

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Diferencias evitables en el cumplimiento de las medidas para el control del tabaco: Colombia, Costa Rica, Ecuador y Perú, 2017

Avoidable differences in the compliance with tobacco control measures: Colombia, Costa Rica, Ecuador and Peru, 2017

Sandra Romero-Torres^a, Giana Henríquez-Mendoza^a

^a Grupo Área Salud Pública, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá D. C., Colombia

*Autor de correspondencia: Sandra Romero Torres Correo electrónico: lilianarometorres@gmail.com

Recibido el 30 de junio de 2018; aceptado el 26 de febrero de 2019

Disponible en Internet el 13 de febrero de 2019

PALABRAS CLAVE

Tabaco;
Política pública;
Colombia;
América Latina

KEYWORDS

Tobacco;
Public policy;
Colombia;
Latin America

Resumen El Convenio Marco para el Control del Tabaco que es considerado el primer tratado global de Salud Pública, expone la idea de que el mundo retroceda la epidemia del tabaquismo al implementar una serie de estrategias, entre las que se encuentra el paquete de medidas MPOWER. El objetivo de este artículo es revisar el avance del cumplimiento de estas medidas y las diferencias entre Colombia, Costa Rica, Ecuador y Perú, con una mirada crítica en la implementación de las medidas. Se realizó una búsqueda de literatura en Medline y Lilacs de la evolución de estas estrategias y los informes MPOWER publicados por la OMS hasta el 2017. Este análisis muestra el detalle de implementación de las estrategias por cada país y permite observar las diferencias en Colombia e identificar las brechas que es necesario cubrir con estrategias que impacten positivamente la carga de la enfermedad.

Abstract The Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) is considered the first global public health treaty, it is expected to reverse the tobacco world's epidemic by implementing a series of strategies, among which is the MPOWER package of measures. This paper is a review of the measure's level of compliance, and to identifies the differences between Colombia, Costa Rica, Ecuador and Peru in terms of tobacco control progress, making special emphasis in the level of implementation in Colombia. This paper is based on literature review from LILACS and Medline on tobacco control measures in these four countries, using the MPOWER reports published by WHO until 2017. The analysis of the progress made in each country, give a critical look to continue smoking control and strengthen actions, in order to achieve a positive impact on the burden of the disease.

Introducción

Se estima que el consumo de tabaco causa más de 6 millones de defunciones y para el 2030 la cifra aumentará hasta más de 8 millones al año en el mundo¹. El tabaco es factor de riesgo

para seis de las ocho principales causas de muerte en el mundo: cardiopatía isquémica; enfermedades cerebrovasculares; infecciones de las vías respiratorias; enfermedad pulmonar obstructiva crónica; tuberculosis, y cáncer².

El control del tabaco es uno de los mayores retos para

lograr la disminución de las consecuencias de su consumo³. El Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS) promueve una respuesta política internacional contra esta epidemia; este se adoptó en 2003, entró en vigor en 2005 y actualmente cuenta 194 países miembros^{4,5}.

En 2008 el Convenio Marco introdujo seis medidas de control conocidas como paquete MPOWER, acrónimo en inglés formado por seis intervenciones⁶:

- **M (Monitor):** vigilar el consumo de tabaco y la aplicación de las 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.

El objetivo de este artículo es revisar el avance del cumplimiento de las medidas MPOWER y las diferencias entre Colombia, Costa Rica, Ecuador y Perú con una mirada crítica de su implementación en Colombia; para estudiar las diferencias se eligieron tres países latinoamericanos con ingresos similares a Colombia de acuerdo con el Banco Mundial (ingresos altos y medios), así como la temporalidad de ratificación del Convenio^{3,7}.

Para lo anterior, se partió de los resultados del informe MPOWER publicado por la OMS en el 2017⁹ y se amplió la información con búsqueda de literatura en los sitios web de: los Centros de Prevención y Control de la Enfermedad de Estados Unidos (CDC), la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y las bases de datos Medline y Lilacs. Este artículo muestra el detalle de implementación de las medidas MPOWER por cada país, con un análisis crítico de la implementación de las estrategias en Colombia, identificando las diferencias evitables que deben ser cubiertas con acciones que impacten positivamente en la carga de la enfermedad.

Vigilar el consumo de tabaco y la aplicación de políticas de control del tabaco (M: Monitor)

Fortalecer un sistema de vigilancia requiere de datos estandarizados, comparables y periódicos, tanto para el consumo de tabaco como el seguimiento de las estrategias de control. Según la OMS, un sistema de vigilancia se clasifica en

nivel alto si proveen datos recientes y produce información periódica, con representatividad nacional de su población³.

En 2001 y 2007, Colombia aplicó la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes^{8,9}. En 2007 realizó la Encuesta Nacional de Salud¹⁰, en 2011 y 2013 la Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en jóvenes y adultos^{9,11-13}, en 2016 el Estudio de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Bogotá¹⁴ y la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2016 y 2017^{15,16}. En cuanto a las políticas de control, en 2008 Colombia ratificó el Convenio, en 2009 promulgó la Ley 1335 que establece la aplicación de las medidas de control del tabaco y en 2016 la reforma tributaria que aumentó los impuestos de los cigarrillos^{3,17,18}.

Costa Rica en 1999 y 2002 aplicó la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes¹⁹, en 2006 la Encuesta de Tabaquismo en Profesionales de la Salud²⁰, en 2010 la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas²¹, y en 2015 la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos²². En 2003 aprobó el Convenio ratificándolo en 2008. Actualmente cuenta con la Ley General de Control del Tabaco y sus efectos nocivos en la Salud²³.

En 2001 y 2003, Perú aplicó la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes²⁴, en 2006 la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Profesionales de la Salud²⁵, en 2010 la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas y la Encuesta Global de Salud Escolar^{26,27}, en 2014 y 2015 la Encuesta de Enfermedades no trasmisibles y trasmisibles^{28,29}. En 2004 firmó y ratificó el Convenio³ y en 2006 aprobó la Ley 28705 para la prevención y control del tabaco, que luego fue modificada en 2010 para establecer los espacios libres de humo y mejorar las advertencias sanitarias^{30,31}.

Ecuador en 2001 realizó la Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en Jóvenes³², en 2005 y 2008 la Segunda y Tercera Encuesta Nacional a Estudiantes de Educación Media Sobre Consumo de Drogas³³, y entre 2012 y 2014 la Cuarta Encuesta Nacional Sobre Uso de Drogas en Estudiantes de 12 a 17 años, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición y el IV Estudio Nacional Sobre Uso de Drogas en Población de 12 a 65 años³⁴⁻³⁶. En cuanto al marco legal, en 2004 firmó el Convenio y lo ratificó en 2006; en 2011 aprobó la Ley Orgánica para la Regulación y Control del Tabaco que prohíbe todo tipo de publicidad, promoción y/o patrocinio de productos de tabaco y promueve los espacios libres de humo³⁷.

Conforme al último reporte MPOWER, la prevalencia diaria de tabaquismo estandarizada por edad en personas de 15 años y más es: Colombia 6,5%³⁸, Costa Rica 7,5%³⁹, Ecuador 3,7%⁴⁰, y Perú no se cuenta con datos disponibles⁴¹ (tabla 1). Asimismo, el consumo actual de tabaco en jóvenes en Colombia es de 10,4%³⁸, Costa Rica 5%³⁹ y Perú 7,7%⁴¹. Ecuador ha

Tabla 1. Prevalencia de consumo de tabaco diario en adultos de 15 o más^a

| | Colombia | Costa Rica | Perú ^b | Ecuador |
|-----------|----------|------------|-------------------|---------|
| Masculino | 9,8 | 11,1 | - | 6,4 |
| Femenino | 3,4 | 3,9 | - | 1,1 |
| Total | 6,5 | 7,5 | - | 3,7 |

Fuente: elaboración propia, 2017.

a Estas tasas se modelan utilizando todos los datos de encuestas nacionales publicados desde 1990 para estimar las tendencias de prevalencia subyacentes por sexo, y luego aplicar la estandarización de edad para permitir la comparación con otros países. No necesariamente se asemejan a los datos de los países de 2015.

b Datos no disponibles

Tabla 2. Prevalencia de consumo de tabaco actual en jóvenes (13 -15 años)

| | Colombia | Costa Rica | Perú | Ecuador ^a |
|--------------|-------------|------------|------------|----------------------|
| Masculino | 11,9 | 5,7 | 9,2 | - |
| Femenino | 9,0 | 4,3 | 6,2 | - |
| Total | 10,4 | 5,0 | 7,7 | - |

Fuente: elaboración propia, 2017.

^a Los datos fueron recolectados, pero los indicadores reportados no se alinean con indicadores de uso común a nivel internacional.

recopilado datos en jóvenes, pero no están informados pues los indicadores reportados no están alineados con los estándares internacionales⁴⁰ (tabla 2).

Desde el punto de vista de la implementación de los sistemas de vigilancia, los cuatro países han aplicado los estándares del Convenio pues cuentan con un marco legal que regula el tabaco y han generado información periódica. No obstante, Colombia aplicó la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes en 2001 y 2007, pero en los últimos años no se observa su aplicación. Si bien, los resultados de los últimos años se han gestionado a través de las encuestas de salud nacional, estas no dan el alcance a las recomendaciones dadas por el Sistema Mundial de Vigilancia en Tabaco, ya que los indicadores de consumo de tabaco en jóvenes que se encuentran en las Encuestas de Calidad de Vida están detalladas con rangos de edad diferentes a los medibles internacionalmente^{15,16}.

Proteger a la población de la exposición al humo de tabaco (*P: Protect*)

El tabaco contiene más de 7.000 compuestos químicos y al menos 250 son nocivos y más de 70 causan cáncer⁴². Por lo anterior, no existe nivel de exposición al humo de tabaco considerado seguro, por esta razón la medida propuesta por la OMS es la creación de espacios 100% libres de humo⁴³. La prohibición completa de fumar en ambientes cerrados es la única intervención que protege de los daños ocasionados por el humo de tabaco^{44,45}.

Tanto Colombia como Costa Rica, Ecuador y Perú luego de ratificar el Convenio establecieron medidas legislativas de espacios 100% libres de humo de tabaco garantizar ambientes sin la contaminación resultante de la combustión de tabaco. Sin

embargo, el nivel de acatamiento de la legislación donde 0 es la ausencia y 10 es el nivel máximo de cumplimiento: Colombia tiene un puntaje de 9³⁸, Costa Rica 10³⁹, Ecuador 8⁴⁰ y Perú 6⁴¹. Es decir, que a pesar de que los países cuentan con una norma que establece los espacios 100% libres de humo, el nivel de cumplimiento de la misma en algunos lugares no es tan efectiva (tabla 3).

Además, la industria tabacalera continúa proponiendo alternativas basadas en la reducción del riesgo⁴⁶. Entre estas se encuentran los sistemas electrónicos de administración de nicotina que son comercializados como una alternativa para dejar de fumar⁴⁷ y una opción de uso en los espacios libres de humo⁴⁶. A pesar de esto, la OMS no recomienda el cigarrillo electrónico como un tratamiento sustitutivo de la nicotina ya que no dispone de pruebas suficientes que confirmen su seguridad y eficacia⁴⁷⁻⁴⁹.

Por otra parte, Colombia debe ser más garante en el cumplimiento de la norma, especialmente realizando vigilancia en universidades, cafeterías, bares, restaurantes y transporte público³⁸. Por consiguiente, si Colombia llegara al máximo nivel de acatamiento se evitaría a lo largo de diez años 7.116 nuevas muertes y se lograría una reducción de COP 1.106.331 millones en costos de atención en salud⁵⁰.

Ofrecer ayuda para abandonar el uso del tabaco (*O: Offer*)

La nicotina es la sustancia responsable de la adicción al tabaco^{51,52}. Lo anterior explica que aunque el 70% de los fumadores desean dejar de fumar, únicamente el 3% al año lo logra sin ayuda⁵³; esto es debido a que durante el proceso de abandono se experimentan síntomas: como ansias, ira,

Tabla 3. Ambientes 100% libres de humo

| Criterio de evaluación | Colombia | Costa Rica | Ecuador | Perú |
|---|----------|------------|---------|------|
| Legislación para ambientes 100% libres de humo | Sí | Sí | Sí | Sí |
| Nivel de acatamiento de los ambientes 100 % libre de humo | 9 | 10 | 8 | 6 |
| La legislación nacional exige multas por fumar | Sí | Sí | Sí | Sí |

Fuente: elaboración propia, 2017.

depresión y aumento de peso, que son originados por la falta de absorción de nicotina⁵⁴. El Artículo 14 del Convenio establece que para superar la dependencia se requiere de apoyo psicológico, a través de líneas telefónicas o en el consultorio y en algunos casos de la ayuda de fármacos que contrarresten la abstinencia^{3,55}.

Costa Rica cuenta con clínicas especializadas en la adicción al tabaco con disponibilidad de terapia de reemplazo con nicotina⁵⁶. El sistema de salud cubre los costos de los servicios, pero no cubre los costos farmacológicos^{39,56}. Perú tiene programas educativos para abandonar el tabaco, una línea telefónica para consejería, y ayuda farmacológica; el sistema de salud cubre parcialmente los costos y no cuenta con servicios asistenciales para la cesación⁴¹. Colombia y Ecuador cuentan con apoyo para la cesación tabáquica en algunos centros de atención primaria y ayuda farmacológica bajo prescripción médica, así como programas de educación para incentivar el abandono del tabaco^{38,40} (tabla 4).

Al respecto, la cesación tabáquica es quizá la medida más difícil en desarrollar, pues se requiere de recursos humanos y financieros³. Sin embargo, Colombia está en fase de implementación del Programa para la Cesación del Consumo de Tabaco y Atención del Tabaquismo enmarcado en el Modelo Integral de Atención en Salud que contempla todas las intervenciones relacionadas con la ayuda para abandonar el tabaco y las capacitaciones para profesionales de la salud. Aún no están disponibles ni indicadores, ni resultados⁵⁷.

Advertir sobre los peligros del tabaco (*W: Warn*)

Aunque algunos fumadores reconocen que el tabaco es un riesgo para la salud, otros no son capaces de reconocer los efectos y tienden a subestimar su alcance⁵⁸. La industria tabacalera se favorece de estos factores para hacer los productos más atractivos⁵⁹. No obstante, las modificaciones en el diseño de los cigarrillos no reduce el riesgo de enfermedad⁶⁰.

El Artículo 11 del Convenio prohíbe el uso de términos engañosos e incluir advertencias sobre los daños en el empaquetado de los productos para eliminar falsas expectativas y mantener alertados a los consumidores sobre sus riesgos⁴³.

La evaluación de esta medida considera dos criterios: determinar el tamaño de las advertencias sanitarias, y evaluar el nivel de implementación. El MPOWER⁶ lo clasifica así:

- a) **Sin advertencias sanitarias:** ninguna advertencia o cubre menos del 30 % de la superficie.
- b) **Advertencias débiles:** advertencias no gráficas que cubren al menos la tercera parte de la superficie.
- c) **Advertencias moderadas:** advertencias gráficas que cubren al menos la tercera parte del paquete (30-49%).
- d) **Advertencias fuertes:** advertencias gráficas que cubren al menos el 50% del paquete.

Ecuador es el país con las advertencias de mayor tamaño 60% (tanto de cara frontal como posterior), seguido de Costa Rica y Perú con 50% y Colombia 30%; los cuatro países cuentan con una normativa y las advertencias son rotativas, tienen imágenes y mensajes sobre los daños en la salud y en lenguaje claro y legible para los consumidores³⁸⁻⁴¹. En este criterio, Ecuador, Costa Rica y Perú tienen advertencias fuertes, mientras en Colombia son moderadas⁵⁶.

El segundo criterio evalúa la educación sobre los daños del tabaco por medio de campañas. A la fecha de la evaluación de MPOWER, Colombia, Costa Rica y Perú habían realizado una campaña a nivel nacional que fue transmitida por los medios de comunicación; previo a la campaña, en Colombia se evaluó los recursos, los mensajes y los materiales con el público objeto, y posteriormente se realizó una evaluación de la campaña, mientras en Costa Rica y Perú no realizaron evaluación posterior^{38,39,41}. Ecuador no reportó campañas a nivel nacional⁴⁰.

Al respecto, las advertencias sanitarias en los paquetes de productos de tabaco son un medio altamente costo-efectivo de comunicación⁶¹. Las advertencias llegan a todos los fumadores y no fumadores, con el fin de aumentar la conciencia de los efectos sobre la salud y reducir el consumo de tabaco⁶¹. Así como un mayor tamaño facilita la visibilidad del consumidor y evita que la industria coloque publicidad engañosa^{4,61}. En Colombia, existe evidencia sobre la ineffectividad del tamaño de las advertencias al 30% para motivar el comportamiento de evitación, pues la imagen compite con el 70% restante del paquete diseñado para captar la atención⁶².

Por estas razones es fundamental que Colombia escale a advertencias sanitarias fuertes y de ahí escalar a empaquetado

Tabla 4. Tratamiento de la dependencia a la nicotina

| | Colombia | Costa Rica | Ecuador | Perú |
|--|--|------------|--|--------------|
| Línea telefónica gratuita de cesación | No | No | No | Sí |
| Está disponible la terapia de sustitución con nicotina | Sí | Sí | Sí | Sí |
| El sistema de salud cubre los costos de la terapia de sustitución con nicotina | Sí | No | No | Parcialmente |
| Hay servicios especializados en el abandono de tabaco | Sí, en algunos servicios de atención primaria y consultorios | Sí | Sí, en algunos servicios de atención primaria y consultorios | No |
| El sistema de salud cubre los costos de atención | Sí | Sí | Parcialmente | No |

Fuente: elaboración propia, 2017.

neutro. Logrando lo anterior, Colombia obtendría un beneficio en la carga de la enfermedad; implementar el empaquetado neutro junto con las advertencias sanitarias de más del 80% de la superficie del paquete, a lo largo de diez años evitaría 24.086 muertes y el sistema de salud ahorraría COP 3.744.602 millones de pesos⁶³.

En consecuencia, Colombia cuenta con el Comité de Etiquetado y Empaquetado de Productos de Tabaco que evalúa cada año los pictogramas y los mensajes que lleva cada empaque⁶⁴ para garantizar el cumplimiento de la Resolución 3961 de 2009 que establecen los requisitos de empaquetado y etiquetado⁶⁵. Del mismo modo, en el Congreso de la República, han surgido tres iniciativas que apuntan a aumentar el tamaño de las advertencias sanitarias; no obstante, estas han sido archivadas debido a que en el curso de los debates la industria tabacalera interfiere para que estas iniciativas sean aplazadas y se archiven por vencimiento de términos⁶⁶⁻⁶⁸.

Es importante que las campañas educativas den un paso hacia estrategias que trasciendan en el tiempo, de manera que tengan un reconocimiento masivo, a fin de fomentar la práctica de no fumar como un estilo de vida saludable y mostrando los aspectos positivos del abandono del tabaco. Al respecto se precisa que los mensajes más efectivos son los que evidencian las manipulaciones de la industria tabacalera, presentándola como deshonesto y embustero y los menos efectivos son aquellos que esencialmente solo dicen que fumar es dañino para la salud⁶⁹.

Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco (E: Enforce)

La industria tabacalera ha trabajado durante años con agencias de publicidad para desarrollar estrategias de promoción dirigidas especialmente a los niños⁷⁰. Existe una

relación entre el consumo de tabaco en niños y la publicidad, pues más del 80% de los fumadores actuales comienzan a fumar antes de los 18 años⁷¹. La industria enfoca sus habilidades de mercadeo a esta población por ser más sensible que los adultos a los mensajes que van acompañados de imágenes, fotografías, videos, etc.⁷⁰. Por lo anterior, el Artículo 13 del Convenio prohíbe la publicidad, la promoción y el patrocinio de todos los productos de tabaco⁴³.

Colombia es uno de los países que cuenta con una legislación al más alto nivel, pues tiene prohibición de publicidad directa e indirecta en televisión, radio y todos los medios impresos, vallas publicitarias y puntos de venta, así como el patrocinio a través de distribución gratuita de productos, descuentos o presentación de marcas en programas de televisión^{3,38,56}.

Costa Rica prohíbe la publicidad en televisión nacional, radio, medios impresos, vallas publicitarias, aunque la ley permite publicidad en lugares interiores y eventos con acceso exclusivo de adultos y en espacios no declarados 100% libres de humo^{3,39,56}.

Ecuador prohíbe la publicidad en todos los medios de comunicación masiva, y el patrocinio en cualquier actividad cultural, deportiva o artística. La promoción tiene una prohibición parcial, pues se permite la publicidad directa en el interior de los puntos de venta³⁷. Perú, prohíbe únicamente la publicidad en televisión nacional y radio; no cuenta con medidas legislativas que prohíba la publicidad de acuerdo con lo establecido en el Convenio^{3,56}.

En cuanto el nivel de acatamiento que va de 0 a 10, explicado antes, en Colombia el nivel de cumplimiento es 10 y 8, en Costa Rica es 10 y 10, en Ecuador es 8 y 7 para publicidad directa e indirecta, respectivamente en cada país. En Perú 10 en publicidad directa y en publicidad indirecta no es aplicable, pues no existen normas para ello; esta es una oportunidad de mejora para este país³⁸⁻⁴⁰ (tabla 5).

En la medida en que los Estados Parte han avanzado con normas para proteger a los niños de las estrategias de mercadeo y como cada vez la industria tiene menos espacios publicitarios,

Tabla 5. Prohibición de la publicidad, la promoción y el patrocinio

| | Colombia | Costa Rica | Ecuador | Perú |
|--|-----------------|-------------------------|-------------------------|--------------|
| Prohibición de publicidad directa | | | | |
| Tv, radio y medios impresos | Sí | Sí | Sí | Sí |
| Vallas publicitarias | Sí | Sí | Sí | No |
| Publicidad en el punto de venta | Sí | Sí | No ^c | No |
| Nivel de acatamiento en publicidad directa | 10 | 10 | 8 | 10 |
| Prohibición de publicidad indirecta | | | | |
| Prohibición de promoción | Sí | Incompleta ^b | Incompleta ^c | No |
| Prohibición de patrocinio | Sí | Sí | Sí | No |
| La ley prohíbe explícitamente de exhibición del producto | No ^a | No | No | No |
| Nivel de acatamiento en publicidad indirecta | 8 | 10 | 7 | ^d |

Fuente: elaboración propia, 2017.

a No se prohíbe explícitamente la exhibición de productos de tabaco en el punto de venta, pero la prohibición puede estar implícita debido a la prohibición total de la publicidad y la promoción del tabaco.

b Permite publicidad en lugares interiores y eventos con acceso exclusivo de personas adultas y en ambientes no declarados libres de humo.

c Se permite solo en el interior, no puede ser vista desde el exterior y no puede ser mayor de 1 metro.

d No existe una legislación que regule la publicidad.

entonces aprovecha los vacíos legales y hace interpretaciones erróneas o directamente viola las legislaciones⁷¹. Como lo sucedido en Colombia, pues a pesar de existir la Ley 1335 de 2009 con una prohibición total de la publicidad, la Superintendencia de Industria y Comercio en 2012 emitió las circulares 005 y 011^{72,73} donde se permitía la exhibición de los paquetes de cigarrillos en el punto de venta, lo que abrió una opción para evitar el cumplimiento estricto de la norma. A continuación el Consejo de Estado suspendió provisionalmente estas circulares^{72,73}. Sin embargo, esta situación confunde a las entidades responsables de la función de inspección, vigilancia y control, y la industria tabacalera vuelve los puntos de venta verdaderas vitrinas de promoción y publicidad con atractivos exhibidores de tabaco generalmente cercano a los dulces y otros productos dirigidos a los menores de edad⁷¹.

Dado lo anterior, se estima que si Colombia alcanzara una prohibición completa con un nivel de acatamiento al 100% a lo largo de diez años, se evitarían 10.584 muertes y se ahorrarían COP 1.645.484 millones en costos de salud⁷⁴.

Aumentar los impuestos al tabaco (R: Raise)

Aumentar los impuestos al tabaco a más del 75% sobre el precio de venta final de la cajetilla de 20 cigarrillos es la manera más efectiva para disminuir el consumo de tabaco⁷⁵. Asimismo,

los gobiernos se beneficiarían al incrementar el recaudo fiscal para proporcionar recursos que ayuden a la aplicación de estrategias para el control del tabaco^{43,56}. Esta es la medida que menos ha avanzado, pues la industria tabacalera ha intentado retrasar la legislación con argumentos contra los que existe suficiente evidencia de calidad para controvertirlos^{76,77}.

Al 31 de julio de 2016, el impuesto aplicado sobre el precio de venta final de una cajetilla de cigarrillos de 20 unidades: en Costa Rica fue de 69,4%³⁹, en Ecuador 73,8%⁴⁰, en Colombia 49,5%³⁸ y en Perú 49,5%⁴¹. Asimismo, el porcentaje del producto interno bruto (PIB) per cápita requerido para comprar 100 paquetes de cigarrillos de la marca más vendida (entendiéndose que entre mayor sea el %, menor asequibilidad hay): en Colombia es de 1,54%³⁸, en Costa Rica 2,67%³⁹, en Ecuador 8,77%⁴⁰ y en Perú 5,02%⁴¹; lo anterior indica que en 2016 los cigarrillos fueron menos asequibles en Ecuador y Perú que en Colombia y Costa Rica en relación con el 2014⁵ (tabla 6).

A finales de 2016 Colombia promulgó la reforma tributaria estableciendo un aumento progresivo del impuesto desde 2017¹⁷, así pues, la mediana de precio de un paquete de 20 cigarrillos paso de COP 3.128 en 2016 a COP 5.936 en 2018⁷⁸. Con este aumento la carga impositiva escaló a 63%⁷⁹ y recaudó COP 888.815 millones en 2017, casi 50% más del recaudo del 2016 (COP 595.476 millones) y la proyección para el 2018 se estima en más de COP 1.1 billones de pesos⁸⁰. No obstante, el precio de los cigarrillos en Colombia están aún por debajo del

Tabla 6. Precios e impuestos al tabaco

| | Colombia ^a | Costa Rica | Ecuador | Perú |
|--|-----------------------|------------|---------|----------|
| Precio de la marca de cigarrillos más vendida (estandarizada a un paquete de 20 cigarrillos) | | | | |
| En moneda reportada por el país | COP 2726 | CRC 1700 | USD 5.2 | PEN 10.5 |
| En dólares internacionales (Equidad del poder adquisitivo) | 2,19 | 4,37 | 9,58 | 6,63 |
| En dólares estadounidenses a tipos de cambio oficiales | 0,88 | 3,09 | 5,2 | 3,13 |
| Impuestos (% del precio final de la marca más vendida) | | | | |
| Total impuestos | 49,5% | 69,4% | 73,8% | 49,5% |
| Impuesto específico | 25,7% | 26,6% | 61,5% | 34,3% |
| Impuestos ad valorem | 10,0% | 29,1% | 0% | 0% |
| Impuesto sobre el Valor Añadido (IVA) | 13,8% | 11,5% | 12,3% | 15,3% |
| Derechos de importación | 0% | 0% | 0% | 0% |
| Otros impuestos | 0% | 2,2% | 0% | 0% |
| Asequibilidad | | | | |
| % del PIB per cápita requerido para comprar 100 paquetes de la marca de cigarrillos más vendida (cuanto mayor sea el %, menos asequible) | 1,54% | 2,67% | 8,77% | 5,02% |
| Los cigarrillos son menos asequibles en 2016 en comparación con 2014 | No | No | Sí | Sí |

Fuente: elaboración propia, 2017.

a Los datos descritos en esta tabla son los que se encuentran en WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2017, previos a la promulgación de la reforma tributaria y el aumento del impuesto realizado en 2017 y 2018.

promedio regional⁸¹.

Lo anterior muestra un avance positivo para Colombia, no obstante más allá del precio nominal, estas políticas públicas también deberían tomar como punto de referencia la reducción de la asequibilidad en lugar de solo el aumento del precio real; los impuestos deben hacer que el precio sea más alto y también menos asequible⁸².

Por otro lado, es importante controvertir en todos los escenarios los argumentos de la industria para contrarrestar la lucha antitabáquica. A través del Convenio se han adoptado métodos de seguimiento de producción y distribución de cigarrillos, y sanciones para frenar el comercio ilícito⁸³. Igualmente, hay estudios que demuestran que habría un aumento de empleos si los fumadores actuales invirtieran el dinero en otras áreas de la economía en vez de gastar en cigarrillos^{77,84}. Asimismo, se estimó que la penetración del comercio ilícito de cigarrillos en Colombia es de 3,5%, muy por debajo a las estimaciones realizadas por industria (14%), por lo que se concluye que el comercio ilícito no representa una amenaza para los ingresos tributarios por los aumentos de impuestos⁸⁵.

Finalmente, en 2016 un estudio comparó los resultados de la implementación del Convenio diseñando una lista de verificación puntuando los indicadores principales de MPOWER 2015⁸⁶ más la prevalencia de tabaquismo y el cumplimiento de las políticas libres de humo y la prohibición de publicidad con un resultado máximo de 37 puntos. Este estudio mostró que ningún país en el mundo cuenta con el puntaje máximo, y de los cuatro países Costa Rica obtuvo un puntaje de 33, Colombia 31, Ecuador 30 y Perú 23⁸⁶. Lo anterior describe que Colombia en relación a los otros países muestra un avance positivo respecto a: los espacios 100% libres de humo, las campañas educativas dentro de la medida de “Advertir sobre los peligros del tabaco” y muestra un constante trabajo para avanzar en el control del tabaco reflejado en el reciente aumento de los impuestos y la implementación del programa nacional de cesación.

Conclusiones

Es importante que los esfuerzos por hacer retroceder la epidemia del tabaquismo continúen a tal punto de enfrentar nuevos retos como: desarrollar nuevas generaciones de líderes de control del tabaco; elevar el perfil de control en los programas de salud; realizar campañas educativas aprovechando las nuevas tecnologías de comunicación, y desarrollar métodos de seguimiento más sofisticados para contrarrestar los esfuerzos de la industria tabacalera⁸⁷.

El reto para Colombia comprende: intervenir en las medidas con mayor retroceso a fin de mantenerse en una escala ascendente de avance en el control del tabaco, aplicar el aumento de los impuestos combinado con la asequibilidad de los cigarrillos e implementar el programa de cesación con seguimiento de su impacto y aumentar el tamaño de las advertencias sanitarias.

Por otro lado: realizar un mejoramiento continuo del cumplimiento de los espacios libres de humo en universidades, cafeterías, bares, restaurantes y transporte público, así como la publicidad, la promoción y el patrocinio en los puntos de venta, especialmente de los pequeños comerciantes, haciendo énfasis en controlar la venta al menudeo y la publicidad dirigida a los niños; planear la medición de la prevalencia de tabaquismo de forma frecuente y con los estándares internacionales recomendados, y generar estrategias de control tendientes a las nuevas propuestas de la industria encaminadas a la reducción de los daños como los sistemas electrónicos de administración con nicotina.

Todo lo anterior debe aumentar la capacidad de investigación para demostrar el desarrollo en esta materia para que Colombia se perciba como precursor de las estrategias del Convenio y reflejarlo en un impacto positivo respecto a la salud pública.

Agradecimientos

Agradecemos sinceramente al doctor Carlos Arturo Hernández por su compromiso y dedicación para llevar a cabo el seminario taller *Elaboración y escritura de manuscritos científicos*.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Tabaco. Organización Mundial de la Salud; 2017 [consultado el 20 de abril de 2017]. Disponible en: URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>
2. Organización Mundial de la Salud. Informe OMS sobre las epidemia mundial de tabaquismo, 2008. Organización Mundial de la Salud; 2008 [consultado el 18 de mayo de 2017]. Disponible en: URL: http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_SP.FINAL%20COVER%20AND%20TEXT.pdf
3. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas. Organización Mundial de la Salud; 2016 [consultado el 11 de abril de 2017]. Disponible en: URL: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28380/9789275318867_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
4. Thrasher JF, Chaloupka F, Hammond D, Fong G, Borland R, Hastings G, et al. Evaluación de las políticas contra el tabaquismo en países latinoamericanos en la era del Convenio Marco para el Control del Tabaco. *Salud Publica Mex.* 2006;48:s155-s166.
5. World Health Organization. WHO REPORT ON THE GLOBAL TOBACCO EPIDEMIC, 2017. Monitoring tobacco use and prevention policies. World Health Organization; 2017 [consultado el 12 de junio de 2018]. Disponible en: URL: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255874/9789241512824-eng.pdf;jsessionid=FOF909ECO266CF3F911E3DCAC3C-7D40?sequence=1>
6. Organización Mundial de la Salud. MPOWER un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo. Organización Mundial de la Salud; 2008 [consultado el 18 de mayo de 2017]. Disponible en: URL: http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_spanish.pdf?ua=1
7. The World Bank. World Bank Country and Lending Groups. The World Bank 2018. Disponible en: URL: <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519>
8. Wiesner C, Peñaranda D. Encuesta mundial de tabaquismo en jóvenes reporte de Bogotá, Colombia. *Rev Colomb Cancerol.* 2002;6(4):5-14.
9. Pardo C, Piñeros M. Consumo de tabaco en cinco ciudades de Colombia, Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes, 2007. *Biomédica.* 2010;30(4):509-18.
10. Rodríguez J, Ruiz F, Peñaloza E, Eslava J, Gómez LC, Sánchez H, et al. Encuesta nacional de salud 2007. Bogotá: Javegraf; 2009.
11. Ministerio del Interior y Justicia, Dirección Nacional de Estu-

- pefaciente. Observatorio de Drogas de Colombia Acciones y Resultados 2008. Observatorio de Drogas de Colombia; 2017 [consultado el 11 de abril de 2017]. Disponible en: URL: <https://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/odc-libro-blanco/OD01012008-acciones-resultados-2008.pdf>
12. Ministerio de Justicia y del Derecho, Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2013. UNODC, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito; 2014 [consultado el 11 de abril de 2017]. Disponible en: URL: https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf
 13. Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Salud y Protección Social. Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar Colombia 2011. Observatorio de Drogas de Colombia; 2011 [consultado el 5 de abril de 2017]. Disponible en: URL: https://www.unodc.org/documents/colombia/Documentostecnicos/Estudio_Consumo_Escolares.pdf
 14. Alcaldía Mayor de Bogotá D. C., Secretaría Distrital de Salud. Estudio de consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá, D. C. Observatorio de Drogas de Colombia; 2016 [consultado el 4 de mayo de 2017]. Disponible en: URL: <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/locales/CO031052016-estudio-consumo-sustancias-psicoactivas-bogota-2016.pdf>
 15. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Encuesta Nacional de Calidad de Vida - ECV - 2016. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE: Bogotá D. C., Colombia; 2017 [consultado el 10 de septiembre de 2017]. Disponible en: URL: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/Boletin_Tecnico_ECV_2016.pdf
 16. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Encuesta Nacional de Calidad de Vida - ECV - 2017. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE: Bogotá D. C., Colombia, 2018 [consultado el 17 de julio de 2018]. Disponible en: URL: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/Boletin_Tecnico_ECV_2017.pdf
 17. Congreso de Colombia. Ley 1819 de 2016. 29-12-2016.
 18. Congreso de la República de Colombia. Ley 1335 de 2009. 21-7-2009.
 19. Bejarano J. El consumo de tabaco en jóvenes costarricenses escolarizados - Comparación de los resultados obtenidos con la Encuesta Mundial sobre Tabaquismo en Jóvenes (GYTS) en 1999 y el 2002. *Salud y drogas*. 2004;4(1):67-81.
 20. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. Tabaquismo en estudiantes universitarios de profesiones de la salud: Resultados en Costa Rica, encuesta mundial GHPS 2006. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia; 2007 [consultado el 16 de julio de 2018]. Disponible en: URL: <http://www.bvs.sa.cr/tabaquismo/tabaquismo1.pdf>
 21. Fonseca S. Consumo de drogas en Costa Rica. Encuesta nacional 2010. Consumo de tabaco. Instituto Nacional sobre Alcoholismo y Farmacodependencia: San José, Costa Rica; 2012.
 22. Ministerio de Salud Costa Rica. Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos: Resumen Ejecutivo 2015. Organización Mundial de la Salud; 2015 [consultado el 11 de abril de 2017]. Disponible en: URL: http://apps.who.int/tobacco/surveillance/survey/gats/cri_executive_summary_es.pdf
 23. Asamblea Legislativa Costa Rica. Ley General de Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud N° 9028. San José; 2012.
 24. Alfonso ZM. Global Youth Tobacco Survey in Huancayo, Lima, Trujillo and Tarapoto, Perú. Organización Mundial de la Salud 2001 [consultado el 11 de abril de 2017]. Disponible en: URL: <http://www.who.int/tobacco/surveillance/peru%20report.pdf>
 25. Zavaleta A, Maldonado V, Romero E, Salas M. Encuesta Mundial de Profesionales de la Salud: el uso de tabaco en estudiantes de tercer año de Medicina, Enfermería y Farmacia, Perú 2006. Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas; 2007. Disponible en: URL: <http://www.repositorio.cedro.org.pe/bitstream/CE-DRO/3211/1/4483-DR-CEDRO.pdf>
 26. Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin drogas. Informe ejecutivo Encuesta Nacional sobre consumo de drogas en la población general del Perú 2010. Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin drogas; 2012 [consultado el 15 de abril de 2017]. Disponible en: URL: <http://www.devida.gob.pe/2012/12/informe-ejecutivo-encuesta-nacional-sobre-consumo-de-drogas-en-poblacion-general-peru-2010/>
 27. Díaz G, Alejandro H, Cárdenas García FI, Gutiérrez Lecca E, Malo Serrano M. Encuesta global de salud escolar: resultados-Perú 2010. Encuesta global de salud escolar: resultados-Perú 2010. Lima: Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud; 2011.
 28. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2014. Lima: INEI; 2015.
 29. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2015. Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2016 [consultado el 16 de julio de 2018]. Disponible en: URL: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1357/index.html
 30. Congreso de la República del Perú. Ley 29517 de 2010. 31-3-2010.
 31. Congreso de la República del Perú. Ley General Para la Prevención y Control de los Riesgos del Consumo del Tabaco N° 28705. 13-3-2006.
 32. Pan American Health Organization. Global Youth Tobacco Survey (GYTS) Ecuador. Pan American Health Organization; 2001 [consultado el 11 de abril de 2017]. Disponible en: URL: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/2001%20Ecuador-Quito%20Factsheet%2013-15.pdf>
 33. Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotóxicas. Tercera encuesta nacional sobre consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media 2008. Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotóxicas; 2008 [consultado el 16 de julio de 2018]. Disponible en: URL: <http://www.prevenciondrogas.gob.ec/wp-content/uploads/2017/06/Tercera-Encuesta-Nacional-sobre-uso-de-drogas-en-estudiantes-de-ense%C3%B1anza-media.pdf>
 34. Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotóxicas, Observatorio Nacional de Drogas. Cuarta encuesta nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años 2012. Observatorio Nacional de Drogas, Quito Ecuador; 2013 [consultado el 1 de septiembre de 2017]. Disponible en: URL: http://sisco.copolad.eu/web/uploads/documentos/Encuesta_uso_drogas_CONSEP_08.2013.pdf
 35. Freire WB, Ramírez MJ, Belmont P, Mendieta MJ, Silva MK, Romero N, et al. Resumen Ejecutivo. Tomo I. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT-ECU 2011-2013. Ministerio de Salud Pública/Instituto Nacional de Estadística y Censos Quito, Ecuador; 2013 [consultado el 1 de septiembre de 2017]. Disponible en: URL: <https://www.unicef.org/ecuador/esanut-2011-2013.pdf>
 36. Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes

- y Psicoptópicas. IV Estudio nacional sobre uso de drogas en población de 12 a 65 años. 2014. Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotópicas; 2014 [consultado el 16 de julio de 2018]. Disponible en: URL: <http://www.prevenciondrogas.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/03/Cuarta-Encuesta-Nacional-sobre-uso-de-drogas-en-poblaci%C3%B3n-de-12-a-65-a%C3%B1os.pdf>
37. Congreso Nacional de la Comisión de Legislación y Codificación Ecuador. Ley Organica para la Regulación y Control del Tabaco. 13-7-2011.
 38. World Health Organization. Who Report on the global tobacco epidemic, 2017 country profile Colombia. World Health Organization; 2017 [consultado el 3 de julio de 2018]. Disponible en: URL: http://www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country_profile/col.pdf?ua=1
 39. World Health Organization. Who Report on the global tobacco epidemic, 2017 country profile Costa Rica. World Health Organization; 2017 [consultado el 3 de julio de 2018]. Disponible en: URL: http://www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country_profile/cr.pdf?ua=1
 40. World Health Organization. Who Report on the global tobacco epidemic, 2017 country profile Ecuador. World Health Organization; 2017 [consultado el 3 de julio de 2018]. Disponible en: URL: http://www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country_profile/ecu.pdf?ua=1
 41. World Health Organization. Who Report on the global tobacco epidemic, 2017 country profile Perú. Geneva: World Health Organization; 2017 [consultado el 3 de julio de 2018]. Disponible en: URL: http://www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country_profile/per.pdf?ua=1
 42. Instituto Nacional de Cáncer. Humo de Tabaco en el Ambiente y el Cáncer. Instituto Nacional de Cáncer; 2017 [consultado el 12 de abril de 2017]. Disponible en: URL: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/tabaco/hoja-informativa-humo-tabaco-ambiente#r1>
 43. Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Organización Mundial de la Salud; 2003 [consultado el 12 de abril de 2017]. Disponible en: URL: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42813/1/9243591010.pdf>
 44. World Health Organization. 100% smoke-free is the only answer. Tobacco Free Initiative (TFI); 2017 [consultado el 15 de junio de 2017]. Disponible en: URL: <http://www.who.int/tobacco/communications/events/wntd/2007/smoke-free/en/>
 45. World Health Organization. Dismantling tobacco industry myths. Tobacco Free Initiative (TFI); 2017 [consultado el 15 de junio de 2017]. Disponible en: URL: <http://www.who.int/tobacco/communications/events/wntd/2007/dismantling/en/>
 46. Organización Mundial de la Salud. Sistemas electrónicos de administración de nicotina. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 [consultado el 15 de mayo de 2017]. Disponible en: URL: http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop6/FCTC_COP6_10Rev1-sp.pdf?ua=1
 47. Vicentin E, Copertari P, Petrunaro V, Barabini N, Ferreiros Gago L, Bugna Hortonedá J, et al. Seguridad y eficacia del cigarrillo electrónico para dejar de fumar. *Rev argent salud publica*. 2018;9(34):35-9.
 48. Ariza Maria Fernanda, Orjuela Julie Liliana. Cigarrillo Electrónico. Instituto Nacional de Cancerología; 2015 [consultado el 17 de abril de 2017]. Disponible en: URL: <http://www.cancer.gov.co/files/libros/archivos/.DIC.pdf>
 49. Organización Mundial de la Salud. Decisión: Sistemas electrónicos de administración con nicotina y sistemas similares sin nicotina. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 [consultado el 20 de mayo de 2017]. Disponible en: URL: http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop6/FCTC_COP6_10Rev1-sp.pdf?ua=1
 50. Bardach A, Calderón M, Soto N, Mejía A, Pinzón C, Ciapponi A, et al. Ambientes libres de humo: paquete de evidencia para la implementación de políticas de control del tabaquismo en Colombia. Documento técnico IECS N° 39. Buenos Aires: Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria; 2017 [consultado en junio de 2017]. Disponible en: URL: <http://www.iecs.org.ar/wp-content/uploads/ETS-ALH-Colombia.pdf>
 51. Fu M, Martínez-Sánchez JM, López MJ, Nebot M, Raich A, Fernández E. Dependencia a la nicotina y preparación para dejar de fumar en la población española. *Adicciones*. 2011;23(2):103-9.
 52. Garzona Navas AF, Esquivel Zúñiga MR, Sauma Webb AJ, Quintana Quirós OE, Jiménez Bermúdez JP, Álvarez Umaña SV. Review about Drug-dependence: Tobacco Addiction. *Revista Costarricense de Salud Pública*. 2014;23(2):129-36.
 53. Ministerio de Salud Publica Uruguay. Manual Nacional de Abordaje del Tabaquismo. Organización Mundial de la Salud; 2017 [consultado el 17 de abril de 2017]. Disponible en: URL: <http://www.who.int/fctc/reporting/Annexsixurue.pdf>
 54. Instituto Nacional de Cáncer. Cómo superar los síntomas de la abstinencia y los incitantes al decidir dejar de fumar. Instituto Nacional de Cáncer; 2010 [consultado el 20 de abril de 2017]. Disponible en: URL: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/tabaco/hoja-informativa-abstinencia#q1>
 55. Valdés-Salgado R. Avances y puntos pendientes en la agenda latinoamericana para el control del tabaco. *Salud Pública Mex*. 2010;52(Suppl 2):S321-9.
 56. World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2015. Organización Mundial de la Salud; 2015. Disponible en: URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178574/1/9789240694606_eng.pdf
 57. Ministerio de Salud y Protección Social. Programa para la cesación del consumo de tabaco y atención del tabaquismo. Ministerio de Salud y Protección Social; 2017 [consultado el 14 de diciembre de 2017]. Disponible en: URL: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/programa-cesacion-tabaco.pdf>
 58. Hammond D, Fong GT, McNeill A, Borland R, Cummings KM. Effectiveness of cigarette warning labels in informing smokers about the risks of smoking: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco control* 2006;15(suppl 3):iii19-iii25.
 59. Soto Mas F, García León F.J. La industria tabaquera y la promoción del tabaquismo entre los menores y jóvenes: una revisión internacional. *Gaceta Sanitaria*. 2009;23(5):448-57.
 60. Instituto Nacional de Cáncer. Cigarrillos light y el riesgo de cáncer. Instituto Nacional de Cáncer; 2017 [consultado el 25 de abril de 2017]. Disponible en: URL: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/tabaco/hoja-informativa-cigarrillos-light#r1>
 61. Sociedad Canadiense del Cáncer. Advertencias sanitarias en el paquete de cigarrillos: informe sobre la situación internacional. Quinta Edición ed. 2016.
 62. Gantiva C, Guerrero L, Rico A, Ramírez N, Díaz M, González M, et al. Influence of Cigarette Package Brand on the Emotional Impact of Tobacco-Warning Images That Cover 30% of Cigarette Packs in Smokers and Nonsmokers. *Nicotine & Tobacco Research*. 2015;18(5):1324-30.
 63. Alcaraz A, Hernández-Vázquez A, Mejía A, Pinzón C, Ciapponi A, Palacios A, et al. Advertencias sanitarias y empaquetado neutro: paquete de evidencia para la implementación de políticas de control del tabaquismo en Colombia. Documen-

- to tecnico IECS N° 38. Buenos Aires: Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria; 2017 [consultado el 4 de septiembre de 2017]. Disponible en: URL: <http://www.iecs.org.ar/wp-content/uploads/ETS-empaquetado-Colombia.pdf>
64. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1309 de 2012. Ministerio de Salud y Protección Social; 2012 [consultado el 24 de julio de 2018]. Disponible en: URL: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1309-de-2012.pdf>
65. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3961 de 2009. Ministerio de Salud y Protección Social; 2009 [consultado el 24 de julio de 2018]. Disponible en: URL: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=37727>
66. Fernando Acuña Y. Proyecto de ley 120 de 2014. Congreso de la República de Colombia; 2014 [consultado el 24 de julio de 2018]. Disponible en: URL: <http://www.camara.gov.co/prevision-consumo-de-tabaco>
67. Ospina O. Proyecto de ley 210 de 2015. Congreso de la República de Colombia; 2015 [consultado el 24 de julio de 2018]. Disponible en: URL: <http://www.camara.gov.co/prevision-consumo-del-tabaco>
68. Ospina O. Proyecto de ley 007 de 2015. Congreso de la República de Colombia; 2015 [consultado el 24 de julio de 2018]. Disponible en: URL: <http://www.camara.gov.co/antitabaco>
69. Valdés Salgado R, Hernández Avila M, Sepúlveda Amor J. El consumo de tabaco en la Región Americana: elementos para un programa de acción. *Salud Pública Mex.* 2002;44:s125-35.
70. Salvador Llivina T. Publicidad y estrategias de promoción del tabaco: impacto sobre los consumos. *Eguzkilore: Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología.* 2010;(24):109-28.
71. Shammah C, Chidiak C, Gutkowski P, Alderete M, Ríos B, Bini L, et al. Niños en la mira de la industria tabacalera. Tercera ed. Buenos Aires: 2015.
72. Superintendencia de Industria y Comercio. Circular Externa 011 de 2012. Superintendencia de Industria y Comercio; 2012 [consultado el 19 de diciembre de 2017]. Disponible en: URL: http://biblioteca.saludcapital.gov.co/img_upload/03d591f205ab80e521292987c313699c/circular-externa-011-de-2012.pdf
73. Superintendencia de Industria y Comercio. Circular externa 005 de 2012. Superintendencia de Industria y Comercio; 2012 [consultado el 19 de diciembre de 2017]. Disponible en: URL: http://biblioteca.saludcapital.gov.co/img_upload/03d591f205ab80e521292987c313699c/circular-externa-005-de-2012.pdf
74. García Martí S, Soto N, Mejía A, Pinzón C, Ciapponi A, Palacios A, et al. Prohibición de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco: Paquete de evidencia para la implementación de políticas de control del tabaquismo en Colombia. Documento tecnico IECS N° 40. Buenos Aires: Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria; 2017 [consultado el 20 de septiembre de 2017]. Disponible en: URL: <http://www.iecs.org.ar/wp-content/uploads/Publicidad-Colombia.pdf>
75. Yürekli A, Beyer Jd, Mundial B. Diseño y administración de los impuestos al tabaco: herramienta 4: impuestos. 4 ed. OPS; 2004.
76. Crosbie E, Sosa P, Glantz SA. Costa Rica's implementation of the Framework Convention on Tobacco Control: Overcoming decades of industry dominance. *Salud Pública Mex.* 2016;581:62-70.
77. Monge Bonilla MC. Economía del tabaco. *Acta Médica Costarricense* 2012;54(1):8-14.
78. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Certificación para Cigarrillos - II semestre de 2018. Bogotá D. C.: Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE; 2018 [consultado el 25 de julio de 2018]. Disponible en: URL: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/cigallo/certificacion-cigarrillo-II-semestre-2018.pdf>
79. Blanca Llorente. Monitoreo Impuestos de Cigarrillos. Fundación Anáas; 2017 [consultado el 25 de julio de 2018]. Disponible en: URL: <http://www.fundacionanaas.org/documentos/Informes/2017/Informe-Precios-Colombia-Marzo-2017.pdf>
80. Ministerio de Salud y Protección Social. Reduce consumo de tabaco en Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. In press 2018.
81. Maldonado N, Llorente BA, Iglesias RM, Escobar D. Measuring illicit cigarette trade in Colombia. *Tobacco control* 2018;tobaccocontrol-2017.
82. Llorente B, Ávila MC, Tachlian E. Análisis de la evolución de la asequibilidad del cigarrillo en Suramérica 2000-2009. *Civilizar de Empresa y Economía.* 2010;1(2):20-34.
83. Organización Mundial de la Salud. Evación fiscal, y producción y distribución ilícitas. Organización Mundial de la Salud; 2017 [consultado el 22 de junio de 2017]. Disponible en: URL: http://www.who.int/tobacco/economics/tax_avoidance_and_illicit/es/index1.html
84. López Nicolás Á. La Economía del Tabaco. *Eguzkilore: Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología.* 2010;(24):97-108.
85. Maldonado N, Llorente B, Deaza J. Cigarette taxes and demand in Colombia. *Rev Panam Salud Publica.* 2016;40(4):229-36.
86. Heydari G, Chamyani F, Masjedi M, Fadaizadeh L. Comparison of tobacco control programs worldwide: A quantitative analysis of the 2015 World Health Organization MPOWER report. *Int J Prev Med.* 2016;7(1):127.
87. Glynn T, Seffrin JR, Brawley OW, Grey N, Ross H. The globalization of tobacco use: 21 challenges for the 21st century. *CA Cancer J Clin.* 2010;60(1):50-61.