



PromoSan-CRSP BUCUREȘTI

Ziua Mondială fără Tutun - 2012 - World No Tobacco Day (WNTD)

2. Analiza de situație

(opțional) Radu Negoescu, Cristian Bălan, Doina Nițulescu, Mirela Bănățeanu

Sumar:

- 1. Preambul*
- 2. Mortalitatea atribuibilă fumatului prin analiză multivariată*
 - 2.1 Endemia mondială a fumatului: date actualizate*
 - 2.2 Mortalitatea atribuibilă fumatului la nivel global și în regiunea Europa a OMS*
 - 2.3 Mortalitatea atribuibilă fumatului în România*
- 3. Actualități privind FCTC ca ripostă globală împotriva fumatului*
- 4. Obstrucții din partea industriei tutunului: tactici și metode de contracarare a acestora*
- 5. România: tabloul fumatului și status-ul FCTC conform GATS 2011*
- 6. Actualități normative privind fumatul în România*
- 7. Concluzii*
- 8. Resurse bibliografice*
- 9. Anexă*

1. Preambul

Cu ocazia Adunării generale ONU din 16 septembrie 2011, OMS a selectat ca temă a WNTD 2012, "Obstrucționarea cadrului legal anti-fumat de către industria tutunului". Celebrarea va avea loc sub sloganul „Să facem din fiecare zi o Zi Mondială fără Tutun” și are ca scop conștientizarea în privința strategiei asumate de industria tutunului (TI) pentru a submina Convenția-Cadru OMS privind Controlul Tutunului (FCTC) și reflexia în privința căilor de contracarare de către autoritățile publice și societatea civilă [1].

2. Mortalitatea atribuibilă fumatului prin analiză multivariată

2.1 Endemia mondială a fumatului: date actualizate.

Tutunul ucide aproape jumătate din utilizatorii săi. Decesele cauzate de tutun s-au cifrat la 100 de milioane în secolul 20. Dacă tendințele actuale continuă, se va ajunge până la un miliard de decese în secolul 21.

Cu toate eforturile OMS de a iniția și a pune în aplicare FCTC ca ripostă globală împotriva fumatului, experții apreciază că procentajul fumătorilor rămâne deosebit de ridicat

de-a lungul ultimei decade ceea ce justifică folosirea termenului endemie în locul caracterizării curente ca epidemie.

Evaluarea prevalenței fumatului ca medie mondială comportă numeroase dificultăți metodologice: statisticile OMS și literatura științifică sunt foarte discrete în această privință.

Tutunul ucide în prezent circa 6 milioane de victime anual, dintre care peste 5 milioane sunt utilizatori și ex. utilizatori iar mai mult de 600 000 sunt nefumători expuși fumatului pasiv (dintre care 28% erau copii în 2004), astfel că fără aplicarea unor măsuri urgente, numărul deceselor ar putea crește anual la peste opt milioane până în 2030 [4].

2.2 Mortalitatea atribuibilă fumatului la nivel global și în regiunea Europa a OMS

Analiza multivariată a statisticilor de mortalitate din 2004 privind adulții în vârstă ≥ 30 pornește de la estimatorul global de 5 milioane de decese pe an prin consum de tutun sau prin fumat pasiv, adică 12 % din totalul deceselor, în general mai mulți bărbați decât femei.

Dintre regiunile OMS, avem următoarele procente : pentru regiunea europeană 16% , cu 25% la bărbați și 7% la femei, și Americile tot cu 16%, dar cu 17% la bărbați și 15 % la femei (tabelul 1).

Tabelul 1. Decese atribuibile fumatului pe genuri, regiuni OMS [5].

Regiunea OMS	Ponderea deceselor atribuibile fumatului (%)		
	Barbați	Femei	Total
Africa	5	1	3
America	17	15	16
Est Mediteraneană	12	2	7
Europa	25	7	16
Asia de Sud-Est	14	5	10
Pacificul de Vest	14	11	13
Global	16	7	12

Global au fost atribuibile fumatului 5% respectiv 14% dintre decesele prin boli transmisibile (CD) respectiv netransmisibile (NCD). Din ultima categorie puse pe seama fumatului au fost 10% din toate decesele BCV, 22% - cancere și 36% - boli respiratorii. În privința CD, utilizarea tutunului este responsabilă pentru un procent estimat de 7% din totalul deceselor datorate tuberculozei și 12% din decesele cauzate de infecții ale căilor respiratorii inferioare.

La nivel global, proporția deceselor atribuibile fumatului în cadrul mortalității prin boli cardiovasculare este mai mare în rândul adulților tineri. Astfel în cohorta 30 - 44 ani 38% dintre decesele prin boală cardiacă ischemică, 71% din decesele de cancer pulmonar și 42% din totalul bolilor cronice pulmonare obstructive au fost atribuibile consumului de tutun [5].

Prevalența fumatului de țigarete/trabucuri/ tutun de pipă în regiunea Europa a OMS se găsea în 2009 între 42% - Grecia și 16% - Suedia. România se află la jumătatea acestui interval cu o pondere de 30%, aproape de media UE cifrată la 29%. În privința consumului de nicotină extra-tutun (țigarete electronice, băuturi cu nicotină), prevalența se găsea între 13/14% - Danemarca /Finlanda și 0% - Macedonia; România înregistra prevalența de 4% față de media UE de 3%. Consumul mediu zilnic de țigarete în UE se cifra la 14.7 [6].

Mortalitatea prin NCD -1527 la 100.000 locuitori - a fost de aproximativ 21.9 ori mai mare decât pentru CD - 70 la 100.000. Fumatul a fost responsabil pentru 18% din totalul deceselor atât prin CD cât și prin NCD.

În cadrul NCD boala cardiacă ischemică a reprezentat 437 de decese la 100.000 locuitori cu vârsta ≥ 30 ani, 16% dintre acestea fiind atribuibile tutunului. Cancerele de trahee, de bronhii și de plămâni au reprezentat 71 de decese la 100.000 locuitori, cu 85% din aceste decese atribuibile tutunului.

În privința CD 24% din decese cauzate de infecțiile respiratorii au fost atribuibile tutunului și 26% din totalul deceselor cauzate de tuberculoză au fost atribuibile fumatului.

1 din 5 decese considerate premature în rândul celor cu vârsta 30 - 44 ani și 1 din 3 din cohorta 45-59 ani au fost atribuibile consumului de tutun. În cohorta 45-59 ani, 33 % din decesele cauzate de infecții ale căilor respiratorii inferioare, 48,7% din decesele cauzate de toate bolile cardiovasculare și 86,1% din decesele prin cancerele de trahee, de bronhii și de plămâni au fost atribuibile tutunului [5].

2.3 Mortalitatea atribuibilă fumatului în România

În România 2004, 15% dintre toate decesele (24 % la bărbați și 6 % la femei), 20 % prin CD și 16% prin NCD, erau cauzate de fumat. În categoria NCD, fumatul răspundea de 13 % din toate decesele BCV, 28% - cancere și 51 % - boli respiratorii.

Mortalitatea prin NCD - 1774 la 100.000 locuitori - a fost de aproximativ 32 ori mai mare decât prin CD - 56 la 100.000. Boala cardiacă ischemică a cauzat 468 de decese la 100.000, 15% din aceste decese fiind atribuibile tutunului. Cancerele de trahee, de bronhii și de plămâni au reprezentat 66 decese la 100.000 locuitori, 84% dintre acestea fiind atribuibile tutunului.

În cadrul CD, 21% din totalul deceselor prin infecții respiratorii și 27% din totalul deceselor prin tuberculoză, au fost atribuibile fumatului.

Aproape 1 din 4 decese considerate a fi premature în rândul celor cu vârsta 30 - 44 ani și 1 din 3 din cohorta 45-59 ani au fost puse pe seama fumatului. În cohorta 45-59 ani, 36,6% din decesele cauzate de infecții ale căilor respiratorii inferioare, 54,2% din decese prin toate bolile cardiovasculare și 88,4% din decesele prin cancere de trahee, de bronhii și de plămâni au fost atribuibile fumatului [5].

Date statistice detaliate privind mortalitatea atribuibilă tutunului în România se găsesc în Anexă.

3. Actualități privind FCTC ca ripostă globală împotriva fumatului

FCTC reprezintă primul tratat internațional de sănătate publică, negociat sub auspiciile OMS, care încearcă să se opună la nivel global endemiei fumatului. A fost adoptat de către

Adunarea Mondială a Sănătății la 21 mai 2003 și a intrat în vigoare la 27 februarie 2005 - unul dintre cele mai rapide procese de punere în aplicare din istoria Organizației Națiunilor Unite.

FCTC angajează în prezent 174 părți (între care UE) obligate legal să se conformeze prevederilor sale, reprezentând aproape 90% din populația lumii. Tratatul, după la sediul ONU din New York, este în continuare deschis atât statelor membre OMS cât și statelor ne-membre OMS dar membre ONU, precum și organizațiilor de integrare economică regională.

România a semnat FCTC la 25 iunie 2004 și l-a ratificat la 27 ianuarie 2006, iar acesta a intrat în vigoare 3 luni mai târziu [7].

În 2008 OMS a introdus un pachet de măsuri de control al tutunului pentru a ajuta țările să pună în aplicare FCTC. Cunoscut sub acronimul MPOWER, măsurile sunt identificate ca fiind cele mai eficiente în controlul tutunului. Fiecare corespunde cu cel puțin o prevedere a Convenției-cadru. Cele șase măsuri MPOWER sunt: **M**onitor: monitorizarea consumului de tutun și a politicilor de prevenție; **P**rotect: protejarea populației față de fumul de tutun; **O**ffer: ajutorul oferit pentru renunțarea la fumat; **W**arn: avertizarea în privința pericolelor tutunului; **E**nforce: punerea în aplicare a interdicțiilor privind publicitatea; promoțiile și sponsorizările în legătură cu tutunul; **R**aise: sporirea taxării tutunului [4].

4. Obstrucții din partea industriei tutunului: tactici și metode de contracarare a acestora

Tacticile utilizate de industria tutunului pentru a submina aplicarea FCTC includ [8]:

- Monitorizarea atentă a activităților specifice OMS pentru a depista nișele de folosit în interesul propriu;
- Prezentarea distorsionată în media comercială a datelor și a argumentelor din rapoartele OMS anti-tabac;
- Stabilirea de relații nepotrivite cu personalul OMS, în paralel cu încercări de a discredita organizația și angajații săi;
- Influențarea guvernelor în scopul amânării/diluării măsurilor/reglementărilor privind controlul tutunului asumate prin participarea la FCTC;
- Parteneriatele cu guvernele în diverse acțiuni sociale, incluzând de exemplu, combaterea fumatului însăși, dar limitată însă la un segment îngust al populației (de tipul “Fumatul nu este pentru minori!”);
- Manipularea mass-mediei cu scopul discreditării/relativizării rezultatelor cercetării științifice;
- Organizare de evenimente media concurente pentru distragerea atenției de la inițiativele/campaniile privind controlul tutunului;
- Activitățile filantropice angajate în numele “responsabilității corporative” prin care se promovează imaginea firmelor și implicit obiectul de activitate;
- Crearea de grupuri de presiune – surrogat (de exemplu sindicatele) folosind stimulente financiare/sponsorizări disproporționate, în apărarea “drepturilor fumătorilor”.

În conformitate cu Art. 5.3 FCTC: *“În stabilirea și implementarea politicilor de sănătate publică referitoare la controlul tutunului, Părțile vor acționa pentru protejarea acestor politici de interesele comerciale sau de alt tip din industria tutunului, în conformitate cu legislația*

națională”, OMS recomandă identificarea acestor tactici și contracararea lor prin metode incluzând [8]:

- Comunicarea, explicarea și aplicarea cu strictețe/fără întârzieri a măsurilor de control al tutunului prevăzute de FCTC;
- Monitorizarea activităților de lobby ale industriei tutunului la nivel local;
- Conștientizarea oficialilor locali OMS, guverne și agenții pendinte în privința limitelor relaționale față de industria tutunului;
- Constituirea unor coaliții anti-fumat solide cu implicarea unor personalități publice, a instituțiilor academice, a mediilor culturale și sportive, a ONG –urilor și a mass-mediei din aria sănătății publice;
- Respingerea publică a miturilor și argumentelor false înaintate de industria tutunului;
- Aplicarea învățămintelor din experiența internațională (vedeți studiile de caz SUA și Canada în 1. Contextul celebrării WNTD 2012);
- Măsurile de responsabilizare și reglementare privind industria tutunului;
- Supravegherea acoperirii mediatice a subiectelor legate de industria tutunului;
- Monitorizarea publicațiilor editate de industria tutunului, incluzând analizele economice/de marketing, cu luarea în evidență a instituțiilor și autorilor din spatele lor;
- Monitorizarea atentă a site-urilor locale ale industriei tutunului;
- Identificarea organizațiilor și activitățile sponsorizate de către industria tutunului;
- “Cartografierea politică” a intervențiilor media neutre sau deghizate pro-tutun din partea oficialilor guvernamentali;
- Publicizarea cazurilor de încălcare a legislației anti-tabagice și a consecințelor contravenționale /penale;
- Punerea în lumină a unor fapte și persoane cheie (victime ale fumatului) pentru a dezvălui adevărul privind consumul de tutun;
- Informarea și implicarea publicului.

5. România: tabloul fumatului și status-ul FCTC conform GATS 2011

Studii privind tabloul global al fumatului la adulți (Global Adult Tobacco Survey – GATS) au fost realizate în Turcia în 2008, Polonia și Federația Rusă în 2009 și Ucraina în 2010.

România este a cincea țară din regiune inclusă în studiile GATS. Realizarea studiului GATS în România 2011 (eșantion reprezentativ de 4517 indivizi cu vârsta ≥ 15 ani) a constituit un element important pentru controlul tutunului și politicile naționale de prevenire/reducere a fumatului coordonate de Ministerul Sănătății din România.

Ca perspectivă globală, GATS indică faptul că în România fumatul ucide peste 33.000 de persoane anual, 70% dintre acestea având vârste cuprinse între 35 și 69 de ani. Unul din patru decese are loc înaintea vârstei de 35 ani și este cauzat de boli în legătură cu fumatul. În medie, fumătorii decedați prematur ar fi trăit cu 21 de ani mai mult în absența acestui viciu.

Prevalența curentă a fumatului în România este **26,7%** (4.85 milioane locuitori). Prevalența este mai mare în rândul bărbaților decât în rândul femeilor: 37,4% față de 16,7%. 24,3% fumează zilnic (34,9% din bărbați și 14,5% din femei), iar 2,4% sunt fumători ocazionali (2,5% din bărbați și 2,2% dintre femei).

Prevalența maximă pe vârste se înregistrează în rândul persoanelor de 25-44 ani (36,3%),

iar cea minimă la cei cu vârsta ≥ 65 de ani (7,6%).

În rândul bărbaților, cea mai scăzută prevalență este declarată de cei cu studii superioare (36,4%), în timp ce în rândul femeilor prevalența a fost mai mare în rândul celor cu studii medii sau superioare (19,6%, respectiv 20,0%) și minimă în rândul femeilor cu studii elementare (14,7%).

Principalul tip de produs din tutun în uz este reprezentat de țigarete, consumate de 26,5% din populație (bărbați: 37,1%, femei: 16,7%), iar numărul mediu de țigări fumate pe zi este de 16,6: 17,7 pentru bărbați și 14,1 pentru femei.

Cele mai frecvent achiziționate mărci de țigarete sunt Kent (33,8%), Marlboro (9,7%), Winchester (8,2%), Viceroy (7,6%), și Winston (7,0%). În medie, un fumător cheltuie lunar pe țigarete 273.1 lei (aproximativ 90 USD).

Majoritatea celor chestionați (83,6%) au primit informații împotriva fumatului prin intermediul mass-media sau afișaje în locuri publice: la televizor de către 76,7%, pe panourile publicitare - 25,8% și, mai puțin frecvent, la radio - 25,3%.

În privința renunțării la fumat, dintre fumătorii actuali și ex-fumători 35,5% au făcut o încercare de a renunța în ultimele 12 luni. Printre fumătorii care au vizitat un medic în cursul ultimelor 12 luni, 82,1% au fost întrebați de acesta despre istoria lor privind fumatul iar 81,9% au primit sfaturi să renunțe la fumat. Cei mai mulți dintre cei care au încercat să renunțe (80,8%) au dorit să facă acest lucru fără ajutor. Doar 8,2% au utilizat terapia de substituție, 1,4% folosind un alt medicament prescris, 1,7% prin consiliere și consultanță; 6,8% au folosit pentru renunțare produse naturale din plante, acupunctură, sau alte metode.

Printre nefumători, prevalența expunerii la fumatul pasiv la domiciliu a fost de 24,4% (aproximativ 3.2 milioane nefumători) [9].

*

Conform unui studiu corelat realizat de Institutul de Pneumoftiziologie “Prof. Dr. Marius Nasta” în perioada octombrie - noiembrie 2011 (5071 respondenți cu vârsta ≥ 15 ani), două din cinci persoane (42%) au încercat să fumeze măcar o dată, fie și doar câteva fumuri. Deși aceste tentative de a fuma au loc încă din copilărie (5% dintre respondenți au încercat să fumeze până la împlinirea vârstei de 10 ani), fumatul începe cel mai adesea în jurul vârstei de 18 ani, inițierea fumatului după împlinirea vârstei de 30 de ani fiind mult mai rar. Fumatul cu regularitate se întâlnește cel mai des în jurul vârstei de 20 de ani [10].

*

În privința status-ului aplicării FCTC în România, raportul GATS menționează cu privire la Articolul 8 - Protejarea persoanelor de fumul de tutun că nivelul de expunere la fumul de tutun atât activ cât și pasiv rămâne ridicat, în ciuda schimbărilor pozitive privind tendințele fumatului.

Expunerea la locul de muncă este mai mare în rândul celor cu nivel scăzut de educație, contribuind la inechitatea socială.

Se consideră, concludiv în privința Art. 8 FCTC, că România ar trebui să încerce să pună în aplicare și să completeze legislația existentă privind controlul tutunului, prin interzicerea fumatului în toate locurile publice, inclusiv restaurante, baruri și cluburi. Sprijinul public ar favoriza acest pas.

În privința Articolul 13 - Punerea în aplicare a interdicțiilor privind publicitatea, promovarea și de sponsorizare a tutunului, GATS România constată că mai bine de o treime din adulți au observat o formă de publicitate, sponsorizare sau promovare a produselor din tutun, subliniind necesitatea de a adopta noi reglementări care vizează eliminarea acestor modalități de promovare a consumului de tutun [9].

În privința Art. 5.3 - Protejarea politicilor anti-fumat de interesele comerciale sau de alt tip din industria tutunului (TI), care vizează obstrucționarea aplicării FCTC de către TI, studiul GATS nu oferă informații, este însă cunoscut că reprezentanții MS și ai altor agenții implicate în controlul tutunului au întâlnit o rezistență susținută din partea companiilor interesate, ceea ce a dus la decalarea unor termeni de aplicare a legislației anti-tabac.

WNTD 2012 România va încerca să realizeze bilanțuri ale obstrucționării FCTC la nivel local și să planifice metodele cele mai potrivite de contracarare.

6. Actualități normative privind fumatul în România

Cadrul legislativ de bază al politicilor anti-tabac în România este inventariat în Analiza de situație aferentă WNTD 2011.

Actele normative recente adoptate la nivelul UE, care se aplică automat și țării noastre sunt accesibile prin: <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2010/2011/2012:>

- Directiva 12/2010/ a Consiliului UE din 16 februarie 2010, de modificare a Directivelor 92/79/CEE, 92/80/CEE și 95/59/CE privind structura și nivelurile accizelor aplicate tutunului prelucrat și a Directivei 2008/118/CE;
- Directiva 64/2011/ a Consiliului UE din 21 iunie 2011, privind structura și ratele accizelor aplicate tutunului prelucrat;
- Directiva 9/ 2012/a Comisiei UE din 7 martie 2012, de modificare a anexei I la Directiva 2001/37/CE a Parlamentului European și a Consiliului privind apropierea actelor cu putere de lege și actelor administrative ale statelor membre în materie de fabricare, prezentare și vânzare a produselor din tutun.

Recent UE a statuat introducerea țigărilor cu ardere redusă. Conform Agenției Naționale pentru Protecția Consumatorului (ANPC), începând cu data de 17.11.2011 pe piața comunitară sunt admise pentru vânzare numai țigarete RIP cu ardere redusă (RIP - Reduced Ignition Propensity). Țigăreta RIP se stinge de la sine dacă nu este ventilată activ (fumată) suficient de des [11]. Efectele scontate sunt, dincolo de protecția anti-incendiu, reducerea fracțiunii fumate dintr-o țigaretă și mărirea costurilor aferente fumatului.

7. Concluzii

- În ciuda progreselor pe plan mondial din ultima decadă în domeniul politicilor anti-tabagice coordonate de OMS, fumatul încă primește un tribut important de decese și ani de viață pierduți – adesea la vârstele cele mai productive.
- Primul tratat internațional de sănătate publică, Convenția-cadru privind controlul tutunului - FCTC, instrumentează riposta globală împotriva endemiei fumatului.

- Industria tutunului se află în neobosită căutare de tactici pentru a submina politicile naționale de aplicare a FCTC.
- Guvernele, ministerele sănătății, alte agenții pendinte, structurile administrative deconcentrate, precum și societatea civilă trebuie să mențină o stare continuă de vigilență față de aceste atacuri la adresa sănătății publice.
- Cooperarea internațională, sub auspiciile OMS și ghidată de Art. 5.3 al FCTC, oferă exemple și soluții pentru contracararea eficientă a obstrucționării legii internaționale de către industria tutunului.
- Raportul GATS România 2011 oferă un tablou cuprinzător al progreselor realizate de România în ultimii ani privind controlul fumatului dar și al pașilor încă necesari pentru aplicarea FCTC în domeniile protejării persoanelor de fumul de tutun și al interdicțiilor privind publicitatea, promovarea și de sponsorizare a tutunului.
- Experiența introducerii în România a euro-cadrului legislativ anti-tabac dar și a aplicării FCTC sugerează menținerea vigilenței față de obstrucțiile din partea industriei tutunului. WNTD 2012 poate contribui semnificativ la acest deziderat.

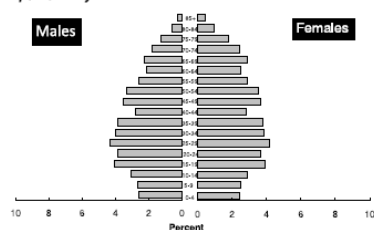
8. Bibliografie

- [1] Site-ul OMS WNTD 2012: <http://www.who.int/tobacco/wntd/2012/announcement/en/>
- [2] *** Cancer research UK, 2012: <http://info.cancerresearchuk.org/cancerstats/types/lung/smoking/lung-cancer-and-smoking-statistics>
- [3] Naurath N., Jones J.M. Smoking Rates Around the World -- How Do Americans Compare? Gallup World 2007:
<http://www.gallup.com/poll/28432/smoking-rates-around-world-how-americans-compare.aspx>
- [4] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/index.html>
- [5] *** WHO Global Report: Mortality attributable to Tobacco, Geneva 2012:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564434_eng.pdf
- [6] *** Special Eurobarometer 332 "Tobacco", Publication May 2010:
http://www.stopfumat.eu/Materiale/eurobarometru_2010.pdf
- [7] http://www.fctc.org/images/stories/ratification_latest_Saint%20Vincent%20and%20Grenadines.pdf
- [8] *** Tobacco industry interference with tobacco control, WHO 2008:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241597340_eng.pdf
- [9] *** Global Adult Tobacco Survey, Publisher: Ministry of Health Romania, 2011:
http://www.ms.gov.ro/documente/Global%20Adult%20Tobacco%20Survey%20Romania%202011_9425_7779.pdf
- [10] *** Impactul politicilor de control al tutunului asupra consumului produselor din tutun, Studiu de prevalență a fumatului în România - Raport Sintetic, IPMN, București 2011
- [11] Site-ul ANPC:
http://www.anpc.ro/anpc/index.php?option=com_content&view=article&id=394&catid=23&Itemid=51

9. Anexa: Extras privind România din Raportul OMS - Mortalitatea atribuibilă fumatului [5]

WHO estimated death rates (per 100,000) and proportion attributable to tobacco, 2004
Romania
Population 2004 (in thousands)

Age	Male	Female	Total
0-29	4,451	4,253	8,704
30-44	2,322	2,287	4,609
45-59	2,050	2,190	4,240
60-69	946	1,172	2,117
70-79	651	922	1,573
80+	171	313	484
Total	10,590	11,136	21,726

Population Pyramid

Highlights:

- The death rate from non-communicable diseases (1774 per 100,000 population) was about 32 times that for communicable diseases (56 per 100,000). Tobacco was responsible for 16% of all NCDs compared with 20% of all communicable disease related deaths.

- Within the non-communicable disease group, ischaemic heart disease accounted for 468 deaths per 100,000 population aged 30 years and over, with 15% of these deaths attributed to tobacco. Cancer of the trachea, bronchus and lung accounted for 66 deaths per 100,000 population but with 84% of these deaths attributed to tobacco.

- Within the communicable disease group, deaths attributed to tobacco accounted for 21% of all lower respiratory infection deaths and 27% of all tuberculosis deaths.

- The death rate due to tobacco in men was (510 per 100,000 men aged 30 years and over) compared with women (104 per 100,000 women aged 30 years and over). The proportion of deaths attributable to tobacco was almost 24% for men and 6% for women.

- Among those who died prematurely, almost one in every 4 deaths among those aged 30-44 and one in 3 among those aged 45-59 years were attributable to tobacco use. Of those who died in the 45-59 year age bracket, tobacco use accounted for 36.6% of those whose death was due to a lower respiratory infection, 54.2% of deaths due to the category of 'all cardiovascular diseases combined', and 88.4% of those who had died from cancer of the trachea, bronchus and lung.

Cause of death	Both sexes					Total for ages 30 & over
	30-44	45-59	60-69	70-79	80+	
Death rate: ALL CAUSES	220	884	2,290	5,304	14,383	1,913
Death rate attributable to tobacco	51	304	570	610	325	295
Proportion of deaths attributable to tobacco (%)	23	34	25	12	2	15
Death rate: Communicable diseases	22	46	61	105	272	56
Death rate attributable to tobacco	7	14	13	14	13	11
Proportion of deaths attributable to tobacco (%)	30	31	22	13	5	20
Death rate: Tuberculosis	11	20	17	16	11	15
Death rate attributable to tobacco	3	6	4	2	0	4
Proportion of deaths attributable to tobacco (%)	33	32	22	11	4	27
Death rate: Lower respiratory infections	8	21	38	80	247	35
Death rate attributable to tobacco	3	8	10	12	13	7
Proportion of deaths attributable to tobacco (%)	39	37	26	15	5	21
Death rate: Noncommunicable diseases	135	747	2,134	5,103	13,991	1,774
Death rate attributable to tobacco	44	289	556	597	312	284
Proportion of deaths attributable to tobacco (%)	33	39	26	12	2	16
Death rate: All malignant neoplasms	44	255	581	862	923	332
Death rate attributable to tobacco	10	98	202	186	72	94
Proportion of deaths attributable to tobacco (%)	23	39	35	22	8	28
Death rate: Trachea, bronchus, lung cancers	6	60	144	150	87	66
Death rate attributable to tobacco	4	53	127	120	46	56
Proportion of deaths attributable to tobacco (%)	71	88	88	80	53	84
Death rate: All other malignant neoplasms	39	195	437	712	835	265
Death rate attributable to tobacco	6	45	75	66	26	38
Proportion of deaths attributable to tobacco (%)	16	23	17	9	3	14
Death rate: All Cardiovascular diseases	48	326	1,217	3,673	12,075	1,213
Death rate attributable to tobacco	31	177	305	312	86	159
Proportion of deaths attributable to tobacco (%)	65	54	25	9	1	13
Death rate: Ischaemic heart disease	23	154	499	1,398	4,305	468
Death rate attributable to tobacco	16	84	125	112	36	68
Proportion of deaths attributable to tobacco (%)	69	55	25	8	1	15
Death rate: Cerebrovascular disease	12	106	462	1,383	3,733	419
Death rate attributable to tobacco	7	55	110	117	7	52
Proportion of deaths attributable to tobacco (%)	57	51	24	8	0	13
Death rate: Other cardiovascular diseases	14	67	256	893	4,037	326
Death rate attributable to tobacco	9	38	70	83	43	39
Proportion of deaths attributable to tobacco (%)	66	57	27	9	1	12
Death rate: Respiratory diseases	4	20	72	173	485	59
Death rate attributable to tobacco	2	13	46	95	152	30
Proportion of deaths attributable to tobacco (%)	57	65	65	55	31	51
Death rate: Chronic obstructive pulmonary disease	2	12	54	138	398	45
Death rate attributable to tobacco	1	10	42	90	148	27
Proportion of deaths attributable to tobacco (%)	86	84	77	65	37	60
Death rate: Other respiratory diseases	3	8	17	36	87	14
Death rate attributable to tobacco	1	3	4	5	5	3
Proportion of deaths attributable to tobacco (%)	39	34	25	15	5	20

WHO estimated death rates (per 100,000) and proportion attributable to tobacco, 2004

Cause of death	Men					Total for ages 30 & over	Women					Total for ages 30 & over
	30-44	45-59	60-69	70-79	80+		30-44	45-59	60-69	70-79	80+	
Death rate: ALL CAUSES	314	1,278	3,207	6,560	15,477	2,166	123	515	1,551	4,418	13,784	1,687
Death rate attributable to tobacco	92	550	1,088	1,021	572	510	10	73	152	320	190	104
Proportion of deaths attributable to tobacco (%)	29	43	34	16	4	24	8	14	10	7	1	6
Death rate: Communicable diseases	34	77	99	143	326	78	11	17	30	78	243	36
Death rate attributable to tobacco	13	28	28	24	25	21	1	1	2	6	7	2
Proportion of deaths attributable to tobacco (%)	37	36	28	17	8	27	8	9	7	8	3	7
Death rate: Tuberculosis	18	37	31	27	17	27	4	4	5	9	8	5
Death rate attributable to tobacco	7	13	8	4	1	8	0	0	0	0	0	0
Proportion of deaths attributable to tobacco (%)	38	35	25	14	6	31	8	7	5	5	2	6
Death rate: Lower respiratory infections	13	34	59	107	289	45	4	9	20	61	223	26
Death rate attributable to tobacco	6	15	20	20	24	13	1	1	2	6	7	2
Proportion of deaths attributable to tobacco (%)	47	43	33	19	8	29	15	13	9	10	3	8
Death rate: Noncommunicable diseases	177	1,046	2,949	6,263	14,996	1,952	94	467	1,477	4,285	13,441	1,615
Death rate attributable to tobacco	79	523	1,060	998	548	489	9	71	150	314	183	102
Proportion of deaths attributable to tobacco (%)	45	50	36	16	4	25	10	15	10	7	1	6
Death rate: All malignant neoplasms	41	328	828	1,190	1,239	413	48	186	383	630	750	258
Death rate attributable to tobacco	17	187	417	382	174	179	3	15	28	48	17	18
Proportion of deaths attributable to tobacco (%)	41	57	50	32	14	43	6	8	7	8	2	7
Death rate: Trachea, bronchus, lung cancers	9	107	278	276	155	115	3	16	36	61	50	23
Death rate attributable to tobacco	7	100	261	245	112	105	1	9	20	31	10	11
Proportion of deaths attributable to tobacco (%)	80	93	94	89	73	91	41	58	54	51	20	50
Death rate: All other malignant neoplasms	33	221	549	915	1,084	298	45	170	347	568	699	236
Death rate attributable to tobacco	10	87	156	137	62	73	2	6	9	16	7	6
Proportion of deaths attributable to tobacco (%)	31	39	28	15	6	25	4	3	3	3	1	3
Death rate: All Cardiovascular diseases	72	477	1,649	4,292	12,384	1,241	24	185	868	3,237	11,907	1,189
Death rate attributable to tobacco	57	309	547	438	70	257	5	53	110	224	95	72
Proportion of deaths attributable to tobacco (%)	79	65	33	10	1	21	22	29	13	7	1	6
Death rate: Ischaemic heart disease	37	246	722	1,746	4,633	521	9	68	319	1,152	4,126	420
Death rate attributable to tobacco	30	156	233	177	24	119	1	17	37	67	43	23
Proportion of deaths attributable to tobacco (%)	81	64	32	10	1	23	15	26	11	6	1	5
Death rate: Cerebrovascular disease	16	135	581	1,535	3,792	409	8	79	366	1,275	3,700	429
Death rate attributable to tobacco	11	87	187	139	20	77	3	24	49	102	-	31
Proportion of deaths attributable to tobacco (%)	67	64	32	9	1	19	34	31	13	8	-	7
Death rate: Other cardiovascular diseases	20	97	346	1,011	3,958	310	8	38	183	810	4,081	340
Death rate attributable to tobacco	17	66	127	122	26	62	1	11	24	56	52	18
Proportion of deaths attributable to tobacco (%)	85	68	37	12	1	20	19	29	13	7	1	5
Death rate: Respiratory diseases	7	32	123	277	707	81	2	9	30	101	363	39
Death rate attributable to tobacco	4	24	90	172	301	50	1	3	11	40	71	12
Proportion of deaths attributable to tobacco (%)	65	74	74	62	43	62	28	34	35	40	19	30
Death rate: Chronic obstructive pulmonary disease	3	21	97	228	596	64	1	4	20	74	289	28
Death rate attributable to tobacco	2	19	82	163	292	45	0	2	10	37	68	11
Proportion of deaths attributable to tobacco (%)	90	89	84	72	49	71	62	58	49	51	24	38
Death rate: Other respiratory diseases	4	11	25	48	111	17	1	5	11	27	74	11
Death rate attributable to tobacco	2	5	8	9	9	5	0	1	1	3	2	1
Proportion of deaths attributable to tobacco (%)	47	43	33	19	8	28	15	13	9	10	3	8