

**Alianza contra las ENT et La Alianza para el Convenio Marco (FCA)  
Documento Informativo sobre Tabaquismo**

**Las ENT, el control del tabaco y el CMCT**

“La prioridad más urgente e inmediata es el control del tabaco”  
- *The Lancet*, abril de 2011<sup>1</sup>

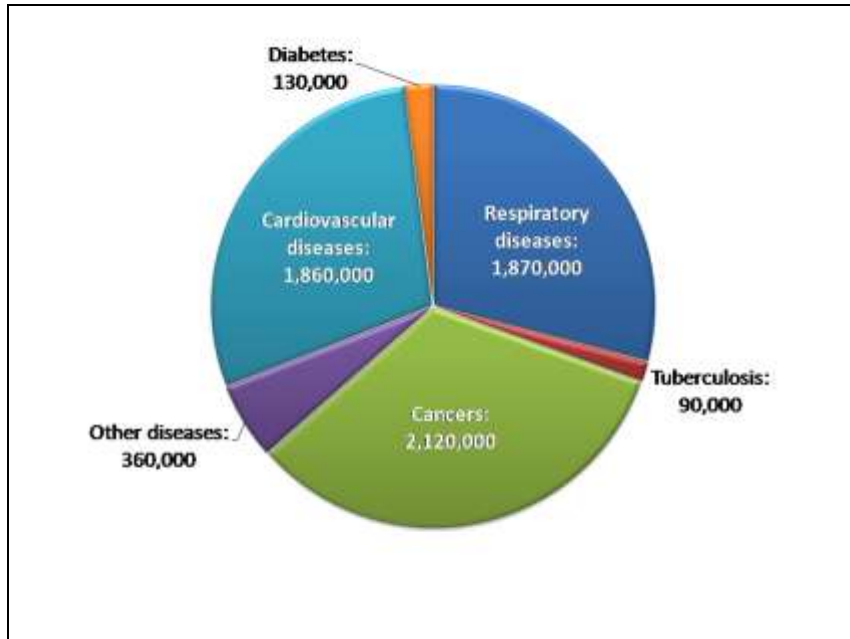
“Superar las barreras a la aplicación del Convenio Marco para el Control del Tabaco debe jugar un papel central”  
- *The Center for Strategic and International Studies*, febrero de 2011<sup>2</sup>

La alianza contra las enfermedades no transmisibles (ENT) exhorta a acelerar la aplicación efectiva del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT):<sup>3</sup>

- En tanto que inversión sustentable que, con resultados probados, contribuirá al logro de una población mundial más saludable, capaz y productiva, y para:
- incrementar los beneficios de la inversión realizada que busca alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

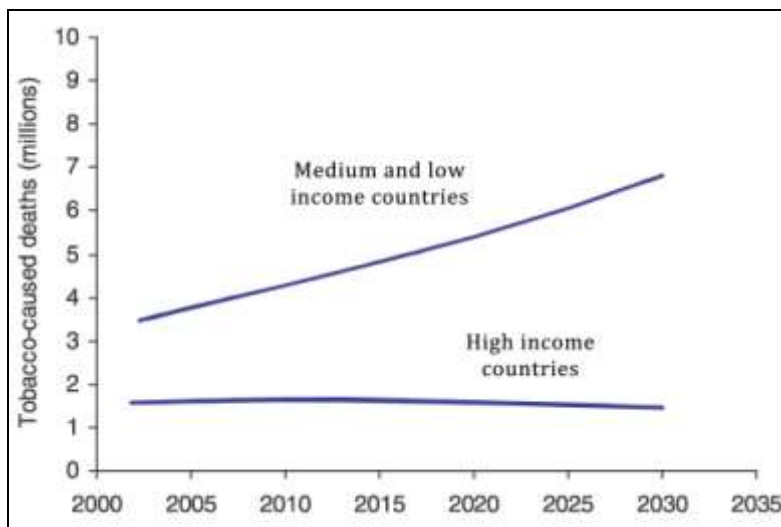
***Tabaco: un peligro para la salud***

El tabaco es un lugar tan común —mundialmente, más de una cuarta parte del total de adultos lo utiliza—<sup>4,5</sup> que es fácil no percatarse de lo extraordinariamente peligroso que es para la salud y bienestar humano. En tanto que único factor de riesgo compartido por cuatro de las principales categorías de ENT, el uso de tabaco ocasiona en este momento una de cada 6 muertes ocurridas a causa de ENT.<sup>6</sup> Además, hasta 1 de cada 5 muertes a causa de la tuberculosis podría haberse evitado si los pacientes no hubieran fumado.<sup>7</sup> Esto quiere decir que todos los días más de 15 mil personas perdieron la vida a causa del tabaco, esto sin incluir las más de mil personas que mueren todos los días habiendo sido fumadoras pasivas.<sup>8</sup> Para 2015, la OMS estima que el tabaquismo ocasionará 6.4 millones de muertes.<sup>9</sup> Véase figura 1.



**Figura 1**

Si bien se proyecta que las muertes a causa de tabaquismo declinen 9% entre 2002 y 2030 en países de ingreso alto, a menos que tomemos medidas serias ahora, en 2030 el número de muertes se duplicarán al pasar de 3.4 millones a 6.8 millones en países de ingreso bajo y medio.<sup>10</sup> Véase figura 2.



**Figura 2**

A diferencia de la malaria, SIDA o enfermedades tropicales desatendidas, donde el vector es un mosquito, un virus o un parásito, el tabaco tiene un vector humano constituido por una industria multinacional rica, poderosa. Los ingresos de la industria tabacalera empujeñen el PIB de muchos países y ha utilizado sus miles de millones para comercializar sus productos en los países de ingreso bajo y medio.<sup>11</sup> Conforme el mundo se esfuerza para reducir la pobreza, vencer la crisis financiera, seguridad alimentaria y cambio climático, ningún país puede permitirse soportar las consecuencias sanitarias, económicas y ambientales del uso de tabaco.

### ***El tabaco: una barrera para el desarrollo***

El uso de tabaco impide el desarrollo económico y social. La mitad de las/los fumadores muere a causa del tabaquismo y la mitad de dichas muertes ocurren en medio de los años económicamente productivos, esto es, entre 35 y 69 años de edad.<sup>12</sup> En la mayor parte de los países de ingreso bajo y medio, son los pobres quienes más fuman, siendo, consecuentemente, la población más vulnerable que lleva a costas la carga más pesada de pobreza y enfermedad ocasionada por el tabaco.<sup>13</sup> En los países de ingreso bajo la compra de tabaco puede desviar hasta 10% del gasto doméstico total.<sup>14</sup> En efecto, el dinero que se gasta en tabaco se deja de utilizar para cubrir necesidades básicas como alimentos,<sup>15</sup> educación<sup>16</sup> y atención a la salud.<sup>17</sup> El uso de tabaco también priva de ingresos salariales a las familias cuando los asalariados tienen enfermedades crónicas y los costos de medicamentos, hospitalización y otra atención médica les imponen costos catastróficos.<sup>18</sup>

Es incuestionable, el uso del tabaco es un obstáculo significativo para combatir las "... enfermedades graves que afligen a la humanidad", como se afirma en el ODM 6.<sup>19</sup> El avance en la consecución de otros ODM también se ve amenazado por el uso del tabaco, incluidos los objetivos relativos a la equidad de género y salud materna e infantil. Aun cuando mundialmente son menos las mujeres usuarias de tabaco en comparación con los hombres, especialmente en los países de ingreso bajo, ellas y sus hijos están expuestas por igual al humo de segunda mano, responsable de al menos 600 mil muertes anuales entre las personas no fumadoras. Casi la mitad de estas muertes se producen entre mujeres y más de una cuarta parte entre niñas/niños menores de cinco años.<sup>20</sup> Frecuentemente, las mujeres tienen poco control sobre las finanzas domésticas y en aquellas familias de bajo ingreso donde se gasta dinero en tabaco, pueden sufrir la salud y escolaridad de los menores de edad, particularmente de las niñas.<sup>21</sup>

### ***Hay herramientas basadas en evidencia que permiten combatir el tabaquismo***

Una característica única de la pandemia del tabaquismo es que después de más de medio siglo de investigación y análisis, sabemos cómo reducir el peso de esta carga. Y no sólo eso, también contamos con un paquete de medidas para el control del tabaco que ha sido internacionalmente negociado, que es jurídicamente vinculante y basado en evidencia, se trata del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco; del cual más de 170 estados miembro de la OMS son Partes. Ello equivale a más de 80% de la población mundial.<sup>22</sup>

Políticas destinadas al control del tabaco reducen las ENT: la incidencia de enfermedades cardiovasculares y respiratorias son las primeras en decrecer, seguidas del cáncer y otras enfermedades.<sup>23,24</sup> Los costos de atención a la salud se reducen<sup>25</sup> y se incrementa la productividad.<sup>26</sup> Asimismo, dichas políticas pueden generar ingresos públicos significativos. El incremento de los impuestos al tabaco incide más que cualquier otra medida en la reducción del uso de tabaco, por lo menos en el corto plazo. De estructurarse apropiadamente, los impuestos al tabaco pueden destinarse a medidas para el control del tabaco, para otras ENT o cualquier otro propósito público que los gobiernos decidan.

Desde su adopción en la Asamblea Mundial de la Salud en 2003, el CMCT ha desempeñado un rol fundamental para acelerar la adopción de políticas efectivas

destinadas al control del tabaco en todo el mundo. Los trabajos académicos referentes a la efectividad y eficacia en función de los costos de las políticas para el control del tabaco y sus intervenciones con extensos y científicamente rigurosos. Este conocimiento acumulado, a la par de decenios de experiencia de aplicación de programas, ha servido para enmarcar el paquete integral de políticas y medidas que comprende el CMCT. Este acuerdo hace hincapié en políticas de intervención de bajo costo con una incidencia amplia entre la población en todo tipo de países. Reconoce que las intervenciones más efectivas se refuerzan mutuamente y que se requiere de una estrategia integral para reducir la carga mundial de enfermedad ocasionada por el uso de tabaco.

### ***Evidencia a favor de intervenciones clave del CMCT***

- Subir el precio del tabaco incrementando la carga fiscal reduce el consume de tabaco, desalienta iniciar su uso entre la gente joven y motiva que las personas busquen dejarlo, al mismo tiempo que incrementa ingresos públicos fiscales.<sup>27</sup> Numerosos estudios en países de ingreso alto han mostrado que un incremento de 10% en el precio de los cigarrillos decrece el consumo en cerca de 4%.<sup>28</sup> Cifras disponibles indican que el consumo en países de ingreso bajo y medio es aún más sensible al precio. Por ejemplo, la reducción estimada sería de cerca de 5.5% en China, 5.2% en México y 5.4% en Sudáfrica.<sup>29,30,31</sup> Aun cuando son comparativamente escasos los estudios sobre otros productos de tabaco distintos a los cigarrillos manufacturados, los efectos encontrados son similares.<sup>32</sup>
- La prohibición total de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco no es una medida cuya aplicación resulte costosa y es efectiva para reducir el consumo. Resulta particularmente importante en países donde la prevalencia del tabaquismo es baja pero creciente.<sup>33</sup>
- Lugares de trabajo y lugares públicos libres de humo de tabaco son una medida muy efectiva para reducir la exposición al humo de segunda mano, asimismo incrementa sustancialmente las probabilidades de que las/los fumadores dejen de fumar.<sup>34,35</sup> Las advertencias sanitarias en las cajetillas de cigarrillos no son caras y es una forma sencilla de transmitir información a las/los fumadores (y fumadores potenciales).<sup>36</sup>
- Las campañas a través de los medios masivos de comunicación han sido evaluadas rigurosamente y muestran ser muy efectivas para reducir el uso de tabaco tanto entre la población joven como adulta.<sup>37</sup> Otras intervenciones de bajo costo, como trabajar con periodistas para generar cobertura favorable de los medios hacia los temas del control del tabaco, se han utilizado con éxito en muchos países.
- Ayudar a los usuarios para que terminen con su dependencia del tabaco complementa enfoques de control del tabaco dirigidos hacia la población en general. El enfoque de las políticas motivan a que las/los usuarios de tabaco lo dejen. Intervenciones probadas, como breve asesoría por parte de trabajadores de la salud sobre cómo dejar el tabaco pueden alcanzar gran número de usuarios de tabaco con un costo muy bajo.<sup>38</sup> Para quienes no pueden dejar el tabaco sin ayuda, existen tratamientos que de acuerdo con la evidencia han mostrado ser extremadamente efectivos en función de sus

costos, en comparación con tratamiento de enfermedades ocasionadas por el tabaco.<sup>39</sup>

### ***Incrementar la aplicación del CMCT***

Se ha hecho un avance significativo en la adopción de cambios de política basada en evidencia desde que entrara en vigor el CMCT en 2005. Antes de ese año, sólo cinco países habían aprobado legislación integral para ambientes libres de humo de tabaco; ahora, más de 60 países en todo el mundo han adoptado firme legislación nacional o local para ambientes libres de humo de tabaco y algunos de ellos ya reportan rápidos beneficios para la salud.<sup>40</sup> Desde la adopción de las directrices para el CMCT sobre etiquetado de productos en 2008, el número de países que ya adoptó el requisito de pictogramas para las advertencias sanitarias en las cajetillas de cigarrillos se incrementó sensiblemente, llegando en este momento a 39 países con muchos más en proceso de introducir advertencias sanitarias gráficas de gran tamaño. *Véase figura 3.*

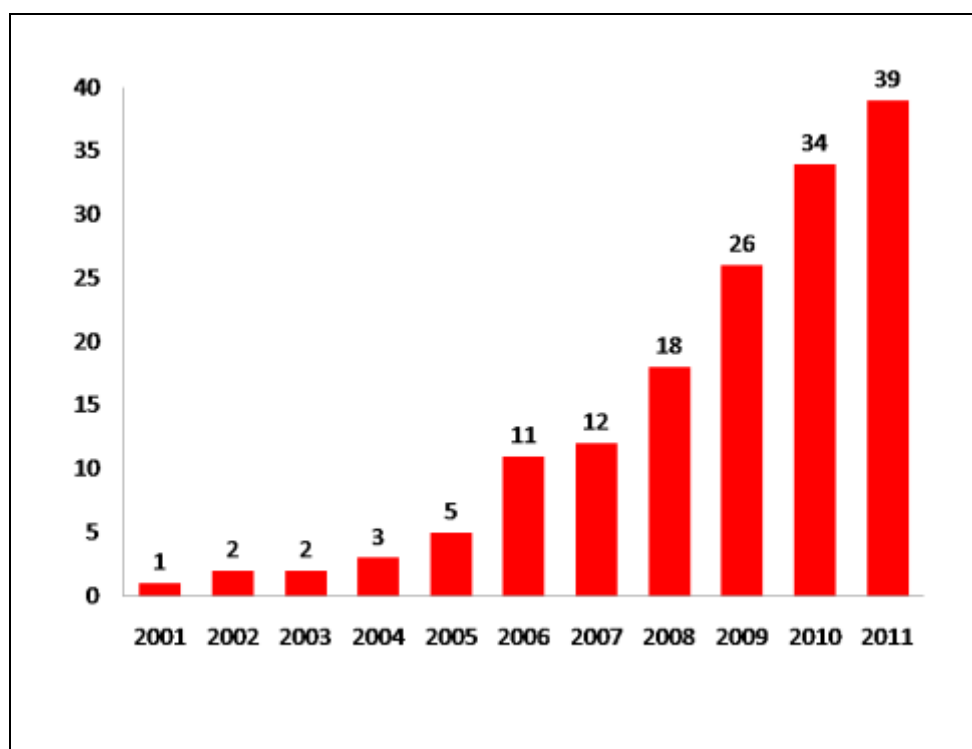


Figura 3

No obstante este éxito, la aplicación no ha sido rápida o firme en muchos países.<sup>41</sup>

### ***Tres pasos claros para futuro avance:***

- Invertir más en capacidad en países de ingreso bajo y medio
- Fortalecer compromiso y colaboración entre distintas instancias del gobierno
- Detener la interferencia de la industria tabacalera en las políticas de salud

### ***Invertir más en capacidad***

Todos los países necesitan poder diseñar bien políticas y ponerlas en marcha, así como hacer que se cumpla con la legislación y la normatividad existentes. Los rendimientos de esta inversión son enormes y en algunas áreas, inmediatos. En los países de ingreso bajo y medio sucede el 80% de todas las muertes relacionadas con el tabaco, sin embargo, su gasto en medidas para control del tabaco sólo equivale a 1% del gasto mundial informado por los gobiernos. La mayor parte de los programas nacionales para el tabaco no cuentan con personal adecuado y carecen seriamente de recursos.<sup>42</sup> Para evitar los catastróficos costos humanos y económicos del uso del tabaco, tenemos que invertir en políticas efectivas para el control del tabaco.

### ***Fortalecer compromiso y colaboración entre distintas instancias del gobierno***

Para algunas de las intervenciones más efectivas en lo que se refiere al control del tabaco, dependencias de los gobiernos adicionales a los departamentos de salud tienen que encabezar el desarrollo de políticas o su aplicación. Por ejemplo, el impuesto al tabaco y el control del comercio ilícito son en primer lugar responsabilidad de los ministerios de finanzas y aduanas, y, para algunos países, la producción de tabaco y fabricación son responsabilidad de los ministerios de agricultura y comercio. Son necesarios compromisos políticos de alto nivel de todas las áreas de gobierno para honrar el señalamiento que hace el CMCT para “*establecer y respaldar, a nivel nacional, regional e internacional, medidas multisectoriales integrales y respuestas coordinadas*” para aplicar políticas firmes destinadas al control del tabaco, para reducir su uso y salvar vidas.

### ***Detener la interferencia de la industria tabacalera en las políticas de salud***

El desafío que implica contener y eliminar las ENT es tan grande que todos los sectores de la sociedad deben participar, como recientemente lo señalara la OMS en la Reunión de Alto Nivel celebrada en Seúl.<sup>43</sup> El sector privado tiene una aportación importante que hacer, sin embargo, no puede haber compromiso alguno con la industria tabacalera, la cual no puede jugar ningún papel para determinar políticas sobre salud. En efecto, todos los países que son Parte al CMCT han llegado al acuerdo de que hay un “*conflicto fundamental e irreconciliable entre los intereses de la industria tabacalera y los intereses de las políticas de salud pública*”<sup>44</sup> y que sus gobiernos actuarán para proteger dichas políticas.<sup>45</sup> Es vital tomar medidas para supervisar y resistir ante la influencia e interferencia de la industria tabacalera en el proceso de elaboración de políticas, así como durante la aplicación de las mismas.

### ***“El control del tabaco puede y debe ser la fuerza motriz”***

Esta es la conclusión a la que llegó una de las instituciones mundialmente destacada en relación con política pública, el Centro para Estudios Estratégicos e Internacionales (*The Center for Strategic and International Studies*), en el análisis que realizara de la Cumbre de la ONU sobre Enfermedades no Transmisibles (a celebrarse los días 19-20 de septiembre de 2011), que busca llevar a la palestra de la discusión mundial dichas enfermedades. Muchos de los científicos más eminentes del mundo, organizaciones no gubernamentales destacadas y

trabajadores de la salud en países de ingreso bajo, medio y alto ya se encuentran organizando los datos y proponiendo medidas prioritarias para conseguir un avance inmediato y sostenible.<sup>46</sup>

La Conferencia de las Partes, el órgano de gobierno del CMCT, destacó la Cumbre de la ONU sobre ENT durante su reunión más reciente e hizo un exhorto a la comunidad internacional para acelerar la aplicación del CMCT y movilizar asistencia adicional para frenar el consumo de tabaco.<sup>47</sup>

Como *The Lancet* ha señalado, el avance logrado en los niveles de vida en el último siglo ahora se “*ve amenazado por la crisis producto de nuestra propia hechura*”.<sup>48</sup> Ante los desafíos mundiales considerables que trae consigo el cambio climático, la inseguridad financiera y alimentaria, no podemos dejar de actuar ante una crisis para la cual poseemos el conocimiento y las herramientas necesarias para responder: las ENT.

***¿Qué se requiere? Un compromiso para:***

### ***A escala mundial***

- Definir objetivos mundiales a corto plazo, como una reducción de 20% en la prevalencia del uso de tabaco para 2016.\* Esto debe estar acompañado de objetivos nacionales/regionales ambiciosos pero factibles, y el objetivo mundial habrá de ser revisado periódicamente;
- incrementar el gasto mundial en control del tabaco, particularmente en la aplicación del CMCT y a un objetivo específico a ser acordado entre los Estado Miembro;
- integrar la aplicación del CMCT al desarrollo de programas de asistencia y planeación de las UN, así como a los programas de las agencias multilaterales y bilaterales para el desarrollo;
- incluir los indicadores para el control del tabaco en cualquier elemento que suceda a los Objetivos de Desarrollo del Milenio;
- exhortar a los países que aún no han ratificado el CMCT a que lo hagan;
- proteger las políticas de salud pública en contra de los intereses económicos y otros intereses creados de la industria tabacalera.

### ***A escala nacional***

- Unir las instancias gubernamentales pertinentes mediante un mandato político firme para que aceleren la aplicación del CMCT;
- compromiso para incrementar anualmente los impuestos al consumo de tabaco de forma que el consumo decaiga;
- desarrollar una estrategia nacional para alcanzar una reducción constante y sustancial del consumo a partir de los incrementos del impuesto al tabaco;

---

\* En relación con 2009, año para el cual se tiene la cifra más confiable.

- integrar el control del tabaco a los planes nacionales de salud, desarrollo y reducción de la pobreza pertinentes;
- identificar recursos y necesidades de capacidad técnica para una aplicación efectiva;
- proteger las políticas de salud pública en contra de los intereses económicos y otros intereses creados de la industria tabacalera.

## Referencias

- <sup>1</sup> Beaglehole, R., R. Bonita, R. Horton *et al.* (2011). Priority actions for the non-communicable disease crisis, *The Lancet*, Early Online Publication, 6 de abril, 2011doi:10.1016/S0140-6736(11)60393-0.
- <sup>2</sup> Sridhar, D., J. Morrison y P. Piot (2011). Getting the Politics Right for the September 2011 UN High-Level Meeting on Noncommunicable Diseases, Washington D.C., Global Health Policy Center, Center for Strategic and International Studies.
- <sup>3</sup> NCD Alliance (2011). Proposed Outcomes for the United Nations High-Level Summit on Non-communicable Disease. <http://www.ncdalliance.org/node/3316>
- <sup>4</sup> Shafey, O., M. Ericksen, H. Ross y J. Mackay (2009). The Tobacco Atlas, [www.tobaccoatlas.org](http://www.tobaccoatlas.org)
- <sup>5</sup> Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, División de Población, World Population Prospects: the 2008 Revision, <http://esa.un.org/unpp/>
- <sup>6</sup> Beaglehole, R., *op cit.*
- <sup>7</sup> Slama, K., C-Y Chiang, D. Enarson, K. Hassmiller, A. Fanning, P. Gupta, C. Ray. Tobacco and tuberculosis: a qualitative systematic review and meta-analysis, presentado para publicación.
- <sup>8</sup> Oberg, M., J.S. Maritta, A. Woodward *et al.* (2010). Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: A retrospective analysis of data from 192 countries, *The Lancet*, publicado en línea, 26 de noviembre, 2010 DOI:10.1016/S0140-6736(10)61388-8.
- <sup>9</sup> Mathers, C. y D. Loncar (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med* 3(11): e442. doi:10.1371/journal.pmed.0030442.
- <sup>10</sup> Mathers, C., *op cit.*
- <sup>11</sup> Bostic, C. (Ed.) Tobacco Watch: Monitoring countries' performance on the tobacco treaty, Ginebra.
- <sup>12</sup> Guindon, G.E. *et al.* (2006). The cost attributable to tobacco use: a critical review of the literature, Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- <sup>13</sup> Organización Mundial de la Salud (2004). Tobacco and poverty: a vicious cycle, Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- <sup>14</sup> Organización Mundial de la Salud (2011). Systematic review of the link between tobacco and poverty, Ginebra, Organización Mundial de la Salud (en proceso).
- <sup>15</sup> Efroymsen, D., S. Ahmed, J. Townsend *et al.* (2001). Hungry for tobacco: an analysis of the economic impact of tobacco on the poor in Bangladesh, *Tobacco Control*, 10, pp. 212-217.
- <sup>16</sup> Hoang, M., L. Thu, T. Tuan, H. Van Kinh, D. Efroymsen, S. FitzGerald (2005). Tobacco over education: an examination of the opportunity losses for smoking households, HealthBridge Vietnam.
- <sup>17</sup> Hu T-W, Z. Mao, J. Shi y W. Chen (2008). Tobacco taxation and its potential impact in China, París. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease.
- <sup>18</sup> Organización Mundial de la Salud (2004). *op cit.*
- <sup>19</sup> Objetivos de Desarrollo del Milenio, objetivo 6, Asamblea General de las Naciones Unidas (2000). Cumbre Mundial, Declaración del Milenio, A/RES/55/2 párrafo 19, Nueva York, Naciones Unidas, <http://www.un.org/Docs/asp/ws.asp?m=A/RES/55/2>
- <sup>20</sup> Oberg, M., *op cit.*
- <sup>21</sup> Organización Mundial de la Salud (2005). The millennium development goals and tobacco control, Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- <sup>22</sup> [www.who.int/ftcc](http://www.who.int/ftcc)
- <sup>23</sup> Lightwood, J.M. y S.A. Glantz (1997). Short-Term Economic and Health Benefits of Smoking Cessation: Myocardial Infarction and Stroke. *Circulation*, 96(4), pp.1089-1096.
- <sup>24</sup> Jemal, A., M.J. Thun, L.A. Ries *et al.* (2008). Report to the Nation on the Status of Cancer, 1975-2005, Featuring Trends in Lung Cancer, Tobacco Use, and Tobacco Control, *J Natl Cancer Inst*, 100(23), pp. 1672-1694.
- <sup>25</sup> Lightwood, J.M., A. Dinno y S.A. Glantz (2008). Effect of the California Tobacco Control Program on Personal Health Care Expenditures. *PLoS Med*, 5(8), p. e178.
- <sup>26</sup> Parrott, S., C. Godfrey y M. Raw (2000). Costs of employee smoking in the workplace in Scotland. *Tobacco Control*, 9(2), pp. 187-192.
- <sup>27</sup> Jha, P. y F. Chaloupka (2010). Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control, Washington, D.C., Banco Mundial, 1999.
- <sup>28</sup> Organización Mundial de la Salud (2010). WHO technical manual on tobacco tax administration. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- <sup>29</sup> Hu, T-w., *op cit.*
- <sup>30</sup> Waters, H., B. Sáenz de Miera, H. Ross *et al.* (2010). The Economics of Tobacco and Tobacco Taxation in Mexico, París, International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. [http://www.tobaccofreeunion.org/assets/Technical%20Resources/Economic%20Reports/Mexico-Report\\_April2010\\_Online%20Final.pdf](http://www.tobaccofreeunion.org/assets/Technical%20Resources/Economic%20Reports/Mexico-Report_April2010_Online%20Final.pdf)
- <sup>31</sup> Van Walbeek, C. (2010). The need for a new excise tax model for cigarettes in South Africa. Comunicado personal, 2010.
- <sup>32</sup> John, R., R. Rao, M. Rao *et al.* (2010). The Economics of Tobacco and Tobacco Taxation in India, París, International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, [www.tobaccofreeunion.org/assets/India\\_Tobacco\\_Economics\\_full\\_en.pdf](http://www.tobaccofreeunion.org/assets/India_Tobacco_Economics_full_en.pdf)
- <sup>33</sup> Saffer, H. y F. Chaloupka (2000). Advertising: Economic Theory and International Evidence, *Journal of Health Economics*, 19(6), pp. 1117-1137.
- <sup>34</sup> Gao, J., P. Zheng, J. Goa. *et al.* (2011). Workplace smoking policies and their association with male employees' smoking behaviours: a cross-sectional survey in one company in China, *Tobacco Control*, 20, pp. 131-136.
- <sup>35</sup> Bauer, J., A. Hyland, Q. Li *et al.* (2005). A Longitudinal Assessment of the Impact of Smoke-Free Worksite Policies on Tobacco Use, *American Journal of Public Health*, 95, pp: 1024-1029.
- <sup>36</sup> Hammond, D., G. Fong, A. McNeill *et al.* (2006). Effectiveness of cigarette warning labels in informing smokers about the risks of smoking: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey, *Tobacco Control*, 15, pp. iii19-iii25.
- <sup>37</sup> National Cancer Institute (2008). The role of the media in promoting and reducing tobacco use, Tobacco Control Monograph No. 19, Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute. NIH Pub. No. 07-6242, junio, 2008.



- 
- <sup>38</sup> Parrott, S., C. Godfrey y P. Kind (2006). Cost-effectiveness of brief intervention and referral for smoking cessation, National Institute for Health and Clinical Excellence. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/PH1EconomicModellingReport.pdf>
- <sup>39</sup> Maciosek, M., A. Coffield, N. Edwards *et al.* (2006). Priorities among effective clinical preventive services: results of a systematic review and analysis, *American Journal of Preventive Medicine*, 2006, 31, pp. 52–61.
- <sup>40</sup> U.S. 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, GA: U.S. 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, 2010
- <sup>41</sup> Bostic, C., *op cit.*
- <sup>42</sup> Organización Mundial de la Salud (2009). Informe OMS sobre la Epidemia Mundial de Tabaquismo, 2009, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, [http://www.who.int/tobacco/mpower/2009/gtcr\\_download/en/index.html](http://www.who.int/tobacco/mpower/2009/gtcr_download/en/index.html)
- <sup>43</sup> Organización Mundial de la Salud (2011). Seoul declaration on noncommunicable disease prevention and control in the Western Pacific Region. 18 de marzo, 2011, Seúl, Corea del Sur, Organización Mundial de la Salud.
- <sup>44</sup> Directrices para la aplicación del párrafo 3 del artículo 5 del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco sobre la protección de las políticas de salud pública relativas al control del tabaco contra los intereses comerciales y otros intereses creados de la industria tabacalera, [http://www.who.int/fctc/guidelines/article\\_5\\_3\\_es.pdf](http://www.who.int/fctc/guidelines/article_5_3_es.pdf)
- <sup>45</sup> Directrices para la aplicación del párrafo 3 del artículo 5 del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco sobre la protección de las políticas de salud pública relativas al control del tabaco contra los intereses comerciales y otros intereses creados de la industria tabacalera, [http://www.who.int/fctc/guidelines/article\\_5\\_3\\_es.pdf](http://www.who.int/fctc/guidelines/article_5_3_es.pdf)
- <sup>46</sup> Beaglehole, R., *op cit.*
- <sup>47</sup> Conferencia de las Partes (2010), FCTC/COP4(17), Cooperación con organizaciones y órganos internacionales para reforzar la aplicación del Convenio, Punta del Este, Uruguay, [http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop4/FCTC\\_COP4\\_17-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop4/FCTC_COP4_17-sp.pdf)
- <sup>48</sup> Beaglehole, R., *op cit.*