

# TABACO Y NICOTINA

## MEDIDAS EFECTIVAS PARA CONTROLAR EL CONSUMO

*Una aproximación desde la perspectiva de la reducción de riesgos y daños*

**Autor: Jonathan Ávila**



**TABACO Y NICOTINA MEDIDAS EFECTIVAS PARA CONTROLAR EL CONSUMO: una aproximación desde la perspectiva de la reducción de riesgos y daños.**

1ra edición, octubre, 2022

© Jonathan Ávila, 2022

© Editores:

Carlos Augusto Chacón - director ejecutivo

María Fernanda Gallego - Coordinadora de Proyectos e Investigación

© Editorial Instituto de Ciencia Política Hernán Echavarría Olózaga, 2022

Calle 70 #7a-29

[www.icpcolombia.org](http://www.icpcolombia.org)

[info@icpcolombia.org](mailto:info@icpcolombia.org)

---

No se permite la reproducción total o parcial de este estudio ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o, por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del editor. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva del delito contra la propiedad intelectual.

# ÍNDICE

Definición y principios de Reducción de riesgo y daños	..... p. 7
<b>Inicios de la aplicación de estrategias de <i>harm reduction</i> en política pública en salud para control de consumo de tabaco.</b>	..... p. 11
Casos de Reducción de Daños	..... p. 18
<b>Normativa Internacional</b>	..... p. 25
Normativa Nacional	..... p. 33
<b>Reducción de riesgos y daños: Referentes y derecho comparado</b>	..... p.40
Elementos normativos de éxito en la reducción de consumo de nicotina y tabaco	..... p. 55
<b>Recomendaciones de política pública</b>	..... p. 66
Referencias	..... p. 70

# PRESENTACIÓN

Como centro de pensamiento, nuestras actividades se orientan **a aportar valor al debate político e incidir ante los tomadores de decisión**, en defensa de la institucionalidad democrática y las libertades civiles y económicas, mediante la investigación, la formación y la incidencia.

Uno de los temas que hemos estudiado en los últimos años está relacionado con la implementación del enfoque de regulación inteligente, como nuevo paradigma en la formulación de políticas públicas, para que estas se fundamenten en los datos y la evidencia disponible, en su evaluación periódica y en la medición de impacto.



**Implementación del enfoque de regulación inteligente, como nuevo paradigma en la formulación de políticas públicas**

De los temas trabajados durante los últimos años en materia de innovación, salud y libertades, **el consumo de ciertas sustancias, como el tabaco y la nicotina, se sitúa en el centro del debate en materia de política pública**. Dadas las consecuencias en la salud de los consumidores, múltiples estrategias se han impulsado para detener el consumo y frenar el alza de enfermedades no transmisibles; la más utilizada, los impuestos al tabaco.

**Pese a la popularidad de la medida, esta no es garantía de su efectividad.** En el “estudio sobre el contrabando de cigarrillos desde una perspectiva tributaria”, realizado por el Instituto, se puso en evidencia que el impuesto a productos de esta naturaleza tuvo efectos negativos, en cuanto que no logró el objetivo que se perseguía y desembocó en el traslado de la demanda del mercado legal al ilegal, aumento del contrabando de cigarrillos y, con ello, hubo pérdidas de rentas departamentales.

Frente al fracaso de las medidas tradicionales, **el ICP ha buscado comprender ampliamente el fenómeno y poner sobre la mesa estrategias que respondan de manera oportuna y efectiva a los problemas asociados al consumo de estas sustancias.**

En materia de salud pública, se ha introducido el paradigma de la reducción de riesgos y daños. Con el fin de conocer esta visión, desde hace seis meses el ICP inició una investigación para explorar el paradigma. Se realizó una búsqueda exhaustiva de literatura, se hicieron dos mesas de expertos y, pese a la negativa de algunos sectores, se intentó contactar con aquellos que no coincidían con esta propuesta.

**“La popularidad de una medida no es garantía de su efectividad.”**

Como resultado se obtuvo un documento de investigación y una sugerencia de lineamientos que se espera sean tenidos en cuenta por los legisladores, especialmente aquellos que se preocupan por la seguridad de los niños, niñas y adolescentes, y las libertades de los ciudadanos colombianos.



**Carlos Augusto Chacón Monsalve**  
Director Ejecutivo  
Instituto de Ciencia Política

# MEDIDAS EFECTIVAS

## para el control de consumo de tabaco y nicotina: *una aproximación desde la perspectiva de la reducción de riesgos y daños*

**Autor:** Jonathan Ávila  
investigador senior del ICP

### 1. Definición y principios de Reducción de riesgo y daños:

#### 1.1 Definiciones sobre Reducción de Riesgo y Daño

Cuando se analiza el consumo de sustancias es necesario preguntarse sobre los efectos que estas pueden tener sobre los individuos. Usualmente, este análisis recae sobre todo en acciones que están relacionadas con la prohibición, restricción o regulación para que el individuo abandone completamente el consumo de sustancias. No obstante, a lo largo del siglo XX, con el alza del número de individuos que consumían sustancias tanto lícitas como ilícitas surgió un nuevo paradigma que permitía a los gobiernos alejarse de una visión con tolerancia cero con el fin de implementar estrategias que no fueran completamente restrictivas pero que tampoco buscarán regular completamente el consumo de dichas sustancias (Lenton & Midford, 1996).

Sobre ello, el término Harm Reduction o Reducción de Riesgos y Daños, era utilizado para definir políticas con relación a la reducción de los efectos negativos causados por sustancias nocivas [legales o ilegales] para la salud del individuo sin que estas medidas obligaran al individuo a abandonar la sustancia completamente (Erickson, 1995). A raíz de lo anterior, a lo largo de los años surgieron distintas alternativas para comprender el fenómeno de Reducción de Daños como una serie de estrategias de política pública para disminuir los efectos nocivos en la salud del individuo. A continuación, se presentan las definiciones más relevantes sobre el tema:

Autor	Definición
Erickson (1995)	"La reducción de los daños no dicta, ni exige, un régimen de control legal específico. Evita la falsa dicotomía entre legalización y prohibición. Más bien, se pregunta qué políticas son más eficaces para reducir daños específicos relacionados con las drogas. Sin embargo, aunque de las estrategias alternativas, es probable que la reducción de los daños resulte ser más afín a las leyes utilizadas de forma reglamentaria". (p.284)

Lenton & Midford (1996)	“Un programa o política de reducción de daños es aquella en la que (1) el objetivo principal es reducir los daños netos sanitarios, sociales y/o económicos sin tratar necesariamente de reducir el consumo y (2) puede demostrarse directamente, según criterios ampliamente acordados, que se ha reducido el daño neto en estas dimensiones, en lugar de afirmar o inferir que el daño se ha reducido a partir de los cambios en otros índices”.(p.412)
Ritter & Cameron (2006)	“Parte de la dificultad de definir la reducción de daños es que se refiere tanto a un enfoque filosófico como a tipos específicos de programas o intervenciones. La reducción de daños se refiere a políticas y programas destinados a reducir los daños causados por las drogas, pero no el consumo de drogas en sí mismo” (p.611)
Savitz et. al (2006)	“El principio subyacente de la reducción de daños es que un producto que tiene consecuencias negativas para la salud se promueve como sustituto de otro que tiene consecuencias adversas para la salud” (p.1934)
Collins et. al (2011)	“El aspecto pragmático de la reducción de daños se refiere a reducir el daño general de una manera científicamente demostrable que está de acuerdo con la protección de los derechos humanos... La definición del daño depende de varios factores, como la cultura, el nivel (por ejemplo, individual, comunitario y social) y la constelación de comportamientos específicos en el contexto de los cuales se considera el daño”. (pp. 7-8)
Wilson et al. (2015)	“Un enfoque alternativo es la reducción del daño, que se refiere a los riesgos para la salud cuando no es posible eliminarlos. La reducción de daños también puede reducir los daños sociales y económicos que experimentan las personas como resultado de la participación en actividades de riesgo” (p.5)
Warner (2020)	“La reducción de daños se refiere a las políticas, programas y prácticas que pretenden reducir los daños asociados al consumo de drogas psicoactivas en personas que no pueden o no quieren dejar de consumirlas. El rasgo definitorio. La característica que la define es que se centra en la prevención de los daños, más que la prevención del consumo de drogas en sí... La reducción de daños complementa los enfoques que buscan prevenir o reducir el nivel general de consumo de drogas” (p.1300)
O’leary & Polosa (2020)	“La reducción de daños es una estrategia de salud pública para reducir los daños causados por determinados comportamientos, uno de los cuales es el consumo de drogas. Las tácticas incluyen la modificación de las normas y prohibiciones que aumentan el daño, capacitar a las personas con información precisa y ofrecer alternativas como la adopción de modos de consumo de riesgo reducido (por ejemplo, agujas limpias) y la sustitución por drogas de menor riesgo (por ejemplo, el mantenimiento con metadona).”(p.220)
Saydlowski (2022)	“La reducción de daños es un enfoque político que busca



	minimizar los impactos negativos de estilos de vida peligrosos o insalubres, al tiempo que se mantienen los derechos y las libertades de las personas. Este enfoque permite mantener la autonomía individual en la toma de decisiones sin dejar de cuidar la salud pública y la reducción de los costes para la sociedad” (p.1)
Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2022)	“La reducción de daños es un enfoque que hace hincapié en el compromiso directo con las personas que consumen drogas para prevenir la sobredosis y la transmisión de enfermedades infecciosas, mejorar el bienestar físico, mental y social de las personas atendidas y ofrecer opciones de bajo umbral para acceder al tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias y otros servicios sanitarios”.

De acuerdo con lo anterior, se puede afirmar que a lo largo de la conceptualización e implementación de *Harm Reduction* han existido una serie de debates especialmente dirigidos al alcance de este concepto sobre las políticas públicas. Un primer debate surge sobre exactamente qué se busca “reducir”. En los estudios iniciales sobre Reducción de Riesgos y Daños existía una concepción generalizada ligada hacia disminuir el consumo, sin embargo, de acuerdo con Lenton & Midford (1996) esta definición estaba más cercana hacia los enfoques tradicionales de regulación mientras que la Reducción de Daños tenía que estar ligada a reducir los efectos sobre la salud de los individuos. En este sentido, las estrategias de Reducción de Daños tenían que desligarse del objetivo de lograr la abstinencia del consumo de sustancias mediante el abandono ya que estos métodos estaban directamente relacionados con las visiones tradicionales de control de sustancias (Collins et al., 2011).

Por otro lado, existe un debate sobre el alcance de las políticas públicas relacionadas con la Reducción de Daños. La mayoría de los autores concuerdan en que es una estrategia para disminuir los daños en la salud de los consumidores (Collins et al., 2011; Wilson et al., 2015) pero hay poco consenso sobre los campos que deben estar incluidos en las estrategias de política pública. Por un lado, algunos autores argumentan que la reducción de daños debe abarcar políticas centradas en la salud pública (Savitz et al., 2006; Kuwabara, 2021; Sanit, 2002), mientras que otros autores hacen énfasis en un análisis costo-efectivo para indicar que, en términos económicos una estrategia de Reducción de Daños es más eficiente que otras aproximaciones (Wilson et al., 2015). Asimismo, existen autores que contemplan la necesidad de implementar políticas de Reducción de Daños que no solo beneficien a los consumidores de sustancias sino a toda la sociedad (Saydlowski, 2022).

Aunque existe una serie de definiciones que enfocan el objetivo principal de la Reducción de Daños en un elemento particular, la definición más frecuente en la literatura sobre Reducción de daños (*Harm Reduction*) es: todas aquellas políticas, programas y prácticas que persiguen el objetivo de minimizar el impacto negativo en la salud mediante buenas prácticas de consumo, a la vez que no intentan prohibir el consumo de las sustancias (Kuwabara, 2021; Sanit, 2002; Warner, 2020).

En este sentido, es una definición minimalista que busca abarcar cualquier tipo de iniciativa dirigida a reducir los daños del consumo, desde una perspectiva de cambio de comportamiento individual complementada por una serie de acciones ejecutadas por tomadores de decisiones para reducir los daños asociados al consumo (Saydlowski, 2022).

## **Iniciativa dirigida a reducir los daños del consumo, desde una perspectiva de cambio de comportamiento individual**

En términos generales, la toma de decisiones en el ámbito de la salud pública suele basarse en la determinación cuantitativa del riesgo, de manera que la

restricción de actividades potencialmente peligrosas se produce, con frecuencia, una vez los estudios científicos han establecido una asociación presumiblemente causal entre dichas actividades y su impacto adverso sobre la salud.

Por esta razón las estrategias de Reducción de Daños toman en cuenta el Principio de Precaución que intenta aproximar la incertidumbre científica y la necesidad de información a la decisión política de iniciar acciones para reducir el daño (Sanit, 2002). En otras palabras, el principio de precaución permite realizar políticas públicas preventivas con el objetivo de maximizar el número de beneficiados mientras que se reducen los costos. La literatura sobre el principio de precaución en materia de reducción de daños ha descubierto que las políticas que se basan sobre esta premisa tienden a ser más efectivas y menos costosas en términos de la protección y el cuidado del ciudadano que consume sustancias (Wilson et al, 2015). En este sentido, el Principio de Precaución surge como lineamiento principal para los principios rectores de las estrategias de Reducción de Daños.

### **1.2 Principios del Harm Reduction**

En la literatura se pueden identificar ciertos principios que deben contemplar las estrategias de reducción de daños para que se puedan considerar como tal. Sobre ello se pueden identificar dos tipos de principios. **Hay un primer grupo de principios que plantean los lineamientos generales en términos epistemológicos para escenarios de asistencia sanitaria relacionados con la Reducción de Daños. Por otro lado, hay una serie de principios que se derivan de ellos en la medida que plantean elementos prácticos que cualquier estrategia de Reducción de daños puede implementar (Ritter & Cameron, 2006).**

Los principios epistemológicos planteados por Hawk et. al (2017 p.4) son los siguientes: 1) Humanismo: a través de la comprensión de las acciones de los individuos; 2) Pragmatismo: comprender que el fenómeno del consumo de sustancias se inserta en dinámicas sociales por lo que es necesario abordarlo multidimensionalmente; 3) Individualismo: una parte central de la Reducción de Daños, por lo que en el espectro debería existir una serie de soluciones para cada uno; 4) Autonomía: el individuo toma sus propias decisiones a partir de la

información disponible; 5) Incrementalismo: es una estrategia que se debe plantear por pasos, sin embargo, se debe tener planes para retrocesos en el proceso; y 6) Responsabilidad sin "terminación": los individuos son responsables de sus decisiones y no deben ser juzgados por las mismas.

De estos lineamientos epistemológicos se pueden derivar los principios prácticos de una estrategia de reducción de daños. Los principales elementos son: 1) El objetivo principal del enfoque de reducción de daños es reducir la aparición de enfermedades y muertes iniciadas por el consumo; (2) no debería presentar ningún riesgo adicional para la salud o la seguridad de las personas; (3) no debería contribuir más al nivel de dependencia de la sustancia del individuo (4) no debe reducir la probabilidad de abandono de la sustancia; (5) no debe conducir a un aumento de la prevalencia de la dependencia de la sustancia (6) el objetivo a largo plazo del enfoque es provocar cambios que permitan a los consumidores liberarse de la sustancia que utilizan; (7) no debe atraer a los adolescentes ni conducir a su uso excesivo; y (8) los mensajes para la sustancia y la información para ayudar a dejar la distancia deben incorporarse a cualquier estrategia de promoción o comercialización del enfoque de reducción de daños (deRuiter & Faulkner, 2006; Hatsukami et al., 2004; Warner, et al., 1997).

En términos generales, la Reducción de Daños y sus principios se han implementado en políticas públicas con relación al uso de sustancias ilícitas, ya que en un primer momento fueron estas las que presentaban cifras más alarmantes sobre afectaciones a la salud de los individuos (Collins et al. 2011). No obstante, en la medida que los efectos nocivos del tabaco sobre la salud de los consumidores se volvieron más evidente con los estudios realizados en la segunda mitad del siglo XX (Hatsukami & Carroll, 2020), se evidenció una limitación importante sobre las medidas que se intentaron implementar con el fin de controlar el consumo de tabaco mediante la abstinencia. Asimismo, se plantearon estrategias de reducción de daños desde el consumo de alcohol a través del consumo responsable (Marlatt & Witkiewitz, 2010; Ritter & Cameron, 2006). **Por esta razón, es necesario revisar las distintas iniciativas que han existido en la historia de implementación de estrategia de reducción, así como las tensiones que existen sobre este paradigma y el control de sustancias sobre el tabaco y nicotina.**

## **2. Inicios de la aplicación de estrategias de harm reduction en política pública en salud para control de consumo de tabaco.**

### **2.1 Antecedentes de las políticas de Reducción de Daños**

Las políticas públicas de reducción de daños (Harm Reduction) empezaron a surgir a mediados del siglo XX cuando, entre los programas de los gobiernos locales e iniciativas ciudadanas empezaron a converger modelos de cuidado y protección de la salud por el consumo de sustancias, generalmente ilícitas (Aceijas et al. citado en Collins et.al, 2011 p.10). La reducción de daños como paradigma científico y

social surgió de la confluencia entre iniciativas colectivas de los ciudadanos y las preocupaciones de los gobiernos locales y nacionales por la salud y protección de sus ciudadanos al consumir sustancias nocivas o de alteración de los sentidos (Mathers et al., 2010; Shahmanesh, et al., 2008).

Sobre ello, los estudios en materia de reducción de daños se centraron, en primer lugar, sobre sustancias ilícitas donde evaluaron una serie de políticas públicas dirigidas al uso compartido de jeringas como principal causante del Virus de Inmunodeficiencia Humana (Brette, 1991; Ball, 2007). En este sentido, países como Canadá y Australia empezaron a implementar programas de distribución de jeringas estériles desde las autoridades sanitarias a nivel regional y local con el fin de evitar el uso de jeringas compartidas mediante centros asistenciales. Finalmente, los casos de VIH disminuyeron. Estos primeros estudios abrieron la puerta en varios países para considerar el uso de sustancias ilícitas como un problema de salud pública (Di Lorio et al., 2020; Marlatt & Witkiewitz, 2010).

En este orden de ideas, con base en este nuevo enfoque de política pública, la literatura sugiere que hay dos programas ejemplo para la reducción de daños en materia de uso de drogas. La primera política derivada de este enfoque son los programas de Agujas y Jeringas (Needle and Syringe Programmes-NSP por sus siglas en inglés) donde prima la distribución de jeringas estériles con el fin de evitar enfermedades por transmisión de fluidos (Di Lorio et al, 2020; Kwon et al., 2009; Wodak & Cooney, 2005). La segunda política es conocida como Terapia con Agonistas Opiáceos (Opioid Agonist Therapy -OAT) donde la literatura reciente apoya el potente papel de la metadona, la buprenorfina, el tramadol, la morfina y otros opioides como agentes terapéuticos eficaces, duraderos y rápidos para las enfermedades mentales, siempre y cuando sean administradas en un centro médico (Eibl et al 2017; Di Lorio, 2020; Tenore MD, 2008).

Es notable recalcar, que, en países latinoamericanos, la primera estrategia resultó en rendimientos deficientes debido a la falta de financiación pública en favor de medidas más punitivas, mientras que la segunda estrategia (Terapia con Agonistas Opiáceos) sólo ha estado disponible en entidades privadas de prestación de salud (De Lorio et al, 2020). De igual manera, es relevante resaltar otras estrategias de política pública de reducción de daños de drogas como los Cuartos de Consumo de Drogas (Drug Consumption Rooms-DCR) donde, gracias a su implementación se han registrado menos casos de enfermedades de transmisión por fluidos y menos sobredosis (Clua 2015).

En general, como se observa este paradigma surge como una alternativa al tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas, mayoritariamente ilícitas, cuyo control mediante estrategias de prohibición y abstinencia, era ineficientes y las consecuencias en salud pública eran preocupantes. A continuación, se explica cómo se ha empezado a implementar este enfoque en materia de sustancias lícitas como el tabaco.

## 2.2 Control de consumo de tabaco

Por otro lado, en la literatura actual sobre estrategias para minimizar los daños por el tabaco, existe una tensión entre el paradigma de control de consumo de tabaco (Tobacco Control), frente al paradigma de Reducción de Daños (Harm Reduction). Mientras que la primera aproximación se centra en una visión tradicional de reducción de consumo mediante abstinencia, la segunda intenta disminuir los daños causados por los químicos liberados en la combustión para los consumidores de tabaco (Beaglehole et al., 2019; Hummel et al., 2018; Colilla, 2009; Yach, 2020). Asimismo, cabe recalcar que ambas aproximaciones toman prestados elementos de estrategias frente al consumo de drogas ilícitas.

El enfoque tradicional, como alguna vez se planteó para el consumo de sustancias ilícitas, busca estrategias que le permitan controlar la entrada al mercado a los productos nocivos para la salud con el principal obstáculo de que el tabaco es un producto legal, luego no pueden implementar estrategias directas de control (Stimson, 2016). Por su lado, el enfoque de Harm Reduction busca implementar estrategias multidimensionales para reducir el daño causado por los químicos liberados por el tabaco a la vez que no plantea un abandono completo al consumo de nicotina (Beaglehole et al., 2019; Colilla, 2009). Por esta razón, es necesario plantear los elementos principales tanto de las estrategias de control de consumo de tabaco y de las estrategias de Reducción de Daños por consumo de tabaco y nicotina. De igual forma, se evalúa el alcance de estas estrategias así como sus limitaciones.

Si bien en los últimos años se ha intentado promover un enfoque de reducción del consumo de tabaco, inicialmente, las políticas principales surgieron sobre la necesidad de controlarlo y disminuirlo como se hacía con el consumo de drogas desde el enfoque tradicional, es decir, tolerancia cero frente a su consumo. De acuerdo con Stimson (2016), tanto las estrategias de reducción del consumo de drogas como tabaco, inicialmente, se centraron sobre la oferta y la demanda. Al ser sustancias ilegales, las convenciones internacionales sobre sustancias ilícitas han optado por combatir este mercado mediante la prohibición y criminalización, mientras que las convenciones sobre el tabaco, al tratar con una sustancia legal, han centrado sus esfuerzos en medidas persuasiva para prevenir y parar su consumo (Organización Mundial de la Salud citado en Stimson, 2016). Por otro lado, este enfoque también ha buscado dificultar el acceso al mercado para las compañías de tabaco por lo que se han implementado distintas estrategias como impuestos al consumo, prohibición de publicidad y limitaciones de lugares en donde se puede vender tabaco (Salti et. al 2012; Stimson, 2016).

Adicionalmente, las estrategias de reducción de consumo de tabaco se han centrado en reordenar las preferencias del individuo mediante incentivos para que cambien sus patrones de consumo. Estas iniciativas se centran en restricciones de edad, advertencias sanitarias gráficas, leyes antitabaco, campañas antitabaco y la estigmatización hacia los fumadores (McNeill & Munaffo, 2012).

Tanto las estrategias de barreras de acceso al mercado, como la intención de cambiar las preferencias de los individuos mediante metodologías persuasivas se enmarcan dentro del Convenio Marco para el Control del Tabaco (Framework Convention on Tobacco Control-FCTC) redactado por la Organización Mundial de la Salud. Es un documento exhaustivo que en esencia busca eliminar el consumo de tabaco a nivel mundial mediante la abstinencia del consumidor (Puska y Daube, 2018). De acuerdo con Yach (2020 p.3), si bien la mayoría de los países han implementado los lineamientos del CMCT, se han centrado en adelantar las estrategias que tienen menos efecto sobre la disminución del consumo del tabaco. Sobre ello, el 52% de los países cuentan con advertencias en los empaques, sin embargo, esta es de las medidas menos efectivas para reducir el consumo de cigarrillo (Alcaráz et al., 2020). Mientras que sobre medidas más completas como "asistencia para la cesación" que consiste en brindar herramientas médicas, terapéuticas y de reemplazo para dejar de fumar solo existen en 23 países, mostrando las limitaciones reales del CMCT (Hummel et al., 2018; Yach, 2020).

En complemento sobre las limitaciones del CMCT, alcanzar la cesación total del consumo de cigarrillo es virtualmente imposible ya que las cifras de abandono son muy bajas mientras que la tasa de recaída de estas personas es alta debido a la compulsión de fumar (O'leary & Polosa, 2020). En los Estados Unidos, la tasa de recaída para las personas que no reemplazan el cigarrillo con algún método (anteriormente descritos) es de 80%, mientras que para los que utilizan algún método la tasa de recaída es del 18% (Benowitz citado en O'leary y Polosa, 2020). Sobre la misma línea argumentativa Beaglehole et al. (2019) afirman que una estrategia de reducción de consumo basada únicamente en la abstinencia y en el reemplazo del cigarrillo por otros productos con nicotina (parches, goma de mascar) no es lo suficientemente efectiva en el sentido que no alcanza los números esperados en términos de reducción de consumo, mientras que los efectos sobre la salud por el consumo no disminuyen.

A grandes rasgos, las estrategias del FCTC en particular y las de reducción del consumo de tabaco en general están basadas en un modelo dirigido hacia la abstinencia, pero no busca prevenir el consumo sino reaccionar ante las personas que ya consumen. Ante esta situación ha surgido el paradigma de Reducción de Daños (Harm Reduction) para el consumo de tabaco que se basan en prevenir o reducir el daño causado por las toxinas liberadas a través de la combustión del tabaco para fumadores que no pueden o no quieren dejar la actividad a la vez que no contemplan la abstinencia como una estrategia efectiva (Zeller & Hatsukami citado en O'leary & Polosa, 2020). En términos generales, este enfoque plantea la necesidad de tratar el consumo de tabaco desde una perspectiva por fuera del paradigma dominante en las estrategias de reducción del consumo de tabaco (Abrahams et al, 2018).

### **2.3 Reducción de daños en tabaco**

El término de Reducción de Daños por Tabaco (Tobacco Harm Reduction-THR) apareció en la discusión pública cuando las empresas tabacaleras de Estados Unidos empezaron a usarlo a inicios de la década de los 2000. Esto coincidió con

los inicios de las investigaciones realizadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration-FDA) sobre la viabilidad de implementar estas estrategias en las políticas sobre consumo de tabaco (Peeters & Gilmore, 2014 p.183). A pesar del uso de este término en la literatura por más de dos décadas, el paradigma de Reducción de Daños del Tabaco tiene estrategias concretas sobre cómo disminuir los efectos de la combustión de los cigarrillos sobre el consumidor, aunque estas aún son muy rudimentarias tanto en alcance como en implementación en comparación con las medidas centradas en control de tabaco que empezaron en 1950 con las medidas mencionadas anteriormente, aunque han resultado menos efectivas y que no responden a los nuevos avances en tecnología (Stimson 2016; Song et al. 2017). **Cabe señalar que esta definición fue construida en este contexto en el que no se preveían dispositivos libres de combustión dado el desconocimiento del estado de desarrollo y tecnificación de este tipo de técnicas alternativas.**

Por otro lado, el paradigma de Reducción de Daños del Tabaco toma elementos prestados de las estrategias de Reducción de Daños del uso de sustancias ilícitas con el objetivo de reducir los efectos derivados de la combustión del tabaco mediante estrategias que no apuntan a la cesación total de la sustancia (Abrahams et al, 2018; Fagerstöm & Brigham, 2014). Dentro de las estrategias más comunes en esta línea de trabajo se encuentran las que están relacionadas con dejar de fumar tabaco para reemplazarlo con otras formas de consumo de nicotina. En este sentido resalta el cambio a tabaco con menor contenido de alquitrán; el cambio a otro tipo de sustancias con contenido de tabaco (cigarros puros o pipas); cambio a cigarrillos alternativos (usualmente eléctricos); el cambio al uso de tabaco libre de humo y el cambio del cigarrillo por productos farmacéuticos con nicotina (Colilla, 2009; Hatsukami et, al 2004; Kozolwski & Adams, 2016; McNeill, 2004; Warner, 2020).

Si bien las estrategias de Harm Reduction han estado concentradas en las medidas mencionadas anteriormente, estas cuentan con una suerte de resistencia para la implementación derivada de 4 razones específicas: 1) la prevalencia del paradigma sobre el control de consumo; 2) las visiones moralistas; 3) las dudas razonables frente a la seguridad de los nuevos métodos de Reducción de Daños; 4) la percepción negativa que se tiene sobre la Reducción de Daños como método para, en efecto, reducir los efectos causados por el tabaco (Abrahams et al. 2018; Beaglehole et al., 2019; Cahn & Siegel 2011; Sweanor et al. 2007).

- Paradigma de control de consumo y Reducción de Daños

Como se mencionó anteriormente, existe aún una tensión entre el paradigma de Control de Consumo de tabaco frente al paradigma de Reducción de Daños. Sobre ello, Beaglehole et al., (2019) encontraron una resistencia por parte de la Organización Mundial de la Salud para incluir estrategias más exhaustivas sobre Reducción de Daños en el Marco Convenio sobre Consumo de tabaco. Su investigación llegó a esta conclusión luego de que, en el reporte del 2019 sobre la Epidemia de Tabaco, no se vieran reflejadas estrategias de reducción de daños. Esto puede resultar problemático puesto que se ha comprobado la falta de

eficiencia de las medidas relacionadas con el control del consumo de tabaco mediante abstinencia a causa de las cifras de recaída en el consumo y afectaciones de la salud asociadas con la combustión del tabaco (O'leary & Polosa, 2020; Ross & Chalopuka, 2006).

- Visión "moralista"

Por otra parte, una limitación importante para la implementación de estrategias de Reducción de Daños ha sido la resistencia encontrada por visiones "moralistas" que contemplan el abandono completo del tabaco mediante la abstinencia. Esta visión comparte el mismo fin que el paradigma de control de consumo de tabaco, sin embargo, de acuerdo con Sweanor et al. (2007) las estrategias de cesación de consumo suelen ir encubiertas por estrategias de salud pública a través de divisiones en la sociedad que buscan estigmatizar a los consumidores. No obstante, esta visión se puede combatir a través de un acercamiento pragmático que tiene como finalidad movilizar al consumidor al punto más bajo de daños generados por el consumo de tabaco sin tener que eliminarlo por completo ya que considera que la nicotina no es el causante central del daño derivado de esta actividad (Morgan Stanley Research North America, 2006; Sweanor et al., 2007). En este sentido, esta visión se asemeja a la de Reducción de Daños y además agrega un componente adicional por el cual se buscan implementar estrategias de políticas públicas más allá de las descritas anteriormente que están dirigidas hacia la transición del consumo de tabaco tradicional a otras formas de consumir tabaco y nicotina.

- Dudas razonables sobre métodos para Reducción de Daños

Por otro lado, parte de la resistencia frente a las estrategias de Reducción de Daños en Tabaco se centran sobre la posibilidad de cambiar el cigarrillo común por herramientas de tabaco calentado o cigarrillos electrónicos (e-cigarettes), sobre ello se puede encontrar dos visiones. La primera visión sustenta la transición a estos productos como una medida efectiva para reducción de daños (O'leary & Polosa, 2020). En este sentido, algunos estudios han demostrado que para el uso de cigarrillos electrónicos, la tasa de recaída es del 18% comparada con la tasa de recaída de fumadores de cigarrillos comunes que es del 80% (Hajek et al., 2019; O'leary & Polosa 2020 p.223). Por otro lado, los estudios de Shahab et al. (2017) comprueban que el proceso de liberación de químicos de los cigarrillos electrónicos es menos nocivo para la salud del consumidor.

Una segunda visión argumenta que los estudios no son lo suficientemente exhaustivos o no consideran todas las variables pertinentes, por lo que no se debe equiparar el cambio a cigarrillos electrónicos como una estrategia de reducción de daños por sí sola (Bhalerao et al., 2019; Siqueira, 2017). Adicionalmente, de los aspectos metodológicos se encuentra que es necesario realizar un estudio de largo plazo para establecer una relación causal significativa estadísticamente entre los beneficios relativos en la salud y el consumo de este tipo de productos, ya que los estudios actuales se han centrado en las tasas de abandono y recaída (Center for Disease Control, 2019). Por otro lado, los cigarrillos electrónicos



presentan ciertos problemas que estos estudios aún no contemplan los potenciales daños en el cerebro en desarrollo por la nicotina y la exposición a sustancias tóxicas como metales pesados, compuestos orgánicos volátiles y partículas ultrafinas, así como el Propilenglicol y glicerina vegetal (Glasser et al., 2017; Jensen & Boykan, 2019; Kuntic et al., 2019; Siqueira, 2017).

A raíz de estos estudios, varios países han regulado o prohibido el uso de cigarrillos electrónicos en su territorio nacional. Sin embargo, de acuerdo con Hall & Gartner (2014) y O'leary y Polosa (2020) la prohibición de estos productos impide el avance de estrategias de Reducción de Daños a la vez que genera un mercado negro para la venta de los mismos. Por otro lado, de acuerdo con Beaglehole y Bonita (2022), argumentan que ceñirse a las normativas del CMCT ya no es viable en la medida que se ha comprobado que las nuevas tecnologías no son igual de nocivas que el cigarrillo tradicional. Asimismo, las medidas del marco han sido especialmente perjudiciales para los países de ingresos bajos y medios ya que no se ha alcanzado el resultado esperado, por lo que equiparar los productos de tabaco sin combustión sería un retroceso en materia de reducción de años.

Sobre ello, también es importante recalcar que las percepciones erróneas y las regulaciones pueden entorpecer la implementación en estrategias de Reducción de Daños. En este sentido "la percepción errónea que surge de la información inexacta e información sensacionalista de los riesgos de estos productos hace que los fumadores los rechacen" (O'leary & Polosa, 2020 p. 225). En consecuencia, los funcionarios de salud pública se pueden ver influenciados por métodos convencionales de control de consumo (tolerancia cero) reforzando su oposición a los productos de reducción de daños del tabaco con temores sobre la adicción de los jóvenes y afectaciones a la salud de los consumidores. Los autores plantean que, desde la formulación de políticas públicas, se superen estas limitaciones con el fin de poder implementar estrategias de reducción de tabaco en su totalidad.

- Percepción negativa del método de reducción de daños

En este sentido, la discusión sobre la efectividad de los productos libres de combustión abre la puerta a un debate más amplio sobre la efectividad real de las estrategias de Reducción de Daños en el Tabaco. Por un lado, Zeller y Hatuskami (citado en Cahn & Siegel, 2011) argumentan que el principal miedo a la implementación de medidas de reducción de daños es que los consumidores de cigarrillos generan otro tipo de adicción a sustancias más perjudiciales a largo plazo. Por otro lado, existe una desconfianza generalizada hacia el rol de la industria tabacalera dentro del marco de medidas para reducción de daños. De acuerdo con Fairchild y Colgrove (citando en Cahn y Siegel, 2011), cualquier acción tomada sobre Reducción de Daños de Tabaco en términos exhaustivos o minimalistas, necesariamente se debe incluir a dicha industria, entre otros factores, por el papel que han jugado en las estrategias de control de consumo. En este sentido, una política de Reducción de Daños no se puede realizar sin el involucramiento activo de la industria y esto se puede garantizar toda vez que la

estrategia representa potenciales beneficios económicos tanto para la industria como para la sociedad.

### 3. Casos de Reducción de Daños

Las estrategias de Reducción de Daños surgieron en el siglo XX a través de la interacción de políticas desde los gobiernos con iniciativas que se gestaron en las comunidades afectadas (Collins et al., 2011). Fue a través de estas iniciativas que se empezaron a dar las discusiones teóricas para definir cuál era la mejor estrategia en términos de Reducción de Daños, primero para el uso de sustancias ilícitas y después para el consumo del tabaco. En este sentido, a continuación, se presentan tres casos emblemáticos que muestran el progreso de las estrategias de reducción de daños tanto en sustancias ilícitas como en el consumo del tabaco.

#### 3.1 Reino Unido

- Reducción de Daños en sustancias ilícitas

Durante el siglo XIX y principios del siglo XX Gran Bretaña fue uno de los principales consumidores de opio y cocaína. El incremento en adicciones y muertes ocasionaron que en 1920 el gobierno británico declarara ilegal el uso de estas drogas. Sin embargo, a pesar de dicha restricción, el consumo del opio y la cocaína seguía al alza. El marco normativo impulsado por el gobierno británico, era flexible y contenía excepciones, aun así, tenía varios vacíos legales que generaron rechazo entre la comunidad médica por la falta de claridad que generaba miedo a prescribir algunas sustancias psicoactivas y ser sancionados. Esto generó una fuerte oposición de la comunidad médica hacia la ley. Esta falta de claridad también preocupaba a los médicos que se veían expuestos a ser procesados por prescribir las sustancias prohibidas en la Ley. Estas preocupaciones llevaron a una mayor organización de la profesión médica para oponerse a ella (Berridge, 1980).

A raíz de estos problemas, el gobierno británico decidió aliarse con la comunidad médica para determinar la mejor manera de cómo controlar el uso de sustancias a la vez que determinaban las causas principales sobre las adicciones. En consecuencia a ello, se publicó el Reporte Rolleston. Dicho reporte, nombrado después del defensor del enfoque de que el uso de sustancias ilícitas debía ser entendido y manejado como un problema de salud pública, fue respaldado por el gobierno británico y fue el primer precedente para entender el origen del uso, abuso y adicción de sustancias, asimismo fue un insumo importante para la actividad policial del momento resaltando la relevancia de un enfoque de salud pública más que de seguridad (Ashton, 2006)

Más adelante, en 1980, el incremento de usuarios de heroína de bajo costo aumentó en el Reino Unido. Asimismo, los casos de VIH/SIDA aumentaron por lo que la conexión entre uso compartido de jeringas y la transmisión de la enfermedad se hizo más evidente. A raíz de ello, las autoridades sanitarias del Reino Unido implementaron un modelo piloto en Liverpool con el cual se avanzó de un modelo

de abajo hacia arriba de gestión de la iniciativa mediante la presión de grupos de defensa a un modelo de salud pública de arriba hacia abajo (gestado desde políticas de gobierno), buscando involucrar a los usuarios de drogas inyectables (UDI) de la comunidad en el diseño de su propia atención. El modelo tenía tres objetivos primordiales: facilitar el contacto con los miembros "difíciles de alcanzar" de la población de consumidores de drogas inyectables a través de esfuerzos de divulgación (Ashton & Seymour, 2010); mantener el contacto con los UDI; y ayudar a los UDI a realizar cambios en su comportamiento para reducir reducir los daños (Seymour & Eaton, 1997). Adicionalmente se crearon centros de atención y de investigación para mitigar el daño y entender de mejor manera los orígenes de las adicciones (Collins et al., 2011).

El modelo de Liverpool (o Merseyside Project) alcanzó los efectos esperados en la medida que se redujeron los casos de VIH/SIDA sobre la población consumidora de heroína.

"La prevalencia de la infección por el VIH entre las personas que se inyectan drogas se ha mantenido extremadamente baja y estable durante muchos años. La prevalencia de la infección por el VIH entre las personas que se inyectan drogas en el Reino Unido es de alrededor del 1%, (Public Health England, 2014) en comparación con el 37% en Rusia, el 42% en Ucrania, el 34% en Vietnam y el 43% en Tailandia" (Stimson, 2016 p. 205).

- Reducción de Daños en Tabaco

Los avances sobre estrategias de Reducción de Daños en el Reino Unido están particularmente retrasados en comparación con las estrategias en el uso de sustancias ilícitas. Si bien se ha comprobado que el tabaco es dañino cuando se fuma debido a que libera más de 7,000 químicos, (American Lung Association, S.f), las primeras estrategias para reducir daños se concentraron en cambiar los filtros (1950) y reducir los componentes cancerígenos en los cigarrillos (1970), sin embargo, estas medidas resultaron ineficientes. En este sentido, durante la segunda mitad del siglo XX las estrategias para controlar los efectos del cigarrillo se insertan en el marco del control de consumo de tabaco.

Fue hasta 2007 que la publicación del reporte "Harm Reduction in Nicotine Addiction" del UK Royal College of Physicians argumentó que la reducción de daños se puede alcanzar cambiando el consumo de tabaco tradicional hacia otras formas de consumir nicotina (Royal College of Physicians, 2007). No obstante, para ese momento, la única opción viable para cambiar de cigarrillos tradicionales a otros era mediante la Terapia por Reemplazo de Nicotina (TRN), que no resultaba atractiva para los consumidores (Stimson, 2016). El verdadero cambio paradigmático sobre Reducción de Daños resultó de la llegada de los cigarrillos electrónicos al mercado en ese mismo año. El éxito del reemplazo del cigarrillo tradicional a esta nueva forma de consumir nicotina se debió a que "por primera vez dejar de fumar es una experiencia placentera y compartida, como demuestra el entusiasmo por los distintos sabores" (Stimson, 2016 p. 206). En otras palabras, la introducción de los productos sin combustión permitió percibir el abandono de fumar cigarrillo como una experiencia placentera alejándose de las

incomodidades que significa una estrategia vista como un tratamiento médico como lo es la TRN (Jakes, 2016).

Si bien los cigarrillos eléctricos resultaron atractivos como una estrategia de Reducción de Daños, en el Reino Unido ha existido una suerte de resistencia, sobre todo por el aumento en consumo de estas sustancias en menores de edad (Stimson, 2016). Sin embargo, a pesar de la reticencia observada desde las autoridades de salud pública, en el 2015 fue esta misma autoridad la que publicó un estudio que comprobaba que los cigarrillos electrónicos eran 95% menos dañinos que los cigarrillos tradicionales (McNeill, 2015 et al., 2015). No obstante como se mencionó anteriormente, publicaciones más recientes han ahondado en la necesidad de realizar estudios más exhaustivos, a largo plazo para determinar los posibles efectos de este método de Reducción de Daños (Glasser et al., 2017; Jensen & Boykan, 2019; Siqueira, 2017).

Por otro lado, desde 2012, el gobierno del Reino Unido ha alentado activamente a los fumadores a considerar el uso de cigarrillos electrónicos como una forma de dejar de fumar, incluso a través de su campaña anual Stoptober, un desafío nacional de un mes para dejar de fumar. Se comprobó que los intentos de dejar de fumar durante octubre fueron más altos que los otros días del año (Kuipers, 2020). Por otro lado, en su estudio sobre los cigarrillos electrónicos y productos de tabaco calentado, resaltaron que en comparación con los cigarrillos, los productos del tabaco calentado pueden exponer a los usuarios a niveles más bajos de partículas y compuestos nocivos (McNeill et al., 2018). Finalmente, las revisiones anuales posteriores de la evidencia por parte de Public Health England (2021) han seguido validando el importante papel que los cigarrillos electrónicos y el vapeo pueden desempeñar para alejar a los adultos de los cigarrillos.

### **3.2 Estados Unidos**

- Reducción de Daños en sustancias ilícitas

El paradigma de Reducción de Daños en Estados Unidos, al igual que el de Reino Unido, surge a raíz del incremento en consumo de sustancias ilícitas mediante jeringas compartidas, así como el incremento de casos de VIH/SIDA durante las décadas de 1970 y 1980. De igual forma, también se intentó implementar un programa similar al propuesto en el Proyecto de Merseyside sobre manejo y distribución de jeringas limpias para el consumo. Sin embargo, tanto el VIH/SIDA como la adicción a sustancias ilícitas contaban con una serie de prejuicios originados principalmente por la cantidad de población homosexual infectada con el virus. En este sentido, los esfuerzos por reducir los daños a través de programas de jeringas limpias usualmente se originan en grupos de defensa que intentaban implementar un modelo de salud pública, pero desde las raíces, usualmente con recursos limitados, enfrentándose a campañas de censura del gobierno central (Peterson et al., 1998). Por ejemplo "Los materiales de educación sobre conductas sexuales de alto riesgo solían ser objeto de censura por parte del gobierno estadounidense, y la distribución de agujas y jeringuillas era ilegal en muchas comunidades afectadas en el momento álgido de la crisis del VIH/SIDA" (Collins et al., 2011 p. 16).

- Reducción de Daños en tabaco

A diferencia de las iniciativas de Reducción de Daños de uso de sustancias ilícitas, las iniciativas relacionadas con el tabaco empezaron a ser relevantes a inicios de 1960 cuando los primeros estudios sobre la correlación del consumo de cigarrillos con el cáncer de pulmón empezaron a ser publicados (National Cancer Institute, 2001). Durante esa década se empezaron a utilizar productos Alternativos para la Distribución de Nicotina (Alternative Delivery Products-ANDS) como el cambio de cigarrillos tradicionales a pipas y tabaco e incluso la disminución del alquitrán en los cigarrillos (Kozlowski et al., 2006).

“El desastre del cigarrillo ligero/bajo en alquitrán se vio agravado por la popularidad del producto y por el hecho de que los riesgos no se redujeron de forma significativa, aunque la percepción era que se habían reducido. Hicieron falta décadas de investigación para demostrar que los cigarrillos con bajo contenido de alquitrán no eran productos que valieran la pena para reducir los daños y para comprender que la inhalación del humo de los puros y de las pipas (la inhalación era más probable en los antiguos fumadores de cigarrillos) eran significativamente peligrosos para la salud” (Kozlowski & Abrams, 2016 p. 3),

Sobre estos nuevos hallazgos, en la década de 1980, Estados Unidos vio un cambio de paradigma drástico ya que empezó a circular la idea de que ningún producto con nicotina era un buen reemplazo para el cigarrillo ya que todos podían causar daños a la salud del consumidor. En este sentido, se reforzaron las medidas de prohibición y censura al cigarrillo con el fin de controlar el consumo de este. Los argumentos contruidos por expertos en el paradigma de control de cigarrillos estaban contruidos sobre tres líneas: “1) “los cigarrillos son los únicos productos legales que son mortales cuando se utilizan de la forma prevista por el fabricante”, 2) el tabaquismo involuntario, y 3) la mortalidad de los cigarrillos es mucho mayor que la de otros productos” (Proctor citado en Kozlowski & Abrams, 2016 p.3). Esta línea argumentativa ocasionó un incremento en medidas de control como impuestos al consumo, y políticas de estigmatización deliberada-espacios libre de humo y avisos de precaución en los empaques). No obstante, estas medidas no lograron el objetivo esperado de reducción de consumo (Brandt, 2007).

Durante los últimos años este fue el paradigma dominante en los Estados Unidos hasta que en el 2000 la Administración de Alimentación y Medicamentos (AAM) del país publicó un estudio con relación a la viabilidad de implementar estrategias de Reducción de Daños sobre el consumo del tabaco (Peeters & Gilmore, 2014). Por otro lado, durante la primera década del siglo XXI, el mercado de tabaco cambió drásticamente debido a cuatro razones: 1) la evidencia científica ya no era compatible con la visión de que todos los productos de nicotina eran nocivos para la salud; 2) La introducción y normalización de formas alternativas para dejar de fumar en forma de terapias medicinales de sustitución de la nicotina consideradas seguras para su venta sin receta y para su uso a largo plazo 3) La posibilidad de futuras innovaciones mejoradas de las tecnologías disruptivas de una serie de sistemas alternativos de suministro de nicotina como los productos desechables, de tanque y de vapor (cigarrillos electrónicos); y 4) datos epidemiológicos

longitudinales rigurosos y convincentes de Suecia/ Escandinavia sobre el uso exitoso de los cigarrillos electrónicos (Kozlowski & Abrams, 2016; Saprú et al., 2020)

Desde la introducción del cigarrillo electrónico en el mercado estadounidense, la cantidad de usuarios ha incrementado progresivamente siendo un porcentaje de estos previos fumadores de cigarrillos tradicionales (Saprú et al., 2020). En este sentido, se ha comprobado los beneficios del cambio de fuente de consumo de nicotina en los usuarios como una estrategia de reducción de daños en los Estados Unidos. Los hallazgos de Polosa et al. (2017) han comprobado los beneficios en individuos que fumaban previamente. Dentro de los beneficios identificados por el cambio en hábitos de consumo se encuentran: Mejora en la resistencia de los usuarios, mejor capacidad pulmonar y disminución de tos derivado del humo del cigarrillo y, en casos de individuos con comorbilidades, mejora los síntomas del EPOC y el Asma. Finalmente, en el 2020 la Administración de Alimentos y Medicamentos permitió el uso de los Productos del Tabaco de Riesgo Modificado (Modified Risk Tobacco Products-MRTP), luego que la entidad determinará que los IQOS entrarán en la categoría de contenido reducido de la sustancia o que presente una exposición reducida a la misma, o que esté libre de una sustancia, cuando se espera que la emisión de la orden beneficie a la salud de la población.

### **3.3 Países Nórdicos**

En los países nórdicos, los 'snus', un tipo de estimulante sin humo que contiene nicotina ha tenido diferentes regulaciones en la región que incluye a Suecia, Noruega, Dinamarca y Finlandia. Si bien es un producto que entra dentro de la categoría de elementos para Reducción de Daños, se ha reglamentado de manera diferenciada, privilegiando elementos normativos del control de consumo. En primer lugar, en Suecia, se aplica reglamentación europea acerca de los productos calentados de tabaco, así pues, las autoridades suecas han autorizado el consumo, venta y distribución de este producto en el país y la única restricción se aplica para los menores de edad. En ese orden de ideas, 'El Organismo de Salud Pública de Suecia está facultado para reglamentar los productos de tabaco calentados' (Global State of Tobacco Harm Reduction, 2022). En segundo lugar, en Noruega, el uso de los 'snus' está permitido, así como su distribución y venta en el país, la única regulación que se reconoce en el país está enmarcada en la presentación del producto, tal y como se evidencia de la siguiente forma: 'El snus no está prohibido en Noruega, sin embargo, el Gobierno noruego restringió el snus al envasado simple en 2017' (Global State of Tobacco Harm Reduction, 2022).

En tercer lugar, en Dinamarca, la venta de los 'snus' está prohibido, así como su importación para la venta en el país, sin embargo, el uso personal es legal en el país. Finalmente, en el caso de Finlandia es importante mencionar que no existen regulaciones específicas para los 'snus' ni para los productos derivados del tabaco. En este sentido, 'Si bien es ilegal importar snus para el comercio o comprar el producto en línea, es posible importarlo para uso personal (Global State of Tobacco Harm Reduction, 2022).

### **3.4 Japón**

- Reducción de consumo de tabaco

Desde la introducción de los productos de tabaco calentado, Japón ha sido uno de los principales países en disminuir el consumo de tabaco tradicional. De acuerdo con Cummings et. al (2020) entre 2011 y 2019, las ventas generales de cigarrillos tradicionales disminuyeron en un 38%, mientras que las ventas totales de tabaco (cigarrillos y productos de tabaco sin combustión) disminuyeron en un 19%.

De acuerdo con esta investigación, se ha comprobado desde dos estudios independientes que la disminución del daño está estrechamente relacionada con la introducción regulada de los productos de tabaco calentado (Cummings et al., 2020). Por otro lado, las hospitalizaciones por casos de cardiopatía isquémica relacionadas con el consumo de cigarrillo disminuyeron significativamente, atribuyendo las afectaciones a los químicos liberados por la combustión. En este sentido, Japón es un caso de éxito de reducción de daños mediante la introducción de regulación a productos de tabaco sin combustión.

### **3.5 Nueva Zelanda**

El caso de Nueva Zelanda presenta una verdadera innovación en términos de regulación para los productos de esta industria, esto debido a que implementaron una medida que prohíbe explícitamente la adquisición de cigarrillos para los jóvenes nacidos después del año 2008 (BBC,2021). Además, desde el año 2018 la venta, importación, distribución de los líquidos de los e-cigarettes es legal en el país después de una decisión judicial (Global State of Tobacco Harm Reduction,2022). De igual forma, es importante señalar que el gobierno de Nueva Zelanda ha aprobado recientemente un nuevo marco regulatorio para los cigarrillos electrónicos y los productos de tabaco calentado. El objetivo de esta normativa es el de 'apoyar a los fumadores para que cambien a productos regulados que son significativamente menos dañinos que fumar' (New Zealand Legislation, 2021) .

De igual forma, es importante destacar que 'la nueva ley adopta dos principios para ayudar a alcanzar el ambicioso objetivo de tener un país libre de humo para 2025 – alcanzable cuando el 5% o menos de la población adulta fume'(New Zealand Legislation, 2021) . Cabe mencionar que la legislación aplica una fuerte regulación a los productos de tabaco combustible, así como se establecen pautas para promocionar los dispositivos electrónicos en reemplazo de los cigarrillos y de los productos de combustión.

Además, 'Nueva Zelanda ha rechazado clara y explícitamente la postura de la OMS de que los dispositivos deben considerarse un producto de tabaco y regularse igual que los cigarrillos. La ley establece: "un producto de vapeo que contiene tabaco no es un producto de tabaco (Sección 5(8) de la Ley' (New Zealand Legislation, 2021).

### **3.6 Filipinas**

La Ley de Regulación de Productos de Nicotina y No Nicotina Vaporizados regula la importación, fabricación, empaque, venta, uso, distribución y comunicación de productos de vapeo como cigarrillos electrónicos y productos de tabaco

calentado (HTP). Con la ley se tiene como finalidad proteger a los menores de edad dado que la ley les prohibirá comprar cigarrillos electrónicos y se establecerán sanciones para quienes sean sorprendidos violando las prohibiciones de esta norma. De igual forma, la norma busca el establecimiento de nuevas políticas que permitan reducir la cantidad de muertes ocasionadas por el consumo de tabaco. También la legislación establece una estrategia distinta para la lucha contra el contrabando de cigarrillos.

A través de esta estrategia, los organismos de salud de Filipinas esperan que con esta nueva legislación se disminuyan las tasas de tabaquismo, que mata a más de 100 mil fumadores filipinos anualmente.

### **3.6 Apreciaciones finales**

Si bien en los últimos años ha existido una serie de definiciones sobre Reducción de Daños, la más utilizada se refiere a todo tipo de iniciativas, proyectos y programas que busquen minimizar el riesgo de consumo para la salud humana sin eliminar su consumo completamente (Kuwabara, 2021; Sanit, 2002; Warner, 2020). Ciertamente, existe una discusión abierta en la literatura sobre los beneficios que puede traer el paradigma de control de consumo sobre el paradigma de Reducción de Daños. No obstante, mientras la literatura demuestra que el primer paradigma no ha sido lo suficientemente efectivo en su objetivo de reducir el consumo de sustancias a cero (especialmente el tabaco) por otro lado hace evidente que el enfoque de Reducción de Daños, si bien presenta limitaciones, sí ha logrado disminuir los efectos nocivos que tienen estos productos sobre la salud (Yach, 2020). En este sentido, la diferencia central entre estos paradigmas es que mientras el control de consumo busca reducir el consumo para evitar efectos adversos, el paradigma de reducción de daños busca reducir los efectos nocivos en la salud a la vez que no intenta erradicar su consumo.

Por otro lado, aunque la Reducción de Daños en Tabaco se ha vuelto más importante en los últimos años, este presenta una suerte de atraso con respecto a las iniciativas que existen sobre el paradigma en materia de uso de sustancias ilícitas. Esto se debe a cuatro razones específicas: 1) la prevalencia del paradigma sobre el control de consumo; 2) las visiones moralistas; 3) las dudas razonables frente a la seguridad de los nuevos métodos de Reducción de Daños; 4) la percepción negativa que se tiene sobre la Reducción de Daños como método para, en efecto, reducir los efectos causados por el tabaco. Esta desconfianza sobre los métodos de Harm Reduction se profundiza a partir de las críticas más recientes sobre el uso de cigarrillos electrónicos como un método de reducción de daños, ya que es necesario que se realice estudios más exhaustivos sobre su efecto a largo plazo. No obstante, a pesar de estas críticas los productos de tabaco sin combustión, entran dentro de las estrategias de Reducción de Daños ya que a pesar de que signifiquen un daño en la salud del consumidor son menos nocivos y ciertamente es un paso hacia minimizar los efectos de un cigarrillo tradicional.

Ciertamente, estos hallazgos ambiguos pueden abrir la puerta de discusión sobre qué otras estrategias a parte de los productos sin combustión, pueden



considerarse como una alternativa viable en donde tanto los gobiernos como la industria tabacalera encuentren sus beneficios. En ese sentido, se pueden tomar prestadas las experiencias y los hitos de países con legislación más avanzada en el tema de Reducción de Daños, cigarrillos electrónicos u otras alternativas que quepan dentro del paradigma teniendo en cuenta tanto los principios epistemológicos como prácticos del paradigma de Reducción de Daños.

## 4. Normativa Internacional

### 4.1. Convenio Marco para el Control del Tabaco

A partir del año 2004, se estableció el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT). Desde su entrada en vigor en 2005, el Convenio se ha convertido en uno de los pactos internacionales con mayor nivel de aceptación en la historia de la Organización de las Naciones Unidas (ONU). A diciembre de 2015 ya contaba con 180 Estados Parte, incluidos 30 de los 35 países de la Región de las Américas. El Convenio Marco fue el primer Convenio negociado bajo los estándares de la OMS y fue elaborado como una respuesta a la globalización del tabaquismo. Así mismo, representó un cambio de paradigma para el desarrollo de una estrategia de reglamentación integral que posibilitará abordar el tema del consumo de tabaco de forma adecuada para el momento en el cual se redactó el texto final del Convenio Marco.

A lo largo de los años, el Convenio Marco se ha ido integrando en varios documentos internacionales relacionados con las enfermedades no transmisibles (ENT), y recientemente con los objetivos de desarrollo sostenible. A diferencia de otros Tratados, en el Convenio se incluyen mecanismos para disminuir tanto la oferta como la demanda de productos de tabaco y sus mandatos cubren enteramente la cadena de producción, distribución y venta de esos productos (OPS, 2016).

De otra parte, el cumplimiento integral de las recomendaciones emitidas por la OPS, permitirá la consecución de objetivos tales como: 1. Evitar que los jóvenes se inicien en el consumo; 2. Proteger a los no fumadores de la exposición al humo de tabaco ajeno; y 3. Ayudar a los consumidores a abandonar el tabaco y a los ex consumidores a mantener la abstinencia.

Las principales disposiciones del Convenio Marco, relativas al control de la demanda se encuentran plasmadas en los siguientes artículos:

- Medidas relacionadas con los precios y los impuestos (Artículo 6)
- Medidas no relacionadas con los precios y los impuestos: protección contra la exposición al humo de tabaco (Artículo 8), reglamentación del contenido de los productos de tabaco (Artículo 9), reglamentación de la divulgación de la información sobre los productos de tabaco (Artículo 10),

reglamentación del empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco (Artículo 11), educación, comunicación, formación y concientización del público (Artículo 12), regulación de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco (Artículo 13), reducción de la demanda mediante el tratamiento de la dependencia y el abandono del tabaco (Artículo 14).

- Mientras que las principales disposiciones relativas al control de la oferta se encuentran plasmadas en los artículos del 15 al 17: Comercio ilícito de productos de tabaco (Artículo 15), ventas a menores y por menores (Artículo 16) y apoyo a actividades alternativas económicamente viables (Artículo 17).

De igual forma, es posible concluir que el Convenio establece que las partes firmantes deberán adoptar medidas de corte transversal, dado que varias de las medidas necesarias para combatir el tabaquismo se encuentran por fuera de la órbita de los ministerios de salud. Por esto, es imprescindible que -a nivel nacional, regional e internacional- se adopten medidas y respuestas multisectoriales integrales, que incorporen la intervención de demás ministerios y agencias, así como la participación de la sociedad civil, de acuerdo con lo estipulado en los Artículo 4 y 5 del Convenio.

Igualmente, el Artículo 5, en el numeral 3, dispone que los Estados firmantes deben proteger las medidas de salud pública de la interferencia de los intereses comerciales y otros intereses que surgen de la industria tabacalera<sup>1</sup>. Así mismo, el Convenio insta a los Estados a reconocer y contrarrestar los intentos de la industria tabacalera de minar las políticas de control del tabaco. Por último, el Convenio, incluye normativas referentes a la relación de responsabilidad (Artículo 19), la investigación y el intercambio de información (20, 21 y 22).

Las disposiciones clave que las Partes del Convenio Marco/ OMS están obligadas a aplicar incluyen:

- Una prohibición total de la publicidad, promoción y patrocinio de los productos de tabaco dentro de los cinco años;
- Advertencias sanitarias fuertes en el empaquetado de los cigarrillos que cubran al menos el 30% (e idealmente 50%) de las superficies expuestas dentro de los tres años;
- Protección de la exposición al humo de tabaco ajeno en todos los lugares de trabajo interiores, lugares públicos cerrados y transporte público; y
- Medidas para reducir el comercio ilícito de productos de tabaco.

---

<sup>1</sup> A la hora de establecer y aplicar sus políticas de salud pública relativas al control del tabaco, las Partes actuarán de una manera que proteja dichas políticas contra los intereses comerciales y otros intereses creados de la industria tabacalera, de conformidad con la legislación nacional. (Artículo 5, numeral 3, Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco).

El Tratado también aborda una serie de otras cuestiones, incluida la reglamentación del contenido de los productos de tabaco; reglamentación de la divulgación de información sobre los productos de tabaco; ventas a menores y por menores; medidas de reducción de la demanda relativas a la dependencia y al abandono del tabaco; y la investigación, vigilancia e intercambio de información.

#### **4.1.1. Normativa y acciones derivadas de la implementación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco**

A partir de la adopción del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, los Estados Miembro de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), manifestaron que se encontraban de acuerdo en controlar las Enfermedades no Transmisibles (ENT) y aprobaron por unanimidad la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y Control de las Enfermedades no Transmisibles.

En dicha declaración se reconoce que la prevención es un factor fundamental para la respuesta mundial a las ENT y que es de vital importancia reducir el nivel de exposición de los individuos y las poblaciones a los factores de riesgo modificables que son comunes a las ENT, a decir: el uso del tabaco, la dieta no saludable, la inactividad física y el consumo nocivo de alcohol. Como parte de la asistencia técnica prestada por la OMS, en 2008 introdujeron un paquete de medidas para un control eficaz del tabaco. Las medidas son consideradas como un punto inicial hacia la aplicación completa del Convenio Marco, y este se conoce como el paquete MPOWER (seis intervenciones para el control del tabaco):

- M (Monitor): Monitoreo del consumo de tabaco y la aplicación de políticas de control del tabaco,
- P (Protect): Proteger a la población de la exposición al humo de tabaco
- O (Offer): Ofrecer ayuda para abandonar el uso del tabaco
- W(Warn): Advertir sobre los peligros del tabaco
- E (Enforce): Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco
- R (Raise): Aumentar los impuestos al tabaco

La OMS estima que la aplicación oportuna de las medidas del paquete tiene un costo anual de US\$0,11 per cápita en países de ingresos bajos y medianos.

Luego de esto, y con la finalidad de traducir la voluntad política en acción, la 66ª Asamblea Mundial de la Salud, adoptó el Plan de Acción Mundial para la Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles 2013- 2020, que incluye un Marco Mundial de Vigilancia Integral y las metas para la prevención y el control de las ENT. Dicho Marco contiene 25 indicadores que son aplicables a las situaciones tanto regionales como nacionales que tienen como objetivo seguir las tendencias y evaluar los progresos logrados en la aplicación de las estrategias y planes nacionales que se encuentren relacionados con la ENT.

Del mismo modo, propone, nueve metas mundiales de aplicación voluntaria, entre las cuales se encuentran: 1) reducción relativa del 25% en la mortalidad prematura por enfermedades, 2) reducción relativa de al menos 105 en el uso nocivo de alcohol, según proceda en el marco del contexto nacional, 3) reducción relativa de 10% en la prevalencia de inactividad física, 4) reducción del 30% en la ingesta promedio diaria de sal, 5) reducción relativa de 30% en la prevalencia de consumo de tabaco en las personas de 15 años o más, entre otros.

En la misma línea, el 52º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud aprobó el Plan de Acción para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles en las Américas 2013 - 2019, en el cual se esbozan opciones de políticas y acciones que los Estados pueden adoptar para alcanzar en 2025 las nueve metas propuestas por el Marco Mundial de Vigilancia Integral para la Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles.

En este sentido, el objetivo 2.1 tiene como objetivo la reducción del consumo de tabaco y la exposición pasiva al humo de tabaco y tiene como indicador el número de países que reducen la prevalencia de consumo actual de tabaco con vistas a alcanzar la reducción de 30% propuesta para el año 2025.<sup>2</sup> La meta propuesta planteaba que para 2019, 15 países deberían haber reducido su prevalencia y que para 2025, 11 países más deberían haberlo hecho.

Por último, en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, el Objetivo 3 busca garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos e incluye las ENT y sus factores de riesgo. Por su lado, el Objetivo 3.4 quiere reducir en un tercio la mortalidad prematura por ENT para 2030. También llama al fortalecimiento de la aplicación del CMCT.

Por otra parte, durante la 5ª Sesión de la COP, se adoptó el Protocolo para la Eliminación del Comercio Ilícito de Productos de Tabaco. Este fue el primer Protocolo del Convenio Marco y por ende se adoptó como un nuevo tratado internacional. El objetivo de este Protocolo es el control de la cadena de suministros de productos de tabaco.<sup>3</sup>

## **4.2. Aplicabilidad del Convenio Marco de la OMS**

El control del tabaco conlleva la adopción de medidas multisectoriales que actúen de forma conjunta y sean complementarias entre sí. En el artículo 4.4. del Convenio Marco de la OMS, se establece que se deben adoptar tanto a nivel nacional como internacional medidas multisectoriales que permitan reducir el consumo de todos los productos derivados del tabaco, con el fin de prevenir, según los principios de

---

<sup>2</sup> El Marco Mundial de Vigilancia Integral, incluido el conjunto de 25 indicadores, permitirá realizar evaluaciones comparables a nivel internacional sobre las tendencias de las enfermedades no transmisibles a lo largo del tiempo, y ayudará a evaluar la situación en los diferentes países en relación con la de otros de la misma región o la de los incluidos en la misma categoría en cuanto a nivel de desarrollo. (Marco Mundial de Vigilancia Integral, 2013 - 2019).

<sup>3</sup> El comercio internacional ilícito de productos derivados del tabaco es considerado como una amenaza a la salud pública, dado que aumenta la accesibilidad y la asequibilidad de dichos productos. Esto socava las políticas de control del tabaco y genera pérdidas en los ingresos de los países. Por lo tanto, si se elimina el comercio ilícito, los Gobiernos obtendrían US\$30.000 millones anuales más en impuestos, y cada seis años se evitarían un millón de muertes (OPS, 2015).

la salud pública, la incidencia de enfermedades y la mortalidad ocasionada por el consumo de tabaco y a la exposición al humo de tabaco.

En este orden de ideas, en el Convenio Marco, la OMS impone a las partes la aplicación de un conjunto de medidas de control del tabaco con la finalidad de reducir la demanda de productos de tabaco.

El Artículo 11 del Convenio Marco, hace referencia al empaquetado neutro, el cual es una medida que habla sobre el empaquetado y el etiquetado y sobre la restricción de la publicidad y comercialización de los productos de tabaco. El establecimiento de dicha medida no atenúa el abanico de riesgos asociados al consumo de tabaco, pero es considerado como un avance en lo referente a las medidas estrictas a tal efecto.

El concepto de empaquetado neutro, se define en las directrices para la aplicación de los artículos 11 (Empaquetado y Etiquetado de los productos de Tabaco) y 13 (Publicidad, promoción y patrocinio del tabaco) del Convenio Marco. Según el artículo 11, las partes deben aplicar medidas eficaces para conseguir que en los paquetes y las etiquetas de los productos de tabaco no se promocionen productos de tabaco de una manera falsa, engañosa o que pueda inducir a error (artículo 11.1 a) y que en los paquetes de productos de tabaco figuren advertencias sanitarias que describan los efectos nocivos del consumo de tabaco (artículo 11.1. b) (OMS, 2017).

En el contexto de la adopción e implementación del Convenio Marco y en particular de los artículos mencionados anteriormente, el establecimiento de esta medida es correspondiente con varios objetivos, entre ellos:

- Reducir el atractivo de los productos de tabaco
- Suprimir los efectos del empaquetado de los productos de tabaco como una manera de publicidad y promoción de estos productos.
- Prevenir el uso de técnicas de diseño de los paquetes que puedan sugerir que algunos productos son menos nocivos que otros; y
- Aumentar la vistosidad y eficacia de las advertencias sanitarias

En este contexto, existen elementos que comparten medidas relacionadas con el empaquetado neutro y su adopción puede hacerse por medio de formas distintas dependiendo de las jurisdicciones. Dicha variación puede verse influenciada por las diversas opciones normativas en el diseño de esas medidas o bien a diferencias en sus contextos de aplicación.

#### **4.2.2. Regiones con mayor nivel de avance en la aplicación de normatividad**

En la actualidad, sesenta países se encuentran en camino para alcanzar la meta mundial de aplicación voluntaria para reducir el consumo de tabaco en un 30% para 2025 (OMS, 2021).

Según el Estudio de la Carga Mundial de Enfermedades (GBD), en 2019 en el mundo fueron consumidos 7,41 billones de cigarrillos, lo que equivaldría a un consumo diario promedio de 20.300 millones. Para ese mismo año, el consumo tenía su punto más alto entre hombres, dado que un 32,3% fumaba más de 20 cigarrillos al día, mientras que para 2020, el 22,3% de la población mundial consumía tabaco, de estos el 36,7% eran hombres y el 7,8% eran mujeres. Según la OMS, en los dos últimos años, otras dos regiones -África y Asia Sudoriental- se han unido a la senda para lograr una reducción del 30%.

De todas las regiones que pertenecen a la OMS, la Región de las Américas, ha tenido el descenso más relevante en cuanto a las tasas de prevalencia a lo largo del tiempo. La tasa media de consumo de tabaco ha pasado del 21% en 2015 al 16% en 2020. En contraste, en Europa, el 18% de las mujeres consumen tabaco, porcentaje que es superior al de cualquier otra región. En cuanto al Mediterráneo Oriental, Pakistán es el único país en esta región que se encuentra desarrollando políticas para alcanzar la meta de reducción de consumo del tabaco.

Por otra parte, Asia Sudoriental, posee las tasas más altas de consumo de tabaco. Para 2020 se reportaron 432 millones de consumidores, lo que es equivalente al 29% de su población. Aún así, es la región donde el consumo de tabaco disminuye con mayor rapidez. En cuanto al Pacífico Occidental, se estima que pese a tener la tasa más alta de consumo, se prevé que el mismo se mantendrá por encima del 45% en 2025, 15 puntos porcentuales por encima de las metas fijadas por parte del Convenio Marco en materia de reducción de consumo de tabaco y nicotina. De igual manera, este límite concuerda con la revisión del objetivo tres de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, relacionados con salud y bienestar.

Según la OMS (2021), uno de cada tres países cuenta con las condiciones para alcanzar la meta de una reducción del 30% en el consumo de tabaco, y los países de ingresos bajos son los que más avances han venido teniendo en esta materia, producto de un cumplimiento integral de las recomendaciones hechas en el Convenio Marco. Por su parte, los países de ingresos medios - altos, son los que han venido avanzando más lentamente en la reducción del consumo de tabaco, producto de la demanda creciente y constante en el tiempo de productos derivados del tabaco y la nicotina.

#### **4.2.3. Países con mayor nivel de avance en aplicación de normatividad**

El cuarto informe de la OMS publicado en noviembre de 2021 sobre las tendencias mundiales del consumo de tabaco, afirma que en la actualidad existen 1.300 millones de consumidores de tabaco en el mundo, en contraste con los 1.320 millones que existían para 2015.

Para 2025, la meta que plantea la OMS es una reducción de 1.270 millones de consumidores de tabaco. Dicho informe, insta a los países a una aceleración en la aplicación de las medidas del Convenio Marco para reducir aún más la cantidad

de personas que corren el riesgo de morir por causa de enfermedades relacionadas con el tabaco.

En este sentido, varios países alrededor del mundo han aumentado sus esfuerzos para reducir el consumo de tabaco. Un ejemplo de esto es Australia, el cual se convirtió en el primer país miembro de la OMS en implementar el empaquetado neutro en los productos de tabaco. Consecuencia de esto, países como Reino Unido, Francia e Irlanda se unieron al proceso de difusión de esta política, así como implementaron leyes relacionadas con el empaquetado neutro (OMS, 2021).

Por otra parte, Noruega y Hungría han venido elaborando una serie de leyes para implementar el empaquetado neutro, sin embargo, este no ha avanzado, producto de los bajos incentivos para adelantar estos procesos. Adicionalmente, Singapur realizó una consulta pública para establecer este empaquetado.

Sudáfrica y Turquía, han indicado su intención de aplicar medidas similares o bien, se encuentran en la elaboración de políticas sobre reducción de riesgos y daños, al no contar con una normatividad clara en la materia.

Brasil y Turquía han sido los únicos países que han implementado integralmente todas las medidas del Convenio Marco, teniendo como consecuencia un avance sostenido en la disminución de los consumidores de tabaco y nicotina.

Ahora bien, de acuerdo al Informe mundial de la OMS sobre tendencias en la prevalencia del consumo de tabaco 2000–2025, uno de cada tres países se encuentra en condiciones para alcanzar la meta de una reducción cercana al 30% en el consumo de tabaco para 2025. Los países de ingresos bajos son los que más avances están logrando en la lucha contra el tabaco, mientras que los países que cuentan con ingresos medios - altos son los que avanzan más lento en la reducción del consumo.

Según el Global Burden of Disease (2021), China, ha aumentado significativamente el consumo, registrando un tercio del consumo mundial de tabaco (2.710 millones de cigarrillos). Esto quiere decir que uno de cada tres fumadores pertenece al país asiático, lo que lo convierte en el mayor consumidor de tabaco en el mundo.

Es importante tener en cuenta que en gran parte de los países las reducciones de prevalencia no han avanzado al mismo ritmo que el crecimiento de la población. Como consecuencia el número de fumadores ha venido aumentando de forma constante desde 1990.

La reducción que se ha dado a partir de 2015 ha sido gracias al Convenio Marco de la OMS, toda vez que este coordinó los esfuerzos y ofreció una guía a todos los países a partir de 2005. La estrategia vinculante de los 182 países firmantes comenzó a tener efectos positivos, ya que en los cuatro años siguientes después de su entrada en vigor, se dio la mayor reducción de consumo de tabaco a nivel mundial (The Lancet, 2021).

En Latinoamérica, en el caso específico de países como Brasil, Costa Rica y Colombia, la reducción ha sido notable y se encuentran entre las 10 naciones con mayor progreso en la materia desde 1990, de acuerdo con el siguiente cuadro:

Países en los que se redujo el tabaquismo desde 2005

<u>País</u>	<u>Porcentaje de reducción</u>
Brasil	73,4
Noruega	53,5
Senegal	50,9
Islandia	49,7
Dinamarca	49,3
Haití	47,5
Australia	47,5
Costa Rica	47,4
Canadá	47,4
Colombia	47,1

La causalidad entre la disminución del consumo y los impuestos al tabaco, no ha sido comprobada. Aun así, considerando la multicausalidad del fenómeno los logros pueden haberse dado por la unión de múltiples estrategias.

Aun así, varios de los países que han tenido éxito en sus campañas de disminución en el consumo de tabaco, han desacelerado sus tasas de progreso en los últimos cinco años, esto debido en gran parte al aumento ilegal en productos de tabaco baratos, sin control de calidad y no regulados.

**Según la OCDE, el comercio internacional de productos ilegales creció hasta alcanzar los US\$509 mil millones, lo que representa un 3,3% del comercio global de mercancías. En este sentido, la INTERPOL, estima que aproximadamente el comercio ilegal de cigarrillos representa el 11.6% del consumo global, lo que es igual a 657 mil millones de cigarrillos al año. Asimismo, la OMS ha calculado que entre el 10 - 12% de los cigarrillos en todo el mundo son ilegales.**

De acuerdo con la OMS, la reducción del comercio ilícito de tabaco, podría suponer una reducción en los índices de consumo, ya que esto limitaría la disponibilidad de alternativas de menor precio y no reglamentadas, y al aumentar los precios totales del tabaco. Si se eliminara el comercio ilícito, se produciría un



aumento general de los precios, con la consiguiente contracción del consumo de productos de tabaco (OMS, 2021, p. 7).

## 5. Normativa Nacional

### 5.1 Marco normativo en Colombia: Tabaco y nicotina

El marco normativo en Colombia, relacionado con el tabaco, nicotina y sus derivados, se ha centrado en tres elementos que dieron origen a la Ley 1335 de 2009, la cual nace de las recomendaciones realizadas por la OMS en el Convenio Marco para el control del tabaco, firmado y publicado en 2004. Estos son:

- Prohibición de venta en menores de edad: Se establecen sanciones y obligaciones para los vendedores y expendedores de productos relacionados con el tabaco y nicotina, para evitar que la población menor de 18 años, pueda adquirir estos productos y elementos.
- Reglamentación de publicidad y empaquetado: Con el fin de reducir los incentivos como generar medidas de prevención para no fumadores, se establecen prohibiciones para medios de comunicación y publicidad en general en los productos derivados del tabaco y la nicotina. Igualmente se estipula el uso del empaquetado neutro.
- Creación de impuestos para la reducción del uso y consumo de tabaco: Este elemento no se contempla en la ley 1335 de 2009, sin embargo, los esfuerzos en materia de reducción de riesgos y daños que se han venido adelantando tanto por entidades como por parte de legisladores, apuntan a la creación de impuestos que aumenten los precios de estos productos y generen incentivos negativos para reducir el consumo de tabaco y nicotina<sup>4</sup>.

Ahora bien, aunque en la ley mencionada como en la Resolución 1841 de 2013 'Plan Decenal de Salud Pública', contemplan medidas relacionadas con la prevención y reducción en el consumo de tabaco y nicotina, ninguna de estas medidas normativas, contempla vaporizadores y/o vapeadores, como tampoco su reglamentación. Esto supone de entrada la necesidad de adelantar un marco regulatorio específico que contemple las necesidades particulares para estos dispositivos, en materia de prevención para no fumadores como también lo relacionado con publicidad e impuestos.

---

<sup>4</sup> Cabe recalcar que el incremento en impuestos usualmente no genera el resultado esperado ya que los individuos consumidores no están dispuestos a cambiar sus preferencias mientras que si están dispuestos a pagar más dinero para continuar con sus patrones de consumo habituales (Gravely et. al, 2017; O'leary & Polosa, 2020)

Sobre este vacío normativo, algunos políticos como Mauricio Toro, quien es autor de varias iniciativas legislativas que pretenden regular específicamente dispositivos electrónicos, han afirmado que es necesario reglamentar los dispositivos electrónicos pero basados en las sustancias que contienen y no en la tecnología, la cual con el paso del tiempo, podría quedar obsoleta. Esto con el fin de que en caso de ocurrir avances en materia de innovación y tecnología en dispositivos, la legislación no quede obsoleta.

Sin embargo, posterior a la promulgación de la Ley 1335 de 2009, aunque desde el año 2011 se han presentado una serie de iniciativas legislativas, estas no han avanzado en su trámite. La falta de acuerdos y voluntad política ha llevado a que el Congreso no avance en medidas que: 1. Prohíban de manera expresa y a través de sanciones, la venta a menores de edad de dispositivos que contengan nicotina y sus derivados; 2. Diseño de políticas públicas en materia de prevención de consumo de nicotina; 3. Reducción de riesgos y daños asociados para establecer tratamientos que sirvan como alternativa al consumo de nicotina y sus derivados.

De otra parte, el Ministerio de Salud publicó el 14 de junio de 2022, la Resolución Número 1035 de 2022 'Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2022 - 2031 con sus capítulos diferenciales', el cual establece una hoja de ruta para la salud pública, en específico para las comunidades indígenas, víctimas del conflicto armado, pueblo Rrom y población afrocolombiana, raizal y palenquera. Esta Resolución obedece al Marco Estratégico que se traza para los próximos diez años en el país, el cual pretende establecer mecanismos de desarrollo y soluciones para los retos que en materia de salud pública, enfrentará el país en la próxima década.

Sobre esto, es importante mencionar que si bien fue publicada la Resolución en mención, enfocada y diseñada para pueblos minoritarios en el país, el Decreto que reglamenta este Marco Estratégico para el grueso de la población, a la fecha no ha sido publicado por parte del Ministerio de Salud. El cambio de Gobierno y los retos que desde el Gobierno Nacional se han asumido en materia de control de precios de medicamentos y tratamiento de la pandemia, ha llevado a que estas disposiciones normativas, no hayan sido publicadas en su totalidad.

No obstante, la Resolución 1035 de 2022, contiene un Eje Estratégico, orientado a la Gestión Integral de Riesgos en Salud Pública, mediante el cual se retoman aspectos del Plan Decenal 2012 - 2021 en lo relativo con la anticipación y/o prevención para Enfermedades No Transmisibles, pero también en la medición, evaluación y paliación de las mismas. Cabe mencionar que este eje reconoce la siguiente premisa: 'Los riesgos están siempre presentes por lo que su reconocimiento, caracterización e intervención, son prioritarios en salud pública con el propósito de prevenirlos, mitigarlos y superarlos. Pero también desde un enfoque de reducción de riesgos y daños con la intención de velar por la funcionalidad y la calidad de vida de quienes conscientemente asumen el riesgo individual como forma legítima de vivir sus vidas' (Minsalud, 2022,p.141).

En este sentido, es importante señalar que el objetivo de este eje estratégico se ha estructurado de la siguiente forma: 'Gestionar integralmente las condiciones de vida y salud que representan amenazas individuales y colectivas para el goce efectivo del derecho a la salud, mediante la combinación de acciones, estrategias e intervenciones de reducción de riesgos y daños, prevención y mitigación de riesgos, disminución de carga de enfermedad y desigualdades sanitarias, superación de eventos derivados de la materialización de los riesgos y amenazas y sus consecuencias reflejadas en brechas sociales injustas y evitables, en vulnerabilidades incrementales, y en morbilidad, discapacidad y mortalidad evitable' (Minsalud, 2022,p.142).

En este sentido, cabe mencionar que uno de los elementos orientadores de este eje es: 'Desarrollo de un enfoque de reducción de riesgos y daños para el manejo integral del consumo de sustancias psicoactivas: Se relaciona con el desarrollo y apropiación de un enfoque de reducción de riesgos y daños para el manejo integral del consumo de sustancias psicoactivas acorde con un enfoque diferencial así como posibilidad de prevenir riesgos y daños del consumo, mejorar la funcionalidad y calidad de vida de las personas, y reducir el estigma y discriminación hacia ellas, gestionando y mitigando los posibles riesgos para la salud derivados del consumo' (Minsalud, 2022,p.148).

Estos elementos resultan novedosos en la perspectiva que desde el Estado Colombiano se asume en relación con el uso de sustancias que pueden resultar nocivas para la salud. En primer lugar, se asume la posibilidad de que los individuos contemplen riesgos relacionados con el consumo de sustancias como el tabaco y la nicotina, pero al tiempo, se contemplan medidas en materia de salud pública para mitigar los posibles efectos tanto a nivel individual como colectivo sobre la decisión y riesgo que se asumen. En segundo lugar, contempla el dinamismo y la posibilidad de que nuevos elementos y/o riesgos surjan, por lo que plantea una aproximación a los riesgos que, de manera interdisciplinaria, aborda las distintas causas de consumo como también de prevalencia en algunas sustancias, permitiendo un enfoque que responda con mayor asertividad a las necesidades de consumidores y no consumidores.

Sobre este aspecto, se contemplan aspectos culturales y de tipo social que pueden influir en la adopción de riesgos por parte de los individuos, sobre lo cual, en la Resolución 1035 de 2022, se establece el papel del Estado y sus instituciones como el de un interventor que comprende las motivaciones para el inicio y prevalencia del consumo, por lo que supone que su papel debe ser el de un interventor que: 1. Atiende riesgos individuales en materia de consumo; 2. Diseña e implementa estrategias, las cuales desde la base del respeto por la autonomía individual, permita generar transformaciones en las motivaciones y hábitos de consumo de las personas.

Sobre este último aspecto, resulta novedoso que la Resolución en mención, entiende la necesidad de entender a los consumidores de distintas sustancias, en

este caso el tabaco y nicotina. En ese sentido, se afirma que las decisiones en materia de riesgos, *'No son decisiones aisladas sino que se dan en contextos, oportunidades, intereses de distintos órdenes, dinámicas y prácticas sociales'* (Ministerio de Salud, 2022, p.p 41).

Así, se proyecta y prevé una visión integral en materia de gestión de riesgos y daños, en donde se presenta una revisión de distintos factores sociales, culturales, entre otros, que pueden atender de manera acertada a la variabilidad y dinámica de los riesgos asumidos por los individuos en materia de consumo, llevando a que la reducción de riesgos y daños no recaiga únicamente en medidas de tipo restrictivo sino que permita el reconocimiento, caracterización e intervención para consumidores en el nivel individual y colectivo, en donde se incluye lo relacionado con atención tanto individual como colectiva a los retos en materia de reducción de riesgos y daños.

## **5.2. Proyectos de Ley que se han presentado para cubrir el vacío normativo**

Como se mencionó anteriormente, la normatividad colombiana sobre tabaco y nicotina, ha estado centrada en tres pilares, mediante los cuales se ha atendido al mercado del tabaco y la nicotina. Sin embargo, en ninguna de ellas se atiende de manera directa a la reducción de riesgos y daños como tampoco a una atención relacionada con los productos libres de combustión (cigarrillos electrónicos, vaporizadores, snus) . Estos al aparecer recientemente en el mercado global, han llevado a que los esfuerzos normativos, como la ley 1335, queden desactualizados frente a nuevas tecnologías que aparecen como sustitutos o complementos de los cigarrillos y los elementos de consumo tradicional.

Esto ha llevado a que desde el Congreso de la República, se haya leído la necesidad de impulsar una reglamentación específica para estos nuevos dispositivos, con el fin de prevenir que puedan ser adquiridos por parte de menores de edad, al tiempo que se generan medidas de prevención para nuevos consumidores y elementos para la reducción del consumo en adultos que ya hacen uso de productos libres de combustión.

A continuación, se presentan las iniciativas legislativas que desde el año 2018 se han radicado ante el Congreso de la República para reglamentar el uso, venta y publicidad de los vapeadores y/o vaporizadores. Igualmente, se presentan las iniciativas que han pretendido actualizar el esquema tributario para los cigarrillos.

<b>Título</b>	<b>Autor (es)</b>	<b>Objetivo</b>
---------------	-------------------	-----------------

<p>“Por medio del cual se regula el uso de Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina, sin nicotina y se dictan otras disposiciones”</p>	<p>Neyla Ruiz (Alianza Verde)</p>	<p>Regular el uso de vaporizadores, estableciendo medidas de prevención para no fumadores</p>
<p>Por la cual se modifica la ley 1335 de 2009, 'cigarrillos electrónicos'</p>	<p>José David Name (La U)</p>	<p>Establece que los vaporizadores y cigarrillos electrónicos, deben estar sujetos a las disposiciones normativas existentes para el tabaco y cigarrillos, establecidas en la ley 1335 de 2009.</p>
<p>Por la cual se crean medidas de prevención en salud pública en materia de tabaco y se dictan otras disposiciones</p>	<p>José Luis Pérez (Liberal) Wilson Arias (POLO) Jorge Tamayo (La U) José David Name (La U) Faber Muñoz (La U) Norma Hurtado (La U) Mauricio Toro (Alianza Verde) Katherine Miranda (Alianza Verde) Jorge Londoño (Alianza Verde) Juan Luis Castro (Alianza Verde)</p>	<p>Establece medidas para la prevención en el uso y consumo de tabacos, incluyendo a los vaporizadores, a través del aumento de precios al consumidor</p>
<p>Por la cual se actualiza y modifica el impuesto al consumo de cigarrillos, tabaco elaborado y productos afines</p>	<p>Armando Zabarain (Conservador)</p>	<p>Actualiza el impuesto al consumo de cigarrillos y tabaco y crea un impuesto de consumo para vaporizadores y vapeadores</p>
<p>Por el cual se crean medidas de prevención en salud pública en materia de tabaco y se dictan otras disposiciones</p>	<p>Wilson Arias (POLO) Mauricio Toro (Alianza Verde) Katherine Miranda (Alianza Verde) María José Pizarro (Decentes) León Fredy Muñoz (Alianza Verde)</p>	<p>Establece medidas de tipo fiscal para desincentivar el consumo de cigarrillos, tabaco y sus derivados. No contempla cigarrillos electrónicos</p>

	Harry González (Liberal) Inti Asprilla (Alianza Verde) Julián Peinado (Liberal) Faber Muñoz (La U)	
--	---	--

### 5.3. Retos, oportunidades y ventanas de trabajo normativo que se pueden desarrollar

A partir de la revisión normativa y el avance registrado en las discusiones sobre regulación de productos libres de combustión, pueden plantearse una serie de retos y oportunidades que permitan avanzar en una regulación de los dispositivos y cigarrillos electrónicos, la cual responda a dos elementos relevantes:

1. La necesidad de avanzar en la implementación del Convenio Marco de la OMS, con el fin de garantizar una reducción en el consumo de tabaco, nicotina;
2. Comprensión de las distintas motivaciones de los usuarios y/o consumidores de tabaco y nicotina, con el fin de atender de manera integral los retos que surgen con la comercialización y uso de productos libre de combustión.

En ese sentido, lo primero por resaltar y reconocer, tiene que ver con el avance en la aplicación del Convenio Marco de la OMS, en donde Colombia presenta un porcentaje significativo de reducción en materia de consumo de nicotina y tabaco, siendo junto con Brasil, los países de la región que mayor éxito han tenido en la implementación de medidas de prevención y mitigación de riesgos asociados con el consumo del tabaco y sus derivados.

No obstante, a diferencia de Brasil, Colombia no requirió de medidas de tipo restrictivo, más allá de la aplicación de prohibiciones a la publicidad y venta a menores de edad. En ese sentido, la normatividad vigente y lo relacionado con medidas de prevención y atención a usuarios de tabaco y nicotina, permite generar unos espacios de discusión acerca de los cigarrillos electrónicos y dispositivos, los cuales, aunque cuentan con diferencias sustanciales respecto de los cigarrillos tradicionales, comparten algunos elementos sobre los cuales, se puede adelantar una regulación que contemple aprendizajes sobre atención de riesgos y daños.

Frente a lo anterior, estos elementos de aprendizaje, están encaminados principalmente a las adopciones en materia de etiquetado y/o empaquetado neutro y prohibición de venta a menores de edad, así como de publicidad y promoción de productos en medios de comunicación y demás espacios.

Sin embargo, frente a las particularidades de los cigarrillos y dispositivos electrónicos, es necesario contemplar algunas medidas diferenciadas, así como adoptar las recomendaciones en materia de política pública que previamente se mencionaron, las cuales parten de la necesidad de comprender a cabalidad los posibles riesgos e implicaciones en el consumo de cigarrillos y dispositivos electrónicos, así como las motivaciones por las que los usuarios de estos elementos, migran desde el cigarrillo tradicional, o bien, se convierten en nuevos usuarios de estos elementos.

Así, uno de los retos más relevantes y que desde la Resolución 1035 de 2022 del Ministerio de Salud, se contempla, tiene que ver con la comprensión de las motivaciones y el contexto sociocultural de los usuarios, atendiendo a elementos individuales como colectivos para generar medidas normativas tendientes a cumplir las metas propuestas en el Convenio Marco de la OMS.

En segundo lugar, es importante reconocer el esfuerzo legislativo que a la fecha se ha venido presentando, en donde ante la aparición de los cigarrillos y dispositivos electrónicos, el Congreso de la República ha buscado reglamentarlos y darles tratamiento en procura de dos elementos principales: 1. Creación de impuestos a estos dispositivos para que puedan cubrir programas sociales en materia de salud y educación, tal como se viene desarrollando con los cigarrillos tradicionales; 2. Prohibición de publicidad y venta a menores de edad.

Así, aunque se han presentado una multiplicidad de proyectos, en su mayoría, asemejan estos nuevos dispositivos con los cigarrillos tradicionales, desconociendo las recomendaciones en materia de política pública que se vienen realizando, en donde se solicita un desarrollo normativo diferenciado frente a las particularidades de estos dispositivos. De igual manera, es fundamental que las medidas normativas que se radiquen ante el Congreso de la República, contemplen los siguientes aspectos diferenciadores de los cigarrillos electrónicos:

- La motivación de los usuarios frente al uso de dispositivos electrónicos es variada y no corresponde de manera exclusiva con la búsqueda de sucedáneos del tabaco. En ese sentido, es necesario adelantar esfuerzos que permitan una caracterización más precisa de estos elementos.
- Regular de forma diferencial de acuerdo con la valoración basada en la ciencia respecto de los distintos niveles de riesgo y daño. Ya que actualmente no existe regulación y esto ignora las necesidades particulares y colectivas de los usuarios de estos elementos, que a la fecha no cuentan con el suministro de información necesaria para una toma de decisión más acertada en lo referente con el consumo y prevalencia de estos elementos.

- Es fundamental integrar aspectos relacionados con la certificación y registro frente a INVIMA y entidades encargadas de los procesos de verificación de calidad de estos productos, en tanto no solo son una barrera al comercio en materia de importación y posible exportación de los mismos, sino que además, representan un riesgo relevante para los usuarios de estos dispositivos, en tanto no cuentan con una certificación necesaria que, frente a la decisión del uso de estos elementos, se requiere para una reducción efectiva de los riesgos asociados.
- Por último, frente a la revisión del contenido de los proyectos de ley que a la fecha el Congreso de la República ha presentado, es importante hacer énfasis en la necesidad de diferenciar la reglamentación de los productos derivados del tabaco, de tipo tradicional frente a los cigarrillos electrónicos, en tanto sus especificidades en materia de riesgos son diferentes, así como las motivaciones para los usuarios al acceder al uno o al otro.

No obstante, y como se mencionó anteriormente, los aprendizajes sobre los alcances que ha tenido una política de reducción de riesgos y daños, basados en las recomendaciones del Convenio Marco de la OMS, deben continuar para estos dispositivos electrónicos, en tanto se cuenta con un precedente positivo para el etiquetado neutro y la prohibición de la promoción y publicidad, que ha generado una reducción significativa del consumo de cigarrillos en comparación con los países de la región.

## **6. Reducción de riesgos y daños:** Referentes y derecho comparado

Desde su entrada en vigor en el 2005, el Convenio Marco se ha convertido en uno de los pactos internacionales con mayor nivel de aceptación en la historia de la Organización de las Naciones Unidas (ONU). Así mismo, representó un cambio de paradigma para el desarrollo de una estrategia de reglamentación integral que posibilita abordar el uso del tema de sustancias adictivas de forma adecuada.

A través de los años, el Convenio Marco se ha integrado a varios documentos internacionales relacionados con las enfermedades no transmisibles (ENT), y recientemente con los objetivos de desarrollo sostenible. El CMCT está compuesto por directrices y requisitos por la implementación de las medidas de control del tabaco disponibles más costo efectivas que se consideran necesarias para la reducción del tabaquismo. En este sentido, existen disposiciones claves que los Estados firmantes del Convenio están obligados a cumplir, entre estos se encuentran:

- Artículo 6: Elevar los impuestos sobre los productos de tabaco



- Artículo 8: Protección contra la exposición al humo de tabaco ajeno en todos los lugares de trabajo interiores, lugares públicos cerrados y transporte público.
- Artículo 11: Advertencias sanitarias fuertes en el empaquetado de los cigarrillos que cubran al menos el 30% (e idealmente 50%) de las superficies expuestas dentro de los tres años
- Artículo 13: Una prohibición total de la publicidad, promoción y patrocinio de los productos de tabaco.

A diferencia de otros tratados, en el Convenio se incluyen mecanismos para disminuir tanto la oferta como la demanda de productos de tabaco y sus mandatos cubren enteramente la cadena de producción, distribución y venta de esos productos (OPS, 2016). En la actualidad, sesenta países pertenecientes a las regiones de América, Europa y África se encuentran en camino para alcanzar la meta mundial de aplicación voluntaria para reducir el consumo de tabaco en un 30% para 2025 (OMS, 2021).

En esta línea, el presente documento es un esbozo de los avances en la aplicación de la normativa del Convenio Marco en las Regiones de Asia, Europa, América y África. Asimismo, se analizaron los factores que inciden tanto en la prevalencia como en la disminución de los niveles de consumo del tabaco.

## **6.1 Avance Normativo del Convenio Marco por Regiones**

### **América**

Según la OMS (2021), el consumo de tabaco es responsable de aproximadamente un millón de muertes al año en la región y se ha constituido como el único factor de riesgo común de las cuatro principales Enfermedades No transmisibles (ENT). Sumado a esto, el consumo de tabaco, ha impuesto una carga a las economías nacionales en materia de salud.

Ahora bien, al reconocer los retos que traía consigo la aplicación del Convenio Marco en la región de las Américas, se adoptaron dos resoluciones que instan a los 30 Estados Miembros a ratificar y aplicar, si no lo han hecho, las disposiciones establecidas en el convenio Asimismo, con el objetivo de combatir la problemática del tabaquismo la Organización Panamericana de la Salud creó la Estrategia y Plan de Acción Para Fortalecer el Control del Tabaco en la Región de las Américas 2018 - 2022. Según la estrategia, para 2020, gran parte de los países pertenecientes a la región de las Américas contaban con normativas sobre ambientes 100% libres de humo en lugares tanto cerrados como abiertos y de trabajo, y el transporte público, y advertencias sanitarias en los paquetes de tabaco.

Para 2016, antes de la aplicación de la estrategia, se habían duplicado el número de países que prohíben la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco y la

aplicación de impuestos al tabaco al nivel mínimo recomendado por la OMS (OPS, 2016).

En este sentido, al momento en que el CMCT entró en vigor, el 80% de los países de la región no habían implementado ninguna de las medidas establecidas dentro del paquete MPOWER, el cual es un paquete de medidas técnicas que impulsó la OMS para la disminución del consumo del tabaco a nivel mundial. Para 2016, solamente seis países de la región habían aplicado al menos cuatro medidas, a pesar de esto, ningún país había adoptado las seis medidas que componen el paquete y 40% de los países seguían sin haber aplicado ninguna de las medidas (OPS, 2016).

Por otra parte, en la región el avance en la aplicación de las medidas no ha sido uniforme. Las medidas adoptadas por un mayor número de países han sido las relacionadas con la protección contra la exposición del humo del tabaco y la inclusión de advertencias sanitarias en el empaquetado y el etiquetado de los productos de tabaco. Aún siendo de las más adoptadas, las medidas de ambientes libres de humo de tabaco solo cubren un 49% de la población y las de empaquetado y etiquetado el 58% (OPS, 2016).

De todas las regiones que pertenecen a la OMS, la Región de las Américas, ha tenido el descenso más relevante en cuanto a las tasas de prevalencia a lo largo del tiempo. La tasa media de consumo de tabaco ha pasado del 21% en 2015 al 16% en 2020 (OMS, 2021). En relación con las demás medidas propuestas por el paquete MPOWER, la aplicación de las medidas ha tenido un comportamiento negativo dado que, solamente un 27% de la población se encuentra protegida de la influencia de la publicidad y promoción del tabaco, mientras que, en lo referente al aumento de los impuestos, la proporción que estos representan con respecto al precio final de los productos de tabaco ha sido baja (OMS, 2021).

A continuación, se presentará la evolución de la situación del avance regional en lo relativo a la aplicación de las medidas correspondientes al paquete MPOWER según la adopción de medidas que han tenido los países firmantes del Convenio Marco (Anexo 1).

- **Medida 1: Monitorear el consumo de tabaco y la aplicación de políticas de control del tabaco**

Países como Argentina, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Estados Unidos, Panamá, Perú, Suriname y Uruguay, han desarrollado sistemas de vigilancia nacionales para monitorear el nivel de aplicación de la normatividad, lo cual ha permitido tener un avance en el control del consumo del tabaco. Asimismo, la OPS y los Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades de los Estados Unidos, han desarrollado el Sistema Mundial de Vigilancia del Tabaco, el cual está compuesto por la Encuesta Mundial sobre Tabaco en Adultos y la Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes. En esta línea, se destaca el caso de los esfuerzos realizados por Brasil.

- **Medida 2: Proteger a la población de la exposición al humo de tabaco**

Según la Organización Panamericana de la Salud (2018), en la región es una de las medidas que más avance ha tenido en lo relacionado con la reducción del consumo. En la actualidad hay 17 países totalmente libres de humo de tabaco en lugares públicos, cerrados, de trabajo y de transporte público. Aun así, es importante señalar que las últimas legislaciones en este tema fueron aprobadas en el año 2013 en Chile, Jamaica y Suriname. Esto quiere decir, que a 2022, 14 Estados Parte del Convenio no han cumplido con la medida.

En este contexto, para muchos países de la región el CMCT requiere de la aplicación de medidas que no estén destinadas únicamente a lugares cerrados, sino también en otros, a lugares públicos, es decir, exteriores o cuasi - exteriores. Ante esto, varios países han optado por prohibir fumar en áreas abiertas de centros de estudios de salud, en lugares donde se permite la entrada de niños, entre otros (The Lancet, 2021).

Entre tanto, la industria del tabaco, ha continuado proponiendo alternativas para los ambientes que se encuentran 100% libres de humo de tabaco, como la ventilación y la puesta en marcha de áreas exclusivas asignadas para los trabajadores. A pesar de ello, el artículo 8 del Convenio Marco, indica que estas recomendaciones no solucionan la problemática, dado que, según lo establecido por las directrices, la prohibición completa de fumar en ambientes cerrados es la única intervención que protege efectivamente de los daños ocasionados por el humo del tabaco. Igualmente, señalan que ha sido demostrado que la ratificación e implementación de las medidas voluntarias para lograr ambientes libres de humo es poco eficaz y no ofrece una adecuada protección. Por este motivo, el CMCT establece que es necesaria una legislación que asegure la protección de las personas contra la exposición al humo de tabaco.

En este sentido, al analizar los datos de manera comparada, se puede decir que existen normas que buscan que todos los lugares públicos y privados descritos en el anexo 2 estén totalmente libres de humo de tabaco (o al menos 90% de la población está cubierta por una legislación subnacional).

- **Medida 3: Ofrecer ayuda para abandonar el uso del tabaco**

Según el artículo 14 del CMCT, el tratamiento contra la dependencia al tabaquismo y la dependencia a la nicotina es un punto esencial de toda estrategia para el control del tabaco. Aun así, a diferencia de otras medidas del CMCT, la prestación de servicios para combatir esta problemática depende mayormente de la disponibilidad de recursos humanos y financieros destinados a este fin. Se debe tener en cuenta que los recursos en los países tienden a ser limitados y que poco pueden instituir un sistema integral con todos los componentes de manera conjunta. Un ejemplo de esto, es que, para 2021, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, un total de ocho países de la región habían avanzado en la implementación de la política y otros se encontraban en diferentes niveles en cuanto a la provisión de asistencia para la cesación. Según la OMS, la

incorporación de medidas para luchar contra el tabaquismo es una estrategia que puede anualmente cubrir a más del 80% de los consumidores de tabaco, motivar a más de 40% de ellos a abandonar el consumo y ayudar que 2 - 3% de los que reciben asesoramiento breve abandonen el consumo definitivamente (OMS, 2021). En países como Estados Unidos, Canadá, México, Brasil, Uruguay y Argentina se creó una línea telefónica nacional de cesación, hay disponibilidad de servicios de cesación y terapia de sustitución de Nicotina (TSN) con cobertura total de costos. Mientras que en Guatemala, Honduras, Ecuador, Venezuela, Guyana, Surinam, Bolivia y Paraguay existe disponibilidad de TSN o de algunos servicios de cesación y cobertura de costos.

Por otra parte, Belice, Nicaragua, Colombia y Chile, cuentan con disponibilidad de TSN o con servicios de cesación, pero no tienen cobertura de costos.

- **Medida 4: Advertir sobre los peligros del tabaco**

Con respecto a esta medida, 16 países tuvieron avances en la materia (OPS, 2018). Dichos países cuentan con advertencias gráficas que ocupan el 50% o más de las superficies principales del empaquetado y cumplen con las recomendaciones establecidas en el Artículo 11 y las directrices para su aplicación. Pese a esto, las últimas leyes aprobadas en la materia se dieron para 2013, en países como Jamaica, Costa Rica, Trinidad y Tobago. Para este último caso, el país había aprobado la legislación en 2009, pero la reglamentación se promulgó en 2013, con fecha de entrada en vigor para enero de 2015.

El CMCT establece que la medida sea aplicada dentro de los primeros tres años de su entrada en el país. Sin embargo, 14 Estados Parte no han cumplido con los requerimientos mínimos del Convenio a pesar de que el plazo establecido expiró.

En la Región, Uruguay es el país que más se destaca, dado que cuenta con las advertencias de mayor tamaño (80% de ambas caras); sumado a esto, posee una normativa de presentación única, lo que significa que no puede comercializarse en el país más que una presentación para cada marca de tabaco. Otros países como Canadá, Jamaica y Ecuador, cuentan con advertencias sanitarias que ocupan más del 50% de ambas caras del empaquetado, y países como Venezuela y Brasil, que contaban con advertencias que ocupaban 100% de una de las caras principales, han añadido una advertencia de texto.

Asimismo, el CMCT definen el empaquetado neutro o sencillo y recomiendan a los Estados Miembro considerar la posibilidad de adoptar medidas orientadas a "restringir o prohibir en el empaquetado la utilización de logotipos, colores, imágenes de marca o información promocional que sean el nombre comercial o el nombre del producto en un color y tipo de letras corrientes" (CMCT, 2005). A la fecha, Uruguay es el único país en la región que ha adoptado integralmente esta recomendación, mientras que Chile y Panamá, se encuentran estudiando esta medida.

- **Medida 5: Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio**

En lo referente a la prohibición de la publicidad, promoción y el patrocinio del tabaco, se han tenido pocos avances en la región. Países como Colombia, Brasil, Uruguay, Panamá y Surinam han sido quienes han presentado avances más relevantes en cuanto al cumplimiento de la normativa establecida por el CMCT. Teniendo en cuenta el plazo límite, de los 25 países firmantes del Convenio que aún no han cumplido con esta medida, a 22 de ellos ya les venció el plazo de cinco años desde la entrada en vigor, esto debido a que la mercadotecnia contemporánea posee un enfoque conformado por la publicidad y promoción de la compra y la venta de productos. La mercadotecnia integra factores como las relaciones públicas, la comercialización directa y los métodos de venta. En caso de que se prohibieran específicas formas de publicidad, posiblemente la industria tabacalera orientaría sus gastos hacia otras estrategia de publicidad, promoción y patrocinio, y por ende acudirían a otro tipo de modalidades para incentivar el consumo.<sup>5</sup>

Países como Colombia, Brasil, Suriname y Uruguay, han adoptado la prohibición de todas las formas de publicidad directa e indirecta de los productos de tabaco, mientras que países como Estados Unidos, Ecuador, Bolivia, Chile, Argentina y Bolivia tiene políticas relacionadas con la prohibición en la televisión nacional, a radio y los medios impresos, así como algunas referentes a la publicidad directa e indirecta de dichos productos. En contraste en países como México, Venezuela, Perú y Paraguay, hay una ausencia completa de prohibiciones (Anexo 3).

- **Medida 6. Aumentar los impuestos del tabaco**

Esta ha sido la medida que menos progreso ha presentado desde la entrada en vigor del Convenio Marco en 2008, tanto a nivel mundial como regional. Con excepción de Chile, Andorra, Australia, Brasil, Colombia, Egipto, Macedonia del Norte, Mauricio, Montenegro, Nueva Zelanda y Tailandia, ningún otro país aplica impuestos indirectos a los cigarrillos que representen más del 75% de su precio de venta (OMS, 2019). Sumado a esto, según la Organización Panamericana de la Salud ningún país que es miembro del convenio marco aplica impuestos selectivos al consumo por encima del 70%. Sin embargo, el aumento en los impuestos no garantiza una disminución del consumo. Un ejemplo de esto, es el caso puntual de Ecuador, en el cual el Gobierno por medio de un Proyecto de Ley Orgánica planteó el aumento a los impuestos sobre el tabaco. Dicha medida no fue efectiva en lo relacionado con la disminución del consumo, sino que por el contrario se produjo un resultado adverso como lo fue el aumento en el contrabando de estos productos (Anexo 4).

---

<sup>5</sup> De igual forma, el Convenio Marco, recomienda que los países prohíban la exhibición y visibilidad de productos de tabaco en cualquier tipo de punto de venta. En la región cuatro países han prohibido la exhibición del producto en los puntos de venta ( Suriname, Trinidad, Uruguay y Tobago).

Ahora bien, aunque no se hayan dado muchos avances en la materia, varios países han tenido progreso en lo que respecta al encarecimiento de los productos de tabaco. Trece países de la región aumentaron sus impuestos al tabaco pero es necesario resaltar que, debido a la variación de los precios, este aumento, si se llega a reflejar en el costo al consumidor, no necesariamente incide de manera significativa en el precio.

## Europa

En contraste, en Europa, aunque el número de fumadores se ha reducido, más de un tercio de los europeos continúa fumando (Comisión Europea, 2021).

De acuerdo con la Comisión Europea, a partir de 1980, se han adoptado varias iniciativas para frenar el consumo del tabaco. El objetivo de estas iniciativas ha estado enfocado principalmente en la regulación de los productos de tabaco y establecer determinadas restricciones en lo referente a la comercialización de productos del tabaco por motivos de salud pública. En la actualidad, la legislación parte de las Directiva sobre los productos del tabaco y la Directiva sobre la publicidad del tabaco.

En relación con la Directiva sobre Productos del Tabaco (2016), esta es la primera legislación europea que se encuentra relacionada principalmente con los productos derivados del tabaco. Dicha Directiva exige a los fabricantes que incluyan advertencias de salud en los productos del tabaco; prohíbe el uso de términos como “light”, “suave” o “bajo contenido de alquitrán”; obliga a los productores a proporcionar la información completa de todos los ingredientes utilizados en sus productos; y establece límites máximos en el contenido de alquitrán, nicotina y monóxido de carbono de los cigarrillos. Por su parte, la Directiva sobre la publicidad del tabaco (2003) prohíbe el patrocinio y la publicidad del tabaco en los medios de comunicación impresos, los servicios en línea y la radio.

Ahora bien, la Directiva tenía por objetivo reducir el consumo del tabaco un 2% en los cinco años siguientes a su entrada en vigor. En esta línea, según el último Eurobarómetro (2020), el consumo de tabaco descendió del 26% en 2014 al 23% en 2020, lo que representa una caída de 3 puntos porcentuales desde la entrada en vigor de la directiva. Asimismo, se han presentado avances significativos para las actividades de control del tabaco.

Teniendo en cuenta lo propuesto por la Agenda para el Desarrollo Sostenible, a nivel de la Unión Europea, el Plan Europeo de Lucha contra el Cáncer 2021, sitúa el control del tabaco como el punto más importante para la prevención de enfermedades para contribuir a lograr una Europa sin tabaco para 2040. El objetivo es alcanzar la meta propuesta por la OMS de una reducción aproximada del 30% en el consumo del tabaco para el año 2025, esto significa una tasa de prevalencia del tabaquismo en la Unión Europea del 20% aproximadamente para 2025 (Comisión Europea, 2021). Para lograr este objetivo, la UE deberá fortalecer los esfuerzos para lograr una disminución en el consumo de tabaco.

En este sentido, desde la entrada en vigor de la Directiva, la Comisión Europea ha implementado diez actos de ejecución<sup>6</sup>, dos actos delegados<sup>7</sup> y dos informes de la comisión<sup>8</sup>, que permitan la aplicación de todas las disposiciones contempladas por el Convenio Marco de la OMS. La comisión, le exigió a los Estados miembros que adoptaran las disposiciones legales, administrativas y reglamentarias.

En este orden de ideas, la Comisión Europea creó un grupo de expertos para vigilar la aplicación de la política relativa al tabaco. También dicho grupo tiene la función de aportar conocimiento y contribuir a los Estados Miembros y la Comisión a cooperar en las políticas y la legislación relativas al control del tabaco. La Comisión determinó que los niveles de control, ejecución y sanciones varían de forma considerable dentro de la UE, y que un factor determinante es que no todos los Estados Miembro cuentan con los recursos o la capacidad para garantizar que solo se comercialicen los productos bajo la normativa autorizada. Sumado a esto, varias de las disposiciones no se aplican de manera uniforme. Dentro de los avances, se encuentran que desde 2016, la Directiva sobre los productos del tabaco prohíbe la comercialización de cigarrillos y tabaco con aromas. Asimismo, la Directiva ha establecido requisitos relacionados con las advertencias sanitarias en el tabaco y los productos derivados. En dichos requisitos se especifican la presentación, el diseño y la forma de las advertencias sanitarias. Sumado a esto, la Comisión creó una biblioteca de advertencias gráficas. Es importante resaltar que las advertencias deberán cubrir un 65% de la cara externa de las superficies anterior y posterior de los envases de tabaco. Esta medida supuso una mejora en lo referente a las medidas de etiquetado. Estas han resultado eficaces para aumentar el nivel de concientización pública sobre los efectos nocivos de los productos del tabaco, y podrían asociarse a una disminución de consumo (Comisión Europea, 2021).

En lo referente a la presentación del producto, armonización del embalaje y empaquetado neutro, el artículo 13 de la Directiva, sentó las bases sobre la prohibición general de los elementos de promoción.

En este contexto, ocho Estados miembros introdujeron un embalaje normalizado para los productos del tabaco, es decir, un empaquetado neutro. Dichos Estados justificaron la adopción de esta medida bajo consideraciones de salud pública. En estudios realizados por los países, se concluyó que el empaquetado neutro y las advertencias gráficas contribuyen a la disminución del consumo de tabaco. De

---

<sup>6</sup>Decisión de Ejecución (UE) 2015/2186 de la Comisión; Decisión de Ejecución (UE) 2016/787 de la Comisión; Reglamento de Ejecución (UE) 2016/779 de la Comisión; Decisión de Ejecución (UE) 2016/786 de la Comisión; Decisión de Ejecución (UE) 2015/1735 de la Comisión; Decisión de Ejecución (UE) 2015/1842 de la Comisión; Reglamento de Ejecución (UE) 2018/574 de la Comisión; Decisión de Ejecución (UE) 2018/576 de la Comisión; Decisión de Ejecución (UE) 2015/2183 de la Comisión; Decisión de Ejecución (UE) 2016/586 de la Comisión.

<sup>7</sup> Directiva Delegada 2014/109/UE de la Comisión; Reglamento Delegado (UE) 2018/573 de la Comisión.

<sup>8</sup> COM/2016/0269 final; COM/2018/579 final.

igual forma, la mitad de los europeos se encuentran a favor de introducir un “empaquetado neutro” para los cigarrillos.

En general, se puede decir que las normas de etiquetado y envasado se aplican de forma correcta dentro de la Unión Europea y estas han permitido tener una mayor comprensión de las diferentes categorías de productos y los efectos sobre la salud y el consumo de tabaco (Comisión Europea, 2021).

En cuanto al tráfico ilícito, los artículos 15 y 16 contemplan sistemas que permiten medir la trazabilidad y medidas de seguridad en toda la UE para los productos de tabaco con el objetivo de controlar el contrabando.

## **Asia**

La Región de Asia ha sido pionera en el control del tabaco. Para 1970, Singapur fue el primer país del mundo en introducir una legislación nacional libre de humo, seguida de las primeras prohibiciones integrales sobre la publicidad del tabaco para 1971. Luego, en 1987, se estableció el consejo de Tabaquismo y Salud de Hong Kong, financiado por el gobierno, este mismo año Hong Kong se convirtió en la primera jurisdicción del mundo en prohibir la fabricación, importación y venta de productos de tabaco sin humo. En 1991, Singapur también se convirtió en el primer país en prohibir la entrada de cigarrillos libres de impuestos, es uno de los países que más avance ha tenido en cuanto a la implementación de políticas antitabaco. A esto se le suma que, Filipinas estableció el Memorándum Circular Conjunto sobre la “Protección de la burocracia contra la interferencia de la industria tabacalera” emitido en 2010 en cumplimiento del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco”. También, es importante señalar que Asia es la única Región donde todos los países son Partes del CMCT de la OMS.

Ahora bien, de acuerdo al National Center for Biotechnology Information (2021), los países pertenecientes a la región asiática se encuentran en las primeras etapas de la epidemia de tabaquismo. Un ejemplo de esto, es que la prevalencia proyectada del consumo de cualquier producto de tabaco entre hombres de  $\geq 15$  años en 2020 fue: 40,2 % en Malasia, 39,7 % en Tailandia, 46,9 % en Corea del Sur, 28,3 % en Singapur, 14,3 % en Australia y 10,0 % en Hong Kong.

Según Jae Jeong (2019), la mortalidad y la morbilidad atribuidas al tabaquismo han disminuido de manera constante durante las últimas décadas en muchos países occidentales; sin embargo, en Asia se ha desarrollado rápidamente una epidemia de tabaquismo. En la actualidad, aproximadamente la mitad de los fumadores masculinos del mundo viven en tres países asiáticos: China, India e Indonesia (GDB, 2021). Japón y Bangladesh también se encuentran entre los 10 países con las mayores poblaciones de fumadores en el mundo. De acuerdo con la OMS, el tabaco se cobra 1,6 millones de vidas solo en la Región de Asia. Dicha región también se encuentra entre los mayores productores y consumidores de productos de tabaco, un ejemplo de esto es que India e Indonesia se encuentran entre los cinco principales productores de tabaco del mundo.



Al igual que en otras regiones de la OMS, la tasa de prevalencia del consumo de tabaco estandarizada por edad se encuentra en disminución a pesar de que todavía tiene una tasa estimada de consumo total de tabaco de alrededor del 47%. En 2018, conforme al informe WHO Global Report on Trends in Prevalence of Tobacco Use 2000–2025, la prevalencia del consumo de tabaco entre los adultos de 15 años o más se estimó en casi un 29% (47,3% en hombres y 10,8% en mujeres). Esta cifra se encuentra disminuyendo hacia una tasa de prevalencia promedio alrededor del 25% para 2025.

Para tener un mayor control sobre el consumo de tabaco en la Región, se adoptó la Declaración de Dili sobre el Control del Tabaco. Esta Declaración fue adoptada en la sesión del Comité de Asia Sudoriental. En esta reunión de 2015, se asumió el compromiso político de desarrollar, fortalecer, implementar y acelerar políticas de control del tabaco basadas en evidencia a nivel de país para contener la creciente epidemia de tabaquismo. La Declaración se centra especialmente en los desafíos que plantean el tabaco sin humos y los ENDS. También es importante señalar que el consumo del tabaco se encuentra estrechamente relacionado con la pobreza y el desarrollo en la región. Igualmente, el consumo de tabaco a gran escala significa una carga adicional para las economías nacionales.

En este contexto, la OMS ha estado al frente de las actividades de control del tabaco en los Estados Miembros, y por ende ha coordinado acciones globales y regionales contra el tabaco para mejorar los resultados de salud de las personas a través de una respuesta multisectorial. Un ejemplo de esto, es que los países miembros de la región asiática, han venido implementando el paquete “WHO MPOWER” y “Best Guys” para la prevención y el control del tabaco.

En este sentido, el hábito del tabaco combustible de Asia se ha convertido en una epidemia, y a pesar de las medidas de control del tabaco, como aumentos de precios, prohibiciones publicitarias y advertencias gráficas en los paquetes, las tasas de tabaquismo no han disminuido significativamente en los últimos años. Al igual que en otro cualquier lugar del mundo, las muertes y enfermedades relacionadas con el tabaquismo en Asia afectan de manera desproporcionada a las personas que viven en la pobreza. Sin embargo, la normatividad relativa al control del tabaco no está siendo suficiente para contribuir a la disminución de los niveles de consumo. Otros factores fundamentales que influyen en la reducción de los daños del tabaco son las barreras culturales, políticas y financieras, a esto se le suma que existe una falta de compromiso político para el control del tabaco y la interferencia de la industria tabacalera en las decisiones legislativas.

En esta misma línea, el profesor Ron Christian Sison, coordinador principal de HARAP, muchos países asiáticos continúan siendo escépticos sobre la reducción del daño del tabaco, y algunos incluso han prohibido los productos alternativos a la nicotina. También ha señalado que los reguladores deben ver que la reducción del daño del tabaco es potencialmente la solución más efectiva para resolver la epidemia de tabaquismo y que esta puede complementar las medidas de control del tabaco existentes. Un ejemplo de esto es que en países como Timor Oriental, Indonesia, Malasia, Japón, Singapur y Tailandia, los cigarrillos electrónicos se

encuentran totalmente prohibidos, y Hong Kong, está considerando actualmente una prohibición completa.

En contraste, Japón es un ejemplo en la implementación de políticas para ayudar en la reducción de los niveles de consumo. Aunque los cigarrillos electrónicos se encuentran prohibidos, los productos que calientan sin quemar han transformado el panorama de la salud pública. Otro ejemplo, es Corea del Sur, donde los productos alternativos no se encuentran prohibidos y las tasas de prevalencia del tabaquismo se han reducido drásticamente.

Por otra parte, la Región ha venido mostrando liderazgo en la implementación de advertencias sanitarias gráficas en los paquetes de tabaco. Mientras que en las Maldivas, Nepal y Timor - Leste exhiben las advertencias sanitarias de mayor tamaño en el mundo, Tailandia es el primer país de Asia en implementar el empaquetado neutro en los paquetes de tabaco. Por su lado, India y Sri Lanka han ratificado el Protocolo del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) de la OMS para eliminar el comercio ilícito de tabaco.

## **África**

De acuerdo con la investigación de BMC Health (2018), el Convenio Marco para el Control del Tabaco ha sido ratificado y ha tenido incidencia en cinco países de la región de África subsahariana (países del continente ubicados al sur del desierto del Sahara), en lo referente a la adopción de políticas referentes a la venta, distribución, publicidad y en la aplicación de impuestos al tabaco.

En el caso de Camerún, el convenio de la OMS fue ratificado en el año 2006 y esto condujo a diversos esfuerzos multisectoriales impulsados por el Gobierno de este país. En específico, 'el proceso de Camerún condujo a la formulación de 12 políticas de control que integran todo el consumo de tabaco' (BMC Health,2018). Así pues, las políticas implementadas abordaron temas como: 'intervenciones de mejor compra en materia de prevención: aumento de los impuestos sobre los productos del tabaco, lugares de trabajo y lugares públicos libres de humo, prohibiciones de la publicidad del tabaco, promoción y patrocinio, e información sanitaria y advertencias' (BMC Health, 2018, p.31). En este sentido, es preciso señalar: 'Camerún tiene al menos una política para cada uno de lineamientos de buenas compras del CMCT: proteger a las personas del humo del tabaco, hacer cumplir las prohibiciones de la publicidad del tabaco, advertir sobre los peligros del tabaco, aumentar los impuestos al tabaco, prohibir la venta de escuelas, prohibir el uso de escuelas y actividades de prevención' (BMC Health, 2018, p.31).

Por otro lado, el caso de Kenia es de importancia porque se convirtió en el segundo país en el mundo en ratificar el Convenio Marco para el Control del Tabaco en el año 2004 según la investigación de BMC Health (2018). En este sentido, la ratificación de este marco normativo incidió en la transformación de las políticas de tabaco al interior del país. En ese orden de ideas, es preciso mencionar lo siguiente: 'en conjunto, las políticas de Kenia sobre el control del tabaco son integrales y abordan todas las intervenciones buenas compras del CMCT:

aumentos de impuestos; espacios públicos libres de humo; prohibición de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco; información y advertencias sanitarias' (BMC Health, 2018, p.31).

En este sentido, 'Kenia tiene al menos una política para la mayoría de lineamientos de mejores compras del CMCT: proteger a las personas del humo del tabaco, hacer cumplir prohibiciones de la publicidad del tabaco, advertencias sobre los peligros del tabaco, y el aumento de los impuestos sobre el tabaco, pero no tiene políticas para prohibir la venta en escuelas, prohibir el uso en áreas escolares, o actividades de prevención' (BMC Health, 2018, p.32).

En tercer lugar, el caso de Nigeria es similar en el momento de la firma y ratificación del convenio, teniendo en cuenta que el Gobierno de este país realizó este proceso en el año 2005. Cabe mencionar que Nigeria cuenta con 'la Ley Nacional de Control del Tabaco de 2015 que es un instrumento jurídico integral y compatible con el CMCT que abarca todos los aspectos de la legislación nacional así como otras medidas como intervenciones en los lineamiento de buenas compras en el en el sector del tabaco, así como otras medidas relativas a la reducción de la demanda y la oferta de tabaco, así como cuestiones conexas relativas a las especificaciones de los productos del tabaco' (BMC Health, 2018,p.32).

De igual forma, después de la ratificación del Convenio Marco para el Control del Tabaco, 'se desarrollaron varios documentos de política relacionados con el tabaco como lo son la Política Nacional de Nigeria y Plan de acción estratégico sobre las enfermedades no transmisibles, elaborado por el Ministerio de Salud en 2013 y revisado en 2015, y el Estándar para Tabaco y Productos de Tabaco-Especificaciones para Cigarrillos, que fue desarrollado por la Organización de Normas de Nigeria en 2014' (BMC Health, 2018,p.32). En ese orden de ideas, 'Nigeria tiene al menos una política para cada uno de los lineamientos de buenas prácticas del CMCT: proteger a las personas del humo del tabaco, hacer cumplir las prohibiciones de la publicidad del tabaco, advertir sobre los peligros del tabaco, aumentar los impuestos sobre el tabaco, prohibir las ventas en las escuelas, prohibir el uso escolar y realizar actividades de prevención' (BMC Health, 2018,p.32).

En cuarto lugar, Sudáfrica ratificó el Convenio Marco para el Control del Tabaco en el año 2005 y se caracterizó por ser uno de los países africanos con mayores esfuerzos en la aplicación de medidas para el control del tabaco en el continente. De igual forma, el contexto particular de Sudáfrica en la era democrática post-apartheid, le permitió al Estado a ser más eficiente y a tener mayor independencia frente a la industria tabacalera para la toma de decisiones en el tema del tabaco. En este sentido, Sudáfrica cuenta con lineamientos claros para prohibir el consumo del tabaco en áreas de trabajo, espacios cerrados y áreas habituales de convivencia de niños y jóvenes, así como existen lineamientos para regular la publicidad y promoción de este tipo de productos, entre otros. En ese orden de ideas, 'Sudáfrica tiene al menos una política para la mayoría de los lineamientos de buenas compras del CMCT: proteger a las personas del humo del tabaco, hacer cumplir las prohibiciones de la publicidad del tabaco, advertir sobre los peligros del tabaco, aumentar los impuestos sobre el tabaco y prohibir la venta en las escuelas,

excepto para prohibir el consumo de tabaco en las escuelas e implementar actividades de prevención' (BMC Health, 2018,p.34).

Finalmente, Togo ratificó el convenio en el año 2005, sin embargo, en años anteriores se había producido normativa y legislación en torno al tema de reducción de consumo en el marco del CMCT. A través de la ratificación del convenio se realizaron algunos cambios en las normas vigentes sobre tabaco pero en algunos casos estas no se adhirieron de forma adecuada a los requerimientos expedidos en el Convenio Marco para el Control del Tabaco.

En este sentido, 'Togo aprobó una amplia legislación nacional, pero no se ajusta plenamente al CMCT de la OMS porque las advertencias sanitarias plenamente conformes se eliminaron de la versión de la ley aprobada por el Parlamento, aunque existe alguna política en materia de advertencias sanitarias' (BMC Health, 2018). En ese orden de ideas, 'Togo tiene al menos una política para la mayoría de los lineamientos de buenas compras del CMCT: proteger a las personas del humo del tabaco, hacer cumplir las prohibiciones de la publicidad del tabaco, advertir sobre los peligros del tabaco e incrementar los impuestos sobre el tabaco, excepto para prohibir la venta en las escuelas, prohibir el consumo de tabaco en las escuelas y llevar a cabo actividades de prevención' (BMC Health, 2018,p.34).

## 6.2 Países con mayor avance en reducción de consumo y países con prevalencia del consumo

Tabla 5. Reducción en los niveles de consumo por país

Región	País	Índice de reducción de Consumo	Meta CMCT (2025)	Meta ODS 2030
América	Haití	24%	No	No
Sureste de Asia	Tailandia	23%	No	No
Europa	Lituania	21%	No	No
Europa	Rumania	19%	No	No
Asia	Malasia	18%	No	No
Europa	Bosnia y Herzegovina	17%	No	No
América	Guatemala	16%	No	No
Europa	Rusia	16%	No	No

Europa	Bulgaria	16,00%	No	No
Europa	Hungría	14,00%	No	No
Europa	Armenia	12,00%	No	No
Europa	Italia	13,00%	No	No
Europa	Montenegro	11,00%	No	No
Europa	Suiza	10,00%	No	No
Medio Oriente	Qatar	9,00%	No	No
Europa	Portugal	8,00%	No	No
Asia	China	6,00%	No	No
Europa	Francia	6,00%	No	No
Europa	Turquía	6,00%	No	No
Sudeste Asiático	Singapur	3,00%	No	No

Fuente: realización propia con datos del informe “Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and attributable disease burden in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019, The Lancet (2021).

Dentro de los elementos que explican la prevalencia de los altos niveles de consumo en los países identificados como casos de menor disminución del consumo de tabaco se identifican dos factores claves: el nivel de renta de cada uno de los países analizados y la implementación de políticas restrictivas por parte de los Gobiernos.

En primer lugar, el nivel de renta de los países y la demanda inelástica de estos productos derivados se establecen como unos factores determinantes, teniendo en cuenta que, en los países de renta alta, el consumo del tabaco y sus derivados no se ve afectado y/o limitado a través de la aplicación de impuestos para estos productos. Esto, teniendo en cuenta que la demanda inelástica de los productos derivados del tabaco los convierte en productos menos sensibles a las variaciones propias de las condiciones de mercado y de esta forma los consumidores están dispuestos a asumir los precios cambiantes del mercado del tabaco y de sus productos derivados.

Por otro lado, se identifican condiciones que fortalecen la prevalencia de los niveles de consumo de tabaco, teniendo en cuenta que, en algunos países de renta alta como Francia e Italia, no existen prohibiciones y/o restricciones para la publicidad de los productos del tabaco (Global State of Tobacco Harm

Reduction,2022). En el caso de Francia la prevalencia de los consumidores fue 3% mayor en el año 2017 que en el año 2006, según los datos de la encuesta del Eurobarómetro del año 2017 (Global State of Tobacco Harm Reduction,2022).

Ahora bien, en los países de renta media y baja se establecen condiciones favorables para la prevalencia de los niveles de consumo de tabaco, teniendo en cuenta el tamaño y la importancia del mercado de tabaco y de sus derivados en las economías de países que tienen cifras de PIB per cápita entre 1025 y 12375 dólares anuales según el Banco Mundial, siendo estas economías de ingreso bajo, ingreso mediano bajo y de ingreso mediano alto (Banco Mundial,2019). En este grupo de países, se encuentran países como Guatemala, Haití, Rusia, Armenia, entre otros. En estos países, las actividades correspondientes a la venta, distribución y promoción de cigarrillos no tienen restricciones en la mayoría de casos y representan una fuente de acceso de recursos para el Estado a partir de los impuestos aplicados a las grandes empresas de tabaco. De igual forma, esto se ha traducido en la obtención de recursos económicos para distribuidores informales que se benefician de la venta de productos provenientes de actividades irregulares como el contrabando, entre otras.

En segundo lugar, la implementación de políticas restrictivas en lo referente al consumo y acceso al tabaco y a sus derivados por parte de los Gobiernos no ha sido un indicador de reducción del consumo. Por el contrario, el aumento de la presión fiscal sobre las productoras de derivados del tabaco no ha producido los resultados esperados en términos de reducción del consumo de tabaco, bajo la premisa del aumento del precio de los productos gravados. Esto, teniendo en cuenta que el enfoque prohibicionista se concentra en la eliminación del consumo de tabaco a través de la presión fiscal y normativa sobre la oferta. En este sentido, en los países de renta baja se han fortalecido las cadenas de valor de cigarrillos provenientes del contrabando y de actividades irregulares, tal y como se evidencia en el estudio de caso sobre el contrabando de cigarrillos hacia Ecuador (ICP,2018).

Desde la puesta en marcha del Convenio Marco en el año 2007, los progresos en el control mundial del tabaco han ido incrementado de manera progresiva en lo referente a la aplicación de medidas del paquete MPOWER como el instrumento principal para ayudar a los países en la reducción de la demanda de productos de tabaco. Según la OMS, aproximadamente 5000 millones de personas (alrededor del 65% de la población a nivel mundial) se encuentran protegidas por al menos una medida del MPOWER. Esta cifra se ha cuadruplicado desde el 2007, cuando únicamente 1000 millones personas (el 15% del total de la población mundial) estaban protegidas por alguna medida proveniente del paquete.

Teniendo en cuenta, el comparativo que se ha realizado a lo largo de esta sección, se puede concluir que:

- 15 países alrededor del mundo que no aplicaban ningún tipo de medida del paquete MPOWER, ahora lo hacen, y otros 21 países que habían

implementado alguna medida relacionada con la disminución del consumo del tabaco, han aplicado 1 de las 6 medidas recomendadas por la OMS. Es decir, en la actualidad 36 países han aplicado una o más medidas del MPOWER para reducir los niveles de consumo de tabaco en sus poblaciones (OMS, 2019, P.3).

- En lo referente al abandono del tabaco, desde el año 2007, de los 185 países parte del Convenio Marco de la OMS, 13 países han ofrecido programas integrales para desincentivar el consumo del tabaco. En la actualidad 23 países se encuentran cobijados por esta medida, en comparación al 2007 cuando solamente eran 10 (OMS, 2019).
- 7 países (Antigua y Barbuda, Benin, Burundi, Gambia, Guyana, Niue y Tayikistán) adoptaron medidas integrales sobre espacios sin humo que abarcan lugares tanto públicos como privados.
- 10 países (Antigua y Barbuda, Arabia Saudita, Azerbaiyán, Benin, Congo, Eslovenia, Gambia, Guyana, Niue y República Democrática del Congo) han introducido prohibiciones totales de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco (PPPT), incluso en los puntos de venta.
- Países como Andorra, Australia, Brasil, Colombia, Egipto, Macedonia del Norte, Mauricio, Montenegro, Nueva Zelanda y Tailandia, aumentaron los impuestos al valor de los cigarrillos, para que estos tengan un precio representativo del 75% del valor final de la venta al por menor.
- De los 5.000 millones de personas que se encuentran protegidas por algún tipo de medidas del paquete MPOWER, 3.900 millones viven en países de ingresos bajos y medianos (OMS, 2019).
- Turquía y Brasil, son los 2 únicos países en el mundo que han adoptado de manera integral todas las medidas del paquete MPOWER. De acuerdo con la OMS (2019), el 61% de la población que se encuentra en los países de ingresos bajos y medianos se encuentra protegida por al menos una medida MPOWER, y el 44% por al menos 2 medidas integrales. En esta misma medida, a partir del 2007, los países de ingresos bajos han tenido avances en la adopción de las medidas recomendadas por el Convenio Marco.

## **7. Elementos normativos de éxito en la reducción de consumo de nicotina y tabaco**

El estado actual en la implementación de estrategias del CMTC permite identificar ciertos elementos que han sido desarrollados con éxito, disminuyendo el consumo de tabaco aunque también presentan sus limitaciones. Para 2005 en los países del Convenio Marco contaban con un rango de prevalencia de 24%-73% en consumidores de tabaco, para el 2015 la prevalencia en consumo se redujo a un rango de 18%-24%. Esta reducción en prevalencia se dio, principalmente, por la correcta implementación, mediante normativa o legislación, de ciertas estrategias consignadas en el Convenio Marco. De acuerdo con Gravelly et. al (2017), la reducción de consumo de tabaco estaba asociado significativamente con la implementación de todas las medidas orientadas hacia el control de la demanda por el producto especificadas en los artículos 6, 8, 11, 13 y 14 del convenio, en 126

países (de los 194 firmantes), sin embargo hay que recordar que este estudio sólo registró avances hasta el 2015. A pesar de ello, el CMTC ha hecho énfasis en estos elementos como forma de medir el éxito de las estrategias de control de consumo:

- Aumento en impuestos al tabaco (artículo 6): Esta estrategia estaba dirigida a aumentar el impuesto a las industrias con el fin de desincentivar la compra de productos con tabaco. Esta estrategia fue particularmente efectiva en países de ingresos medios-bajos donde el aumento del precio del tabaco ocasionó que los individuos reorganizaran sus preferencias ya que no pueden alcanzar el nuevo precio de los cigarrillos. No obstante, la implementación de esta estrategia se puede complejizar en países con ingresos altos ya que los individuos tienen mayor capacidad adquisitiva y a su vez no están dispuestos a dejar el consumo de tabaco (Gravely et. al, 2017; O'leary & Polosa, 2020)
- Protección del humo de tabaco (artículo 8): El éxito de las medidas relacionadas con la protección del humo del tabaco está relacionadas con la implementación de normativa y legislación de espacios libres de humo. El resultado esperado es que al individuo le resulte más costoso movilizarse fuera de lugares cerrados o lejos de espacios públicos, en cambio decidirá dejar de consumir tabaco. Esta estrategia ha resultado efectiva en la medida que existen menos afectaciones de salud a fumadores pasivos (second-hand smokers) (Faber et al, 2016; Semple et. al, 2020). Sin embargo, no se ha encontrado una relación estadísticamente significativa que vincule la reducción de consumo de cigarrillos con la prohibición de espacios para fumar, como una estrategia individual de política pública (Levy et. al 2016).
- Pedagogía sobre riesgos del consumo de tabaco (artículo 11): Las estrategias en materia de pedagogía están relacionadas con la implementación de etiquetas de advertencia sobre los posibles efectos del tabaco en la salud del individuo. Si bien esta estrategia tendría un efecto psicológico inmediato en algunos consumidores lo que los llevaba a dejar de consumir tabaco, usualmente estos consumidores recaen un año después, por lo que realmente la disminución del consumo no se puede ver reflejada a largo plazo. De acuerdo con Partos et. al (2020), en un estudio realizado sobre la tasa de recaída en Canadá, Estados Unidos, Australia y Reino Unido, determinó que las advertencias sobre riesgos del consumo de cigarrillos pueden ser efectiva siempre y cuando el sujeto no esté expuesto a un entorno de individuos fumadores, que ocasionen una recaída.
- Control y censura sobre publicidad y patrocinios (artículo 13): La estrategia sobre el control y censura de la publicidad está dirigida hacia la prohibición de esta en todos los medios de comunicación posible con el fin de disminuir el alcance de estos productos en el mercado. El éxito de esta medida es muy complejo de medir toda vez que los consumidores no suelen revelar la razón por la que eligen cierto tipo de cigarrillos. Henriksen (2012) determinó que los efectos a largo plazo sobre estas estrategias son muy complejos de medir precisamente por las preferencias no reveladas de los consumidores.



Por otro lado, esta política es más efectiva en países con legislación más estricta que sólo permite la publicidad del producto en los sitios de venta (Kahnert et. al, 2018). Adicionalmente, las estrategias en censura de publicidad no influyen de igual manera en todos los públicos. El estudio realizado por Kahnert et. Al (2018) determinó que las estrategias de censura son notadas por fumadores entre 18 y 24 años, sin embargo, son poco relevantes para fumadores mayores. Esto quiere decir que estas medidas son más efectivas donde la media de edad de fumadores es menor.

- Programas de cesación de consumo (artículo 14): Esta estrategia está dirigida hacia la existencia de programas de cesación de consumo financiados parcial o completamente. En este sentido, la reducción de consumo se ha visto más evidente en países con ingresos medios-altos ya que cuentan con programas de salud pública exhaustivos que buscan cesar la reducción de daños (Graverly et. al, 2017). Sin embargo, hay que recordar que el nivel de recaída del consumo de cigarrillo mediante estrategias que buscan cesar su consumo es del 80% (Hajek et al., 2019; O'leary & Polosa 2020 p.223).

Cabe recalcar que los elementos de éxito del CMTC se evalúan sobre su efectividad en estrategias direccionadas hacia el control del consumo con el fin de reducirlo por completo. Esto quiere decir que el éxito no se encuentra medido por medio de una estrategia que se encuentra relacionada con el enfoque de reducción de daños, el cual tiene por objetivo reducir los efectos negativos en la salud en vez de erradicar el consumo.

Asimismo, de acuerdo a la OMS, la reducción de consumo se garantiza únicamente si estas 5 estrategias son implementadas con éxito en los países, porque es una estrategia multidimensional con el fin de controlar la demanda. Por otro lado, las mediciones de éxito en control de consumo de cigarrillo y tabaco pueden ignorar ciertas variables relacionadas con el cambio de comportamiento del consumidor, entre ellas el cambio de patrones del consumidor que los obliga a cambiar el lugar donde consumen (aunque no dejan de consumir tabaco) o los posibles cambios por productos menos regulados debido a la generación de mercados negros o compra de productos de contrabando derivados de los altos impuestos (McDaniel & Malone, 2020).

### **7.1 Argumentos a favor y en contra en el momento de la promulgación de las leyes sobre dispositivos electrónicos**

Desde la ratificación del CMCT los países miembros han intentado avanzar en políticas de control de consumo con el fin de cumplir los objetivos consignados. En el proceso de tramitación de las políticas es relevante tener en cuenta las posiciones de actores relevantes en la discusión del control de consumo de tabaco o la reducción de daños de este. En este orden de ideas, a continuación se presenta, mediante estudios de casos específicos, los argumentos que han utilizado actores relevantes en la discusión de las iniciativas a nivel nacional e internacional.

Desarrollo de las discusiones sobre regulaciones a cigarrillos electrónicos

En el Congreso de la República en Colombia, se han desarrollado una serie de discusiones acerca de la posibilidad de regular los cigarrillos electrónicos en Colombia. Así pues, se han presentado una serie de proyectos de ley que han sido comentados por diferentes stakeholders. Siendo la propuesta del Proyecto de Ley 174 de 2018, la que ha generado la mayor cantidad de pronunciamientos por parte de diferentes gremios y asociaciones empresariales.

**En primer lugar, la ANDI - Asociación Nacional de Empresarios** señaló que 'no todos los dispositivos electrónicos son cigarrillos electrónicos' (Gaceta del congreso 354,2019). De igual forma, la asociación indicó que 'vapear no es fumar' (Gaceta del congreso 354,2019). Además, este gremio aclaró que 'la nicotina misma no es la causante de enfermedades; son los químicos que se producen en el proceso de quemar el cigarrillo tradicional' (Gaceta del congreso 354,2019).

A través de esta serie de comentarios realizados al proyecto de Ley, la ANDI se manifestó en contraposición al proyecto, señalando que los vapeadores se establecieron en el mercado como una alternativa a los productos tradicionales de la industria tabacalera. Así como una herramienta de reducción de daños, teniendo en cuenta la notable disminución de efectos nocivos contra la salud con respecto al cigarrillo. **En segundo lugar, se pronunció la empresa tabacalera British American Tobacco Indicando que los** dispositivos de administración de nicotina o sistemas similares sin nicotina (SEAN/SSSN), también conocidos como productos de vapeo, no contienen tabaco, no representan una forma de consumo de tabaco y, por tanto, no deben ser sujetos de las mismas medidas normativas no reglamentarias aplicables a los productos de tabaco, mientras que los productos de tabaco o derivados del tabaco sí deben ser cobijados por una actualización de la reglamentación' (Gaceta del Congreso 290, 2019, p.24). De igual forma, realizaron propuestas frente a una eventual regulación para los dispositivos electrónicos. Así pues, 'en esta medida, y teniendo en cuenta las consideraciones expuestas en cuanto a los daños que una regulación excesiva de los productos de vapeo puede generar, en especial frente a la desinformación para el consumidor que implicaría, consideramos adecuado excluir a los SEAN/SSSN del Proyecto de ley 174-2018S y regularlos bajo una normativa independiente y diferenciada que contemple normas tendientes a evitar el acceso de menores de edad, lineamientos de calidad y disposiciones de información al consumidor' (Gaceta del Congreso 290, 2019, p.26).

**En tercer lugar, la academia de medicina se hizo presente en esta serie de discusiones, con la participación de la Asociación de Profesores de la Universidad Javeriana quiénes presentaron** un documento titulado "Observaciones al Proyecto de ley número 174 de 2018 Senado, por el cual se pretende modificar la Ley 1335 de 2009", que fue radicado en el Senado de la República, documento está basado en los análisis realizados por expertos de diferentes universidades y de organizaciones de la sociedad civil.

Cabe mencionar que en este documento se señalan argumentos sostenidos por evidencia científica que fortalecen el enfoque de reducción de daños y exponen algunas propuestas. En este sentido, indican que el riesgo de cáncer asociado con el uso de cigarrillos electrónicos hipotéticamente sería menor a aquel producido por los cigarrillos convencionales, a partir del fundamento de que los cigarrillos electrónicos incluyen la nicotina del tabaco, pero no todos los demás

componentes del cigarrillo convencional, y por lo tanto tendrían una menor carga de carcinógenos' (Gaceta del Congreso 467, 2019, p.46). De igual forma sostiene que 'se requiere la implementación de una normativa tributaria que sea aplicada a todos los productos de los SEAN/SSSN y similares, y a los dispositivos para calentar e-líquidos y tabaco (no solo a las barras "sticks" de tabaco)' (Gaceta del Congreso 467, 2019, p.48).

**En cuarto lugar, el Instituto de Ciencia Política Hernán Echavarría Olózaga señaló que existen argumentos científicos y regulatorios de experiencias internacionales que deberían ser tenidos en cuenta. En este sentido, señalaron que** ``abundan estudios, como los realizados por la Salud Pública Inglesa, que sugieren que el vapeo resulta un 95 por ciento menos riesgoso que los cigarrillos de combustión tradicionales. El prestigioso Journal Científico Science ha publicado recientemente un artículo criticando el injustificado alarmismo frente a las alternativas de vapeo y calentamiento de tabaco. En el mismo, se llega a afirmar que "existe evidencia científica sólida de que vapear la nicotina es mucho más seguro que fumar"'. (Gaceta del Congreso 231, 2020, p.14). Asimismo, indicaron que la nueva generación de productos innovadores englobados dentro de los Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) y Sistemas Similares Sin Nicotina (SSSN) están ayudando a millones de personas en todo el mundo a dejar de fumar' (Gaceta del Congreso 231, 2020, p.14).

En lo referente a las propuestas que presentaron ante una eventual regulación sobre el tema señalaron que 'la propuesta de modificación también incluye el empaquetado neutro. Esta medida nos parece inconducente, violatoria de la propiedad intelectual y con potenciales derivados por demás complejos' (Gaceta del Congreso 231, 2020, p.14). Además, señalaron que 'en el caso colombiano, por la experiencia frente a las dinámicas delincuenciales de las cadenas criminales de alcohol y cigarrillos, que el ICP ha logrado identificar a través de diversos estudios, nos genera mucha preocupación que el empaquetado genérico amplíe la posibilidad de crear mercados negros a los Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN) y Sistemas Similares Sin Nicotina (SSSN), tanto de contrabando como de falsificación, controlados por estructuras de crimen organizado' (Gaceta del Congreso 231, 2020, p.15)

Finalmente, la Cámara de Comercio Colombo Británica señaló que en lo referente al artículo 5 de la propuesta, acerca del empaquetado neutro o genérico se presentan inconsistencias legales que son de relevancia para una regulación para los cigarrillos electrónicos. Así pues, indicaron que 'consideramos que esta disposición violaría los derechos de propiedad intelectual al limitar el uso de enseñas y marcas comerciales e iría en detrimento del principio de la libertad de empresa por cuanto constriñe a una industria el derecho a la igualdad frente al uso y desarrollo de su propiedad industrial y por tanto el uso de la marca así como también restringe el derecho a la sana competencia entre los productores del mismo sector dada por la diferenciación de sus productos, sin perjuicio de lo loable que es incluir las indicaciones y advertencias en relación con sus efectos adversos y la protección a la salud' (Gaceta del Congreso 439, 2020, p.13).

## Américas

A nivel regional, se identifica el desarrollo de diferentes elementos normativos con la participación de asociaciones gremiales y diferentes grupos de la sociedad civil. En el caso de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud ha presentado diferentes documentos de avance en lo referente a directrices para la regulación de los cigarrillos electrónicos y dispositivos electrónicos. En primer lugar, el 'Informe sobre Control del Tabaco en la Región de las Américas' se centra en los logros obtenidos por la región de las Américas en los primeros 10 años de la implementación del acuerdo marco de la OMS y los desafíos a los cuales se ven enfrentados los países en materia de políticas públicas. En segundo lugar, la 'Resolución CD48.R2, El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco: oportunidades y retos para su implementación en la Región de las Américas' contiene información sobre los retos y las oportunidades para la región e insta a los Estados Miembros a que consideren la ratificación del Convenio Marco de la OMS.

En tercer lugar, la 'Resolución CD50.R6, Fortalecimiento de la capacidad de los Estados Miembros para implementar las disposiciones y directrices del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco': insta a los Estados Miembros a fortalecer su capacidad de respuesta y a implementar y desarrollar una hoja de ruta clara para combatir este problema de salud pública. En cuarto lugar, el 'Manual para desarrollar legislación para el control del tabaco en la Región de las Américas' contiene información sobre las oportunidades y retos que se enfrentan en los países de las Américas en cuanto a una legislación adecuada para esta problemática. Asimismo, el informe habla sobre los países de la región que aún no son parte del Tratado Marco y de los países que sí lo son pero que aún no han ejecutado ninguno de los mandatos del tratado.

Ahora bien, en el caso de Canadá, se reconoce la participación de diferentes grupos de interés dentro de las discusiones en iniciativas de Ley sobre vaporizadores y dispositivos relacionados en Canadá. En el año 2018, finalizó la discusión sobre la posterior Ley 'The Tobacco and Vaping Products Act (TVPA)', proyecto que se establece como un marco innovador en el continente americano, territorio en el que la tendencia sobre legislaciones de este tipo está marcada por la inexistencia de regulaciones en el tema y por las prohibiciones expresas del uso de e-cigarettes y vaporizadores como son los casos de Brasil, Argentina, entre otros.

Cabe mencionar que este proyecto buscaba brindar un marco legal para los productos utilizados para vapear, 'así los adultos pueden adquirir legalmente productos que contienen nicotina como una opción menos dañina que el cigarrillo' (Global State of Tobacco Harm Reduction, 2022). En el marco de la discusión sobre este proyecto que se convirtió en Ley, diversos grupos de la sociedad canadiense intervinieron, entre estos se encuentra la academia, representantes de los gobiernos regionales, ONGs, la industria del tabaco y asociaciones gremiales. Así pues, específicamente 'algunas asociaciones de salud y gobiernos municipales/provinciales y territoriales comentaron que los vapeadores no deberían contener nicotina en ningún nivel detectable, en oposición a los 0.1 mg/ml propuestos en el documento' (Government of Canada, 2018). En segundo

lugar, aproximadamente la misma cantidad de minoristas y fabricantes de los vapeadores señalaron que un nivel mayor correspondiente a los 0.5mg/ml serían más apropiados. De acuerdo a ellos, los métodos actuales sólo son capaces de detectar la presencia de nicotina por encima de los 0.5mb/ml' (Government of Canada, 2018).

De igual forma, 'dos comentaristas, un académico y otro de la industria del vaporizador, declararon que, a su juicio, la aplicación por el Departamento de Salud del Canadá de los criterios de clasificación de la toxicidad de las sustancias que contienen nicotina para el vaporizador es incorrecta y dará lugar a un régimen reglamentario excesivamente restrictivo' (Government of Canada, 2018). Por otro lado, 'algunos grupos de salud pública y organizaciones no gubernamentales sugirieron que se exigiera un embalaje simple y normalizado (envases sin rasgos distintivos ni atractivos, de apariencia y forma similares y del mismo color normal) como posible requisito para el vaporizado de los productos, similar a los propuestos para los productos del tabaco' (Government of Canada, 2018).

Finalmente, 'algunas ONG precisaron que desearían que en los informes al Ministro de Salud se incluyeran pruebas de emisiones para los productos de vaporización. También se pidió que los datos recopilados se pusieran a disposición de las provincias o del público, y que las normas aplicables a los productos de vaporización fueran similares a las del Reglamento de presentación de informes sobre el tabaco' (Government of Canada, 2018).

**En el caso del continente europeo, se destaca el caso del Reino Unido en el que se aplican las directrices europeas en lo referente a la regulación de medicamentos, desde la Directiva de Productos de Tabaco (2014).** De igual forma, es importante señalar que el abordaje de los temas vinculados a la regulación de los e-cigarettes y de los dispositivos electrónicos por parte del Reino Unido parten desde una perspectiva del sector salud. En este sentido cabe señalar, 'en junio de 2013, el Gobierno del Reino Unido decidió que «todos los productos que contienen nicotina (NCP), como los cigarrillos electrónicos debían regularse como medicamentos para hacerlos más seguros y eficaces a fin de reducir los daños del tabaquismo' (House of Commons,2022).

En este sentido, al interior de la Cámara de los Comunes, se han debatido los diferentes temas relacionados a este abordaje al 'vaping' desde la salud pública, así como las diferentes formas de adopción y de aplicación de las normativas europeas. En ese orden de ideas, los debates han producido la mención por parte de autoridades del Reino Unido, empresas e incluso a países de la Unión Europea sobre temas controversiales de la Directiva de Productos de Tabaco propuesta por la Comisión Europea, tal y como se evidencia de la siguiente manera: '.Philip Morris International (PMI) y British American Tobacco (BAT), y la República de Polonia. PMI y MTD se cuestionaban frente a una serie de disposiciones de la DPT, entre ellas la normalización del etiquetado y envasado de los productos del tabaco, mientras que Polonia se opuso a la prohibición de los cigarrillos de mentol' (House of Commons,2022).

De igual forma, el Tribunal Superior de Justicia de Inglaterra y Gales se pronunció sobre temas discutidos en la Cámara de los Comunes, como se evidencia de la siguiente manera: 'El artículo 20 de la DPT constituye un obstáculo desproporcionado a la libre circulación de personas circulación de mercancías y libre prestación de servicios, los cigarrillos en una desventaja competitiva injustificada con respecto al tabaco, no respeta el principio general de igualdad de la UE, y viola los derechos fundamentales de los fabricantes de cigarrillos electrónicos' (House of Commons,2022,p.29).

Por otro lado, los actores a favor de la implementación de las normativas europeas en Reino Unido, principalmente son actores del sector de la salud. Tal y como se evidencia de la siguiente manera:'ASH felicita a todos los que tanto han trabajado para garantizar que la Directiva se mantuviera en el buen camino para lograr los mejores resultados posibles en materia de salud. Es un triunfo de la salud pública sobre los intereses creados de la industria tabacalera, que trató de descarrilar la Directiva' (House of Commons,2022,p.27). Por su parte,el Real Colegio de Enfermería declaró que apoyaba «el texto final de la Directiva sobre productos del tabaco y pidió al Gobierno del Reino Unido que transponga la Directiva sobre productos del tabaco en la legislación nacional lo antes posible' (House of Commons,2022). Finalmente, otro stakeholder relevante en el sector salud señaló: 'Mientras que el Cáncer Research UK destacó que el DPT establecería normas sobre el tabaco que aportarán beneficios reales para la salud de las personas en el Reino Unido y en toda Europa' (House of Commons,2022).

## **7.2 Principales elementos normativos en los países que han regulado el uso de dispositivos electrónicos y e-cigarettes.**

De acuerdo con la lista de los países que se adhirieron al Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT), se realizó una clasificación en lo referente a los niveles de disminución del consumo de tabaco. Esta clasificación parte del análisis de la aplicación de políticas, regulaciones y directrices correspondientes a la reducción, prohibición y/o reglamentación del consumo del tabaco y sus derivados por parte de los Gobiernos. Dentro de la clasificación se identificaron tres tipos de categorías, las cuales se dividen en: disminución alta, disminución media y disminución baja. Dentro de la categoría de disminución alta se identificaron 18 países correspondientes a la regiones de Europa, Asia Central, Américas (correspondientes a todo el continente americano), África occidental, África oriental y Oceanía.

### **África oriental y África occidental**

En el caso de las regiones correspondientes al continente africano, África oriental y África occidental, es preciso mencionar el factor religioso-cultural como elemento relacionado para profundizar en la comprensión del nivel de disminución del consumo de tabaco en los países del continente africano. En primer lugar, la preponderancia del Islam en sus diferentes expresiones en países como Sierra Leona (77% de la población), Nigeria (52% de la población), Senegal (95.9% de la población) (US Department of State, 2019). En lo referente al Islam, es importante

mencionar que el Corán establece la prohibición directa de fumar y en años recientes los imanes y diferentes líderes importantes de la religión en países musulmanes, se han pronunciado en contra del uso del cigarrillo electrónico, así como de dispositivos electrónicos relacionados (Centre Al Forqane,2021).

En ese orden de ideas, los casos referentes a las regiones de África oriental y de África occidental corresponden a cinco países. En primer lugar, Sierra Leona posee un índice aproximado de disminución del consumo correspondiente al 58,00% y según el Global State of Tobacco Harm Reduction no existe una regulación específica frente al uso, reglamentación y/o prohibición del uso de cigarrillos electrónicos y/o dispositivos relacionados (Global State of Tobacco Harm Reduction,2022). En el caso de Tanzania, que posee un índice aproximado de disminución del consumo correspondiente al 57,00% el Global State of Tobacco Harm Reduction sostiene que no se encuentra legislación, regulaciones ni normativa sobre el uso de los cigarrillos electrónicos y de dispositivos electrónicos relacionados (Global State of Tobacco Harm Reduction,2022).

Por otro lado, el caso de Uganda, que posee un índice aproximado de disminución del consumo correspondiente al 54,00%, el Global State of Tobacco Harm Reduction sostiene que en este país, los cigarrillos electrónicos son clasificados como sistemas electrónicos de entrega de nicotina (ENDS) – por sus siglas en inglés. En este sentido, la ley (Tobacco Control Act) de 2015 sostiene que la manufactura, importación, venta y distribución de los (ENDS) está prohibida. Sin embargo, el uso de estos dispositivos no está prohibido en el país (Global State of Tobacco Harm Reduction,2022). En el caso de Senegal, la ley No.2014-14 prohíbe la publicidad y la promoción directa o indirecta del tabaco, derivados del tabaco y de los e-cigarettes(Global State of Tobacco Harm Reduction,2022).

Ahora bien, en el caso de Nigeria, la venta y el uso de e-cigarettes está permitida e incluso desde la Asociación Médica de Nigeria se ha manifestado el apoyo a este dispositivo como una alternativa más segura frente al cigarrillo. De hecho, las medidas en contra del consumo del tabaco y sus derivados no aplican frente a los cigarrillos electrónicos (Global State of Tobacco Harm Reduction,2022). En el caso de Malawi, no se registra legislación correspondiente a los dispositivos electrónicos ni frente a los e-cigarettes(Global State of Tobacco Harm Reduction,2022).

## **Europa**

En el caso de los países del continente europeo, es importante mencionar que, durante el año 2014 en el marco de las sesiones de la Comisión Europea, se implementó el artículo 20 al interior de la Directiva de Productos de Tabaco, el cual establece las reglas para vender los cigarrillos electrónicos como productos de consumo en los países vinculantes. De igual forma, a nivel comunitario existen otras disposiciones que regulan el tema, tales como: Decisión de ejecución de Comisión (EU) 2015/2183, documento en el que se establece un formato común para los cigarrillos electrónicos y para los envases de recarga de estos. Decisión de ejecución de Comisión (EU) 2016/586, documento que establece los estándares técnicos para los mecanismos de relleno de los cigarrillos electrónicos. Informe de

Comisión COM (2016) 269 final, documento de la Comisión al Parlamento Europeo y al Consejo Europeo acerca de los riesgos potenciales para la salud pública asociados al uso de cigarrillos electrónicos recargables (Global State of Tobacco Harm Reduction, 2022).

En lo referente a los países miembros de la Unión Europea, Austria acata la Directiva de la UE sobre productos del tabaco (TPD) . Así mismo, los cigarrillos electrónicos se pueden clasificar como productos relacionados con el tabaco o medicamentos si están acompañados de órdenes médicas, esto les permite vincular al producto a las leyes vigentes en lo referente al tabaco y a los medicamentos. Sin embargo, desde el año 2018 existe la prohibición de utilizar estos productos en áreas en las que se aplique la prohibición de fumar. Por otro lado, no existe impuesto para este tipo de productos (Global State of Tobacco Harm Reduction, 2022). Por su parte Dinamarca acata la Directiva de la UE sobre productos del tabaco (TPD) del año 2014. Además, cuenta con legislación para los cigarrillos electrónicos que no contienen información de contenido basado en propiedades saludables (Ley 426 de 2016). De igual forma, en Dinamarca se ha establecido la prohibición de utilizar estos dispositivos electrónicos en algunos sitios públicos, así como la prohibición en lo referente a la promoción, publicidad y patrocinio de e-cigarettes que contienen y que no contienen nicotina (Global State of Tobacco Harm Reduction, 2022).

En este sentido, en el caso de Noruega, Estado que no hace parte de la Unión Europea, es importante señalar que el parlamento noruego aprobó en el año 2016 el levantamiento de la prohibición de los cigarrillos electrónicos que contienen nicotina. De igual forma, este país cuenta con una ley de fumadores del año 2017, que establece que el vapeo está prohibido en todos los lugares cubiertos por la prohibición de fumar en Noruega, así como establece que toda publicidad de cigarrillos electrónicos está prohibida en virtud de la Ley de Daños por Tabaco (Global State of Tobacco Harm Reduction, 2022), entendiéndose que el uso de estos dispositivos sólo está permitido a través de la importación del producto con justificación farmacéutica. En el caso de Islandia, en el año 2019 el Gobierno de este país, se convirtió en el primer gobierno en sancionar una ley específica para cigarrillos electrónicos sin establecer ninguna relación con la regulación del tabaco. Cabe mencionar que esta ley permite la publicidad de productos de vapeo y descarta la limitación de volumen en los líquidos de los cigarrillos electrónicos, únicamente se establece que el contenido de nicotina se debe limitar al 2% (Global State of Tobacco Harm Reduction, 2022). Además, en el país se aplica un impuesto del 0,9% a los cigarrillos electrónicos y a los dispositivos relacionados, se espera destinar estos fondos recaudados a iniciativas antitabaco.

Por otro lado, el caso del Reino Unido es particular teniendo en cuenta que a pesar de su retiro de la Unión Europea, este país acata la Directiva Europea sobre Productos del Tabaco (TPD) (2014). De igual forma, los cigarrillos electrónicos han sido regulados por el Reglamento del Reino Unido sobre tabaco y productos relacionados de 2016 . Cabe mencionar que cada uno de los Estados miembros del Reino Unido pueden optar por aplicar regulaciones y/o restricciones adicionales. En el Reino Unido, la publicidad de estos productos está permitida en sitios de venta y en vallas de promoción pero no en medios de comunicación. De



igual forma, en el país se le aplica un impuesto al valor agregado del 20% a los e-cigarettes (Global State of Tobacco Harm Reduction,2022).

## **América**

En el caso del continente americano, la Organización Panamericana de la Salud ha emitido diferentes comunicados en los que advierte sobre los peligros para la salud ocasionados por el uso del cigarrillo electrónico (OPS,2021). Sin embargo, no se detallan políticas, lineamientos y/o acuerdos unificados sobre el tema en los organismos y organizaciones multilaterales de las que hacen parte los Estados del continente, entre estas OEA - Organización de Estados Americanos, Organización Panamericana de la Salud, entre otros.

En el caso de Paraguay, se estableció la Ley 5538/2015, instrumento que clasifica los cigarrillos electrónicos como productos de tabaco. De igual forma, se incluyen restricciones en el uso de estos dispositivos en lugares públicos. De igual forma, se estableció el Decreto No 4694, en el que se aplica un impuesto del 16% a los cigarrillos electrónicos (Global State of Tobacco Harm Reduction,2022). En el caso de Costa Rica, se implementó el Decreto No 37 185-S-MEIC-MTSS-MP-H-SP de 2012, en el que los cigarrillos electrónicos se denominan Sistemas Electrónicos de Entrega de Nicotina (ENDS). Esto supone que los cigarrillos electrónicos son categorizados como productos de tabaco, esto permite su venta pero prohíbe cualquier tipo de publicidad, promoción o patrocinio de acuerdo con la Ley de Control del Tabaco No 9028 de 2012 (Global State of Tobacco Harm Reduction,2022).

En lo referente al caso de Canadá, se estableció la Ley de Productos de Tabaco y Vapeo (TVPA) en el año 2018, documento que brinda un marco legal para la regulación de los productos electrónicos para el vapeo. En ese orden de ideas, estos productos se pueden adquirir como alternativa al cigarrillo convencional. De igual forma, estos productos podrían estar dentro del grupo de los productos de propiedades saludables no declaradas que están bajo el amparo de la Ley de seguridad de los productos de consumo del Canadá (Global State of Tobacco Harm Reduction,2022). Además, cada uno de los Estados tiene la posibilidad de extender y crear nuevas regulaciones sobre el tema. Por otro lado, en la jurisdicción de Bolivia no existen políticas para la regulación, prohibición del uso, comercialización, distribución y manufactura de los e-cigarettes y los dispositivos relacionados (Global State of Tobacco Harm Reduction,2022).

En el 2021 Uruguay, pese a ser una de los países con una de las legislaciones más restrictivas en relación con el consumo de tabaco y nicotina

## **Oceanía**

Dentro de la región del continente de Oceanía, los casos más relevantes en el índice de disminución del consumo de tabaco son los de Australia y Nueva Zelanda. El caso de Nueva Zelanda presenta una verdadera innovación en términos de regulación para los productos de esta industria, esto debido a que implementaron una medida que prohíbe explícitamente la adquisición de

cigarrillos para los jóvenes nacidos después del año 2008 (BBC,2021). Además, desde el año 2018 la venta, importación, distribución de los líquidos de los e-cigarettes es legal en el país después de una decisión judicial, así pues, desde este momento los productos para el 'vaping' se ajustan a las leyes vigentes del tabaco (Global State of Tobacco Harm Reduction,2022). Por otro lado, el caso de Australia es relevante en la medida en que la nicotina y los líquidos empleados en los e-cigarettes están tipificados como sustancias venenosas. Así pues, el uso de estos productos está netamente ligado a personas con autorización médica, de no ser cumplida esta condición se establecen multas en contra del uso de estas sustancias necesarias para los dispositivos electrónicos. Existen excepciones para los e-cigarettes que no contienen nicotina (Global State of Tobacco Harm Reduction,2022).

### **Asia Central**

En lo referente a la región de Asia Central, el caso de Turkmenistán es el de mayor eficacia en el índice de disminución del consumo de tabaco y sus derivados. En este sentido es importante señalar que los e-cigarettes son catalogados como productos de tabaco y bajo la aplicación de la ley de protección a la salud de los ciudadanos de los efectos del consumo de cigarrillo y de las consecuencias del consumo de los productos de tabaco. En ese orden de ideas, en este país de Asia Central, se prohíbe la venta, publicidad, promoción, patrocinio, manufactura, distribución, importación y el uso de e-cigarettes y snus, elemento basado en el tabaco (Global State of Tobacco Harm Reduction,2022).

## **8. RECOMENDACIONES POLÍTICA PÚBLICA**

La revisión en materia normativa de los países con mayores avances en materia de regulación de dispositivos electrónicos y cigarrillos electrónicos permite identificar ciertos elementos que se pueden replicar en materia de política pública para Colombia. Ciertamente, varios países han equiparado el consumo de nicotina mediante la combustión de cigarrillos tradicionales con el consumo de nicotina mediante estos nuevos dispositivos. Esto revela una inclinación de los gobiernos de aplicar las iniciativas del CMCT, planteadas inicialmente para los productos tradicionales hacia productos nuevos, cuyos efectos han comprobado que son menos dañinos que el consumo de tabaco mediante la combustión (O'leary & Polosa, 2020). Por otro lado, una estrategia de reducción de consumo basados únicamente en la abstinencia y en el reemplazo del cigarrillo por otros productos con nicotina no es lo suficientemente efectiva en el sentido que no alcanza los números esperados en términos de reducción de consumo, mientras que los efectos sobre la salud como consecuencia del consumo de los productos de tabaco tradicionales no disminuyen (Beaglehole. et. al 2019). Por esta razón, se debe establecer una normativa específica para el consumo de dispositivos electrónicos y cigarrillos electrónicos que fortalezca la regulación nacional para productos alternativos con un enfoque de riesgo y daño.

## 1) Enfoque de reducción de daños

La normativa que se ha intentado implementar en el país, ha estado dirigida en la reorganización de las preferencias del individuo con el fin de que este deje de consumir por completo. A su vez estas iniciativas han sido impulsadas gracias al CMTC, que si bien tiene un componente de Reducción de Daños, no han sido las estrategias priorizado y por el contrario se han concentrado en estrategias de control de consumo de tabaco (Zeller & Hatsukami citado en O'leary & Polosa, 2020). En este sentido, este enfoque plantea la necesidad de tratar el consumo de tabaco desde una perspectiva por fuera del paradigma dominante en las estrategias de reducción del consumo de tabaco, con el fin de reducir los daños en la salud de los consumidores sin necesidad de reducir su consumo (Abrahams et al, 2018) .

En este orden de ideas, plantear el consumo de dispositivos electrónicos como una forma de reducir los daños del consumo de tabaco puede resultar como una estrategia efectiva toda vez que está respaldada por la evidencia científica. En un estudio realizado por Hajek et al. (2019), la tasa de recaída del consumo de tabaco para personas que no reemplazan los cigarrillos tradicionales con un método alternativo es del 80%, mientras la tasa de recaída para aquellos que lo reemplazan es del 18%.

Se debe tener en cuenta que el enfoque de Reducción de Daños se encuentra ampliamente eclipsado por el enfoque de control en el consumo, parte de ello se debe a "la percepción errónea que surgen de la información inexacta e información sensacionalista de los riesgos de estos productos hace que los fumadores los rechacen, percepciones erróneas que surgen de la información" (O'leary & Polosa, 2020 p. 225). Sobre ello se recomienda desplegar una estrategia de Reducción de Daños que aborde los beneficios que existen para la salud de la transición de cigarrillos tradicionales a cigarrillos electrónicos sustentados desde la evidencia clínica. Asimismo, es necesario desplegar, desde el escenario de los medios de comunicación, una estrategia que indique que los riesgos de consumir cigarrillos se encuentran en la combustión ya que es en como consecuencia de este proceso que se liberan los químicos más dañinos para el consumidor, mientras que los dispositivos electrónicos utilizan tecnologías sin combustión o libres de humo que ayudan a reducir significativamente los efectos nocivos sobre la salud del consumidor. (Shahab et al., 2019).

## 2) Parámetros para la categorización de cigarrillos electrónicos

Dentro de la creación y proposición de la normativa específica para los cigarrillos electrónicos, vaporizadores y demás dispositivos electrónicos relacionados, es necesario señalar que estos productos deberían ser categorizados de forma diferenciada. Esto, con el objetivo de brindar regulaciones, elementos normativos y fiscales que aborden a los dispositivos mencionados desde sus particularidades, entendiendo que existen tres tipos de productos relacionados: los sistemas

Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN), los Sistemas Similares Sin Nicotina (SSSN) y los Productos de Tabaco Calentado (PTC).

En ese orden de ideas, es relevante mencionar que las experiencias regionales e internacionales en regulación de estos productos han cometido errores al tipificar a estos productos como simples derivados del tabaco o como elementos electrónicos. Esto, teniendo en cuenta que no todos los productos contienen nicotina ni son simples dispositivos electrónicos. Tal y como se evidencia en el caso de Paraguay: 'El Decreto No 4694 aplica un impuesto del 16% a los cigarrillos electrónicos, sin embargo, la mayoría de los cigarrillos electrónicos no se registran como productos de tabaco, ya que los aparatos se importan como «productos electrónicos» y los líquidos electrónicos como «esencias», evadiendo así el impuesto' (Global State of Tobacco Harm Reduction, 2022).

Cabe mencionar que, bajo las condiciones regulatorias mencionadas, estos productos no tendrían los controles necesarios en términos fiscales, así como en las condiciones de calidad, en las posibles afectaciones a la salud y en lo referente a las concentraciones de las sustancias contenidas en estos dispositivos.

Así pues, es importante que la normativa dirigida a la regulación de los cigarrillos electrónicos, vaporizadores y demás dispositivos electrónicos relacionados, se establezca desde análisis técnicos, jurídicos y sociales en la materia que permitan crear un ecosistema regulatorio que sea exclusivo para este tipo de dispositivos. De esta forma, se podrían realizar controles técnicos y de calidad especializados, se aplicarían los impuestos debidos y habrían condiciones regulatorias óptimas para la venta, distribución y consumo de estos productos. Tal y como se evidencia en el caso de Canadá de la siguiente forma: 'Los productos de vapor que no contienen declaraciones de propiedades saludables están comprendidos en la Ley de seguridad de los productos de consumo del Canadá, que regula los ingredientes, el etiquetado y el envasado, etc' (Global State of Tobacco Harm Reduction, 2022).

### **3) Fortalecimiento CMTC que incluya los cigarrillos electrónicos**

#### **a) Sistema de monitoreo de consumo**

Parte de las estrategias del CMTC consignadas en el paquete MPOWER 2008 recomendaba la implementación de un sistema de monitoreo sobre los consumidores de tabaco del país, aunque no existe una cifra concreta, de acuerdo con la Organización Panamericana de Salud (2018) Colombia era uno de los países que menores avances tenía sobre esta línea de recomendación. Esto se debe, en parte, a que el país no cuenta con un presupuesto asignado sobre este rubro, lo que ha derivado en un desconocimiento generalizado sobre el consumo de tabaco. La falta de información sobre el estado actual de los consumidores en el país puede limitar cualquier esfuerzo de política pública dirigido al control de consumo, así como a la aproximación sobre reducción de daños.

En este sentido debe existir un esfuerzo generalizado para conocer la cantidad de consumidores de tabaco por cuenta del consumo de cigarrillos tradicionales.

Asimismo, si bien este registro inicialmente estaba formulado para consumidores tradicionales, también debe incluir una medición sobre los consumidores de métodos alternativos de consumo de nicotina priorizando a los individuos que utilizan dispositivos electrónicos o cigarrillos eléctricos. Conociendo el número real de consumidores se puede establecer el alcance de una política pública multidimensional que busque reducir los daños del consumo.

**b) Etiquetado específico y respetuoso de los derechos de autor.**

A partir de la revisión a los proyectos de Ley propuestos en el Congreso de la República de Colombia en materia de cigarrillos electrónicos y dispositivos relacionados. El tema del etiquetado de estos productos es extendidamente mencionado por actores del sector privado y por organizaciones de la sociedad civil. De igual forma, en la Unión Europea, este tema ha sido objeto de críticas en el marco de las discusiones sobre la aplicación de la Directiva de Productos de Tabaco en cada uno de los países miembros y pertenecientes al área económica. Tal y como se evidencia en los apartados anteriores.

En ese orden de ideas, el tema del etiquetado es importante en la medida en que la imposición de regulaciones que contienen la obligación de etiquetado neutro como medida para publicitar información relevante en términos de salud, entra en detrimento de los derechos de autor, crea condiciones para el desarrollo de actividades ilegales como el contrabando y complejiza el desarrollo de la competencia entre los diferentes fabricantes de estos productos.

Tal y como se evidencia en el comentario de la Cámara de Comercio Colombo Británica sobre el Proyecto de Ley 174 de 2018: 'Consideramos que esta disposición violaría los derechos de propiedad intelectual al limitar el uso de enseñas y marcas comerciales e iría en detrimento del principio de la libertad de empresa por cuanto constriñe a una industria el derecho a la igualdad frente al uso y desarrollo de su propiedad industrial y por tanto el uso de la marca así como también restringe el derecho a la sana competencia entre los productores del mismo sector dada por la diferenciación de sus productos, sin perjuicio de lo loable que es incluir las indicaciones y advertencias en relación con sus efectos adversos y la protección a la salud' (Gaceta del Congreso 439, 2020, p.13).

Así pues, es importante que la normativa dirigida a regular el etiquetado de los Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN), los Sistemas Similares Sin Nicotina (SSSN) y los Productos de Tabaco Calentado (PTC), considere aplicar directrices específicas que busquen informar sobre los posibles riesgos en materia de salud en el uso de estos dispositivos, respetando las marcas registradas por cada uno de los fabricantes y permitiendo la diferenciación de las mismas como expresión de la libre competencia en el mercado.

## 9. Referencias

- Alcaraz, A., Hernández-Vásquez, A., Palacios, A., Rodríguez, B., Roberti, J., García-Martí, S., . . . Pichon-Riviere, A. (2020). Health and economic impact of health warnings and plain tobacco packaging in seven Latin American countries: Results of a simulation model. *Nicotine & Tobacco Research*, 22(11), 2032-2040. doi:10.1093/ntr/ntaa104
- American Lung Association. (S.f). What's in a cigarette? Recuperado el 1 de agosto, 2022, obtenido de <https://www.lung.org/quit-smoking/smoking-facts/whats-in-a-cigarette#:~:text=When%20burned%2C%20cigarettes%20create%20more,cancer%2C%20and%20many%20are%20toxic.>
- Ashton, M. (2006). The Rolleston legacy. *Drug and Alcohol Findings*, 15, 4–6
- Ashton, J. R., & Seymour, H. (2010). Public health and the origins of the Mersey Model of harm reduction. *International Journal of Drug Policy*, 21, 94–96.
- Brandt A., (2007)The cigarette century : the rise, fall, and deadly persistence of the product that defined America. New York: Basic Books
- Ball, A. L. (2007). HIV, injecting drug use and harm reduction: A public health response. *Addiction*, 102(5), 684-690. doi:10.1111/j.1360-0443.2007.01761.x
- Bhalerao, A., Sivandzade, F., Archie, S. R., & Cucullo, L. (2019). Public health policies on e-cigarettes. *Current Cardiology Reports*, 21(10). doi:10.1007/s11886-019-1204-y
- Brette, R. P. (1991). HIV and harm reduction for injection drug users. *AIDS*, 5(2), 125-136. doi:10.1097/00002030-199102000-00001
- Beaglehole, R., Bates, C., Youdan, B., & Bonita, R. (2019). Nicotine without smoke: Fighting the tobacco epidemic with harm reduction. *The Lancet*, 394(10200), 718-720. doi:10.1016/s0140-6736(19)31884-7
- Beaglehole, R., & Bonita, R. (2022). Tobacco control: Getting to the finish line. Retrieved from [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00835-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00835-2)
- Collins, E., L, Seema, Clifasefi, Logan, D., Samples, S., Somers, J., Marlatt, G (2011) Current Status, Historical Highlights, and Basic Principles 3 of Harm Reduction

*Harm Reduction Pragmatic Strategies for Managing High-Risk Behaviors* (pp. 3-35) The Guilford Press.

Clua, R. (2015). Drug consumption rooms in Spain (2000-2013). *Salud Colectiva*, 11(2), 86-261.

Colilla, S. A. (2010). An epidemiologic review of Smokeless Tobacco Health Effects and harm reduction potential. *Regulatory Toxicology and Pharmacology*, 56(2), 197-211. doi:10.1016/j.yrtph.2009.09.017

Cahn, Z. & Siegel (2011). Electronic cigarettes as a harm reduction strategy for tobacco control: A step forward or a repeat of past mistakes? *Journal of Public Health Policy Volume*, 32, 16-31.

Di Lorio, J., & Shirley-Beovan, S. (2020). Harm reduction in Latin America and the Caribbean. In 1967180742 1370877460 C. Ahumada (Ed.), *THE GLOBAL STATE OF HARM REDUCTION 2020* (7th ed., pp. 101-114). London.

DeRuiter, W., & Faulkner, G. (2005). Tobacco harm reduction strategies: The case for physical activity. *Nicotine & Tobacco Research*, 8(2), 157-168

Eibl, J. K., Morin, K., Leinonen, E., & Marsh, D. C. (2017). The state of opioid agonist therapy in Canada 20 years after Federal Oversight. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(7), 444-450. doi:10.1177/0706743717711167

Erickson, PE. (1995) Harm reduction: what it is and is not. *Drug and Alcohol Review* 14, 283-285

Fagerström, K. O., & Bridgman, K. (2014). Tobacco harm reduction: The need for new products that can compete with cigarettes. *Addictive Behaviors*, 39(3), 507-511. doi:10.1016/j.addbeh.2013.11.002

Glasser, A. M., Collins, L., Pearson, J. L., Abudayyeh, H., Niaura, R. S., Abrams, D. B., & Villanti, A. C. (2017). Overview of electronic nicotine delivery systems: A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 52(2). doi:10.1016/j.amepre.2016.10.036

Gravelly, S., Gary, G., Lorraine, C., & Alisson, C. (2017). Implementation of key demand-reduction measures of the WHO Framework Convention on Tobacco Control and change in smoking prevalence in 126 countries: An association study. *Lancet Public Health*, 2, 166-174.

Hatsukami, D.K., Carroll D. (2020) Tobacco harm reduction: Past history, current controversies and a proposed approach for the future. *Preventive Medicine*

- Hatsukami, D. K., Henningfield, J. E., & Kotlyar, M. (2004). Harm reducing approaches to reducing tobacco-related mortality. *Annual Review of Public Health*, 25, 377–395
- Hummel, K., Nagelhout, G., Fong, G., Vardavas, C., Papadakis, S., Herbeć, A., . . . Consortium\*, B. O. (2018). Quitting activity and use of cessation assistance reported by smokers in eight European countries: Findings from the EUREST-plus ITC Europe Surveys. *Tobacco Induced Diseases*, 16(2). doi:10.18332/tid/98912
- Hawk, M., Coulter, R. W., Egan, J. E., Fisk, S., Reuel Friedman, M., Tula, M., & Kinsky, S. (2017). Harm reduction principles for healthcare settings. *Harm Reduction Journal*, 14(1). doi:10.1186/s12954-017-0196-4
- Hajek, P., Phillips-Waller, A., Przulj, D., Pesola, F., Myers Smith, K., Bisal, N., Li, J., Parrorr, S., Sasieni, P., Dawkins, L., Ross, L., Goniewicz, M., Wu, Q. and McRobbie, H.J. (2019), "A randomized trial of e-cigarettes versus nicotine-replacement therapy", *New England Journal of Medicine*, Vol. 380 No. 7, pp. 629-637.
- Kwon, J. A., Iversen, J., Maher, L., Law, M. G., & Wilson, D. P. (2009). The impact of needle and syringe programs on HIV and HCV transmissions in injecting drug users in Australia: A model-based analysis. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 51(4), 462-469. doi:10.1097/qai.0b013e3181a2539a
- Kozlowski L, O'Connor R, Giovino G, Whetzel C, Pauly J, Cummings K., (2006) Maximum yields might improve public health—if filter vents were banned: a lesson from the history of vented filters. *Tob Control.*; 15(3):262–6
- Kozlowski, L. T., & Abrams, D. B. (2016). Obsolete tobacco control themes can be hazardous to public health: The need for updating views on absolute product risks and harm reduction. *BMC Public Health*, 16(1). doi:10.1186/s12889-016-3079-9
- Kuntic, M., Oelze, M., Steven, S., Kröller-Schön, S., Stamm, P., Kalinovic, S., . . . Münzel, T. (2019). Short-term e-cigarette vapour exposure causes vascular oxidative stress and dysfunction: Evidence for a close connection to brain damage and a key role of the phagocytic NADPH oxidase (NOx-2). *European Heart Journal*, 41(26), 2472-2483. doi:10.1093/eurheartj/ehz772
- Kuwabara, S. (2021) **The Beginner's Guide to Harm Reduction.**
- Kuipers, M. A., West, R., Beard, E. V., & Brown, J. (2019). Impact of the "Stoptober" smoking cessation campaign in England from 2012 to 2017: A**



**Quasiexperimental repeat cross-sectional study. *Nicotine & Tobacco Research*, 22(9), 1453-1459. doi:10.1093/ntr/ntz108**

**Lenton, S. & Midford, R. (1996) Clarifying 'harm reduction'?. *Drug and Alcohol Review* 15, 411-443**

**McNeill, A., Brose, L., Calder, R., Balud, L., & Robson, D. (2018). Evidence review of e-cigarettes and heated tobacco products 2018 - GOV.UK.**

Mathers, B., Degenhardt, L., Ali, H., Wiessing, L., Hickman, M., & Mattick, R. P. (2010). HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: A systematic review of global, regional, and national coverage. *Lancet*, 375, 1014–1028.

Marlatt, G. A., & Witkiewitz, K. (2010). Update on harm-reduction policy and intervention research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6(1), 591-606. doi:10.1146/annurev.clinpsy.121208.13143

McNeill, A., & Munafò, M. R. (2012). Reducing harm from tobacco use. *Journal of Psychopharmacology*, 27(1), 13-18. doi:10.1177/0269881112458731

National Cancer Institute, (2001) Risks Associated with Smoking Cigarettes with Low Machine-Measured Yields of Tar and Nicotine; Smoking and Tobacco Control Monograph 13.

O'Leary, R., & Polosa, R. (2020). Tobacco harm reduction in the 21st Century. *Drugs and Alcohol Today*, 20(3), 219-234. doi:10.1108/dat-02-2020-0007

Polosa, R., Cibella, F., Caponnetto, P., Maglia, M., Prosperini, U., Russo, C., & Tashkin, D. (2017). Health impact of e-cigarettes: A prospective 3.5-year study of regular daily users who have never smoked. *Scientific Reports*, 7(1). doi:10.1038/s41598-017-14043-2

Peeters, S., & Gilmore, A. B. (2014). Understanding the emergence of the tobacco industry's use of the term tobacco harm reduction in order to inform public health policy. *Tobacco Control*, 24(2), 182-189. doi:10.1136/tobaccocontrol-2013-051502

Puska, P., & Daube, M. (2018). Impact assessment of the WHO framework convention on tobacco control: Introduction, general findings and discussion. *Tobacco Control*, 28(Suppl 2). doi:10.1136/tobaccocontrol-2018-054429

- Public Health England. (2021). Vaping in England: 2021 evidence Update summary. Obtenido de <https://www.gov.uk/government/publications/vaping-in-england-evidence-update-february-2021/vaping-in-england-2021-evidence-update-summary#:~:text=Vaping%20prevalence%20was%20between%2017.5,for%20less%20than%201%20year>).
- Ritter, A., & Cameron, J. (2006). A review of the efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug and Alcohol Review, 25*, 611-624
- Ross H & Chaloupka FJ (2006) Economic policies for tobacco control in developing countries. *salud publica mex. 48*, 113-120
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2022, Junio 08). Harm reduction. Obtenido el 30 de junio, 2022, de <https://www.samhsa.gov/find-help/harm-reduction#:~:text=Harm%20reduction%20is%20an%20approach,treatment%20and%20other%20health%20care>
- Sweanor, D., Alcabes, P., & Drucker, E. (2007). Tobacco harm reduction: How rational public policy could transform a pandemic. *International Journal of Drug Policy, 18*(2), 70-74. doi:10.1016/j.drugpo.2006.11.013
- Sanit, G. (2002). El principio de precaución: Implicaciones para la salud pública. *Editorial, 15*(5), 371-373.
- Savitz PhD, D., Meyer MD, R., Tanzer PhD, J., Mirvish PhD, S., & Irwin MD, F. (2006). Public Health Implications of Smokeless Tobacco Use as a Harm Reduction Strategy. *HEALTH POLICY AND ETHICS, 96*(11), 1934-1939.
- Seymour, H., & Eaton, G. (1997). The Liverpool Model: A population-based approach to harm reduction. Paper presented at the 8th International Conference on Harm Reduction, Paris
- Siqueira, L. M., Ryan, S. A., Gonzalez, P. K., Patrick, S. W., Quigley, J., & Walker, L. R. (2017). Nicotine and tobacco as substances of abuse in children and adolescents. *Pediatrics, 139*(1). doi:10.1542/peds.2016-3436
- Shahab, L., Goniewicz, M.L., Blount, B.C., Brown, J., McNeill, A., Alwis, K.U., Feng, J., Wang, L. and West, R. (2017), "Nicotine, carcinogen, and toxin exposure in long-term e-cigarette and nicotine replacement therapy users: a cross-sectional study", *Annals of Internal Medicine, Vol. 166 No. 6*, pp. 390-400

- Shahmanesh, M., Patel, V., Mabey, D., & Cowan, F. (2008). Effectiveness of interventions for the prevention of HIV and other sexually transmitted infections in female sex workers in resource-poor setting: A systematic review. *Tropical Medicine and International Health*, 13, 659–679.
- Song, M., Benowitz, N. L., Berman, M., Brasky, T. M., Cummings, K. M., Hatsukami, D. K., . . . Shields, P. G. (2017). Cigarette filter ventilation and its relationship to increasing rates of lung adenocarcinoma. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, 109(12). doi:10.1093/jnci/djx075
- Salti, N., Chaaban, J., Nakkash, R., & Alaouie, H. (2013). The effect of taxation on tobacco consumption and public revenues in Lebanon. *Tobacco Control*, 24(1), 77-81. doi:10.1136/tobaccocontrol-2012-050703
- Stimson, G. V. (2016). A tale of two epidemics: Drugs harm reduction and tobacco harm reduction in the United Kingdom. *Drugs and Alcohol Today*, 16(3), 203-211. doi:10.1108/dat-03-2016-0007
- Saydlowski, R. (2022). Overview of Harm Reduction. *Tholos Foundation*, 1-3.
- Sapru, S., Vardhan, M., Li, Q., Guo, Y., Li, X., & Saxena, D. (2020). E-cigarettes use in the United States: Reasons for use, perceptions, and effects on health. *BMC Public Health*, 20(1). doi:10.1186/s12889-020-09572-x
- Tenore, P. L. (2008). Psychotherapeutic benefits of opioid agonist therapy. *Journal of Addictive Diseases*, 27(3), 49-65. doi:10.1080/10550880802122646
- Wodak, A., & Cooney, A. (2005). Effectiveness of sterile needle and syringe programmes. *International Journal of Drug Policy*, 16, 31-44. doi:10.1016/j.drugpo.2005.02.004
- Wilson, D. P., Donald, B., Shattock, A. J., Wilson, D., & Fraser-Hurt, N. (2015). The cost-effectiveness of harm reduction. *International Journal of Drug Policy*, 26, 5-11. doi:10.1016/j.drugpo.2014.11.007
- Warner, K. E., Slade, J., & Sweanor, D. T. (1997). The emerging market for long-term nicotine maintenance. *The Journal of the American Medical Association*, 278, 1087–1092.
- Warner, K. E. (2018). How to think—not feel—about tobacco harm reduction. *Nicotine & Tobacco Research*, 21(10), 1299-1309. doi:10.1093/ntr/nty084

- Yach, D. (2020). Accelerating an end to smoking: A call to action on the eve of the FCTC's COP9. *Drugs and Alcohol Today*, 20(3), 173-189. doi:10.1108/dat-02-2020-0012
- Banco Mundial (2019). Nueva clasificación de los países según el nivel de ingresos para 2019 y 2020. En <https://blogs.worldbank.org/es/opendata/nueva-clasificacion-de-los-paises-segun-el-nivel-de-ingresos-para-2019-y-2020>
- BBC (2021). New Zealand to ban cigarettes for future generations. En <https://www.bbc.com/news/world-asia-59589775>
- Centre Al Forqane (2021). Cigarette électronique et islam : est-ce haram de vapoter ?. En <https://www.centre-al-forqane.be/cigarette-electronique-et-islam-est-ce-haram-de-vapoter>
- Comisión Europea. (2021, mayo). Informe de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones (N.o 247).
- Congreso de la República (2019). Gaceta del Congreso 290. En [http://www.secretariasenado.gov.co/legibus/legibus/gacetas/2019/GC\\_02\\_90\\_2019.pdf#page=23](http://www.secretariasenado.gov.co/legibus/legibus/gacetas/2019/GC_02_90_2019.pdf#page=23)
- Congreso de la República (2019). Gaceta del Congreso 467. En [http://www.secretariasenado.gov.co/legibus/legibus/gacetas/2019/GC\\_04\\_67\\_2019.pdf#page=42](http://www.secretariasenado.gov.co/legibus/legibus/gacetas/2019/GC_04_67_2019.pdf#page=42)
- Congreso de la República (2019). Gaceta del Congreso 231. En Congreso de la República (2020). Gaceta del Congreso 439. En [http://www.secretariasenado.gov.co/legibus/legibus/gacetas/2020/GC\\_04\\_39\\_2020.pdf#page=13](http://www.secretariasenado.gov.co/legibus/legibus/gacetas/2020/GC_04_39_2020.pdf#page=13)
- Congreso de la República (2019). Gaceta del Congreso 354. En <http://svrpubindc.imprenta.gov.co/senado/index2.xhtml?ent=Senado&fec=15-5-2019&num=354>
- Comisión Europea (2022). Electronic cigarettes. En [https://health.ec.europa.eu/tobacco/product-regulation/electronic-cigarettes\\_en](https://health.ec.europa.eu/tobacco/product-regulation/electronic-cigarettes_en)
- European Commission. (2021, 2 febrero). Eurobarometer. Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2240>
- Faber, T., Been, J. V., Reiss, I. K., Mackenbach, J. P., & Sheikh, A. (2016). Smoke-free legislation and child health. *Npj Primary Care Respiratory Medicine*, 26(1). doi:10.1038/npjpcrm.2016.67

- Gravely, S., Gary, G., Lorraine, C., & Alisson, C. (2017). Implementation of key demand-reduction measures of the WHO Framework Convention on Tobacco Control and change in smoking prevalence in 126 countries: An association study. *Lancet Public Health*, 2, 166-174.
- Global State of Tobacco Harm Reduction (2022). Smoking, vaping, HTP, NRT and snus in Australia. En <https://gsthr.org/countries/profile/aus/>
- Global State of Tobacco Harm Reduction (2022). Smoking, vaping, HTP, NRT and snus in Austria. En <https://gsthr.org/countries/profile/aut/>
- Global State of Tobacco Harm Reduction (2022). Smoking, vaping, HTP, NRT and snus in Bolivia. En <https://gsthr.org/countries/profile/bol/>
- Global State of Tobacco Harm Reduction (2022). Smoking, vaping, HTP, NRT and snus in Canada. En <https://gsthr.org/countries/profile/can/>
- Global State of Tobacco Harm Reduction (2022). Smoking, vaping, HTP, NRT and snus in Costa Rica. En <https://gsthr.org/countries/profile/cri/>
- Global State of Tobacco Harm Reduction (2022). Smoking, vaping, HTP, NRT and snus in Denmark. En <https://gsthr.org/countries/profile/dnk/>
- Global State of Tobacco Harm Reduction (2022). Smoking, vaping, HTP, NRT and snus in France. En <https://gsthr.org/countries/profile/fra/>
- Global State of Tobacco Harm Reduction (2022). Smoking, vaping, HTP, NRT and snus in Iceland. En <https://gsthr.org/countries/profile/isl/>
- Global State of Tobacco Harm Reduction (2022). Global State of Tobacco Harm Reduction (2022). Smoking, vaping, HTP, NRT and snus in Italy. En <https://gsthr.org/countries/profile/ita/>
- Global State of Tobacco Harm Reduction (2022). Smoking, vaping, HTP, NRT and snus in Malawi. En <https://gsthr.org/countries/profile/mwi/>
- Global State of Tobacco Harm Reduction (2022). Smoking, vaping, HTP, NRT and snus in New Zealand. En <https://gsthr.org/countries/profile/tkm/>
- Global State of Tobacco Harm Reduction (2022). Smoking, vaping, HTP, NRT and snus in Turkmenistan. En <https://gsthr.org/countries/profile/tkm/>
- Global State of Tobacco Harm Reduction (2022). Smoking, vaping, HTP, NRT and snus in Nigeria. En <https://gsthr.org/countries/profile/nga/>
- Global State of Tobacco Harm Reduction (2022). Smoking, vaping, HTP, NRT and snus in Norway. En <https://gsthr.org/countries/profile/nor/>
- Global State of Tobacco Harm Reduction (2022). Smoking, vaping, HTP, NRT and snus in Paraguay. En <https://gsthr.org/countries/profile/pry/>

- Global State of Tobacco Harm Reduction (2022). Smoking, vaping, HTP, NRT and snus in Tanzania. En <https://gsthr.org/countries/profile/tza/>
- Global State of Tobacco Harm Reduction (2022).Smoking, vaping, HTP, NRT and snus in Senegal. En <https://gsthr.org/countries/profile/sen/>
- Global State of Tobacco Harm Reduction (2022). Smoking, vaping, HTP, NRT and snus in Sierra Leone. En <https://gsthr.org/countries/profile/sle/2/>
- Global State of Tobacco Harm Reduction (2022).Smoking, vaping, HTP, NRT and snus in Uganda. En <https://gsthr.org/countries/profile/uga/>
- Global State of Tobacco Harm Reduction (2022).Smoking, vaping, HTP, NRT and snus in United Kingdom. En <https://gsthr.org/countries/profile/gbr/>
- Government of Canada (2018). Consultation summary: proposals for the regulation of vaping products. En <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/publications/healthy-living/consultation-summary-proposals-regulation-vaping-products.html>
- Henriksen, L. (2012). Comprehensive tobacco marketing restrictions: Promotion, packaging, Price and place. *Tobacco Control*, 21(2), 147-153. doi:10.1136/tobaccocontrol-2011-050416
- House of Commons Library (2022). The regulation of e-cigarettes. En <https://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/CBP-8114/CBP-8114.pdf>
- Hajek, P., Phillips-Waller, A., Przulj, D., Pesola, F., Myers Smith, K., Bisal, N., Li, J., Parrorr, S., Sasieni, P., Dawkins, L., Ross, L., Goniewicz, M., Wu, Q. and McRobbie, H.J. (2019), "A randomized trial of e-cigarettes versus nicotine-replacement therapy", *New England Journal of Medicine*, Vol. 380 No. 7, pp. 629-637.
- Instituto de Ciencia Política Hernán Echavarría Olózaga - ICP (2018). El contrabando de cigarrillos y el crimen organizado en Colombia y Ecuador. En <https://doc.icpcolombia.org/investigacion/El-contrabando-de-cigarrillos-y-el-crimen-organizado-en-Colombia-y-Ecuador-PMI-ICP.pdf>
- Kahnert, S., Demjén, T., Tountas, Y., Trofor, A., Przewoźniak, K., Zatoński, W., . . . Consortium\*, O. B. (2019). Extent and correlates of self-reported exposure to tobacco advertising, promotion and sponsorship in smokers: Findings from the EUREST-plus ITC Europe Surveys. *Tobacco Induced Diseases*, 16(2), 1-11. doi:10.18332/tid/94828
- Levy, D. T., Mays, D., Boyle, R. G., Tam, J., & Chaloupka, F. J. (2016). The effect of tobacco control policies on US smokeless tobacco use: A structured review. *Nicotine & Tobacco Research*, 20(1), 3-11. doi:10.1093/ntr/ntw291

- Lee, V., Li, A., & Li, J. (2021, 15 abril). Burden of smoking in Asia-Pacific countries. National Center for Biotechnology Information. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8049108/#cit0003>
- Mackay, J. D., Dorotheo, E. U., Assunta, M., & Ritthiphakdee, B. (2022, julio). Tobacco control in Asia-Pacific: wins, challenges and targets (N.o 31). *BMJ*.
- McDaniel, P. A., & Malone, R. E. (2020). Tobacco industry and public health responses to state and local efforts to end tobacco sales from 1969-2020. *PLOS ONE*, 15(5). doi:10.1371/journal.pone.0233417
- New Zealand Legislation (2021). Smokefree Environments and Regulated Products Regulations 2021. En <https://www.legislation.govt.nz/regulation/public/2021/0204/latest/whole.html>
- O'Leary, R., & Polosa, R. (2020). Tobacco harm reduction in the 21st Century. *Drugs and Alcohol Today*, 20(3), 219-234. doi:10.1108/dat-02-2020-0007
- Organización Mundial de la Salud. (2016, noviembre). Informe sobre Control del Tabaco en la Región de las Américas A 10 años del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco (N. 2).
- Organización Panamericana de la Salud (2020). Los cigarrillos electrónicos son perjudiciales para la salud. En <https://www.paho.org/es/noticias/23-5-2020-cigarrillos-electronicos-son-perjudiciales-para-salud>
- Organización Panamericana de la Salud (2021). Vapeadores y cigarrillos electrónicos no están aprobados para dejar de fumar y causan daños a la salud, reiteran expertos. En <https://www.paho.org/es/noticias/22-10-2021-vapeadores-cigarrillos-electronicos-no-estan-aprobados-para-dejar-fumar-causan>
- Partos, T. R., Borland, R., Yong, H., Thrasher, J., & Hammond, D. (2012). Cigarette packet warning labels can prevent relapse: Findings from the International Tobacco Control 4-Country Policy Evaluation Cohort Study. *Tobacco Control*, 22(E1). doi:10.1136/tobaccocontrol-2011-050254
- Ross H & Chaloupka FJ (2006) Economic policies for tobacco control in developing countries. *salud publica mex.* 48, 113-120
- Shahab, L., Goniewicz, M.L., Blount, B.C., Brown, J., McNeill, A., Alwis, K.U., Feng, J., Wang, L. and West, R. (2017), "Nicotine, carcinogen, and toxin exposure in long-term e-cigarette and nicotine replacement therapy users: a cross-sectional study", *Annals of Internal Medicine*, Vol. 166 No. 6, pp. 390-400

Semple, S., Dobson, R., O'Donnell, R., Zainal Abidin, E., Tigova, O., Okello, G., & Fernández, E. (2022). Smoke-free spaces: A Decade of Progress, a need for more? *Tobacco Control*, 31(2), 250-256. doi:10.1136/tobaccocontrol-2021-056556

The Lancet, (2021, June 2). Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and attributable disease burden in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 397(2337–60).

U.S Department of State (2019). 2019 Report on International Religious Freedom. En <https://www.state.gov/reports/2019-report-on-international-religious-freedom/>

Yang, J. J., PhD. (2019, 29 marzo). Tobacco Smoking and Mortality in Asia: A Pooled Meta-analysis. *Global Health | JAMA Network Open | JAMA Network*. <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2729479>

Wisdom, J.P., Juma, P., Mwagomba, B. et al (2018). Influence of the WHO framework convention on tobacco control on tobacco legislation and policies in sub-Saharan Africa. *BMC Public Health* 18, 954. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5827-5>

World Health Organization. (2021, noviembre). WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2025 (Fourth)

World Health Organization. (s. f.). Tobacco Control in the South-East Asia Region. <https://www.who.int/southeastasia/health-topics/tobacco/tobacco-control-in-the-south-east-asia-region>