,312	-81.0	45,164	7,822	-82.7	0.01	23.3**	19.0**	20.9**	109,610	México	
-	-	-	-	-	-	28.8	21.7	25.1	111	Micronesia (Estados Federados de)	
2,517	-89.3	25,306	4,400	-82.6	0.11	10.2	6.1	8.0	3,604	Moldavia (República de)	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	33	Mónaco	
-	-	-	-	-	-	12.2	7.9	9.9	2,671	Mongolia	
126	-	-	272	-	0.03	22.6	18.0	20.2	624	Montenegro	
60,000	566.7	9,470	75,660	698.9	0.07	16.3**	11.9**	14.3**	22,894	Mozambique	
12,000	-63.8	50,900	18,000	-64.6	0.17	9.5	7.7	8.6	50,020	Myanmar	
-	-	-	-	-	-	16.6	15.2	16.0	2,171	Namibia	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	Nauru	
2,542	-40.6	3,809	2,497	-34.4	0.06	12.9	8.0	10.7	29,331	Nepal	
1,841	97.1	1,479	2,952	99.6	0.04	15.1**	10.1**	12.5**	5,743	Nicaragua	
789	-87.3	4,422	913	-79.4	0.00	28.3	31.6	29.9	15,290	Níger	
20,358	-45.0	22,000	14,103	-35.9	0.02	18.1**	13.8**	16.1**	154,729	Nigeria	
-	-	-	-	-	-	-	-	22.3	1	Niue	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	4,812	Noruega	
0	-	0	0	-	-	-	-	-	4,266	Nueva Zelanda	
268	-0.7	1,300	1,314	1.1	0.02	11.9	12.5	12.4	2,845	Omán	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	16,592	Países Bajos	
49,676	-11.9	107,700	104,996	-2.5	0.20	8.9**	14.5**	11.4**	180,808	Pakistán	
-	-	-	-	-	-	9.5	9.7	9.6	20	Palau	
1,428	29.8	1,800	2,627	45.9	0.07	8.7	4.5	6.4	3,454	Panamá	
-	-	-	-	-	-	20.3	18.0	18.9	6,732	Papúa Nueva Guinea	
3,250	0.5	4,486	5,688	26.8	0.01	15.3	8.4	11.8	6,349	Paraguay	
521	-89.4	12,249	2,205	-82.0	0.00	7.6	11.1	9.5	29,165	Perú	
16,900	20.0	29,545	39,293	33.0	0.11	29.5	23.7	26.5	38,074	Polonia	
600	-71.7	6,135	1,375	-77.6	0.01	-	-	-	10,707	Portugal	
-	-	-	-	-	-	18.8	14.5	16.8	1,409	Qatar	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	61,565	Reino Unido	

\*\* Datos subnacionales utilizados

	TABACO SIN HUMO	PROFESIONALES DE LA SALUD		PRECIOS DE LOS CIGARRILLOS	ASEQUIBILIDAD DE LOS CIGARRILLOS	FABRICACIÓN DE CIGARRILLOS	CIGARRILLOS ILÍCITOS	IMPUESTOS SOBRE EL TABACO	CULTIVO DEL TABACO	
PAÍS	PRODUCTOS Y SU USO			PRECIOS		INDUSTRIA TABACALERA				
	Consumo de tabaco sin humo en adultos	Prevalencia del hábito de fumar de los estudiantes de profesiones de la salud	Tipo de estudiante	Precios de los cigarrillos	Precio según ingresos relativos	Producción	Participación ilícita en el mercado total de cigarrillos	Impuesto especial como % del precio del cigarrillo	Área de tabaco cosechada	
República Árabe Siria	0.0	66.3	Medicina	2.36	2.24	14.19	8.0	33.0	18,100	
República Centrafricana	-	-	-	3.84	14.48	-	-	13.3	750	
República Checa	2.1	21.6	Medicina	4.33	1.86	27.80	10.0	62.0	-	
República Democrática Popular Lao	7.9	6.0	Medicina	1.40	6.00	2.73	8.8	20.4	6,700	
República Dominicana	0.8	-	-	3.24	6.23	1.95	29.5	43.3	13,250	
Ruanda	2.6	-	-	2.04	15.25	-	-	50.8	3,634	
Rumania	-	-	-	3.79	4.13	28.54	26.3	62.6	11,300	
Samoa	0.6	-	-	5.23	-	-	-	48.3	40	
San Cristóbal y Nieves	0.1	-	-	5.38	2.50	-	-	5.0	-	
San Marino	-	-	-	5.44	-	0.00	-	74.2	-	
San Vicente y las Granadinas	-	-	-	5.00	3.83	-	-	1.7	50	
Santa Lucía	-	-	-	2.21	4.25	-	-	0.0	-	
Santo Tomé y Príncipe	2.8	-	-	2.65	-	-	-	8.7	-	
Senegal	-	10.2	Medicina	1.29	9.29	8.25	4.4	26.3	-	
Serbia	-	34.7	Medicina	2.03	2.19	22.06	5.1	56.9	-	
Seychelles	0.1	-	-	5.43	5.74	0.04	-	67.6	-	
Sierra Leona	7.8	-	-	1.03	12.32	-	18.0	18.3	40	
Singapur	-	-	-	9.29	1.82	7.50	5.7	60.7	0	
Somalia	-	5.6**	Medicina	0.85	-	-	-	0.0	250	
Sri Lanka	15.8	4.2	Medicina	3.62	13.80	4.16	9.0	59.2	4,480	
Suazilandia	1.6	-	-	3.47	11.90	-	15.0	32.5	194	
Sudáfrica	6.6	-	-	4.14	4.87	19.67	9.0	40.7	15,600	
Sudán	12.2	45.8	Medicina	2.40	7.41	5.00	25.0	58.9	-	
Suecia	17.0	-	-	7.74	1.36	-	15.4	56.5	-	
Suiza	0.1	-	-	8.28	0.97	69.12	5.0	55.4	681	
Surinam	-	17.4	Enfermería	3.65	3.13	-	-	40.8	-	
Tailandia	3.9	2.1	Medicina	2.56	3.67	27.63	2.6	62.2	31,363	
Tanzania (República Unida de)	1.4	-	-	2.90	34.09	5.68	-	10.9	44,000	
Tayikistán	-	-	-	1.81	9.25	-	-	3.2	3,702	
Timor Oriental	2.2	-	-	1.50	21.24	-	-	-	-	
Togo	-	-	-	1.98	24.26	0.00	16.8	15.0	4,000	
Tonga	-	-	-	4.93	10.51	0.00	-	54.8	-	
Trinidad y Tobago	-	5.7	Enfermería	2.82	-	4.86	1.6	20.7	60	
Túnez	5.4	17.6	Medicina	2.95	2.83	12.15	3.9	49.6	3,231	
Turkmenistán	12.0	-	-	1.89	3.03	0.00	-	31.4	1,600	
Turquía	-	17.9	Medicina	4.38	2.88	94.00	15.7	63.0	236,569	
Tuvalu	-	-	-	5.39	-	0.00	-	14.3	-	
Ucrania	0.2	33.1	Medicina	1.26	5.84	101.78	1.5	53.6	3,600	
Uganda	3.3	2.8	Medicina	1.76	14.76	-	2.4	29.3	13,712	
Uruguay	0.0	32.3	Medicina	3.61	2.58	4.97	22.6	54.3	830	
Uzbekistán	11.3	-	-	1.20	3.65	10.23	8.8	13.0	6,700	
Vanuatu	-	-	-	8.03	23.60	-	-	12.3	-	
Venezuela (República Bolivariana de)	-	-	-	4.66	4.66	28.50	14.0	67.6	5,362	
Vietnam	1.3	11.2	Medicina	1.66	5.61	116.50	15.2	32.5	24,400	
Yemen	10.7	10.9	Medicina	1.25	6.40	13.80	14.5	53.5	5,347	
Yibuti	-	-	-	1.13	8.14	-	-	30.7	-	
Zambia	0.6	5.5	Enfermería	1.83	13.62	0.00	25.0	30.9	9,000	

INDUSTRIA TABACALERA							MERCADEO DEL TABACO			PAÍS	
Área de cosecha de tabaco	Cambio en el porcentaje del área de cosecha de tabaco	Producción de tabaco	Producción de tabaco	Cambio en el porcentaje de la producción de tabaco	Tierra agrícola donde se cultiva tabaco	Jóvenes que tienen un objeto con el logotipo de tabaco			Población		
12,674	-30.0	26,112	19,881	-23.9	0.10	15.9	9.8	12.9	21,906	República Árabe Siria	
715	-4.7	652	759	16.4	0.01	15.8**	32.8**	24.3**	4,422	República Centroafricana	
-	-	-	-	-	-	17.1	16.6	16.9	10,369	República Checa	
5,513	-17.7	39,926	25,966	-35.0	0.25	15.6**	14.4**	15.0**	6,320	República Democrática Popular Lao	
11,000	-17.0	17,229	11,800	-31.5	0.36	11.4	9.5	10.7	10,090	República Dominicana	
4,459	22.7	3,800	6,278	65.2	0.15	11.2	7.5	9.6	9,998	Ruanda	
850	-92.5	10,900	1,566	-85.6	0.01	22.5	21.2	21.8	21,275	Rumania	
50	25.0	140	207	47.9	0.08	26.0	16.9	21.5	179	Samoa	
-	-	-	-	-	-	20.5	15.6	17.6	52	San Cristóbal y Nieves	
-	-	-	-	-	-	15.3	5.9	10.6	31	San Marino	
81	62.0	86	109	26.7	0.70	14.9	10.4	12.4	109	San Vicente y las Granadinas	
-	-	-	-	-	-	19.0	9.1	13.1	172	Santa Lucía	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	163	Santo Tomé y Príncipe	
-	-	-	-	-	-	17.4	19.6	18.9	12,534	Senegal	
6,103	-	-	9,847	-	0.14	18.4	13.8	16.1	9,850	Serbia	
-	-	-	-	-	-	16.8	15.9	16.2	84	Seychelles	
48	20.0	20	27	35.0	0.00	20.3**	17.6**	19.5**	5,696	Sierra Leona	
0	-	0	0	-	-	-	-	-	4,737	Singapur	
344	37.6	100	173	73.0	0.00	22.4**	13.3**	20.1**	9,133	Somalia	
2,210	-50.7	5,400	3,810	-29.4	0.08	6.0	5.5	5.7	20,238	Sri Lanka	
310	59.8	71	130	83.1	0.02	11.4	9.1	10.0	1,185	Suazilandia	
3,562	-77.2	29,700	25,015	-15.8	0.01	20.0	14.4	16.7	50,110	Sudáfrica	
-	-	-	-	-	-	18.3	17.8	18.0	42,272	Sudán	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	9,249	Suecia	
556	-18.4	1,182	953	-19.4	0.03	-	-	-	7,568	Suiza	
-	-	-	-	-	-	22.2	15.2	18.5	520	Surinam	
30,836	-1.7	74,200	72,229	-2.7	0.20	42.5	41.1	42.0	67,764	Tailandia	
41,000	-6.8	26,384	55,400	110.0	0.10	15.1**	12.7**	13.7**	43,739	Tanzania (República Unida de)	
130	-96.5	7,186	190	-97.4	0.00	11.1	9.4	10.2	6,952	Tayikistán	
-	-	-	-	-	-	39.4	29.8	34.3	1,134	Timor Oriental	
4,289	7.2	1,800	2,788	54.9	0.11	24.3	26.0	24.8	6,619	Togo	
-	-	-	-	-	-	29.4	12.9	23.5	104	Tonga	
159	165.0	90	203	125.6	0.24	13.2	10.0	11.8	1,339	Trinidad y Tobago	
1,266	-60.8	3,436	1,600	-53.4	0.03	13.9	6.6	10.1	10,272	Túnez	
1,297	-18.9	3,220	2,723	-15.4	0.00	-	-	-	5,110	Turkmenistán	
139,431	-41.1	200,280	85,000	-57.6	0.38	18.6	10.3	15.6	74,816	Turquía	
-	-	-	-	-	-	30.4	22.7	25.9	10	Tuvalu	
120	-96.7	3,000	110	-96.3	0.00	29.0	23.3	26.0	45,708	Ucrania	
14,000	2.1	22,837	18,846	-17.5	0.15	12.4	11.6	12.3	32,710	Uganda	
789	-4.9	2,800	2,811	0.4	0.01	13.9	8.4	10.7	3,361	Uruguay	
5,347	-20.2	19,000	15,402	-18.9	0.02	7.4**	6.1**	6.9**	27,488	Uzbekistán	
-	-	-	-	-	-	21.0	15.7	17.8	240	Vanuatu	
3,254	-39.3	8,755	5,054	-42.3	0.01	16.6	13.4	14.9	28,583	Venezuela (República Bolivariana de)	
20,729	-15.0	27,100	38,500	42.1	0.19	13.3	9.5	11.3	88,069	Vietnam	
10,169	90.2	11,613	22,577	94.4	0.04	22.8	20.2	22.1	23,580	Yemen	
-	-	-	-	-	-	23.9	27.4	25.5	864	Yibuti	
68,007	655.6	9,533	75,335	690.3	0.20	16.6**	20.0**	18.6**	12,935	Zambia	

\*\* Datos subnacionales utilizados

## 01 MUERTES

### Mapa principal

#### FUENTES

Organización Mundial de la Salud (2012). WHO Global Report: Mortality Attributable to Tobacco. Geneva: World Health Organization. [http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/rep\\_mortality\\_attributable/en/index.html](http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/rep_mortality_attributable/en/index.html). Acceso: 26 de marzo de 2012.

#### MÉTODOS

El cálculo de la mortalidad atribuida al consumo del tabaco se inicia con el número de muertes causadas por cáncer de pulmón en el país. Para los países cuyo índice de muertes causadas por cáncer de pulmón es muy bajo, la proporción es de 0,0 %, lo que indica bajos índices de mortalidad en lugar de la ausencia de datos. Los datos de la mortalidad atribuida al consumo de tabaco proporcionan cálculos que pueden estar influenciados por factores ambientales. Los datos no incluyen las muertes causadas por la exposición al humo de segunda mano, pero esto no siempre se puede controlar, y podría estar incluido en el cálculo total para algunos países.

#### Símbolo

World Health Organization (2008). The global burden of disease 2004 update.

#### Projected Deaths by Cause

Mathers C, Loncar D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 3(11): 2011–2024.

#### One Billion Deaths

Peto R, Lopez A. (2000). The future worldwide health effects of current smoking patterns. Clinical Trial Service Unit & Epidemiological Studies Unit—University of Oxford. <http://www.ctsu.ox.ac.uk/pressreleases/2000-08-02/the-future-worldwide-health-effects-of-current-smoking-patterns>. Acceso: 3 diciembre de 2011. Actualizado mediante comunicación personal en junio de 2011.

#### Male Cancer Mortality in Poland

Thun M, Peto R, Boreham J, Lopez AD. (2012). Stages of the Cigarette Epidemic on Entering Its Second Century. datos complementarios, página 395: <http://tobaccocontrol.bmj.com/content/suppl/2012/02/22/tobaccocontrol-2011-050294.DC1/tobaccocontrol-2011-050294-s1.pdf>. Tobacco Control 21(2), 96–101. Acceso: 17 de abril de 2012.

#### China

Yang G, Hu A. (2011). *China tobacco utilization and tobacco control joint report by international experts: Tobacco control and China's future*. Beijing: Economic Daily Press.

#### Unión Europea

Peto R, Lopez A, Boreham J, Thun M. (2006). Mortality from smoking in developed countries, 2000.

#### Deaths Among Men and Women

Organización Mundial de la Salud (2008). The global burden of disease 2004 update.

#### Cita: Eslogan de campaña de NY.:

City pulls no punches with anti-smoking ads\*(2011). *Metro New York*. 8 de marzo. <http://www.metro.us/newyork/local/article/796757-city-pulls-no-punches-with-anti-smoking-ads>. Acceso: 2 de agosto de 2011.

#### Cita: Vathesatogkit

Treerutkuarkul A. (2011). Tobacco laws to be strengthened as young smokers on rise. *Bangkok Post*. 27 de agosto. <http://www.bangkokpost.com/news/local/253668/tobacco-laws-to-be-strengthened-as-young-smokers-on-rise>. Acceso: 22 de septiembre de 2011.

#### Panel de texto

Basu S, Stuckler D, Bitton A, Glantz S. (2011). Projected effects of tobacco smoking on worldwide tuberculosis control: Mathematical modelling analysis. *British Medical Journal*, 343: d5506.

Ezzati M, Lopez A. (2003). Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. *Lancet*, 362: 847–852.

Jamrozik K, McLaughlin D, McCaul K, Almeida O, Wong K, Vagenas D, Dobson A. (2011). Women who smoke like men die like men who smoke: Findings from two Australian cohort studies. *Tobacco Control*, 20: 258–265.

World Health Organization. (2011). Nota descriptiva número 339: Tabaco. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/index.html>. Acceso: 28 de julio de 2011.

World Health Organization (2011). News Release: World No Tobacco Day 2011 Celebrates WHO Framework Convention on Tobacco Control. 30 de mayo. [http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/wntd\\_20110530/en/index.html](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/wntd_20110530/en/index.html). Acceso: 28 de julio de 2011.

World Health Organization. (sin fecha). Tobacco Free Initiative: Why tobacco is a public health priority. [http://www.who.int/tobacco/health\\_priority/en/index.html](http://www.who.int/tobacco/health_priority/en/index.html). Acceso: 28 de julio de 2011.

## 02 DAÑOS POR FUMAR

### Imagen principal: Cómo lo perjudica el tabaco

Luo J, Margolis K, Wactawski-Wende J, Horn K, Messina C, Stefanick M, Tindle H, Tony E, Rohan T. (2011). Association of active and passive smoking with risk of breast cancer among postmenopausal women: A prospective cohort study. *British Medical Journal*, 342: d1016.

National Institute on Drug Abuses (2009). *Report Research Series: Tobacco Addiction*. US Department of Health and Human Services. [http://www.drugabuse.gov/PDF/TobaccoRRS\\_v16.pdf](http://www.drugabuse.gov/PDF/TobaccoRRS_v16.pdf). Acceso: 7 de agosto de 2011.

US Department of Health and Human Services (2001). *Women and smoking: A report of the Surgeon General*. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General.

US Department of Health and Human Services (2004). *The health consequences of smoking: A report of the Surgeon General*. Rockville, MD: Departamento de Servicios Humanos y de Salud de los EE. UU., Oficina de Surgeon General.

US Department of Health and Human Services (2010). *How tobacco smoke causes disease: The biology and behavioral basis for smoking-attributable disease: A report of the Surgeon General*. Atlanta: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.

World Health Organization (2011). Tobacco Free Initiative: The smoker's body. <http://>

[www.who.int/tobacco/research/smokers\\_body/en/index.html](http://www.who.int/tobacco/research/smokers_body/en/index.html). Acceso: 7 de agosto de 2011.

#### Stancias químicas mortales

National Toxicology Program (2005). *Report on carcinogens. 11th ed. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Toxicology Program*. Philip Morris USA. (2011). Tobacco ingredients by brand. [http://www.philipmorrisusa.com/en/cms/Products/Cigarettes/Ingredients/Ingredients\\_by\\_Brand/default.aspx](http://www.philipmorrisusa.com/en/cms/Products/Cigarettes/Ingredients/Ingredients_by_Brand/default.aspx). Acceso: 15 de noviembre de 2011.

US Department of Health and Human Services (2006). *The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: A report of the Surgeon General*. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.

US Department of Health and Human Services (2010). *How tobacco smoke causes disease*.

#### Riesgos para la salud de fumar durante el embarazo

US Department of Health and Human Services (2001). *Women and smoking*. US Department of Health and Human Services (2004). *The health consequences of smoking*.

#### El tabaco como el único factor de riesgo compartido

World Health Organization (2008). 2008–2013 action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597418\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597418_eng.pdf). Acceso: 16 de agosto de 2011.

#### El hábito de fumar y la tuberculosis

World Health Organization (2009). Tuberculosis and tobacco. [http://www.who.int/tobacco/resources/publications/factsheet\\_tub\\_tob.pdf](http://www.who.int/tobacco/resources/publications/factsheet_tub_tob.pdf). Acceso: 7 de agosto de 2011.

#### El hábito de fumar y la diabetes

Rimm E, Chan J, Stampfer M, Colditz G, Willett W. (1995). Prospective study of cigarette smoking, alcohol use, and the risk of diabetes in men. *British Medical Journal*, 310: 555.

#### El hábito de fumar y el VIH

Crothers K. (2005). The impact of cigarette smoking on mortality, quality of life, and comorbid illness among HIV-positive veterans. *Journal of General Internal Medicine*, 20(12): 1142–1145.

#### Cita: Camilleri

Gasp.org. (2011). Excerpts from the PMI 2011 question and answer segment. 11 de mayo. <http://www.gasp.org/2011TobaccoMeetings.html#PMI2011>. Acceso: 12 de agosto de 2011.

#### Cita: FDA

Food and Drug Administration (2011). Tobacco products: Health fraud. US Department of Health and Human Services. <http://www.fda.gov/TobaccoProducts/ResourcesforYou/ucm255658.htm>. Acceso: 1 de agosto de 2011.

#### Panel de texto

US Department of Health and Human Services (2004). *The health consequences of smoking*.

National Institute on Drug Abuse (2009). *Report Research Series: Tobacco addiction*. US Department of Health and Human Services. [http://www.drugabuse.gov/PDF/TobaccoRRS\\_v16.pdf](http://www.drugabuse.gov/PDF/TobaccoRRS_v16.pdf). Acceso: 7 de agosto de 2011.

## 03 HUMO DE SEGUNDA MANO

### Mapa principal

#### FUENTES

Centers for Disease Control and Prevention (2011). Global Tobacco Surveillance System: Global Youth Tobacco Survey. World Health Organization (2011). WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: Global Youth Tobacco Survey data.

Los datos del GYTS de la OMS se usaron para: Benín, Camboya, Guatemala, Honduras, Palau, EE.UU.

#### OTRAS FUENTES DE DATOS

Australia: Australian Institute of Health and Welfare (2005). National Drug Strategy Household Survey 2004: Detailed findings AIWH cat. no. PHE 66. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare.

Mexico: OMS. Mexico – Mexico City (Ages 13-15) Fact Sheet, GYTS (2006). <http://apps.ncod.cdc.gov/gtssdata/Ancillary/DataReports.aspx?CAID=1>. Acceso: 27 de diciembre de 2011.

#### MÉTODOS

Cuando los datos de la global Youth Tobacco Survey (GYTS) fueron utilizados, se asignó un código de color usando los datos de la ciudad capital. Si no había datos disponibles para la ciudad capital, se seleccionó la ciudad más grande. El uso de los datos regionales está indicado en el mapa con un círculo cerca de la ciudad cuyos datos fueron utilizados.

La GYTS proporcionó datos por separado para Cisjordania (2009) y Franja de Gaza (2008). Se promediaron juntos los puntos de datos.

#### Daño causado por el humo de segunda mano

US Department of Health and Human Services (2006). *The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: A report of the Surgeon General*. Atlanta: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.

#### Muertes causadas por el HSM en hombres, mujeres y niños a nivel mundial

Öberg M, Jaakkola M, Woodward A, Peruga A, Prüss-Ustün A. (2011). Worldwide burden of disease from exposure to secondhand smoke: A retrospective analysis of data from 192 countries. *Lancet*, 377: 139–146.

#### Muertes causadas por el HSM a nivel mundial por región

Öberg M et al. Worldwide burden of disease from exposure to secondhand smoke.

#### SMSL

Boldo E y otros. (2010). Health impact assessment of environmental tobacco smoke in European children: Sudden Infant Death Syndrome and asthma episodes. *Global Health Matters*, 125: 478–487.

## Preadolescentes y dependencia de la nicotina

Racicot S, McGrath J, O'Loughlin J. (2011). An investigation of social and pharmacological exposure to secondhand tobacco smoke as possible predictors of perceived nicotine dependence, smoking susceptibility, and smoking expectancies among never-smoking youth. *Nicotine and Tobacco Research*, en línea, 26 de mayo de 2011. <http://ntr.oxfordjournals.org/content/early/2011/05/25/ntr.ntr100.abstract>. Acceso: 29 de agosto de 2011.

### Cita: NIH

National Institutes of Health (2011). How secondhand smoke affects the brain, 16 de mayo. <http://www.nih.gov/researchmatters/may2011/05162011smoke.htm>. Acceso: 29 de agosto de 2011.

### Cita: Organización Roper

The Roper Organization (1978). A study of public attitudes towards cigarette smoking and the tobacco industry in 1978, vol. 11. In Glantz S, Slade J, Bero L, Hanauer P, Barnes D. (eds.), *The Cigarette Papers*. University of California Press, 1996.

### Panel de texto

Environmental Policy Administration (1992). The Energy Policy Act—102nd Congress H.R.776.ENR. <http://www.afdc.energy.gov/afdc/pdfs/2527.pdf>. Acceso: 3 diciembre de 2011.

National Institute on Drug Abuse (2009). Research Report Series: Tobacco addiction. [http://www.drugabuse.gov/PDF/TobaccoRRS\\_v16.pdf](http://www.drugabuse.gov/PDF/TobaccoRRS_v16.pdf). Acceso: 29 de agosto de 2011.

Öberg M et al. Worldwide burden of disease from exposure to secondhand smoke.

US Department of Health and Human Services. (2006). *The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: A report of the Surgeon General*.

World Health Organization (2011). News release: World No Tobacco Day 2011 celebrates WHO Framework Convention on Tobacco Control. 30 de mayo de 2011. [http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/wntd\\_20110530/en/index.html](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/wntd_20110530/en/index.html). Acceso: 29 de agosto de 2011.

## 04 TIPOS DE CONSUMO DE TABACO

Boffetta P, Hecht S, Gray N, Gupta P, Straif K. (2008). Smokeless tobacco and cancer. *Lancet Oncology*, 9(7): 667–675.

Connolly GN. Submission on Dissolvable Tobacco Products to Office of Science, Center for Tobacco Products, Food and Drug Administration. <http://www.fda.gov/AdvisoryCommittees/CommitteesMeetingMaterials/TobaccoProductsScientificAdvisoryCommittee/ucm265295.htm>. Acceso: 18 de octubre de 2008.

Maziak W, Ward KD, Afifi Soweid RA, Eissenberg T. (2004). Tobacco smoking using a waterpipe: A re-emerging strain in a global epidemic. *Tobacco Control*, 13(4): 327–333.

National Cancer Institute (sin fecha). Smokeless tobacco and cancer. <http://www.cancer.gov/cancertopics/smokeless-tobacco>. Acceso: 19 de agosto de 2008.

National Cancer Institute, Centers for Disease Control, and Stockholm Center of Public Health (2002). Smokeless tobacco fact sheets. [http://cancercontrol.cancer.gov/tcrb/stfact\\_sheet\\_combined10-23-02.pdf](http://cancercontrol.cancer.gov/tcrb/stfact_sheet_combined10-23-02.pdf). Acceso: 19 de agosto de 2008.

Prignot J, Sasco A, Poulet E, Gupta P, Aditama T. (2008). Alternative forms of tobacco use. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 12(7): 718–727.

World Health Organization (1997). Tobacco or health: A global status report. Geneva: WHO.

Organización Mundial de la Salud (1998). Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic. Geneva: WHO.

## 05 SISTEMAS DE SUMINISTRO DE NICOTINA

### Pershagan

Hundley T. (2007). Snuffing out smokes. *Chicago Tribune*. 16 de septiembre. [http://articles.chicagotribune.com/2007-09-16/business/0709150068\\_1\\_snus-smokeless-tobacco-tobacco-product/2](http://articles.chicagotribune.com/2007-09-16/business/0709150068_1_snus-smokeless-tobacco-tobacco-product/2). Acceso: 2 de agosto de 2011.

### Cantidad de nicotina en los cigarrillos

American Cancer Society. (2011). Learn about cancer: Cigarette smoking. <http://www.cancer.org/Cancer/CancerCauses/TobaccoCancer/CigaretteSmoking/cigarette-smoking-tobacco>. Acceso: 28 de julio de 2011.

### Mercado de los suplementos para dejar de fumar

Jacobs R. (2011). Pursuit of a safer cigarette gathers pace: BAT subsidiary Nicoventures signs contract to market new nicotine inhalation technology. *Financial Times en línea*. 1 de junio. <http://www.ft.com/intl/cms/s/0/4ceee0e6-8c7a-11e0-883f-00144feab49a.html#axzz10oX7f5YO>. Acceso: 28 de julio de 2011.

### Declaración propuesta por el DOJ

Wilson D. (2011). US presses tobacco firms to admit to falsehoods about light cigarettes and nicotine addiction. *New York Times*. 23 de febrero. [http://www.nytimes.com/2011/02/24/health/24tobacco.html?\\_r=2](http://www.nytimes.com/2011/02/24/health/24tobacco.html?_r=2). Acceso: 2 de agosto de 2011.

### Cita: Connolly

Wilson D. (2010). Flavored tobacco pellets are denounced as a lure to young users. *New York Times*. 19 de abril. <http://www.nytimes.com/2010/04/19/business/19smoke.html>. Acceso: 1 de diciembre de 2011.

### Panel de texto

Breland A, Kleykam B, Eissenberg T. (2006). Clinical laboratory evaluation of potential reduced exposure products for smokers. *Nicotine and Tobacco Research*, 8(6): 727–738.

Henningfield J, Zastari G. (2010). Electronic nicotine delivery systems: Emerging science foundation for policy. *Tobacco Control*, 19: 89–90.

## 06 CONSUMO DE CIGARRILLOS

### Mapa principal

ERC. (2010). 2010. Suffolk, UK: ERC World Cigarette Reports Group Ltd.

Euromonitor International. (2011). Cigarette consumption sticks per cápita: 2010. Hong Kong.

### Simbolo

Data derived from ERC (2010). World Cigarette Reports 2010.

### Consumo de cigarrillos a nivel mundial

ERC. (2010). World Cigarette Reports 2010.

### Los 5 países principales consumidores de cigarrillos

ERC. (2010).World Cigarette Reports 2010.

### Consumo mundial de cigarrillos por región

Datos obtenidos del ERC (2010). World Cigarette Reports 2010.

## Consumo de cigarrillos a nivel mundial en 2009

Datos obtenidos del ERC. (2010). World Cigarette Reports 2010.

Datos obtenidos de la Population Reference Bureau. (2009). 2009 World Population Data Sheet. [http://www.prb.org/pdf09/09wpds\\_eng.pdf](http://www.prb.org/pdf09/09wpds_eng.pdf). Acceso: 24 de agosto de 2011.

### Consumo de cigarrillos en China 2009

Datos derivados del ERC. (2010). World Cigarette Reports 2010.

### Cita: OMS, EMRO

World Health Organization (sin fecha). Tobacco Free Initiative — Facts and FAQs. Regional Office for the Eastern Mediterranean. <http://www.emro.who.int/tfi/facts.htm>. Acceso: 11 de diciembre de 2011.

### Cita: Camilleri

*Bloomberg Businessweek*. (2005). Indonesia: As growth heats up, buyouts are smokin'. 28 de marzo. [http://www.businessweek.com/magazine/content/05\\_13/b3926070.htm](http://www.businessweek.com/magazine/content/05_13/b3926070.htm). Acceso: 25 de agosto de 2011.

### Panel de texto

FUENTES  
ERC. (2010). World Cigarette Reports 2010. Population Reference Bureau. (2009). 2009 World Population Data Sheet.

Tobacco Journal International. (2011). Asia gain props up PMI shipment volume 12 de julio. [http://www.tobaccjournal.com/Asia\\_gain\\_props\\_up\\_PMI\\_shipment\\_volume.506430.html](http://www.tobaccjournal.com/Asia_gain_props_up_PMI_shipment_volume.506430.html). Acceso: 25 de agosto de 2011.

### MÉTODOS

El hecho de que casi el 20% de la población mundial fuma se basa en 1200 millones de fumadores, y en la población mundial en 2009 de más de 6800 millones con datos obtenidos del ERC (2010) y de la Population Reference Bureau (2009).

## 07 CONSUMO DE TABACO EN HOMBRES

### Mapa principal

FUENTES  
Organización Mundial de la Salud (2011). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: Warning about the dangers of tobacco*. Geneva: World Health Organization.

### OTRAS FUENTES DE DATOS

Algeria, Cuba, Ecuador, Jamaica, Luxemburgo, Surinam, Venezuela: World Health Organization (2010). World health statistics 2010. [http://www.who.int/whosis/whostat/EN\\_WHS10\\_Full.pdf](http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS10_Full.pdf). Acceso: 2 de noviembre de 2011. Prevalence of smoking any tobacco product among adults age 15+, 2006.

Australia Australian Institute of Health and Welfare (2011). 2010 National Drug Strategy Household Survey Report. <http://tobacco.health.usyd.edu.au/assets/pdfs/2010-NDSHS-Report.pdf>. Acceso: 2 de noviembre de 2011. Los datos reflejan una combinación de las categorías de fumador diario, semanal e inferior a semanal en adultos de 14 años o más en 2010.

Bután Royal Government of Bhutan Ministry of Health (2009). Report on 2007 STEPS Survey for risk factors and prevalence of noncommunicable diseases in Thimphu. <http://www.health.gov.bt/reports/2007NCDreport.pdf>. Acceso: 8 de noviembre de 2011.

Brasil Ministerio de Salud. (2010). Global Adult Tobacco Survey, Brazil report. <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/GATS%202010%20Brazil%20Report%20en.pdf>. Acceso: 2 de noviembre de 2011. Actuales fumadores de 15 años o más en 2008.

Alemania Federal Ministry of Health. (2011). Informe sobre drogas y adicción: Mayo de 2011. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Drogen\\_Sucht/Broschuere/Drogen\\_und\\_Suchtbericht\\_2011\\_110517\\_Drogenbeauftragte.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Drogen_Sucht/Broschuere/Drogen_und_Suchtbericht_2011_110517_Drogenbeauftragte.pdf). Acceso: 10 de octubre de 2011. Prevalencia del consumo de tabaco en adultos de 18 a 64 años en 2010.

Hong Kong Tobacco Control Office—Department of Health. (2007). Pattern of smoking in Hong Kong. [http://www.tco.gov.hk/textonly/english/infostation/infostation\\_sta\\_01.html#a1](http://www.tco.gov.hk/textonly/english/infostation/infostation_sta_01.html#a1). Acceso: 8 de noviembre de 2011.

Japón : World Health Organization (2011). El WHO Report on the Global Tobacco Epidemic de 2011 cita la Japan National Health and Nutrition Survey de 2009. Tiene en cuenta el consumo actual de tabaco fumado en personas de 20 años o más.

Niue World Health Organization (2011). WHO Global Infobase: Tobacco use prevalence, Niue. <https://apps.who.int/infobase/Indicators.aspx>. Acceso: 8 de noviembre de 2011. Consumidores actuales de cigarrillos de 15 a 100 años en 2002.

Perú World Health Organization (2011). WHO Global Infobase: Tobacco use prevalence, Peru. Current smoking tobacco users age 12–64, 2005.

Catar: World Health Organization (2010). Country profile: Qatar. Smoking prevalence among adults age 15+, 2006. <http://www.emro.who.int/emrinfo/index.aspx?Ctry=qat>. Acceso: 2 de noviembre de 2011.

Suecia National Board of Health and Welfare. (2009). Open comparisons 2009: Public health (including the indicator: Smoking habits). <http://www.fhi.se/PageFiles/9183/open-comparisons2009.pdf>. Acceso: 8 de noviembre de 2011. Fumadores diarios de 18 a 80 años en 2008.

Reino Unido: World Health Organization (2011). El WHO Report on the Global Tobacco Epidemic de 2011 cita la National Health Service General Lifestyle Survey. Consumidores actuales de cigarrillos de 16 a 100 años en 2009.

EE. UU.: Centers for Disease Control and Prevention (2011). Current smoking, adults, early release. [http://www.cdc.gov/nchs/data/nhis/earlyrelease/201106\\_08.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/nhis/earlyrelease/201106_08.pdf). Acceso: 2 de noviembre de 2011. Fumadores actuales de 18 años o más en 2010.

Cisjordania y Franja de Gaza (Palestina): World Health Organization (2010). Country profile: Palestine. Smoking prevalence among adults age 15+, 2007. <http://www.emro.who.int/emrinfo/index.aspx?Ctry=pal>. Acceso: 2 de noviembre de 2011.

### MÉTODOS

Los datos sobre la prevalencia estandarizada por edad del Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo (RGTE) fueron la principal fuente de datos para determinar la prevalencia del consumo de tabaco fumado en hombres en 2009 para todos los países, a menos que arriba se indique lo contrario.

**Símbolo**

World Health Organization (2011). WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: Warning about the dangers of tobacco. Geneva: World Health Organization.

**Tendencias del hábito de fumar FUENTES**

**Japón y Reino Unido:** World Health Organization (2011). WHO report on the global tobacco epidemic, 2011.

**EE. UU.:** Centers for Disease Control and Prevention (2011). National Health Interview Survey, 2010: Early release of selected estimates. [http://www.cdc.gov/nchs/data/nhis/earlyrelease/201106\\_08.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/nhis/earlyrelease/201106_08.pdf). Acceso: 25 de agosto de 2011.

**MÉTODOS**

Se usaron fuentes de datos nacionales en el cálculo de 2010 para los EE. UU. y en los cálculos de 2009 para Japón y el Reino Unido.

Prevalencia promedio del consumo de tabaco fumado a lo largo de toda la epidemia de tabaquismo

**FUENTES**

Población de Hong Kong: Departamento de Estado de los EE. UU. (2011). Nota de antecedentes: Hong Kong. <http://www.state.gov/r/pa/ei/bgn/2747.htm>. Acceso: 28 de agosto de 2011.

Lopez A, Collishaw N, Piha T (1994). A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control* 3: 242-247. Datos obtenidos de la Organización Mundial de la Salud (2011). WHO report on the global tobacco epidemic, 2011. Warning about the dangers of tobacco. Geneva: World Health Organization.

**MÉTODOS**

Este es un cálculo de la prevalencia promedio del consumo de tabaco fumado en hombres. Este análisis se basó en los países con datos de prevalencia del RGTE de la OMS 2011. Los cálculos de la población corresponden a datos del Banco Mundial de 2010. En los países sin datos de prevalencia se utilizó una prevalencia promedio del consumo de tabaco fumado. Los porcentajes proporcionados representan un promedio ponderado de los índices de prevalencia en hombres fumadores adultos de países con ingresos bajos, medianos y altos.

**Índices bajos de consumo de tabaco fumado diario**

**Australia:** Australian Institute of Health and Welfare (2011). 2010 National Drug Strategy Household Survey Report. <http://tobacco.health.usyd.edu.au/assets/pdfs/2010-NDSHS-Report.pdf>. Acceso: 5 de octubre de 2011.

**Canadá:** Health Canada (2011). Canadian Tobacco Use Monitoring Survey: Summary of annual results for 2010. [http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabaco/research-recherche/stat/\\_ctums-esutc\\_2010/ann\\_summary-sommaire-eng.php](http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabaco/research-recherche/stat/_ctums-esutc_2010/ann_summary-sommaire-eng.php). Acceso: 5 de octubre de 2011.

**Hong Kong:** Susan Mercado, Organización Mundial de la Salud: Oficina de la Región del Pacífico Occidental (2011). Comunicación personal.

**Islandia:** Organization for Economic Co-Operation and Development (2011). OECD health data 2011: Frequently requested data. [http://www.oecd.org/document/16/0,3746,en\\_2649\\_37407\\_2085200\\_1\\_1\\_1\\_37407,00.html](http://www.oecd.org/document/16/0,3746,en_2649_37407_2085200_1_1_1_37407,00.html). Acceso: 29 de noviembre de 2011.

**Singapur:** Ministry of Health, Singapore (2010). National Health Survey 2010, Singapore. Epidemiology and Disease Control Division, Ministry of Health, Singapore. [http://www.moh.gov.sg/content/dam/moh\\_web/Publications/Reports/2011/NHS2010%20-%20low%20res.pdf](http://www.moh.gov.sg/content/dam/moh_web/Publications/Reports/2011/NHS2010%20-%20low%20res.pdf). Acceso: 9 de abril de 2012.

**Suecia:** Organization for Economic Co-Operation and Development (2011). Stat extracts: Health status. [http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT](http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT). Acceso: 5 de octubre de 2011

**EE. UU.:** Centers for Disease Control and Prevention (2011). Current smoking, adults, early release. [http://www.cdc.gov/nchs/data/nhis/earlyrelease/201106\\_08.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/nhis/earlyrelease/201106_08.pdf). Acceso: 2 de noviembre de 2011. Fumadores actuales de 18 años o más en 2010.

**Países con ingresos bajos y medianos en donde la prevalencia es alta:** World Health Organization (2011). WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2011: Warning about the dangers of tobacco.

**Cita: Mizuno**

Kageyama Y (2009). Japan's smoking habit runs into court challenge. *Japan Times*. 7 de agosto. <http://search.japantimes.co.jp/cgi-bin/nn20090807f3.html>. Acceso: 25 de agosto de 2011.

**Cita: Weissman**

Martin D (2009). George Weissman, leader at Philip Morris and in the arts in New York, dies at 90. *New York Times*. 28 de julio. <http://www.nytimes.com/2009/07/28/business/28-weissman.html?scp=4&sq=smoking&st=nyt>.

Acceso: 28 de agosto de 2011

**Panel de texto**

Lopez A, Collishaw N, Piha T (1994). A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries

Mathers C. (2011). Comunicación personal.

World Health Organization (2011). WHO report on the global tobacco epidemic, 2011.

**8 CONSUMO DE TABACO EN MUJERES****Mapa principal****FUENTES**

World Health Organization (2011). WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: Warning about the dangers of tobacco. Geneva: World Health Organization.

**Argelia, Azerbaiyán, Cuba, Ecuador, Jamaica, Luxemburgo, Surinam, Turkmenistán, Venezuela:** Organización Mundial de la Salud (2010). World health statistics 2010. [http://www.who.int/whosis/whostat/EN-WHS10\\_Full.pdf](http://www.who.int/whosis/whostat/EN-WHS10_Full.pdf). Acceso: 2 de noviembre de 2011. Prevalencia del consumo de cualquier producto de tabaco fumado, entre adultos de 15 años o más en 2006.

**Australia:** Australian Institute of Health and Welfare (2011). 2010 National Drug Strategy Household Survey Report. <http://tobacco.health.usyd.edu.au/assets/pdfs/2010-NDSHS-Report.pdf>. Acceso: 2 de noviembre de 2011. Los datos reflejan una combinación de las categorías de fumador diario, semanal e inferior a semanal en adultos de 14 años o más en 2010.

**Bután:** Royal Government of Bhutan Ministry of Health (2009). Report on 2007 STEPS Survey for risk factors and prevalence of noncommunicable diseases in Thimphu. <http://www.health.gov.bt/reports/2007NCDreport.pdf>. Acceso: 8 de noviembre de 2011.

**Brazil:** Ministerio de Salud (2010). Global Adult Tobacco Survey, Brazil report. <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/GATS%202010%20Brazil%20Report%20en.pdf>. Acceso: 2 de noviembre de 2011. Fumadores actuales de 15 años o más en 2008.

**Alemania:** Federal Ministry of Health

(2011). Informe sobre drogas y adicción: mayo de 2011. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Drogen\\_Sucht/Broschueren/Drogen\\_und\\_Suchtbericht\\_2011\\_110517\\_Drogenbeauftragte.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Drogen_Sucht/Broschueren/Drogen_und_Suchtbericht_2011_110517_Drogenbeauftragte.pdf). Acceso: 10 de octubre de 2011. Prevalencia del consumo de tabaco fumado en adultos de 18 a 64 años en 2010.

**Hong Kong:** Tobacco Control Office—Department of Health (2007). Pattern of smoking in Hong Kong. [http://www.tco.gov.hk/textonly/english/infostation/infostation\\_sta\\_01.html#a1](http://www.tco.gov.hk/textonly/english/infostation/infostation_sta_01.html#a1). Acceso: 8 de noviembre de 2011.

**Japón:** World Health Organization (2011). El WHO report on the global tobacco epidemic de 2011 cita la Japan National Health and Nutrition Survey de 2009. Tiene en cuenta el consumo actual de tabaco fumado entre personas de 20 años de edad o más.

**Nicaragua:** Organización Mundial de la Salud (2011). WHO Global Infobase: Tobacco use prevalence, Nicaragua. <https://apps.who.int/infobase/Indicators.aspx>. Acceso: 8 de noviembre de 2011. Consumo de tabaco fumado entre personas de 15 a 49 años de edad en 2001.

**Niue:** World Health Organization (2011). WHO Global Infobase: Tobacco use prevalence, Niue. Consumidores actuales de cigarrillos de 15 a 100 años de edad en 2002.

**Catar:** World Health Organization (2010). Country profile: Qatar. Smoking prevalence among adults age 15+, 2006. <http://www.emrn.who.int/emrninfo/index.aspx?Ctry=qt>. Acceso: 2 de noviembre de 2011.

**Ruanda:** OWorld Health Organization (2011).

WHO Global Infobase: Tobacco use prevalence, Rwanda. Consumidores de cigarrillos actuales de 15 a 49 años de edad en 2005.

**Suecia:** National Board of Health and Welfare (2009). Open comparisons 2009: Public health (including the indicator: Smoking habits). <http://www.fhi.se/PageFiles/9183/open-comparisons-2009.pdf>. Acceso: 8 de noviembre de 2011. Fumadores diarios de 18 a 80 años de edad en 2008.

**Reino Unido:** World Health Organization (2011). El WHO report on the global tobacco epidemic de 2011 cita la National Health Service General Lifestyle Survey. Consumidores actuales de cigarrillos de 16 a 100 años de edad en 2009.

**EE. UU.:** Centers for Disease Control and Prevention (2011). Current smoking, adults, early release. [http://www.cdc.gov/nchs/data/nhis/earlyrelease/201106\\_08.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/nhis/earlyrelease/201106_08.pdf). Acceso: 2 de noviembre de 2011. Fumadores actuales de 18 años o más en 2010.

**Cisjordania y Franja de Gaza (Palestina):** World Health Organization. (2010). Country profile: Palestine. Smoking prevalence among adults age 15+, 2007. <http://www.emrn.who.int/emrninfo/index.aspx?Ctry=pal>. Acceso: 2 de noviembre de 2011.

**MÉTODOS**

Los datos sobre la prevalencia estandarizada por edad del Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo (RGTE) fueron la principal fuente de datos para determinar la prevalencia del consumo de tabaco fumado en mujeres en 2009 para todos los países, a menos que arriba se indique algo distinto.

**Símbolo**

Swedish National Institute of Public Health (2009). Public health 2009: Open comparisons.

World Health Organization (2011). WHO report on the global tobacco epidemic, 2011.

**Tendencias del hábito de fumar**

**Japón y Reino Unido:** World Health Organization (2011). WHO report on the global tobacco epidemic, 2011.

**EE. UU.:** Centers for Disease Control and Prevention (2011). National Health Interview Survey, 2010: Early release of selected estimates. [http://www.cdc.gov/nchs/data/nhis/earlyrelease/201106\\_08.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/nhis/earlyrelease/201106_08.pdf). Acceso: 25 de agosto de 2011.

**MÉTODOS**

Se usaron fuentes de datos nacionales en el cálculo de 2010 para los EE. UU. y en los cálculos de 2009 para Japón y el RU.

**Prevalencia promedio del consumo de tabaco fumado a lo largo de toda la epidemia de tabaquismo**

Fuente: Datos obtenidos de la Organización Mundial de la Salud. (2011). WHO report on the global tobacco epidemic, 2011.

**MÉTODOS**

Este es un cálculo del promedio de los índices de prevalencia del consumo de tabaco fumado entre mujeres. Este análisis se basó en los países con datos de prevalencia del RGTE de la OMS 2011. Los cálculos de la población corresponden a datos del Banco Mundial de 2010. En los países sin datos de prevalencia se utilizó una prevalencia promedio del consumo de tabaco fumado. Los porcentajes proporcionados representan un promedio ponderado de los índices de prevalencia en mujeres fumadoras adultas de países con ingresos bajos, medianos y altos.

**Mujeres camboyanas**

Singh P, Yel D, Sin S, Kiang S, Lopez J, Job J, Ferry L, Knutsen S (2009). Bulletin of the World Health Organization 2009, 87: 905-912. <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/12/08-058917/en/index.html>. Acceso: 25 de agosto de 2011.

**En la mitad de los países la prevalencia es inferior al 10 %**

World Health Organization (2011). WHO report on the global tobacco epidemic, 2011.

**Paredes de las arterias carótidas**

European Society of Cardiology (2011). Cigarette smoking causes more arterial damage in women than in men. 29 de agosto. <http://www.escardio.org/about/press/press-releases/esc11-paris/Pages/tobacco-smoke-social-class-atherosclerosis.aspx>. Acceso: 5 de octubre de 2011.

**Cita: Curtis**

Curtis A (2002). Century of the self. [http://www.archive.org/details/AdaCurtisCenturyoftheSelf\\_0](http://www.archive.org/details/AdaCurtisCenturyoftheSelf_0). Acceso: 10 de noviembre de 2011.

**American Tobacco Company**

American Tobacco Company (sin fecha). Silva Thins cigarettes: Magazine sales message. <http://legacy.library.yucs.edu/documentStore/w/c/f/wcf51a00/Swcf51a00.pdf>. Acceso: 5 de octubre de 2011.

**Panel de texto**

US Department of Health and Human Services (2001). Women and smoking: A report of the Surgeon General. Washington, DC: Public Health Service, Office of the Surgeon General, 2001. [http://www.cdc.gov/tobacco/data\\_statistics/sgr/sgr\\_2001/index.htm](http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/sgr_2001/index.htm).

US Department of Health and Human Services (2004). The health consequences of smoking: A report of the Surgeon General. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.

Lopez A, Collishaw N, Piha T (1994). A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control*, 3: 242-247.

Museum of Public Relations (2011). 1929 Torches of Freedom. <http://www.prmuseum.com/bernavys/bernavys.1929.html>. Acceso: 31 de julio de 2011.

Singh P, Yel D, Sin S, Kiang S, Lopez J, Job J, Ferry L, Knutson S (2009). *Bulletin of the World Health Organization* 2009, 87: 905-912. <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/12/08-058917/en/index.html>. Acceso: 25 de agosto de 2011.

Thun M, Peto R, Boreham J, Lopez AD (2012). Stages of the Cigarette Epidemic on Entering Its Second Century. *Tobacco Control* 21(2), 96-101.

World Health Organization (2011). WHO report on the global tobacco epidemic, 2011.

## 09 CONSUMO DE TABACO EN NIÑOS

### Mapa principal

#### FUENTES

CCenters for Disease Control and Prevention (2011). Global Tobacco Surveillance System: Global Youth Tobacco Survey.

Centers for Disease Control and Prevention and World Health Organization (2011). Global School Based Student Health Survey. <http://www.who.int/chp/gshs/en/>. Acceso: 26 de abril de 2012.

#### OTRAS FUENTES DE DATOS

**Australia** Australian Institute of Health and Welfare (2011). 2010 National Drug Strategy Household Survey Report. <http://tobacco.health.usyd.edu.au/assets/pdfs/2010-NDSHS-Report.pdf>. Acceso: 2 de noviembre de 2011. Tiene en cuenta a los fumadores diarios, semanales e inferiores a semanales de 12 a 17 años de edad.

**Canadá** Health Canada (2010). Canadian Tobacco Use Monitoring Survey. [http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/research-recherche/stat/\\_ctums-esutc\\_2010/w-p-1\\_sum-som-eng.php](http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/research-recherche/stat/_ctums-esutc_2010/w-p-1_sum-som-eng.php). Acceso: 10 de octubre de 2011. Tiene en cuenta a los fumadores actuales de 15 a 19 años de edad.

**Dinamarca** Health Behavior in School-age Children (2011). School Children Survey 2010. <http://www.hbscdk.rapport.php?file=HBSC-Rapport-2010.pdf>. Acceso: 10 de octubre de 2011. Tiene en cuenta a los fumadores diarios de 15 años de edad.

**Francia** Godeau E, Vignes C, Navarro F, Monéger M-L (2004). Consumo de cannabis, tabaco y alcohol en Francia entre personas de 15 años: Resultados de la encuesta internacional de la HBSC. *Courrier des Addictions*, 6(3): 117-120. [http://www.hbsc.org/countries/downloads\\_countries/France/Godeau\\_Focus2004.pdf](http://www.hbsc.org/countries/downloads_countries/France/Godeau_Focus2004.pdf). Acceso: 10 de octubre de 2011. Tiene en cuenta a los fumadores diarios de 15 años de edad.

**Alemania** Federal Ministry of Health (2011). Informe sobre drogas y adicción: mayo de 2011.

[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Drogen\\_Sucht/Broschueren/Drogen\\_und\\_Suchtbericht\\_2011\\_110517\\_Drogenbeauftragte.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Drogen_Sucht/Broschueren/Drogen_und_Suchtbericht_2011_110517_Drogenbeauftragte.pdf). Acceso: 10 de octubre de 2011. Tiene en cuenta a los fumadores actuales de 12 a 17 años de edad.

**Hong Kong** Tobacco Control Office Department of Health (2010). Infostation: Statistics. [http://www.tco.gov.hk/textonly/english/infostation/infostation\\_sta\\_01.html](http://www.tco.gov.hk/textonly/english/infostation/infostation_sta_01.html). Tiene en cuenta a los fumadores diarios de 15 a 19 años de edad.

**Japón** Osaki Y, Tanihata T, Ohida T, Kanda H, Kaneita Y, Minowa M, Suzuki K, Wada K, Hayashi K (2008). Decrease in the prevalence of smoking among Japanese adolescents and its possible causes: Periodic nationwide cross-sectional surveys. *Environmental Health Prevention Medicine*, 13: 219-226. [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2698236/pdf/12199\\_2008\\_Article\\_33.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2698236/pdf/12199_2008_Article_33.pdf). Acceso: 11 de octubre de 2011. Tiene en cuenta a los fumadores actuales en 8.º y 9.º grados.

**Países Bajos** Health Behavior in School-age Children (2011). School Children Survey 2009. [http://www.hbsc-nederland.nl/uploads/publicaties/openbaar/HBSC-Rapport\\_2010.pdf](http://www.hbsc-nederland.nl/uploads/publicaties/openbaar/HBSC-Rapport_2010.pdf). Acceso: 10 de octubre de 2011. Tiene en cuenta a los fumadores diarios de 13 a 15 años de edad.

**España** Conducta saludable de los niños en edad escolar (2011). Encuesta para niños escolares 2006. [http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/docs/Divulgativo\\_completo\\_HBSC2006.pdf](http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/docs/Divulgativo_completo_HBSC2006.pdf). Acceso: 10 de octubre de 2011. Considera a los fumadores de 11 a 18 años que fuman diaria y semanalmente.

**Suecia** National Institute of Public Health, Sweden (2004). Reduced use of tobacco: How far have we come? *Statistics*, December 2004. <http://www.fhi.se/PageFiles/3137/reduceduseoftobacco0412.pdf>. Acceso: 10 de octubre de 2011. Tiene en cuenta a los fumadores diarios y casi diarios de 15 y 16 años de edad.

**Suiza** Health Behavior in School-age Children (2011). School Children Survey 2010. [http://www.hbscch.pdf/hbsc\\_bibliographie\\_197.pdf](http://www.hbscch.pdf/hbsc_bibliographie_197.pdf). Acceso: 10 de octubre de 2011. Tiene en cuenta a los fumadores diarios y semanales de 13 a 15 años de edad.

**Reino Unido** National Health Service (2011). Smoking, drinking and drug use among young people in England in 2010. [http://www.ic.nhs.uk/webfiles/publications/003\\_Health\\_Lifestyles/Smoking%20drinking%20drug%20use%202010/Smoking\\_drinking\\_and\\_drug\\_use\\_among\\_young\\_people\\_in\\_England\\_2010\\_Full\\_report.pdf](http://www.ic.nhs.uk/webfiles/publications/003_Health_Lifestyles/Smoking%20drinking%20drug%20use%202010/Smoking_drinking_and_drug_use_among_young_people_in_England_2010_Full_report.pdf). Acceso: 10 de octubre de 2011. Tiene en cuenta a los fumadores regulares de 11 a 15 años de edad (que fumen al menos una vez a la semana).

**EE. UU.** Centers for Disease Control and Prevention (2010). National Youth Tobacco Survey. Datos proporcionados por los CDC en diciembre de 2011 y reanalizados en lo que respecta a fumadores actuales de 13 a 15 años para cruzarlos con los datos de la GYTS.

#### MÉTODOS

Los datos de la Encuesta Global sobre el Tabaquismo en los Jóvenes (GYTS) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades fueron la principal fuente de datos sobre prevalencia del consumo de tabaco fumado en niños para todos los países (a menos que arriba se indique algo distinto).

Los datos de la Encuesta Mundial sobre Salud para Estudiantes Escolares (GSHS) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades se utilizaron cuando proporcionaban datos más recientes o a nivel nacional, o cuando no se disponía de datos de la GYTS. Ambas encuestas tienen en cuenta a jóvenes de 13 a 15 años.

Los datos de la GSHS se usaron para

**Argelia; Antigua y Barbuda; Benin; Islas Cook; Costa Rica; Yibuti; Fiyi; Granada; Jamaica; Kuwait; Malau; Maldivas; Mauritania; Mongolia; Marruecos; Pakistán; Perú; Filipinas; Islas Salomón; Surinam; República Árabe Siria; Tayikistán; Tailandia; Túnez; Emiratos Árabes Unidos; y Jordania; y Franja de Gaza.**

Cuando sólo se disponía de datos subnacionales, se consideró la ciudad capital. En caso de no disponer de datos sobre la ciudad capital, se consideró la ciudad más poblada. El uso de datos subnacionales está indicado en el mapa con un círculo cerca de la ciudad cuyos datos fueron utilizados.

**Países con los índices más altos de consumo de tabaco fumado entre niños** Centers for Disease Control and Prevention (2011). Global Tobacco Surveillance System: Global School-based Health Survey.

Centers for Disease Control and Prevention (2011). Global Tobacco Surveillance System: Global Youth Tobacco Survey.

**Porcentaje de niños propensos a fumar** Warren C, Jones N, Eriksen M, Asma S (2006). Patterns of global tobacco use in young people and implications for future chronic disease burden in adults. *Lancet*, 367: 749-753.

#### Muerte de personas jóvenes

Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*, doi:10.1136/bmj.38142.554479.AE (publicado el 22 de junio de 2004).

#### Fumadores en Madagascar

OMS. Madagascar (ages 13-15) Fact Sheet, GYTS. 2008. <http://apps.nccd.gov/gtssdata/Ancillary/DataReports.aspx?CAID=1>. Acceso: 27 de diciembre de 2011.

#### Cita: Racicot

Concordia University (2011). Preteens surrounded by smokers get hooked on nicotine, study suggests. *Science Daily*. <http://www.sciencedaily.com/releases/2011/06/110613103948.htm>. Acceso: 6 de octubre de 2011.

#### Cita: Philip Morris USA

OMS. Johnston M (1981). PM USA Research Center: Young smokers prevalence, trends, implications and related demographic trends. <http://legacy.library.ucsf.edu/documentStore/fts/fts84a00/Sfts84a00.pdf>. Acceso: 6 de octubre de 2011.

#### Panel de texto

Arday D, Giovino G, Schulman J, Nelson D, et al. (1995). Cigarette smoking and self-reported health problems among US high school seniors, 1982-1989. *American Journal of Health Promotion*, 10(2): 111-116. Centers for Disease Control and Prevention (2011). Global Youth Tobacco Survey. Comunicación personal.

Johnston M (1981). PM USA Research Center: Young smokers prevalence, trends, implications and related demographic trends. R.J. Reynolds Tobacco Company (1984). RJR report—Young adult smokers: Strategies and opportunities. <http://legacy.library.ucsf.edu/tid/fet29d00/pdf>. Acceso: 6 de octubre de 2011.

US Department of Health and Human Services (1994). Youth and tobacco: Preventing tobacco use among young people: A report of the Surgeon General. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General.

US Department of Health and Human Services (2004). The health consequences of smoking: A report of the Surgeon General. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General.

Warren C (2006). Patterns of global tobacco use in young people and implications for future chronic disease burden in adults. *Lancet*, 367: 749-753.

## 10 CONSUMO DE TABACO EN NIÑAS

### Mapa principal

#### FUENTES

Centers for Disease Control and Prevention (2011). Global Tobacco Surveillance System: Global Youth Tobacco Survey.

Centers for Disease Control and Prevention and World Health Organization (2011). Global School Based Student Health Survey. <http://www.who.int/chp/gshs/en/>. Acceso: 26 de abril de 2012.

#### OTRAS FUENTES DE DATOS

**Australia** : Australian Institute of Health and Welfare (2011). 2010 National Drug Strategy Household Survey Report. <http://tobacco.health.usyd.edu.au/assets/pdfs/2010-NDSHS-Report.pdf>. Acceso: 2 de noviembre de 2011. Tiene en cuenta a los fumadores diarios, semanales e inferiores a semanales de 12 a 17 años de edad.

**Canadá** Health Canada (2010). Canadian Tobacco Use Monitoring Survey. [http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/research-recherche/stat/\\_ctums-esutc\\_2010/w-p-1\\_sum-som-eng.php](http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/research-recherche/stat/_ctums-esutc_2010/w-p-1_sum-som-eng.php). Acceso: 10 de octubre de 2011. Tiene en cuenta a los fumadores actuales de 15 a 19 años de edad.

**Dinamarca** Health Behavior in School-age Children (2011). School Children Survey 2010. <http://www.hbscdk.rapport.php?file=HBSC-Rapport-2010.pdf>. Acceso: 10 de octubre de 2011. Tiene en cuenta a los fumadores diarios de 13 a 15 años de edad.

**Francia** Godeau E, Vignes C, Navarro F, Monéger M-L (2004). Consumo de cannabis, tabaco y alcohol en Francia entre personas de 15 años: Resultados de la encuesta internacional de la HBSC. *Courrier des Addictions*, 6(3): 117-120. [http://www.hbsc.org/countries/downloads\\_countries/France/Godeau\\_Focus2004.pdf](http://www.hbsc.org/countries/downloads_countries/France/Godeau_Focus2004.pdf). Acceso: 10 de octubre de 2011. Tiene en cuenta a los fumadores diarios de 15 años de edad.

**Alemania** Federal Ministry of Health (2011).

Informe sobre drogas y adicción: mayo de 2011. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Drogen\\_Sucht/Broschueren/Drogen\\_und\\_Suchtbericht\\_2011\\_110517\\_Drogenbeauftragte.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Drogen_Sucht/Broschueren/Drogen_und_Suchtbericht_2011_110517_Drogenbeauftragte.pdf). Acceso: 10 de octubre de 2011. Tiene en cuenta a los fumadores actuales de 12 a 17 años de edad.

**Hong Kong** Tobacco Control Office Department of Health (2010). Infostation: Statistics. [http://www.tco.gov.hk/textonly/english/infostation/infostation\\_sta\\_01.html](http://www.tco.gov.hk/textonly/english/infostation/infostation_sta_01.html). Tiene en cuenta a los fumadores diarios de 15 a 19 años de edad.

**Japón** Osaki Y, Tanihata T, Ohida T, Kanda H, Kaneita Y, Minowa M, Suzuki K, Wada K, Hayashi K. (2008). Decrease in the prevalence of smoking among Japanese adolescents and its possible causes: Periodic nationwide cross-sectional surveys. *Environmental Health Prevention Medicine*, 13: 219–226. [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2698236/pdf/12199\\_2008\\_Article\\_33.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2698236/pdf/12199_2008_Article_33.pdf). Acceso: 11 de octubre de 2011. Tiene en cuenta a los fumadores actuales en 8.º y 9.º grados.

**Países Bajos** Health Behavior in School-age Children (2011). School Children Survey 2009. [http://www.hbsc-nederland.nl/uploads/publicaties/openbaar/HBSC\\_Rapport\\_2010.pdf](http://www.hbsc-nederland.nl/uploads/publicaties/openbaar/HBSC_Rapport_2010.pdf). Acceso: 10 de octubre de 2011. Tiene en cuenta a los fumadores diarios de 13 a 15 años de edad.

**España** Health Behavior in School-age Children (2011). School Children Survey 2006. [http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/docs/Divulgativo\\_completo\\_HBSC2006.pdf](http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/docs/Divulgativo_completo_HBSC2006.pdf). Acceso: 10 de octubre de 2011. Tiene en cuenta a los fumadores diarios y semanales de 11 a 18 años de edad.

**Suecia** National Institute of Public Health, Sweden (2004). Reduced use of tobacco: How far have we come? Statistics, December 2004. <http://www.fhi.se/PageFiles/3137/reduceduseoftobacco0412.pdf>. Acceso: 10 de octubre de 2011. Tiene en cuenta a los fumadores diarios y casi diarios de 15 y 16 años de edad.

**Suiza** Health Behavior in School-age Children (2011). School Children Survey 2010. [http://www.hbsc.ch/pdf/hbsc\\_bibliographie\\_197.pdf](http://www.hbsc.ch/pdf/hbsc_bibliographie_197.pdf). Acceso: 10 de octubre de 2011. Tiene en cuenta a los fumadores diarios y semanales de 13 a 15 años de edad.

**Reino Unido** National Health Service (2011). Smoking, drinking and drug use among young people in England in 2010. [http://www.ic.nhs.uk/webfiles/publications/003\\_Health\\_Lifestyles/Smoking%20drinking%20drug%20use%202010/Smoking\\_drinking\\_and\\_drug\\_use\\_among\\_young\\_people\\_in\\_England\\_2010\\_Full\\_report.pdf](http://www.ic.nhs.uk/webfiles/publications/003_Health_Lifestyles/Smoking%20drinking%20drug%20use%202010/Smoking_drinking_and_drug_use_among_young_people_in_England_2010_Full_report.pdf). Acceso: 10 de octubre de 2011. Tiene en cuenta a los fumadores regulares de 11 a 15 años de edad (que fumen al menos una vez a la semana).

**EE. UU.** Centers for Disease Control and Prevention (2010). National Youth Tobacco Survey. Datos proporcionados por los CDC en diciembre de 2011 y reanalizados en lo que respecta a fumadores actuales de 13 a 15 años para cruzarlos con los datos de la GYTS.

#### MÉTODOS

Los datos de la Encuesta Global sobre el Tabaquismo en los Jóvenes (GYTS) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades fueron la principal fuente de datos sobre prevalencia del consumo de tabaco fumado en niñas para todos los países (a menos que arriba se indique algo distinto).

Los datos de la Encuesta Mundial sobre Salud para Estudiantes Escolares (GSHS) se utilizaron cuando proporcionaban datos más recientes o a nivel nacional, o cuando no se disponía de datos de la GYTS. Ambas encuestas tienen en cuenta a jóvenes de 13 a 15 años.

Los datos de la GSHS se usaron para **Argelia; Antigua y Barbuda; Benín; Islas Cook; Costa Rica; Yibuti; Fiyi; Granada; Jamaica; Kuwait; Malauí; Maldivas; Mauritania; Mongolia; Marruecos; Pakistán; Perú; Filipinas; Islas Salomón; Surinam; República Árabe Siria; Tayikistán; Tailandia; Túnez; Emiratos Árabes Unidos; y Cisjordania y Franja de Gaza.**

Cuando sólo se disponía de datos subnacionales, se consideró la ciudad capital. En caso de no disponer de datos sobre la ciudad capital, se consideró la ciudad más poblada. El uso de datos subnacionales está indicado en el mapa con un círculo cerca de la ciudad cuyos datos fueron utilizados.

#### Países en donde fuman más niñas que niños

Datos obtenidos de las fuentes incluidas en el Mapa principal.

#### Porcentaje de niñas propensas a fumar

Warren C, Jones N, Eriksen M, Asma S (2006). Patterns of global tobacco use in young people and implications for future chronic disease burden in adults. *Lancet*, 367: 749–753.

#### Motivos habituales por los que las mujeres jóvenes comienzan a fumar

US Department of Health and Human Services (2001). Women and smoking: A report of the Surgeon General. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General.

#### Fumadores en Madagascar

WHO, Madagascar (ages 13–15) Fact Sheet, GYTS. 2008. <http://apps.nccd.cdc.gov/gtssdata/Ancillary/DataReports.aspx?CAID=1>. Acceso: 27 de diciembre de 2011.

#### Cita: Pierce

UC San Diego Health Systems (2005).

On-screen smoking by movie stars leads young teens to smoke, says Moores UCSD Cancer Center Study. 14 de noviembre. Press release. [http://health.ucsd.edu/news/2005/Pages/06\\_29\\_Pierce.aspx](http://health.ucsd.edu/news/2005/Pages/06_29_Pierce.aspx). Acceso: 5 de octubre de 2011.

#### Cita: Pilote

Louise Pilote, Universidad McGill, Canadá, 2006.

#### Eslogan del anuncio publicitario de Kiss Okorokova L (2011). Teenage cigarette scandal. Moscow News. 25 de agosto.

<http://themoscownews.com/society/20110825/188961025.html>. Acceso: 28 de agosto de 2011.

#### Panel de texto

Centers for Disease Control and Prevention (2011). Global Youth Tobacco Survey. Comunicación personal.

RJ Reynolds Tobacco Company (1982).

Project planning premises and positioning hypotheses. 21 de octubre. <http://legacy.library.ucsf.edu/tid/cnx18c00/pdf?search=%22natural%20appetite%20suppressant%22>. Acceso: 6 de octubre de 2011.

Warren C (2006). Patterns of global tobacco use in young people and implications for future chronic disease burden in adults. *Lancet*, 367: 749–753.

World Health Organization (2011).

WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: Warning about the dangers of tobacco. Geneva: World Health Organization.

## 11 TABACO SIN HUMO

### Mapa principal

**Albania** Institute of Statistics, Institute of Public Health [Albania], and ICF Macro (2010). Albania Demographic and Health Survey 2008–09. Tirana, Albania: Institute of Statistics, Institute of Public Health and ICF Macro.

**Algeria** Tarfani Y (2011). Algeria: Second (Five-Year) Implementation Report. Framework Convention on Tobacco Control, World Health Organization. 22 de febrero. <http://www.who.int/fctc/reporting/Algeriareport.pdf>. Acceso: 28 de junio de 2011.

**Armenia** National Statistical Service [Armenia], Ministry of Health [Armenia], and ORC Macro (2006). Armenia Demographic and Health Survey 2005. Calverton, MD: National Statistical Service, Ministry of Health, and ORC Macro.

**Australia** Australian Institute of Health and Welfare (2005). National drug strategy household survey: Detailed findings. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare.

**Austria, Bulgaria, Croacia, República Checa, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Italia, Letonia, Portugal, España, Reino Unido** Gallus S, Lugo A, La Vecchia C, Boffetta P, Chaloupka FJ, Colombo P, Currie L, Fernandez E, Fischbacher C, Gilmore A, Godfrey F, Joossens L, Leon ME, Levy DT, Rosenqvist G, Ross H, Townsend J, Clancy L (2012). PPACTE, WP2: European survey on smoking. Dublin: PPACTE Consortium.

**Azerbaiyán** State Statistical Committee (SSC) [Azerbaijan] and Macro International Inc. (2008). Azerbaijan Demographic and Health Survey 2006. Calverton, MD: State Statistical Committee and Macro International Inc.

**Bangladesh, Egipto, India, México, Filipinas, Polonia, Federación Rusa, Tailandia, Ucrania, Uruguay** Centers for Disease Control and Prevention (2011). Global Adult Tobacco Survey. [www.cdc.gov/tobacco/global/gtss/](http://www.cdc.gov/tobacco/global/gtss/). Acceso: 1 de septiembre de 2011.

**Barbados; Benín; Bután; Cabo Verde; Chad; Gambia; Georgia; Guinea; Libia; Malauí; Malí; Micronesia (Estados Federados de); Mongolia; Myanmar; San Cristóbal y Nieves; Santo Tomé y Príncipe; Arabia Saudita; Sri Lanka; Suazilandia:** STEPwise Approach to Surveillance via WHO (2011). WHO report on the global tobacco epidemic, 2011. The MPOWER package. Geneva: World Health Organization.

**Brasil** Centers for Disease Control and Prevention (2011). Global Adult Tobacco Survey

**Camboya** Sokrin K., Sovann S. (2011). Cambodia: Second (Five-Year) Implementation Report, Framework Convention on Tobacco Control, World Health Organization. 13 de febrero <http://www.who.int.proxy.library.emory.edu/fctc/reporting/Cambodiarep.pdf>. Acceso: 12 de diciembre de 2011.

Centers for Disease Control and Prevention (2011). Global Adult Tobacco Survey.

**Canadá** Sabiston C. (2010). Canada: Second (Five-Year) Implementation Report. Framework Convention on Tobacco Control, World Health Organization. 10 de marzo. [http://www.who.int/fctc/reporting/Canada\\_5y\\_report\\_v2\\_final.pdf](http://www.who.int/fctc/reporting/Canada_5y_report_v2_final.pdf). Acceso: 1 de septiembre de 2011.

**China, Vietnam** Global Adult Tobacco Survey via WHO (2011). WHO report on the global tobacco epidemic, 2011.

**Congo (República Democrática del)** Longo-Mbenza (2006). STEPS Survey Report: Democratic Republic of the Congo. Selon l'approche STEPS de l'OMS. Kinshasa: DRC Ministry of Health, noviembre. [http://www.who.int.proxy.library.emory.edu/chp/steps/STEPS\\_DRC\\_Final.pdf](http://www.who.int.proxy.library.emory.edu/chp/steps/STEPS_DRC_Final.pdf). Acceso: 7 de julio de 2011.

**Costa Rica** Ávila Aguero M, Córdoba R, Barrantes O (2011). Costa Rica: First (Two-Year) Implementation Report. Framework Convention on Tobacco Control, World Health Organization. 10 de marzo. [http://www.who.int.proxy.library.emory.edu/fctc/reporting/party\\_reports/Costa\\_Rica\\_2y\\_report.pdf](http://www.who.int.proxy.library.emory.edu/fctc/reporting/party_reports/Costa_Rica_2y_report.pdf). Acceso: 9 de octubre de 2011.

**Dinamarca** Monitorering af danskernes rygevaner via WHO, WHO report on the global tobacco epidemic, 2011.

**República Dominicana** Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM) y Macro International Inc. (2008). Encuesta Demográfica y de Salud 2007. Santo Domingo, DR: CESDEM y Macro International Inc.

**Eritrea** Mebrahtu G, Usman A (2004). STEPS Survey Report: Eritrea. Eritrea Ministry of Health. [http://www.who.int.proxy.library.emory.edu/chp/steps/STEPS\\_Eritrea\\_Data.pdf](http://www.who.int.proxy.library.emory.edu/chp/steps/STEPS_Eritrea_Data.pdf). Acceso: 7 de julio de 2011.

**Etiopía** Central Statistical Agency [Ethiopia] and ORC Macro (2006). Ethiopia Demographic and Health Survey 2005. Addis Ababa: Central Statistical Agency and ORC Macro.

**Gabón** Comlan P (2009). STEPS Survey Report: Gabon. Libreville: Gabon Ministry of Public Health and Hygiene, 23 de junio. [http://www.who.int.proxy.library.emory.edu/chp/steps/2009\\_STEPS\\_Report\\_Gabon.pdf](http://www.who.int.proxy.library.emory.edu/chp/steps/2009_STEPS_Report_Gabon.pdf). Acceso: 8 de julio de 2011.

**Ghana** Ghana Statistical Service, Ghana Health Service, and ICF Macro (2009). Ghana Demographic and Health Survey 2008. Accra: GSS, GHS, and ICF Macro.

**Guyana** Yussuf S (2010). Guyana: Second (Five-Year) Implementation Report. Framework Convention on Tobacco Control, World Health Organization. 21 de diciembre. [http://www.who.int.proxy.library.emory.edu/fctc/Guyana\\_5y\\_report.pdf](http://www.who.int.proxy.library.emory.edu/fctc/Guyana_5y_report.pdf). Acceso: 19 de octubre de 2011.

**Haiti** Cayemittes M, Placide M, Mariko S, Barrère B, Sévère B, Canez A (2007). Enquête mortalité, morbidité et utilisation des services, Haiti, 2005–2006. Calverton, MD: Ministère de la Santé Publique et de la Population, Institut Haitien de l'Enfance et Macro International Inc.

**Indonesia, Malasia, Mauritania, Nepal, Túnez, Uzbekistán, Yemen** World Health Organization, WHO Report on the Global Tobacco Epidemic (2009). Implementing smoke-free environments. <http://www.who.int/tobacco/mpower/en/>. Acceso: 1 de octubre de 2011.

- Indonesia** Statistics Indonesia (Badan Pusat Statistik) and Macro International (2008). Indonesia Demographic and Health Survey 2007. Calverton, MD: BPS and Macro International.
- Irak** World Health Organization (2006). STEPS Survey Report: Iraq. <http://www.who.int.proxy.library.emory.edu/chp/steps/IraqSTEPSReport2006.pdf>. Acceso: 8 de julio de 2011.
- Kenia** Kenya National Bureau of Statistics and ICF Macro (2010). Kenya Demographic and Health Survey 2008–09. Calverton, MD: KNBS and ICF Macro.
- Corea (República Popular Democrática de)** Nagi (2007). STEPS Survey Report: DPRK. [http://www.who.int.proxy.library.emory.edu/chp/steps/DPRK\\_STEPS\\_Report\\_2007.pdf](http://www.who.int.proxy.library.emory.edu/chp/steps/DPRK_STEPS_Report_2007.pdf). Acceso: 8 de julio de 2011.
- Kirguistán** National Epidemiological Study of Tobacco Use Prevalence in Kyrgyzstan via WHO (2011). WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2011. [http://www.who.int/fcto/reporting/Kyrgyzstan\\_annex1\\_prevalence\\_data\\_2006.pdf](http://www.who.int/fcto/reporting/Kyrgyzstan_annex1_prevalence_data_2006.pdf). Acceso: 1 de octubre de 2011.
- República Democrática Popular Lao** Vongvichith E, Phounsavath S (2010). STEPS Survey Report: Laos PDR. Enero. [http://www.who.int.proxy.library.emory.edu/chp/steps/2008\\_STEPS\\_Report\\_Laos.pdf](http://www.who.int.proxy.library.emory.edu/chp/steps/2008_STEPS_Report_Laos.pdf). Acceso: 8 de julio de 2011.
- Lesoto** Ministry of Health and Social Welfare (Lesotho) and ICF Macro (2010). Lesotho Demographic and Health Survey 2009. Maseru, Lesoto: MOHSW e ICF Macro.
- Liberia** Liberia Institute of Statistics and Geo-Information Services (Liberia), Ministry of Health and Social Welfare (Liberia), National AIDS Control Program (Liberia), and Macro International Inc. (2008). Liberia Demographic and Health Survey 2007. Monrovia.
- Madagascar** Institut National de la Statistique (INSTAT) et ICF Macro (2010). Enquête Démographique et de Santé de Madagascar 2008–2009. Antananarivo, Madagascar: INSTAT et ICF Macro.
- Maldivas** Ministry of Health and Family (Maldives) and ICF Macro (2010). Maldives Demographic and Health Survey 2009. Calverton, MD: MOHF and ICF Macro.
- Islas Marshall** Edward R, Langdrik J (2010). Marshall Islands: Second (Five-Year) Implementation Report. Framework Convention on Tobacco Control, World Health Organization. 8 de marzo. <http://www.who.int/fcto/reporting/Marshallislandsreport.pdf>. Acceso: 8 de junio de 2011.
- Moldavia (República de)** National Scientific and Applied Center for Preventive Medicine (Moldova) and ORC Macro (2006). Moldova Demographic and Health Survey 2005. Calverton, MD: ational Scientific and Applied Center for Preventive Medicine of the Ministry of Health of Moldova.
- Mozambique** Araújo C et al. Manufactured and hand-rolled cigarettes and smokeless tobacco consumption in Mozambique: Regional differences at early stages of the tobacco epidemic. In Drug and Alcohol Dependence. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0376871611002572>. Acceso: 5 de noviembre de 2011.
- Namibia** Ministry of Health and Social Services (Namibia) and Macro International Inc. (2008). Namibia Demographic and Health Survey 2006–07. Windhoek, Namibia: MoHSS and Macro International. Inc. **Nepal** World Health Organization. (2009). WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2009: Implementing smoke-free environments. <http://www.who.int/tobacco/mpower/en/>. Acceso: 1 de mayo de 2011.
- Níger** Niger Ministry of Public Health (2008). STEPS Survey Report: Niger. Diciembre. [http://www.who.int.proxy.library.emory.edu/chp/steps/2007\\_STEPS\\_Report\\_Niger.pdf](http://www.who.int.proxy.library.emory.edu/chp/steps/2007_STEPS_Report_Niger.pdf). Acceso: 8 de julio de 2011.
- Nigeria** National Population Commission (Nigeria) and ICF Macro (2009). Nigeria Demographic and Health Survey 2008. Abuja, Nigeria: National Population Commission and ICF Macro.
- Noruega** Statistisk sentralbyrås Reise—og ferieundersøkelse via WHO (2011). WHO report on the global tobacco epidemic, 2011.
- Pakistán** World Health Organization (2008). STEPS Survey Report: Pakistan. Diciembre. [http://www.who.int.proxy.library.emory.edu/chp/steps/Pakistan\\_Book\\_chapter.pdf](http://www.who.int.proxy.library.emory.edu/chp/steps/Pakistan_Book_chapter.pdf). Acceso: 8 de julio de 2011.
- Paraguay** ERC Group (2010). World cigarettes: Americas. Suffolk, UK. Febrero.
- Catar:** World Health Survey Qatar (2010). Qatar: Second (Five-Year) Implementation Report. Framework Convention on Tobacco Control, World Health Organization. 27 de julio. [http://www.who.int.proxy.library.emory.edu/fcto/reporting/Qatar\\_5y\\_report.pdf](http://www.who.int.proxy.library.emory.edu/fcto/reporting/Qatar_5y_report.pdf). Acceso: 1 de diciembre de 2011.
- Ruanda** Institut National de la Statistique du Rwanda y ORC Macro (2006). Rwanda Demographic and Health Survey 2005. Calverton, MD: INSR and ORC Macro.
- Samoa** Ministry of Health (Samoa), Bureau of Statistics (Samoa), and ICF Macro (2010). Samoa Demographic and Health Survey 2009. Apia, Samoa: Ministry of Health, Samoa.
- Seychelles** Bovet P, Julita W. (2007). STEPS Survey Report: Seychelles. Victoria: Seychelles Ministry of Health and Social Development. 7 de julio. [http://www.who.int.proxy.library.emory.edu/chp/steps/2004\\_STEPS\\_Report\\_Seychelles.pdf](http://www.who.int.proxy.library.emory.edu/chp/steps/2004_STEPS_Report_Seychelles.pdf). Acceso: 8 de julio de 2011.
- Sierra Leona** Sierra Leone Ministry of Health (2009). STEPS Survey Report: Sierra Leone. [http://www.who.int.proxy.library.emory.edu/chp/steps/2009\\_STEPS\\_Report\\_SierraLeone.pdf](http://www.who.int.proxy.library.emory.edu/chp/steps/2009_STEPS_Report_SierraLeone.pdf).
- Sudáfrica** South Africa Demographic and Health Survey (2003). [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563918\\_eng\\_full.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563918_eng_full.pdf). Acceso: 8 de julio de 2011.
- Sudán** Elzein M. (2005). STEPS Survey Report: Sudan, Selon l'approche STEPS de l'OMS. Kinshasa: Sudan Ministry of Health. [http://www.who.int.proxy.library.emory.edu/chp/steps/STEPS\\_Report\\_Sudan2005.pdf](http://www.who.int.proxy.library.emory.edu/chp/steps/STEPS_Report_Sudan2005.pdf). Acceso: 8 de julio de 2011.
- Suecia** The National Survey on Public Health via WHO (2011). WHO report on the global tobacco epidemic, 2011.
- Suiza** Tabakmonitoring: Schweizerische Umfrage zum Tabakkonsum mediante la OMS (2011). WHO report on the global tobacco epidemic, 2011.
- República Árabe Siria** World Health Organization (2010). Siria: Second (Five-Year) Implementation Report. Framework Convention on Tobacco Control, World Health Organization. 28 de febrero. [http://www.who.int.proxy.library.emory.edu/fcto/reporting/Syria\\_5y\\_report.pdf](http://www.who.int.proxy.library.emory.edu/fcto/reporting/Syria_5y_report.pdf). Acceso: 7 de julio de 2011.
- Tanzania (República Unida de)** National Bureau of Statistics (Tanzania) and ICF Macro (2011). Tanzania Demographic and Health Survey 2010. Dar es Salaam: NBS e ICF Macro.
- Timor Oriental** National Statistics Directorate (Timor-Leste), Ministry of Finance (Timor-Leste), and ICF Macro (2010). Timor-Leste Demographic and Health Survey 2009–10. Dili, Timor-Leste: NSD and ICF Macro.
- Turkmenistán** ERC Group (2007). World cigarettes: Central & Eastern Europe. Suffolk, UK. Febrero.
- Uganda** Uganda Bureau of Statistics (UBOS) and Macro International Inc. (2007). Uganda Demographic and Health Survey 2006. Calverton, MD: UBOS and Macro International Inc.
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Oficina de Tabaquismo y Salud.
- EE. UU.** Centers for Disease Control and Prevention, Office on Smoking and Health (2009). Smoking and tobacco use: Fact sheets on smoking and tobacco use. [http://www.cdc.gov/tobacco/data\\_statistics/fact\\_sheets/smokeless/smokeless\\_facts/index.htm#use](http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/smokeless/smokeless_facts/index.htm#use). Acceso: 14 de junio de 2011.
- Zambia** World Health Organization (2008). STEPS Survey Report: Zambia. Zambia Ministry of Public Health and World Health Organization. Noviembre. [http://www.who.int.proxy.library.emory.edu/chp/steps/2008\\_STEPS\\_Report\\_Zambia.pdf](http://www.who.int.proxy.library.emory.edu/chp/steps/2008_STEPS_Report_Zambia.pdf). Acceso: 8 de julio de 2011.
- Zimbabue** Central Statistical Office (Zimbabwe) and Macro International Inc. (2007). Zimbabwe Demographic and Health Survey 2005–06. Calverton, MD: CSO and Macro International Inc.
- MÉTODOS**
- Ante informes separados sobre la prevalencia en hombres y mujeres, se calculó la prevalencia ponderada promedio con base en la distribución por sexo en adultos (de 15 a 64 años) usando los datos de las siguientes fuentes:
- Central Intelligence Agency (2011). CIA: The world factbook. <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/bg.html>. Acceso: 13 de julio de 2011.
- Símbolo**
- Países en los que la fabricación, venta o importación de productos de tabaco sin humo está total o parcialmente prohibida:
- Australia** Chapman S, Wakefield M. (2001). Tobacco control advocacy in Australia: Reflections on 30 years of progress. *Health Education and Behavior*, 28: 274–289.
- Austria, Bélica, Bulgaria, Chipre, República Checa, Dinamarca, Estonia, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Hungría, Hong Kong, Irlanda, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Países Bajos, Polonia, Portugal, Rumania, Eslovaquia, Eslovenia, España, Reino Unido** Directiva 92/41/CEE del Consejo del 15 de mayo de 1992 que enmienda la Directiva 89/622/EEC sobre la aproximación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados Miembros con respecto al etiquetado de los productos de tabaco (Comité Económico y Social Europeo, 15 de mayo de 1992), <http://www.estoc.org/regulation/background>. Acceso: 24 de junio de 2011.
- Bahrain** *Personal de Time Out Bahrain*. (2009). Smoking ban in Bahrain. <http://www.timeoutbahrain.com/knowledge/features/8573-smoking-ban-in-bahrain>. Acceso: 7 de julio de 2011.
- Bután** Norbu U. (2010). Bhutan: Second (Five-Year) Implementation Report. Framework Convention on Tobacco Control, World Health Organization. 15 de noviembre. [http://www.who.int/fcto/reporting/Bhutan\\_5y\\_report.pdf](http://www.who.int/fcto/reporting/Bhutan_5y_report.pdf). Acceso: 7 de julio de 2011.
- Israel, Japón, Kuwait, Arabia Saudita, Singapur, Tailandia, Turquía** Agencia Internacional de Investigación del Cáncer de la OMS. (2007). Smokeless tobacco and some tobacco-specific n-nitrosamines. IARC Monographs 89. Lyon, Francia: IARC.
- Nueva Zelanda** Organización Mundial de la Salud. (1997). Tobacco or health: A global status report. Ginebra: OMS.
- Emiratos Árabes Unidos** J. Bowman. Bowman. (2008). Cheving tobacco outlawed. Publicación comercial árabe. Mayo. <http://www.arabianbusiness.com/cheving-tobacco-outlawed-49783.html>. Acceso: 13 de julio de 2011.
- Tanzania (República Unida de)** Kaduri P, Kitua H, Mbatia J, Kitua AY, Mbwambo J. (2008). Smokeless tobacco use among adolescents in Ilala Municipality, Tanzania. *Tanzania Journal of Health Research*, 10(1): 28–33.
- Volumen mundial de venta de tabaco sin humo**
- Volumen de venta de tabaco sin humo (histórico y proyectado): Euromonitor International. (2011). Base de datos de pasaportes. Acceso: 1 de octubre de 2011.
- Toneladas de tabaco sin humo se convirtieron en contenedores de envío según: Maersk Line. (2011). Maersk Line equipment guide. <http://www.maerskline.com/globalfile/?path=/pdf/containerDimensions>. Acceso: 23 de diciembre de 2011.
- Patrones de consumo de tabaco y tabaco sin humo**
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2011). Global Adult Tobacco Survey. [www.cdc.gov/tobacco/global/gtss/](http://www.cdc.gov/tobacco/global/gtss/). Acceso: 1 de octubre de 2011.
- Rapé y cigarrillos vendidos en Suecia**
- DATOS DE VENTAS ENTRE 1990 Y 2006 Forey B, Hamling J, Hamling J, Lee P. (2009). International smoking statistics: Sweden. Edición web. Sutton, Reino Unido: P N Lee Statistics & Computing Ltd., 24 de julio. [http://www.pnlee.co.uk/Downloads/ISS/ISS-Sweden\\_090724.pdf](http://www.pnlee.co.uk/Downloads/ISS/ISS-Sweden_090724.pdf). Acceso: 4 de mayo de 2011.
- DATOS DE VENTAS 2007–2010 Y OBSERVACIONES SOBRE EL AUMENTO EN EL IMPUESTO SOBRE EL TABACO
- Euromonitor International. (2011). Tabaco sin humo en Suecia. 18 de agosto. Base de datos de pasaportes. Acceso: 1 de octubre de 2011.
- Butler: Butler D. (2008). A path forward in tobacco harm reduction. Discurso realizado durante la 93ª Conferencia Anual de la TMA, 19 de mayo.
- Grupo de estudio de la OMS sobre el control del consumo del tabaco sin humo.**
- World Health Organization (1988). Smokeless tobacco control: Report of a WHO study group. Geneva: World Health Organization.
- Cita**
- Pista del título de la película de Bollywood Wanted. (2009). Dir. Deva.

## Panel de texto

IARC. (2009). IARC handbooks of cancer prevention, tobacco control, Vol. 13: Evaluating the effectiveness of smoke-free policies. Lyon, France.

Conferencia de las Partes del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. (2010). Control y prevención del consumo de productos de tabaco sin humo y cigarrillos electrónicos. Punta del Este, Uruguay, 15 de septiembre. [http://apps.who.int/gb/ctct/PDF/cop4/FTCT\\_COP4\\_12-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ctct/PDF/cop4/FTCT_COP4_12-en.pdf). Acceso: 13 de julio de 2011.

Chassin L, Presson C, Sherman S, McLaughlin L, Gioia D. (1985). Psychosocial correlates of adolescent smokeless tobacco use. *Addictive Behaviors*, 10(4): 431-435. doi:10.1016/0306-4603(85)90041-3.

Critchley JA, Unal B. (2003). Health effects associated with smokeless tobacco: A systematic review. *Thorax*, 58(5): 435-443. doi:10.1136/thorax.58.5.435.

Mejia A, Ling P. (2010). Tobacco industry consumer research on smokeless tobacco users and product development. *American Journal of Public Health*, 100(1): 78-87. doi:10.2105/AJPH.2008.152603.

Mejia A, Ling P, Glantz S. (2010). Quantifying the effects of promoting smokeless tobacco as a harm reduction strategy in the USA. *Tobacco Control*, 19(4): 297-305. doi:10.1136/tc.2009.031427.

Steyn K, De Wet T, Saloojee Y, Nel H, Yach D. (2006). The influence of maternal cigarette smoking, snuff use and passive smoking on pregnancy outcomes: The Birth to Ten Study. *Pediatric and Perinatal Epidemiology*, 20(2): 90-99. doi:10.1111/j.1365-3016.2006.00707.x.

Warnakulasuriya S, Dietrich T, Bornstein M, Casals Pedró E, Preshaw P, Walter C, Wennström J, Bergström J. (2010). Oral health risks of tobacco use and effects of cessation. *International Dental Journal*, 60(1): 7-30.

## 12 PROFESIONALES DE LA SALUD

### Mapa principal

#### FUENTES

Centers for Disease Control and Prevention (2011). Sistema global de vigilancia de tabaco: Encuesta global de profesionales de la salud.

#### OTRAS FUENTES DE DATOS

**Canadá** Thakore S, Zahinoor I, Jarvis S, Payne E, Keetbaas S, Payne R, Rothenburg L. (2009). The perceptions and habits of alcohol consumption and smoking among Canadian medical students. *Academic Psychiatry*, 33: 193-197.

**China** Ma X. (2011). The report on the baseline survey of CMB: China medical tobacco control initiative. Presentado en el Simposio de Investigación para el Control del Tabaco en China, Yunan, China. Octubre.

**Francia** Josselan R, Raffin J, Dautzenberg B, Brucker G. (2003). Knowledge, opinions and tobacco consumption in a French faculty of medicine. *La Presse Médicale*, 32(40): 1883-1886.

**Alemania** Kusma B, Quarcoo D, Vitzthum K, Welte T, Mache S, Meyer-Falcke A, Groneberg D, Raupach T. (2010). Berlin's medical students' smoking habits, knowledge about smoking and attitudes toward smoking cessation counseling. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 5(9). Nota: El estudio sólo incluye estudiantes de medicina de Berlín

**Irlanda** McCartan B, McCreary C, Healy C. (2008). Attitudes of Irish dental, dental hygiene and dental nursing students and newly qualified practitioners to tobacco use cessation: A national survey. *European Journal of Dental Education*, 12: 17-22.

**Japón** Suzuki K, Ohida T, Yokoyama E, Kaneita Y, Takemura S. (2005). Smoking among Japanese nursing students: Nationwide survey. *Journal of Advanced Nursing*, 49(3): 268-275. Nota: El estudio sólo incluye estudiantes mujeres de enfermería.

**EE. UU.** Patkar A, Hill K, Batra V, Vergare M, Leone F. (2003). A comparison of smoking habits among medical and nursing students. *CHEST* 124(4): 1415-1420.

#### MÉTODOS

Los datos de la Encuesta global de profesionales de la salud (GHPSS) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades fueron la principal fuente de datos para los índices actuales de fumadores entre estudiantes de ciencias de la salud en todos los países, a menos que se indique lo contrario.

Cuando sólo se disponía de datos subnacionales, se consideró la ciudad capital. En caso de no disponer de datos sobre la ciudad capital, se consideró la ciudad más poblada. El uso de datos subnacionales está indicado en el mapa con un círculo cerca de la ciudad cuyos datos fueron utilizados.

Se utilizaron los datos disponibles sobre estudiantes de medicina. Si no se disponía de datos sobre estudiantes de medicina, se consideraban los datos de estudiantes de enfermería y luego los de estudiantes de odontología. En los siguientes países se usaron los datos de estudiantes de enfermería en lugar de los correspondientes a estudiantes de medicina debido a que el tamaño de la muestra entre estudiantes de enfermería fue considerablemente superior: **Omán, Papúa Nueva Guinea, Surinam, Trinidad y Tobago, Cisjordania (sin incluir la Franja de Gaza), Zambia.**

### Porcentaje de países con centros de salud libres de humo

World Health Organization (2011). WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: Warning about the dangers of tobacco. Geneva: World Health Organization.

#### MÉTODOS.

Cisjordania y Franja de Gaza fueron incluidas dentro de la Región del Mediterráneo Oriental a los fines de este inserto.

### Países que brindan servicios de apoyo en consultorios de profesionales de la salud a quienes dejan de fumar

World Health Organization (2011). Datos obtenidos del Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2011: Advertencia sobre los peligros del tabaco.

### Incluso las intervenciones breves para el cese del tabaquismo son efectivas

Fiore M, Bailey W, Cohen S, et al. (2000). Treating tobacco use and dependence. Quick Reference Guide for Clinicians. Rockville, MD: Departamento de Servicios Humanos y de Salud de los EE. UU. Servicio de Salud Pública. Octubre. <http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/tobaqrq.htm>. Acceso: 10 de agosto de 2011.

## Hong Kong

Lam T, Tse L, Yu I, Griffiths S (2009). Prevalence of smoking and environmental tobacco smoke exposure, and attitudes and beliefs towards tobacco control among Hong Kong medical students. *Public Health*, 123: 42-46.

## Buenos Aires

Warren C, Jones N, Chauvin J, Peruga A (2008). Tobacco use and cessation counseling: Cross-country data from the Global Health Professions Student Survey (GHPSS), 2005-2007. *Tobacco Control*, 17(4): 238-247.

## Uganda

Warren C, Jones N, Chauvin J, Peruga A (2008). Tobacco use and cessation counseling.

## Pfizer

Loo D (2011). China endorsing tobacco in schools adds to \$10 trillion cost. *Bloomberg News*. 21 de septiembre. <http://www.bloomberg.com/news/2011-09-20/china-endorsing-tobacco-in-schools-adds-to-10-trillion-gdp-cost.html>. Acceso: 6 de octubre de 2011.

## Cita: OMS

World Health Organization (sin fecha). MPOWER: Offer help to quit. [http://www.who.int/tobacco/mpower/publications/en\\_tfi\\_mpower\\_brochure\\_o\\_page2.pdf](http://www.who.int/tobacco/mpower/publications/en_tfi_mpower_brochure_o_page2.pdf). Acceso: 28 de agosto de 2011.

## Cita: American Tobacco Company

Robert Wood Johnson Foundation. (2011). The way we were: Tobacco ads through the years. Abril. <http://www.rwjf.org/files/research/72060.tobaccoads041511.pdf>. Acceso: 15 de diciembre de 2011.

## Panel de texto

American Cancer Society (2011). Guide to quitting smoking. <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002971-pdf.pdf>. Acceso: 30 de agosto de 2011.

Fiore M, Bailey W, Cohen S, et al. (2000). Treating tobacco use and dependence.

Lam T, Tse L, Yu I, Griffiths S (2009). Prevalence of smoking and environmental tobacco smoke exposure.

World Health Organization (2004). News release: Health professionals to promote a new code of conduct on tobacco. 30 de enero. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr9/en/>. Acceso: 10 de agosto de 2011.

## 13 COSTOS PARA LA SOCIEDAD

### Mapa principal y símbolo

#### FUENTES

Los costos directos estimados del tabaquismo fueron obtenidos de:

**Argentina** Cevallos D. (2008). Health-Latin America: Tobacco regulations as solid as smoke. 4 de junio. <http://www.ipsnews.net/news.asp?idnews=42657>. Acceso: 9 de junio de 2011.

**Australia** Collins D, Lapsley H. (2008). The costs of tobacco, alcohol and illicit drug abuse to Australian society in 2004/05. Departamento de Salud y Envejecimiento de la Universidad de Nueva Gales del Sur.

**Bangladesh** Ministerio de Salud y Bienestar Familiar de Bangladés. (2010). Bangladesh: Second (Five-Year) Implementation Report. Framework Convention on Tobacco Control, World Health Organization. 25 de febrero. [http://www.who.int/ctct/reporting/Bangladesh\\_5y\\_report.pdf](http://www.who.int/ctct/reporting/Bangladesh_5y_report.pdf). Acceso: 28 de junio de 2011.

**Barbados** Lwegaba A (2004). Excess health care cost associated with a low smoking prevalence, Barbados. *West Indian Medical Journal*, 53(1): 12-16. (Cálculo de los autores)

**Brasil** Pinto M, Alicia Domínguez Ugá M (2010). The costs of tobacco-related diseases for the National Health System. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(6): 1234-1245. [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2010000600016&script=sci\\_arttext&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2010000600016&script=sci_arttext&lng=en). Acceso: 3 de febrero de 2011. **Canadá** Health Canada, Government of Canada (2010). News release: Harper government to strengthen and enlarge health warnings on cigarette packages. 30 de diciembre. [http://www.hc-sc.gc.ca/a-hc-asc/media/nr-cp/\\_2010/2010\\_233-eng.php](http://www.hc-sc.gc.ca/a-hc-asc/media/nr-cp/_2010/2010_233-eng.php). Acceso: 7 de febrero de 2011.

**Chile** Cevallos D (2008). Health-Latin America.

**China** Yang L et al. (2011). Economic costs attributable to smoking in China: Update and an 8-year comparison, 2000-2008. *Tobacco Control*. 21 de enero. <http://tobaccocontrol.bmj.com/content/early/2011/01/21/tc.2010.042028.abstract>

**República Checa** Ross H. (2004). Critique of the Philip Morris study of the cost of smoking in the Czech Republic. *Nicotine & Tobacco Research: Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 6(1): 181-189.

**Dinamarca** Falk J (2010). Denmark: Second (Five-Year) Implementation Report. Framework Convention on Tobacco Control, World Health Organization. 13 de julio. [http://www.who.int/ctct/reporting/Denmark\\_5y\\_report.pdf](http://www.who.int/ctct/reporting/Denmark_5y_report.pdf). Acceso: 28 de junio de 2011.

**Egipto** Nassar H. (2003). The economics of tobacco in Egypt: A new analysis of demand. Washington, DC: The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank. Marzo

**Estonia** Taal A, Kiiwet R, Hu T-W (2004). The economics of tobacco in Estonia. Washington, DC: The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank. Junio

**Finlandia** Siukola R, Paaso K (2010). Finland: Second (Five-Year) Implementation Report. Framework Convention on Tobacco Control, World Health Organization, 23 de abril. [http://www.who.int/ctct/reporting/Finland\\_5y\\_report\\_version2\\_final.pdf](http://www.who.int/ctct/reporting/Finland_5y_report_version2_final.pdf). Acceso: 28 de junio de 2011.

**Francia** Tolstoi N (2010). France: Second (Five-Year) Implementation Report. Framework Convention on Tobacco Control, World Health Organization. 10 de junio. [http://www.who.int.proxy.library.emory.edu/ctct/reporting/France\\_5y\\_report.pdf](http://www.who.int.proxy.library.emory.edu/ctct/reporting/France_5y_report.pdf). Acceso: 17 de octubre de 2011.

- Alemania** Neubauer S et al. (2006). Mortality, morbidity and costs attributable to smoking in Germany: Update and a 10-year comparison. *Tobacco Control*, 15(6): 464–471.
- Guatemala** Center for Tobacco Free Kids (1998). Central America case study. Octubre. <http://www.healthbridge.ca/tcmanual.pdf>. Acceso: 1 de octubre de 2011.
- Hong Kong SAR, China** McGhee S et al. (2006). Cost of tobacco-related diseases, including passive smoking, in Hong Kong. *Tobacco Control*, 15(2): 125–130.
- Hungría** Hungarian National Institute for Health Development (2007). *Tobacco Control*. [http://www.oefi.hu/DOHANYZAS\\_2007.pdf](http://www.oefi.hu/DOHANYZAS_2007.pdf). Acceso: 1 de octubre de 2011.
- Islandia** Sigillum Universitatis Islandiae (2000). Cost of smoking in Icelandic society 2000: Report to Tobacco Control Task Force. Haskola Islands.
- India** John R, Sung H-Y, Max W. (2009). Economic cost of tobacco use in India, 2004. *Tobacco Control*, 18(2): 138–143.
- Indonesia** SEATCA. (2010). ASEAN Tobacco Tax Report Card: Regional comparisons and trends. Southeast Asia Tobacco Control Alliance.
- Israel** Ginsberg G, Rosen B, Rosenberg E. (2010). Cost-utility analyses of interventions to reduce the smoking-related burden of disease in Israel. Jerusalem: Myers-JDC-Brookdale Institute; Smokler Center for Health Policy Research. Febrero. <http://brookdalejdc.org.il/?CategoryID=192&ArticleID=115>. Acceso: 23 de febrero de 2011.
- Japón** Tanaka Y. (2007) Comparison of the direct healthcare costs between smokers and non-smokers. Research on the economic impact of smoking. p.9-18 National Institute of Public Health: Saitama.
- Corea (República de)** Kang HY, Kim HJ, Park TK, Jee SH, Nam CM, Park HW. (2003). Economic burden of smoking in Korea. *Tobacco Control*, 12: 37–44.
- República Democrática Popular Lao** SEATCA. (2010). ASEAN Tobacco Tax Report Card.
- Líbano** Chaaban J, Naamani N, Salti N. (2010). The economics of tobacco in Lebanon: An estimation of the social costs of tobacco consumption. American University in Beirut Tobacco Control Research Group. Abril. [http://www.aub.edu.lb/ifi/public\\_policy/rapp/rapp\\_research/Documents/economics\\_of\\_tobacco\\_lebanon/Final\\_Report/The\\_Economics\\_of\\_Tobacco\\_in\\_Lebanon.pdf](http://www.aub.edu.lb/ifi/public_policy/rapp/rapp_research/Documents/economics_of_tobacco_lebanon/Final_Report/The_Economics_of_Tobacco_in_Lebanon.pdf). Acceso: 25 de mayo de 2011.
- Malasia** Zain Z. (2010). Malaysia: Second (Five-Year) Implementation Report. Framework Convention on Tobacco Control, World Health Organization. 15 de diciembre. [http://www.who.int.proxy.libraryemoryedu/fctc/Malaysia\\_5y\\_report.pdf](http://www.who.int.proxy.libraryemoryedu/fctc/Malaysia_5y_report.pdf). Acceso: 25 de mayo de 2011.
- México** Waters H et al. (2010). The economics of tobacco and tobacco taxation in Mexico. Paris: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. [http://www.tobaccofreecenter.org/files/pdfs/en/Mexico\\_tobacco\\_taxes\\_report\\_en.pdf](http://www.tobaccofreecenter.org/files/pdfs/en/Mexico_tobacco_taxes_report_en.pdf). Acceso: 1 de agosto de 2011.
- Myanmar** Kyaing N. (2003). Tobacco economics in Myanmar. Washington DC: The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank.
- Nepal** Himalayan News Service. (2011). Govt directive on tobacco soon. *Himalayan Times* (Katmandú). 14 de abril. <http://www.thehimalayantimes.com/fullNews.php?headline=Govt+directive+on+tobacco+soon+&NewsID=284019>. Acceso: 25 de mayo de 2011.
- Países Bajos** van der Avert M, van Bolhuis A. (2010). Netherlands: Second (Five-Year) Implementation Report. Framework Convention on Tobacco Control, World Health Organization. 27 de abril. [http://www.who.int.proxy.libraryemoryedu/fctc/reporting/Netherlands\\_5y\\_report\\_v2\\_final.pdf](http://www.who.int.proxy.libraryemoryedu/fctc/reporting/Netherlands_5y_report_v2_final.pdf). Acceso: 17 de octubre de 2011.
- Nueva Zelanda** SCancer Society of New Zealand. (2004). What smoking costs. Cancer Society of New Zealand. Septiembre.
- Nigeria** Daramola Z. (2007). FG hailed over move against tobacco costs. *Daily Trust*. 12 de noviembre.
- Panamá** Roa R, Vergara F. (2010). Panama: Second (Five-Year) Implementation Report. Framework Convention on Tobacco Control, World Health Organization. 27 de febrero. [http://www.who.int/fctc/reporting/Panama\\_5y\\_report\\_final.pdf](http://www.who.int/fctc/reporting/Panama_5y_report_final.pdf). Acceso: 28 de junio de 2011.
- Filipinas** Quimbo S, Casorla A, Miguel-Baquilod M, Medalla F. (2007). The economics of tobacco and tobacco taxation (Philippines). UPecon Foundation and Department of Health.
- Polonia** Krzyżanowska A, Glogowski C. (2004). Nikotyzm i na świecie: Następstwa ekonomiczne (La adicción a la nicotina a nivel mundial y sus consecuencias económicas). *Menedżer Zdrowia*, 2: 98–103. (en polaco)
- Singapur** Quah E, Tan K, Saw S, Yong J. (2002). The social cost of smoking in Singapore. *Singapore Medical Journal*, 43(7): 340–344.
- Sudáfrica** Yach D, McIntyre D, Saloojee Y. (1992). Smoking in South Africa: The health and economic impact. *Tobacco Control*, 1(4): 272–280.
- España** Ahn N, Molina J. (2001). Smoking in Spain: Analysis of initiation and cessation. FEDEA. Febrero.
- Suecia** Johansson A. (2010). Sweden: Second (Five-Year) Implementation Report. Framework Convention on Tobacco Control, World Health Organization, 5 de octubre. <http://www.who.int/fctc/reporting/swe/en/index.html>. Acceso: 1 de marzo de 2011.
- Suiza** Weiser S. (2009). Synthesis report: Economic evaluation of prevention measures in Switzerland. Zurich: Swiss Federal Office of Public Health. Diciembre. <http://www.health-evaluation.admin.ch>. Acceso: 25 de mayo de 2011.
- Tailandia** Leartsakulpanitch J, Nganthavee W, Salole E (2007). The economic burden of smoking-related disease in Thailand: A prevalence-based analysis. *Journal of the Medical Association of Thailand-Chotmaihet Thangphaet*, 90(9): 1925–1929.
- Reino Unido:** Allender S. et al. (2009). *The burden of smoking-related ill health in the UK. Tobacco Control*, 18(4): 262.
- EE. UU.:** Centers for Disease Control and Prevention (2008). Smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses—United States, 2000–2004. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 57(45): 1226–1228.
- Uruguay** Amos A. (2006). Tobacco control economy in the countries of Mercosur and Associated States. Organización Panamericana de la Salud. (en español)
- Venezuela (República Bolivariana de)** Pan American Sanitary Bureau (1998). Análisis de costos y beneficios del tabaquismo. Caracas: Organización Panamericana de la Salud.
- Vietnam** Ross H, Trung D, and Phu V. (2007). The costs of smoking in Vietnam: The case of inpatient care. *Tobacco Control*, 16(6): 405–409.
- MÉTODOS**  
Si el cálculo se proporcionó en una divisa distinta del dólar estadounidense, el monto fue convertido a dólares estadounidenses usando las tasas de cambio promedio anuales: OANDA. (sin fecha). Tasas de cambio promedio. <http://www.oanda.com/currency/average>.  
El costo directo del tabaquismo como porcentaje del PIB de los países fue calculado en base a los datos de PIB del Fondo Monetario Internacional. (2011). World economic outlook database. Abril.
- Costos directos e indirectos relacionados con el tabaco**  
CÁLCULOS DE LOS  
Centers for Disease Control and Prevention (2008). Smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses—United States, 2000–2004.  
Datos económicos del control del tabaco en la región Sur de África. (1998). Datos económicos del proyecto de control del tabaco. Escuela de Economía, Universidad de Cape Town. Informe enviado para la Investigación del Control Internacional del Tabaco (RITC). 30 de junio.  
Weiser S. (2009). Síntesis del informe.
- Costos de oportunidad del consumo de tabaco**  
Las fuentes utilizadas para estimar los costos directos del consumo de tabaco son las mismas del mapa principal. Los cálculos de los costos de oportunidad se obtuvieron a través de:  
Badawi H. (2006). The 2007 budget speech. Ministerio de Finanzas de Malasia. 1 de septiembre. <http://www.treasury.gov.my/pdf/budget/bs07.pdf>. Acceso: 17 de octubre de 2011.  
Ministerio del Interior de Chile (2008). Presupuesto del proyecto, 2008. [http://www.dipres.gob.cl/572/articles-37002\\_doc\\_pdf.pdf](http://www.dipres.gob.cl/572/articles-37002_doc_pdf.pdf). Acceso: 17 de octubre de 2011.  
Ministerio de Hacienda de Gran Bretaña (2010). Análisis de gastos 2010. Norwich: Oficina de Publicaciones.  
Ministerio de Educación de Nueva Zelanda. (2009). Presupuesto 2009: Iniciativas para la Educación. <http://www.minedu.govt.nz/theMinistry/Budget/Budget2009/EducationInitiatives.aspx>. Acceso: 17 de octubre de 2011.  
Ministerio de Finanzas de Tailandia. (2010). Gastos por función del gobierno. [http://dw.mof.go.th/foc/gfs/database/C7\\_Budgetary.html](http://dw.mof.go.th/foc/gfs/database/C7_Budgetary.html). Acceso: 17 de octubre de 2011.
- El tabaco genera pérdidas en los sistemas de atención médica**  
Gastos de atención médica generados por enfermedades asociadas al tabaco:  
**China** Yang L et al. (2011). Economic costs attributable to smoking in China.  
**Finlandia** Siukola R, Paaso K (2010). Finland Second (Five-Year) Implementation Report  
**Egipto** Nassar H (2003). The economics of tobacco in Egypt.
- Alemania** Neubauer S et al. (2006). Mortality, morbidity and costs attributable to smoking in Germany.
- México** Waters H et al. (2010). The economics of tobacco and tobacco taxation in Mexico.
- Reino Unido** Allender S et al. (2009). The burden of smoking-related ill health in the UK, 262.
- EE. UU.** Centers for Disease Control and Prevention (2008). Smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses—United States, 2000–2004.
- TOTAL DE GASTOS POR ATENCIÓN MÉDICA**  
Banco Mundial. (2011). Banco de datos mundial. <http://databank.worldbank.org>. Acceso: 17 de octubre de 2011.
- Cálculo de costos directos**  
Centers for Disease Control and Prevention (2008). Smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses—United States, 2000–2004.
- Valor de mercado de los cigarrillos**  
Euromonitor International. (2011). Base de datos de pasaportes. Acceso: 1 de octubre de 2011.
- Cita: Gruber**  
Gruber J y Koszegi B. (2008). A modern economic view of tobacco taxation. *International Union Against Tuberculosis and Lung Disease*. [http://www.tobaccofreecenter.org/files/pdfs/en/modern\\_economic\\_view\\_taxation\\_en.pdf](http://www.tobaccofreecenter.org/files/pdfs/en/modern_economic_view_taxation_en.pdf). Acceso: 6 de diciembre de 2011.
- Panel de texto**  
Danaei G, Ding E, Mozaffarian D, Taylor B, Rehm J, Murray C, et al. (2009). The preventable causes of death in the United States: Comparative risk assessment of dietary, lifestyle, and metabolic risk factors. *PLoS Medicine*, 6(4): e1000058.  
Fenoglio P, Parel V, Kopp P. (2003). The social cost of alcohol, tobacco and illicit drugs in France, 1997. *European Addiction Research*, 9(1): 18–28.  
Geist H. (1999). Global assessment of deforestation related to tobacco farming. *Tobacco Control*, 8(1): 18–28.  
Geist H, Chang K, Etges V, Abdallah J. (2009). Tobacco growers at the crossroads: Towards a comparison of diversification and ecosystem impacts. *Land Use Policy*, 26(4): 1066–1079.  
Jha P. (2000). Tobacco control in developing countries. Oxford: Oxford University Press.  
Leistikow B, Martin D, Milano C. (2000). Fire injuries, disasters, and costs from cigarettes and cigarette lights: A global overview. *Preventive Medicine*, 31(2 Pt 1): 91–99.  
Otañez M, Glantz S. (2011). Social responsibility in tobacco production? Tobacco companies' use of green supply chains to obscure the real costs of tobacco farming. *Tobacco Control*. 19 de abril. <http://tobaccocontrol.bmj.com/content/early/2011/04/15/15/15/2010.039537.abstract>. Acceso: 9 de mayo de 2011.  
Ross H. (2004). Critique of the Philip Morris study of the cost of smoking in the Czech Republic. *Nicotine and Tobacco Research*, 6(1): 181–189.  
Warner K. (2000). The economics of tobacco: Myths and realities. *Tobacco Control*, 9(1): 78–89.

Warner K, Hodgson T, Carroll C. (1999). Medical costs of smoking in the United States: Estimates, their validity, and their implications. *Tobacco Control*, 8(3): 290–300.

Yach D, Hawkes C, Gould C, Hofman K. (2004). The global burden of chronic diseases. *JAMA*, 291(21): 2616–2622.

## 14 PRECIOS DE LOS CIGARRILLOS

### Mapa principal

#### FUENTES

Datos obtenidos de:

Afganistán, Albania, Andorra, Angola, Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Bielorrusia, Belice, Benín, Bolivia (Estado Plurinacional de), Bosnia y Herzegovina, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, República Centroafricana, Chad, Comoras, Congo, Congo (República Democrática del), Croacia, Cuba, Yibuti, Dominica, República Dominicana, El Salvador, Guinea Ecuatorial, Eritrea, Estonia, Etiopía, Gabón, Gambia, Georgia, Ghana, Granada, Guinea, Guinea-Bisáu, Guyana, Haití, Honduras, Irak, Jamaica, Kiribati, Kirguistán, Lesoto, Liberia, Madagascar, Maldivas, Malí, Mauritania, Mauricio, Moldavia (República de), Mónaco, Montenegro, Mozambique, Namibia, Nauru, Nicaragua, Níger, Palaos, Ruanda, San Cristóbal y Nieves, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Samoa, Santo Tomé y Príncipe, Senegal, Sierra Leona, Eslovenia, Somalia, Surinam, Tayikistán, Tanzania (República Unida de), Timor Oriental, Togo, Tonga, Trinidad y Tobago, Turkmenistán, Tuvalu, Uganda, Vanuatu, Yemen, Organización Mundial de la Salud (2012) Perfiles de los países en el control del tabaquismo [http://who.int/tobacco/surveillance/policy/country\\_profile/en/index.html](http://who.int/tobacco/surveillance/policy/country_profile/en/index.html). Acceso: 5 de abril de 2012.

Algeria; Argentina; Australia; Austria; Azerbaiyán; Baréin; Bangladesh; Bélgica; Brasil; Estado de Brunéi; Bulgaria; Camboya; Camerún; Canadá; Chile; China; Colombia; Costa de Marfil; República Checa; Dinamarca; Ecuador; Egipto; Finlandia; Francia; Alemania; Grecia; Guatemala; Hong Kong SAR, China; Hungría; Islandia; India; Indonesia; Irán (República Islámica de); Irlanda; Israel; Italia; Japón; Jordán; Kazajistán; Kenia; Corea (República de); Kuwait; Libia; Luxemburgo; Malasia; México; Marruecos; Nepal; Países Bajos; Nueva Zelanda; Nigeria; Noruega; Omán; Pakistán; Panamá; Papúa Nueva Guinea; Paraguay; Perú; Filipinas; Polonia; Portugal; Qatar; Rumania; Federación Rusa; Arabia Saudita; Serbia; Singapur; Eslovaquia; Sudáfrica; España; Sri Lanka; Suecia; Suiza; República Árabe Siria; Tailandia; Túnez; Turquía; Ucrania; Emiratos Árabes Unidos; Reino Unido; Estados Unidos; Uruguay; Uzbekistán; Venezuela (República Bolivariana de); Vietnam; Zambia; Zimbabue Economist Intelligence Unit. (2011). Encuesta sobre el costo de vida mundial. Londres.

Costa Rica, Chipre, Macedonia (Antigua República Yugoslava de), Malta, Sudán ERC Group. (2010). World cigarettes. Suffolk, UK. Febrero.

Armenia Bazarchyan A. (2010). Armenia: Second (Five-Year) Implementation Report. Framework Convention on Tobacco Control, World Health Organization. 10 de junio. [http://www.who.int/fctc/reporting/Armenia\\_5y\\_report\\_FINAL.pdf](http://www.who.int/fctc/reporting/Armenia_5y_report_FINAL.pdf). Acceso: 7 de julio de 2011.

Islas Cook Mataio M, Faireka T. (2010). Cook Islands: First (Two-Year) Implementation Report. Framework Convention on Tobacco Control, World Health Organization. 28 de febrero. <http://www.who.int/fctc/reporting/Cooislandsreport.pdf>. Acceso: 21 de julio de 2011.

Fiji Waqatakirewa L, Corerega I. (2007). Fiji: First (Two-Year) Implementation Report. Convenio Marco para el Control del Tabaco, Organización Mundial de la Salud, 2 de mayo [http://www.who.int/tobacco/framework/cop/party\\_reports/fiji\\_report.pdf](http://www.who.int/tobacco/framework/cop/party_reports/fiji_report.pdf). Acceso: 21 de julio de 2011.

República Democrática Popular Lao Insisiengmay S, Phanduouangsy K. (2010). Lao PDR: First (Two-Year) Implementation Report. Framework Convention on Tobacco Control, World Health Organization. 2 de marzo. [http://www.who.int/fctc/LaoPDR\\_report\\_final.pdf](http://www.who.int/fctc/LaoPDR_report_final.pdf). Acceso: 28 de octubre de 2011

Letonia Martinsone U, Remese I. (2010). Latvia: Second (Five-Year) Implementation Report. Framework Convention on Tobacco Control, World Health Organization. 10 de marzo. [http://www.who.int/fctc/reporting/Latvia\\_5y\\_report\\_final.pdf](http://www.who.int/fctc/reporting/Latvia_5y_report_final.pdf). Acceso: 28 de octubre de 2011.

Libano Saade G. (2009). Lebanon: First (Two-Year) Implementation Report. Convenio Marco para el Control del Tabaco, Organización Mundial de la Salud, 20 de agosto [http://www.who.int/fctc/secretariat/lebanon\\_report\\_version\\_final.pdf](http://www.who.int/fctc/secretariat/lebanon_report_version_final.pdf). Acceso: 28 de octubre de 2011.

Lituania Suliene D. (2010). Lithuania: Second (Five-Year) Implementation Report. Framework Convention on Tobacco Control, World Health Organization. 8 de abril. [http://www.who.int/fctc/reporting/Lithuania\\_5y\\_report\\_v2\\_final.pdf](http://www.who.int/fctc/reporting/Lithuania_5y_report_v2_final.pdf). Acceso: 28 de octubre de 2011.

Islas Marshall Edward R, Langdrik J. (2010). Marshall Islands: Second (Five-Year) Implementation Report. Framework Convention on Tobacco Control, World Health Organization. 8 de marzo. <http://www.who.int/fctc/reporting/Marshallislandsreport.pdf>. Acceso: 7 de junio de 2011.

Micronesia (Estados Federados de) Skilling V. (2010). Micronesia: Second (Five-Year) Implementation Report. Framework Convention on Tobacco Control, World Health Organization. 29 de septiembre. [http://www.who.int/fctc/reporting/Micronesia\\_5y\\_report.pdf](http://www.who.int/fctc/reporting/Micronesia_5y_report.pdf). Acceso: 7 de junio de 2011.

Mongolia Tsetsegdary G. (2011). Mongolia: Second (Five-Year) Implementation Report. Framework Convention on Tobacco Control, World Health Organization. 18 de enero. [http://www.who.int/fctc/Mongolia\\_5y\\_report.pdf](http://www.who.int/fctc/Mongolia_5y_report.pdf). Acceso: 1 de marzo de 2011.

Niue Nosa, M. (2010). Niue: Second (Five-Year) Implementation Report. Framework Convention on Tobacco Control, World Health Organization. 10 de octubre. <http://www.who.int.proxy.libraryemory.edu/fctc/reporting/Niueireport.pdf>. Acceso: 28 de octubre de 2011.

San Marino Gualtieri A, Fiorini M. (2011). San Marino: Second (Five-Year) Implementation Report. Framework Convention on Tobacco Control, World Health Organization. 25 de febrero. [http://www.who.int/fctc/reporting/party\\_reports/sanmarino\\_5y\\_report\\_final.pdf](http://www.who.int/fctc/reporting/party_reports/sanmarino_5y_report_final.pdf). Acceso: 21 de julio de 2011.

Seychelles Viswanathan B, Mellie M, Gedeon J. (2010). Seychelles: Second (Five-Year) Implementation Report. Framework Convention on Tobacco Control, World Health Organization. 15 de marzo. [http://www.who.int/fctc/reporting/Seychelles\\_5y\\_report\\_final.pdf](http://www.who.int/fctc/reporting/Seychelles_5y_report_final.pdf). Acceso: 21 de julio de 2011.

Suazilandia Dlamini V. (2009). Swaziland: First (Two-Year) Implementation Report. Framework Convention on Tobacco Control, World Health Organization. 15 de septiembre. [http://www.who.int/fctc/reporting/Swaziland\\_report.pdf](http://www.who.int/fctc/reporting/Swaziland_report.pdf). Acceso: 28 de junio de 2011.

#### MÉTODOS

Si el cálculo se proporcionó en una divisa distinta del dólar estadounidense, el monto fue convertido a dólares estadounidenses usando las tasas de cambio promedio anuales:

OANDA. (sin fecha). Tasas de cambio promedio. <http://www.oanda.com/currency/average>.

Si los costos correspondieron a diversas ciudades de un país, se realizó un promedio de dichos costos.

#### Símbolo

Precios de los cigarrillos: Economist Intelligence Unit. (2011). Encuesta sobre el costo de vida mundial.

Inflación: Fondo Monetario Internacional. (2011). World economic outlook database. Abril.

Se investigaron un total de 70 países con datos sobre precios de los cigarrillos en 2000 y 2010: Argentina, Australia, Austria, Baréin, Bangladesh, Bélgica, Brasil, Camerún, Canadá, Chile, China, Colombia, Costa de Marfil, República Checa, Dinamarca, Ecuador, Egipto, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Guatemala, Hong Kong, Hungría, Islandia, India, Indonesia, Irán (República Islámica de), Irlanda, Israel, Italia, Japón, Kenia, Kuwait, Luxemburgo, Malasia, México, Marruecos, Países Bajos, Nueva Zelanda, Nigeria, Noruega, Omán, Pakistán, Panamá, Papúa Nueva Guinea, Paraguay, Perú, Filipinas, Polonia, Portugal, Catar, Federación Rusa, Arabia Saudita, Singapur, Sudáfrica, España, Sri Lanka, Suecia, Suiza, Taiwán (Provincia de China), Tailandia, Túnez, Reino Unido, Ucrania, Emiratos Árabes Unidos, Uruguay, EE. UU., Uzbekistán, Vietnam

Precio de otros productos del tabaco en comparación con los cigarrillos PRECIOS DE LOS CIGARRILLOS Economist Intelligence Unit. (2011). Encuesta sobre el costo de vida mundial.

PRECIOS DE OTROS PRODUCTOS DEL TABACO Centers for Disease Control and Prevention (2011). Global Adult Tobacco Survey. <http://www.cdc.gov/tobacco/global/gtss/>. Acceso: 1 de octubre de 2011.

Dirección General de la Unión de Impuestos y Aduanas de la Comisión Europea. (2011). Excise duty tables: Part III: Manufactured tobacco [http://ec.europa.eu/taxation\\_customs/taxation/excise\\_duties/tobacco\\_products/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/taxation_customs/taxation/excise_duties/tobacco_products/index_en.htm). Acceso: 30 de junio de 2011.

Lindbak R, Wilson H. (2010). Norway: Second (Five-Year) Implementation Report. Framework Convention on Tobacco Control, World Health Organization. 22 de marzo. [http://www.who.int/fctc/reporting/Norway\\_5y\\_report\\_v2\\_final.pdf](http://www.who.int/fctc/reporting/Norway_5y_report_v2_final.pdf). Acceso: 28 de junio de 2011.

Nichter M et al. (2009). Reading culture from tobacco advertisements in Indonesia. *Tobacco Control*, 18(2): 98–107.

### ¿A cuánto arroz equivale el precio de un paquete de cigarrillos Marlboro?

#### PRECIOS DE LOS CIGARRILLOS

MARLBORO Y DEL ARROZ Economist Intelligence Unit. (2011). Encuesta sobre el costo de vida mundial.

SE CONVIRTIERON LOS KILOS DE ARROZ EN RACIONES SEGÚN: Batres-Marquez SP et al. (2005) Rice consumption in the US: New evidence from food consumption surveys. Centro de Desarrollo Agrícola y Rural, Universidad del Estado de Iowa, Ames, IA.

Precio de la marca local como porcentaje de los precios de los cigarrillos Marlboro Precio de los cigarrillos Marlboro y de los cigarrillos locales: Economist Intelligence Unit. (2011). Encuesta sobre el costo de vida mundial.

#### Cita

Efroymson D, Ahmed S, Townsend J, Alam S, Dey A, Saha R, et al. (2001). Hungry for tobacco: An analysis of the economic impact of tobacco consumption on the poor in Bangladesh. *Tobacco Control*, 10(3): 212–217.

India y Malauí Dugan E. (2011). The unstoppable march of the tobacco giants. *The Independent*. 29 de mayo. <http://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/health-news/the-unstoppable-march-of-the-tobacco-giants-2290583.html>. Acceso: 28 de octubre de 2011.

Vietnam PATH Canada, Vietnam. (2006). Vietnam: The economics of tobacco use at the household level—tobacco expenditures and their opportunity cost. [http://web.idrcca/en/ev-84056-201-1-DO\\_TOPIC.html](http://web.idrcca/en/ev-84056-201-1-DO_TOPIC.html). Acceso: 28 de octubre de 2011.

India John R, Sung H, Max W, Ross H. (2011). Counting 15 million more poor in India, thanks to tobacco. *Tobacco Control*. En línea. <http://tobaccocontrol.bmj.com/content/early/2011/02/03/ct.2010.040089.abstract>. Acceso: 3 de enero de 2012.

Niger: Iniciativa Liberarse del Tabaco. (2004). Tobacco and poverty, A Vicious Circle. <http://escholarship.org/uc/item/4n15f79w#page-1>. Acceso: 28 de octubre de 2011.

Camboya John R, Ross H, Blecher E. (2011) Tobacco expenditures and its implications for household resource allocation in Cambodia. *Tobacco Control*. En línea. <http://tobaccocontrol.bmj.com/content/early/2011/08/09/ct.2010.042598.abstract>. Acceso: 3 de enero de 2012.

#### Panel de texto

Best C, Sun K, de Pee S, Bloem M, Stallkamp G, Samba RD. (2007). Parental tobacco use is associated with increased risk of child malnutrition in Bangladesh. *Nutrition*, 23(10): 731–738.

Chaloupka F, Cummings K, Morley C, Horan J. (2002). Tax, price and cigarette smoking: Evidence from the tobacco documents and implications for tobacco company marketing strategies. *Tobacco Control*, 11(Suppl 1): i62–72.

Efroymsen D, Pham HA, Jones L, Fitzgerald S, Thu LT, Thu Hien LT. (2011). Tobacco and poverty: Evidence from Vietnam. *Tobacco Control*. 31 de marzo. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21454384>. Acceso: 19 de mayo de 2011.

Esson KM, Leeder SR. (2004). The Millennium Development Goals and tobacco control: An opportunity for global partnership. *World Health Organization* <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd51/mdg-tobacco.pdf>. Acceso: 20 de mayo de 2011.

Gilmore AB, Branston JR, Swenor D. (2010). The case for OFSMOKE: How tobacco price regulation is needed to promote the health of markets, government revenue and the public. *Tobacco Control*, 19(5): 423–430.

Gupta PC, Ray CS. (2007). Tobacco, education and health. *Indian Journal of Medical Research*, 126(4): 289–299.

Jarvis MJ. (1998). Supermarket cigarettes: The brands that dare not speak their name. *British Medical Journal*, 316(7135): 929–931.

John RM. (2008). Crowding out effect of tobacco expenditure and its implications on household resource allocation in India. *Social Science and Medicine*, 66(6): 1356–1367.

Nonnemaker J, Sur M. (2007). Tobacco expenditures and child health and nutritional outcomes in rural Bangladesh. *Social Science and Medicine*, 65(12): 2517–2526.

World Health Organization (2010). WHO technical manual on tobacco tax administration. *World Health Organization* [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563994\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563994_eng.pdf). Acceso: 22 de marzo de 2011.

Zohrabian A, Philipson TJ. (2010). External costs of risky health behaviors associated with leading actual causes of death in the US: A review of the evidence and implications for future research. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 7(6): 2460–2472.

## 15 ASEQUIBILIDAD

### Mapa principal

PBI PER CÁPITA OBTENIDO DE: Fondo Monetario Internacional. (2011). *World economic outlook database*. Abril. <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2011/02/weodata/index.aspx>. Acceso: 4 de mayo de 2011.

PRECIOS DE LOS CIGARRILLOS OBTENIDOS DE: Economist Intelligence Unit. (2011). Encuesta sobre el costo de vida mundial.

World Health Organization (2011). WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: Warning about the dangers of tobacco. <http://www.who.int/tobacco/mpower/en/>. Acceso: 1 de agosto de 2011.

### MÉTODOS

Precio según Ingresos Relativos (RIP) calculado como porcentaje del ingreso anual per cápita y medido por PIB per cápita, necesario para comprar 100 paquetes de los cigarrillos más económicos. Metodología de: Blecher E, van Walbeek C. (2009). Cigarette affordability trends: An update and some methodological comments. *Tobacco Control*, 18(3): 167–175.

## Símbolo

Países con una reducción de más del 50% en el precio según ingresos relativos entre 2000 y 2010; se investigó un total de 75 países con datos de RIP en 2000 y 2010:

**Argentina, Australia, Austria, Azerbaiyán, Baréin, Bangladés, Bélgica, Brasil, Camerún, Canadá, Chile, China, Colombia, Costa Rica, Costa de Marfil, Croacia, República Checa, Dinamarca, Ecuador, Egipto (República Árabe de), Finlandia, Francia, Gabón, Alemania, Grecia, Guatemala, Hungría, Islandia, India, Indonesia, Irán (República Islámica de), Irlanda, Israel, Italia, Japón, Jordania, Kenia, Corea (República de), Kuwait, Libia, Luxemburgo, Malasia, México, Marruecos, Países Bajos, Nueva Zelanda, Nigeria, Noruega, Pakistán, Panamá, Paraguay, Perú, Filipinas, Polonia, Portugal, Rumania, Federación Rusa, Arabia Saudita, Senegal, Singapur, Sudáfrica, España, Sri Lanka, Suecia, Suiza, Tailandia, Túnez, Turquía, Reino Unido, Emiratos Árabes Unidos, Uruguay, EE. UU., Venezuela, Vietnam, Zimbabue**

La metodología así como las fuentes son las mismas del mapa principal.

### Mínutos de mano de obra

Asequibilidad medida como porcentaje del salario diario requerido para comprar un paquete de cigarrillos. El salario neto promedio fue calculado en base a la mitad con menor salario del total de ocupaciones incluidas en la encuesta del Union Bank of Switzerland: Union Bank of Switzerland. (sin fecha). Prices and earnings: A comparison of purchasing power around the globe. [http://www.ubs.com/1/e/ubs\\_ch/wealth\\_mgmt\\_ch/research.html](http://www.ubs.com/1/e/ubs_ch/wealth_mgmt_ch/research.html).

### PRECIOS DE LOS CIGARRILLOS

Economist Intelligence Unit. (2011). Encuesta sobre el costo de vida mundial.

### Cambio en la asequibilidad de los cigarrillos entre 2000 y 2010

La metodología y las fuentes son las mismas del mapa principal.

### Asequibilidad en China

La metodología y las fuentes son las mismas del mapa principal.

### Cita

World Health Organization (2011). WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: Warning about the dangers of tobacco.

### Panel de texto

Blecher E, van Walbeek C. (2004). An international analysis of cigarette affordability. *Tobacco Control*, 13(4): 339–346.

Guindon G, Tobin S, Yach D. (2002). Trends and affordability of cigarette prices: Ample room for tax increases and related health gains. *Tobacco Control*, 11(1): 35–43.

World Health Organization (2009). Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2009: Crear ambientes libres de humo. <http://www.who.int/tobacco/mpower/en/>. Acceso: 1 de agosto de 2011.

## 16 CULTIVO DEL TABACO

### Mapa principal

Organización para la Alimentación y la Agricultura. (2011a).

Datos FAOSTAT sobre tabaco sin fabricar: área cultivada, 2009. <http://faostat.fao.org/site/567/DesktopDefault.aspx?PageID=567#ancor>. Acceso: 10 de octubre de 2011.

Australia Scollo, MM and Winstanley, MH [editores]. *Tobacco in Australia: Facts and Issues*. Third Edition. Melbourne: Cancer Council Victoria; 2008. Disponible en la siguiente dirección: <http://www.tobaccoinustralia.org.au>. Acceso: 26 de marzo de 2012.

### Símbolo

Datos obtenidos de la Organización para la Alimentación y la Agricultura. (2011b). Datos FAOSTAT, área de la agricultura, 2008. <http://faostat.fao.org/site/377/DesktopDefault.aspx?PageID=377>. Acceso: 10 de octubre de 2011.

Organización para la Alimentación y la Agricultura. (2011a). Datos FAOSTAT sobre tabaco sin fabricar: área cultivada, 2008.

### Productores líderes de hoja de tabaco

Datos obtenidos de la Organización para la Alimentación y la Agricultura. (2011c). Datos FAOSTAT sobre tabaco sin fabricar: cantidad de la producción, 2000, 2009. <http://faostat.fao.org/site/567/DesktopDefault.aspx?PageID=567#ancor>. Acceso: 10 de octubre de 2011.

### Tendencia en la producción

Organización para la Alimentación y la Agricultura. (2011d). Datos FAOSTAT sobre tabaco sin fabricar: cantidad de la producción, 1965–2009. <http://faostat.fao.org/site/567/DesktopDefault.aspx?PageID=567#ancor>. Acceso: 10 de octubre de 2011.

### 5 países principales

Datos obtenidos de la Organización para la Alimentación y la Agricultura. (2011e). Datos FAOSTAT sobre tabaco sin fabricar: área cultivada, 2000, 2009. <http://faostat.fao.org/site/567/DesktopDefault.aspx?PageID=567>. Acceso: 10 de octubre de 2011.

### Producción de Brasil frente a producción de África

Datos obtenidos de la Organización para la Alimentación y la Agricultura. (2011f). Datos FAOSTAT sobre tabaco sin fabricar: cantidad de la producción, 2009. <http://faostat.fao.org/site/567/DesktopDefault.aspx?PageID=567#ancor>. Acceso: 23 de mayo de 2011.

### Producción en China

Datos obtenidos de la Organización para la Alimentación y la Agricultura. (2011f). Datos FAOSTAT sobre tabaco sin fabricar: cantidad de la producción, 2009.

### Cita: Strosberg

Blackwell T. (2010). Farmers sue tobacco firms for \$150M. *National Post*. [http://www.parliament.nz/NR/rdonlyres/24E903B3-4D13-4913-BB54-BC02269D9129/145695/49SCMA-EVL\\_00DBSCH\\_INQ\\_9591\\_1\\_A55117\\_Smokefree Coal.pdf](http://www.parliament.nz/NR/rdonlyres/24E903B3-4D13-4913-BB54-BC02269D9129/145695/49SCMA-EVL_00DBSCH_INQ_9591_1_A55117_Smokefree Coal.pdf). Acceso: 28 de diciembre de 2011.

### Zhao Yaqiao

Wan W. (2011). Ban on public smoking has little effect, and that's the way China wants it. *Washington Post*. 10 de julio. [http://m.southcoasttoday.com/apps/pbcs.dll/article?AID=/20110710/NEWS02/107100301-1/WAP068&template=wapart&m\\_section](http://m.southcoasttoday.com/apps/pbcs.dll/article?AID=/20110710/NEWS02/107100301-1/WAP068&template=wapart&m_section). Acceso: 2 de agosto de 2011.

### Panel de texto

Capehart T. (2004). The changing tobacco user's dollar. Departamento de Agricultura de EE. UU. Octubre.

Organización para la Alimentación y la Agricultura. (2011a). Datos FAOSTAT sobre tabaco sin fabricar: área cultivada, 2009.

Organización para la Alimentación y la Agricultura. (2011g). Datos FAOSTAT sobre tabaco sin fabricar: cantidad de la producción, 2009

Organización para la Alimentación y la Agricultura. (2011g). Mapa del hambre 2010: Prevalencia de desnutrición en países en vías de desarrollo (2005–2007). <http://faostat.fao.org/site/563/default.aspx>. Acceso: 1 de abril de 2011.

Organización para la Alimentación y la Agricultura. (2011h). Estadísticas del hambre: 2005–2007. <http://www.fao.org/hunger/en/>. Acceso: 1 de abril de 2011.

Organización para la Alimentación y la Agricultura. (2011i). Datos FAOSTAT sobre tabaco sin fabricar: cantidad de la producción, 2008. <http://faostat.fao.org/site/567/DesktopDefault.aspx?PageID=567#ancor>. Acceso: 1 de abril de 2011.

Organización para la Alimentación y la Agricultura. (2011j). Datos FAOSTAT sobre papas: cantidad de la producción, 2008. <http://faostat.fao.org/site/567/DesktopDefault.aspx?PageID=567#ancor>. Acceso: 1 de abril de 2011.

Geist H. (1999). Global assessment of deforestation related to tobacco farming. *Tobacco Control*, 8: 18–28.

Banco Mundial. (2011). Prevalencia de desnutrición, 2007. <http://data.worldbank.org/indicator/SN.ITK.DEFC.ZS>. Acceso: 10 de octubre de 2011.

World Health Organization (2008). Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco: Conferencia de las Partes del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, 3ª sesión, Durban, Sudáfrica. [http://apps.who.int/gb/ctc/PDF/cop3/FTCC\\_COP3\\_11-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ctc/PDF/cop3/FTCC_COP3_11-en.pdf). Acceso: 10 de enero de 2012.

World Health Organization (2004). Tobacco and poverty: A vicious circle. [http://www.who.int/tobacco/communications/events/wrntd/2004/en/wrntd2004\\_brochure\\_en.pdf](http://www.who.int/tobacco/communications/events/wrntd/2004/en/wrntd2004_brochure_en.pdf). Acceso: 25 de abril de 2011.

World Health Organization (2010). 2010 Global progress report on the implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. <http://www.who.int/ctc/reporting/summaryreport.pdf>. Acceso: 25 de abril de 2011.

### MÉTODOS

Los principales países productores de tabaco con índices de desnutrición entre el 5% y el 27% incluyen Malawi (27%), Pakistán (25%), India (19%), Indonesia (13%), China (10%), y Brasil (6%).

## 17 FABRICACIÓN

### Mapa principal

Albania, Argelia, Angola, Argentina, Armenia, Australia, Austria, Azerbaiyán, Bangladés, Bielorrusia, Bolivia (Estado Plurinacional de), Bosnia y Herzegovina, Brasil, Bulgaria, Camboya, Camerún, Canadá, Chile, China, Colombia, Congo (República Democrática del), Costa Rica, Costa de Marfil, Croacia, Cuba, Chipre, República Checa, Dinamarca, República Dominicana, Ecuador, Egipto, El Salvador, Estonia, Etiopía, Finlandia, Francia, Georgia, Alemania, Ghana, Grecia, Guatemala, Honduras, Hong Kong, Hungría, India, Indonesia, Irán (República Islámica de), Irak, Israel, Italia, Japón, Jordania, Kazajistán, Kenia, Corea (República Popular Democrática de), Corea (República de), Kuwait, Kirguistán, República Democrática Popular Lao, Letonia, Líbano, Jamahiriya Árabe Libia, Lituania, Macedonia (Antigua República Yugoslava de), Madagascar, Malasia, Malta, Mauricio, México, Moldavia (República de), Marruecos, Mozambique, Myanmar, Nepal, Países Bajos, Nueva Zelanda, Nicaragua, Nigeria, Pakistán, Panamá, Paraguay, Perú, Filipinas, Polonia, Portugal, Rumania, Federación Rusa, Arabia Saudita, Senegal, Serbia, Singapur, Eslovaquia, Eslovenia, Sudáfrica, España, Sri Lanka, Sudán, Suiza, República Árabe Siria, Tanzania (República Unida de), Tailandia, Togo, Trinidad y Tobago, Túnez, Turquía, Turkmenistán, Reino Unido, Ucrania, Emiratos Árabes Unidos, Uruguay, EE. UU., Uzbekistán, Venezuela (República Bolivariana de), Vietnam, Yemen, Zambia, Zimbabue: ERC. (2010). World Cigarette Reports 2010. Suffolk, RU: ERC Group Ltd.

**Belice** Goldson E, Polanco J. (2008). Belize: First (Two-Year) Implementation Report. Framework Convention on Tobacco Control, World Health Organization. 7 de abril. [http://www.who.int/fctc/reporting/belize\\_report.pdf](http://www.who.int/fctc/reporting/belize_report.pdf). Acceso: 7 de julio de 2011.

**Burkina Faso** Théodore K. (2009). Burkina Faso: Second (Five-Year) Implementation Report. Framework Convention on Tobacco Control, World Health Organization. 23 de febrero. [http://www.who.int/fctc/reporting/burkina\\_faso\\_report.pdf](http://www.who.int/fctc/reporting/burkina_faso_report.pdf). Acceso: 28 de junio de 2011.

**Burundi** Thierry G. (2008). Burundi: First (Two-Year) Implementation Report. Framework Convention on Tobacco Control, World Health Organization. 11 de noviembre. [http://www.who.int/fctc/reporting/burundi\\_report.pdf](http://www.who.int/fctc/reporting/burundi_report.pdf). Acceso: 7 de julio de 2011.

**Comoras** Abdou C, Msaidie M. (2009). Comoros: First (Two-Year) Implementation Report. Framework Convention on Tobacco Control, World Health Organization. Abril. [http://www.who.int/fctc/reporting/Comoros\\_report.pdf](http://www.who.int/fctc/reporting/Comoros_report.pdf). Acceso: 21 de julio de 2011.

**Congo** Likibi-Boho R, Raoul E. (2008). Congo: First (Two-Year) Implementation Report. Framework Convention on Tobacco Control, World Health Organization. 21 de mayo. [http://www.who.int/fctc/reporting/congo\\_report.pdf](http://www.who.int/fctc/reporting/congo_report.pdf). Acceso: 7 de julio de 2011.

**Islas Cook** Mataio M, Faireka T. (2010). Cook Islands: First (Two-Year) Implementation Report. Framework Convention on Tobacco Control, World Health Organization. 28 de febrero. <http://www.who.int/fctc/reporting/Cookislandsreport.pdf>. Acceso: 21 de julio de 2011.

**Fiji** Waqatakirewa L, Corerega I. (2007). Fiji: First (Two-Year) Implementation Report. Framework Convention on Tobacco Control, World Health Organization. 2 de mayo. [http://www.who.int/tobacco/framework/cop/party\\_reports/fiji\\_report.pdf](http://www.who.int/tobacco/framework/cop/party_reports/fiji_report.pdf). Acceso: 21 de julio de 2011.

**Islandia** Guðmundsdóttir S, Jónsson V. (2009). Iceland: First (Two-Year) Implementation Report. Framework Convention on Tobacco Control, World Health Organization. 29 de octubre. [http://www.who.int/fctc/reporting/iceland\\_report\\_final.pdf](http://www.who.int/fctc/reporting/iceland_report_final.pdf). Acceso: 11 de julio de 2011.

**Luxemburgo** Steil S. (2010). Luxembourg: Second (Five-Year) Implementation Report. Framework Convention on Tobacco Control, World Health Organization. 11 de octubre. [http://www.who.int/fctc/reporting/Luxembourg\\_5y\\_report.pdf](http://www.who.int/fctc/reporting/Luxembourg_5y_report.pdf). Acceso: 21 de julio de 2011.

**Maldivas** Afaal A. (2006). Maldives: First (Two-Year) Implementation Report. Framework Convention on Tobacco Control, World Health Organization. 30 de octubre. [http://www.who.int/tobacco/framework/cop/party\\_reports/maldives\\_report.pdf](http://www.who.int/tobacco/framework/cop/party_reports/maldives_report.pdf). Acceso: 21 de julio de 2011.

**Micronesia (Estados Federados de)** Skilling V. (2010). Micronesia: Second (Five-Year) Implementation Report. Framework Convention on Tobacco Control, World Health Organization. 29 de septiembre. [http://www.who.int/fctc/reporting/Micronesia\\_5y\\_report.pdf](http://www.who.int/fctc/reporting/Micronesia_5y_report.pdf). Acceso: 7 de junio de 2011.

**Mongolia** Tsetsegdary G. (2011). Mongolia: Second (Five-Year) Implementation Report. Framework Convention on Tobacco Control, World Health Organization. 18 de enero. [http://www.who.int/fctc/Mongolia\\_5y\\_report.pdf](http://www.who.int/fctc/Mongolia_5y_report.pdf). Acceso: 1 de marzo de 2011.

**Montenegro** Ljaljevic A. (2008). Montenegro: First (Two-Year) Implementation Report. Framework Convention on Tobacco Control, World Health Organization. 27 de octubre. [http://www.who.int/fctc/reporting/montenegro\\_report.pdf](http://www.who.int/fctc/reporting/montenegro_report.pdf). Acceso: 1 de marzo de 2011. (Cálculo en base a datos de ocho meses).

**Palao** Oseked R, Sr. (2010). Palau: Second (Five-Year) Implementation Report. Framework Convention on Tobacco Control, World Health Organization. 26 de febrero. <http://www.who.int/fctc/reporting/Palaufivey.pdf>. Acceso: 21 de julio de 2011.

**San Marino** Gualtieri A, Fiorini M. (2011). San Marino: Second (Five-Year) Implementation Report. Framework Convention on Tobacco Control, World Health Organization. 25 de febrero. [http://www.who.int/fctc/reporting/party\\_reports/sanmarino\\_5y\\_report\\_final.pdf](http://www.who.int/fctc/reporting/party_reports/sanmarino_5y_report_final.pdf). Acceso: 21 de julio de 2011.

**Seychelles** Viswanathan B, Mellie M, Gedeon J. (2010). Seychelles: Second (Five-Year) Implementation Report. Framework Convention on Tobacco Control, World Health Organization. 15 de marzo. [http://www.who.int/fctc/reporting/Seychelles\\_5y\\_report\\_final.pdf](http://www.who.int/fctc/reporting/Seychelles_5y_report_final.pdf). Acceso: 21 de julio de 2011.

**Tonga** Vivili P. (2009). Tonga: First (Two-Year) Implementation Report. Framework Convention on Tobacco Control, World Health Organization. 28 de agosto. [http://www.who.int/fctc/reporting/Tonga\\_report.pdf](http://www.who.int/fctc/reporting/Tonga_report.pdf). Acceso: 30 de junio de 2011.

**Tuvalu** Ituaso-Conway N, Homasi-Paelate A, Homasi S. (2009). Tuvalu: First (Two-Year) Implementation Report. Framework Convention on Tobacco Control, World Health Organization. 13 de noviembre. <http://www.who.int/fctc/reporting/tuvreport.pdf>. Acceso: 21 de julio de 2011.

### Símbolo

Stanford University. (2011). Cigarette citadels map project. <http://www.stanford.edu/group/tobaccoprvc/cgi-bin/wordpress/>. Acceso: 1 de octubre de 2011.

**Los cigarrillos son el producto predominante, pero no son el único producto de la industria tabacalera** Euromonitor International. (2011). Base de datos de pasaportes. Acceso: 1 de octubre de 2011.

**Producción mundial de cigarrillos** ERC. (2010). World cigarette reports 2010. Suffolk, Reino Unido: ERC Group Ltd. Parker J. (2011). Intra-EU cigarette trade turned out differently than expected. Tobacco International: junio 29-35.

**Principales países exportadores de cigarrillos** ERC. (2010). World cigarette reports 2010.

**¿Quién se queda con el dinero gastado en cigarrillos?** Euromonitor International. (2011). Base de datos de pasaportes. Acceso: 1 de octubre de 2011.

**Empleo de los trabajadores en China** Organización Mundial del Trabajo (2009). Base de datos LABORSTA. <http://laborsta.ilo.org/>. Acceso: 23 de mayo de 2011. Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial. (2011). Base de datos INDSTAT. <http://w3.unece.org/pxweb/Dialog>. Acceso: 23 de mayo de 2011.

### Cita

Proctor R. (2012). Golden holocaust. Berkeley: University of California Press.

### Panel de texto

ERC. (2010). World cigarette reports 2010. Euromonitor International. (2010). Illicit trade in tobacco products: A world view. Julio. Base de datos de pasaportes. Acceso: 1 de octubre de 2011.

Facilicom. (2009). Informe anual 2009. <http://www.facilicom.com/FR/Documents/Rapport%20annuel%202009.pdf>. Acceso: 1 de octubre de 2011.

Proctor R. (2001). Tobacco and the global lung cancer epidemic. Nature Reviews Cancer, 1(1): 82-86.

Stanford University. (2011). Cigarette citadels map project.

## 18 EMPRESAS TABACALERAS

### Mapa principal

FUENTE  
Datos derivados del ERC. (2010). World cigarette reports 2010. Suffolk, Reino Unido: ERC Group Ltd.

### MÉTODOS

En Myanmar y Líbano las empresas tabacaleras son propiedad del Estado; sin embargo, a partir de 2008, tales empresas dejaron de ser las principales fabricantes en estos países.

### Símbolo

Altria Group. (2011). Preguntas frecuentes sobre información financiera. [http://investor.altria.com/phoenix.zhtml?c=80855&p=irol-faq\\_main\\_#](http://investor.altria.com/phoenix.zhtml?c=80855&p=irol-faq_main_#). Acceso: 25 de julio de 2011. British American Tobacco. (2011). Contact us. [http://www.bat.com/group/sites/uk\\_3mfnfnnsf/vwPagesWebLive/D052GC8F?opendocument&SKN=1&TMP=1](http://www.bat.com/group/sites/uk_3mfnfnnsf/vwPagesWebLive/D052GC8F?opendocument&SKN=1&TMP=1). Acceso: 25 de julio de 2011.

China National Tobacco Import and Export Inc. (2011). Bloomberg Businessweek. <http://investing.businessweek.com/research/stocks/private/snapshot.asp?privcapid=7940018>. Acceso: 25 de julio de 2011.

Imperial Tobacco. (2011). Contact us. <http://www.imperial-tobacco.com/index.asp?page=46>. Acceso: 25 de julio de 2011.

Japan Tobacco Inc. (2011). Información para inversionistas. <http://www.wjti.com/page.aspx?pointerid=497a8bd7c7d454d86d1bfc1c43d4a>. Acceso: 25 de julio de 2011.

Philip Morris International (2011). Contact us. [http://www.pmi.com/marketpages/pages/market\\_en\\_ch.aspx](http://www.pmi.com/marketpages/pages/market_en_ch.aspx). Acceso: 25 de julio de 2011.

### Cuota de mercado mundial de los cigarrillos

Datos derivados del ERC. (2010). World cigarette reports 2010.

### Ganancias de las empresas tabacaleras FUENTES

Altria/Philip Morris USA—Altria Group Inc. (2010). Informe anual 2010. <http://investor.altria.com/phoenix.zhtml?c=808>. Acceso: 9 de agosto de 2011.

British American Tobacco. (2010). Annual report 2010. [http://www.bat.com/servlet/SPMerge?mainurl=%2Fgroup%2Fsites%2Fuk\\_3mfnfnnsf%2FvwPagesWebLive%2FD052AK34%3Fopendocument%2&mp%3BSKN%3D1](http://www.bat.com/servlet/SPMerge?mainurl=%2Fgroup%2Fsites%2Fuk_3mfnfnnsf%2FvwPagesWebLive%2FD052AK34%3Fopendocument%2&mp%3BSKN%3D1). Acceso: 9 de agosto de 2011.

China National Tobacco Corporation: Wang Ke-an. (2011). Think Tank Beijing. Comunicación personal.

Imperial Tobacco. (2010). Informe anual y contabilidad 2010. <http://www.imperial-tobacco.com/files/financiar/2010/index.asp?pageid=64>. Acceso: 9 de agosto de 2011.

Japan Tobacco International—Japan Tobacco Inc. (2010). Annual report 2010. <http://www.wjti.com/documents/annualreports/Annualreport2010.pdf>. Acceso: 9 de agosto de 2011.

Philip Morris International (2010). Annual report 2010. <http://investors.pmi.com/phoenix.zhtml?c=146476&p=irol-reportsannual>. Acceso: 9 de agosto de 2011.

### MÉTODOS

Ingresos del BAT expresados en libras. Conversión a dólares estadounidenses usando las tasas de cambio del 31 de diciembre de 2010: <http://www.oanda.com/currency/converter/>.

Ingresos de Imperial Tobacco expresados en libras. Conversión a dólares estadounidenses usando las tasas de cambio del 30 de septiembre de 2010: <http://www.oanda.com/currency/converter/>.

Ingresos de CNTC expresados en yuans (RMB). Conversión a dólares estadounidenses usando las tasas de cambio del 31 de diciembre de 2010: <http://www.oanda.com/currency/converter/>.

## Indemnización de los directores

### ejecutivos de las empresas tabacaleras

*Bloomberg Businessweek*. (2011a). Altria Group Inc.: Louis Camilleri. <http://investing.businessweek.com/businessweek/research/stocks/people/person.asp?personId=296312&ticker=MO:US>. Acceso: 23 de agosto de 2011.

*Bloomberg Businessweek*. (2011b). Altria Group Inc.: Michael Szymanczyk. <http://investing.businessweek.com/research/stocks/people/person.asp?personId=296360&ticker=MO:US>. Acceso: 23 de agosto de 2011.

*Bloomberg Businessweek*. (2011c). British American Tobacco: Nicandro Durante. <http://investing.businessweek.com/research/stocks/people/person.asp?personId=8811457&ticker=BTI:US>. Acceso: 23 de agosto de 2011.

China National Tobacco Corporation: State Tobacco Monopoly Administration. (2006). [http://www.gov.cn/english/2005-10/03/content\\_74295.htm](http://www.gov.cn/english/2005-10/03/content_74295.htm). Acceso: 22 de noviembre de 2011.

Imperial Tobacco. (2010). Informe anual y contabilidad 2010.

### Ganancias combinadas

Altria Group Inc. (2010). Annual report 2010.

British American Tobacco. (2010). Annual report 2010.

*Businessweek*. (2010a). McDonalds Corporation: Datos financieros 2010. <http://investing.businessweek.com/research/stocks/financials/financials.asp?ticker=MCD:US>. Acceso: 9 de agosto de 2011.

*Businessweek*. (2010b). Microsoft Corporation: Datos financieros 2010. <http://investing.businessweek.com/research/stocks/financials/financials.asp?ticker=MSFT:US>. Acceso: 9 de agosto de 2011.

*Businessweek*. (2010c). The Coca-Cola Company: Datos financieros 2010. <http://investing.businessweek.com/research/stocks/financials/financials.asp?ticker=KO:US>. Acceso: 9 de agosto de 2011.

Imperial Tobacco. (2010). Informe anual y contabilidad 2010.

Japan Tobacco Inc. (2010). Annual report 2010.

Philip Morris International Inc. (2010). Annual report 2010 Wang K. (2011). Comunicación personal referente a China National Tobacco Corporation.

### PMI

Philip Morris International Inc. (2010). Annual report 2010.

### Cita: Gilmore

Dugan E. (2011). The unstoppable march of the tobacco giants. *The Independent*. 29 de mayo. <http://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/health-news/the-unstoppable-march-of-the-tobacco-giants-2290583.html>. Acceso: 9 de agosto de 2011.

### Cita: Altria

Altria. (2011). National impact. [http://www.altria.com/en/cms/About\\_Altria/At\\_A\\_Glance/National\\_Impact/default.aspx?src=top\\_nav](http://www.altria.com/en/cms/About_Altria/At_A_Glance/National_Impact/default.aspx?src=top_nav). Acceso: 25 de agosto de 2011.

## Panel de texto

### FUENTES

British American Tobacco. (2011) Comunicado de prensa: British American Tobacco establishes stand-alone company, Nicoverventures Limited. 5 de abril. [http://www.bat.com/group/sites/uk\\_3mnfn.nsf/vwPagesWebLive/DO8FLL93?opendocument&SKN=1](http://www.bat.com/group/sites/uk_3mnfn.nsf/vwPagesWebLive/DO8FLL93?opendocument&SKN=1). Acceso: 21 de junio de 2011.

ERC. (2010). Informes sobre el consumo de cigarrillos a nivel mundial 2010. Euromonitor International. (2011). Mercado mundial del tabaco 2011. Seminario de julio de 2011 a través de la web.

Hu TW, Mao Z, Shi J, Chen W. (2010). The role of taxation in tobacco control and its potential economic impact in China. *Tobacco Control*, 19: 58-64.

Kesmodel D, Korn M. (2011). Philip Morris looks to nicotine aerosol. *Wall Street Journal*. 27 de mayo. <http://online.wsj.com/article/SB10001424052702304066504576347513991162274.html>. Acceso: 21 de junio de 2011.

Banco Mundial. (2011). Producto interior bruto, 2010. <http://siteresources.worldbank.org/DATAS/STATISTICS/Resources/GDP.pdf>. Acceso: 21 de junio de 2011.

### MÉTODOS

Los cálculos del valor total de mercado del tabaco varían enormemente entre 400 y 500 mil millones de dólares estadounidenses al año, dependiendo del punto del canal de distribución (fabricante frente a vendedor minorista) en que se mida el valor.

## 19 CIGARRILLOS ILEGALES

### Mapa principal

Cálculos de la participación total en el mercado de cigarrillos ilegales:

**Albania, Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Bosnia y Herzegovina, Brasil, Bulgaria, Costa Rica, Costa de Marfil, Chipre, República Checa, Ecuador, El Salvador, Estonia, Ghana, India, Irak, Jordania, Kenia, Kirguistán, Líbano, Jamahiriya Árabe Libia, Malta, Marruecos, Nicaragua, Nigeria, Pakistán, Paraguay, Federación Rusa, Arabia Saudita, Eslovaquia, España, Sri Lanka, Sudán, Suecia, Suiza, República Árabe Siria, Togo, Venezuela (República Bolivariana de), Yemen, Zambia:** ERC. (2010). World cigarette reports 2010. Suffolk, Reino Unido: ERC Group Ltd.

**Argelia, Australia, Austria, Azerbaiyán, Bielorrusia, Bélgica, Camerún, Chile, China, Colombia, Croacia, Dinamarca, República Dominicana, Egipto, Finlandia, Francia, Macedonia (Antigua República Yugoslava de), Georgia, Alemania, Grecia, Guatemala, Hong Kong SAR, China, Hungría, Indonesia, Irlanda, Irán (República Islámica de), Israel, Italia, Japón, Kazajistán, Malasia, México, Países Bajos, Noruega, Perú, Filipinas, Portugal, Corea (República de), Rumania, Serbia, Singapur, Eslovenia, Tailandia, Túnez, Turquía, Emiratos Árabes Unidos, Uruguay, EE. UU., Uzbekistán, Vietnam:** Euromonitor International. (2011). Base de datos de pasaportes. Acceso: 1 de octubre de 2011.

**Armenia** Amirjanyan P. (2006). Tobacco, smuggling in Armenia. Yerevan: Open Society Institute. <http://www.policy.hu/amirjanyan/paper.htm>. Acceso: 1 de octubre de 2011.

**Bangladés, Barbados, Belice, Fiyi, Guyana, Jamaica, Kuwait, Madagascar, Malawi, Mozambique, Papúa Nueva Guinea, Catar, Moldavia (República de), Senegal, Trinidad y Tobago, Uganda, Zimbabue:** Yurekli A, Sayginsoy O. (2010). Worldwide organized cigarette smuggling: An empirical analysis. *Applied Economics*, 42(5): 545-561.

**Burkina Faso, Gambia, Guinea-Bisáu, Liberia, Mauritania, Sierra Leona:** Leggett T. (2009). Transnational trafficking and the rule of law in West Africa: A threat assessment. Vienna, Austria: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2009. [http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/Studies/West\\_Africa\\_Report\\_2009.pdf](http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/Studies/West_Africa_Report_2009.pdf). Acceso: 1 de marzo de 2011.

**Camboya** Instituto Nacional de Estadística. (2011). Encuesta nacional sobre tabaquismo en adultos en Camboya: Informe del país. Ministerio de Planificación, Reino de Camboya

**Canadá** Luk R et al. (2009). Prevalence and correlates of purchasing contraband cigarettes on First Nations reserves in Ontario, Canada. *Addiction*, 104(3): 488-495.

**Congo** Likibi-Boho R. (2008). Congo: First (Two-Year) Implementation Report. Framework Convention on Tobacco Control, World Health Organization. 21 de mayo. [http://www.who.int/fctc/reporting/congo\\_report.pdf](http://www.who.int/fctc/reporting/congo_report.pdf). Acceso: 7 de julio de 2011.

**Etiopía** Cochrane P. (2008). Ethiopia's legal tobacco sector grows as counterfeit trade declines. *World Tobacco*, septiembre: 33-35.

### República Democrática Popular Lao

Universidad Duke, SEATCA, Sociedad Americana contra el Cáncer. Proyecto para el fomento de la capacidad en el comercio ilegal de tabaco.

**Letonia** Lukss J. (2011). Tobacco taxation and illicit trade in Latvia. Ministerio de Finanzas de Letonia, Riga.

**Lituania** Asociación Nacional de Productores de Tabaco. (2009). Tobacco market development in Latvia, Riga.

**Mali** Nazoum J. (2009). Mali: First (Two-Year) Implementation Report. Framework Convention on Tobacco Control, World Health Organization. 17 de marzo. [http://www.who.int/fctc/reporting/Mali\\_report\\_rev1.pdf](http://www.who.int/fctc/reporting/Mali_report_rev1.pdf). Acceso: 1 de marzo de 2011.

**Mongolia** Tsetsegdary G. (2011). Mongolia: Second (Five-Year) Implementation Report. Framework Convention on Tobacco Control, World Health Organization. 18 de enero. [http://www.who.int/fctc/Mongolia\\_5y\\_report.pdf](http://www.who.int/fctc/Mongolia_5y_report.pdf). Acceso: 1 de marzo de 2011.

**Montenegro** Ljaljevic A. (2008). Montenegro: First (Two-Year) Implementation Report. Framework Convention on Tobacco Control, World Health Organization. 27 de octubre. [http://www.who.int/fctc/reporting/montenegro\\_report.pdf](http://www.who.int/fctc/reporting/montenegro_report.pdf). Acceso: 1 de marzo de 2011.

**Myanmar** Dasgupta S. (2009). Where There's Smoke... Business Today. 19 de marzo. <http://business.todayintoday.in/bt/story/where-there%E2%80%99s-smoke..1/3903.html>. Acceso: 1 de abril de 2011.

**Nueva Zelanda** Wilson W et al. (2009). Estimating missed government tax revenue from foreign tobacco: Survey of discarded cigarette packs. *Tobacco Control*, 18(5): 416-418.

**Panamá** Roa R, Vergara F. (2010). Panama: Second (Five-Year) Implementation Report.

Convenio Marco para el Control del Tabaco, Organización Mundial de la Salud. 27 de febrero. [http://www.who.int/fctc/reporting/Panama\\_5y\\_report\\_final.pdf](http://www.who.int/fctc/reporting/Panama_5y_report_final.pdf). Acceso: 28 de junio de 2011.

**Polonia** Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y la Organización Mundial de la Salud. (2010). Encuesta global sobre tabaquismo en los adultos (GATS), Polonia 2009-2010. Varsovia.

**Sudáfrica** Blecher E. (2009). A mountain or a molehill: Is the illicit trade in cigarettes undermining tobacco control policy in South Africa? Atlanta: American Cancer Society. [http://www.fctc.org/dmdocuments/INB3\\_report\\_illicit\\_trade\\_in\\_South\\_Africa.pdf](http://www.fctc.org/dmdocuments/INB3_report_illicit_trade_in_South_Africa.pdf), archived by WebCite at <http://www.webcitation.org/5pBkDBXWf>. Acceso: 21 de abril de 2010.

**Suazilandia** Dlamini V. (2009). Swaziland: First (Two-Year) Implementation Report. Convenio Marco para el Control del Tabaco, Organización Mundial de la Salud. 11 de septiembre. [http://www.who.int/fctc/reporting/Swaziland\\_report.pdf](http://www.who.int/fctc/reporting/Swaziland_report.pdf). Acceso: 28 de junio de 2011.

**Reino Unido:** Dirección de Aduanas y Rentas Públicas del Reino Unido. (2010). Measuring tax gaps, 2010. Septiembre. <http://www.hmrc.gov.uk/stats/measuring-tax-gaps-2010.htm.pdf>. Acceso: 17 de octubre de 2011.

**Ucrania** Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y la Organización Mundial de la Salud. (2010). Encuesta global sobre tabaquismo en adultos (GATS), Ucrania 2010. Kiev, Ucrania.

### Símbolo

World Customs Organization. (2011). Customs and tobacco report 2010. [http://www.wcoomd.org/files/1.%20Public%20files/PDFandDocuments/Enforcement/WCO\\_Customs\\_Tobacco\\_2010\\_public\\_en.pdf](http://www.wcoomd.org/files/1.%20Public%20files/PDFandDocuments/Enforcement/WCO_Customs_Tobacco_2010_public_en.pdf). Acceso: 17 de octubre de 2011.

### Precios de los cigarrillos y comercio ilegal de cigarrillos en Reino Unido

Dirección General de la Unión de Impuestos y Aduanas de la Comisión Europea. (2011). Excise duty tables: Part III: Manufactured tobacco. [http://ec.europa.eu/taxation\\_customs/taxation/excise\\_duties/tobacco\\_products/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/taxation_customs/taxation/excise_duties/tobacco_products/index_en.htm). Acceso: 3 de marzo de 2011.

Dirección de Aduanas y Rentas Públicas del Reino Unido. (2010). Measuring tax gaps, 2010.

### La industria tiende a exagerar el alcance del comercio ilegal

#### CÁLCULOS DE LA INDUSTRIA

ERC (2010). World cigarette reports 2010.

Euromonitor International. (2010). Tobacco in Poland. 26 de agosto. Base de datos de pasaportes. Acceso: 1 de octubre de 2011. Tobacco Institute of South Africa. (2007). Submissions to the Select Committee on Social Services on the Tobacco Products Control Amendment Bill [B 24B: 2006]. <http://www.pmg.org.za/docs/2007/070821tisa.htm>. Acceso: 17 de octubre de 2011.

#### ESTUDIOS ACADÉMICOS

Blecher E. (2010). A mountain or a molehill: Is the illicit trade in cigarettes undermining tobacco control policy in South Africa? Trends in Organized Crime, 13(4): 299-315. Centers for Disease Control and Prevention (2011). Encuesta global sobre tabaquismo en adultos en Polonia <http://www.cdc.gov/tobacco/global/gtss/>. Acceso: 1 de octubre de 2011.

Dirección de Aduanas y Rentas Públicas del Reino Unido. (2010). Measuring tax gaps, 2010.

## Impacto del comercio ilegal

JJoossens L, Merriman D, Ross H, Raw M. (2010). The impact of eliminating the global illicit cigarette trade on health and revenue. *Addiction*, 105(9): 1640-1649. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03018.x.

### Cita

Organización Mundial de la Salud, Oficina de la Región del Pacífico Occidental. (2000). *Tabaco y contrabando*. Julio. [http://www.wpro.who.int/internet/resources.ashx/TFI/tobacco\\_and\\_smuggling\\_brochure.pdf](http://www.wpro.who.int/internet/resources.ashx/TFI/tobacco_and_smuggling_brochure.pdf). Acceso: 14 de diciembre de 2011.

### Panel de texto

Euromonitor International. (2010). *Illicit trade in tobacco products: A world view*. 22 de julio. <http://www.portal.euromonitor.com/Portal/Default.aspx>. Acceso: 17 de octubre de 2011.

Joossens L, Chaloupka F, Merriman D, Yurekli A. (2000). Issues in the smuggling of tobacco products. En *Tobacco control in developing countries*, Ed.: Chaloupka F and Jha P. 393-406. New York: Oxford University Press.

Joossens L, Merriman D, Ross H, Raw M. (2010). The impact of eliminating the global illicit cigarette trade on health and revenue

Joossens L, Raw M. (1998). Cigarette smuggling in Europe: Who really benefits? *Tobacco Control*, 7(1): 66-71.

Joossens L, Raw M. (2008). Progress in combating cigarette smuggling: Controlling the supply chain. *Tobacco Control*, 17(6): 399-404.

Laxminarayan R, Chow J, Shahid-Salles SA. (2006). Intervention cost-effectiveness: Overview of main messages. En *Disease control priorities in developing countries*. Ed: Jamison D. et al. 35-86. New York: Oxford University Press.

Lieberman J, Blecher E, Carbajales AR, Fishburn B. (2011). Opportunities and risks of the proposed FCTC protocol on illicit trade. *Tobacco Control*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21821819>. Acceso: 17 de octubre de 2011.

World Health Organization (2003). *Convenio Marco para el Control del Tabaco*. <http://www.who.int.proxy.libraryemory.edu/fctc/en/>. Acceso: 17 de octubre de 2011.

World Health Organization (2009). *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2009: Crear ambientes libres de humo*. Geneva: World Health Organization.

Zaloshnja E, Ross H, Levy D. (2010). The impact of tobacco control policies in Albania. *Tobacco Control*, 19(6): 463-468.

## 20 MERCADEO DEL TABACO

### Mapa principal

Centers for Disease Control and Prevention (2011). *Global Tobacco Surveillance System: Global Youth Tobacco Survey*.

**EE. UU.** Datos obtenidos de la Encuesta nacional de tabaquismo en jóvenes. (2006). Centers for Disease Control and Prevention [http://www.cdc.gov/tobacco/data\\_statistics/surveys/yts/pdfs/yts\\_2003-2006\\_revised.pdf](http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/surveys/yts/pdfs/yts_2003-2006_revised.pdf). Acceso: 27 de diciembre de 2011. Considera estudiantes de escuela primaria y secundaria que compran o reciben algún objeto con el nombre o imagen de una empresa tabacalera impreso. Considera personas que nunca han consumido tabaco o que son consumidores actuales.

## Símbolo: Jóvenes fumadores y películas

Selección de referencias ilustrativas de la evidencia a nivel internacional: Arora M, Mathur N, Gupta V, Nazar G, Reddy K, Sargent J. (Publicación aceptada). Tobacco use in Bollywood movies, tobacco promotional activities, and their association with tobacco use among Indian adolescents. *Tobacco Control*.

Dalton M, Beach M, Adachi-Mejia A, Longacre M, Matzkin A, Sargent J, Heatherston T, Titus-Ernstoff L. (2009). Early exposure to movie smoking predicts established smoking by older teens and young adults. *Pediatrics*, 124(4): e551-e558.

Goldberg M. (2003). American media and the smoking-related behaviors of Asian adolescents. *Journal of Advertising Research*, 42: 2-11. Goldberg M, Baumgartner H. (2002). Cross-country attraction as a motivation for product consumption. *Journal of Business Research*, 55(11): 901-906.

Hanewinkel R, Sargent J. (2007). Exposure to smoking in popular contemporary movies and youth smoking in Germany. *American Journal of Preventive Medicine*, 32(6): 466-473.

Hunt K, Henderson M, Wight D, Sargent J. (Publicación aceptada). Exposure to smoking in films and own smoking amongst Scottish adolescents: A cross-sectional study. *Thorax*. Laugesen M, Scragg R, et al. (2007). R-rated film viewing and adolescent smoking. *Preventive Medicine*, 45(6): 454-459.

Morgenstern M, Poelen E, Scholte R, Karlsdottir S, Jonsson S, Mattis F, Faggiano F, Florek E, Sweeting H, Hunt K, Sargent J, Hanewinkel R. (Presentado para su publicación). Smoking in movies and adolescent smoking: Cross-cultural study in six European countries.

Thrasher J, Jackson C, Arillo-Santillán E, Sargent J. (2008). Exposure to smoking imagery in popular films and adolescent smoking in Mexico. *American Journal of Preventive Medicine*, 35(2): 95-102.

Wagner D, Dal Cin S, Sargent J, Kelley W, Heatherston T. (2011). Spontaneous action representation in smokers when watching movie characters smoke. *Journal of Neuroscience*, 31(3): 894-898.

Waylen A, Leary S, Ness A, Tanski S, Sargent J. (Publicación aceptada). Cross-sectional association between smoking depictions in films and adolescent tobacco use nested in a British cohort study. *Thorax*.

### Gastos en mercadeo de cigarrillos

Comisión Federal de Comercio. (2011). *Informe sobre cigarrillos para 2007 y 2008*. <http://www.ftc.gov/os/2011/07/110729cigarettereport.pdf>. Acceso: 30 de julio de 2011.

### Publicidad de cigarrillos para adultos

World Health Organization Resultados de la Encuesta global sobre tabaquismo en adultos (se accedió a todos los enlaces específicos de cada nación el 16 de agosto de 2011): 16 de agosto de 2011).

**Bangladesh** (2009). [http://www.who.int/tobacco/surveillance/fact\\_sheet\\_of\\_gats\\_bangladesh\\_2009.pdf](http://www.who.int/tobacco/surveillance/fact_sheet_of_gats_bangladesh_2009.pdf). Datos actualizados en noviembre de 2011 por CDC.

**Brasil** (2008). [http://www.who.int/tobacco/surveillance/gats\\_factsheet\\_brazil.pdf](http://www.who.int/tobacco/surveillance/gats_factsheet_brazil.pdf). Datos actualizados en noviembre de 2011 por CDC.

**Egipto** (2009). [http://www.who.int/tobacco/surveillance/gats\\_egypt\\_executive\\_summary\\_en.pdf](http://www.who.int/tobacco/surveillance/gats_egypt_executive_summary_en.pdf).

**India** (2009/2010). [http://whoindia.org/LinkFiles/Tobacco\\_Free\\_Initiative\\_GATS2010\\_Chapter-08.pdf](http://whoindia.org/LinkFiles/Tobacco_Free_Initiative_GATS2010_Chapter-08.pdf).

**México** (2009). [http://www.who.int/tobacco/surveillance/gats\\_rep\\_mexico.pdf](http://www.who.int/tobacco/surveillance/gats_rep_mexico.pdf).

**Filipinas** (2009). [http://www.who.int/tobacco/surveillance/2009\\_gats\\_report\\_philippines.pdf](http://www.who.int/tobacco/surveillance/2009_gats_report_philippines.pdf).

**Polonia** (2009/2010). [http://www.who.int/tobacco/surveillance/gats\\_poland/en/index.html](http://www.who.int/tobacco/surveillance/gats_poland/en/index.html).

**Federación Rusa** (2009). [http://www.who.int/tobacco/surveillance/en\\_tfi\\_gats\\_russia\\_factsheet.pdf](http://www.who.int/tobacco/surveillance/en_tfi_gats_russia_factsheet.pdf).

**Tailandia** (2009). [http://www.who.int/tobacco/surveillance/thailand\\_gats\\_report\\_2009.pdf](http://www.who.int/tobacco/surveillance/thailand_gats_report_2009.pdf).

**Tuquía** (2008). [http://www.who.int/tobacco/surveillance/en\\_tfi\\_gats\\_turkey\\_2009.pdf](http://www.who.int/tobacco/surveillance/en_tfi_gats_turkey_2009.pdf).

**Ucrania** (2010). [http://www.who.int/tobacco/surveillance/en\\_tfi\\_gats\\_ukraine\\_2010.pdf](http://www.who.int/tobacco/surveillance/en_tfi_gats_ukraine_2010.pdf).

**Uruguay** (2010). [http://www.who.int/tobacco/surveillance/fact\\_sheet\\_of\\_gats\\_uruguay\\_2010.pdf](http://www.who.int/tobacco/surveillance/fact_sheet_of_gats_uruguay_2010.pdf). Datos actualizados en noviembre de 2011 por CDC.

**Vietnam** (2010). [http://www.who.int/tobacco/surveillance/en\\_tfi\\_vietnam\\_gats\\_fact\\_sheet.pdf](http://www.who.int/tobacco/surveillance/en_tfi_vietnam_gats_fact_sheet.pdf).

### Entrega de obsequios en China

Chu A, Jiang N, Glantz S. (2011). Transnational tobacco industry promotion of the cigarette gifting custom in China. *Tobacco Control*. En línea. <http://tobaccocontrol.bmj.com/content/early/2011/01/30/10.1136/tobacco-2010-038349.abstract>. Acceso: 28 de agosto de 2011.

### Anuncios publicitarios de cigarrillos en Rusia

Okorokova L. (2011). Teenage cigarette scandal. *Moscow News*. 25 de agosto. <http://themoscownews.com/society/20110825/188961025.html>. Acceso: 28 de agosto de 2011.

### Eslóganes en carteleras de Indonesia

Sentinel A. (2011). Smoking ad in Indonesia condemned. *Asiancorrespondent.com*. 27 de agosto. <http://asiancorrespondent.com/63568/smoking-ad-in-indonesia-condemned/>. Acceso: 28 de agosto de 2011.

### Cita: Arnott

*The Australian*. (2011). Films that show smoking should have 18+ rating, UK study says. <http://www.theaustralian.com.au/news/breaking-news/films-that-show-smoking-should-have-18-rating-uk-study-says/story-fn3dxity-1226141789571>. Acceso: 20 de octubre de 2011.

### Cita: Campaña para Tobacco-Free Kids

Campaña para Tobacco-Free Kids. (2011). Tobacco product marketing on the internet. 9 de mayo. <http://www.tobaccofreekids.org/research/factsheets/pdf/0081.pdf>. Acceso: 12 de agosto de 2011.

### Cita: Reiter

Paynter B. (2003). Burn and crash. *Pitch Weekly*. 5 de junio. <http://www.pitch.com/2003-06-05/news/burn-and-crash/>. Acceso: 4 de agosto de 2011.

## Panel de texto

Comisión Federal de Comercio. (2011a). *Informe sobre cigarrillos para 2007 y 2008*.

Comisión Federal de Comercio. (2011b). *Informe sobre tabaco sin humo para 2007 y 2008* <http://www.ftc.gov/os/2011/07/110729smokelesstobaccoreport.pdf>. Acceso: 28 de agosto de 2011.

Alianza para el Convenio Marco (2009). *Tobacco industry targets social networking sites*. [http://www.ftc.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=316:tobacco-industry-targets-social-networking-websites&catid=235:advertising-promotion-and-shipment&Itemid=239](http://www.ftc.org/index.php?option=com_content&view=article&id=316:tobacco-industry-targets-social-networking-websites&catid=235:advertising-promotion-and-shipment&Itemid=239). Acceso: 3 de julio de 2011.

Freeman B. (en imprenta). *New media and tobacco control*. Tobacco Control.

Freeman B, Chapman S. (2010). *British American Tobacco on Facebook: Undermining Article 13 of the Global World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control*. *Tobacco Control*, 19: e1-e9.

Censo de EE. UU. (2011). Población estimada: 2008. [http://www.census.gov/popest/data/historical/2000s/vintage\\_2008/index.html](http://www.census.gov/popest/data/historical/2000s/vintage_2008/index.html). Acceso: 18 de octubre de 2011.

Corte Distrital de los EE. UU. para el Distrito de Columbia. (2006). *Final Opinion United States District Court for the District of Columbia – Civil Action No. 99-2496 (GK)*. [http://www.tobaccofreekids.org/content/what\\_we\\_do/industry\\_watch/doj/FinalOpinion.pdf](http://www.tobaccofreekids.org/content/what_we_do/industry_watch/doj/FinalOpinion.pdf). Acceso: 28 de julio de 2010.

## 21 INFLUENCIA INDEBIDA

### Mapa principal

Acción sobre el Tabaco y la Salud (2010). *The smoke-filled room: How big tobacco influences health policy in the UK*. <http://www.ash.org.uk/SmokeFilledRoom>. Acceso: 12 de agosto de 2011.

**Argentina** *Festivales libres de humo*; *Tobacco Free Kids*. (2011). The Philippines: Advocates and government agencies work to combat industry interference. [http://tobaccofreecenter.org/industry\\_watch/interference/legislation/philippines](http://tobaccofreecenter.org/industry_watch/interference/legislation/philippines). Acceso: 20 de octubre de 2011.

**Australia** *Empaquetado sencillo y cita*; Sitio web YourHealth del Departamento de Salud y la Tercera Edad, Gobierno de Australia. La ley de empaquetado sencillo obtiene sanción real. Disponible en: <http://www.yourhealth.gov.au/internet/yourhealth/publishing.nsf/Content/tobacco-label-passedleg>. Acceso: 20 de noviembre de 2012

Organización Mundial del Comercio. (2011). *Noticias: Inquietudes generadas en relación con el tabaco y las medidas ambientales 15 y 16 de junio*. [http://www.wto.org/english/news\\_e/news11\\_e/tbt\\_15jun11\\_e.htm](http://www.wto.org/english/news_e/news11_e/tbt_15jun11_e.htm). Acceso: 12 de agosto de 2011.

Newscom.au. (2011). *Big tobacco buying influence: Roxon*. 26 de mayo. <http://www.news.com.au/breaking-news/big-tobacco-buying-influence-roxon/story-e6frfk0-1226063639476>. Acceso: 12 de agosto de 2011.

**China** *Escuelas primarias*; NTD Television. (2010). *Tobacco companies sponsor 69 elementary schools in China*. 26 de enero. [http://english.ndtv.com/ntdtv\\_en/ns\\_china/2010-01-26/907134456872.html](http://english.ndtv.com/ntdtv_en/ns_china/2010-01-26/907134456872.html). Acceso: 3 de julio de 2011.

**Indonesia** *Volcano Carless W.* (2010). *Indonesia: This volcano brought to you by Philip Morris*. *Global Post*. 4 de noviembre. <http://www.globalpost.com/dispatch/indonesia/101104/indonesia-volcano-philip-morris>. Acceso: 1 de agosto de 2011.

**Malawi** *Jefe de Servicios de Salud*; Informe del Comité de Expertos sobre documentos de la industria del tabaco. (2000). Tobacco company strategies to undermine tobacco control activities at the World Health Organization. Julio. [http://www.who.int/tobacco/en/who\\_inquiry.pdf](http://www.who.int/tobacco/en/who_inquiry.pdf), p. 46. Acceso: 12 de agosto de 2011.

**Filipinas** *Cita de Ricafort*; Group bears tobacco firms' efforts to stop anti-smoking policies. (2011). Sun Star Manila. 17 de julio. <http://209.59.190.9/manila/local-news/2011/07/17/group-bares-tobacco-firms-efforts-stop-anti-smoking-policies-167366>. Acceso: 12 de agosto de 2011.

**Reino Unido**: Tobacco Retailers Alliance Doward J. (2008). MPs fall foul of "dirty" tricks by tobacco giants. The Observer. 14 de diciembre. <http://www.guardian.co.uk/business/2008/dec/14/tobacco-industry-small-retailers>. Acceso: 12 de agosto de 2011.

**EE. UU.** *Lorillard* Solsman J. (2011). Lorillard hires ex-FDA analyst before possible menthol limits. Fox Business. 7 de junio. <http://www.foxbusiness.com/industries/2011/06/07/lorillard-hires-ex-fda-analyst-before-possible-menthol-limits/>. Acceso: 12 de agosto de 2011.

#### Contribuciones para las elecciones federales

Centro de Políticas Responsables; OpenSecrets.org (2011). Tobacco. <http://www.opensecrets.org/industries/totals.php?cycle=2010&ind=A02>. Acceso: 28 de julio de 2011.

#### Altria Group

Centro de Políticas Responsables; OpenSecrets.org (2011). Tobacco.

#### Cita: Glantz

Parti T. (2011). Tobacco companies adjusting strategies to remain prominent political players. 7 de junio. <http://www.opensecrets.org/news/2011/06/tobacco-companies-adjusting-strategies.html>. Acceso: 12 de agosto de 2011.

#### Cita: Fooks et al.

Fooks G, Gilmore A, Smith K, Collin J, Holden C, Lee K (2011). Corporate social responsibility and access to policy elites: An analysis of tobacco industry documents. *PLoS Medicine*, 8(8): e1001076. <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1001076>. Acceso: 20 de septiembre de 2011.

#### Cita: Philip Morris

Morgan J (1992). Legacy Tobacco Documents Library: Philip Morris. 4 de marzo. <http://legacy.library.ucsf.edu/tid/qks81f00/pdf>. Acceso: 12 de agosto de 2011.

#### Panel de texto

Centro de Políticas Responsables. OpenSecrets.org (2011). Tobacco.

NTD Television. (2010). Tobacco companies sponsor 69 elementary schools in China. Philip Morris International (2010). Annual report 2010. [http://media.corporate-ir.net/media\\_files/irol/14/146476/ar10.pdf](http://media.corporate-ir.net/media_files/irol/14/146476/ar10.pdf). Acceso: 7 de agosto de 2011.

Philip Morris International (2011). Contribuciones caritativas 2010.

[http://www.pmi.com/eng/about\\_us/corporate\\_contributions/documents/2010\\_charitable\\_contributions\\_total.pdf](http://www.pmi.com/eng/about_us/corporate_contributions/documents/2010_charitable_contributions_total.pdf). Acceso: 3 de julio de 2011.

World Health Organization (2003). WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: WHO Press. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241591013.pdf>. Acceso: 5 de agosto de 2011.

## 22 DERECHOS Y TRATADOS

### Mapa principal

World Health Organization Lista completa de signatarios y partes del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. [http://www.who.int/fctc/signatories\\_parties/en/index.html](http://www.who.int/fctc/signatories_parties/en/index.html). Acceso: 30 de noviembre de 2011.

### Símbolo

World Health Organization Sesiones de la Conferencia de las Partes del CMCT de la OMS. <http://www.who.int/fctc/cop/sessions/en/>. Acceso: 10 de diciembre de 2011.

### Provisiones principales del CMCT de la OMS

World Health Organization WHO Framework Convention on Tobacco Control. [http://www.who.int/fctc/text\\_download/en/index.html](http://www.who.int/fctc/text_download/en/index.html). Acceso: 10 de diciembre de 2011.

### Partes del CMCT de la OMS

World Health Organization Partes del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.

### Tratados internacionales que comprenden directamente o indirectamente los problemas de tabaco

Convención de las Naciones Unidas sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/econvention.htm#article3>. Acceso: 10 de octubre de 2011.

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de las Naciones Unidas. <http://www.hrweb.org/legal/cpr.html>. Acceso: 1 de mayo de 2011.

Pacto Internacional de las Naciones Unidas de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. <http://www2.ohchr.org/english/law/cescr.htm>. Acceso: 1 de mayo de 2011.

Declaración Universal de Derechos Humanos de las Naciones Unidas. <http://www.un.org/en/documents/udhr/index.shtml>. Acceso: 1 de mayo de 2011.

Minhas R (2011). Organización Mundial de la Salud, Iniciativa Liberarse del Tabaco. Comunicación personal.

Reunión de Alto Nivel de la ONU 2011 Naciones Unidas, (2011). Reunión de Alto Nivel de la ONU sobre enfermedades no transmisibles. <http://www.un.org/en/ga/president/65/issues/ncdiseases.shtml>. Acceso: 1 de diciembre de 2011.

[http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(Symbol\)/E.CN.4.Sub.2.2003.12.Rev.2.En](http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/E.CN.4.Sub.2.2003.12.Rev.2.En). Elaborado en 2003. Acceso: 26 de marzo de 2011.

### Contenido actual del CMCT de la OMS

Alianza para el Convenio Marco Estado actualizado de la ratificación y adhesión de los países al CMCT de la OMS. [http://www.fctc.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=547:updated-status-of-the-who-fctc-ratification-and-accession-by-country&catid=173:general&Itemid=200](http://www.fctc.org/index.php?option=com_content&view=article&id=547:updated-status-of-the-who-fctc-ratification-and-accession-by-country&catid=173:general&Itemid=200).

### Cita: Cicero

Página de citas. <http://www.quotationspage.com/subjects/laws/11.html>. Acceso: 1 de noviembre de 2011.

### Texto

Jha P, Chaloupka F. (1999). Curbing the epidemic: Government and the economics

of tobacco control. Washington DC: Banco Mundial.

Minhas R. (2011). Organización Mundial de la Salud, Iniciativa Liberarse del Tabaco. Comunicación personal.

## 23 ESTRATEGIAS DE SALUD PÚBLICA

### Mapa principal

World Health Organization (2011). WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: Warning about the dangers of tobacco. Geneva: World Health Organization.

*Si necesita una explicación completa sobre los métodos usados para obtener las variables consideradas aquí, consulte las notas técnicas y los apéndices de este informe en: [http://www.who.int/tobacco/global\\_report/2011/en/](http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/en/).*

*Tenga en cuenta que las categorías usadas en este mapa se corresponden con las siguientes categorías MPOWER de los datos de "Monitoreo":*

*La indicación "No hay datos" se corresponde con la categoría MPOWER "No hay datos conocidos o recientes, o los datos no son recientes ni representativos".*

*La indicación "Monitoreo mínimo" se corresponde con la categoría MPOWER "Datos recientes y representativos sobre adultos o sobre jóvenes".*

*La indicación "Monitoreo moderado" se corresponde con la categoría MPOWER "Datos recientes y representativos sobre adultos y jóvenes".*

*La indicación "Monitoreo completo" se corresponde con la categoría MPOWER "Datos recientes, representativos y periódicos sobre adultos y jóvenes".*

### Estrategia de Salud Pública

Sociedad Americana del Cáncer, Unión Internacional contra el Cáncer. (2006). Strategy planning for tobacco control movement building: Tobacco control strategy planning guide #2.

Chapman S. (2004). Advocacy for public health: A primer. *Epidemiology and Community Health*, 58: 361-365. doi:10.1136/jech.2003.018051.

### Los millones recaudan cerca de \$133 mil millones

World Health Organization (2011). WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: Warning about the dangers of tobacco. Geneva: World Health Organization.

### Recursos insuficientes

World Health Organization (2011). *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo*.

### Cita: Sun Tzu

Sun Tzu. (1982). The art of war. A treatise on Chinese military science. Singapur: Graham Brash (Pte) Ltd. (Compilación de aprox. 500 AEC.)

### Texto

Baris E, Brigden L, Prindville J, da Costa e Silva V, Chitanondh H, Chandiwana S. (2000). Research priorities for tobacco control in developing countries: A regional approach to a global consultative process. *Tobacco Control*, 9(2): 217-223.

Gates and Bloomberg Unite in Global Fight Against Tobacco. (2008). Medical News Today. 24 de julio. <http://www.medicalnewstoday.com/articles/116039.php>. Acceso: 2 de septiembre de 2008.

Programa de subvención para la Iniciativa Bloomberg para reducir el consumo de tabaco. <http://www.tobaccocontrolgrants.org/>. Acceso: 30 de noviembre de 2011.

## 24 AMBIENTES LIBRES DE HUMO

### Mapa principal

#### FUENTES

World Health Organization (2011). WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: Warning about the dangers of tobacco. Geneva: World Health Organization.

#### MÉTODOS

*Si necesita una explicación completa sobre los métodos usados para obtener las variables consideradas aquí, consulte las notas técnicas y los apéndices de este informe en: [http://www.who.int/tobacco/global\\_report/2011/en/](http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/en/).*

### Prohibición de consumo de cigarrillos en restaurantes

World Health Organization (2011). WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: Warning about the dangers of tobacco.

### No se registran pérdidas en las ventas en restaurantes

Sección de Estadística de los Servicios de Distribución, Departamento de Censo y Estadística, Hong Kong. [http://www.censtatd.gov.hk/hong\\_kong\\_statistics/statistical\\_tables/index.jsp?charsetID=1&tableID=088](http://www.censtatd.gov.hk/hong_kong_statistics/statistical_tables/index.jsp?charsetID=1&tableID=088). Acceso: 15 de noviembre de 2011.

### Effect of Smoke-Free Ban

Binkin N, Perra A, Aprile V, D'Argenzio A, Lopresti S, Mingozi S, Scodotto S. (2007). Effects of a generalised ban on smoking in bars and restaurants, Italy. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 11(5): 522-527.

### Bajo la protección de leyes integrales de ambientes libres de humo de tabaco

World Health Organization (2011). Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2011: Preguntas y respuestas. 30 de junio. [http://www.prowho.int/NR/rdonlyres/A78F9CF1-0DA8-4886-83AE-4823C063BCAE/0/QAs\\_GTCRIII\\_FINAL4\\_July2011.pdf](http://www.prowho.int/NR/rdonlyres/A78F9CF1-0DA8-4886-83AE-4823C063BCAE/0/QAs_GTCRIII_FINAL4_July2011.pdf). Acceso: 1 de octubre de 2011.

### Cita: "Respire", respondió el camarero

World Health Organization (2006). Business as usual for smoke-free places. *Bulletin of the World Health Organization*, 84(6), 921-1000. <http://www.who.int/bulletin/volumes/84/12/06-021206/en/index.html>. Acceso: 15 de abril de 2011.

### Brasil se convertirá en el país sin humo de tabaco más grande del mundo

Campaña para Tobacco-Free Kids. (2011). Histórica ley de control del tabaco impulsa el progreso de Latinoamérica en su lucha contra el consumo de tabaco. Comunicado de prensa, diciembre.

### Texto

Americans for Nonsmokers' Rights. (2009). Encuestas a clientes y conducta del consumidor. <http://www.no-smoke.org/pdf/patronsurveys.pdf>. Acceso: 1 de julio de 2011.

Agencia de Protección Ambiental de California. (2005). Propuesta de identificación del humo ambiental de tabaco como contaminante tóxico del aire (versión aprobada del SRP). Parte

B: Efectos en la salud. 24 de junio. <http://www.arb.ca.gov/toxics/ets/finalreport/finalreport.htm>. Acceso: 30 de noviembre de 2011.

Callinan J, Clarke A, Doherty K, Kelleher C. (2010). Legislative smoking bans for reducing secondhand smoke exposure, smoking prevalence, and tobacco consumption. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 14(4): CD005992.

Hyland A, Higbee C, Borland R, Travers M, Hastings G, Fong G, Cummings K. (2009). Attitudes and beliefs about secondhand smoke and smoke-free policies in four countries: Findings from the International Tobacco Control Four-Country Survey. *Nicotine and Tobacco Research*, 11(6): 642-649.

Koong H, Khoo D, Higbee C, Travers M, Hyland A, Cummings K, Dresler C. (2009). Global air monitoring study: A multi-country comparison of levels of indoor air pollution in different workplaces. *Annals, Academy of Medicine, Singapore*, 38(3): 202-206.

Ludbrook A, Bird S, van Teijlingen E. (2005). International review of the health and economic impact of the regulation of smoking in public places. *NHS Health Scotland*.

Mage C, Goldstein A, Colgan S, Skinner B, Kramer K, Steiner J, Staples A. (2010). Secondhand smoke policies at state and county fairs. *North Carolina Medical Journal*, 71(5): 409-412.

Departamento de Finanzas de la Ciudad de Nueva York, Departamento de Salud e Higiene Mental de la Ciudad de Nueva York, Departamento de Servicios de Pequeña Empresa de la Ciudad de Nueva York, Corporación de Desarrollo Económico de la Ciudad de Nueva York. (2004). The state of smoke-free New York City: A one-year review. <http://www.nyc.gov/html/doh/downloads/pdf/smoke/sfaa-2004report.pdf>. Acceso: 18 de septiembre de 2011.

Quinet M, Orban M, Philippet C, Rifon A, Andrien M. (2003). Non-smokers protection in restaurants and bars in Europe: A survey in five European countries, European Network for Smoking Prevention, Europe Against Cancer. <http://www.fares.be/tabagisme/news/surveyHorecaFinalReport.pdf>. Acceso: 20 de junio de 2005.

Raaijmakers T, van den Borne I. (2001). Cost-benefits of workplace smoking policies. En *Smoke-free workplaces: Improving the health and well-being of people at work*, European Status Report, 2001.

Fleitman S (ed), European Network for Smoking Prevention.

Repace J. (2003). A killer on the loose: An Action on Smoking and Health investigation into the threat of passive smoking to the UK workforce. *Acción sobre el Tabaco y la Salud Londres*. <http://www.repace.com/pdf/killer1.pdf>. Acceso: 9 de septiembre de 2011.

Vardavas C, Kondilis B, Travers M, Petsetaki E, Tountas Y, Kafatos A. (2007). Environmental tobacco smoke in hospitality venues in Greece. *BMC Public Health*, 7: 302.

Walsh R, Paul C, Tzelepis F, Stojanovski E, Tang A. (2008). Is government action out-of-step with public opinion on tobacco control? Results of a New South Wales population survey. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 32(5): 482-488.

World Health Organization. (2007). Exposure to secondhand smoke: Policy recommendations. 25 de junio. [http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2007/who\\_protection\\_exposure\\_final\\_25June2007.pdf](http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2007/who_protection_exposure_final_25June2007.pdf). Acceso: 15 de abril de 2011.

## 25 CESE DEL CONSUMO DE TABACO

### Mapa principal

World Health Organization. (2011). WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: Warning about the dangers of tobacco. Geneva: World Health Organization.

*Si necesita una explicación completa sobre los métodos usados para obtener las variables consideradas aquí, consulte las notas técnicas y los apéndices de este informe en: [http://www.who.int/tobacco/global\\_report/2011/en/](http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/en/).*

### Cronograma del cese del hábito

American Lung Association. (sin fecha). Los beneficios de dejar de fumar.

### Servicios nacionales de tratamiento de la dependencia del tabaco

Raw M, Regan S, Rigotti N, McNeill A. (2009). A survey of tobacco dependence treatment services in 36 countries. *Addiction*, 104(2): 279-287.

### Intentos para dejar de fumar

International Tobacco Control Policy and Evaluation Project. (2010). CMCT Artículo 14 Tobacco dependence and cessation. Noviembre. <http://www.itcproject.org/keyfindi/itcessationreportpdf>. Acceso: 1 de diciembre de 2011.

### Kuwait

Memon A, Moody P, Sugathan T, el-Gerges N, al-Bustan M, al-Shatti A, al-Jazzaf H. (2000). Epidemiology of smoking among Kuwaiti adults: Prevalence, characteristics, and attitudes. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(11): 1306-1315.

### CMCT Artículo 14

World Health Organization. (2003). WHO Framework Convention on Tobacco Control. [http://www.who.int/fctc/text\\_download/en/index.html](http://www.who.int/fctc/text_download/en/index.html). Acceso: 1 de diciembre de 2011.

### Cita: Giovino

University of Buffalo. (2009). Major report on US tobacco-control policies and use finds stark contrasts in progress among states. 10 de junio. <http://www.buffalo.edu/news/10175>. Acceso: 1 de diciembre de 2011.

### Texto

International Tobacco Control Policy and Evaluation Project. (2010). CMCT Artículo 14 Tobacco dependence and cessation. Noviembre. <http://www.itcproject.org/keyfindi/itcessationreportpdf>. Acceso: 1 de diciembre de 2011.

Peto R, Lopez A. (2001). The future worldwide health effects of current smoking patterns. En *Critical Issues in Global Health*. Eds. Koop E, Pearson C, Schwarz M. 154-161. New York: Jossey-Bass.

## 26 CAMPAÑAS EN MEDIOS DE COMUNICACIÓN MASIVOS

### Mapa principal

World Health Organization. (2011). WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: Warning about the dangers of tobacco. Geneva: World Health Organization.

*Si necesita una explicación completa sobre los métodos usados para obtener las variables consideradas aquí, consulte las notas técnicas y los apéndices de este informe en: [http://www.who.int/tobacco/global\\_report/2011/en/](http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/en/).*

### La rueda de comunicaciones en medios masivos para el control del tabaco

World Lung Foundation. Mass media communications in tobacco control. <http://www.worldlungfoundation.org/ht/a/GetImageAction/i/7828>. Acceso: 31 de mayo de 2011.

### Adultos que advirtieron información contra el tabaquismo en la radio o la TV: 14 países

Global Adult Tobacco Survey. Múltiples hojas informativas y años. <http://www.who.int/tobacco/surveillance/gats/en/index.html>. Acceso: 11 de septiembre de 2011.

### Radio frente a TV

Durkin S, Wakefield M. (2010). Comparative response to radio and television anti-smoking advertisements to encourage smoking cessation. *Health Promotion International*, 25: 5-13.

### Cita: Mullin

Mullin S. (2011). Global anti-smoking campaigns urgently needed. *The Lancet*, 378: 970-971.

### Texto

Cotter T, Perez D, Dunlop S, et al. (2010). The case for recycling and adapting anti-tobacco mass media campaigns. *Tobacco Control*, 19: 514-517.

Durkin S, Biener L, Wakefield M. (2009). Effects of different types of antismoking ads on reducing disparities in smoking cessation among socioeconomic subgroups. *American Journal of Public Health*, 99(12): 2217-2223.

Durkin S, Brennan E, Wakefield M. (en imprenta). Mass media campaigns to promote smoking cessation among adults: An integrative review. *Tobacco Control*. Mullin S. (2011). Global anti-smoking campaigns urgently needed. *Lancet*, 378(9795): 970-971.

Instituto Nacional del Cáncer. (2008). The role of the media in promoting and reducing tobacco use.

Terry-McElrath Y, Emery S, Wakefield M, et al. (2011). Effects of tobacco-related media campaigns among 20- to 30-year-old adults: Longitudinal data from the USA. *Tobacco Control*. 4 de octubre. [publicación electrónica previa a la impresión]

Wakefield M, Bayly M, Durkin S, et al. (2011). Smokers' responses to television advertisements about the serious health harms of tobacco use: Pre-testing results from ten low- to middle-income countries. *Tobacco Control*. 12 de octubre [publicación electrónica previa a la impresión]

Wakefield M, Spittal M, Yong H-H, et al. (2011). Effects of mass media campaign exposure intensity and durability on quit attempts in a population-based cohort study. *Health Education Research*, 26(6): 988-997.

World Health Organization. (2011). WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: Warning about the dangers of tobacco.

## 27 ETIQUETADO DEL PRODUCTO

### Mapa principal

World Health Organization. (2011). WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: Warning about the dangers of tobacco. Geneva: World Health Organization.

*Si necesita una explicación completa sobre los métodos usados para obtener las variables consideradas aquí, consulte las notas técnicas y los apéndices de este informe en: [http://www.who.int/tobacco/global\\_report/2011/en/](http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/en/).*

### Símbolo: Primeros diez países en solicitar advertencias de salud gráficas

Sociedad Canadiense del Cáncer. (2010). Cigarette packet health warnings: International status report. Octubre.

### Porcentaje de países por región con legislación sobre el etiquetado de productos que prohíbe el uso de descripciones engañosas, como "light", "suaves" o similares.

World Health Organization. (2011). WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: Warning about the dangers of tobacco.

Centers for Disease Control and Prevention. (2011). Cigarette package health warnings and interest in quitting smoking: 14 countries, 2008-2010. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 60(20): 645-651.

### Empaquetado simple

Freeman B, Chapman S, Rimmer M. (2008). The case for the plain packaging of tobacco products. *Addiction*, 103(4): 580-590. doi:10.1111/j.1360-0443.2008.02145.x.

### Advertencias de sanitarias

World Health Organization. (2008). Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2008: El paquete MPOWER. Geneva: World Health Organization.

### China

Elton-Marshall T, Fong GT, Zanna MP, Jiang Y, Hammond D, O'Connor RJ, Yong HH, Li L, King B, Li Q, Borland R, Cummings KM, Driezen P. (2010). Beliefs about the relative harm of "light" and "low tar" cigarettes: findings from the International Tobacco Control (ITC) China Survey. *Tobacco Control*, 19(Suppl 2): i54-62.

### Cita: Crow

Comité Permanente sobre Salud y Tercera Edad de la Cámara de Representantes. (2011). Tobacco Plain Packaging Bill 2011, Trade Marks Amendment. Canberra. 4 de agosto. <http://www.aph.gov.au/hansard/reps/commtee/r197.pdf>.

### Cita: Roxon

Roxon N. (2011). Australia stubs out tobacco packaging. *Financial Times* (Reino Unido). 21 de noviembre.

### Texto

ASH UK. (2010). The smoke-filled room: How Big Tobacco influences health policy in the UK. <http://www.ash.org.uk/SmokeFilledRoom>. Acceso: 15 de abril de 2011.

Physicians for a Smoke Free Canada. (sin fecha). Advertencias sobre cigarrillos a partir de imágenes. <http://www.smoke-free.ca/warnings/>. Acceso: 13 de octubre de 2011.

Roxon N. (2011). Discurso en la sesión plenaria de la Reunión de Alto Nivel de la ONU sobre enfermedades no transmisibles. 19 de septiembre. <http://www.health.gov.au/internet/ministers/publishing.nsf/Content/nr-yr11-nr-nr189.htm?OpenDocument&yr=2011&smth=09>. Acceso: 1 de diciembre de 2011.

World Health Organization (2005). Convenio Marco para el Control del Tabaco. Ginebra: OMS/ILT.

World Health Organization (2008). Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2008: El paquete MPOWER.

## 28 PROHIBICIONES DE MARKETING

### Mapa principal

World Health Organization (2011). WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: Warning about the dangers of tobacco. Geneva: World Health Organization.

*Si necesita una explicación completa sobre los métodos usados para obtener las variables consideradas aquí, consulte las notas técnicas y los apéndices de este informe en:* [http://www.who.int/tobacco/global\\_report/2011/en/](http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/en/).

### Prohibiciones publicitarias en puntos de venta

World Health Organization (2011). WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: Warning about the dangers of tobacco.

### Resumen de conclusiones en contra de la industria tabacalera

Tobacco Free Kids. (2006). US District Judge Gladys Kessler's final opinion: Summary of findings against the tobacco industry, 2006. [http://www.tobaccofreekids.org/content/what\\_we\\_do/industry\\_watch/doj/FinalOpinionSummary.pdf](http://www.tobaccofreekids.org/content/what_we_do/industry_watch/doj/FinalOpinionSummary.pdf). Acceso: 10 de abril de 2011.

### Nuevos medios de comunicación

Elkin L, Thomson G, Wilson N. (2010). Connecting world youth with tobacco brands: YouTube and the Internet policy vacuum on Web 2.0. Tobacco Control, 19: 361-366.

### Prohibición integral de cualquier tipo de publicidad del tabaco

World Health Organization (2011). WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: Warning about the dangers of tobacco.

### En 55 países se ha prohibido la publicidad directa por Internet

World Health Organization (2011). WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: Warning about the dangers of tobacco.

### Cita: Phelps

DeParle J. (1989). Warning: Sports stars may be hazardous to your health. Washington Monthly. Septiembre.

### Cita: Kessler

(2006). US District Judge Gladys Kessler's final opinion.

### Texto

Assunta M, Chapman S. (2004a). The tobacco industry's accounts of refining indirect tobacco advertising in Malaysia. Tobacco Control, 13(Suppl 2): ii63-70.

Assunta M, Chapman S. (2004b). "The world's most hostile environment": How the tobacco industry circumvented Singapore's advertising ban. Tobacco Control, 13(Suppl 2): ii51-57.

Campaña para Tobacco-Free Kids. (2008). Tobacco advertising, promotion and sponsorship. [http://www.tobaccofreecenter.org/files/pdfs/en/APS\\_evidence\\_en.pdf](http://www.tobaccofreecenter.org/files/pdfs/en/APS_evidence_en.pdf). Acceso: 14 de marzo de 2011.

Carter SM. (2003). New frontier, new power: The retail environment in Australia's dark market. Tobacco Control, 12(Suppl 3): iii95-101.

Chen Weihua. (2009). "I love China" ads are ridiculous. [http://www.chinadaily.com.cn/opinion/2009-03/28/content\\_7626779.htm](http://www.chinadaily.com.cn/opinion/2009-03/28/content_7626779.htm). Acceso: 27 de agosto de 2011.

Freeman B, Chapman S. (2010). British American Tobacco on Facebook: Undermining Article 13 of the Global World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control. Tobacco Control, 19: e1-9.

Sargent JD, Beach ML, Dalton MA, et al. (2004). Effect of parental R-rated movie restriction on adolescent smoking initiation: A prospective study. Pediatrics, 114: 149-156.

Shanghai Daily. (2009). "Love China" campaign may be snuffed out. 19 de enero. [http://www.chinadaily.com.cn/china/2009-01/19/content\\_7408919.htm](http://www.chinadaily.com.cn/china/2009-01/19/content_7408919.htm). Acceso: 27 de agosto de 2011.

Wakefield M, Letcher T. (2002). My pack is cuter than your pack. Tobacco Control, 11: 154-156.

Wakefield M, Morley C, Horan JK, Cummings KM. (2002). The cigarette pack as image: New evidence from tobacco industry documents. Tobacco Control, 11(Suppl 1): i73-80.

Banco Mundial. (1999). Curbing the epidemic: Governments and the economics of tobacco control. Washington, DC: Banco Mundial.

## 29 IMPUESTOS SOBRE EL TABACO

### Mapa principal

Angola, Cuba, Guinea Ecuatorial, Fiyi, Malawi, Marruecos, Papúa Nueva Guinea

World Health Organization (2009). Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2009: Crear ambientes libres de humo. <http://www.who.int/tobacco/mpower/en/>. Acceso: 23 de mayo de 2011.

Austria, Bélgica, Bulgaria, Chipre, República Checa, Dinamarca, Estonia, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Hungría, Irlanda, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Países Bajos, Polonia, Portugal, Rumania, Eslovaquia, Eslovenia, España, Suecia, Reino Unido: Dirección General de Fiscalidad y Unión Aduanera de la Comisión Europea. (2011). Excise duty tables: Part III: Manufactured tobacco. [http://ec.europa.eu/taxation\\_customs/taxation/excise\\_duties/tobacco\\_products/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/taxation_customs/taxation/excise_duties/tobacco_products/index_en.htm). Acceso: 3 de marzo de 2011.

Todos los demás países Organización Mundial de la Salud. (2011). WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: Warning about the dangers of tobacco. Geneva: World Health Organization.

### Impuestos de Estados miembro de la OMS

World Health Organization (2011). The Solidarity Tobacco Contribution, A new international health-financing concept prepared by the World Health Organization. [http://www.who.int/nmh/events/un\\_ncd\\_summit2011/ncds\\_stc.pdf](http://www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/ncds_stc.pdf). Acceso: 3 de enero de 2012.

### El consumo de tabaco disminuye al aumentar los impuestos sobre el tabaco

Economist Intelligence Unit. (2011). Encuesta sobre el costo de vida mundial, Londres

ÍNDICE DE PRECIOS AL CONSUMO Fondo Monetario Internacional. (2011). World economic outlook database. Abril. <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2011/02/weodata/index.aspx>. Acceso: 4 de mayo de 2011.

CONSUMO DE CIGARRILLOS PER CÁPITA ERC. (2010). World cigarette reports 2010. Suffolk, Reino Unido: ERC Group Ltd.

La recaudación del impuesto especial sobre el tabaco como porcentaje de las recaudaciones impositivas totales Dirección General de la Unión de Impuestos y Aduanas de la Comisión Europea. (2011). Excise duty tables: Part III: Manufactured tobacco.

### La recaudación impositiva aumenta al aumentar los impuestos sobre el tabaco

Precios de los cigarrillos e índice de precios al consumo

Oficina Central de Estadística en Polonia. (2011). Bank Danych Lokalnych. [http://www.stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p\\_name=indeks](http://www.stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks). Acceso: 9 de mayo de 2011.

Impuestos sobre los cigarrillos y recaudación impositiva a través del tabaco Ministerio de Finanzas de Polonia. (2011). Sprawozdania z Wykonania Budżetu Państwa. <http://www.mf.gov.pl/index.php?const=58&dzial=368&wysw=2&sub=sub1>. Acceso: 9 de mayo de 2011.

Ministerio de Finanzas de Polonia. (2011). Ustawa o Podatku Akcyzowym. <http://www.mf.gov.pl/dokument.php?const=38&dzial=333&id=164384>. Acceso: 9 de mayo de 2011.

Cita Gates B. (2011). Innovation with impact: Financing 21st-century development. Report to G20 leaders. Cumbre de Cannes, noviembre. <http://www.gatesfoundation.org/g20/Documents/g20-report-english.pdf>. Acceso: 2 de diciembre de 2011.

### Japón

Filipovic G. (2011). Japan Tobacco urges Serbia to align excise taxes with EU. 17 de junio. <http://www.bloomberg.com/news/2011-06-17/japan-tobacco-urges-serbia-to-align-excise-taxes-with-eu-1.html>. Acceso: 17 de junio de 2011.

### New Hampshire

Sanborn A. (2011). Tobacco price increase offsets N.H. tax cut. 24 de julio. <http://www.seacoastonline.com/apps/pbcs.dll/article?AID=20110724/NEWS/107240318/1/NEWSMAP>. Acceso: 28 de octubre de 2011.

### Panel de texto

Eberwine-Ullagran D. (2007). La mejor inversión en salud pública: La salud no debe ser un lujo reservado a los ricos. Si invierten en medidas rentables, los países en desarrollo podrán mejorar sustancialmente la salud de sus poblaciones. Perspectives in Health, 11(1): 2-9.

Franz GA. (2008). Price effects on the smoking behaviour of adult age groups. Public Health, 122(12): 1343-1348.

Gallus S, Schiaffino A, La Vecchia C, Townsend J, Fernandez E. (2006). Price and cigarette consumption in Europe. Tobacco Control, 15(2): 114-119.

Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer. (2011). Effectiveness of price and tax policies for control of tobacco. En IARC Handbooks of Cancer Prevention: Tobacco Control. En imprenta. Lyon, Francia: Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer.

Jha P, Chaloupka FJ. (1999). Curbing the epidemic: Governments and the economics of tobacco control. World Bank Publications.

Jha P, Chaloupka FJ. (2000). Tobacco control in developing countries. Oxford: Oxford University Press.

Kostova D, Ross H, Blecher E, Markowitz S. (2010). Prices and cigarette demand: Evidence from youth tobacco use in developing countries. National Bureau of Economic Research Working Paper Series No. 15781. Febrero. <http://www.nber.org/papers/w15781>. Acceso: 16 de mayo de 2011.

Siahpush M, Wakefield M, Spittal M, Durkin S, Scollo M. (2009). Taxation reduces social disparities in adult smoking prevalence. American Journal of Preventive Medicine, 36(4): 285-291.

World Health Organization (2010). WHO technical manual on tobacco tax administration.

## 30 DESAFÍOS LEGALES Y LITIGIO

### Mapa principal

Medidas legales recientes o pendientes de la industria tabacalera contra las medidas de control del tabaco de los gobiernos, hasta junio de 2011. Lista establecida por el Consorcio Legal Internacional en la Campaña Tobacco-Free Kids.

Archivo nro. 0032-2010-PI/TC. [http://www.law.georgetown.edu/oneillinstitute/publications/pdf/2011\\_PERU\\_TOBACCO\\_CONTROL\\_AMICUS.pdf](http://www.law.georgetown.edu/oneillinstitute/publications/pdf/2011_PERU_TOBACCO_CONTROL_AMICUS.pdf). Acceso: 15 de noviembre de 2011.

### Historial de estrategias en EE. UU. frente a hechos ilícitos civiles contra el tabaco

Ontario Tobacco Research Unit. (2010). Litigation against the tobacco industry: Monitoring update. 27 de octubre. [http://www.otru.org/pdf/16mr/16mr\\_litigation.pdf](http://www.otru.org/pdf/16mr/16mr_litigation.pdf). Acceso: 30 de noviembre de 2011.

Sugarman SD. (2002). Mixed results from recent United States tobacco litigation. [http://www.law.berkeley.edu/faculty/tobacco/mixed\\_results.pdf](http://www.law.berkeley.edu/faculty/tobacco/mixed_results.pdf). Acceso: 13 de diciembre de 2011.

### Casos pendientes contra la industria

British American Tobacco. (2010). Annual report 2010. <http://www.bat.com/ar/2010/financial-statements/group-financial-statements/notes-on-the-accounts/note-30.html>. Acceso: 28 de junio de 2011.

British American Tobacco. (2004). Directors' Report and Accounts 2004. [http://www.bat.com/group/sites/uk\\_3mnfen.nsf/vwPagesWebLive/D052AK34/\\$FILE/medMD6LRMA4.pdf?openelement](http://www.bat.com/group/sites/uk_3mnfen.nsf/vwPagesWebLive/D052AK34/$FILE/medMD6LRMA4.pdf?openelement). Acceso: 10 de enero de 2012.

### Cita: Camilleri

Camilleri L. (2010). Presentación en la Morgan Stanley Global Consumer and Retail Conference. Nueva York. 17 de septiembre.

### Cita: Halton

Halton J. (2011). Tobacco battle lines form. The (Hong Kong) Standard. 11 de octubre. [http://www.thestandard.com.hk/news\\_print.asp?art\\_id=115945&sid=-](http://www.thestandard.com.hk/news_print.asp?art_id=115945&sid=-). Acceso: 15 de noviembre de 2011.

### Texto

Ontario Tobacco Research Unit. (2010). Litigio contra la industria tabacalera.

World Health Organization (2010). FCTC/COP4(5) Punta del Este Declaration on the implementation of the WHO Framework Convention para el Control del Tabaco. [http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop4/FCTC\\_COP4\\_DIV6-en.pdf](http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop4/FCTC_COP4_DIV6-en.pdf). Acceso: 15 de noviembre de 2011.

## 31 EL FUTURO

World Health Organization (2011). Objetivos para medir el progreso en la reducción de enfermedades no transmisibles. Recomendaciones de un Grupo de trabajo técnico de la OMS sobre objetivos en enfermedades no transmisibles. (Versión con fecha el 15 de julio de 2011 para una consulta basada en la Web con los Estados miembro.)

Beaglehole R, Bonita R, para The Lancet NCD Action Group and the NCD Alliance. Priority actions for the non-communicable disease crisis. The Lancet, la publicación en línea anticipada, 6 de abril de 2011. doi:10.1016/S0140-6736(11)60393-0.

## HISTORIA

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2010). Encuesta global sobre tabaquismo en adultos: Panorama general <http://apps.nccd.cdc.gov/gtssdata/Ancillary/Documentation.aspx?SUID=4&DOCT=1>. Acceso: 1 de diciembre de 2011.

Lyons A, Petrucelli R. (1978). *Medicine: An illustrated history*. New York: Harry N. Abrams, p. 508.

Moyer D. (1998). *The tobacco almanac: A reference book of fact, figures, quotations about tobacco*. Autopublicación.

Routh H, Bhowmik K, Parish J, Parish L. (1998). Historical aspects of tobacco use and smoking. *Clinics in Dermatology*, 16(5): 539-544.

Tobacco Facts. (sin fecha). Tobacco truth: From first drag to slavery—tobacco's beginnings.

Tobacco Milestones. (1996). A brief history of tobacco. Adaptado de una cronología realizada por National Clearinghouse sobre Tabaco y Salud. Ottawa.

Walton J, ed. (2000). *The Faber book of smoking*. London: Faber.

## GLOSARIO

Centers for Disease Control and Prevention (sin fecha). Cancer fact sheet. Agency for Toxic Substances & Disease Registry <http://www.atsdr.cdc.gov/COM/cancer-fs.html>. Acceso: 6 de enero de 2012.

Centers for Disease Control and Prevention (2006). The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: A report of the Surgeon General. Atlanta: US Department of Health and Human Services, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.

## DIVISORES DE SECCIÓN

### Daño

Cita: King A (2010). A statement by the Chief Medical Officer of Health—Towards a smoke-free Ontario. 19 de octubre. <http://news.ontario.ca/mhp/en/2010/10/a-statement-by-the-chief-medical-officer-of-health--towards-a-smoke-free-ontario.html>. Acceso: 22 de noviembre de 2011.

Statistic: Data derived from FCTC Death Clock. <http://www.oxyromandie.ch/deathcalc.php>. Acceso: 22 de noviembre de 2011.

### Productos y su uso

Cita: Cauchon D (2007). Smoking declines as taxes increase. *USA Today*. 10 de agosto. [http://www.usatoday.com/news/health/2007-08-09-1Aleda\\_N.htm](http://www.usatoday.com/news/health/2007-08-09-1Aleda_N.htm). Acceso: 25 de agosto de 2011.

Estadística: Datos derivados del ERC (2010). World cigarette reports 2010. Suffolk, Reino Unido: ERC Group Ltd.

### Costos

Cita: Yurekli AA (2001). A public health priority: Curbing the epidemic. Banco Mundial. [http://www.bruneiresources.com/pdf/istob\\_ayda\\_curbingsacademic.pdf](http://www.bruneiresources.com/pdf/istob_ayda_curbingsacademic.pdf). Acceso: 2 de diciembre de 2011.

Estadística: Yang L et al. (2011). Economic costs attributable to smoking in China: Update and an 8-year comparison, 2000-2008. *Tobacco Control*, 20, no. 4 (1.º de julio): 266-272.

### Industria tabacalera

Cita: Report of the Committee of Experts on Tobacco Industry Documents (2000). Tobacco company strategies to undermine tobacco control activities at the World Health Organization. [http://www.who.int/tobacco/en/who\\_inquiry.pdf](http://www.who.int/tobacco/en/who_inquiry.pdf). Acceso: 12 de agosto de 2011.

Estadística: Datos derivados del ERC (2010). *World cigarette reports 2010*.

### Soluciones

Cita: Organización Mundial de la Salud. (2008). Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2008: El paquete MPOWER. Ginebra: OMS.

Estadística: Organización Mundial de la Salud (2011). Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2011: Preguntas y respuestas. 30 de junio.

## TABLA MUNDIAL DEL FUENTES Y MÉTODOS

FUENTES DE DATOS NO PRESENTADAS EN MAPAS PRINCIPALES Y MÉTODOS. World Bank Income Groups: The World Bank (2011). Countries and economies. <http://data.worldbank.org/country>. Acceso: 28 de julio de 2011.

El Banco Mundial clasifica los países como economías de ingresos bajos, ingresos medio-bajos, ingresos medio-altos e ingresos altos. Para los fines del Atlas, los países de ingresos "medio-bajos" y "medio-altos" han sido clasificados como países de ingresos medios.

Hombres y mujeres que actualmente fuman CUALQUIER producto de tabaco: Organización Mundial de la Salud (2011). WHO report on the global tobacco epidemic, 2011. Australia: Instituto Australiano de Salud y Bienestar. (2011). 2010 National Drug Strategy Household Survey Report. <http://www.aihw.gov.au/publication-detail/?id=32212254712>. Acceso: 20 de noviembre de 2012.

Prevalencia del consumo de tabaco en bruto en hombres y mujeres: Organización Mundial de la Salud (2011). WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: Warning about the dangers of tobacco. Geneva: World Health Organization. Australia: Instituto Australiano de Salud y Bienestar. (2011). 2010 National Drug Strategy Household Survey Report. <http://www.aihw.gov.au/publication-detail/?id=32212254712>. Acceso: 20 de noviembre de 2012.

Prevalencia total del consumo de tabaco en niños y niñas: Las fuentes coinciden con aquellas enumeradas en la sección Fuentes del Mapa principal de los capítulos sobre niños y niñas. Para los siguientes países se calculó un promedio simple: Costa de Marfil, Dinamarca, Francia, Alemania, Guatemala, Honduras, Japón, Kiribati, Islas Marshall, Países Bajos, San Marino, Suecia, Suiza, Reino Unido.

Los valores de Cisjordania y Franja de Gaza se tomaron por separado y luego se promediaron.

Producción de tabaco (en toneladas): Organización para la Alimentación y la Agricultura. (2011). Datos FAOSTAT sobre tabaco sin fabricar: cantidad de la producción, 2000, 2009. <http://faostat.fao.org/site/567/DesktopDefault.aspx?PageID=567#ancor>. Acceso: 10 de octubre de 2011.

## CRÉDITOS DE FOTOGRAFÍAS

### 02 Daño por fumar

TC: McMullan, DM, and Cohem, GA. (2006). Radiographic evidence linking tobacco use and lung cancer. *New England Journal of Medicine* 354: 397.

### 04 Tipos de tabaco

Kretek: Tony de Feria

Productos de tabaco solubles sin humo: Associated Press

### 05 Sistemas de suministro de nicotina

Agua de nicotina: Associated Press

Palillos, tiras, pastillas y snus: Instituto de Cáncer Roswell Park, Buffalo, NY

Aviso de snus: <http://www.snuscentral.org/latest-snus-news/camel-snus-quit-cigarettes-stop-smoking-2011.html>. Acceso: 2 de agosto de 2011.

### 08 Consumo de tabaco en mujeres

Suffragette: Museo de Relaciones Públicas.

### 10 Consumo de tabaco en niñas

#### 20 Marketing del tabaco

Beso: Katarina Radovic, *Branding Magazine*, febrero de 2012.

### 21 Influencia Indebida

China: Tsinghua University International Center for Communication

Indonesia: Fauzan Ijazah © 2010 GlobalPost

### 23 Estrategias de Salud Pública

Trabajador sobre el terreno: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades

### 26 Campañas en medios de comunicación masivos

'Esponja': Instituto del Cáncer NSW, Australia

### 27 Etiquetado del producto

Daño del tabaquismo sobre nonatos: © Commonwealth de Australia.

### 28 Prohibiciones de comercio

Compañía tabacalera de Shanghai: Michael Eriksen, abril de 2011

### Historia

Baronesa de Dudevant (también conocida como George Sand): Colección de grabados de Miriam e Ida D. Wallach, Sección de Ilustraciones, Grabados y Fotografías, Biblioteca Pública de Nueva York, Fundaciones Astor, Lenox y Tilden.

Edificio Lucky Strike: División de Manuscritos y Archivos, Biblioteca Pública de Nueva York, fundaciones Astor, Lenox y Tilden.

Vaquero de Marlboro: Ilustración de Kakha Begiashvili

Ejecutivos de la industria de los cigarrillos: Associated Press

Afiche del CMCT de la OMS: Organización Mundial de la Salud, OMS: Hagamos de cada día el Día Mundial sin Tabaco

Logotipo de MPOWER: Organización Mundial de la Salud

## ÍNDICE

Acciones sobre el consumo de tabaco y la Salud. RU, 76

acupuntura, 72

impuestos ad valorem, 80

publicidad: prohibiciones, 78–79; medios de comunicación masivos, prohibidos en varios países, 60; vista por adultos, 61; imágenes viscerales, 74

tecnología de aerosol, 27, 56

asequibilidad, de cigarrillos, 48-49

Argelia, precio de la marca local en, relativo a Marlboro, 47

productos de nicotina alternativos, 56, 84

Altria Philip Morris USA, 57, 62; indemnización del director ejecutivo, 57; rendimiento financiero, 56; participación en el mercado global del cigarrillo, 56

American Tobacco Company, 32, 33, 40

Argentina: niñas que fuman más que los niños, 36; desafíos legales en, legislación en contra del control del tabaco 83; producción del tabaco en, 52

Australia: índices diarios del consumo de tabaco en, 31; desafíos legales en, legislación en contra del control del tabaco, 83; legislación del empaquetado simple, 76; fumadores en, intentos para dejar de fumar, 72

Azad, Ghulam Nabi, 24

Bangladesh: adultos en, tomar en cuenta la información antitabaco antitabaco, 75; relación del precio entre cigarrillos Marlboro y arroz en, 47; consumo de tabaco sin humo en, 38

BAT. Consulte British American Tobacco

BAT Australia, 76

modificación del comportamiento, 72

Bielorrusia, índices del consumo de tabaco en niños, 34

Bélgica, impuesto especial sobre el tabaco en, 81

betel quid, 25

bidis, 24

Bloomberg Michael, 68

Bloomberg Philanthropies, 68

niños: países con mayores índices del consumo de tabaco entre, 34; porcentaje de, que fuman cigarrillos, 34–35; consumo de tabaco entre, 34–35; índices del consumo de tabaco diferentes a los de las niñas, 34; propensos a fumar, 35

extensión de la marca, 60

Brasil: adultos en, tomar en cuenta la información antitabaco, 75; volverse antitabaco, 70; desafíos legales en, legislación en contra del control del tabaco, 83; precio de la marca local, relativo a Marlboro, 47; producción de tabaco en, 52, 53

Gran Bretaña, empresas tabacaleras suben precios en, 46

British American Tobacco, 55, 56–57, 82; indemnización del director ejecutivo, 57; establecer Nicventures, 56; participación en el mercado global del cigarrillo, 56; investigar regalos en la cultura china, 80

brus, 24

Buenos Aires, estudiantes de medicina en, menor capacitación en el apoyo para el cese del tabaquismo, 40

Bulgaria: niñas que fuman más que los niños, 36; impuesto especial sobre el tabaco en, 81

Bush, George H. W., contribuciones de Big Tobacco, 62

Bush, George W., contribuciones de Big Tobacco, 62

Butler, Daniel, 38

Camboya: precios de cigarrillos, en relación con la comida, 47; consumo de tabaco en mujeres en, 33; aumento en la producción de tabaco en, 53; relación del precio entre cigarrillos Marlboro y arroz en, 47

Camilleri, Louis, 18, 28, 57, 82

Canadá: índices diarios del consumo de tabaco en, 31; comercio ilícito de cigarrillos en, 58; fumadores en, intentos para dejar de fumar, 72

cáncer: mortalidad por, en hombres pelacos, 17; oral, causado por el tabaco sin humo, 18

enfermedades cardiovasculares, proyección de muertes causadas por el consumo de tabaco, 17

Chan, Margaret, 64

químicos, en el humo de tabaco, 18

Chengkang, Jiang, 57

cheroots, 25

mascar, 24

mascar tabaco, 25

niños, riesgos para la salud, tabaquismo relacionado con, 19

Chile, costos de oportunidad del tabaquismo en, 44

chillum, 24

chimo, 25

China: adultos en, tomar en cuenta la información contra el consumo de cigarrillos, 75; asequibilidad de los cigarrillos en, 48, 49; consumo de cigarrillos en, 28, 29; producción de cigarrillos en, 54; médicos que fuman en, 41; cultura del regalo en, 60; relación entre los precios de los cigarrillos Marlboro y el arroz en, 47; costos en alza en, atribuible al consumo de tabaco, 42–43; fumadores en, sobre el daño de los cigarrillos ‘suaves’ o ‘con bajo contenido de alquitrán’, 76; fumadores que intentan dejar el hábito, 72; industria tabacalera en, contribuciones a la recaudación del Gobierno central, 56; el tabaco como principal asesino en, 16; producción de tabaco en, 52, 53; trabajadores del tabaco en, 55

China National Tobacco Corporation, 57; indemnización del director ejecutivo, 57; participación en el mercado global del cigarrillo, 56

chuta, 25

Cicero, 66

Cigarette Citadels, 54

cigarrillos: asequibilidad de, 48–49; consumo anual per cápita de, 28–29; monto promedio de nicotina suministrado en, 27; demanda de, relacionado con los precios, 80; número de enfermedades causadas por el consumo de, 28; electrónica, 26, 27; participación en el mercado global de, 56; producción global de, 55; ilegal, 58–59; aumento en el consumo de, en el último siglo, 29; aumento en la producción de, a nivel mundial, 50–51; ‘suave’, 32, 76; ‘con bajo contenido de alquitrán’ 32, 76; fabricados, como porcentaje del mercado del tabaco, 24; gastos de mercadeo para, 60; participación en el mercado entre compañías, 56–57; dinero gastado en, distribución de, 54; ecológicos, 26; precios de, impuesto especial y, 80–81; precio comparado con otros productos de tabaco 46; precio en alza en, 80; precio relativo al comercio ilegal de cigarrillos, 58; precio de Marlboro, 46–47; precio relacionado con muchos factores, 46; producción de, 54–55; consumo regional de, cambios en, 28; para liar, 24; cinco principales países consumidores de, 29; cinco principales países exportadores, 55; consumo mundial de, 28–29

cigarros, 25, 54

Clinton, Bill, contribuciones de Big Tobacco, 62

Colombia: desafíos legales en, legislación en contra del control del tabaco, 83; precio de la marca local en, relativo a Marlboro, 47

combustión, como método más efectivo de suministro de nicotina, 26

tecnologías de comunicación, ofrecer apoyo para el cese 72

Connolly, Gregory, 26

Convention to Eliminate Discrimination Against Women (CEDAW), 66

Cooper, Alison, 57

Responsabilidad social corporativa (CSR), 62

Crow, David, 76

Cuba, niñas que fuman más que los niños, 36

Curtis, Adam, 32

República Checa, impuesto especial sobre el tabaco en, 81

muertes: femenina, 17; global, por la exposición al humo de segunda mano, 21; masculina, 16; de no fumadores, por la exposición al humo de segunda mano, 21; porcentaje de, debido al tabaco, 16–17; mueras proyectadas por, en el siglo XXI, 16, 17; causadas por el tabaco, 14–15; por humo de segunda mano, 20

dhumti, 25

diabetes, tipo 2, riesgo de, 19

diabetes mellitus, proyección de muertes causadas por el consumo de tabaco, 17

enfermedades digestivas, proyección de muertes causadas por el consumo de tabaco, 17

costos directos: determinación, 44; del consumo de tabaco, como porcentaje del PIB, 44–45; de enfermedades asociadas al consumo de tabaco, 42; relacionados al tabaco, 45

productos de tabaco sin humo solubles, 25, 26

Dole, Bob, contribuciones de Big Tobacco, 62

rapé seco, 25

consumo de tabaco de doble consumo, sin humo y con humo, 38, 39

Durante, Nicandro, 37

adaptadores precoces, 50

Egipto: adultos en, tomar en cuenta la información antitabaco, 75; consumo de tabaco sin humo en, 38

cigarrillos electrónicos, 26, 27

empleadores, beneficios económicos de las prohibiciones antitabaco, 70

ambiente, efecto en, de las granjas de cultivo de tabaco, 52

humo ambiental de tabaco. Consulte humo de segunda mano

eugenol, 24

Unión Europea, años de vida perdida, de muertes de fumadores de mediana edad, 17

impuestos especiales: como porcentaje de ingresos por impuestos totales, 81; como proporción del precio del cigarrillo, 80–81; tipos de, 80

programas vivenciales, 78

fotos: efectos posibles sobre, del consumo de tabaco, 18, 19; riesgos por el humo de segunda mano, 20

Finlandia: distribución en, de dinero gastado en cigarrillos, 54; desafíos legales en, legislación en contra del control del tabaco, 83; precio de la marca local en, relativo a Marlboro, 47; consumo de tabaco sin humo en, 38; impuesto especial sobre el tabaco en, 81

Fogarty, Jimmy, 70

Administración de Drogas y Alimentos, 18

tabaquismo forzado. Consulte humo de segunda mano

Francia: precio de la marca local en, relativo a Marlboro, 47; fumadores en, intentos para dejar de fumar, 72

Freeman, Becky, 77

Gates, Bill, 80

Gates Foundation (Bill and Melinda), 68

GATS, 68. Consulte también el Acuerdo General de Comercio y Servicios de la OMS

Alemania: producción de cigarrillos en, 54; fumadores en, intentos para dejar de fumar, 72; entre los cinco principales exportadores de cigarrillos, 55; impuesto especial sobre el tabaco, 81

Ghana, aumento en la producción del tabaco en, 53

Gilmore, Anna, 56

Giovino, Gary, 72

niñas: porcentaje de fumadores entre, 36–37; razones para comenzar a fumar, 36, 37; que fuman más que los niños, ubicaciones de, 36; índices del consumo de tabaco diferentes a los de los niños, 34; propensas a fumar, 37

Glantz, Stanton, 62

Gora, Al, contribuciones de Big Tobacco, 62

Grecia, impuesto especial sobre el tabaco en, 81

Gruber, Jonathan, 44

Guatemala, desafíos legales en, legislación en contra del control del tabaco, 83

gundi, 25

gutkha, 25

GYTS (Encuesta global sobre el tabaquismo en los jóvenes), 68

Halton, Jane, 83

mensajes de educación sanitaria, 85

profesionales de la salud: intervenciones para el cese del tabaquismo, 40; consumo de tabaco entre, 85; estado de tabaquismo de, 40

profesiones de la salud, estudiantes de, tabaquismo entre, 40-41

advertencias de la salud, en empaquetado de cigarrillos, 76

VIII, fumadores con, desarrollar de infecciones respiratorias, 19

hogesoppu, 25

Hong Kong: Índices de consumo diario de cigarrillos en, 31; relación entre los precios de los cigarrillos Marlboro y el arroz en, 47; estudiantes de medicina en, que reciben capacitación en assessoramiento para dejar de fumar, 40; que ofrecen servicios para dejar de fumar a adolescentes, 72; ventas en restaurantes en, antes y después de la prohibición de fumar, 71

hookah, 24, 25

hookli, 24

hubble-bubble, 25

Hungría, impuesto especial sobre el tabaco en, 81

hipnosis, 72

Islandia, índices diarios del consumo de tabaco en, 31

I Love China, 78

Imperial Tobacco Group, 56–57; indemnización del director ejecutivo, 57; participación en el mercado global del cigarrillo, 56

India: adultos en, tomar en cuenta la información antitabaco, 75; empobrecimiento en, del tabaco 46; desafíos legales en, legislación en contra del control del tabaco, 83; relación del precio entre cigarrillos Marlboro y arroz en, 47; productores de tabaco en, precios reducidos pagados a, 46; producción de tabaco en, 52

costos indirectos: de enfermedades relacionadas con el hábito de fumar, 42;

relacionadas con el consumo de tabaco, 44, 45

Indonesia: consumo de cigarrillos en, 29; producción de cigarrillos en, 54; distribución en, de dinero gastado en cigarrillos, 54; desafíos legales en, legislación en contra del control del tabaco, 83; relación del precio entre cigarrillos Marlboro y arroz en, 47; producción de tabaco en, 52; entre los cinco principales exportadores de cigarrillos, 55

innovadores, 30

International Centre for Settlement of International Disputes, 83

International Civil Aviation Organization, 66

International Covenant on Civil and Political Rights (ICCPR), 66

International Covenant on Economic, Social, and Cultural Rights, 66

International Labor Organization, 66

Internet: prohibiciones en la publicidad directa, 79; mercadeo en, 60

Irlanda: desafíos legales en, legislación en contra del control del tabaco, 83; fumadores en, intentos para dejar de fumar, 72

Israel: consumo de cigarrillos e impuestos sobre el tabaco, 80; precio de la marca local en, relativo a Marlboro, 47

Italia, producción de tabaco en, 52

Japón: consumo de cigarrillos en, 29; distribución en, del dinero gastado en cigarrillos, 54; tendencias en el consumo de tabaco de los mujeres, 32; tendencias en el consumo de tabaco de los hombres, 31; tiempo de trabajo requerido en, adquirir un paquete de cigarrillos, 48

Japan Tobacco/Japan Tobacco International, 56–57, 80; indemnización del director ejecutivo, 57; participación en el mercado global del cigarrillo, 56

kadapam, 25

kaddipudi, 25

Kenia, tiempo de trabajo requerido en, adquirir un paquete de cigarrillos, 48

Kerry, John, contribuciones de Big Tobacco, 62

Kessler, Gladys, 60, 78

khaini, 25

Kimura, Hiroshi, 57

King, Arlene, 14

Kiss Cigarettes (Rusia), 36

niwam, 25

Corea, República de, fumadores en, intentos para dejar de fumar, 72

Közegi, Botond, 44

kreszet, 24, 28

Kuwait, fumadores, con deseos de dejar de fumar, 72

trabajo, minutos de, requeridos para comprar un paquete de cigarrillos, 48

Laos, precio de la marca local en, relativo a Marlboro, 47

Letonia, índices del consumo de tabaco en niños, 34

Libano, precio de la marca local en, relativo a Marlboro, 47

Libia, cigarrillos cada vez más asequibles en, 48

cigarrillos ‘suaves’, 32, 76

Lituania, índices del consumo de tabaco en niños, 34

lobby, 62

Chupettes, 26

Lorillard, 62

infecciones del sistema respiratorio inferior, proyección de muertes causadas por el tabaco, 17

cigarrillos ‘con bajo contenido de alquitrán’, 32, 76

pastillas, 27

Luxemburgo: precio de la marca local en, relativo a Marlboro, 47; impuesto especial sobre el tabaco, 81

Madagascar: niños en, percepción del consumo de tabaco, 35; índices del consumo de tabaco en niños, 34; percepción del consumo de tabaco en la juventud de, 37

humo directo, 20

Malau: productores de tabaco, precios reducidos pagados a, 46; producción de tabaco en, 52; desnutrición, 52

Malasia: índices del consumo de tabaco en niños, 34; precio de la marca local en, relativo a Marlboro, 47; oportunidad de los costos del consumo de tabaco, 44; fumadores en, intentos para dejar de fumar, 72

Mali, aumento de tabaco, producción, 53

neoplasias malignas, proyección de muertes causadas por el tabaco, 17

cigarrillos fabricados, como porcentaje del mercado del tabaco, 24

mercado: prohibiciones, 78; en los niños, 60; gastos en, para cigarrillos, 80; tabaco sin humo, 60; juventud objetivo, 78; para mujeres, 32

Marlboro Country, 78

hombre de Marlboro, 30

Marlboro, precios de, 46–47

campañas de los medios de comunicación masivos, antitabaco, 74-75, 85

McCain, John, contribuciones de Big Tobacco, 62

McGouldrick, Danny, 22

meditación, 72

hombres, tabaco y; muerte por cáncer, 16; porcentaje de, que fuman, 30-31; prevalencia del consumo de tabaco y muertes de, a lo largo de 100 años, 30; tendencias del consumo de tabaco en, 31; consumo de tabaco por, 30-31

México: adultos, tomar en cuenta la información antitabaco, 75; distribución en, del dinero gastado en cigarrillos, 54; fumadores en, intentos para dejar de fumar, 72

Micronesia (Estados Federados de), índice del consumo de cigarrillos en, 34

Objetivos de Desarrollo del Milenio, 84

mishri, 25

Mizuno, Masanobu, 30

rapé húmedo, 24

películas, tabaquismo, 36, 60–61

Mozambique, aumento en la producción del tabaco en, 53

medidas MPOWER, personas cubiertas por, 64

narquile, 25

nass, 25

naswa, 25

Instituto Nacional del Cáncer, 74

Servicios nacionales de tratamiento contra la dependencia al tabaco 73

Nauru, consumo de tabaco en mujeres en, 33

Países Bajos: fumadores en, intentos para dejar de fumar, 72; entre los cinco principales exportadores de cigarrillos, 55

New Hampshire, impuestos especiales en, 81

nuevos medios, evasión en las prohibiciones de publicidad, 78, 79

nuevo productos de tabaco, 30, 85

Nueva Zelanda: niñas que fuman más que los niños, 36; oportunidad de los costos por fumar en, 44; fumadores en, intentos para dejar de fumar, 72

aerosol de nicotina, 27, 56

terapia de reemplazo de nicotina (TRN), 26, 27, 72

agua de nicotina, 26

Nicventures, 56

Niger, estudiantes que gastan en, 46

Nigeria, distribución en, de dinero gastado en cigarrillos, 54

cigarrillos ecológicos, 26

enfermedades no transmisibles, el hábito de fumar como factor de riesgo en, 19

Noruega, desafíos legales en, legislación en contra del control del tabaco 83

Obama, Barack, contribuciones de Big Tobacco, 62

publicidad de tabaco en línea, 61

oportunidad de los costos, por fumar en, 44

caramelos, 27

etiquetas preventivas en los paquetes, 76, 77

Pakistán, producción de tabaco en, 52

Palau, índices del consumo de tabaco en niños, 34

Panamá, desafíos legales en, contra la ley para el control del tabaco 83

pan masa, 25

Papúa Nueva Guinea, índices del consumo de tabaco en niños, 34

Paraguay, precio de la marca local en, en comparación con Marlboro, 47

pattiwala, 25

Pershagen, Goran, 27

Perú, desafíos legales en, legislación en contra del control del tabaco 83

Peto, Richard, 85

Pfizer Inc. 41

compañías farmacéuticas, 26

Phelps, Bill, 78

Philip Morris International, 54, 55, 56–57, 78;

comprar derechos de patente sobre la tecnología de aerosol de nicotina, 56; indemnización del director ejecutivo, 57; donaciones caritativas por, 62; participación en el mercado mundial de cigarrillos 56

Philip Morris USA, 34, 54, 56–57, 60, 62

Filipinas: adultos en, tomar en cuenta la información antitabaco, 75; desafíos legales en, legislación en contra del control del tabaco 83; relación del precio entre cigarrillos Marlboro y arroz en, 47

Pierce, John, 36

Pilote, Louise, 36

pipas, 24

empaquetado simple, 76, 77

publicidad en puntos de venta, 60 79

Polonia: adultos en, tomar en cuenta la información antitabaco, 75; comercio ilegal de cigarrillos en, 59; mortalidad por cáncer en hombres en, 17; impuesto especial sobre el tabaco, 81; ingresos por impuestos sobre el tabaco, 81; entre los cinco principales exportadores de cigarrillos, 55

contribuciones políticas, de Big Tobacco, 62

voluntad política, 85

mujeres embarazadas, riesgos del humo de segunda mano para, 20; riesgos del hábito del fumar, 18, 19

marcas prémium, precios de, 46

preadolescencia, dependencia a la nicotina, del humo de segunda mano, 20

precio de descuentos, 60

Proctor, Robert, 54

leyes de etiquetado de productos, 76

concesiones promocionales, 60

promociones, 60

FT Sampoerna, 61

estrategia de salud pública, 68

Declaración de Punta del Este, 82

líneas para dejar de fumar 72/73

índices del cese del tabaquismo, 27

dejar de fumar: intentos de, 72; efectos de, 18; recursos para, disponible por país, 73; apoyo para, 85

Racicot, Simon, 34

Reiter, Chris, 60

precio relativo a los ingresos (RIP), 49

enfermedades respiratorias, proyección de muertes causadas por el tabaco, 17

restaurantes, prohibiciones antitabaco, 71

Richmond Manufacturing Center, 54

R.J. Reynolds, 34, 36

cigarrillos para liar (roll-your-own), 24

Roper Organization, 20

Roxon, Nicola, 76

Rusia (Federación Rusa): adultos en, tomar en cuenta la información antitabaco, 75; consumo de cigarrillos en, 29; producción de cigarrillos en, 54; cigarrillos cada vez más asequibles en, 48; precio de la marca local en, relativo a Marlboro, 47; trabajadores en el tabaco en, 55

Santiago (Chile), niñas que fuman más que los niños 36

San Pablo (Brasil), niñas que fuman más que los niños, 36

Escocia, desafíos legales en, legislación en contra del control del tabaco 83

humo de segunda mano: exposición a, 16–17, 70; daño causado por, 20–21

shammaah, 25

Shanghai Tobacco Company, 78

shisha, 25

corriente de humo indirecto, 20

Singapur, índices diarios del consumo de tabaco, 31; relación del precio entre cigarrillos Marlboro y arroz en, 47

Eslovenia, niñas que fuman más que los niños, 36

ambientes libres de humo, 70/71

centros de salud libres de humo, porcentaje de países con, 41

políticas de ambientes libres de humo de tabaco, en centros de salud y facultades de medicina, 40

tabaco sin humo, 38–39; consumo en adultos, 38–39; prohibiciones en, 39; formas de, 25; volumen global de ventas de, 38; patrones globales de consumo de, 38; problemas en la salud causados por el consumo de, 38; aumento en el riesgo de cáncer oral, 18; regulado deficientemente, 38; valor productivo de, 54; empresas tabacaleras pasan a, 84; consumo de, además del consumo de tabaco, 39

consumo de tabaco: prohibiciones de, apoyo público para, 70; índices diarios de, 31; prevalencia global estable o en disminución de, 28; formas de, 24–25; daños en todos los órganos del cuerpo, 18; beneficios en la salud por el cese, 72; impacto dañino inmediato en la salud de los niños, 34; aumento del riesgo de cáncer y tuberculosis, 16; costos de oportunidad de, 44; prevalencia de, 16, 84

contrabando, 58

rapé, 24, 25; húmedo, 25; ventas, en comparación con los cigarrillos, 39

snus, 25, 27

Sudáfrica: comercio ilegal de cigarrillos, 59; costos directos e indirectos atribuibles al tabaco en, 45; desafíos legales en, legislación en contra del control del tabaco, 83; consumo de tabaco sin humo en, 38

Souza Cruz BAT, 54

tabaco de escupir, 25

Sri Lanka, relación del precio entre cigarrillos Marlboro y arroz en, 47

Stanford University, 54

empresas tabacaleras estatales, 56–57

STEPS, 68

bastones, 24

Strosberg, Harvey, 52

stumpen, 25

Síndrome de muerte súbita del infante (SIDS), 20, 21

sulpa, 24

Sun Tzu, 66

vigilancia, 68–69

Suecia: índices de consumo diario de cigarrillos en, 31; consumo de cigarrillos en mujeres en, 33; niñas que fuman más que los niños, 36;

rapé vs. cigarrillos vendidos en, 39

Suiza, costos directos e indirectos del tabaco en, 45

Szymanczyk, Michael, 57

impuestos, 85; comercio ilegal y, 58; ingresos por, 69

adolescentes, servicios para el cese, 72

televisión, medio preferido para la publicidad antitabaco, 74

Tailandia: adultos en, tomar en cuenta la información antitabaco, 75; muertes en, por fumar, 17; relación del precio entre cigarrillos Marlboro y arroz en, 47; costos de oportunidad del tabaquismo en, 44; consumo de tabaco sin humo, 38; fumadores en, intentos para dejar de fumar, 72

terapias de apoyo para el cese, 72

Timor Oriental, índices del consumo de tabaco en niños, 34

tabaco: químicos mortales en el humo de, 18; muertes causadas por, 14–15, 16; efectos nocivos de, en diferentes sistemas humanos, 18–19; historia de, 86–93; tratados internacionales, convenciones y acuerdos que tratan sobre, 66–67; tierra destinada al cultivo, 52–53; mercado para hombres, 30; nuevas formas de, 25; nuevos productos con, 26; no existen formas seguras de, 18, 24; oral, 26; formas regionales de, 24; regulación de, 26–27; como factor de riesgo, compartido por todas las enfermedades no transmisibles, 19; filtrado para el uso de, 41; principal causa de muerte prevenible, 16; aumento en los impuestos, 80; tipos de productos y usos, 24–25

empresas tabacaleras: hacer derivaciones en otros productos de tabaco y tecnología, 56; indemnización del director ejecutivo, 57; reclamos de beneficios por mortalidad temprana debido al consumo de tabaco, 44; insistencia en la necesidad del negocio del tabaco, 44; lanzamiento de productos no tradicionales, 27; participación en el mercado de, 56–57; ganancias de, 57; el tabaquismo en jóvenes como una oportunidad, 34

control del tabaco, 68–69; usar los ingresos por impuestos para, 80; legislación para, desafíos legales contra, 83

epidemia del tabaco monitoreo, 68–69; etapas de, 30

productores de tabaco, salud de los, 52

cultivo de tabaco, 85

puntos clave del tabaco, 85

industria tabacalera: comportamiento de, 85; contribuciones caritativas de, 62; exageración del alcance del comercio ilegal, 59; contribuciones de elecciones federales, 62; ingresos mundiales, 56; influencia de, 62–63

hojas de tabaco, principales productores de, 52–53

logotipos de tabaco, presencia de, en pertenencias de jóvenes, 60–61

mercado del tabaco, consolidación de, 56

Tobacco Master Settlement, 82

producción de tabaco: tendencias en, 52; en todo el mundo, 52

enfermedades relacionadas con el tabaco, costos de, como porcentaje de los costos de atención médica, 45

nitrosamina específica del tabaco (NET), 24

Tonga, índices del consumo de tabaco en niños, 34

toombak, 25

antorchas de la libertad, 32

Tratado de Roma, 66

tuberculosis: proyección de muertes causadas por el tabaco, 17; fumar aumenta el riesgo de, 19

Túnez, distribución en, del dinero gastado en cigarrillos, 54

Turquia: adultos en, tomar en cuenta la información antitabaco, 75; desafíos legales en, legislación en contra del control del tabaco, 83

Tuvalu, índices del consumo de tabaco en niños, 34

tranzada, 25

Uganda, apoyo para el cese del tabaquismo en, para estudiantes de profesiones de la salud, 41

Ucrania, adultos en, tomar en cuenta la información antitabaco, 75

desnutrición, vinculada al tabaco, 52

Reino Unido: tendencias en el consumo de tabaco de mujeres en, 32; comercio ilícito de cigarrillos en, 58, 59; tendencias de tabaquismo en hombres, 31; costos de oportunidad del tabaquismo en, 44;

fumadores que, intentan dejar el hábito, 72; impuesto especial sobre el tabaco en, 81

Organización de las Naciones Unidas: Convención sobre los Derechos de los Niños, 66; Reunión de alto nivel sobre la prevención y el control de enfermedades no transmisibles (ENT), 66, 68, 84; Normas sobre las Responsabilidades de las Empresas Transnacionales, 67; Declaración Universal de Derechos Humanos, 66

Estados Unidos: publicidad y promoción de cigarrillos en, 60; consumo de cigarrillos en, 29; producción de cigarrillos en, 54; costos en, del consumo de tabaco, 45; índices diarios del consumo de tabaco en, 31; Departamento de Justicia, 26; tendencias en el consumo de tabaco de mujeres en, 32; desafíos legales en, legislación en contra del control del tabaco, 83; tendencias en el consumo de tabaco de hombres en, 31; fumadores en, intentos para dejar de fumar, 72; fumadores que se inician antes de los 18 años, 34; productores de tabaco en, recibir poco dinero gastado en tabaco, 52; producción de tabaco en, 52; estrategias frente a hechos ilícitos civiles contra el tabaco en, 82; entre los cinco principales exportadores de cigarrillos, 55

Uruguay: adultos en, tomar en cuenta la información antitabaco, 75; distribución en, de dinero gastado en cigarrillos, 54; niñas que fuman más que los niños, 36; desafíos legales en, legislación en contra del control del tabaco, 83; fumadores en, intentos para dejar de fumar, 72

Uzbekistán, distribución en, del dinero gastado en cigarrillos, 54

Vathesatogkit, Prakit, 17

Vietnam: adultos en, tomar en cuenta la información antitabaco, 75; distribución en, de dinero gastado en cigarrillos, 54; relación del precio entre cigarrillos Marlboro y arroz en, 47; gastos de fumadores en, 46

compuestos volátiles, 18

Wanted (película de Bollywood), 38

pipas de agua, 25

pérdida de peso, como la razón para fumar, 36

Weissman, George, 30

Región del Pacífico Occidental, mayor índice de exposición al humo de segunda mano, 20

Acuerdo sobre Agricultura de la OMS, 67

Acuerdo sobre Subsidios y Medidas Compensatorias (SCM) de la OMS, 67

Acuerdo sobre Barreras Técnicas para el Comercio (TBT Agreement) de la OMS, 66

Acuerdo General sobre Comercio y Servicios de la OMS, 67

Informe de la OMS sobre la epidemia global del tabaco 2011, 74

CMCT de la OMS (Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud), 28, 52, 58, 60, 62, 73, 74, 84; ubicación de las reuniones de la Conferencia de las Partes, 67; provisiones principales de, 67; Estados no participantes, 66–67; cantidad de partes de, 67; políticas de precios e impuestos obligadas, 80; Declaración de Punta del Este, 82; advertencias de salud de los productos de tabaco requeridas, 76

Winickoff, Jonathan, 84

mujeres: muertes por cáncer, 17; riesgos de la salud para, por el consumo de tabaco, 32; porcentaje de, que fuman, 32–33; consumo de tabaco sin humo entre, 38; prevalencia del consumo de tabaco y muertes de, a lo largo de un siglo, 33; consumo de tabaco en, 32–33

Organización Mundial de la Salud, 28, 39, 40, 48, 58, 77, 82, 84

Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud. Consulte CMCT de la OMS

Organización Mundial del Comercio (OMC), 66

Acuerdo de la OMC sobre los aspectos de Derecho de Propiedad Intelectual relacionados al comercio (TRIPS), 66

Yaqiao, Zhao, 53

jóvenes: viviendo en hogares con humo de segunda mano, 20–21; porcentaje de, con logotipos de tabaco en sus pertenencias, 60–61

jóvenes fumadores: incentivo para, 34; efectos del mercado sobre, 78; oportunidad de, para empresas tabacaleras, 34

YouTube, videos relacionados con marcas de tabaco en, 79

Yurekli, Ayda, 42

Zambia, aumento en la producción del tabaco en, 53

zarda, 25

Zimbabwe: precio de la marca local en, relativo a Marlboro, 47; producción de tabaco en, 52

tabaco: químicos mortales en el humo de, 18; muertes causadas por, 14–15, 16; efectos nocivos de, en diferentes sistemas humanos, 18–19; historia de, 86–93; tratados internacionales, convenciones, y acuerdos que tratan sobre, 66–67; tierra destinada al cultivo, 52–53; marketing para los hombres, 30; nuevas formas de, 25; nuevos productos con, 26; no existen formas seguras de, 18, 24; oral, 26; formas regionales de, 24; regulación de, 26–27; como factor de riesgo, compartido por todas las enfermedades no transmisibles, 19; filtrado para el uso de, 41; única causa de mayor prevención de muertes, 16; aumento en los impuestos, 80; tipos de productos y usos, 24–25

Tailandia: adultos en, tomar en cuenta la información antitabaco, 75; muertes en, por fumar, 17; relación del precio entre cigarrillos Marlboro y arroz en, 47; oportunidad de los costos por fumar en, 44; consumo de tabaco sin humo, 38; fumadores en, intentos para dejar de fumar, 72

tecnología de aerosol, 27, 56

tecnologías de comunicación, ofrecer apoyo para el cese 72

televisión, medio preferido para la publicidad antitabaco, 74

terapia de reemplazo de nicotina (TRN), 26, 27, 72

terapias de apoyo para el cese, 72

testamento político, 85

Timor Oriental, índices del consumo de tabaco en niños, 34

Tobacco Master Settlement, 82

Tonga, índices del consumo de tabaco en niños, 34

toombak, 25

trabajo, minutos de, requeridos para comprar un paquete de cigarrillos, 48

Tratado de Roma, 66

tranzado, 25

tuberculosis: proyección de muertes causadas por el tabaco, 17; fumar aumenta el riesgo de, 19

Túnez, distribución en, del dinero gastado en cigarrillos, 54

Turquia: adultos en, tomar en cuenta la información antitabaco, 75; desafíos legales en, contra la legislación sobre el control del tabaco, 83

Tuvalu, índices del consumo de tabaco en niños, 34

Ucrania, adultos en, tomar en cuenta la información antitabaco, 75

Uganda, apoyo para el cese del tabaquismo en, para estudiantes de profesiones de la salud, 41

Unión Europea, años de vida perdida, de muertes de fumadores de mediana edad, 17

impuestos especiales: como porcentaje de ingresos por impuestos totales, 81; como proporción del precio del cigarrillo, 80–81; tipos de, 80

Uruguay: adultos en, tomar en cuenta la información antitabaco, 75; distribución en, de dinero gastado en cigarrillos, 54; niñas que fuman más que los niños, 36; desafíos legales en, contra la legislación sobre el control del tabaco, 83; fumadores en, intentos para dejar de fumar, 72

Uzbekistán, distribución en, del dinero gastado en cigarrillos, 54

Vathesatogkit, Prakit, 17

Vietnam: adultos en, tomar en cuenta la información antitabaco, 75; distribución en, de dinero gastado en cigarrillos, 54; relación del precio entre cigarrillos Marlboro y arroz en, 47; gastos de fumadores en, 46

vigilancia, 68–69

Wanted (Bollywood film), 38

Weissman, George, 30

Winickoff, Jonathan, 84

VIH, fumadores con, desarrollo de enfermedades respiratorias, 19

Yaqiao, Zhao, 53

YouTube, videos relacionados con marcas de tabaco en, 79

Yurekli, Ayda, 42

Zambia, aumento en la producción del tabaco en, 53

zarda, 25

Zimbabwe: precio de la marca local en, relativo a Marlboro, 47; producción de tabaco en, 52