

PROYECTO DE LEY _____ DE 2015

"Por medio de la cual se modifica la Ley 1335 de 2009 que previenen daños a la salud de los menores de edad, la población no fumadora y se estipulan políticas públicas para la prevención del consumo del tabaco y el abandono de la dependencia del tabaco del fumador y sus derivados en la población colombiana."

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1º. *modifíquese el artículo 13 de la Ley 1335 de 2009, el cual quedará así:*

Artículo 13. EMPAQUETADO Y ETIQUETADO. El empaquetado y etiquetado de productos de tabaco o sus derivados no podrá ser un vehículo o medio que incentive el consumo de éste producto o que genere confusión sobre su carácter nocivo o dañino. Por lo que no podrá:

- a) Estar dirigidos a menores de edad o ser especialmente atractivos para estos;
- b) Sugerir que fumar contribuye al éxito atlético o deportivo, la popularidad, al éxito profesional o al éxito sexual;
- c) Contener publicidad falsa o engañosa recurriendo a expresiones tales como productos de tabaco "suaves", "ligeros", "light", "Mild", o "bajo en alquitrán, nicotina y monóxido de carbono" o de contenidos de sabor, como "mentol" o "mentolado" y cualquier otra expresión similar que desconozca su carácter nocivo o que esté dirigida a considerar el producto como atractivo.

Parágrafo 1o. En todos los productos de cigarrillo, tabaco y sus derivados, se deberán incluir clara e inequívocamente, frases y pictogramas que alerten sobre el carácter nocivo de los productos de tabaco; el impacto económico, social, y al medio ambiental de su consumo, y/o frases y pictogramas que prevengan el inicio del consumo y promuevan la cesación del mismo. Cada serie estará integrada por ocho (8) advertencias sanitarias y ocho (8) pictogramas.

En los empaques de productos de tabaco comercializados en el país, dichas frases de advertencia y pictogramas deberán aparecer en todas las presentaciones empaques de productos de tabaco y en todo caso deberán ser de alto impacto preventivo, claras, visibles, legibles, con mensajes inequívocos sobre el riesgo a la salud, provocado por el consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco. Las advertencias y los pictogramas:

- a) Deberán aparecer en la parte inferior de las superficies de cada una de las dos (2) caras principales, ocupando el 80% de cada una ellas. De este 80%, el 70% incluirá imágenes y el 30% restante, texto.
- b) Deberán aparecer también, pero únicamente con texto, en el 100% de una (1) de las caras laterales.
- c) Deberán estar impresas en el empaquetado directamente, no en su envoltura; con la misma calidad de impresión que el resto del empaquetado, en tipo de letra y colores contrastantes; ubicadas de manera que la apertura normal del paquete no dañe ni oculte el texto ni la imagen de la advertencia sanitaria y sin ningún tipo de recuadro que la enmarque. En ningún caso las estampillas de importación deberán quitar visibilidad a las advertencias.

Parágrafo 2. Los envases de productos de tabaco incluirán un símbolo inequívoco sobre el contenido tóxico del producto.

Parágrafo 3. Los envases de productos de tabaco y sus derivados incluirán referencia expresa a los contenidos de alquitrán, nicotina, monóxido de carbonos y demás elementos tóxicos de los contenidos y emisiones, sin que en ningún caso hagan mención a la cantidad específica de los mismos. Esta información estará contenida en la cara lateral sin advertencia sanitaria. En todo caso, el texto de la información de contenidos y emisiones tóxicas será establecido por la autoridad sanitaria.

Parágrafo 4. Están prohibidos los descriptores de marca o referencias, incluidos palabras, números, texturas o colores que hagan pensar que un producto es menos dañino, nocivo o más atractivo que otro.

Se prohíbe que los envases y etiquetas de los productos de tabaco hagan referencia a alguna característica novedosa del producto como “nueva imagen”, “nuevo sabor”, “nuevo precio”, “edición limitada”, “nueva tecnología”, y en general aditivos o elementos de contenido, así como instrucciones de uso de los mismos.

El empaquetado y las envolturas internas y externas de productos de tabaco y sus derivados no podrán diseñarse con papeles ni colores fluorescentes o llamativos ni estar repujados, con relieves, troquelados, y/o otras texturas que hagan parte de su diseño.

Los empaques de cigarrillo no contendrán ningún prospecto o inserto interior o exterior, publicitario o promocional. Solo se podrían incluir prospectos o insertos que adviertan sobre el carácter nocivo de los productos del tabaco y sus derivados y/o información sobre

programas para dejar de fumar. En todo caso el contenido de estos insertos deberán ser determinados por la autoridad sanitaria y no por la industria productora o comercializadora de productos de tabaco.

Los paquetes de productos de tabaco o sus derivados no deberán incluir fechas de expiración o caducidad que puedan hacer creer a los consumidores que los productos de tabaco se pueden consumir sin riesgo, o con un riesgo menor, en algún momento.

Parágrafo 5. La rotación de las advertencias se realizará cada doce (12) meses y se asegurará, por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, que la serie se imprima de manera que cada una de las imágenes que la componen aparezca en un número igual de paquetes al por menor, no sólo de cada familia de marcas sino también de todas las marcas pertenecientes a una familia de marcas en todos los tamaños y tipos de envase.

Parágrafo 6. Todas las cajetillas y empaques de cigarrillos utilizados para la entrega del producto al consumidor final, importados para ser comercializados en Colombia, deberán incluir el país de origen y la palabra “importado para Colombia” y la referencia al lugar de origen y fecha de exportación, escritos en letra capital y en un tamaño no inferior a 4 puntos, información que se ubicará en la cara lateral que no tiene advertencia sanitaria. El Ministerio de salud y Protección Social dentro de los tres (3) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley, reglamentará lo necesario para el cumplimiento del presente artículo, y para ello tendrá en cuenta las Directrices del artículo 11 del Convenio Marco de Control del Tabaco.

En el proceso de reglamentación del presente artículo y en el estudio y aprobación de las simulaciones de empaquetado que presente la industria tabacalera, el Ministerio de Salud y Protección Social garantizará la participación de la sociedad civil y en todo caso, evitará la interferencia de la industria tabacalera en el proceso, aplicando el artículo 5.3 del Convenio Marco para Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud

Las organizaciones de la sociedad civil convocadas a participar en los términos de este artículo, deberán acreditar experiencia mínima de cinco (5) años en control del tabaco. La selección de estas organizaciones se hará previo proceso de inscripción y selección que reglamentará el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 2º. *modifíquese el artículo 16 de la Ley 1335 de 2009, el cual quedará así:*

Artículo 16. PUBLICIDAD Y PROMOCIÓN. Prohíbese toda forma de publicidad y promoción de productos de tabaco y sus derivados, entendida como toda forma de comunicación, recomendación o acción comercial con el fin, el efecto o el posible efecto de

promover directa o indirectamente un producto de tabaco o el uso o consumo de tabaco. Se considera que es publicidad y promoción, toda forma de exhibición de productos de tabaco en punto de venta. El concepto de publicidad y promoción será entendido como lo define el Convenio Marco de Control del Tabaco y sus Directrices.

Artículo 3º. *modifíquese el artículo 17 de la Ley 1335 de 2009, el cual quedará así:*

Artículo 17. PROHIBICIÓN DEL PATROCINIO. Prohíbese el patrocinio directo o indirecto de eventos deportivos, culturales, educativos o sociales por parte de las empresas productoras, importadoras o comercializadoras de productos de tabaco a nombre de sus corporaciones, fundaciones o cualquiera de sus marcas y en general toda forma de contribución a cualquier acto, actividad o individuo con el fin, el efecto o el posible efecto de promover directa o indirectamente un producto de tabaco o el uso de tabaco, incluida las acciones realizadas bajo el concepto de responsabilidad social empresarial.

Artículo 4º. *modifíquese el artículo 25 de la Ley 1335 de 2009, el cual quedará así:*

Artículo 25. SANCIONES POR NO COLOCAR LAS ESPECIFICACIONES REQUERIDAS EN EL EMPAQUETADO Y ETIQUETADO DE LOS PRODUCTOS DE TABACO. Cualquier persona que infrinja lo establecido en los artículos 13 y demás relativos a la utilización de advertencias de salud de la presente ley, estará sujeta a la siguiente sanción: una multa de setecientos (700) a mil (1000) salarios mínimos legales mensuales vigentes. Esta multa será de mil doscientos (1200) a mil quinientos (1500) salarios mínimos legales mensuales vigentes si es reincidente.

Artículo 5º. *modifíquese el artículo 32 de la Ley 1335 de 2009, el cual quedará así:*

Artículo 32. El régimen sancionatorio, autoridades competentes y procedimiento deberá ser determinado, precisado, y armonizado con la legislación vigente por el Gobierno Nacional dentro de los seis (6) meses siguientes a la sanción de la presente ley.

Artículo 6º. La presente ley regirá seis (6) meses después de la fecha de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

OSCAR OSPINA QUINTERO
Representante a la Cámara Cauca
Alianza Verde

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Conscientes de la importancia que tienen las advertencias sanitarias para alertar e informar al público en general sobre los efectos del carácter dañino del consumo del tabaco, las enfermedades que provoca y la dependencia que genera, así como de la necesidad de avanzar en una prohibición absoluta de toda forma de publicidad, promoción y patrocinio de productos del tabaco el presente proyecto de ley busca fortalecer la política pública de control del tabaco y procurar avances en la garantía y goce efectivo del derecho fundamental a la salud y al bienestar en su más alto nivel.

Para tal efecto, la presente ley tiene por objeto, regular el empaquetado y etiquetado de productos de tabaco y la apariencia de las presentaciones en las que éste se comercializa, en todo el territorio nacional y avanzar en la prohibición absoluta de toda forma de publicidad, promoción y patrocinio, incluidos los puntos de venta. De esta forma ponemos en consideración del honorable Congreso de la República el presente proyecto de ley con el fin de:

- (i) Aumentar la eficacia de las advertencias sanitarias en los envases de productos de tabaco; y
- (ii) Informar de manera más afectiva las consecuencias nocivas del consumo del tabaco
- (iii) Reducir el efecto de los envases de productos de tabaco de inducir a error a los consumidores sobre los efectos del consumo de tabaco o el uso de productos de tabaco.
- (iv) Informar a las personas, en especial a los niños, niñas y adolescentes sobre los efectos nocivos del cigarrillo para evitar que empiecen a fumar o usar productos de tabaco; y
- (v) Alentar a las personas a dejar de fumar, y dejar de usar productos de tabaco; y apoyar a aquellas que han dejado de hacerlo, evitando recaídas.
- (vi) Evitar que el punto de venta se convierta en un mecanismo de promoción y publicidad de productos de tabaco.

1. Efectos nocivos del tabaco

Algunas cifras del tabaquismo en el mundo señalan que durante éste siglo podrían llegar a morir alrededor de 1.000 millones de personas a causa de la adicción al tabaco. En efecto,

El tabaco contiene alrededor de 7.000 sustancias químicas que han sido vinculadas con el desarrollo de diversas enfermedades respiratorias, cardiovasculares y diferentes tipos de cáncer¹, el tabaco es el responsable del 33% de los cánceres en los hombres y del 10% en las mujeres, el 90% de los cánceres de pulmón están provocados por el tabaco. El 50% de los cánceres de vejiga están ligados a este producto y el 80% de la víctimas de infarto de miocardio menores de 45 años son fumadores. El tabaco representa el primer contaminante de los pulmones. En suma, un cigarrillo menos equivale a 11 minutos más de vida.

El tabaco es responsable de la muerte de cerca de 5 millones de personas al año alrededor del mundo, causa más mortalidad que la tuberculosis, el VIH-SIDA y la malaria juntas. Conforme a la Organización Mundial de la salud, 8 millones de personas en el mundo podrían morir cada año a causa del tabaco de aquí a 2030. Para el año 2025 podría haber alrededor de 1.600 millones de fumadores en el mundo².

En efecto, el 60% de mortalidad a nivel global (38 millones de personas) ha sido atribuida en los últimos años, a las enfermedades no transmisibles (ENT), principalmente enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedad pulmonar obstructiva crónica³. De este porcentaje el 80% sucede en países de bajos y medianos ingresos y el 26% de las mismas corresponde a muertes prematuras.

De acuerdo con el Reporte del Foro Económico Mundial de Riesgos Globales, 2009, las ENT se configuraron como el riesgo global más costoso estimado entre \$ 250 billones y \$ 1 trillón de dólares a nivel global, superando incluso los valores de la crisis global financiera⁴. Esta situación sumada a los 9 millones de muertes que ocurren prematuramente antes de los 60 años en países de bajos y medianos ingresos, tienen un impacto directo con los niveles pobreza y representan por lo tanto una barrera importante para el desarrollo económico de los países⁵.

¹ World Health Organization. *WHO global report on mortality attributable to tobacco*. 2012

² http://salud.kioskea.net/contents/tabac/01_le-tabac-des-statistiques-alarmantes-qu-il-faut-connaître.php3

<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2005/tabaco05.pdf>
<http://www.innatia.com/s/c-remedios-dejar-fumar/a-estadisticas-cigarrillo.html>

³ Mendis S., 2010. The policy agenda for prevention and control of non-communicable diseases. *British Medical Bulletin* Vol. 96.

⁴ Geneau R, Stuckler D, Stachenko S, McKee M, Ebrahim S, Basu S, Chockalingham A, Mwatsama M, Jama RI, Alwan A, Beaglehole R., 2010. Raising the priority of preventing chronic diseases: a political process. *Chronic Diseases: Chronic Diseases and Development* 1. *The Lancet*, Vol. 372.

⁵ Mbanya J, Squire S, Cazap E, Puska P., 2010. Mobilising the world for chronic NCDs. *The Lancet*. Publicado en línea.

De no actuar a tiempo, las muertes y los costos atribuibles a las ENT aumentarán en un 17% para el año 2015¹. Se estima que en materia de prevención de éste grupo de enfermedades, sería posible reducir en un 30% el cáncer y en un 75% las enfermedades cardiovasculares, si se actúa de manera efectiva en el control de los factores de riesgo vinculados con su aparición, entre los cuales se encuentra como factor transversal a todo el grupo de ENT, incluyendo varios tipos de cáncer, el consumo de tabaco¹.

Frente a éste factor de riesgo, para el año 2004 el 12% de las muertes a nivel global ocurridas en adultos mayores de 30 años, fueron atribuidas al consumo de tabaco, lo cual equivale aproximadamente a 5 millones de muertes⁶. De acuerdo con el Reporte Global de la OMS: Mortalidad Atribuible al Tabaco, el 10% de todas las muertes por enfermedad cardiovascular, el 22% de todas las muertes por cáncer, así como, el 36% de todas las muertes por enfermedades del sistema respiratorio, fueron causadas directamente por el consumo de tabaco². De todas estas muertes, las causadas por enfermedades cardiovasculares ocurrieron en adultos jóvenes entre los 30 y 44 años².

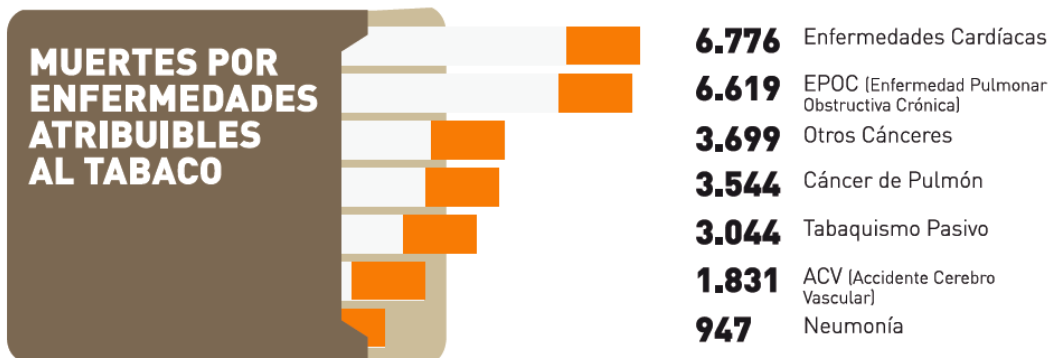
2. El tabaquismo en Colombia

El consumo de tabaco en Colombia es un problema de salud pública que afecta el goce efectivo de la salud de los(as) colombianos(as) e incide de manera altamente negativa en la salud pública.

Para el año 2008, el 30% de las muertes que tuvieron lugar en el país fueron atribuibles al consumo de tabaco y derivadas de tumores malignos de esófago, tráquea y páncreas, entre otros, así como de enfermedades respiratorias y cardiovasculares. Así mismo, "La Radiografía del Tabaquismo en Colombia"⁷, liderada por el Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria de Argentina, en asocio con el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud de Colombia, evidencia que del total de muertes sucedidas en el año 2013, el 15,9% corresponde a muertes prematuras evitables causadas por el tabaquismo y se estima que 10.606 personas son diagnosticadas actualmente de un cáncer provocado por tabaquismo; adicionalmente el tabaquismo es responsable de 112.891 infartos y hospitalizaciones por enfermedades cardiacas cada año⁵.

⁶ Organización Mundial de la Salud. WHO Global Report: Mortality Attributable to Tobacco.

⁷ Radiografía del tabaquismo en Colombia. "Muerte, enfermedad y costos atribuibles al tabaco en el año 2013". Disponible en: http://issuu.com/jon_snow/docs/taquismodig/1?e=9474489/5540674



Fuente: Radiografía del tabaquismo en Colombia⁸.

Conforme al Instituto Nacional de Salud en su Informe sobre mortalidad evitable en Colombia se han realizado seis encuestas nacionales sobre consumo de sustancias psicoactivas⁹. La sistematización de las mismas muestra un panorama inicial de la epidemia del tabaco en el país y concluye, entre otros aspectos que las tasas de mortalidad ajustadas por sexo y edad de 2008 para el cáncer de tráquea, bronquios y pulmón y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, las dos enfermedades, que de acuerdo con el Reporte Mundial de Mortalidad Atribuible al Tabaco publicado por la OMS en 2012, tienen el porcentaje de riesgo más alto atribuible a éste producto, y por lo tanto la proporción de mortalidad más alta en el país (49 y 48% respectivamente). Se observa una tendencia que indica que las mayores tasas de mortalidad por este tipo de cáncer, se presentan en los departamentos con mayor prevalencia de consumo de tabaco en el mismo año.

Los daños a la salud provocados por el cigarrillo no solo afectan a aquellas personas que han adquirido la práctica adictiva de fumar, en efecto, conforme a la Organización Mundial de la Salud, debido a la exposición pasiva al humo de tabaco ajeno “al año mueren prematuramente 600.000 personas fumadoras pasivas y se calcula para 2004 que el 28% de las muertes atribuibles al “humo de segunda mano” se presentaron en niños¹⁰.

Respecto a esta última población es claro que conforme a la evidencia científica, durante el embarazo, el tabaco afecta el desarrollo pulmonar, provoca cambios estructurales y anatómicos en el tracto respiratorio. El tabaco además produce efectos graves en la salud

⁸ “Muerte, enfermedad y costos atribuibles al tabaco en el año 2013”. Disponible en: http://issuu.com/jon_snow/docs/tabaquismodig/1?e=9474489/5540674

⁹ Conforme a este informe: han sido tres encuestas en población general en los años 1992, 1996 y 2008; una en jóvenes escolarizados de 10 a 24 años en 2001 y dos encuestas en población escolar (secundaria) en 2004 y 2011

¹⁰ (Col). 2010;10(2):101-9. 53. World Health Organization. Tabaco. Nota descriptiva. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>.

durante la infancia. En efecto, conforme a un estudio realizado en Bogotá y Bucaramanga, que destacó que ser fumador pasivo podría relacionarse con un aumento en el riesgo de desarrollar leucemia linfoblástica aguda en población menor de 15 años, “cuando uno o ambos padres eran fumadores activos 24 meses antes de la concepción” ello podría responder a que el consumo de tabaco podría favorecer la mutación del material genético presente en las células germinales de los padres¹¹.

Por su parte, varios estudios realizados en el país han evaluado el consumo de tabaco como factor de riesgo de diferentes enfermedades, principalmente crónicas. En efecto, en el país, el cáncer de pulmón, que se calcula como la enfermedad con mayor porcentaje de riesgo atribuible al consumo de tabaco en el mundo (71%)¹², es la segunda neoplasia maligna con la tasa de mortalidad más alta (10,1 defunciones por 100.000 habitantes), siendo primera causa de defunción después de los 70 años. El cáncer de estómago, enfermedad también altamente asociada al consumo de tabaco en el mundo, es la neoplasia con mayores tasas de incidencia (13,4 por 100.000 habitantes) y mortalidad en el país (11,2 por 100.000 habitantes), generando un mayor número de defunciones entre los 40 y 69 años¹³.

Para 2011, en Colombia el cáncer gástrico y el de pulmón se ubicaron dentro de las 25 primeras causas de mortalidad general¹⁴. En 2010 estas dos neoplasias, se ubicaron entre las 10 primeras causas de muerte en el 64% de los departamentos del país, siendo Quindío (19,51 por 100.000 habitantes) y Antioquia (15,66 por 100.000 habitantes) los que reportaron las tasas de mortalidad más altas¹⁵.

La Leucemia, otro tipo de neoplasia maligna asociado con el consumo de tabaco tiene la mortalidad más alta de niños, niñas y adolescentes en Colombia (1,5 y 2,2 por 100.000 habitantes respectivamente¹⁶.

Conforme a los estudios analizadas por el Instituto existe una relación directa entre estas enfermedades y el consumo del tabaco. Con relación al cáncer de pulmón un estudio realizado en cuatro centros hospitalarios de la ciudad de Bogotá durante ocho años (enero

¹¹ Castro-Jimenez MA, Orozco-Vargas LC. Parental exposure to carcinogens and risk for childhood acute lymphoblastic leukemia, Colombia, 2000-2005. Preventing chronic disease. 2011;8(5):A106.

¹² World Health Organization. WHO global report on mortality attributable to tobacco. 2012

¹³ International Agency for Research on Cancer. GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012 [Abril 12 de 2014]. Available from: http://globocan.iarc.fr/Pages/age-specific_table_sel.aspx.

¹⁴ Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud. Segundo Informe ONS: Mortalidad 1998- 2011 y situación de salud en los municipios de frontera terrestre en Colombia. Bogotá D.C., Colombia: 2013

¹⁵ Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud. Primer Informe ONS, aspectos relacionados con la frecuencia de uso de los servicios de salud, mortalidad y discapacidad en Colombia, 2011. Bogotá D.C., Colombia: 2013

¹⁶ ibidem

de 2000-junio 2008) señaló que el 60,5% de los pacientes tenían historia de exposición al humo de tabaco¹⁷. De otra parte, un estudio conducido durante 15 años en Medellín indicó que la proporción de pacientes fumadores con diagnóstico de carcinoma escamo-celular de boca era del 78,5%¹⁸.

Al panorama descrito se suma el hecho de que, conforme a dos estudios realizados en el país, el consumo del tabaco se relaciona con la eficacia de tratamientos médicos en población de alto riesgo o con diagnóstico de cáncer. En efecto, de acuerdo a uno realizado en la ciudad de Tuquerres (Nariño) se verificó “una mayor probabilidad de fracaso en la erradicación de H-pylori (factor ampliamente reconocido por su relación con el adenocarcinoma gástrico) en pacientes fumadores activos que en aquellos que no tenían este hábito”¹⁹.

3. Costos en el sistema de salud.

Junto al alto costo de vidas humanas relacionadas con el tabaquismo, son también alarmantes las cifras oficiales que muestran los costos directos en el sistema de salud, atribuibles al tabaquismo. Conforme a "La Radiografía del Tabaquismo en Colombia ya citada, 4.23 Billones de costos son atribuibles a esta pandemia²⁰. En efecto, en el 2009, los costos sanitarios estuvieron estimados de \$2,9 billones de pesos en el 2011, es decir el 0.66 por ciento del PIB estimado para ese año²¹.

Por su parte el Instituto Nacional de Cancerología adelantó un estudio sobre los costos de la atención médica de algunas patologías relacionadas con el consumo del tabaco, como el cáncer del pulmón, EPOC e Infarto Agudo de Miocardio (IAM), como parte de un proyecto multicéntrico financiado por la OPS en varios países de la región.

¹⁷ Cardona A, Carranza H, Vargas C, Otero J, Revei L, Reguart N. Supervivencia de pacientes con cáncer de pulmón de célula no pequeña en cuatro instituciones de salud Colombia. Rev Venez Oncol [Internet]. 2010;22(1).

¹⁸ Álvarez Martínez E, Preciado U A, Montoya Fernández SA, Jiménez Gómez R, Posada A. Características clínico-histopatológicas del carcinoma escamocelular bucal, Colombia. Revista Cubana de Estomatología. 2010;47:81-95.

¹⁹ Camargo MC, Piazuelo MB, Mera RM, Fonham ET, Delgado AG, Yopez MC, et al. Effect of smoking on failure of H. pylori therapy and gastric histology in a high gastric cancer risk area of Colombia. ACTA GASTROENTEROLOGICA LATINOAMERICANA-ARGENTINA-. 2007;37(4):238

²⁰ *Ibíd*

²¹ INSTRUMENTO DE PRESENTACIÓN DE INFORMES DEL CONVENIO MARCO DE LA OMS PARA EL CONTROL DEL TABACO. Ministerio de Salud y Protección Social. Lenis Enrique Urquijo Velásquez. Periodo objeto del informe 2010 – 2011. http://www.who.int/fctc/reporting/party_reports/colombia_2012_report_final.pdf

Los resultados del informe develaron que para el caso del cáncer pulmonar el costo promedio del tratamiento no es menor que US\$7.703,7 suma que resulta de incluir tanto las fases clínicas, un año después de su diagnóstico. Por su parte, frente al EPOC el costo promedio fue de US\$9.169,6 durante los cinco años posteriores a su diagnóstico; para el IAM este costo fue de US\$8.786,9 también para un periodo de cinco años después de su detección.

En suma, el estudio concluyó que los costos de tratamiento, estimado, para las tres enfermedades en los cinco años siguientes a su diagnóstico “serían de US\$5.355,7 millones y equivaldría al 0,9% del Producto Interno Bruto (PIB) a precios del año 2004”²².

El siguiente cuadro resume los costos de atención médica de enfermedades relacionadas con consumo del tabaco:

| | Costo total (COP) | Costo atribuible al tabaquismo (COP) | % |
|-----------------------------------------|---------------------------|--------------------------------------|------------|
| Enfermedades cardíacas | 7.986.348.289.479 | 1,675,671,918,320 | 21% |
| Accidente cerebrovascular | 2.622.403.465.293 | 421,007,370,673 | 16% |
| Enfermedad pulmonar obstructiva crónica | 1.129.018.245.613 | 859,324,082,659 | 76% |
| Cáncer de pulmón | 45.183.797.011 | 7,971,089,611 | 18% |
| Otros cánceres | 409.861.780.493 | 330,047,053,591 | 81% |
| Neumonía | 1.819.410.056.975 | 481,669,351,497 | 26% |
| Tabaquismo pasivo y otras causas | 490.839.812.626 | 490,839,812,626 | 100% |
| Total | 14.012.225.634.864 | 4,266,530,678,977 | 30% |

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud.

²² Jones LL, Hashim A, McKeever T, Cook DG, Britton J, Leonardi-Bee J. Parental and household smoking and the increased risk of bronchitis, bronchiolitis and other lower respiratory infections in infancy: systematic review and meta-analysis. *Respiratory research*. 2011;12:5.

4. La lucha contra el tabaquismo en el Mundo.

Dado los comprobados efectos nocivos del tabaquismo en el mundo, a partir de la década de los 90, los Estados han venido adelantando importantes esfuerzos para reducir el porcentaje de fumadores en el mundo. Para esta época la Organización Mundial de la Salud estimaba que 3,5 millones de personas morirían para 1998, como consecuencia de este hábito y de continuar esta tendencia, esta cifra alcanzaría los 10 millones de muertes para el 2030²³.

Hasta entonces, los esfuerzos para contrarrestar este problema de política pública habían sido insuficientes. El consumo el tabaco era una práctica naturalizada, existía una pobre y limitada regulación sobre la comercialización de productos de tabaco y sobre la información que debían conocer los ciudadanos frente a los efectos nocivos del consumo del tabaco que los llevaran a tomar decisiones libres e informadas sobre iniciarse o no en esta práctica. En efecto la industria del tabaco “se había posicionado de manera contundente en los mercados en todos los países del mundo, aprovechando la capacidad adictiva de la nicotina”²⁴.

Con ese panorama para finales de los 90 se posesionó con fuerza la idea de avanzar en la creación de un tratado internacional que estableciera un marco legal internacional para la lucha contra el tabaquismo. Es así que en 1.999 con la 52ª Asamblea Mundial de la Salud se constituyó un grupo de trabajo al que se le delegó el mandato de para preparar el borrador de los elementos de un tratado y del cuerpo de negociación internacional sobre un convenio marco. Al año siguiente, en el marco de la 53ª Asamblea Mundial de la Salud los textos provisionales del tratado fueron aceptados y se inició la negociación del Convenio Marco. Para el 2003 se entregó la propuesta definitiva de lo que sería el Convenio Marco para el Control del Tabaco que fue adoptada en la 56ª Asamblea Mundial de la Salud.

El CMCT fue abierto para su firma desde junio del año 2003 y ese mismo día 28 países y la Unión Europea firmó el tratado. Un año después, “*el documento ya contaba con 168 firmas que lo convirtieron en uno de los tratados más aceptados en la historia de las Naciones Unidas*”²⁵.

Finalmente, en 2005 el CMCT entró en rigor formalmente. En la actualidad y a 10 años de vigencia, este tratado internacional se considera como uno de los convenios internacionales más rápidos en ser negociados, adoptados e implementados.

Este tratado es el resultado de un consenso internacional que ha considerado que “*la propagación de la epidemia de tabaquismo es un problema mundial con graves*

²³ Health Organization. History of the World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control. Geneve: World Health Organization; 2009

²⁴ Instituto Nacional de Salud. Informe sobre mortalidad evitable en Colombia, pág. 146

²⁵ Instituto Nacional de Salud. Informe sobre mortalidad evitable en Colombia, pág 146

consecuencias para la salud pública”, dado el carácter nocivo del consumo del tabaco y la exposición al humo del mismo que trae consigo devastadoras consecuencias “sanitarias, sociales económicas y ambientales”²⁶ y la comprobada verificación, a partir de estudios científicos, que sin asomo de duda, han establecido que el tabaco y la exposición al humo del tabaco “son causas de mortalidad, morbilidad y discapacidad”²⁷

De esta forma, el Convenio Marco establece varias obligaciones internacionales relacionadas con medidas fiscales para reducir la demanda del tabaco²⁸, la protección frente a la protección del humo del tabaco²⁹, el control de la publicidad, la promoción y propaganda de sus productos³⁰, la divulgación del carácter nocivo del tabaco y sus derivados³¹, entre otros.

5. La política pública de Control del tabaco en Colombia

Colombia firmó y ratificó el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud, para el Control del Tabaco y lo incorporó a la legislación interna mediante la Ley 1109 de 2006.

Además de la ratificación del Convenio Marco, el Estado colombiano, a través del Congreso de la República, expidió la Ley 1335 de 2009 mediante la cual se establecen *“Disposiciones por medio de las cuales se previenen daños a la salud de los menores de edad, la población no fumadora y se estipulan políticas públicas para la prevención del consumo del tabaco y el abandono de la dependencia del tabaco del fumador y sus derivados en la población colombiana”*.

Uno de los objetivos de esta Ley, tal como se desprende de su artículo primero es *“contribuir a garantizar los derechos a la salud de los habitantes del territorio nacional, especialmente la de los menores de 18 años de edad y la población no fumadora, regulando el consumo, venta, publicidad y promoción de los cigarrillos, tabaco y sus derivados, así como la creación de programas de salud y educación tendientes a contribuir a la disminución de su consumo, abandono de la dependencia del tabaco del fumador”³²*.

La Ley consagró una serie de medidas para alcanzar el fin mencionado, dentro de las que se destacan la prohibición de venta de productos de tabaco a menores de edad (artículo 2), la concreción de una política pública de control del tabaco (artículo 5), el establecimiento de

²⁶ Prefacio

²⁷ *Ibidem*

²⁸ Artículo 6 del CMCT

²⁹ Artículo 8 del CMCT

³⁰ Artículo 13 del CMCT

³¹ Artículo 10 del CMCT

³² Ley 1335 de 2009. Artículo 4.

programas educativos para evitar el consumo de tabaco (artículo 8), la reglamentación en materia de etiquetado y empaquetado de productos de tabaco (artículo 13), el reconocimiento de los derechos de las personas no fumadoras (artículo 17 y siguientes), la prohibición total a toda forma de publicidad y promoción de productos de tabaco, (artículo 15 y 16), así como; la restricción del patrocinio en eventos culturales y deportivos, cuando el mismo esté dirigido a la publicidad directa o indirecta de productos de tabaco y sus derivados (artículo 17).

La Corte Constitucional de Colombia ha tenido la oportunidad de revisar la constitucionalidad del Convenio Marco y su ley aprobatoria, así como de varias disposiciones de la Ley 1335 de 2009. En ejercicio de esta labor ha desarrollado ampliamente el contenido y alcance de las obligaciones internacionales en materia de control del tabaco en Colombia.

Así, la Corte Constitucional de Colombia mediante la sentencia C-665/07 realizó un análisis constitucional del contenido material del Convenio Marco y la Ley Aprobatoria del Tratado, en esa oportunidad, la Corte concluyó que existía una “Constitucionalidad general del Acuerdo Marco, de su Preámbulo, sus finalidades y de sus principios generales”. De manera especial resaltó que los principios y las obligaciones generadas con el tratado “protegen el derecho a la vida tanto de los fumadores pasivos como activos, derecho protegido por el artículo 11 de la Carta Política” y buscan proteger a la niñez y a la juventud de la adicción producida por el consumo de tabaco y son en consecuencia, un “desarrollo los artículos 44 y 45 de la Carta”.

Para la Corte Constitucional, las obligaciones internacionales contraídas por el Estado con la firma y ratificación del Convenio Marco son un desarrollo de sus obligaciones “*en la atención a la salud y saneamiento ambiental, en relación con el control de bienes y servicios ofrecidos a la comunidad, así como de la información que debe suministrarse al público en su comercialización, de la misma manera establecen la responsabilidad de los productores de sustancias que atentan contra la salud pública*”³³.

La Corte, también analizó la constitucionalidad de las medidas relacionada con la promoción y patrocinio del tabaco. Al respecto, reiteró su jurisprudencia y reafirmó que la libertad de empresa y la publicidad de productos, como uno de sus elementos en la que esta se expresa, pueden ser legítimamente restringidas o limitadas en aras de la protección de “*fines plausibles como son: el interés general, la vida, la salud, la seguridad y los derechos de los niños*”³⁴. También ha estudiado la constitucionalidad de algunas medidas de control del tabaco consagradas en la Ley 1335 de 2009, de manera especial, aquellas relaciones con la prohibición de la publicidad y promoción de productos del tabaco y la venta al menudeo de cigarrillos.

³³ *Ibidem*, pág. 68

³⁴ *Ibidem*, pág. 76

Con relación a la primera, la constitucionalidad de la prohibición establecida en los artículos 15 y 16 (promoción y patrocinio de productos de tabaco) fue estudiada por la Corte Constitucional, a través de la sentencia C-830 de 2010³⁵. En su análisis, el Tribunal Constitucional declaró la asequibilidad, sin condiciones, de la medida pues a su juicio “*el legislador puede imponer restricciones, incluso a nivel de prohibición, a la publicidad comercial, cuando concurren razones imperiosas que hagan proporcionales medidas de esa naturaleza*”.

Para la Corte existe un “*consenso global sobre el carácter intrínsecamente nocivo de los productos de tabaco y sus derivados a partir del daño cierto, objetivo y verificable*” que provoca en la salud de los consumidores y fumadores pasivos, así como al medio ambiente, que justifica la prohibición total de publicidad y promoción, conforme a los parámetros establecido en los artículo 15 y 16 de la Ley 1335 de 2009.

Por su parte, la Corte Constitucional también encontró ajustada a la Constitución la venta al menudeo de cigarrillos al considerar que respondía a un fin legítimo relacionado con la protección del derecho a la salud y a un ambiente sano de los fumadores pasivos, aspecto constitucionalmente relevante que justificaba la restricciones a la actividad comercial de venta de cigarrillos por unidad. La Corte, en aquella oportunidad señaló que “el conjunto de medidas jurídicas tendientes a afectar la actividad las empresas productoras y comercializadoras del tabaco (tabacaleras), gozan de presunción de constitucionalidad a partir de la utilización de la facultad legítima de intervención en la economía, de la posibilidad de fijar las condiciones de los mercados” Además preciso que “el Estado está legítimamente autorizado para promocionar o degradar la realización de ciertas conductas o actividades, siempre que no vulnere la autonomía de los individuos a partir de la imposición de sanciones tendientes a castigar la ejecución o abstención de actividades, cuya única justificación es el propio bienestar de quien es objeto de la medida”³⁶.

6. La importancia de la divulgación del carácter nocivo del tabaco y sus derivados en el empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco.

La naturalización del consumo de tabaco ha estado vinculado con patrones de comportamiento social en escenarios cotidianos en donde niños, niñas y adolescentes desarrollan sus vidas. Tales escenarios pueden ser reconocidos en entornos en los cuales están expuestos a alguna de las siguientes situaciones, fumar en espacios públicos como

³⁵ <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/c-830-10.htm>

³⁶ Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-639 de 2010. Demanda de inconstitucionalidad contra el parágrafo del artículo 3º de la Ley 1335 de 2009. Magistrado Ponente: HUMBERTO ANTONIO SIERRA PORTO.

restaurantes, estadios, ferias, instituciones educativas y de salud; estar expuestos a diversas formas de publicidad y promoción de cigarrillos en medios como radio, prensa televisión y mobiliarios urbano, así como, a estrategias de venta, como la venta al menudeo y los arreglos comerciales en el punto de venta, que facilitan el acceso a este producto, sin importar la edad, la raza, el género ni condición socioeconómica.

Una de estas estrategias a las que la población se ha visto expuesta durante muchos años, está vinculada con las características de empaque y etiquetado de las cajetillas de cigarrillo y otros productos derivados del tabaco. La razón para ello reside, en la importancia comercial de esta plataforma para la industria del tabaco y su relación con los consumidores y potenciales consumidores³⁷.

De esta manera, el etiquetado se constituye como una acción de publicidad efectiva vinculada con la construcción de identidad de una marca y la promoción de un producto tanto en el punto de venta como en los momentos en los cuales el producto es utilizado. Mejorar las características de diseño del empaquetado, representa una oportunidad clara para incentivar de forma directa e indirecta la compra de un producto y ganar así nuevos consumidores especialmente en entorno políticos en donde existe una prohibición total de publicidad y promoción^{38,39}. Lo anterior vinculado con los arreglos en el punto de venta para promocionar un producto se configura como el espacio de comunicación más directo con el consumidor, dado que mediante el uso de imágenes y diseños, se ejerce una forma de persuasión que influye en la decisión de compra por parte del cliente⁴⁰.

En esta relación directa entre los arreglos comerciales y el aumento del consumo de un producto como el tabaco, con claros efectos nocivos y comprobados en la salud y en el ambiente, resulta efectivo establecer límites y restricciones en el etiquetado y empaquetado de cigarrillos y otros productos de tabaco, con el fin último de proteger y garantizar el derecho a la salud y el bienestar de las poblaciones.

Dichos límites deben incluir controles en donde sean intervenidas las características de diseño de los paquetes de cigarrillo para disminuir su atractivo comercial especialmente dirigido a niños, niñas y adolescentes, como son los colores, formas de la cajetilla, uso de repujados, uso insertos promocionales internos y/o externos, así como, el uso de frases

³⁷ Hammond, D, 2009. Tobacco Labelling Toolkit: Evidence review. Department of Health Studies, University of Waterloo, Canada.

³⁸ Campaign for Tobacco Free Kids, 2014. Designed for addiction. How the Tobacco Industry has made cigarettes more addictive to kids and even more deadly.

³⁹ Henriksen, L, 2012. Comprehensive tobacco marketing restrictions: promotion, packaging, Price and place. Tobacco Control. Vol. 21:2.

⁴⁰ López Iglesias, M. (2010). Análisis y evolución de la publicidad en el lugar de venta en la revista Distribución Actualidad. Valladolid: Universidad de Valladolid.

persuasivas y especialmente sugestivas para estos grupos poblacionales⁴¹.

Adicionalmente, dada la visibilidad y alcance comunicativo de esta plataforma, resulta útil como canal de información directo con la población en general relacionada con los efectos nocivos y el impacto en salud vinculados con el consumo del tabaco en sus diversas presentaciones, a través de la inclusión de advertencias sanitarias en el etiquetado de estos productos.

7. Evidencia científica sobre la efectividad de las advertencias sanitarias en la reducción del consumo del tabaco.

El uso de las advertencias sanitarias ha demostrado ser efectivo en la reducción del consumo de tabaco a nivel global debido a su potencial para incrementar el nivel de conocimiento de los fumadores acerca de los riesgos para la salud vinculados con su consumo, así como para influenciar decisiones futuras de consumo e iniciación del mismo en población infantil y adolescente. Conforme a la OMS las advertencias sanitarias con pictogramas pueden ser la mejor opción para concientizar a la población sobre el tabaco y su impacto en la salud, cuando existen muchos recursos para desarrollar campañas educativas en los medios de comunicación⁴².

Existe una amplia y extensa producción científica que evidencia que las advertencias sanitarias con pictogramas en el empaque de los productos de tabaco resultan fundamentales para informar a los consumidores y potenciales consumidores sobre la naturaleza tóxica, adictiva y dañina del tabaco^{43 44}

Expertos en la materia han indicado que las personas que fuman una cajetilla diaria están expuestas a la información impresa en las cajetillas al menos 20 veces al día, es decir, aproximadamente 7 300 veces al año. Esto implica un nivel de exposición mucho mayor que a través de cualquier otro medio⁴⁵.

⁴¹ Instituto Nacional del Cáncer, 2008. El rol de los medios de comunicación en la promoción y en la reducción del consumo de tabaco. Serie de monografías del NCI sobre el control del tabaco. US Department of Health and Human Services. National Institutes of Health.

⁴² WHO. Guidelines for implementation of Article 12 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control - education, communication, training and public awareness. Geneva: World Health Organization, 2010.

⁴³ James F Thrasher, Ernesto M Sebrié, Edna Arillo Santillán, Inti Barrientos Gutiérrez. Advertencias sanitarias en América Latina y el Caribe. Instituto Nacional de Salud Pública.

⁴⁴ Hammond D. Health warning messages on tobacco products: A review. *Tob Control* 2011;20(5):327.

⁴⁵ James F Thrasher, Ernesto M Sebrié, Edna Arillo Santillán, Inti Barrientos Gutiérrez.

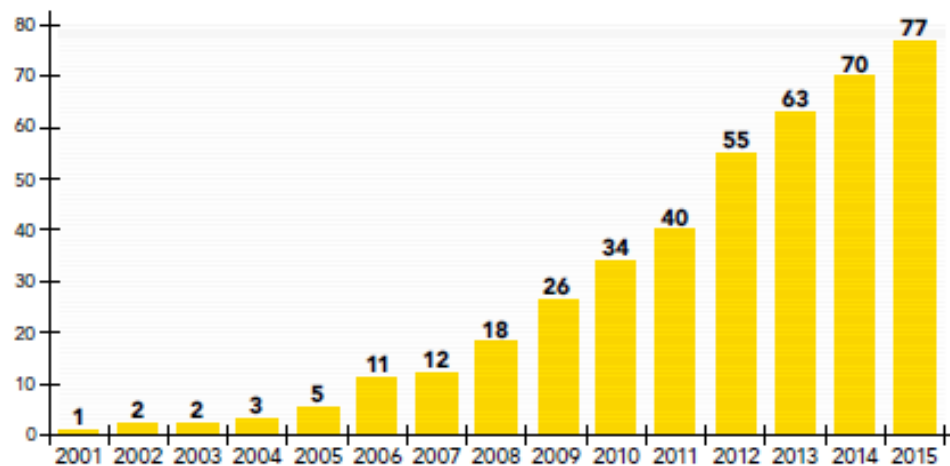
Un reciente informe realizado por la Universidad de Waterloo indicó que en varios lugares del mundo se ha encontrado que la mayoría de los fumadores desearían recibir más información en las cajetillas de cigarrillos sobre los riesgos del fumar⁴⁶.

Las advertencias sanitarias en los paquetes de cigarrillo también pueden incidir en la frecuencia con la que se fuma, cuando los fumadores piensan en las consecuencias de este acto por haber leído las advertencias⁴⁷.

Actualmente, más de 77 países en el mundo han implementado advertencias sanitarias con pictogramas en los productos de tabaco⁴⁸.

Figura 1. Países o jurisdicciones que exigen APS en los paquetes de cigarrillos.

PAÍSES/JURISDICCIONES QUE EXIGEN ADVERTENCIAS CON IMÁGENES EN LOS PAQUETES DE CIGARRILLOS



Advertencias sanitarias en América Latina y el Caribe. Instituto Nacional de Salud Pública.

⁴⁶ ITC Project. Health warnings on tobacco packages: ITC cross-country comparison report. Waterloo, Ontario, Canada: University of Waterloo, 2012.

⁴⁷ 12. Borland R, Yong HH, Wilson N, Fong GT, Hammond D, Cummings KM, et al. How reactions to cigarette packet health warnings influence quitting: findings from the ITC Four-Country survey. *Addiction* 2009;104(4):669-675.

⁴⁸ CCS. Cigarette package warning labels: International status report. Ottawa: Canadian Cancer Society, 2014 (4th edition).

Fuente: Advertencias sanitarias en los empaques de cigarrillos. Informe de Estado Internacional. Septiembre 2014.

Estudios realizados en diversos países, han demostrado la asociación positiva entre la presencia de las advertencias sanitarias y la cesación del consumo, así como la eficacia de las advertencias sanitarias como fuente de información para el consumidor.

Así por ejemplo, una vez entraron en vigencia las advertencias sanitarias en Singapur durante el año 2004, 28% de los fumadores expresaron haber reducido el número de cigarrillos fumados; 14% habían decidido no fumar en presencia de niños, 12% dejaron de consumir cigarrillos con mujeres embarazadas y un 8% reportó fumar menos en casa⁴⁹.

Al comparar los casos de Canadá, Estados Unidos en relación con el tamaño de la advertencia sanitarias y el grado de información de salud percibido por los consumidores, se encontró que el 84% de los fumadores en Canadá referenciaron las advertencias sanitarias de los paquetes de cigarrillos como fuente de información, mientras que en Estados Unidos, en donde el tamaño de la advertencia sanitaria es menor, sólo el 47% de los fumadores identificaron el paquete de cigarrillos como fuente de información⁵⁰.

En el caso de Brasil, en donde la advertencia sanitaria debe ocupar el 100% de una de las caras principales, el 54% de la población cambió su percepción acerca de los riesgos del consumo de cigarrillo y el 67% reportó su deseo por dejar de fumar⁴; de la misma manera, en Tailandia en el 2006, con un tamaño de la advertencia sanitaria del 55% en las dos caras principales, el 53% de los encuestados estuvieron más conscientes de los riesgos en salud con la entrada en vigencia de la segunda ronda de advertencias y el 44% expresó deseos de dejar de fumar durante el siguiente mes⁴.

De otro lado la Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos (sistema internacional de monitoreo de las políticas de control del tabaco), ha mostrado la influencia de la presencia de las advertencias sanitarias en las percepciones, actitudes y comportamientos de los fumadores en diferentes países a nivel global, tal y como se muestra en la siguiente tabla^{51,52}.

⁴⁹ Riordan, M, 2013; Campaign for Tobacco Free Kids, Tobacco warning labels: evidence of effectiveness.

⁵⁰ Hammond, D, Fong G, McNeill A, et al., 2005. Effectiveness of cigarette warning labels in informing smokers about the risks of smoking: finding from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. Tobacco Control, 2006. Vol. 15.

⁵¹ Organización Mundial de la Salud. Tobacco Free Initiative. GATS (Global Adult Tobacco Survey). Acceso <http://www.who.int/tobacco/surveillance/gats/en/>

⁵² Campaign for Tobacco Free Kids, 2011. Pictorial Warning Labels by country and jurisdiction.

| PAÍS | TAMAÑO DE LA ADVERTENCIA | PERCEPCIÓN DE ENFERMEDAD | INTENCIÓN PARA DEJAR DE FUMAR |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| México (2009) | 30% cara frontal 100% cara posterior | 98,1% | 32,7% |
| Uruguay (2009) | 80% de las dos caras principales | 97,6% | 65% |
| Brasil (2010) | 100% de una de las dos caras principales | 96.1% | 65% |
| Turquía (2009) | 65% cara frontal 43% cara posterior Incluyendo el borde | 95,1% % | 47,5% |

Recopilado de reportes GATS por país disponibles en <http://www.who.int/tobacco/surveillance/gats/en/>

Como se puede observar, en los países en donde la advertencia sanitaria ocupa menos del 50% de alguna de las caras principales de la cajetilla, el porcentaje de fumadores con intención de cesar el consumo es menor, comparado con aquellos en los cuales la advertencia ocupa más del 50% de las dos caras principales en donde al 65% de los fumadores encuestados les evocó un deseo por dejar de fumar.

La efectividad de las advertencias sanitarias como mecanismo para comunicar el carácter nocivo de productos de cigarrillo ha sido corroborada además en Colombia. Conforme a los resultados de la encuesta de opinión sobre el consumo de cigarrillo y la legislación vigente en Colombia respecto al tabaquismo realizada por el Ministerio de Protección Social y el Instituto Nacional de Cancerología, cuyo objetivo principal fue “conocer la percepción en la población sobre el consumo de cigarrillo y legislación vigente en Colombia respecto al tabaquismo” El único medio que ha ganado penetración (entre 2009 y 2011) en los mensajes sobre los efectos dañinos del cigarrillo son las cajetillas de cigarrillos, siendo las personas entre 18 y 34 años quienes más impulsan este crecimiento”. Sin embargo, el *54% de las personas desconocen la ley (1335 de 2009, sin importar si*

*fuman o no*⁵³.

A los efectos de las advertencias sanitarias gráficas se suma su potencial de reducir las inequidades en salud, debido al alcance de los mensajes sanitarios, los cuales son vistos y percibidos por fumadores sin importar su raza, etnia o nivel socioeconómico⁵⁴.

De igual manera, el uso de las advertencias sanitarias ha demostrado ser efectivo en retardar la edad de inicio en el consumo de cigarrillo de niños, niñas y adolescentes y han sido valoradas como efectivas al informar a esta población acerca de los riesgos del consumo de este producto en especial en los menores de 14 años, edad en la cual los procesos de experimentación y adicción temprana tienen lugar⁵⁵.

En relación con la demanda de compra de cigarrillos por parte de los consumidores, un estudio realizado en Estados Unidos demuestra que entre el 40% y el 64% de los participantes redujo su intención de compra cuando se les presentaban cajetillas con advertencias sanitarias gráficas que ocupaban el 50% de la dos caras principales (frontal y posterior) así como en una de las caras laterales de la cajetilla, en comparación con cajetillas cuyas advertencias sanitarias tenían el mismo tamaño pero estaban compuestas sólo por texto, en donde los fumadores no disminuyeron la demanda del producto⁵⁶.

Es importante resaltar también la evidencia creciente frente a la capacidad de las advertencias sanitarias gráficas de interrumpir el posicionamiento de la imagen de una marca, al alterar el espacio disponible en las diferentes caras de las cajetillas utilizado anteriormente como canal de comunicación, publicidad y posicionamiento de marca⁵⁷.

Como se ha mencionado en apartes anteriores, la cajetilla y los diferentes empaques de cigarrillos y otros productos de tabaco, se convierten en una plataforma comunicativa para

⁵³ Instituto Nacional de Cancerología. encuesta de opinión sobre el consumo de cigarrillo y la legislación vigente en Colombia respecto al tabaquismo.

⁵⁴ Cantrell, J., Vallone, D; Thrasher, J; Nagler, R; Feirman, S; Muenz, L; He, D; Viswanath, K, 2013. Impact of Tobacco-Related Health Warning Labels across Socioeconomic, Race and Ethnic Groups: Results from a Randomized Web-Based Experiment. PLOS ONE. Vol. 8:1.

⁵⁵ Vardavas C., Connolly G., Karamanoli K., Kafatos A. 2009. Adolescents perceived effectiveness of the proposed European graphic tobacco warning labels. European Journal of Public Health, Vol. 19, No. 2.

⁵⁶ Rousu, M., Thrasher J, 2013. Demand Reduction from Plain and Pictorial Cigarette Warning Labels: Evidence from Experimental Auctions. Applied Economic Perspectives and Policy (2013), Vol. 35:1

⁵⁷ Devlin E, Anderson S, Hastings G, Macfadyen L, 2005. Targeting smokers via tobacco product labelling: opportunities and challenges for Pan European health promotion. Health Promotion International, Vol. 20 No. 1.

el consumidor; de esta manera adquiere sentido que las advertencias sanitarias gráficas de prevención de consumo de tabaco sean diseñadas y aplicadas siguiendo los principios de comunicación, con la misma rigurosidad, detalle y calidad con la que se tratan otras campañas que promocionan estos productos¹⁵.

Adicionalmente se ha demostrado que al incluir en el etiquetado y empaquetado de cigarrillos y demás productos de tabaco, mensajes positivos que incentiven procesos de cesación y sus beneficios, se incrementa el potencial de efectividad de las advertencias sanitarias⁵⁸; estos mensajes pueden estar vinculados con consejos para dejar de fumar, reforzar la idea de que dejar de fumar es posible, entre otros, lo cual desde el punto de vista de la psicología social, permite aumentar la percepción de autoeficacia para dejar el consumo de cigarrillo¹⁶.

Finalmente, la inclusión en las cajetillas de información relacionada con algunas de las sustancias químicas contenidas en los cigarrillos y sus emisiones, es una manera de informar al cliente sobre el producto que está consumiendo; sin embargo, la inclusión cuantitativa de dichos contenidos, no debe estar presente en las cajetillas debido a su potencial de crear la percepción falsa de que un producto o marca puede ser menos nocivo que otro por presentar niveles o contenidos más bajos⁵⁹

En consecuencia incluir advertencias sanitarias gráficas en los empaques de productos de tabaco, debe contemplar y cumplir con características de diseño que permitan entregar los mensajes orientados a la prevención del consumo de tabaco de manera efectiva al consumidor, y bloquear a su vez, otras formas de publicidad y comunicación directa o indirecta que tengan como propósito aumentar su demanda, compra y por ende su consumo. La evidencia establece entonces parámetros para la toma de decisiones informadas en el nivel político, que disminuyan la exposición al riesgo y por ende garanticen el derecho a la salud de las poblaciones, los cuales se mencionan a continuación:

- Criterios para atraer la atención del público: Están relacionados con aspectos como tamaño de la advertencia sanitaria, uso de colores, pictogramas y disminución de espacio para promocionar el producto.

⁵⁸ Strahan E, White K, Fong G, Fabrigar L, Zanna M, Cameron R, 2002. Enhancing the effectiveness of tobacco package warning labels: a social psychological perspective. *Tobacco Control* Vol. 11.

⁵⁹ Hammond D; White C, 2012. Improper disclosure: Tobacco packaging and emission labelling regulations. *Public Health*, doi:10 1016.

- La efectividad de las advertencias sanitarias gráficas, es directamente proporcional al tamaño de las mismas: a mayor tamaño mayor efectividad, y menor espacio y posibilidad de promocionar una marca específica de cigarrillos.
- Las advertencias sanitarias son más efectivas cuando ocupan las dos caras principales de la cajetilla en conjunto con las dos caras laterales o al menos una lateral.
- Las advertencias sanitarias deben ser diseñadas e impresas en colores atractivos, contrastantes y contener imágenes claras.
- Criterios para mantener la atención del público: Están relacionados con el diseño de los mensajes, la rotación de los mismos y la inclusión de mensajes vinculados con la cesación del consumo. Los mensajes deben ser cortos, atractivos y de alta recordación; además de tener una alta rotación para prevenir que el consumidor se acostumbre al mensaje y agotar así su efectividad. De igual manera la inclusión de una línea de apoyo para dejar de fumar u otros mensajes que resalten los beneficios de iniciar la cesación del consumo, ha sido demostrada como efectiva, tanto en la disminución del comportamiento como en la percepción de autoeficacia del consumidor para dejar de fumar.
- Al incluir las emisiones y los contenidos del cigarrillo como mecanismo de información al consumidor, estos deben ser mencionados de forma cualitativa sin hacer mención cuantitativa de los mismos, para evitar percepciones e informaciones falsas vinculadas con el nivel de nocividad del producto, entendiendo que ningún grado de exposición y consumo al y de tabaco es adecuado y/o permitido en términos de salud.
- Las cajetillas no deben contener prospectos internos o externos que sean utilizados como plataforma promocional y/o publicitaria del cigarrillo y/o de marcas específicas.
- El uso de expresiones y/o símbolos especialmente atractivas para la población infantil y adolescente no deben estar presentes en las cajetillas, toda vez que dichas expresiones hacen más atractivo el producto y se vinculan con percepciones falsas de éxito, aprobación social entre otras. La inclusión de estas expresiones y/o símbolos favorece la iniciación cada vez más temprana de niños, niñas y adolescente en el consumo del cigarrillo.

8. Evidencia científica sobre los impactos en la salud de la exhibición en punto de venta de productos del tabaco.

Existe un amplio catálogo de estudios técnicos que reconocen que la exhibición de productos es de manera general un elemento integrante de las estrategias de mercadeo. Los exhibidores de productos de tabaco normalizan el consumo de cigarrillos y permiten que la industria tabacalera se comunique con los no fumadores, ex fumadores y fumadores establecidos⁶⁰. Cada vez, con más intensidad, la industria tabacalera invierte amplios recursos para abrir espacios de publicidad y promoción de sus productos en el punto de venta, dado el fortalecimiento de la legislación de control del tabaco y los contextos de creciente restricción a la publicidad y promoción de tabaco.

Conforme a la Campaña sobre Niños libres de Tabaco (CTFK por sus siglas en inglés) “la exhibición de productos de tabaco debilita la eficacia de las leyes de control del tabaco que prohíben la publicidad, la promoción, y el patrocinio del tabaco y expone a la población a las tácticas de comercialización de la industria tabacalera que pretenden aumentar las ventas y el consumo de productos de tabaco”⁶¹.

Existen por lo menos, dos impactos graves de las estrategias de mercado que integran la publicidad en puntos de venta; la primera está vinculada a los mensajes recibidos por los jóvenes dirigidos a crear, en ellos, actitudes positivas respecto al acto de fumar, así como los productos y las marcas de tabaco, especialmente graves en procesos de afianzamiento de la personalidad y el tránsito hacia la adultez. Un estudio adelantado desde 1999 concluyó que la mayoría de los fumadores comienzan a consumir tabaco antes de los 18 años, cuando se desarrollan las asociaciones positivas de marcas.⁶² Y empaquetado.⁶³

La efectividad de la prohibición de la exhibición en punto de venta para reducir la iniciación de niños y jóvenes en el tabaquismo, también tiene fundamento científico, tal como lo reporta TFK, mediante la recopilación de varios estudios⁶⁴ sobre el asunto:

- Un estudio realizado en Estados Unidos estimó que si se exigiera la colocación de los paquetes de cigarrillos fuera de la vista se podría reducir hasta 83% la exposición de los adolescentes a las marcas de cigarrillos.⁶⁵
- La mayoría de los fumadores comienzan a consumir tabaco antes de los 18 años,

⁶⁰Brown A, Boudreau C, Moodie C, Fong GT, Li GY, McNeill A, et al. Support for removal of point-of-purchase tobacco advertising and displays: findings from the International Tobacco Control (ITC) Canada survey. *Tob Control*. 2012;21(6):555-9.

⁶¹ Disponible en http://global.tobaccofreekids.org/files/pdfs/es/APS_posDisplay_es.pdf

⁶²Perry C. The tobacco industry and underage youth smoking: tobacco industry documents from the Minnesota litigation. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1999;153(9): 935-941.

⁶³Donovan R, Jance J, Jones S. Tobacco point of sale advertising increases positive brand user imagery. *Tob Control*. 2002;11(3): 191-194. Disponible en http://global.tobaccofreekids.org/files/pdfs/es/APS_posDisplay_es.pdf

⁶⁴ Disponible en http://global.tobaccofreekids.org/files/pdfs/es/APS_posDisplay_es.pdf

⁶⁵Henriksen L, Feighery EC, Schleicher NC, Haladjian HH, Fortmann SP. Reaching youth at the point of sale: Cigarette marketing is more prevalent in stores where adolescents shop frequently. *Tobacco Control*. 2004;13(3):315-8.

cuando se desarrollan las asociaciones positivas de marcas.⁶⁶ Uno de los mejores medios para transmitir el valor de una marca es justamente el empaquetado.⁶⁷

- Varios estudios han determinado una fuerte asociación entre la exposición a los exhibidores de productos de tabaco en el punto de venta y la iniciación en el consumo de cigarrillos, la susceptibilidad al consumo de cigarrillos, y la intención de fumar entre los jóvenes.⁶⁸ Junto al impacto agravado en jóvenes
- Un estudio realizado en Inglaterra determinó que la exposición y la concientización a los exhibidores de tabaco y las marcas en el punto de venta (especialmente en negocios pequeños) están asociados con la susceptibilidad al consumo de cigarrillos.⁶⁹

Junto al impacto agravado en jóvenes, la exhibición en punto de venta favorece la compra impulsiva de productos de tabaco y en consecuencia, constituye un obstáculo real en los esfuerzos que emprenden los fumadores por abandonar este hábito. La exhibición de productos tiene una fuerte influencia en las compras impulsivas, incluso si no es acompañada por materiales promocionales, como se demostró en un estudio en Australia.⁷⁰

En ese orden de ideas, la prohibición de la exhibición en punto de venta de productos de tabaco constituye una política eficaz para disminuir las compras impulsivas de tales productos. Esta afirmación también se sustenta en evidencia científica que así lo demuestra⁷¹:

- Un estudio realizado en cuatro países determinó menores niveles de compras impulsivas en Canadá y Australia, donde los exhibidores de tabaco están prohibidos, que en Estados Unidos y el Reino Unido, donde los exhibidores de tabaco no estaban prohibidos al momento del estudio.⁷²

⁶⁶Perry C. The tobacco industry and underage youth smoking: tobacco industry documents from the Minnesota litigation. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1999;153(9): 935-941.

⁶⁷Donovan R, Jance J, Jones S. Tobacco point of sale advertising increases positive brand user imagery. *Tob Control.* 2002;11(3): 191-194.

⁶⁸Mackintosh AM, Moodie C, Hastings G. The association between point-of-sale displays and youth smoking susceptibility. *Nicotine & Tobacco Research.* 2012;14(5):616-20.

⁶⁹Spanopoulos D, Britton J, McNeill A, Ratschen E, Szatkowski L. Tobacco display and brand communication at the point of sale: implications for adolescent smoking behaviour. *Tobacco Control.* 2013. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2012-050765.

⁷⁰Wakefield M, Germain D, Henriksen L. The effect of retail cigarette pack displays on impulse purchase. *Addiction.* 2008;103(2): 322-328.

⁷¹ Cfr. http://global.tobaccofreekids.org/files/pdfs/es/APS_posDisplay_es.pdf

⁷²Li L, Borland R, Fong GT, Thrasher JF, Hammond D, Cummings KM. Impact of point-of-sale tobacco display bans: findings from the International Tobacco Control Four Country Survey. *Health Educ Res.* 2013.

- Entrevistas con ex fumadores de Nueva Zelanda determinaron que los exhibidores de tabaco les provocaban “deseos físicos y emocionales” que hacían que dejar de fumar fuese más difícil.⁷³
- Un estudio realizado en Noruega determinó que los encuestados más jóvenes eran más propensos que los adultos a decir que los exhibidores de productos de tabaco los incitaba a comprar cigarrillos.⁷⁴
- Un estudio realizado en Nueva Zelanda halló que una mayor exposición a los exhibidores de tabaco en el punto de venta incrementaba la probabilidad de probar el cigarrillo y el consumo real de tabaco.⁷⁵

9. Marco legal nacional e internacional sobre etiquetado y empaquetado de productos del tabaco.

El artículo 4 del Convenio Marco, reconoce como principios básicos que “todos deben estar informados de las consecuencias sanitarias, la naturaleza adictiva y la amenaza mortal del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco y se deben contemplar en el nivel gubernamental apropiado medidas legislativas, ejecutivas, administrativas u otras medidas para proteger a todas las personas del humo de tabaco”.

En efecto, el texto de este tratado internacional reconoce que la obligación de los Estados de proveer información sobre los efectos nocivos de los productos del tabaco constituye un deber fundamental para evitar la propagación de la epidemia del tabaquismo. Es así como el Convenio Marco establece el deber de los Estados de prohibir la publicidad, promoción de patrocinio del tabaco, avanzar en programas de política pública de información y educación sobre los efectos nocivos del tabaco y regular el etiquetado y empaquetado de productos de cigarrillos para que, el empaque mismo advierta sobre los efectos nocivos del producto que contiene y no se convierta en un canal de promoción del mismo.

De esta forma, el Convenio Marco impone a los Estado la obligación de adoptar y aplicar, de conformidad con su legislación nacional, medidas eficaces para informar sobre el carácter nocivo de los productos de cigarrillo, mediante la regulación del etiquetado y empaquetado de estos productos.

En efecto, el artículo 11 del Convención señala:

⁷³Hoek J, Gifford H, Pirikahu G, Thomson G, Edwards R. How do tobacco retail displays affect cessation attempts? Findings from a qualitative study. *Tobacco Control*. 2010;19(4):334-7.

⁷⁴Scheffels J, Lavik R. Out of sight, out of mind? Removal of point-of-sale tobacco displays in Norway. *Tob Control*. 2012.

⁷⁵Paynter J, Edwards R, Schluter PJ, McDuff I. Point of sale tobacco displays and smoking among 14-15 year olds in New Zealand: A cross-sectional study. *Tobacco Control*. 2009;18(4):268-74.

a) que en los paquetes y etiquetas de los productos de tabaco no se promocióne un producto de tabaco de manera falsa, equívoca o engañosa o que pueda inducir a error con respecto a sus características, efectos para la salud, riesgos o emisiones, y no se empleen términos, elementos descriptivos, marcas de fábrica o de comercio, signos figurativos o de otra clase que tengan el efecto directo o indirecto de crear la falsa impresión de que un determinado producto de tabaco es menos nocivo que otros, por ejemplo expresiones tales como “con bajo contenido de alquitrán”, “ligeros”, “ultra ligeros” o “suaves”; y

b) que en todos los paquetes y envases de productos de tabaco y en todo empaquetado y etiquetado externos de los mismos figuren también advertencias sanitarias que describan los efectos nocivos del consumo de tabaco, y que puedan incluirse otros mensajes apropiados.

Adicionalmente, conforme a las obligaciones impuestas por el Tratado, los Estados deben asegurarse de que de las advertencias y mensajes sean “aprobados por las autoridades nacionales competentes, rotativos, grandes, claros, visibles y legibles,

Así mismo, indica que estos mensajes deben ocupar el 50% o más de las superficies principales expuestas y “en ningún caso menos del 30% de las superficies principales expuestas”.

A raíz de las obligaciones contenidas en el artículo 11, además de las advertencias sanitarias que describan los efectos nocivos del consumo de tabaco todos los paquetes y envases de productos de tabaco y todo empaquetado y etiquetado externos de los mismos, debe contener información sobre los componentes de los productos de tabaco y de sus emisiones de conformidad con lo definido por las autoridades nacionales.

Con el propósito de definir el contenido y alcance de las obligaciones contenidas en el artículo 11, la Organización Mundial de la Salud expidió las Directrices para la aplicación del este artículo “sobre empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco”. Estas directrices, además buscan ayudar a las Partes a cumplir con las obligaciones adquiridas en virtud del artículo 11 del Convenio y proponer medidas que las Partes puedan aplicar para aumentar la eficacia de sus medidas relativas a empaquetado y etiquetado.

Este instrumento señala que “la incorporación de advertencias sanitarias y otros mensajes apropiados bien diseñados en los envases de productos de tabaco es un medio costo eficaz para sensibilizar al público acerca de los efectos sanitarios del consumo de tabaco y un medio eficaz para reducir dicho consumo. Además estas “son componentes decisivos de un método integrado de control del tabaco”.

En ese sentido, las directrices establecen una serie de recomendaciones a las Partes frente al tamaño, rotación, ubicación y contenido de las advertencias sanitarias para que estas sean más eficaces.

En relación con la *ubicación* las Directrices señalan que conforme a las investigaciones “las advertencias sanitarias y mensajes ubicados en la parte superior de las caras anterior y posterior de los paquetes son más visibles que en la parte inferior”, por lo que las Partes deberían exigir que las advertencias sanitarias y otros mensajes pertinentes estén colocados en las dos caras, anterior y posterior, (...) en la parte superior de las superficies principales expuestas antes que en la parte inferior; de tal manera que la apertura normal del paquete no dañe ni oculte permanentemente el texto ni la imagen de la advertencia sanitaria, ni queden obstruidos por otras marcas exigidas en el empaquetado o etiquetado, ni por prospectos comerciales interiores o exteriores.

Por su parte, frente al tamaño deseable de las advertencias sanitarias, las Directrices recuerdan que las pruebas existentes indican que la eficacia de las advertencias y mensajes aumenta con el tamaño de los mismos, por lo que señala que “las Partes deberían considerar la posibilidad de utilizar advertencias y mensajes que ocupen más del 50% de las superficies principales expuestas y deben proponerse que abarquen la mayor parte posible de dichas superficies” y en caso de que la advertencia se remarque en un recuadro el espacio dedicado al marco “se debería considerar como adicional al espacio total ocupado por las advertencias y mensajes y no como parte de éste”.

En relación con la *Utilización de imágenes*, las directrices señalan que conforme a la evidencia científica las advertencias y mensajes que contienen a la vez imágenes y texto son mucho más eficaces que los que sólo contienen texto. Además, ofrecen la ventaja de poder llegar a personas con escaso nivel de alfabetización y a quienes no saben leer en el idioma o los idiomas en que están escritos los textos de las advertencias o mensajes, por lo que recomienda que “las imágenes o pictogramas sean culturalmente apropiados y aparezcan a todo color”.

Frente a este último aspecto, es decir la utilización de *colores*, conforme a las directrices, las advertencias deben ser a color en lugar en blanco y negro y de colores contrastantes “para el fondo del texto a fin de aumentar la vistosidad y maximizar la legibilidad de los elementos de texto de las advertencias y mensajes”.

Por su parte, las Directrices también reconocen que “el impacto de las advertencias y mensajes repetidos tiende a disminuir con el tiempo, mientras que el cambio de éstos va asociado a una mayor eficacia, porque considera que *la rotación* y las modificaciones de diagramación y diseño de las advertencias y mensajes son importantes para que éstos sigan llamando la atención y se refuercen sus efectos. En ese sentido, señala la importancia de que las advertencias tengan una rotación constante y que “una serie especificada se impriman de manera que cada uno aparezca en un número igual de paquetes al por menor, no sólo de cada familia de marcas sino también de todas las marcas pertenecientes a una familia de marcas en todos los tamaños y tipos de envase”.

En relación con el *contenido de los mensajes* las Directrices advierten que la utilización de una diversidad de advertencias sanitarias y otros mensajes apropiados aumenta las posibilidades de que éstos surtan efecto, ya que diferentes advertencias y mensajes tienen diferente resonancia en diferentes personas, porque deben incluir información relacionada con el abandono de la adicción a fumar, la naturaleza adictiva del tabaco; los impactos económicos y sociales relacionadas con el consumo de tabaco, las consecuencias de este adicción en las personas queridas, en un lenguaje sencillo, claro y conciso, y culturalmente apropiado.

Así, y a manera de resumen, conforme a las recomendaciones y buenas prácticas desarrolladas por en las directrices, las advertencias sanitarias deberían contener las siguientes características:

Componentes de una etiqueta de advertencia eficaz*

| COMPONENTE | DESCRIPCIÓN | IMPACTO |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ubicación | Las etiquetas se colocan en las áreas principales (frente y dorso, los paneles más grandes del paquete). | Los mensajes que se encuentran en una ubicación destacada, tienen mayor probabilidad de que se los tenga en cuenta. |
| Tamaño | Ocupan como mínimo el 50% de las superficies principales expuestas del paquete. | Los mensajes grandes tienen más probabilidad de que se los tenga en cuenta. La eficacia del etiquetado aumenta con el tamaño. Las etiquetas grandes provocan respuestas emocionales y aumentan la motivación para dejar de fumar. |
| Ilustraciones | Ilustran los efectos negativos del consumo de tabaco a través de las imágenes y/o pictogramas. | Las fotografías y los gráficos fuertes ayudan más que las palabras a los fumadores a visualizar la naturaleza de una enfermedad causada por el consumo de tabaco. Es más probable que a una persona le llame más la atención una imagen y más probable que la recuerde al tomar la decisión de no fumar o de dejar de fumar. Las imágenes son especialmente importantes en regiones de baja alfabetización o donde las investigaciones muestran que los fumadores ignoran las etiquetas de advertencia que contienen texto solamente. Las advertencias ilustrativas tienen más probabilidad de llegar a los niños y adolescentes, especialmente a los hijos de los fumadores, quienes son particularmente vulnerables. |
| Color, fondo y fuente | Usa color completo. Contrasta los colores con el fondo y el texto. | Maximiza la visibilidad y la facilidad de comprensión. |
| Rotación | Usa advertencias y mensajes múltiples para la salud en todos los productos de tabaco, en forma simultánea o que rotan periódicamente. | Previene la sobreexposición y que la audiencia se desensibilice a una sola imagen. |
| Texto | Enumera los factores de riesgo resaltando los efectos nocivos y el impacto de la exposición al tabaco. Incluye la magnitud de los riesgos específicos. Proporciona un consejo para dejar de fumar e información sobre la línea telefónica local de ayuda para dejar de fumar. Identifica la naturaleza adictiva del tabaco. Provoca la asociación emocional desfavorable con el consumo de tabaco. | Los mensajes ponen de relieve los efectos nocivos del tabaco y proporcionan importante información pública de salud que de otro modo no sería accesible. Los mensajes que provocan la asociación emocional desfavorable con el consumo de tabaco son más creíbles y convincentes. |
| Idioma | Usa el idioma principal del país. | Los mensajes escritos en todos los idiomas principales aseguran un alcance más amplio. |
| Atribución de la fuente | La etiqueta debe identificar una fuente, tal como una autoridad nacional de salud (por ej. Ministerio de Salud), que recomiende el mensaje de salud. | Según la cultura, la atribución puede agregarle credibilidad al mensaje. |

*The components highlighted in this table are best practices derived from WHO's FCTC Article 11 Guidelines and The Tobacco Labelling & Packaging Toolkit produced by the Tobacco Labelling Resource Centre.

fuelle: CTFK. Etiquetas de advertencia. Aspectos esenciales⁷⁶

10. Marco legal comparado de advertencias sanitarias en países de América Latina

Un análisis comparado de legislación sobre el control del tabaco en América latina y en el mundo muestra una tendencia, cada vez más fuerte, a la creación de legislaciones de control de tabaco que incluyen la fijación de advertencias sanitarias en las cajetillas de cigarrillos, como una medida idónea para prevenir el consumo del tabaco y alertar sobre los efectos nocivos de este producto.

En *El Salvador*, el decreto 771 de la Asamblea Legislativa de la República, en su artículo 10, 11 y 12 disponen que los empaquetados de productos de cigarrillo deben informar sobre los contenidos de nicotina, alquitrán y monóxido de carbono de los productos, en una de las caras laterales de la cajetilla. Además dispone que la advertencia sanitaria sobre el carácter nocivo de los productos de cigarrillo debe ocupar el 50% de las superficies principales expuestas del envase principal “utilizando textos e imágenes inequívocas”. El Decreto de la Asamblea legislativa también prohíbe que los envases y etiquetas de los productos del tabaco utilicen “*términos o elementos descriptivos, marcas de fábrica o de comercio, signos figurativos o de otra clase, que tengan efecto directo o indirecto de crear falsa, equivoco engañosa impresión de que un determinado producto de tabaco es menos nocivo*”.

En *Chile*, la Ley 20.105 de mayo de 2006 dispone que se deben incluir advertencias sanitarias impresas en los paquetes de cigarrillos, con pictogramas con imagen y texto, que no deben ser inferiores al 50% de la superficie total de ambas caras principales.

Conforme a un estudio realizado para el Ministerio de Salud, las advertencias sanitarias fueron positivamente evaluadas entre la población, como mecanismo idóneos para el conocimiento un aumento sobre los daños del tabaco. En efecto, el pictograma de mayor impacto fue uno que incorporó la fotografía de un ciudadano chileno (Don Miguel) enfermo de cáncer que perdió su laringe después de fumar por más de 20 años. Conforme a la encuesta el 35% de la población entrevistada señaló que esta advertencia le había ayudado a informarse mejor; por su parte otro 30% de los fumadores piensa en dejar de fumar cada vez que ve la advertencia, mientras que un 9% se motivó a tomar la decisión de abandonar el hábito de fumar⁷⁷.

⁷⁶ http://global.tobaccofreekids.org/files/pdfs/es/WL_essential_facts_es.pdf

⁷⁷ Cfr, María Teresa Valenzuela Schmidt, 2013. Advertencias sanitarias de los productos de tabaco: la experiencia en Chile. Advertencias sanitarias en América Latina y el Caribe. Instituto Nacional de Salud Pública.

En *México* la Ley General para el Control del Tabaco (LGCT), que entró en vigor el 28 de agosto de 2008 que, entre otras medidas, estableció la incorporación de advertencias sanitarias y pictogramas a todo empaquetado y etiquetado de productos de tabaco. En efecto, el artículo 18 señala que éstas debe ocupar el 30% de la cara anterior y 100% de la cara posterior y el 100% de una de las caras laterales⁷⁸.

En el proceso de selección de imágenes y advertencias sanitarias en México se realizaron estudios entre ciudadanos de diferentes edades para establecer los indicadores sobre el impacto y persuasión. De acuerdo con los resultados, los fumadores que participaron en el estudio consideraron que “podrían estar dispuestos a realizar un intento formal por dejar de fumar, en tanto la información proporcionada sea verídica y comprobable”⁷⁹.

Por su parte, en *Bolivia* el Congreso Nacional promulgó la ley 3029 de 2005 a través de la cual ratificó el Convenio Marco de Control del Tabaco, la reglamentación mediante el Decreto Supremo 29376 de diciembre de 2007 y la Resolución multisectorial Nro. 0003, todas medidas legislativas dirigidas a establecer medidas de control del tabaco. Esta legislación también incorporó la obligatoriedad de incluir relación a las advertencias sanitarias se establece que deben ser rotatorias y concurrentes, con pictogramas, impresas en el 50% inferior de ambas caras principales, así como una etiqueta cualitativa de sobre el contenido de los productos de cigarrillo, prohibiéndose la mención específica a la cantidad de alquitrán nicotina, monóxido de carbono y demás emisiones. Adicionalmente, se consagró la prohibición de descriptores de marca engaños que hicieran pensar que un producto es menos dañino que otro, tales como “Light”, “suave”, “orgánico”.

Además, Perú suscribió y rarificó el Convenio Marco mediante Resolución legislativa 2828 de 2004 y promulgo la Ley General para la Prevención y Control de los Riesgos del Consumo de Tabaco (Ley 28705 de 2006); la cual a su vez, fue reglamentada mediante el Decreto Supremo 015-2008-AS del Ministerio de Salud. Este último en su artículo 18 reguló las advertencias sanitarias y señaló que éstas no podrían ser inferiores al 50% de una de las caras principales. Señaló además que éstas deberían rotarse cada seis (6) meses.

Uruguay es una de los países del continente con una de las políticas públicas más afectivas en materia de control de Tabaco. Luego de la ratificación del CMCT en septiembre de 2004, Uruguay creó el Plan Nacional para el Control del Tabaco y en los años sucesivos se tomaron diferentes medidas que incluyeron el aumento de impuestos, el establecimiento de espacios 100% libres de humo de tabaco; prohibición de la publicidad, promoción y

⁷⁸ El mencionado artículo dispone además que “al 30% de la cara anterior de la cajetilla se debiera incorporar pictogramas o imágenes; el 100% de la cara posterior y el 100% de la cara lateral serán destinados a mensajes sanitarios, que del mismo modo será rotativo, deberá incorporar un numero telefónico de información sobre prevención, cesación y tratamiento...”.

⁷⁹ Justino Regalado Pineda, Marcela Madrazo Reynoso, 2013, Adopción de advertencias sanitarias y su implementación: el caso de México. 2013. Advertencias sanitarias en America Latina y el Caribe.

patrocinio de estos productos, tratamientos para abandonar la dependencia de quienes son adictos al cigarrillo, campañas educativas y de comunicación. En síntesis “*en un corto periodo Uruguay ha implementado casi la totalidad de las recomendaciones establecidas en CMCT*”⁸⁰.

En esta línea de implementación del Convenio Marco, durante el 2005, Uruguay promovió el decreto 36/05 que aumentó el tamaño de las advertencias sanitarias al 50%, así como el decreto 171 del mismo año, en donde se prohibieron términos engañosos como “Light”, “mind”, “suaves” en las cajetillas de los cigarrillos.

En el 2008 Uruguay promulgó la Ley 18256 “Ley Integral de Control del Tabaco” que estableció respecto a las advertencias sanitarias, que estas deberían incluir pictogramas en no menos del 50% de las superficies totales principales; adicionalmente, se prohibieron los términos engañosos del empaquetado.

Un estudio en grupos focales, contratada por el Ministerio de Salud y realizada para mayo de 2008, indicó que los fumadores mostraron “un alto nivel de información acerca de los daños personales del tabaquismo y una alta sensibilidad ante la idea de proteger a los niños, tanto del humo de segunda mano como de la adopción del hábito”⁸¹.

En Brasil conforme al Instituto Nacional de Cáncer de Brasil, “las advertencias sanitarias constituyen una de las medidas disponibles más costo-efectivas, teniendo en cuenta que los costos de comunicación recaen sobre el fabricante y que las advertencias son eficaces para informar a toda la sociedad sobre la magnitud de los riesgos del consumo de tabaco”⁸².

Las advertencias sanitarias fueron incorporadas como obligatorias en Brasil, a partir de Ley Federal 9.294 de 1996, que estableció que los paquetes de cigarrillos deben incluir mensajes como, “fumar puede causar enfermedades cardiovasculares y derrame cerebral”, “fumar durante el embarazo puede dañar a los bebés”, entre otros.

Finalmente, Uruguay es uno de los países que, sin duda ha puesto en práctica algunas de las medidas más fuertes del mundo para reducir el consumo de tabaco. En el 2006, Uruguay fue el primer país de la región de las Américas en convertirse en 100% libre de humo⁸³.

En relación con las advertencias sanitarias este país implementó, en el 2009, advertencias sanitarias gráficas, que cubren el 80 por ciento de las partes delantera y trasera del paquete y estableció la única presentación por cada marca comercial de productos de tabaco.

⁸⁰ Wilston Abascal y Ana Lorenzo, Ministerio de Salud de Uruguay, 2012, Advertencias Sanitarias en los productos de Tabaco: la experiencia de Uruguay.

⁸¹ *Ibíd.*

⁸² Instituto Nacional de Cáncer. Brazil. Health warnings on tobacco products, 2009

⁸³ Proyecto ITC (Agosto 2014). Informe National ITC Uruguay. Resultados de los Relevamientos 1 a 4 de la Encuesta (2006-12). Universidad de Waterloo, Waterloo, Ontario, Canadá; Centro de Investigación para la Epidemia del Tabaquismo y Universidad de la República, Uruguay.

La política pública de control del tabaco en Uruguay ha demostrado sus efectos positivos en la reducción del tabaquismo en el país, en efecto, desde el 2005 al 2011, el consumo de cigarrillos per cápita ha disminuido en un 4,3 por ciento anual y la tasa de fumadores adultos se redujo en un 3,3 por ciento por año. Mientras que de 2003 a 2009, las tasas de consumo de tabaco entre los jóvenes uruguayos disminuyeron un 8 por ciento al año⁸⁴.

Estos estudios también demostraron la eficacia de la aplicación de advertencias gráficas en los etiquetados realizada en el 2009, en un 80%:

El porcentaje de fumadores que informó que las advertencias sanitarias en los paquetes de cigarrillos fue una razón para pensar en dejar de fumar aumentó de 25% en 2008-09 (cuando las advertencias eran simbólicas y cubrían sólo el 50% de las partes frontal y posterior del paquete) a 31% en 2010-11 y a 30% % en 2012 (cuando las mismas fueron más fuertes y cubrieron el 80% ambas caras). Además, el déficit de conocimiento de los fumadores sobre la relación entre el tabaquismo y los accidentes cerebro vasculares y la impotencia se redujo, después de la introducción de advertencias sanitarias gráficas que abordaron específicamente estos efectos sanitarios”.

⁸⁴ Proyecto ITC (Agosto 2014). Informe National ITC Uruguay. Resultados de los Relevamientos 1 a 4 de la Encuesta (2006-12). Universidad de Waterloo, Waterloo, Ontario, Canadá; Centro de Investigación para la Epidemia del Tabaquismo y Universidad de la República, Uruguay

CLASIFICACIÓN SEGÚN EL TAMAÑO— ANVERSO DEL PAQUETE

Este listado indica cuáles son los líderes mundiales en términos del mayor tamaño del anverso del paquete. Las advertencias ubicadas en el anverso del paquete son más visibles que las que figuran en el reverso.

| | | | | | |
|-----|-----------------------|-----|-------------------------------------------|-----|------------------------|
| 85% | Tailandia | 50% | Baréin | 50% | Mongolia |
| 80% | Uruguay | 50% | Bolivia | 50% | Omán |
| 75% | Australia | 50% | Camerún | 50% | Panamá |
| 75% | Brunéi | 50% | Chile | 50% | Perú |
| 75% | Canadá | 50% | Costa Rica | 50% | Filipinas |
| 75% | Nepal | 50% | Yibuti | 50% | Qatar |
| 70% | Islas Salomón | 50% | Egipto | 50% | Arabia Saudita |
| 65% | Togo | 50% | El Salvador | 50% | Seychelles |
| 65% | Turquía | 50% | Ghana | 50% | Singapur |
| 65% | Turkmenistán | 50% | Honduras | 50% | Suriname |
| 60% | Ecuador | 50% | Hong Kong (Región Admin. Especial, China) | 50% | Trinidad y Tobago |
| 60% | Jamaica | 50% | Irán | 50% | Ucrania |
| 60% | República de Mauricio | 50% | Kuwait | 50% | Emiratos Árabes Unidos |
| 60% | Sri Lanka | 50% | Libia | 50% | Vietnam |
| 52% | Kirguistán | 50% | Macau (Región Admin. Especial) | 50% | Yemen |
| 51% | Namibia | 50% | Madagascar | 48% | Bélgica |
| 50% | Albania | 50% | Malasia | 48% | Liechtenstein |
| 50% | Argentina | | | 48% | Suiza |

Fuente: Advertencias sanitarias en América Latina y el Caribe. Instituto Nacional de Salud Pública.

11. Marco legal nacional e internacional respecto a la publicidad promoción y patrocinio de productos del tabaco.

En Colombia existe una prohibición absoluta de la promoción y publicidad de productos del tabaco y sus derivados; en efecto, tanto los artículos 15 y 16 de la Ley 1335 de 2009 como el Convenio Marco en el artículo 13⁸⁵, tratado internacional incorporado a la Legislación nacional mediante la Ley 1109 de 2006, y las directrices del artículo 13 del Convenio Marco⁸⁶, consagran una clausula amplia de prohibición de publicidad y promoción, que comprende toda exhibición en puntos de venta.

⁸⁵ <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9243591010.pdf>

⁸⁶ http://www.who.int/fctc/guidelines/article_13_es_r.pdf

Sobre este último aspecto es preciso tener en cuenta que el Convenio Marco en el artículo 1, define el contenido y alcance de varios de estos términos y establece que:

El “control del tabaco” comprende diversas estrategias de reducción de la oferta, la demanda y los daños con objeto de mejorar la salud de la población eliminando o reduciendo su consumo de productos de tabaco y su exposición al humo de tabaco;

...por “publicidad y promoción del tabaco” se entiende toda forma de comunicación, recomendación o acción comercial con el fin, el efecto o el posible efecto de promover directa o indirectamente un producto de tabaco o el uso de tabaco⁸⁷;

Así, conforme al Artículo 13 del Convenio Marco existe el deber de los Estados parte de proceder “a una prohibición total de toda forma de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco”, puesto que, conforme a lo reconocido en el mismo tratado, “reduciría el consumo de productos de tabaco”. Para cumplir con el deber que se desprende de esta disposición, los Estados deben, conforme a su Constitución, *adoptar medidas legislativas, ejecutivas, administrativas u otras medidas apropiadas* en un plazo de cinco años, luego de la ratificación del Tratado.

Por su parte las Directrices para la aplicación del artículo 13 (*Publicidad, promoción y patrocinio del tabaco*) del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco⁸⁸, aprobadas por la Conferencia de las Partes del Convenio en el propósito de guiar a los Estados a en “*las mejores maneras de aplicar el artículo 13 del Convenio a fin de eliminar eficazmente la publicidad, promoción y el patrocinio del tabaco a nivel nacional e internacional,*”⁸⁹ reitera la comprobada verificación de que “la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco aumentan el consumo de éste y que las prohibiciones totales de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco disminuyen dicho consumo”⁹⁰.

⁸⁷ Artículo 1 del CMCT “lista de expresiones utilizados”

⁸⁸ http://www.who.int/fctc/guidelines/article_13_es_r.pdf

⁸⁹ Directrices para la aplicación del artículo 13 (*Publicidad, promoción y patrocinio del tabaco*) del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco Finalidad y objetivo http://www.who.int/fctc/guidelines/article_13_es_r.pdf

⁹⁰ *Ibíd*em

En desarrollo de esta última verificación, las directrices reconocen que esta prohibición debe adelantarse con un **“alcance amplio”** que debe tener en cuenta el *“enfoque integrado”* de la publicidad y promoción del tabaco que *“comprende la comercialización directa, las relaciones públicas, la promoción de las ventas”*, entre otros aspectos⁹¹.

También las directrices reconocen que ***la exhibición de productos de tabaco en puntos de venta es en sí misma una forma de publicidad y promoción***, al crear la impresión de que el consumo del tabaco es socialmente aceptable, creando dificultades para que los consumidores de tabaco abandonen este ámbito hábito.

Por su parte, la Ley 1335 de 2009 establece una prohibición total a toda forma de publicidad y promoción de productos de tabaco, así como la restricción del patrocinio en eventos culturales y deportivos, *cuando el mismo esté dirigido a la publicidad directa o indirecta de productos de tabaco y sus derivados*.

En relación con la publicidad y promoción de productos del tabaco y sus derivados, los artículos 15 y 16 de la Ley consagran una prohibición absoluta:

ARTÍCULO 15: PUBLICIDAD EN VALLAS Y SIMILARES. Se prohíbe a toda persona natural o jurídica la fijación de vallas, pancartas, murales, afiches, carteles o similares móviles o fijos relacionados con la promoción del tabaco y sus derivados.

ARTÍCULO 16. PROMOCIÓN. Prohíbese toda forma de promoción de productos de tabaco y sus derivados

La constitucionalidad de esta disposición normativa fue estudiada por la Corte constitucional, a través de la sentencia C-830 de 2010⁹². En el análisis de constitucionalidad, la Corte declaró exequible sin condiciones la prohibición total de la promoción y propaganda del tabaco y sus derivados, así como la restricción de actividades de patrocinio, y las consideró medidas compatibles con la libertad de empresa y la libre iniciativa privada, *“puesto que el legislador puede imponer restricciones, incluso a nivel de prohibición, a la publicidad comercial, cuando concurren razones imperiosas que hagan proporcionales medidas de esa naturaleza”*.

⁹¹ Ibidem

⁹² <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/c-830-10.htm>

En el análisis de constitucionalidad del artículo 15 y 16 Ley 1335 de 2009 la Corte concluyó que esta norma “*debe entenderse como una **cláusula amplia**, que implica la prohibición total de la publicidad de productos de tabaco, en los términos comprendidos por el CMCT*”. (Negrillas nuestras)

En ese sentido, hace una remisión directa al artículo 1 de dicho instrumento internacional que define la “*publicidad y promoción de tabaco*” tal como se indicó y otorga fuerza normativa a las disposiciones de las *Directrices para la aplicación del artículo 13⁹³ (Publicidad, promoción y patrocinio del tabaco) del Convenio Marco de la OMS para el Control de Tabaco*, adoptadas por la Conferencia de las Partes del CMTC, al hacer una remisión interpretativa de lo que debe entenderse por Promoción y señala que “según este documento internacional, útil para la interpretación de las normas del Convenio, entre ellas las que imponen deberes de los Estados signatarios, “... tanto la «*publicidad y promoción del tabaco*» como el «*patrocinio del tabaco*» abarcan la promoción no sólo de determinados productos de tabaco, sino también del consumo de tabaco en general, no sólo los actos, actividades y acciones que tengan un objetivo promocional sino también las que tengan o puedan tener un efecto promocional, y no sólo la promoción directa sino también la indirecta. La publicidad y la promoción del tabaco no se limitan a comunicaciones, sino que comprenden también recomendaciones y acciones, que deberían abarcar al menos las categorías siguientes: a) diversos arreglos de venta y/o distribución; b) formas ocultas de publicidad o promoción, como la introducción de productos de tabaco o del consumo de tabaco en el contenido de diferentes medios de difusión; c) diversas formas de asociación de productos de tabaco con eventos o con otros productos; d) empaquetado promocional y características de diseño de productos; y e) producción y distribución de artículos tales como golosinas, juguetes u otros productos que imiten la forma de los cigarrillos u otros productos de tabaco.”

Tal como expresamente lo señaló la Corte Constitucional “la Directriz identifica algunos ejemplos de arreglos de venta y/o distribución, como planes de incentivos para minoristas, exhibición en puntos de venta (subrayado nuestro), loterías, regalos, muestras gratuitas, descuentos, concursos (que conlleven o no la compra de productos de tabaco) y promociones a modo de incentivos o planes de fidelidad, por ejemplo, entrega de cupones reembolsables a los compradores de productos de tabaco”.

De esta manera, la Corte considera que la interpretación que mejor describe el sentido jurídico propio del término *promoción* y aquella más acorde con el cumplimiento de los

⁹³ http://www.who.int/fctc/guidelines/article_13_es_r.pdf

compromisos internacionales del Estado colombiano en materia de control de tabaco, es **la prohibición total de la publicidad de productos de tabaco y sus derivados, en los términos descritos en el CMCT.**

Este conjunto de normas conforman un verdadero marco jurídico de protección al derecho a la salud de los y las colombianas a través de la creación y puesta en marcha de una política pública que controla y regula la promoción de un producto, comprobadamente dañino para la salud.

Pese a ello, en la actualidad la Superintendencia de Industria y Comercio, a través de las Circulares 005 y 011 autorizan la exhibición de productos de cigarrillo. En efecto, estos dos actos administrativos dirigida a propietarios y administradores de establecimientos de comercio donde se venda tabaco y sus derivados como los cigarrillos (tiendas, mini mercados, licoreras y grandes almacenes), fija criterios para la **exhibición** de productos del cigarrillo contraviniendo de este modo la prohibición absoluta de toda forma de publicidad y promoción de productos del tabaco y sus derivados, contrariando así el ordenamiento jurídico colombiano y ocasionando un grave riesgo a la vida y salud de los y las colombianos.

La fijación de criterios contemplada en las Circulares 005 y 011 establece formas de promoción de productos de tabaco, pues autoriza su exhibición en puntos de venta. En efecto, a lo largo del instructivo se promueven formas de exhibición de productos de tabaco en vitrinas o mostradores y en el punto de venta de los establecimientos de comercio o “estantes destinados para tal efecto”, y se dan directrices respecto a la forma en que deben estar acondicionados los mostradores para exhibir productos de cigarrillo.

12. Fundamentos jurídicos para realizar las modificaciones de la Ley que se proponen.

En la actualidad, Colombia es uno de los países de la región que consagra el menor porcentaje de advertencia sanitaria obligatoria en los productos del tabaco, con tan solo el 30% del total de las cajetillas de cigarrillo. Este porcentaje es el mínimo exigido por el CMCT que, sin embargo establece que el porcentaje de la advertencia sanitaria obligatoria debe ser del 50%.

Un incremento del tamaño de las advertencias sanitarias en Colombia promoverá avances sustanciales en el compromiso del Estado de fortalecer su política de protección del derecho a la salud de las y los colombianos mediante el control del tabaco.

En efecto existen razones científicas, así como obligaciones internacionales que justifican la necesidad de fortalecer los controles en materia de etiquetado y empaquetado, aumentando el porcentaje de advertencias sanitarias.

Por su parte, las circulars 005 y 011 de la Superintendencia de Industria y Comercio que abiertamente, autorizan la exhibición de productos de cigarrillo están contrariando las disposiciones de la Ley 1335, el estándar de protección del derecho a la salud establecido en la sentencia C-830 proferida por la Corte Constitucional y las obligaciones internacionales impuestas por el Convenio Marco para el Control del Tabaco, por lo que se hace necesario que se avance en la consagración legal expresa de la exhibición de productos de tabaco para evitar que las interpretaciones restrictivas puedan restar la efectividad de las políticas de control del tabaco.

12.1 Marco normativo

En relación con las obligaciones internacionales, resulta preciso tener en cuenta que la Constitución Política de Colombia y los tratados de derechos humanos suscritos y ratificados por Colombia, que conforme al artículo 93 superior, integran el bloque de constitucionalidad, reconocen varios derechos de contenido fundamental, que como derechos subjetivos imponen obligaciones al Estado y sus instituciones en materia de respeto y garantía.

El artículo 43 de la Constitución Política reconoce el derecho de las mujeres durante el embarazo y después del parto a gozar “*de especial asistencia y protección del Estado*”; y el artículo 44 de la Constitución Política reconoce que “*son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia*”.

El artículo 79 de la Constitución Política, por su parte, reconoce que *todas las personas tienen derecho a gozar de un ambiente sano*. En igual sentido, conforme al artículo 49 de la Constitución Política “*la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud*”.

De acuerdo con la jurisprudencia de la Corte Constitucional, la salud, en ordenamiento constitucional, tiene un carácter dual, en su doble condición de servicio público y derecho fundamental. En ese sentido, el Estado tiene la carga de asegurar la atención en salud, como servicio público. Además toda persona tiene el derecho de exigir el acceso satisfactorio a

todas las dimensiones que la integran. En esta última acepción la salud es un derecho fundamental.

El derecho a la salud también es reconocido por varios tratados internacionales, suscritos y ratificados por Colombia, como derecho humano. El Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) reconoce el de derecho humano a la salud y señala en su artículo 12 que *“Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”*.

Tal como lo ha destacado la Corte Constitucional de Colombia, el Pacto define la salud como *“un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva”*⁹⁴.

Por su parte, el protocolo Adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos (Protocolo de San Salvador) consagra el derecho a la salud, entendida como *“el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”*. Este instrumento internacional establece que, con el fin de hacer efectivo este derecho los Estados partes *“se comprometen a reconocer la salud como un bien público”*, por lo que deben tomar medidas dirigidas a *“la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas; la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud”*.

En el mismo sentido, la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, aprobada por el Estado colombiano mediante Ley 12 de 1991, obliga a los Estados Parte a proporcionar a los niños y niñas *“el disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud”*

Por su parte, la Convención sobre la Eliminación de la Discriminación Contra la mujer incorpora el reconocimiento del derecho a la salud de la mujeres, en varias esferas y establece la obligación de los estado de garantizar *“ f) El derecho a la protección de la salud y a la seguridad en las condiciones de trabajo, incluso la salvaguardia de la función de reproducción”*.

Junto a los instrumentos internacionales reseñados, es importante tener en cuenta que el Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud

⁹⁴ Cfr. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, que supervisa el cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación general sobre el derecho a la salud.

(CMCT de la OMS) es un tratado internacional que fue impulsado por la OMS, que en razón de su objeto y fin, tiene una vinculación con los tratados de derechos humanos, tal como ha sido reconocido por diferentes autores⁹⁵.

En efecto, el propio preámbulo del CMCT plantea una referencia directa diferentes instrumentos del derecho internacional de los derechos humanos como el Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales (PIDESC), la Convención sobre los derechos del niño o la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.

Junto a la referencia directa, el CMCT ha venido incorporándose dentro del corpus iuris de derecho internacional para fijar el contenido y alcance de algunos derechos reconocidos en el sistema universal de protección de derechos humanos. En efecto, el CMCT ha sido una herramienta para interpretar en concreto la obligación de proteger la salud.⁹⁶

Así, en el 2009 el Comité de derechos económicos, sociales y culturales (CDESC)⁹⁷ durante el examen periódico de Brasil, resalto la preocupación de que el Estado continuaba incentivando el consumo del tabaco mediante la publicidad de este producto y le recomendó tomar medidas para reducir los efectos del tabaco.

*El Comité recomienda que el Estado parte adopte medidas para prohibir la promoción de los productos de tabaco y apruebe legislación para garantizar que todos los espacios públicos cerrados estén completamente libres de tabaco.*⁹⁸

En el 2011, el CDESC continuo utilizado el CMCT como estándar para evaluar el cumplimiento con las obligaciones que se derivan del derecho a la salud según está reconocido en el PIDESC, incluso para países que no han ratificado el CMCT.

⁹⁵Cabrera, O.; Gostin, Lawrence O. Human rights and the Framework Convention on Tobacco Control: mutually reinforcing systems. Cambridge University Press, International Journal of Law and Context 7 (3): 285-303, 2011.

⁹⁶Cabrera, O.; Madrazo, A. Human Rights as a Tool for Tobacco Control in Latin America. Salud Publica de Mexico 52 (288-297), 2010.

⁹⁷El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR) es el órgano de expertos independientes que supervisa la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) por sus Estados Partes. El Comité se estableció en virtud de la resolución 1985/17, de 28 de mayo de 1985, del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (ECOSOC) para desempeñar las funciones de supervisión asignadas a este Consejo en la parte IV del Pacto. El Comité publica su interpretación de las disposiciones del Pacto, en forma de observaciones generales. Su página web es: www2.ohchr.org/spanish/bodies/cescr/index.htm.

⁹⁸CESCR (2009), Examen de los informes presentados por los Estados partes de conformidad con los Artículos 16 y 17 del Pacto, Observaciones Finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: Brasil, E/C.12/BRA/CO/2, p. 31.

El Comité, en lo reciente revisión del cumplimiento de obligaciones del PIDESC por parte de la Argentina afirmó lo siguiente:

"Preocupa al Comité el alto nivel de consumo de tabaco en el Estado parte, especialmente entre las mujeres y los jóvenes (art. 12, párr. 1).

*El Comité recomienda al Estado parte que ratifique y aplique el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco y que elabore políticas fiscales, de fijación de precios y de sensibilización de la población que sean eficaces para reducir el consumo de tabaco, en particular entre las mujeres y los jóvenes."*⁹⁹

Por otro lado, no solo el CDESC ha utilizado el CMCT para analizar el contenido y alcance de las obligaciones de los Estados respecto al derecho a la salud, algunos tribunales de la región también han continuado con esta línea, lo que fortalece la naturaleza de derechos humanos del tratado de la OMS.

En este sentido, la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Costa Rica al responder a una consulta legislativa facultativa sobre un proyecto de ley, elevada por integrantes de la Asamblea Legislativa, destacó que el Convenio Marco por su objetivo de proteger derechos fundamentales tiene una especial jerarquía dentro del marco normativo de Costa Rica.

En esa posición, cita un caso precedente al recordar que *"los instrumentos de Derechos Humanos vigentes en Costa Rica, tienen no solamente un valor similar a la Constitución Política, sino que en la medida en que otorguen mayores derechos o garantías a las personas, priman por sobre la Constitución"*¹⁰⁰. Concluye finalmente la Sala Constitucional que *"la norma cuestionada no solo está jurídicamente permitida, sino que además, es acorde con el Derecho de la Constitución sobre los Derechos Humanos"*¹⁰¹.

En el mismo sentido, se ha expresado el Tribunal Constitucional de Perú al afirmó que el CMCT es un tratado de derechos humanos porque *"lo que busca proteger de manera clara, expresa y directa es el derecho fundamental a la protección de la salud."*¹⁰² Profundizando en esta posición, el Tribunal Constitucional afirma que *"el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, es un tratado sobre derechos humanos, pues aunque no*

⁹⁹CESCR (2011), Examen de los informes presentados por los Estados partes de conformidad con los Artículos 16 y 17 del Pacto, Observaciones Finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: Argentina, E/C.12/ARG/CO/3, p. 23.

¹⁰⁰Sala Constitucional, Corte Suprema de Costa Rica, Sentencia N°3435-92 y su aclaración, N°5759-93, p. 22.

¹⁰¹Sala Constitucional, Corte Suprema de Costa Rica, Exp 12-002657-0007-CO, Res No 2012-003918, p. 23.

¹⁰²Tribunal Constitucional del Perú. Jaime Barco Rodas contra el Artículo 3° de la ley N. 28705 – Ley general para la prevención y control de los riesgos del consumo de tabaco, proceso de inconstitucionalidad, Julio de 2011, párrafo 67.

reconoce al derecho a la protección de la salud como un “nuevo derecho” (en los términos de los recurrentes), obliga a los Estados partes de manera clara y directa a la adopción de medidas que contribuyan a optimizar su eficacia”¹⁰³

Debido a esta conexión existente entre el CMCT y los tratados de derechos humanos, el CMCT se consolida como una herramienta para la interpretación en concreto de la obligación de proteger el derecho humano a la salud frente a la epidemia de tabaquismo.

12.2 Deber de desarrollo progresivo de los Derechos económicos, sociales y culturales

El derecho a la salud, como derecho económico social y cultural tiene carácter progresivo, este principio *“no puede ser interpretado como una regla desprovista de significado normativo”¹⁰⁴*, por el contrario, tal como lo ha indicado la Corte Constitucional *“corresponde a los Estados desarrollar de manera pronta, y dentro del máximo grado de aprovechamiento de sus recursos, avanzar en la senda de protección de tales derechos, lo cual simultáneamente supone una importante restricción de aquellas medidas que puedan suponer cualquier grado de retroceso en el espectro de protección que ya haya sido ofrecido”¹⁰⁵*.

En el mismo sentido, el CDESC ha indicado que la realización progresiva del derecho a la salud no debe interpretarse en el sentido de que priva de todo contenido significativo las obligaciones de los Estados Partes, pues esta significa *“que los Estados Partes tienen la obligación concreta y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia la plena realización del artículo 12”*.

Bajo esta perspectiva, deben ser analizadas las disposiciones consagradas en los diferentes instrumentos internacionales reseñados que establecen obligaciones del Estado, en materia de protección del derecho a la salud. En efecto, Al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone a los Estados Partes tres tipos de obligaciones:

¹⁰³ Ibidem, p. 69.

¹⁰⁴ Corte constitucional de Colombia. Sentencia T-807/07. Magistrado Ponente. Humberto Sierra Porto.

¹⁰⁵ Ibidem.

- **Respetar.** Significa simplemente no interferir en el disfrute del derecho a la salud (“no perjudicar”).
- **Proteger.** Significa adoptar medidas para impedir que terceros (actores no estatales) interfieran en el disfrute del derecho a la salud (por ejemplo regulando la actividad de los actores no estatales).
- **Cumplir.** Significa adoptar medidas positivas para dar plena efectividad al derecho a la salud (por ejemplo, adoptando leyes, políticas o medidas presupuestarias apropiadas)¹⁰⁶.

En relación con estas obligaciones, conforme al Comité del Pacto de Derechos Económicos, sociales y culturales los medios que debe adoptar el Estado para cumplir con sus obligaciones deben ser “apropiados”.

Ahora bien, aunque las obligaciones derivadas de la protección del derecho a la salud no precisan que medidas se consideran apropiadas, el Comité del Pacto si ha indicado que medidas legislativas son “muy deseables y en algunos pueden ser incluso indispensables”. En este sentido, anota: *“en esferas como la salud, la protección de los niños y las madres y la educación, (...) las medidas legislativas pueden ser asimismo un elemento indispensable a muchos efectos”*.

Ahora bien, está plenamente establecido más allá de toda duda, que el consumo del tabaco y sus derivados es “intrínsecamente nocivo” para la salud, y que esta situación impone obligaciones precisas al Estado derivadas del deber desincentivar la producción, la comercialización y el consumo de tabaco en procura de la protección de este derecho.

Es claro además, que conforme a lo reconocido por el propio Comité, las medidas legislativas son herramientas indispensables para avanzar en la protección integral del derecho a la salud, y que en algunos casos, estas son indispensables.

Por otro lado, está claro también que el Estado colombiano ha venido implementando en los últimos años varias medidas dirigidas a controlar el comercio de productos de tabaco y que dentro de sus programas, la información sobre los efectos nocivos del tabaco son un elemento en consideración.

Dado que el CMCT establece una obligación precisa en relación que el tamaño de las advertencias sanitarias, que “deben ocupar el 50% o más de las superficies principales expuestas” y “en ningún caso menos del 30% de las superficies principales expuestas” en virtud de las obligaciones internacionales de desarrollo progresivo del derecho a la salud,

¹⁰⁶ Organización Mundial de la Salud. Ver: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/index.html>

corresponde al Estado avanzar en la promoción del derecho a la salud, a través de una ampliación de tamaño de las advertencias y una regulación mucho más fuerte sobre el etiquetado y empaquetado de productos del tabaco.

Por otro lado, el Estado colombiano también ha contraído obligaciones en materia de prohibición de la publicidad, promoción y patrocinio de productos del tabaco, que comprenden la exhibición en puntos de venta. esta medida se ha mostrado eficaz para enfrentar las consecuencias negativas para la salud del consumo de tabaco y dado que, en la actualidad existe una debilidad en el cumplimiento de estas obligaciones derivada de las actuaciones de la entidad de gobierno, corresponde al Congreso de la República, restablecer el goce efectivo los derechos reconocidos legalmente, avanzando en eliminar los obstáculos de hecho o de derecho que los restringen, conforme a la obligación de respeto y garantía de los derechos económicos, sociales y culturales.

Finalmente, ambas medidas no suponen una excesiva carga económica para el Estado, a diferencia de un programa de vacunación, a manera de ejemplo; la prohibición en puntos de venta y el incremento de las advertencias sanitarias pueden ser medidas que con pocos recursos alcancen importantes avances en la promoción del derecho a la salud de los y las colombianas, teniendo en cuenta la evidencia científica que soporta la efectividad de estas medidas para prevenir el consumo del tabaco. Esta consideración hace aún más vigente el deber de aplicación del principio de desarrollo progresivo de los derechos económicos, sociales y culturales cuya protección se pretende con la presente iniciativa legislativa.

12.3 Obligaciones en relación con el control del tabaco.

Un análisis integral del contenido de derecho a la salud, tal como ha sido reconocido en el derecho internacional de los derechos humanos relava que existen obligaciones precisas en relación con el deber del Estado de implementar políticas de control del tabaco, derivadas de i) el deber de combatir enfermedades epidemiológicas, ii) el deber de procurar ambientes y entornos saludables y iii) el deber de garantizar y promover el derecho a la información que permita a las personas, tomar decisiones libres con relación a asuntos que puedan afectar su salud.

12.3.1 Prevención de enfermedades epidémicas.

En relación con el primer aspecto, es preciso tener en cuenta que tal como lo define el Comité del Pacto, la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos que no se limita al derecho a la atención de la salud sino que abarca *“una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana, y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano.”*

En el mismo sentido la observación general N° 6, Artículo 6, adoptada del mismo órgano internacional señala deber de los Estados Partes, que un elemento del contenido del derecho a la vida, en su interpretación más integral supone que los Estados tienen el deber de evitar las epidemias y en el caso de los niños y niñas tomar todas las medidas posibles para disminuir la mortalidad infantil

“Además, el Comité ha observado que el derecho a la vida ha sido con mucha frecuencia interpretado en forma excesivamente restrictiva. La expresión “el derecho a la vida es inherente a la persona humana” no puede entenderse de manera restrictiva y la protección de este derecho exige que los Estados adopten medidas positivas. A este respecto, el Comité considera que sería oportuno que los Estados Partes tomaran todas las medidas posibles para disminuir la mortalidad infantil y aumentar la esperanza de vida, en especial adoptando medidas para eliminar la malnutrición y las epidemias”¹⁰⁷.

Finalmente y en relación con el deber de derecho progresivo que, como se dijo, tiene un contenido jurídico propio la obligación prevenir las epidemias supone el establecimiento de “programas de prevención y educación para hacer frente a las preocupaciones de salud que guardan relación con el comportamiento, (...)”.

12.3.2 Derecho a la información, como elemento esencial para tomar decisiones libres e informadas

¹⁰⁷ Observación General No. 6, Comentarios generales adoptados por el Comité de los Derechos Humanos, Artículo 6 - Derecho a la vida, 16° período de sesiones, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.7 at 143 (1982).

El derecho a la información ha sido reconocido por la Convención Americana de Derechos Humanos como *“Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento y de expresión. Este derecho comprende la libertad de buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de toda índole, sin consideración de fronteras...”*

Por su parte, la Constitución política de Colombia, también reconoce que *se garantiza a toda persona la libertad de expresar y difundir su pensamiento y opiniones, la de informar y recibir información veraz e imparcial, y la de fundar medios masivos de comunicación....*

Un análisis integral del derecho a la información comprendiéndolo en su sentido más integral implica que su contenido y alcance también se traslade a todas las esferas en las que las personas necesitan tomar decisiones que puedan afectarles y que este deber de respetar y garantizar este derecho se hace mucho más exigente respecto de aspectos que pueden afectar de manera negativa la vida y entorno de las personas.

El derecho a tener la información necesaria y veraz que permita tomar decisiones libres e informadas integra la obligación de *cumplir (facilitar)* según la cual corresponde a los Estados adoptar medidas positivas que permitan y ayuden a los particulares y las comunidades disfrutar del derecho a la salud.

Conforme al CDESC esta obligación requiere que los Estados emprendan actividades para promover, mantener y restablecer la salud de la población. Entre esas obligaciones figuran las siguientes: i) fomentar el reconocimiento de los factores que contribuyen al logro resultados positivos en materia de salud, por ejemplo la realización de investigaciones y el suministro de información; ii) velar por que los servicios de salud sean apropiados desde el punto de vista cultural y el personal sanitario sea formado de manera que reconozca y responda a las necesidades concretas de los grupos vulnerables o marginados; iii) velar por que el Estado cumpla sus obligaciones en lo referente a la difusión de información apropiada acerca de la forma de vivir y la alimentación sanas, así como acerca de las prácticas tradicionales nocivas y la disponibilidad de servicios; iv) apoyar a las personas a adoptar, con conocimiento de causa, decisiones por lo que respecta a su salud.¹⁰⁸

Bajo esa línea de argumentación el CDESC establece una obligación precisa en relación con el deber de disuasión que tiene los estados en relación con el consumo y uso de sustancias nocivas. Esta obligación se hace especialmente importante frente a las obligaciones de los Estados de propiciar el más alto de nivel de salud de los niños, niñas y adolescentes.

¹⁰⁸ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observaciones al artículo 14.

Frente al derecho a la información es claro que frente a los niños, niñas y adolescentes existe un deber especial de propiciar un entorno seguro para ellos que “les permita participar en la adopción de decisiones que afectan a su salud, adquirir experiencia, tener acceso a la información adecuada, recibir consejos y negociar sobre las cuestiones que afectan a su salud.”

12.3.3 Protección frente a terceros

Finalmente, es claro que el deber de respeto y garantía de los derechos humanos por parte de los estados no solo comprende actuaciones de sus propios agentes; además dimanar del hecho de que un Estado no adopte todas las medidas necesarias para proteger, dentro de su jurisdicción, a las personas contra las violaciones del derecho a la salud por terceros.

En ese sentido, y en el caso particular del tabaco es claro que la industria que comercializa estos productos desarrolla estrategias para consolidar su actividad comercial. Según han demostrado diversas investigaciones científicas, los objetivos de las estrategias de comercialización del tabaco orientadas a los consumidores se basan en: 1) reclutar nuevos consumidores de tabaco; 2) mantener o incrementar el consumo entre los consumidores actuales; 3) educir la predisposición de los consumidores de tabaco para dejar de fumar y 4) alentar a los ex fumadores para que comiencen a consumir tabaco nuevamente¹⁰⁹.

Si bien, el tabaco y sus derivados no son productos prohibidos y la actividad comercial de la industria tabacalera está permitida, es deber de los estados implementar regulaciones para disuadir la producción, la comercialización y el consumo de tabaco, estupefacientes y otras sustancias nocivas.

El Comité explica directamente cómo se configuraría una violación, recurriendo incluso al ejemplo de la regulación del tabaco. En palabras del Comité:

“Las violaciones de las obligaciones de proteger dimanar del hecho de que un Estado no adopte todas las medidas necesarias para proteger, dentro de su jurisdicción, a las personas contra las violaciones del derecho a la salud por terceros. Figuran en esta categoría omisiones tales como la no regulación de las actividades de particulares, grupos o empresas con objeto de impedir que esos particulares, grupos o empresas violen el derecho a la salud de los demás; la no

¹⁰⁹ Restricciones a la publicidad y la promoción del tabaco y la libertad de expresión. ¿tensión de derechos? Oscar Cabrera , Paula Avila Guillén , Juan Carballo, <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/viewFile/56245/92852>

protección de los consumidores y los trabajadores contra las prácticas perjudiciales para la salud, como ocurre en el caso de algunos empleadores y fabricantes de medicamentos o alimentos; el no disuadir la producción, la comercialización y el consumo de tabaco, estupefacientes y otras sustancias nocivas” (...)¹¹⁰.

OSCAR OSPINA QUINTERO
Representante a la Cámara Cauca
Alianza Verde

¹¹⁰Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Comentario General No. 14. Ginebra, 2000, E/C.12/2000/4 (22º período de sesiones), p. 51.