

NICOTINA, REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS

Estado actual del debate y elementos para el
abordaje en salud y derechos humanos.

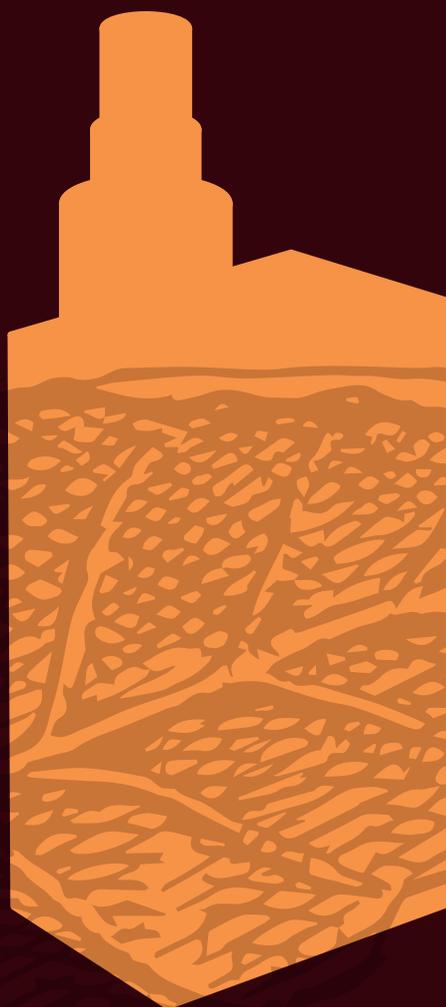




**NI
CO
TINA**
REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS



María Alejandra Medina García, Autora “Nicotina:
reducción de Riesgos y Daños”
Julián Quintero, Director Ejecutivo
Vanesa Morris, Representante Legal
Laura Sánchez, Diseñadora



¿QUIÉNES SOMOS?

La Plataforma “Nicotina: reducción de Riesgos y Daños” es un proyecto de la Corporación Acción Técnica Social que tienen como objetivo introducir el enfoque de la reducción de riesgos y daños en el consumo de nicotina. De igual modo, busca cómo visibilizar y hacer exigibles los derechos que tienen las personas consumidoras de nicotina mayores de edad. Este proyecto surge de la contradicción en el abordaje del consumo de sustancias psicoactivas, que permite acciones de reducción de riesgos y daños para sustancias legales como el alcohol e ilegales como la heroína, pero que prohíbe la implementación de este enfoque en el consumo de nicotina. La reducción de riesgos y daños es para todas las sustancias psicoactivas, legales e ilegales.

Consideramos que en los últimos 20 años ha habido avances significativos en la ciencia y tecnología que permiten el consumo de nicotina con menor riesgo y daño como, por ejemplo, la eliminación de la combustión que es la principal causante de cáncer por el uso de tabaco. Así mismo, incorporamos los desarrollos en políticas de salud pública que han permitido reconocer que entre la prevención y la cesación del consumo, deben existir estrategias para quienes no pueden o no quieren dejar de consumir nicotina. Por último, consideramos que la voz de los usuarios de nicotina es determinante en el desarrollo de políticas públicas, leyes, tratamientos y campañas. Por eso, adoptamos la frase de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas a nivel mundial que dice “Nada sobre nosotros, sin nosotros”.

Concordamos que el principal objetivo de la regulación del uso de nicotina, debe ser el cuidado y la protección de los niños, niñas y adolescentes. Pero, de la misma manera, pedimos que la protección de los derechos de los más pequeños no sea el pretexto para violar derechos de los adultos como, por ejemplo, el libre desarrollo de la personalidad o la libertad de decidir sobre nuestros propios cuerpos, como lo protege la Constitución Política de Colombia.

Acción Técnica Social es una organización de la sociedad civil, sin ánimo de lucro, que desde el año 2008 trabaja por la reforma de las políticas de drogas y, en general, de todas las sustancias psicoactivas legales e ilegales. Pertenecemos a plataformas internacionales como IDPC y NYNGOC y nacionales como RAISSS Colombia y la Alianza de Acciones para el Cambio. Desde el año 2015 contamos con el estatus consultivo ante el ECOSOC (Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas).

Nuestra misión como organización de la sociedad civil, que desde al año 2008 promueve la reforma de las políticas de sustancias psicoactivas desde un enfoque de reducción de riesgos y daños, es generar espacios de encuentro, debate y construcción colectiva de los diferentes actores de la sociedad. Esto mediante el acompañamiento, asesoría técnica, científica y política a los gobiernos nacionales y locales, agencias de cooperación, empresa privada, la industria del tabaco y los dispositivos electrónicos, organizaciones multilaterales, políticos, funcionarios públicos y personas consumidoras de sustancias psicoactivas, teniendo como objetivo los derechos y el mejoramiento de la calidad de vida de estos últimos.

Con el fin de lograr una discusión real y holística del enfoque de reducción de daños en consumo de nicotina, Acción Técnica Social ha tenido el apoyo de distintos actores de la industria de consumo de nicotina; entre estos, se encuentra la relación entre Coltabaco S.A.S y ATS durante los últimos años y la articulación con ASOVAPE y ARDT para la apertura distintos espacios que compartan información del enfoque, entre otros.



Introducción

“Nicotina: reducción de Riesgos y Daños”, es el primer documento técnico y de política pública para la modernización del enfoque para el abordaje del consumo de nicotina en Colombia y América Latina. Como una de las organizaciones de la sociedad civil más reconocidas en el cambio de políticas de sustancias psicoactivas de habla hispana, la Corporación Acción Técnica Social se dio a la tarea –por solicitud de sus beneficiarios– desde el año 2017, de avanzar en la incorporación del enfoque de reducción de riesgos y daños en el consumo de nicotina, así como los derechos humanos y la participación de las personas consumidoras.

A continuación, encontrará la evidencia científica, el marco de política pública nacional e internacional y el contexto de derechos con el que se sientan las bases para transitar hacia un enfoque más humanista y digno para el tratamiento del consumo de nicotina, en el que se ponga en el centro a las personas consumidoras que deben dejar de ser vistas como delincuentes o enfermas para observarse como ciudadanos activos y con derechos.

Aquí encontrará una revisión juiciosa del origen y aplicación del enfoque de reducción de riesgos y daños, sus principios y diferentes visiones, luego se abordarán los derechos de las personas consumidoras y se explicará por qué es necesario un espacio amplio de participación para ellas. Luego, se describirá la nicotina con sus efectos deseados y no deseados, las vías de administración y los daños relacionados con cada una de ellas incluyendo los dispositivos electrónicos.

En el tercer capítulo se hace un detallado recuento de la legislación en Colombia y los intentos de regulación de los últimos años cuyo fracaso está relacionado en negar los avances de la ciencia, la tecnología, los derechos y las políticas públicas en materia de sustancias psicoactivas. Por último, se presentará la apuesta futura y hacia dónde se orientará el debate por el uso de la nicotina en los próximos 10 años y los retos que este plantea.

Esperamos que este documento que combina historia, evidencia, proceso, innovación, políticas públicas y derechos sirva como un texto de consulta para llenar de argumentos el debate de la modernización del enfoque para el abordaje del consumo de nicotina. Los avances sociales y científicos siempre van más adelante que las normas, es responsabilidad de los legisladores entender y regular –no prohibir– estos avances para que impacten de manera positiva la calidad de vida de las personas y la comunidad.



Tabla de contenido

Introducción Tabla de contenido

1. Capítulo 1: El enfoque de reducción de riesgo y daño en nicotina.....	5
1.1 ¿Qué es la reducción de riesgo y daño.....	5
1.2 Antecedentes de la reducción de riesgos y daños.....	7
1.3 ¿Qué es la reducción de riesgos y daños en nicotina?.....	9
1.3.1 La visión reducida de la reducción de riesgos y daños en nicotina	10
1.3.2 La visión extensiva de la reducción de riesgos y daños en nicotina.....	12
1.4 Principios de la reducción de riesgo y daño frente al consumo de nicotina.....	13
1.4.1 Apoyo y educación centrada en el usuario de nicotina y los riesgos y daños asociados al uso de la sustancia.....	13
1.4.2 Acceso a equipamiento seguro, en este caso, productos de riesgo reducido para la administración de nicotina.....	14
1.4.3 Estrategias basadas en evidencia e inversión a la investigación.....	15
1.4.4 Derechos humanos y salud pública.....	16
1.4.5 Participación y fortalecimiento de la sociedad civil.....	17
1.5 Referencias.....	18
2. Capítulo 2: La nicotina como sustancia y los principales medios de administración.....	19
2.1 ¿Qué es la nicotina?.....	20
2.2 ¿Cuáles son los efectos del consumo de nicotina?.....	20
2.3 ¿Cuál es la dosis de consumo recomendada y la dosis de intoxicación?.....	21
2.4 Riesgos y daños del consumo de nicotina.....	23
2.4.1 Su potencial adictivo, principal riesgo.....	23
2.4.2 Diferencias de los riesgos y daños de la nicotina y el tabaco.....	24
2.5 ¿Cuáles son los principales medios de administración de nicotina?.....	25
2.5.1 Ambil.....	26
2.5.2 Rape.....	27
2.5.3 Snus.....	28
2.5.4 Pipa.....	29
2.5.5 Cigarrillo.....	29
2.5.6 Productos de vapeo de nicotina o cigarrillos electrónicos.....	30
2.5.7 Calentadores de tabaco.....	34
2.6 Recomendaciones generales de reducción de riesgo y daño.....	35
2.7 Referencias.....	37





3. Capítulo 3: debate internacional sobre la reducción de riesgos y daños en nicotina.....	39
3.1 Regimen internacional de control de tabaco.....	40
3.2 Escenario de regulación de los nuevos dispositivos de administración de nicotina sin combustión.....	41
3.3 Organización Mundial de la Salud y su contradicción frente a la reducción de riesgos y daños en nicotina.	43
3.4 Restricción a la participación de los fumadores en las medidas de control de tabaco y nuevas vías de administración de nicotina	44
3.4.1 Necesidad de la apertura de escenarios de discusión: Conferencia de las Partes del CMCT de la OMS	45
3.5 Referencias	48
4. Capítulo 4: abordaje del consumo de tabaco y nicotina en Colombia	49
4.1 Estado actual de consumo de tabaco en Colombia	49
4.1.1 Algunas cifras de salud pública relacionadas con el consumo de tabaco	49
4.2 Prevención y cesación, la principal y única estrategia adoptada para el consumo de tabaco.....	51
4.3 ¿Reducción de riesgos y daños en tabaco en Colombia?	52
4.3.1 Reducción de riesgos y daños sí, pero para tabaco no.....	55
4.3.2 ¿Por qué es fundamental avanzar en la reducción de riesgo y daño en el consumo de nicotina?	55
4.4 Regulación de productos de riesgo reducido para la administración de nicotina.....	57
4.4.1 Iniciativas de regulación: ¿centrada en los productos o centrada en los usuarios de nicotina?.....	58
4.4.2 Riesgos e impacto de no tener una regulación diferenciada y proporcional al riesgo de los productos de riesgo reducido para la administración de nicotina sin combustión	59
4.5 Referencias.....	62
	65
5 Capítulo 5: hacia dónde deberíamos ir y el papel de la acción colectiva para la reducción de riesgo y daño en nicotina, en el centro los usuarios.....	66
5.1 Las iniciativas colectivas en el mundo y la región en torno a la reducción de riesgos y daños en nicotina	67
5.1.1 Impulso tecnológico de alternativas al cigarrillo y la oportunidad de nuevas demandas mediante la acción colectiva	67
5.1.2 Plataforma Nicotina: la reducción de riesgos y daños, nuestra apuesta en Colombia y Latinoamérica	68
5.1.3 Red multiactor y en el centro los usuarios de nicotina: nuestra Plataforma	69
5.2 ¿Hacia dónde deberíamos ir? #NicotinaReduccióndeDaños	69
5.3 Referencias.....	74



CAPÍTULO 1: EL ENFOQUE DE REDUCCIÓN DE RIESGO Y DAÑO EN NICOTINA

La reducción de riesgos y daños ha evidenciado ser un enfoque efectivo para el abordaje de diferentes fenómenos de salud pública, principalmente en el abordaje del consumo de sustancias psicoactivas que se ha ido ampliando al consumo de todas las sustancias psicoactivas, legales e ilegales. En este capítulo profundizamos en los principios y los elementos clave y de éxito de la reducción de riesgos y daños y su aplicación y oportunidades en nicotina: 1) apoyo y educación centrada en el usuario de nicotina y los riesgos y daños asociados al uso de la sustancia; 2) acceso a equipamiento seguro, en este caso, productos de riesgo reducido para la administración de nicotina; 3) estrategias basadas en evidencia e inversión a la investigación; 4) derechos humanos y salud pública; 5) participación y fortalecimiento de la sociedad civil.

1.1 ¿Qué es la reducción de riesgos y daños?

La reducción de riesgos y daños es un enfoque integral que engloba políticas, programas, prácticas y servicios que tienen como objetivo gestionar y minimizar riesgos y daños en la salud derivados de ciertos hábitos, prácticas o conductas, así como sus impactos negativos en términos socioeconómicos. El éxito de la reducción de daños se basa en el hecho de que va más allá de un conjunto de intervenciones de gran eficacia: este enfoque reconoce que muchas personas continuarán con comportamientos peligrosos a pesar de los esfuerzos de prevención. Se basa en los principios de pragmatismo, dignidad, derechos humanos y salud pública y en el hecho de que las personas están en el centro de las estrategias.

Este enfoque se ha aplicado a diferentes conductas de riesgo entre las que se destacan las relacionadas al transporte, a las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH, a la salubridad, entre otras (Collins, 2012). No obstante, es un enfoque ampliamente aplicado y desarrollado en el consumo de sustancias psicoactivas. En esta área, si bien no hay una definición única, hay un consenso respecto al propósito y el alcance de este enfoque.

La reducción de riesgos y daños tiene como objetivo reducir los daños sociales, económicos y de salud asociados con el consumo de sustancias psicoactivas, sin exigir a las personas que dejen de consumirlas (Harm Reduction International, 2009). A diferencia de los enfoques que insisten en que las personas dejen de consumir sustancias, este enfoque reconoce que muchas personas no pueden o no quieren abstenerse del consumo y que la abstinencia no debe ser una condición previa para recibir ayuda (Open Society Foundation, 2019).

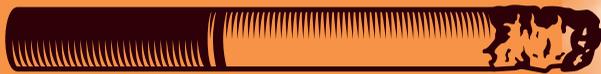
A su vez, acepta que un nivel continuo de uso de drogas –tanto lícitas como ilícitas– en la sociedad es inevitable. Por lo tanto, enfatiza las metas y los resultados de las intervenciones en los aspectos sanitarios, sociales y económicos, en contraposición a la medición del consumo de drogas (Leslie, K. M.; Society, Canadian Paediatric; Committee, Adolescent Health, 2008). Es así como responde de manera flexible a cualesquiera que sean los objetivos de los usuarios de sustancias psicoactivas que representen mejoras en su calidad de vida, en su salud, en su funcionalidad, en su entorno, entre otros aspectos. Incluso, instituciones con posiciones conservadoras como UNDOC, afirman que “no hay contradicción entre las estrategias de prevención y de reducción de daños, sino que resultan ser complementarias” (United Nations Office on Drugs and Crime, 2008, p. 2).

Otro elemento fundamental es que este enfoque complementa los enfoques que buscan prevenir o reducir el nivel general de consumo de drogas. A la vez, ofrece diversidad de alternativas que van desde el acceso a tratamientos, hasta información, servicios y otras intervenciones –psicológicas, sociales, no clínicas, entre otras– para ayudar a mantener a las personas sanas y seguras. Permitir que las personas sufran o mueran por causas evitables no es una opción (Transnational Institute (TNI), 2019). Las alternativas están orientadas por las elecciones y las decisiones de las personas consumidoras de sustancias.

Finalmente, la reducción de riesgos y daños se ha convertido también en un “movimiento por la justicia social construido sobre la creencia y el respeto por los derechos de las personas que consumen drogas” (National Harm Reduction Coalition, 2020, párr. 2). La reducción de daños ha pasado por tres etapas de institucionalización. Comenzó como un movimiento político activista. Esto fue seguido por un punto de institucionalización parcial, caracterizado por el financiamiento mediante donaciones, la autonomía organizacional y un apoyo estatal limitado. Finalmente, la más reciente etapa de institucionalización ha sido la integración de la reducción de daños en las políticas públicas, así como la adopción generalizada de estrategias en el sistema de salud.

Este proceso no ha abandonado el activismo y la defensa de los derechos humanos, sobre todo de comunidades vulnerables y marginadas, propendiendo por nuevas formas de inclusión social y política para los consumidores de sustancia (Faulkner-Gurstein, 2015). Esta posición se mantiene y se fortalece ante el persistente objetivo dominante e insostenible de lograr una sociedad libre de drogas que continúa en los foros mundiales de políticas de drogas en la actualidad. Esto a pesar de la extensa evidencia de consecuencias negativas asociadas con el enfoque de tolerancia cero y la inviabilidad de la actual política de drogas.





1.2 Antecedentes de la reducción de riesgos y daños

La historia de la reducción de riesgos y daños comienza con el activismo político de personal de la salud, médicos, trabajadores, formuladores de políticas públicas y actores de la sociedad civil organizados, que estaban comprometidos política y socialmente a oponerse a la supresión legal del consumo de drogas y la opresión de los consumidores de drogas en las décadas de 1960 y 1970 (Roe, 2005).

Pero es en la década de 1980 que se convirtió por primera vez en un término ampliamente utilizado en el Reino Unido y se registraron las primeras intervenciones de ‘reducción de riesgos’, ‘reducción de daños’ y ‘minimización de daños’ principalmente para atender el número creciente de casos de VIH entre los consumidores de drogas inyectables y al desarrollo de esquemas de intercambio de jeringas; así como atender la abstinencia en adultos con trastornos por abuso de sustancias (DrugWise, 2017). Desde entonces, se ha desarrollado de diversas formas, entre las que se incluyen “rumbas seguras”, servicios de análisis de sustancias, salas de consumo supervisado, servicios de salud con enfoque de reducción de riesgos y daños, puntos de información sobre reducción de riesgos y daños, intervenciones en entornos de ocio, entre otras.

Poco a poco este tipo de intervenciones se amplió a medida que se fue evidenciando su efectividad integral, en términos de salud pública, derechos humanos y atención a diferentes vulnerabilidades de los usuarios de sustancias. El interés en la reducción de daños surgió en parte en respuesta a un conjunto de evidencia científica que sugería que “la abstinencia no era necesariamente un objetivo realista para las personas que participaban en conductas adictivas, y que muchos usuarios preferían objetivos de moderación incluso después de completar con éxito los programas de tratamiento basados en la abstinencia” (Blume & Logan, 2013, pp. 633-634).

Desde entonces, “la reducción de daños “salió del closet” y se han implementado proyectos con este enfoque en muchos lugares de Europa, Australia, Asia, el sudeste asiático, en América del Norte y del Sur” (Plataforma Nicotina Reducción de Riesgos y Daños, 2020, p. 2). Sobre todo, han demostrado ser medidas costo-efectivas, pues con inversiones no tan altas se obtienen importantes resultados sociales y en materia de salud (Wilson, Donald, Shattock, Wilson, & Fraser-Hurt, 2015).

Sin embargo, no en todos los países se ha institucionalizado y ampliado el acceso a estos servicios. La existencia de reducción de daños no necesariamente equivale a acceso y, “en muchos lugares, estos programas siguen siendo de pequeña escala y están impulsados por ONG, y no cuentan con el apoyo necesario para satisfacer las necesidades nacionales” (Harm Reduction International, 2016, párr. 3). A pesar de lo anterior, hay un importante componente de innovación mediante el cual se han diversificado las intervenciones, considerando los contextos de consumo y la población a la que va dirigida, pasando de usuarios con consumos problemáticos, a consumos recreativos, e incluso integrado a estrategias en prevención.



Existe una creciente evidencia de que han tenido un “impacto significativo en la salud de los consumidores de drogas” y en la salud pública (Stimson, 1998, p. 403). A medida que avanzan, se ha investigado y comprobado el impacto positivo de la reducción de riesgos y daños que “ilustran el potencial de este enfoque cuando se le da el espacio legal y político para innovar y los recursos para prosperar” (Harm Reduction International, 2016, párr. 4).

En efecto, se amplía la necesidad de exigir el reconocimiento de la efectividad de este enfoque para los usuarios de sustancias, así como reclamar por la institucionalización en los servicios de salud y los servicios sociales del estado, dado su potencial de reducir tasas de morbilidad y mortalidad, reducir los costos en salud pública, mejorar las condiciones sociales y económicas de los usuarios, impactar en su calidad de vida y en sus entornos, y garantizar los derechos humanos asociados a los usos de sustancias incluido el derecho al disfrute y a la gestión del placer.





1.3 ¿Qué es la reducción de riesgos y daños en nicotina?

Como se mencionó anteriormente, este enfoque se ha ido ampliando al consumo de todas las sustancias psicoactivas, legales e ilegales. En todas ha habido debate, escepticismo y resistencia por diferentes actores de la sociedad. Sin embargo, para el consumo de tabaco ha sido particularmente desestimado y negado a la población fumadora, que incluso puede llegar a ser mucho mayor a la población usuaria de sustancias psicoactivas ilegales.

La reducción de riesgos y daños en nicotina se refiere a las estrategias diseñadas con el objetivo reducir los impactos negativos del consumo de nicotina promoviendo formas de menor riesgo, estrategias de autocuidado y alternativas para las personas que no quieren o no pueden dejar de fumar para administrarse nicotina. Este enfoque busca complementar de manera integral las políticas de prevención y cesación, para ampliar las alternativas a los usuarios de nicotina, y con eso contribuir al objetivo general de mejorar la salud pública; en términos de su gran potencial para reducir la mortalidad y la morbilidad entre los consumidores que accedan a estos servicios (Plataforma para la Reducción del Daño por Tabaquismo, 2020).



El consenso internacional para definir el enfoque es que coinciden en que es una estrategia de salud pública que busca reducir los riesgos y daños “causado por las toxinas del humo y la combustión del tabaco para los fumadores que no pueden o desean seguir fumando principalmente mediante la sustitución del cigarrillo tradicional” (O’Leary & Polosa, 2020, p. 220). Sin embargo, desde la Plataforma Nicotina reducción de riesgos y daños, se ha buscado ampliar esta visión para abordar la integralidad de los riesgos y daños del consumo de nicotina, tanto en salud, como en sus impactos económicos, sociales y principalmente de derechos humanos, a partir de una diversidad de alternativas más allá del acceso a diferentes productos.

1.3.1 La visión reducida de la reducción de riesgos y daños en nicotina

En los años 70, cuándo habían aumentado de manera significativa a nivel mundial la prevalencia de consumo de tabaco mediante combustión de cigarrillos tradicionales, el británico Michael Russel (1976, p.1340) sugirió la propuesta de Reducción de Daños del Tabaquismo al señalar que “el fumador fuma por la nicotina, pero se enferma y muere por el alquitrán”. Desde entonces, este psiquiatra apostó por una visión innovadora para abordar un fenómeno internacional que ha preocupado en términos de salud pública pues reconoció que:

los fumadores asumen riesgos elevados de enfermedad y muerte prematura por la inhalación crónica de humo tóxico; la mayoría de ellos son conscientes de este hecho y expresan deseos de dejar de fumar; muchos lo intentan sin lograrlo o no desean dejar de consumir nicotina. Por lo tanto, el proporcionarles un medio de entrega cuya toxicidad sea significativamente menor les permitiría continuar el consumo de nicotina reduciendo enormemente los riesgos (Russell, 1976, p. 1431).

No obstante, la reducción de riesgos y daños sigue siendo un tema controvertido en el control del tabaco. El escepticismo hacia el enfoque se deriva a la experiencia de la década de 1980-1990 en el que la industria tabacalera comercializó cigarrillos de bajo rendimiento –cigarrillos con filtro, cigarrillos, “light”, de bajo contenido de alquitrán, de menor contenido de nicotina– que se suponía, estaban asociados con menores riesgos para la salud que los cigarrillos de mayor rendimiento.



Después de investigaciones, se encontró que estos cigarrillos eran una forma engañosa con la que los fabricantes de cigarrillos disiparon las preocupaciones sobre la salud por fumar cigarrillos. Desde entonces, ha habido desconfianza frente a la proliferación de productos de tabaco que potencialmente podrían servir como un medio para reducir el daño del tabaco (Hatsukami & Carroll, 2020).

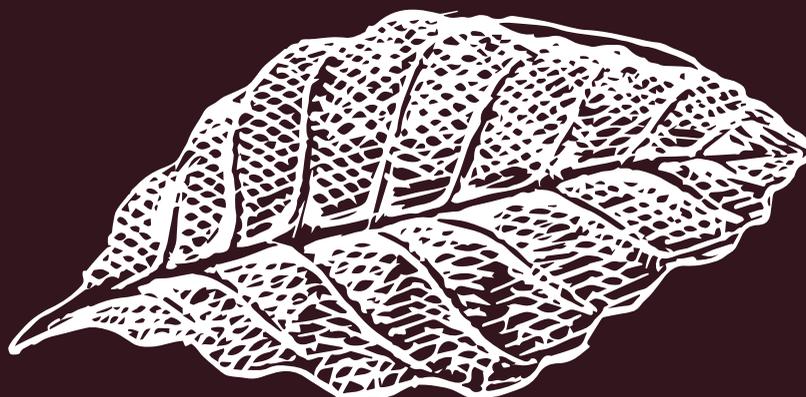
Es así como en el 2003, en el Convenio Marco de la OMS para el Control del tabaco la única aproximación de “reducción de daños” que se incluye y se reconoce es como “un conjunto de estrategias de oferta, demanda y reducción de daños cuyo propósito es mejorar la salud de la población al eliminar o reducir su consumo de productos de tabaco y su exposición al humo de tabaco” (Convenio Marco de la OMS para el Control del tabaco, 2003, p. 4).

En todas las resoluciones de las reuniones de las partes del Convenio Marco para el Control del Tabaco, en la práctica la OMS, se reafirma como único objetivo la abstinencia de la población de todo consumo de productos de tabaco, lo cual parece incluir a todo consumo de nicotina y, así, un rechazo y desconocimiento total a cualquier estrategia de reducción de riesgos y daños. A pesar de definir el control de tabaco como la “gama de estrategias de oferta, demanda y reducción de daños que tienen como objetivo mejorar la salud de una población eliminando o reduciendo su consumo de productos de tabaco y la exposición al humo del tabaco” (Convenio Marco de la OMS para el Control del tabaco, 2003, p. 4).

De esta manera, los 182 Estados parte de este Convenio se adhirieron a la inclusión de la reducción de riesgo y daño como parte de las estrategias de control de tabaco. A su vez, relacionado con el derecho humano a la salud consagrado en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, este artículo sostiene que el derecho internacional apoya un enfoque de reducción de daños para el control del tabaco (Meier & Shelley, 2006). En este sentido, los países pueden crear la capacidad de investigación y regulación internacional. No obstante, son pocos los países que le están apostando a esta oportunidad.

Esta posición, tanto de los países como de los diferentes actores relacionados con el consumo de tabaco, como académicos, científicos, profesionales de la sociedad civil, tomadores de decisión y representantes de la sociedad civil, la Plataforma para la reducción del daño por tabaquismo de España la ha definido como la corriente conservadora:

“no contempla papel alguno para la reducción de daños en la lucha contra el tabaquismo y defiende una postura de desconfianza hacia estos nuevos productos. Este grupo mantiene un enfoque tradicional, por el que los esfuerzos de las políticas de salud pública deben seguir centrándose exclusivamente en los ejes de prevención y cesación, profundizando en los mismos como método para reducir las tasas de prevalencia tabáquica en la sociedad” (Plataforma por la Reducción del Daño por Tabaquismo en España, 2020, p. 16).



1.3.2 La visión extensiva de la reducción de riesgos y daños en nicotina

De forma lenta, pero fundamentada y basada en evidencia, en la última década se ha empezado a construir una visión más compleja e integral del enfoque para el consumo de nicotina. Bajo el análisis de la Plataforma para la reducción del daño por tabaquismo de España esta tendencia en el debate lo define como la “corriente innovadora”:

parte del principio de que, a pesar de los métodos de cesación disponibles, un elevado porcentaje de fumadores no consigue dejar de fumar tras intentarlo sistemáticamente y defiende poder darles una solución más efectiva. Para ello, abogan por explorar el papel que estas herramientas pueden desempeñar para reducir el daño por tabaquismo en dichos fumadores en función de las evidencias científicas disponibles en la actualidad (Plataforma por la Reducción del Daño por Tabaquismo en España, 2020, pp. 16-17).

Esta tendencia responde a la combinación de múltiples factores: consumidores de nicotina organizados que exigen el reconocimiento de derechos y el acceso a estrategias alternativas de cesación, la caída marginal en la efectividad de las medidas de prevención y la cesación como única opción, la disponibilidad de nuevos productos de riesgo reducido, la investigación y la innovación tanto en nuevos productos como en nuevas intervenciones para los usuarios de nicotina, la búsqueda de nuevos enfoques por parte de la comunidad médica para atender a una porción importante de la población, y la constante que más preocupa: altas tasas de mortalidad y morbilidad asociadas al consu-

mo de tabaco mediante cigarrillos tradicionales y personas que no pueden o no quieren dejar de consumir, entre otros factores.

Como parte del fortalecimiento de esta tendencia, en la última Conferencia de las Partes, setenta y dos especialistas de la ciencia, políticas y prácticas de la nicotina a nivel mundial presentaron una carta a la Organización Mundial de la Salud expresando sus expectativas de que la organización asuma el liderazgo en la promoción de políticas efectivas y de acción rápida para regular el tabaco y la nicotina. En este sentido, solicitaron la adopción de un enfoque más positivo hacia las nuevas tecnologías e innovaciones que tienen el potencial de llevar la epidemia de enfermedades causadas por el cigarrillo a un fin más rápido (Abrams, Bates, Niaura, & Sweanor, 2018).

Este grupo de expertos defiende el hecho de que la reducción del daño causado por el tabaco apoya y es sinérgico con las políticas “MPOWER” que sustentan el CMCT. Al ofrecer a los consumidores más opciones diversas para responder a los impuestos y otras medidas, la reducción del daño puede mejorar la efectividad de las medidas convencionales y mitigar las consecuencias nocivas no intencionales de tales políticas para los usuarios continuos, por ejemplo, el impacto del impuesto a los cigarrillos sobre personas que, de otra manera, seguirán fumando (Abrams, Bates, Niaura, & Sweanor, 2018).



1.4 Principios de la reducción de riesgo y daño frente al consumo de nicotina

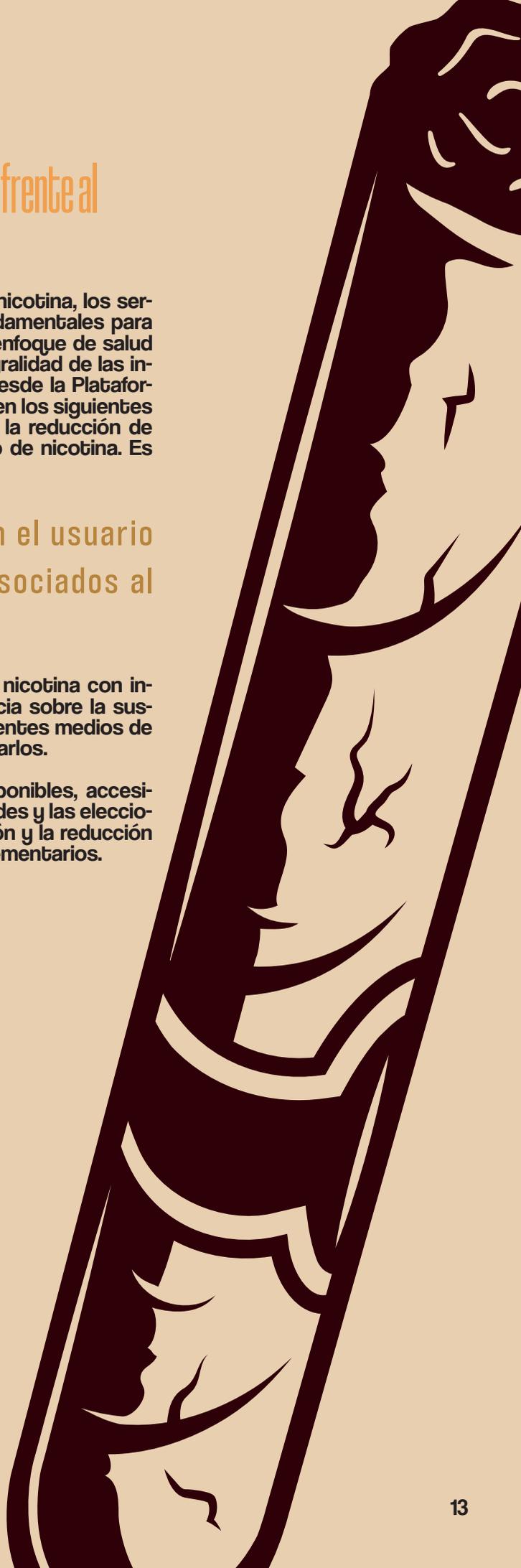
Dados los riesgos y daños asociados con el uso de nicotina, los servicios para reducir los riesgos para la salud son fundamentales para garantizar la seguridad de quienes los usan con un enfoque de salud pública y derechos humanos. Para garantizar la integralidad de las intervenciones, al mismo tiempo que sean eficaces, desde la Plataforma Nicotina reducción de riesgos y daños, se proponen los siguientes principios, inspirados en los principios generales de la reducción de daños y aplicados de manera específica al consumo de nicotina. Es así como esta estrategia incluye:

1.4.1 Apoyo y educación centrada en el usuario de nicotina y los riesgos y daños asociados al uso de la sustancia

- Empoderar a las personas consumidoras de nicotina con información precisa, objetiva y basada en evidencia sobre la sustancia, los riesgos y daños asociados a los diferentes medios de administración, así como estrategias para mitigarlos.
- Garantizar servicios de salud integrales, disponibles, accesibles y diferenciales dependiendo de las necesidades y las elecciones de cada individuo, considerando la prevención y la reducción de daño como enfoques de salud pública complementarios.

La reducción de daños es un enfoque específico que se centra en riesgos y daños específicos. Los políticos, legisladores, comunidades, investigadores, trabajadores de primera línea y personas que usan nicotina deben asegurarse e informarse sobre: ¿Cuáles son los riesgos y daños específicos asociados con el uso específico de nicotina y los diferentes medios de administración? ¿Qué causa esos riesgos y daños? ¿Qué se puede hacer para reducir estos riesgos y daños? (Transnational Institute (TNI), 2019).

Es importante educar a los usuarios sobre estrategias para mantenerse más seguro y saludable mientras usa la sustancia (Drug Policy Alliance, 2017). Desde información sobre hidratación y alimentación, hasta estrategias de manejo de la ansiedad, prevención del insomnio, entre otros. La provisión de educación e información, sin embargo, debe centrar el papel del placer y no avergonzar o estigmatizar a las personas por sus elecciones.



A su vez, es necesario garantizar el acceso a programas de prevención, atención y tratamiento de alta calidad y basados en pruebas. Por ejemplo, los usuarios de nicotina deberían poder consultar a su médico por alternativas para la cesación tabáquica, ellos le podrán brindar opciones como parches, chicles y/o terapia psicológica, entre otras alternativas. La entrada en tratamiento debe realizarse según los términos del individuo y nunca debe ser forzada. Es importante reconocer que muchas personas que usan nicotina no necesitan tratamiento, y las que experimentan problemas asociados con el uso de drogas pueden no querer o no poder ingresar al tratamiento de abstinencia únicamente por innumerables razones. Si bien la abstinencia del consumo de nicotina puede ser el objetivo de algunas personas que consumen drogas, esta es una elección individual y no debe imponerse ni considerarse la única opción (Harm Reduction International, 2009).

La reducción de riesgos y daños se centra en sus causas. La identificación de daños específicos, sus causas y decisiones sobre intervenciones apropiadas requiere una evaluación adecuada del problema y las acciones necesarias” (Transnational Institute (TNI), 2019). En este sentido, es fundamental la adaptación de las intervenciones de acuerdo a factores que pueden hacer que las personas que consumen drogas sean particularmente vulnerables, como la edad, el sexo, persistencias en salud, entre otros.

1.4.2 Acceso a equipamiento seguro, en este caso, productos de riesgo reducido para la administración de nicotina

- Brindar a las personas usuarias de nicotina, mayores de edad, la oportunidad de reemplazar los productos de tabaco combustibles con productos sin combustión que liberan nicotina con un perfil de riesgo menor o dispositivos de riesgo reducido (cigarrillos electrónicos, productos de tabaco calentado, entre otros), que puedan representar mejoras en su salud y su calidad de vida.
- Revisar y evitar las regulaciones, restricciones y prohibiciones desproporcionadas que puedan tener impactos regulatorios adversos en los usuarios de nicotina y su toma de decisiones. Así como deben actualizarse dichas regulaciones y atender

a las necesidades de los usuarios de nicotina y las innovaciones disponibles.

El acceso a alternativas de riesgo reducido es fundamental para que la administración de nicotina sea más segura y se eliminen los factores de riesgo asociados a enfermedades no transmisibles, e incluso a la muerte. Se trata entonces del acceso productos diseñados para sustituir al cigarrillo o a otros productos de combustión y reducir los efectos altamente tóxicos que éstos generan, ya que no es la propia nicotina la que los provoca sino el humo generado por la combustión y, en concreto, la gran cantidad de sustancias tóxicas que el fumador inhala a través del humo (Plataforma por la Reducción del Daño por Tabaquismo en España, 2020, p. 11).

Este acceso debe ser dirigido a fumadores adultos que no tienen la voluntad o no pueden dejar de consumir. En todos los casos, se debe restringir el acceso a poblaciones como niños, niñas y adolescentes; personas no usuarias de nicotina; mujeres en estado de gestación; personas con persistencias médicas relacionadas con enfermedades respiratorias, cardiovasculares y cánceres.

Muchos factores contribuyen a los riesgos y daños relacionados con las drogas, incluido el comportamiento y las elecciones de las personas, el entorno en el que consumen drogas y las leyes y políticas diseñadas para controlar el consumo de drogas. Las políticas y prácticas de reducción de daños deben ayudar a las personas a cambiar su comportamiento (Transnational Institute (TNI), 2019). En este sentido, es importante que desde la regulación diferenciada de los productos a partir de su perfil de riesgo se eduque y se minimicen las barreras para que los usuarios transiten a productos de riesgo reducido.

Pero también es esencial desafiar las leyes y políticas nacionales e internacionales que crean entornos de riesgo de consumo de nicotina y contribuyen a los daños relacio-





nados con los medios de administración de la sustancia. Para que la reducción del daño del tabaco sea una estrategia viable, se debe convencer al público de la evidencia de los riesgos relativos más bajos de los productos de menor riesgo. Sin embargo, regularlos igual y brindar la misma información de todos los productos que entregan nicotina, sin importar su vía de consumo (con combustión o sin combustión), tan sólo proporciona información inapropiada y errónea a los usuarios con respecto a los riesgos asociados a cada producto e indicaría que todos cuentan con el mismo perfil de riesgo.

1.4.3 Estrategias basadas en evidencia e inversión a la investigación

- Mantener un debate basado en la evidencia y a la exposición de la mayor cantidad de argumentos técnicos y científicos, para la toma de decisiones informadas por parte de los políticos, funcionarios públicos, sector salud, medios de comunicación, organizaciones no gubernamentales y personas consumidoras.

- Establecer una ruta clara de investigación sobre los riesgos para la salud pública de los productos de administración de nicotina sin combustión en comparación con el uso de los productos de tabaco combustibles y basados en evidencia científica completa y actualizada.

Esta investigación permitirá trazar mejores indicadores de uso, y así ajustar los programas de salud pública que atiendan a la realidad colombiana. Asimismo, permitirá hacer un control y una vigilancia específica a estos productos que proteja tanto a niños, niñas y adolescentes, población no fumadora y exfumadora, como a adultos usuarios de nicotina.

Las estrategias deben desarrollarse a partir de una sólida evidencia, esto permitirá avanzar de forma más efectiva, prácticas, factibles, seguras y lograr objetivos de salud pública, económicos y sociales (Drug Policy Alliance, 2017). Esto requiere la disposición de recursos públicos para el seguimiento a datos, para la investigación, entre otros. La mayoría de las intervenciones de reducción de daños “son fáciles de implementar y económicas, y todas tienen un fuerte impacto positivo en la salud individual y comunitaria” (Harm Reduction International, 2009).



1.4.4 Derechos humanos y salud pública

- Respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de las personas usuarias de nicotina: derecho al libre desarrollo de la personalidad, derecho fundamental a la salud; y, protección contra la discriminación y el estigma.

Las estrategias deben fundamentarse en la promoción, la garantía y el respeto por los derechos humanos y la salud pública de los usuarios de nicotina. Abordar a las personas y a sus entornos sociales y familiares a partir de la compasión y la dignidad (Harm Reduction International, 2009). El consumo de nicotina no hace que las personas pierdan el derecho a el más alto nivel de salud posible, el acceso a servicios de salud y servicios sociales, al derecho a la privacidad, al libre desarrollo de la personalidad, a la gestión del placer.

El derecho internacional de protección de derechos humanos se convierte en un elemento fundamental del cambio de paradigma para abordar los usuarios de nicotina, en términos de: mejor acceso a programas de reducción de daños, de prevención, atención y tratamiento para mejorar su salud; al desarrollo social y económico de los usuarios de nicotina en situaciones de vulnerabilidad (International Drug Policy Consortium, 2016); a la protección contra la discriminación y el estigma a partir de la eliminación de barreras para ayudar a las personas usuarias, basados en la dignidad humana y la compasión (Transnational Institute (TNI) , 2019).

1.4.5 Participación y fortalecimiento de la sociedad civil

- Garantizar y promover la participación de los usuarios de nicotina en la planificación, implementación y evaluación en la regulación relacionada con su consumo.

La reducción de riesgos y daños fomenta el diálogo, la consulta y el debate abierto. Una amplia gama de actores interesados “debe participar de manera significativa en el desarrollo de políticas y la implementación, ejecución y evaluación de programas” (Transnational Institute (TNI), 2019). En particular, las personas que consumen nicotina y otras comunidades afectadas deben participar en las decisiones que les impacten.

Las personas tienen que estar “en el centro de las decisiones sobre su salud; necesitan opciones y ejercer control sobre su propio bienestar y hábitos que se originarán, y se sostendrá, solo si encajan con lo que las personas quieren y son capaces de hacer” (Knowledge•Action•Change, 2020). Los cambios de Las ONG y las personas directamente afectadas por las políticas de regulación del tabaco “son una fuente invaluable de conocimientos especializados” (International Drug Policy Consortium, 2016). Por lo tanto, pueden desempeñar un papel importante en el análisis del fenómeno del consumo de nicotina y en la ejecución de programas sociales y de salud pública.



1.5 Referencias

- Abrams, D., Bates, C., Niaura, R., & Sweanor, D. (2018). Innovación en el control del tabaco: desarrollo del CMCT (Convenio Marco para el Control del Tabaco) para acoger la reducción del daño causado por el tabaco. Obtenido de Carta de setenta y dos especialistas de la ciencia, políticas y prácticas de la nicotina.: <https://clivebates.com/documents/WHOCOP8LetterSeptember2018.pdf>
- Blume, A. W., & Logan, D. (2013). Interventions for Addiction: Chapter 65. Harm Reduction Approaches. Elsevier Inc. Chapters.
- Collins, S. E. (2012). Current status, historical highlights, and basic principles of harm reduction. Harm Reduction: Pragmatic Strategies for Managing High-Risk Behaviors 2: 3-35.
- Convenio Marco de la OMS para el Control del tabaco. (2003). Obtenido de Ginebra: Organización Mundial de la Salud: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42811/1/9241591013.pdf?ua=1>
- Drug Policy Alliance. (2017). Stimulant Use: Harm Reduction, Treatment, and Future Directions Conference Report. Los Angeles: Medical Director's Brief on Methamphetamine Misuse/Abuse and Consequences.
- DrugWise. (2017). Harm reduction. What is harm reduction? Obtenido de <https://www.drugwise.org.uk/harm-reduction-2/>
- Faulkner-Gurstein, R. (2015). Getting Out of the Ghetto: Harm Reduction, Drug User Health, and the Transformation of Social Policy in New York. City University of New York.
- Harm Reduction International. (2009). What is harm reduction? London: Harm Reduction International. Obtenido de <http://www.ihra.net/what-is-harm-reduction>
- Harm Reduction International. (2016). The Case for a Harm Reduction Decade: Progress, potential and paradigm shifts.
- Hatsukami, D. K., & Carroll, D. M. (2020). Tobacco harm reduction: Past history, current controversies and a proposed approach for the future. Preventive medicine, 106099.
- International Drug Policy Consortium. (2016). Principle 2: Human rights All activities should be undertaken in full compliance with international human rights law. Obtenido de <https://idpc.net/about/policy-principles/principle-2>
- Knowledge•Action•Change. (2020). Reducción de daños por tabaquismo y el derecho a la salud.
- Leslie, K. M.; Society, Canadian Paediatric; Committee, Adolescent Health. (2008). Harm reduction: An approach to reducing risky health behaviours in adolescents. Paediatrics & child health, 13(1), 53-56.
- Meier, B. M., & Shelley, D. (2006). The Fourth Pillar of the Framework Convention on Tobacco Control: Harm Reduction and the International Human Right to Health. Public Health Reports, 121(5), 494-500.
- National Harm Reduction Coalition. (2020). Principles of Harm Reduction. Obtenido de <https://harmreduction.org/about-us/principles-of-harm-reduction/>
- O'Leary, R., & Polosa, R. (2020). Tobacco harm reduction in the 21st century. Drugs and Alcohol Today.
- Open Society Foundation. (2019). What Is Harm Reduction? Obtenido de <https://www.opensocietyfoundations.org/explainers/what-harm-reduction>
- Plataforma Nicotina Reducción de Riesgos y Daños. (2020). Reino Unido: su apuesta para reducir muertes y enfermedades causadas por el consumo de tabaco.
- Plataforma por la Reducción del Daño por Tabaquismo en España. (2020). Libro Blanco de la reducción de daños por tabaquismo.
- Roe, G. (2005). Harm reduction as paradigm: Is better than bad good enough? The origins of harm reduction. Critical Public Health, 15(3), 243-250.
- Russell, M. (1976). Low-tar medium nicotine cigarettes: a new approach to safer smoking. . British Medical Journal. 1, p. 1430-3.
- Stimson, G. V. (1998). Harm reduction in action: putting theory into practice. . International Journal of Drug Policy, 9(6), 401-409.
- Transnational Institute (TNI). (2019). What is harm reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2008). Obtenido de Reducing Adverse Health and Social Consequences of Drug Abuse: A Comprehensive Approach: <http://www.unodc.org/documents/prevention/Reducing-adverse-consequencesdrug-abuse.pdf>.
- Wilson, D. P., Donald, B., Shattock, A. J., Wilson, D., & Fraser-Hurt, N. (2015). The cost-effectiveness of harm reduction. . International Journal of Drug Policy, 26, S5-S11.



CAPÍTULO 2: LA NICOTINA COMO SUSTANCIA Y LOS PRINCIPALES MEDIOS DE ADMINISTRACIÓN

La nicotina puede cambiar dramáticamente la naturaleza de su interacción con el organismo y puede tener diferentes efectos en el cuerpo y el cerebro dependiendo de la dosis utilizada, el medio de administración, el contexto de consumo e, incluso, el estado de ánimo en el que se consuman. Todas estas variables definirán en gran medida la experiencia. Específicamente en el caso de la nicotina, resulta fundamental no solo en términos de experiencia, sino de impactos en la salud a mediano y largo plazo, que los usuarios conozcan la información basada en evidencia y así puedan diferenciar las vías o rutas de consumo de la nicotina, para tener una percepción más clara del riesgo y daño entre unas y otras, tomando así decisiones y reforzar prácticas que mitiguen o prevengan los daños y los riesgos asociados a ese consumo. En este capítulo se hace un breve resumen de la nicotina como sustancia, la descripción y evidencia sobre riesgos y daños de los medios de administración más comunes, así como información de riesgo y daño para tabaco y nicotina.

2.1 ¿Qué es la nicotina?

La nicotina es un alcaloide natural que se encuentra principalmente en la planta de tabaco con alta concentración en sus hojas, cerca del 5% del peso de la planta. Este alcaloide también se encuentra a muy bajas concentraciones en algunos vegetales como el tomate, las berenjenas y los téns negros y verdes. El tabaco es una planta americana de la cual “existen más de 45 especies siendo la nicotina rústica y la nicotina tabacum las más populares” (ReverdeSer Colectivo, 2019, p.3).

2.2 ¿Cuáles son los efectos del consumo de nicotina?

Por sus efectos psicoactivos, es una sustancia clasificada como estimulante, aumenta la actividad del sistema nervioso central (Farzam & Saadabadi, 2019), actúa como si acelerara los mensajes que viajan entre el cerebro y el cuerpo. Este tipo de sustancias pueden hacer que una persona se sienta más despierta, alerta, segura o enérgica (Brands, Sproule, & Marshman, 1998).

La administración de nicotina induce una serie de efectos multifacéticos que muestran una gran variabilidad interindividual. Es decir, los efectos varían mucho de una persona a otra (SCENIHR, 2010). Esto se refleja en una relación dosis-respuesta compleja y no lineal resultante de una suma de acciones estimulantes e inhibitoras en los sistemas nerviosos central y periférico. Por ejemplo, los efectos pueden variar de acuerdo con otras variables como: tamaño, peso y salud; si la persona está acostumbrada a consumir; en la interacción con otras sustancias y la dosis (Alcohol and Drug Foundation, 2020).

Los efectos psicoactivos de la nicotina actúan de acuerdo a la dosis: a dosis bajas induce estimulación y placer, incluso puede mejorar la cognición (Heishman, Kleykamp, & Singleton, 2010), sobre todo la concentración, el rendimiento, la atención, la memoria, el tiempo de reacción y el desempeño de ciertas tareas y habilidades motoras (Valentine & Sofuoglu, 2018). También puede contribuir a disminuir el estrés, la irritabilidad y alivia temporalmente la ansiedad o la depresión principalmente en consumidores habituales (DanceSafe, 2007).

La nicotina es una sustancia simpaticomimética que aumenta la frecuencia y la contractilidad cardíacas, contrae los vasos sanguíneos cutáneos y coronarios y aumenta transitoriamente la presión arterial (Benowitz N. L., 2003) y produce algunos efectos de relajación muscular (Cancer Council Victoria, 2018). Algunos consumidores también señalan disminución en el sentido del gusto y el olfato, así como disminución del apetito. A dosis elevadas, tras la estimulación inicial, la nicotina tiene un efecto sedante al actuar como depresor. Esta depresión da como resultado bradicardia, hipotensión, deterioro de la liberación de adrenalina, entre otros (SCENIHR, 2010).

Cuando la nicotina es inhalada, forma de administración más común, esta pasa a través de las membranas alveolares del pulmón, luego se transporta al corazón y luego directamente al sistema arterial, llegando al cerebro en tan solo 10 a 20 segundos después de la inhalación.

Ahora bien, la experiencia con la nicotina, al igual que las sustancias psicoactivas en general, está influenciada no solo por el efecto fisiológico de la droga en nuestro cuerpo –generalmente el cerebro–, como se expuso anteriormente, sino también por nuestras expectativas sobre la droga y la situación en la que la usamos. Por lo tanto, los efectos de la droga no son solo la propiedad intrínseca de la droga en sí.

2.3 ¿Cuál es la dosis de consumo recomendada y la dosis de intoxicación?

El contenido promedio de nicotina de los productos en el mercado, como cigarrillos entre otros, es alrededor de 6-10mg, aunque varía mucho y depende de la forma de administración. Para el caso del cigarrillo tradicional, se absorbe aproximadamente 1 mg de cada cigarrillo fumado como resultado de la pérdida de humo secundario (Royal College of Physicians of London, 2016).



Principios básicos del uso más seguro de sustancias psicoactivas

La realidad es que los riesgos de sufrir daños por el uso de drogas pueden reducirse enormemente en la mayoría de las personas a partir de información y medidas adecuadas. Es así como la Encuesta Global de Drogas ha elaborado una serie de pautas destinadas a concienciar a las personas sobre el nivel de riesgo derivados de los diferentes patrones de consumo de drogas durante los próximos años.

Por el momento, la organización no ha elaborado una específica para el uso de nicotina, sin embargo, las siguientes pautas generales pueden servir para quienes busquen hacerlo de una forma más segura:

- Riesgo de daño = cantidad de nicotina x frecuencia de uso
- A mayor uso de la sustancia, más a menudo, mayor riesgo.
- Riesgo de daño = cantidad de nicotina x frecuencia de uso x años de uso
- Por supuesto, algunos riesgos son acumulativos, por lo que cuanto más tiempo use la sustancia, a mayor daño se expondrá.
- Riesgo de daño = cantidad de nicotina x frecuencia de uso x años de uso x vulnerabilidad personal
- También se da el caso de que algunas personas son más vulnerables al riesgo relacionado con la sustancia que otras (especialmente los jóvenes, aquellos con antecedentes familiares de enfermedades mentales graves y personas con problemas de salud mental existentes)
- Riesgo de daño = aumentado al mezclar la nicotina con otras sustancias.
- Hay combinaciones especialmente peligrosas que deben evitarse.

Los riesgos del consumo pueden minimizarse, más no eliminarse, adoptando diferentes estrategias, desde las más sencillas a las más complejas. No obstante, es importante tener claro que:

1. Los cerebros jóvenes y el consumo de cualquier sustancia psicoactiva, incluida la nicotina, no son una buena combinación
2. Los principios básicos no hacen de las sustancias seguras, la nicotina no es inocua.
3. Todos somos diferentes, lo cual incide en los riesgos y daños del consumo de nicotina.
4. Las personas con problemas de salud mental existentes son mucho más vulnerables a los daños causados por las sustancias.
5. Las personas con ciertos estados de salud o en estado de embarazo deben considerar los potenciales riesgos y la necesidad de cuidado.

Fuente: Adaptado de Global Drug Survey. (2015). Safer use limits. How safe is your drug use? The World's First Guidelines for Safer Drug Use.



Sin embargo, es de aclarar que no hay ningún nivel seguro de consumo de nicotina en términos de dosis, pues todo consumo de sustancias tienen riesgos y daños asociados. Ahora bien, existen formas de consumo y vías de administración significativamente menos riesgosas en comparación entre unas y otras, en términos de sus efectos en la salud.

Después de fumar un solo cigarrillo, las concentraciones de nicotina arterial difieren según el tipo de cigarrillo y la forma en que se fuma. En adultos, los síntomas tóxicos pueden ocurrir en dosis entre 2-5 mg. La dosis letal de nicotina en adultos es de 0,5 a 1,0 mg/kg 1 o una dosis total de 30 a 60 mg (Cubo, 2010). Los síntomas de intoxicación por nicotina incluyen: signos del sistema nervioso central que van desde mareos, temblores, letargo y coma; signos autónomos simpáticos o parasimpáticos tales como hipertensión o hipotensión, arritmias cardíacas, salivación y diaforesis; y efectos neuromusculares que incluyen excitabilidad neuromuscular seguida de debilidad e incluso rabdomiolisis.

2.4 Riesgos y daños del consumo de nicotina

2.4.1 Su potencial adictivo, principal riesgo

El riesgo más importante para considerar es que la nicotina es una sustancia estimulante altamente adictiva, la cual puede generar dependencia psicológica y física. De acuerdo con varios referentes en sustancias psicoactivas y con múltiples investigaciones, la nicotina tiene un nivel de adicción alto (Espolea, 2018). Más del 30 por ciento de quienes alguna vez han consumido tabaco se vuelven dependientes, una cifra superior a la de otras drogas de dependencia como la heroína, la cocaína o el alcohol (SCENIHR, 2010). Cada fumador es adicto a una combinación diferente de los “estimulantes” de los cigarrillos, lo que hace que su experiencia personal con el tabaquismo y la dependencia de la nicotina sea única (Mayo Clinic, 2013).

La rapidez con la que la nicotina llega al cerebro, como fue mencionado anteriormente, influye en su potencial adictivo. “Pero los efectos agudos de la nicotina también se disipan con rapidez, junto con la sensación gratificante que produce; la brevedad de este ciclo impulsa al fumador a seguir dosificándose para mantener los efectos placenteros y evitar los síntomas de abstinencia” (Jackson, Muldoon, De Biasi, & Damaj, 2015, pp. 223-234).

En caso de dependencia, cuando el consumidor habitual experimenta la falta de nicotina comienza a sentir irritabilidad, deseo de consumir, depresión, ansiedad, déficit cognitivo y de atención, trastornos de sueño y aumento del apetito. Los síntomas de abstinencia se mantienen intensos los primeros días y, por lo general, disminuyen en unas pocas semanas. No obstante, en algunas personas los síntomas persisten durante meses, y la intensidad pareciera estar influida por los genes de cada individuo (NIDA, 2020).

Al mismo tiempo, es fundamental entender los contextos de consumo y los eventos asociados a administrarse la sustancia (Benowitz N. L., Pharmacology of nicotine: addiction, smoking-induced disease, and therapeutics, 2009). Estos eventos -que van desde el olor hasta actividades rutinarias, como consumir después de una comida, con una taza de café, con amigos que fuman o trabajando- pueden convertirse en señales condicionadas para fumar. La frustración de no satisfacer esas señales desencadena estados de irritabilidad, la desregulación hedónica, la sensación de que hay poco placer, entre otros.

A lo anterior se le suma una característica farmacológica importante de la nicotina es el rápido desarrollo de tolerancia a sus efectos no deseados, pues en las primeras exposiciones a la sustancia puede causar náuseas, mareos, dolor de cabeza o malestar estomacal. Aunque existe una gran variabilidad individual, en muchos casos la tolerancia aparece pocos días después de la primera exposición (Benowitz N. L., 2008). La tolerancia significa que se necesita más nicotina para obtener el mismo efecto que solía obtener el usuario con una dosis menor.



2.4.2 Diferencias de los riesgos y daños de la nicotina y el tabaco

La frase “la gente fuma por la nicotina pero muere por el alquitrán” del Dr. Michael Russell está empezando a ser popularmente usada en artículos, investigaciones y eventos; para explicar que lo que la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA por sus siglas en inglés) ha denominado el mito de la nicotina: “La nicotina es lo que hace adictos y hace que las personas consuman productos de tabaco, pero no es lo que hace que el consumo de tabaco sea tan mortal” (FDA, 2020, párr. 3).

El tabaco y el humo del tabaco contiene miles de sustancias químicas. Es esta mezcla de sustancias químicas, no la nicotina, la que causa enfermedades graves y la muerte en los consumidores de tabaco, incluidas enfermedades pulmonares fatales, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y el cáncer. En este sentido, dependiendo de la forma de uso puede provocar diferentes efectos negativos en la salud y enfermedades crónicas no transmisibles.

No obstante, la nicotina no está libre de riesgos ya que, al igual que la cafeína, tiene cierto poder activador del estado de alerta, por lo que genera algunos eventos cardiovasculares menores (ligeros incrementos de la frecuencia cardíaca) (Plataforma para la Reducción del Daño por Tabaquismo, 2020). Por otro lado, la nicotina no es un carcinógeno directo, pero existe la preocupación de que pueda ser un promotor de tumores. Ahora bien, de estos riesgos no se ha encontrado que sean riesgos elevados. Sin embargo, existen algunas preocupaciones relacionadas con la seguridad de la exposición prolongada a la nicotina, incluidas las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, los trastornos reproductivos y el retraso en la cicatrización de heridas (Benowitz N. L., Pharmacology of nicotine: addiction, smoking-induced disease, and therapeutics, 2009).



Si bien la nicotina no es una sustancia inocua, la evidencia clínica señala que a “niveles de dosis de uso común, el uso de nicotina a corto plazo no resulta en un daño clínico significativo.” Adicionalmente, “es ampliamente aceptado que cualquier peligro de la nicotina a largo plazo probablemente tenga una consecuencia mínima en relación con aquellos asociados con el consumo continuo del tabaco combustible” (Citado de (Royal College of Physicians of London, 2016) en (Knowledge•Action•Change, 2020, p. 6).

2.5 ¿Cuáles son los principales medios de administración de nicotina?

El enfoque de reducción de riesgos y daños en tabaco se ha enfocado en acciones pragmáticas que buscan reducir los riesgos a la salud promoviendo formas más seguras de uso de productos o sustancias, o en su defecto, tiene la finalidad de fomentar la práctica de hábitos menos riesgosos. La reducción de daños no se enfoca exclusivamente en la erradicación de productos o abstinencia de hábitos (Knowledge•Action•Change, 2020, p. 3).

Si bien, gran parte de las oportunidades y el potencial en salud pública de esta estrategia se deriva de “prevenir o reducir el daño causado por las toxinas generadas por la combustión del tabaco para los fumadores que no pueden o no quieren dejar de fumar, en lugar de apuntar a la abstinencia del uso de nicotina” (Zeller & Hatsukami, 2009, p. 327). A continuación, se hace un resumen de los principales medios de administración de nicotina.

2.5.1 Ambil

El ambil es una pasta negra que se obtiene a partir de la cocción de hojas de tabaco con sales vegetales alcalinas (Vega, 2009). Al preparar ambil, las hojas de tabaco se hacen pasar por un tamiz para extraer el zumo puro y separarlo de las hojas ya cocinadas y de otras impurezas. Este debe revolverse durante largas horas hasta lograr un jarabe o jalea oscura. Se cocina nuevamente a fuego lento hasta que se evapore toda el agua y solo queda una pasta negra y elástica (Candre-Kinerai, 1993). El conocimiento sobre su procesamiento y transformación, el procedimiento de tostar, pilar y cernir, así como las técnicas para el cultivo del tabaco y la extracción de sales naturales se concentra en las comunidades indígenas (Sánchez, 2011).

Esta pasta se consume en pequeñas cantidades vía oral. Ella se aplica en las encías y en la lengua para que se vaya diluyendo. También es lamida esta sustancia espesa que concentra la esencia del tabaco, y resulta ser de un sabor amargo (Tobón, 2011). Por la vía de administración, es un tipo de consumo libre de humo o de combustión principalmente de uso ancestral que data de muchos siglos atrás en Suramérica principalmente.

Su consumo tradicional se ha dado en contexto medicinal, ritual y sagrado en diferentes pueblos indígenas suramericanos, principalmente amazónicos. Su preparación es similar al chimó del oeste de Venezuela y al norte de los llanos de Colombia. Generalmente los adultos llevan, asimismo, un pequeño frasquito de ambil que circula con ocasión de las reuniones o las conversaciones. “La lamida del ambil en comunidad refleja un sentido de unanimidad y solidaridad entre los concurrentes; por medio del ambil se invita a otras malocas o gentes para las celebraciones rituales u otros actos sociales” (Citado de (Pineda, 1987) en Gómez Montañez, 2020, p. 270). El ambil es símbolo de la palabra. Estas son prácticas de gran complejidad, inmersas en los sistemas filosóficos de estas poblaciones.

2.5.2 Rapé

El rapé es un polvo fino que se obtiene de moler y tamizar tabaco, puede ser puro o también suelen añadirle otras plantas medicinales, aromáticas, cortezas y cenizas. Para obtenerlo, “las hojas de la planta son secadas al viento o al sol, sobre un fuego o sobre una olla sobre brasas. Las hojas secas son machacadas, pulverizadas y a menudo cernidas” (Wilbert, 1994, p. 51). La variedad de rapé se ha expandido por toda Sudamérica y el mundo.

Su modo de consumo es esnifado, puede ser directamente de la mano o de una hoja. Sin embargo, es más frecuente soplar o ingerirlo por medio de tubos de absorción nasal, simples o dobles, ramificados o angulares, hechos de caña o huesos perforados. “La nicotina se absorbe a través de las membranas mucosas y alcanza los niveles máximos en la sangre y en el cerebro más lentamente” (NIDA, 2020, párr. 2). El consumo de tabaco sin humo también se asocia con adicción a la nicotina, cáncer de la boca y enfermedades cardiovasculares. También es un tipo de vía de administración de tabaco libre de humo y libre de los riesgos asociados a la combustión que se expondrá más adelante.

Hace parte de la medicina tradicional de diferentes pueblos indígenas suramericanos, además de tener un uso ceremonial. Por ejemplo, se usa para “ayudar a realinear la energía del cuerpo, a conectarnos de mejor forma con la tierra, nos purga purificando las fosas nasales y eliminando toxicidades del cuerpo, la mente y el campo energético” (Arias, 2018, párr. 4). También se usa considerando efectos depurativos, que expanden la conciencia y logran un bienestar en lo físico, espiritual y emocional (Barcena, 2019).



2.5.3 Snus

El snus es un producto de tabaco oral sin humo, es decir no combustible, que suele ser empaquetado en bolsas de té o en polvo suelto. No es el mismo producto que el tabaco para mascar o molar. El tabaco snus está pasteurizado, lo que reduce en gran medida el nivel de nitrosaminas, compuestos de tabaco responsables de las enfermedades relacionadas con el tabaco (O'Connor, y otros, 2009). Los niveles más bajos de toxinas generalmente se atribuyen a cómo se fabrica y almacena. Hace menos de 50 años, el snus suelto era la única opción disponible. Actualmente en algunos países, existen diferentes variedades y formas para adaptarse a las necesidades que puedan tener los usuarios de snus, varían entre los 8-22 mg de nicotina por gramo de tabaco. Se consume colocándolo entre la encía y el labio superior durante unos minutos a varias horas, según el gusto.

Es usado principalmente en Suecia y Noruega. El Snus se hizo popular en el siglo XIX en los países escandinavos principalmente, y era similar al rapé consumido en Suramérica. En Suecia, muchos agricultores comenzaron a moler su propio snus y comenzaron a producirlo en formas variadas. Este medio de administración de nicotina disminuyó su prevalencia a principios del siglo XX con la comercialización masiva del cigarrillo tradicional. Sin embargo, desde 1970 los usuarios volvieron a esta forma histórica de consumo al introducirse el snus empaquetado en porciones (Swedish Match AB, 2016).

La evidencia científica sugiere que el uso de snus no es un factor de riesgo significativo para desarrollar cáncer de pulmón, enfermedad cardiovascular, cáncer de páncreas o cáncer oral. Por otro lado, puede estar asociado con un mayor riesgo de desarrollar diabetes o componentes del síndrome metabólico. Sin embargo, los resultados generales no son concluyentes. Es así como su uso tiene un beneficio significativo en la reducción de daños. Esto se ha reflejado, por ejemplo, en los niveles comparativamente bajos de enfermedades relacionadas con el tabaco en Suecia en comparación con el resto de Europa

(Clarke, Thompson, Weaver, Thompson, & O'Connell, 2019).

Incluso, en el 2019, la FDA reconoció que la evidencia científica disponible, incluidos los estudios epidemiológicos a largo plazo, muestra que, en relación con el tabaquismo, el uso exclusivo de estos productos específicos de tabaco sin humo presenta un riesgo menor de cáncer de boca, enfermedad cardíaca, cáncer de pulmón, accidente cerebrovascular, enfisema y bronquitis crónica (US Food and Drug Administration, 2019, párr. 1).

No obstante, no es un producto disponible en todos los países; pero resulta importante el potencial de reducción de riesgos y daños, así como la ampliación en la disponibilidad de alternativas para los usuarios de nicotina.

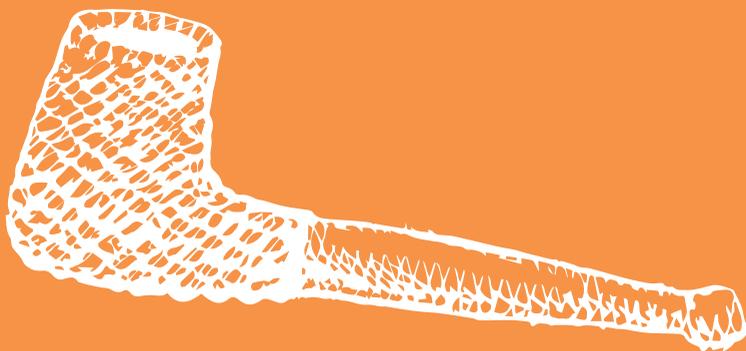
2.5.4 Pipa

El tabaco para pipa es generalmente tabaco de hojas sueltas que se quema en una pipa tradicional con un cuenco. El tabaco de pipa es un producto de tabaco combustible. El tabaco para pipa es comercializado para consumirlo con pipa, y se recomienda no consumirlo como tabaco para liar (HM Revenue & Customs, 2016). Respecto a las pipas, hay de diferentes materiales y tamaños, y su mecanismo consiste en una pequeña cámara, el hornillo o cazoleta, para la combustión y un tubo, cánula, que termina en la boquilla. Los materiales más comunes son arcilla, cerezo, vidrio, porcelana, entre otros.

El fumar tabaco a través de una pipa es autóctono de América y se deriva, por ejemplo, de las ceremonias religiosas de los antiguos sacerdotes en México. Más al norte, los indios americanos desarrollaron pipas ceremoniales, siendo la principal de ellas el calumet o pipa de la paz. La práctica de fumar en pipa llegó a Europa en la época de la colonización (Chenard, 1996).

Por su tratamiento especial, la picadura de tabaco para pipa contiene menos sustancias químicas que el cigarrillo. Incluso, algunos estudios señalan que contienen menos cantidad de sustancias cancerígenas que el que se usa para fabricar cigarrillos. Sin embargo, al quemar el tabaco, generan efectos nocivos para la salud comparables con los causados por los cigarrillos.

Dada la disminución en la prevalencia en el consumo de tabaco mediante pipa, hay poca información disponible respecto a los riesgos de este medio de administración. En relación a los riesgos del cigarrillo tradicional, el consumo mediante pipa tiene riesgos similares de cáncer oral y de esófago como fumadores de cigarrillos, la mitad de los riesgos de cáncer de laringe y menos de la mitad del riesgo de cáncer de pulmón, cáncer, cardiopatía coronaria y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Funck-Brentano, 2006). Sin embargo, es de considerar que el tabaco para pipa puede tener mayor concentración de nicotina, lo que puede causar relativamente mayor dependencia a la sustancia (de Assis Viegas, 2008). Adicionalmente, los riesgos de este medio, y sobre todo de la combustión, también son por el humo de segunda mano para los denominados "fumadores pasivos".



2.5.5 Cigarrillo

Fumar cigarrillos es la forma más común de consumir tabaco a nivel mundial. Un cigarrillo es un producto que contiene picadura de tabaco, envuelto por una hoja delgada de papel en forma de cilindro. También puede tener otros ingredientes, incluidas sustancias para agregar diferentes sabores. Al tabaco se le agregan cientos de compuestos para mejorar la absorción de la nicotina. Comúnmente presenta integrado un filtro.

Al encender un cigarrillo se quema y genera humo. El proceso de combustión es auto sostenible y requiere de tabaco (combustible) y oxígeno. Las temperaturas pueden alcanzar los 800°C, estas altas temperaturas generan combustión de la materia vegetal que produce monóxido de carbono y más de 7.000 sustancias nocivas para la salud.

Así es, los fumadores están expuestos a una mezcla tóxica de más de 7.000 sustancias químicas cuando inhalan el humo del cigarrillo. Las sustancias químicas nocivas del humo del cigarrillo pueden dañar casi todos los órganos del cuerpo (FDA, 2020). Fumar cigarrillos puede conducir a la adicción a la nicotina y puede causar muchos tipos de cáncer, incluidos los cánceres de pulmón, laringe, boca, esófago, garganta, riñón, vejiga, páncreas, estómago y cuello uterino, y leucemia mieloide aguda. Fumar cigarrillos también causa otros problemas de salud, como enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares y enfermedades pulmonares, como enfisema y bronquitis crónica (U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS), 2004).

A todos los riesgos asociados al consumo de cigarrillo, ampliamente difundidos por la estrategia mundial de control de tabaco, se le suman los



daños producidos por el humo de segunda mano, entre los que se encuentran accidente cerebrovascular, cáncer de pulmón, enfermedad coronaria en adultos, infecciones respiratorias en población infantil, entre otros (U.S. Department of Health & Human Services , 2014).

La clave fundamental para la reducción de riesgos y daños radica en que la combustión de esta mezcla de sustancias químicas, no la nicotina, es lo que causa enfermedades graves y la muerte en los consumidores de tabaco (FDA, 2020).

La evidencia no puede despreciarse. Tal como lo han anunciado líderes en investigación sobre el control del tabaco, la combustión del cigarrillo, más que el tabaco o la nicotina, es la causa del desastre de salud pública. El proceso de combustión produce muchos compuestos tóxicos que no se encuentran en el tabaco sin quemar (Citado de (Hajek, Etter, Benowitz, Eissenberg, & McRobbie, 2014) en (Quintero, 2020, pág. 131)).

Este es un consenso científico reconocido por diferentes instituciones de salud tanto públicas como científicas entre las que se encuentran: The National Academies of Sciences, Engineering and Medicine; American Cancer Society; Public Health England; Royal Collage of Physicians; Cancer Research UK; Royal College of General Practitioners; Centers for Disease Control and Prevention; Royal Society for Public Health; entre otros.

2.5.6 Productos de vapeo de nicotina o cigarrillos electrónicos

Los cigarrillos electrónicos son una categoría que abarca multiplicidad de dispositivos también denominados e-cigs, vaporizadores electrónicos o sistemas electrónicos de administración de nicotina. Son productos de consumo diseñados para simular y sustituir el consumo de tabaco de combustión. Estos dispositivos utilizan una batería y una resistencia para administrar nicotina inhalada mediante la vaporización, no combustión, de una solución. Esto calienta los ingredientes del cartucho para crear un vapor que es inhalado por el consumidor.

Es decir, la mayoría de los productos del vapeo tienen cuatro elementos básicos: una fuente de energía –generalmente una batería–; un cartucho –desechable, reemplazable o recargable– que contiene una solución líquida con variadas cantidades de nicotina de acuerdo a la necesidad o preferencia del usuario, o sin nicotina, saborizantes y otras sustancias quími-



cas como agua, propilenglicol, glicerol; un mecanismo de calentamiento –el vaporizador–; y, una boquilla por la cual se inhala. (National Institute on Drug Abuse, 2020); (Tobacco Control Research Group, 2020); (Plataforma para la Reducción del Daño por Tabaquismo, 2020); (Knowledge•Action•Change, 2020).

Para distinguir a ese aerosol del humo de tabaco se le denomina coloquialmente “vapor”, al uso del cigarro electrónico “vapeo”, a la acción “vapear” y a los usuarios “vapeadores”. Su consumo inicialmente aumentó en los fumadores de EE. UU., Canadá, la Unión Europea, Australia, Nueva Zelanda, Japón, Rusia; pero en la actualidad el aumento tanto en la disponibilidad como en el consumo de estos productos se evidencia también en América Latina. Sin embargo, en varios países no hay una legislación clara por el momento.

Este aumento en su prevalencia, principalmente en fumadores, llevó a actores claves del sector salud llevar a cabo estudios sobre los productos. Varios estudios indicaron que “utilizar productos de vapeo en vez de los cigarrillos de tabaco combustible reduce la exposición del usuario a múltiples compuestos tóxicos y carcinógenos presentes en el humo del tabaco. Esto implica que los productos de vapeo son al menos 95 por ciento más seguros que los cigarrillos, de acuerdo con Public Health England. Hasta ahora no existe evidencia de que el vapor liberado al ambiente por los usuarios cause daño a terceros” (Knowledge•Action•Change, 2020).



Nuevos productos de riesgo reducido ¿innovación de la industria tabacalera?

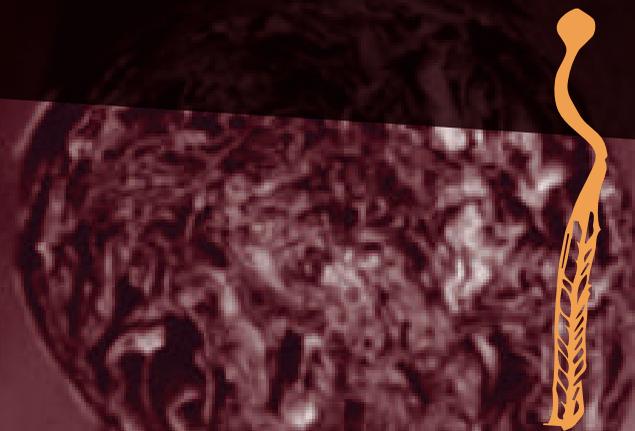
Diferentes iniciativas antitabaco y “anti vapeo”, como se han autodenominado recientemente ante el aumento de los usuarios de nuevos productos sin combustión, e incluso la misma Organización Mundial de la Salud señalan que “la industria tabacalera ha realizado intentos bien investigados y calculados para rediseñar y cambiar la marca de sus productos para mantener la rentabilidad. Este tipo de marketing engañoso continúa en la actualidad, y la industria aboga por el enfoque de reducción de daños a través de nuevos productos como los sistemas electrónicos de suministro de nicotina (ENDS por sus siglas en inglés) y los sistemas electrónicos de suministro de nicotina (ENNDS por sus siglas en inglés), comúnmente conocidos como ‘cigarrillos electrónicos’, y los productos de tabaco calentado (HTP por sus siglas en inglés)” (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Sin embargo, la historia de los cigarrillos electrónicos actuales, como categoría genérica de la multiplicidad de dispositivos electrónicos sin humo, comienza en China en el 2003 cuando Hon Lik, farmacéutico que trabajaba en investigación médica, realizó experimentos de vaporización por ultrasonidos y, posteriormente, creó el primer modelo que llamó “cigarrillo atomizador electrónico sin llama” mediante un método piezoeléctrico de vaporización de nicotina (Bhatnagar, y otros, 2014). Incluso, los informes señalan que la investigación la hace buscando alternativas para dejar el cigarrillo, después de que su padre fumador muere de cáncer de pulmón.

Tras esta innovación la cantidad de marcas de cigarrillos electrónicos ha crecido rápidamente, a 2014 se registraron aproximadamente más de 460 marcas y 7700 sabores diferentes (Zhu, y otros, 2014). El mercado de los cigarrillos electrónicos ha crecido y cambiado rápidamente, y a diferencia del tabaco y el cigarrillo tradicional, no se concentra en unos pocos oferentes y una cadena de fabricantes, mayoristas, importadores, minoristas y distribuidores más diversificada.

Sin duda, ante las oportunidades de los productos de riesgo reducido y la constante investigación en torno a esta estrategia, la industria tabacalera tradicional a desarrollado sus propios productos de cigarrillos electrónicos a partir de 2012 (Tobacco Control Research Group, 2020). Pero es claro que su participación en la reducción de riesgo y daño mediante sus productos no debe permitir dar paso a argumentos que desconozcan la disrupción tecnológica en la administración de nicotina, sustancialmente menos nocivos que el cigarrillo tradicional con un importante potencial en términos de salud pública y bienestar para los usuarios de esta sustancia.

Es así como la historia de estos dispositivos se remite el propósito de Hon Lik de inventar un producto de consumo de uso práctico para sustituir al cigarro convencional como un dispositivo no-combustible de entrega de nicotina. Propósito enmarcado en la reducción de riesgos y daños al eliminar al humo inhalado como vehículo de entrega de la nicotina, y todas las enfermedades asociadas a este proceso.



Es así como estos nuevos dispositivos se han posicionado como una alternativa de riesgo reducido para quienes no pueden o no quieren dejar de administrarse nicotina, pues aumenta la investigación y la evidencia que encuentra potenciales resultados en salud pública y prevención de tasas de mortalidad y morbilidad asociadas al consumo de tabaco a partir de que los cigarrillos electrónicos pueden ser menos dañinos que los cigarrillos combustibles. A continuación, se enlistan algunas de las principales entidades que sustentan con sus investigaciones las oportunidades de reducción de riesgo y daño de estos productos:

Entidad	Posición	Referencia
The National Academies of SCIENCES, ENGINEERING, MEDICINE	“Si bien los cigarrillos electrónicos no están exentos de riesgos para la salud, es probable que sean mucho menos dañinos que los cigarrillos de tabaco combustibles”.	National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2018). Public health consequences of e-cigarettes. National Academies Press.
US Food and Drug Administration, FDA.	“No cometer errores. Vemos la posibilidad de que los productos ENDS como los cigarrillos electrónicos proporcionan una alternativa potencialmente menos dañina para los fumadores adultos individuales actualmente adictos que aún desean tener acceso a niveles satisfactorios de nicotina sin muchos de los efectos nocivos que conlleva la combustión del tabaco”.	US Food and Drug Administration. (2018). Statement from FDA commissioner scott Gottlieb. MD, on new steps to address epidemic of youth e-cigarette use.
American Cancer Society	“Según la evidencia disponible actualmente, el uso de cigarrillos electrónicos de la generación actual es menos dañino que fumar cigarrillos”.	American Cancer Society (ACS). (2018). American Cancer Society Position Statement on Electronic Cigarettes.
Public Health England	“Nuestra nueva revisión refuerza el hallazgo de que vapear es una fracción del riesgo de fumar, al menos un 95% menos dañino y de riesgo insignificante para los transeúntes. Sin embargo, más de la mitad de los fumadores creen falsamente que vapear es tan dañino como fumar o simplemente no lo saben”.	Public Health England (PHE). (2020). E-cigarette evidence review, undertaken by leading independent tobacco experts.
Royal College of Physicians	“Los datos disponibles sugieren que es poco probable que los riesgos para la salud de los cigarrillos electrónicos superen el 5% de los asociados con los productos de tabaco fumado, y bien pueden ser sustancialmente menores. En el Reino Unido, la reducción de daños es un elemento reconocido del control integral del tabaco. Los cigarrillos electrónicos son eficaces para ayudar a las personas a dejar de fumar. Todavía no se han identificado riesgos para la salud derivados del vapor de segunda mano”.	Royal College of Physicians. (2018). Hiding in plain sight: treating tobacco dependency in the NHS. London: RCP.
Cancer Research UK	Hasta ahora, la evidencia indica que los cigarrillos electrónicos son mucho menos dañinos que el tabaco y pueden ayudar a los fumadores a reducir o dejar de fumar. No creemos que haya justificación para la prohibición de los cigarrillos electrónicos en interiores, ya sea sobre la base del daño potencial a los transeúntes por el vapor de segunda mano o porque normalizan el tabaco para fumar.	Cancer Research UK. (2018). Cancer Research UK Briefing: Electronic Cigarettes.

Ahora bien, la investigación hasta el momento también ha hecho énfasis, como lo señala la Organización Mundial de la Salud, que no son dispositivos libres de riesgo. En este sentido, debe tenerse en cuenta que los cigarrillos electrónicos generalmente se toleran bien, al igual que otros medios de consumo orales, aunque pueden reportarse efectos adversos a corto plazo se relacionan predominantemente con la irritación de la boca y la garganta (Royal College of Physicians of London, 2016). Como con todos los productos nuevos, sin embargo, a largo plazo los efectos adversos raros seguirán siendo inciertos hasta que los cigarrillos electrónicos hayan sido en uso generalizado durante varias décadas.

Adicionalmente, es de resaltar que son productos para personas que consumen cigarrillo y buscan alternativas con un perfil de riesgo menor, en gran medida por su dependencia a la nicotina. En este sentido, no se recomienda iniciar su consumo. Por ejemplo, “estudios preliminares sugieren que en menores de edad el uso de dispositivos electrónicos, aún sin suministrar nicotina, podrían generar dependencia física y psicológica al hábito de vapear” (Quintero, 2020).



2.5.7 Calentadores de tabaco



Son dispositivos que calientan unidades de tabaco en láminas en vez de picadura, a temperaturas por debajo de los 350°C evitando la combustión o cambios en la composición química del tabaco. De esta forma se evita la generación de humo y ceniza, en cambio se libera vapor de nicotina. La administración de nicotina se da a partir del calentamiento por medios electrónicos de un cartucho de tabaco debidamente preparado. En otras palabras, estos dispositivos “extraen nicotina de una mezcla concreta de tabaco prensado mediante un sistema electrónico de calentamiento. Esta tecnología aplica de forma controlada una temperatura notablemente inferior a la de combustión generando un aerosol” (Plataforma para la Reducción del Daño por Tabaquismo, 2020, p. 14).

Los productos de tabaco calentado se han vuelto muy populares en varios países, incluidos Japón y Corea del Sur. Sin embargo, estos productos ya se comercializan en varios países y se posicionan también como una alternativa para reducir los riesgos y daños de fumar. De hecho, al eliminar la combustión, estos dispositivos también tienen un perfil de riesgo significativamente reducido, de acuerdo con múltiples estudios científicos, pueden llegar a ser menos dañinos que el cigarrillo y productos de tabaco para fumar. En múltiples estudios no industriales, “los productos de tabaco calentado demostraron reducciones en las exposiciones en comparación con los cigarrillos” (O’Leary & Polosa, 2020). Por ejemplo, de acuerdo con un estudio canadiense se encontró que en los productos de tabaco calentado los niveles de aldehídos son aproximadamente 80% - 95% más bajos que los cigarrillos y los compuestos orgánicos volátiles aproximadamente 97% - 99% más bajos (Mallock, y otros, 2018).

Por otro lado, la FDA ha autorizado su venta como parte de la categoría de los Productos de Tabaco de Riesgo Modificado. Esta decisión se deriva del análisis de la evidencia mediante la cual se concluye que: el producto de tabaco calentado reduce significativamente la exposición del cuerpo a 15 químicos dañinos y potencialmente dañinos específicos en comparación al cigarrillo; los aerosoles contienen niveles considerablemente más bajos de posibles carcinógenos y productos químicos tóxicos que pueden dañar los sistemas respiratorio; con la información autorizada podría ayudar a los fumadores adultos adictos a hacer la transición. Pero, sobre todo, el pronunciamiento que puede generar más confianza en los usuarios que buscan alternativas, la FDA afirmó que es “apropiado para la protección de la salud pública” (US Food and Drug Administration, 2020).

En resumen, estos productos exponen a los usuarios a niveles más bajos de partículas y compuestos dañinos y potencialmente dañinos. Respecto a la evidencia, al igual que los cigarrillos electrónicos, es necesario seguir investigando los riesgos relativos de los productos a largo plazo.



2.6 Recomendaciones generales de reducción de riesgos y daños

Cada usuario tiene el derecho de escoger la mejor alternativa, una vez este informado de los riesgos y daños asociados. Sin embargo, es de reconocer que particularmente en el consumo de nicotina, y principalmente mediante cigarrillo tradicional, las personas asumen los altos riesgos asociados a enfermedades no transmisibles e incluso la muerte. Frente a esta sustancia, la información se ha concentrado en la prevención y la cesación.

Ahora bien, es momento de que las personas fumadoras tengan acceso a más información y más alternativas, que se traduzcan en mejoras en su salud, en su calidad de vida, y en su relación con la sustancia una vez deciden continuar consumiendo. Por eso, algunas recomendaciones claves desde la Plataforma para la Reducción de Riesgos y Daños en Nicotina (¿Qué es la reducción de riesgos y daños en consumo de nicotina?, 2020) son:

- La nicotina es altamente adictiva en cualquier forma, genera una dependencia psicológica y física con síntomas de abstinencia duraderos.
- Procure buscar alternativas diferentes a la combustión como son los dispositivos electrónicos que entregan nicotina sin combustión, como lo son los vapeadores, cigarrillos electrónicos, productos de tabaco calentado, nicotina en polvo, crema o snus. También adquiera estos productos en tiendas especializadas en donde le podrán dar la orientación e información sobre riesgos necesaria para usarlos. Es recomendado no mantener un consumo dual de estos productos con cigarrillo tradicional, pues esta práctica reduce el potencial beneficio de estos productos.
- No consuma ningún tipo de producto con nicotina si está embarazada, o en periodo de lactancia. Tampoco promueve ningún tipo de producto con nicotina en menores de edad o en personas no consumidoras, puede generar hábito de consumo, dependencia física y psicológica a temprana edad.
- Evalúe su estado de salud y sus preexistencias. No consuma nicotina si padece enfermedades pulmonares o respiratorias, enfermedades cardíacas o hipertensión arterial.



Si opta por continuar consumiendo nicotina a través de combustión, tenga en cuenta la siguiente información:

- Para reducir el daño a la garganta y los pulmones, puede adoptar prácticas como realizar caladas más cortas al cigarrillo, sin llevar todo el humo hasta el fondo de los pulmones. También puede no fumar el cigarrillo hasta el filtro para prevenir una acción más severa y evitando el calor de la combustión. Otra práctica puede ser disminuir el número de cigarrillos al día o a la semana. Mantener hidratada la boca y la garganta ayuda a reducir los niveles de irritación y por lo tanto ocasionar un daño menor a los tejidos.

- Si opta por fumar tabaco, fume siempre al aire libre, en espacios abiertos y ventilados. Fumar en lugares cerrados y con poca ventilación aumenta en gran medida el riesgo de cáncer de pulmón, ya que las partículas de humo permanecen en el aire durante semanas o meses y se respiran hacia los pulmones con cada respiración.

- Evite fumar dentro de las dos horas previas a dormir, reduce el insomnio y ayuda a conciliar el sueño.

- Respete la decisión de las personas que no consumen, ya que corren el riesgo de padecer las mismas enfermedades por el humo. Puede resultar molesto.

Frente a las opciones que decida para administrarse nicotina le recomendamos:

- Realizar alguna actividad física, así como realizar ejercicios de respiración. Esto no solo contribuye a disminuir riesgos de contraer enfermedades no transmisibles, sino que también le permite manejar la ansiedad.

-Mantenga una buena alimentación coma muchas verduras y frutas que contengan vitamina C, alimentos que contengan vitamina E, así como vitaminas B1, B6, B12 y ácido fólico. Estas ayudarán a regenerar los daños que el tabaco ha ocasionado en ellos.

-Haga pausas en sus hábitos de consumo, intente dejar de consumir nicotina por un tiempo y evalúe cómo se siente.



2.7 Referencias

- Alcohol and Drug Foundation. (2020). Nicotine. Obtenido de <https://adf.org.au/drug-facts/nicotine/>
- Arias, L. (2018). Tabaco Frío. Coca Dulce. Obtenido de Agronegocios e Industria de Alimentos. Universidad de los Andes. : <https://agronegocios.uniandes.edu.co/2018/09/06/tabaco-frio-coca-dulce-2/>
- Barcena, G. G. (2019). Runacay; Medicinas alternativas y rituales terapéuticos: crónicas de un viaje por Sudamérica. Doctoral dissertation, Universidad Nacional de La Plata.
- Benowitz, N. L. (2003). Cigarette Smoking and Cardiovascular Disease: Pathophysiology and Implications for Treatment. *Progress in cardiovascular diseases*, 1 (46), 91-111.
- Benowitz, N. L. (2008). Clinical pharmacology of nicotine: implications for understanding, preventing, and treating tobacco addiction. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 83 (4), 531-541.
- Benowitz, N. L. (2009). Pharmacology of nicotine: addiction, smoking-induced disease, and therapeutics. *Annual review of pharmacology and toxicology*, 49, 57-71.
- Bhatnagar, A., Whitsel, L. P., Ribisl, K. M., Bullen, C., Chaloupka, F., Piano, M. R., & Benowitz, N. (2014). Electronic cigarettes: a policy statement from the American Heart Association. *Circulation*, 130(16), 1418-1436.
- Brands, B., Sproule, B., & Marshman, J. (1998). Addiction Research Foundation. Ontario: Drugs & drug abuse (3rd ed.).
- Cancer Council Victoria. (2018). Acute effects of nicotine on the body. Melbourne.
- Candre-Kinerai, H. (1993). Tabaco frío, coca dulce. Colcultura.
- Chenard, P. E. (1996). Pipe smoking. U.S. Patent Application. No. 29/043,478.
- Clarke, E., Thompson, K., Weaver, S., Thompson, J., & O'Connell, G. (2019). Snus: a compelling harm reduction alternative to cigarettes. *Harm reduction journal*, 16(1), 1-17.
- Cubo, E. (2010). Nicotine. *Encyclopedia of Movement Disorders*, 299-301. doi:10.1016/b978-0-12-374105-9.00057-5 .
- DanceSafe. (2007). Obtenido de What is Tobacco?: <https://dancesafe.org/tobacco/>
- de Assis Viegas, C. A. (2008). Noncigarette forms of tobacco use. *J Bras Pneumol*, 34(12), 1069-1073.
- Espolea. (2018). El Universo de las Drogas. Obtenido de <http://www.espolea.org/uploads/8/7/1/2/7/12718727772/universo-drogas-80x115-fondoblancotextonegro.pdf>
- Farzam, K., & Saadabadi, A. (2019). Stimulants.
- FDA. (2019). FDA Authorizes Modified Risk Tobacco Products. Obtenido de <https://www.fda.gov/tobacco-products/advertising-and-promotion/fda-authorizes-modified-risk-tobacco-products>
- FDA. (2020). FDA Regulation of Cigarettes. Obtenido de <https://www.fda.gov/tobacco-products/products-ingredients-components/cigarettes>
- FDA. (2020). Nicotine: The Addictive Chemical in Tobacco Products. Obtenido de <https://www.fda.gov/tobacco-products/health-information/nicotine-addictive-chemical-tobacco-products>
- Funck-Brentano, C. R.-P. (2006). Effects of type of smoking (pipe, cigars or cigarettes) on biological indices of tobacco exposure and toxicity. *Lung Cancer*, 54(1), 11-18. doi.
- Gómez Montañez, P. F. (s.f.). Capítulo 6: Palabras de tabaco, ambil, mambe y poporo: dones y conflictos.
- Hajek, P., Etter, J. F., Benowitz, N., Eissenberg, T., & McRobbie, H. (2014). Electronic cigarettes: review of use, content, safety, effects on smokers and potential for harm and benefit. *Addiction*, 109(11), 1801-1810.
- Heishman, S. J., Kleykamp, B. A., & Singleton, E. G. (2010). Meta-analysis of the acute effects of nicotine and smoking on human performance. *Psychopharmacology*, 210(4), 453-469.
- HM Revenue & Customs. (2016). Products dutied by weight: Hand-rolling tobacco, pipe tobacco, chewing tobacco and tobacco for heating. Obtenido de <https://www.gov.uk/hmrc-internal-manuals/tobacco-products-duty/tpd8060>
- Jackson K.J, Muldoon P.P, De Biasi M, Damaj M.L. (2015). New mechanisms and perspectives in nicotine withdrawal. *Neuropharmacology*. 2015;96 (Pt B):223-234. doi:10.1016/j.neuropharm.2014.11.009. .
- Knowledge Action Change. (2020). Reducción de daños por tabaquismo y el derecho a la salud. "Informe Global Sobre la Reducción de Daños por Tabaquismo" (GSTHR, por sus siglas en inglés).
- Mallock, N., Boss, L., Burk, R., Danziger, M., Welsh, T., Hahn, H., . . . Luch, A. (2018). Levels of selected analytes in the emissions of 'heat not burn' tobacco products that are rele.
- Mayo Clinic. (2013). Nicotine Dependence . Obtenido de www.mayoclinic.com/health/nicotine-dependence/DS00307/METHOD=print
- National Institute on Drug Abuse. (2020). ¿Qué son los cigarrillos electrónicos? Cigarrillos electrónicos (e-cigs) – DrugFacts. Obtenido de <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/cigarrillos-electronicos-e-cigs#ref>
- NIDA. (2020). ¿La nicotina es adictiva? . Obtenido de <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/adiccion-al-tabaco/es-adictiva-la-nicotina>
- NIDA. 2020, Junio 2. ¿Cómo produce sus efectos el tabaco?. Retrieved from <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/adiccion-al-tabaco/como-produce-sus-efectos-el-tabaco> en 2021, March 12
- O'Leary, R., & Polosa, R. (2020). Tobacco harm reduction in the 21st century. *Drugs and Alcohol Today*.
- O'Connor, R., Cummings, K., Rees, V., Connolly, G., Norton, K., Sweanor, D., . . . Shields, P. (2009). Surveillance methods for identifying, characterizing, and monitoring tobacco products: potential reduced exposure products as an example. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*, Vol. 18 No. 12, pp. 3334-3348.
- Organización Mundial de la Salud. (marzo de 2020). Tobacco: Industry tactics to attract younger generations . Obtenido de <https://>

www.who.int/news-room/q-a-detail/tobacco-industry-tactics-to-attract-younger-generations

Plataforma Nicotina Reducción de riesgos y daños. (2020). ¿Qué es la reducción de riesgos y daños en el consumo de nicotina? Obtenido de <https://xn--nicotinareducciondedaños-dic.com/reduccion-de-riesgos-y-danos-en-consumo-de-nicotina/>

Plataforma para la Reducción del Daño por Tabaquismo. (2020). Libro Blanco de la reducción del daño por tabaquismo. Obtenido de <https://www.porlareducciondedanoporatabaquismo.org/wp-content/uploads/2020/12/Libro-blanco-de-la-reduccion-de-danos-por-tabaquismo.pdf>

Quintero, J. (2020). Échele cabeza. Una mirada al consumo de sustancias y a cómo se drogan los colombianos. Bogotá.: Ariel. ReverdeSer Colectivo. (2019). Nicotina. Obtenido de <http://reverdeser.org/wp-content/uploads/2018/04/Nicotina.pdf>

Royal College of Physicians of London. (2016). Nicotine without smoke Tobacco harm reduction. .

Sánchez, L. F. (2011). Trasplantar el árbol de la sabiduría: malocas, maloqueros urbanos y comunidades de pensamiento en Bogotá. . *Cahiers des Amériques latines*, 2011(66), 131-154.

SCENIHR. (2010). Addictiveness and Attractiveness of Tobacco Additives. European Commission: Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks.

Swedish Match AB. (2016). History of snus. Obtenido de <https://www.swedishmatch.com/Our-business/smokefree/History-of-snuff/>

Tobacco Control Research Group. (2020). E-cigarettes . TobaccoTactics.

Tobacco Control Research Group. (2020). What Are E-Cigarettes? E-cigarettes: The Basics . Obtenido de <https://tobaccotactics.org/wiki/e-cigarettes-the-basics-d2/>

Tobón, M. (2011). Consumir tabaco no es cigarrillo. Una reflexión amazónica sobre el consumo vital del tabaco. . *Revista Cáñamo*. 167. .

U.S. Department of Health and Human Services. (2007). ¿Cuál es el alcance y el impacto del uso de tabaco? National Institutes of Health.

U.S. Department of Health & Human Services . (2014). Smoking & Tobacco Use. Health Effects. Atlanta .

U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS). (2004). The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. . Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic .

US Food and Drug Administration. (2019). FDA grants first-ever modified risk orders to eight smokeless tobacco products. Obtenido de <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-grants-first-ever-modified-risk-orders-eight-smok>

US Food and Drug Administration. (2020). FDA Authorizes Marketing of IQOS Tobacco Heating System with 'Reduced Exposure' Information. Press Release, 7.

Valentine, G., & Sofuoglu, M. (2018). Cognitive effects of nicotine: recent progress. . *Current Neuropharmacology*, 16(4), 403-414.

Vega, A. C. (2009). Muinane: un proyecto moral a perpetuidad. *Revista Universidad de Antioquia*.

Wilbert, J. (1994). El significado cultural del uso de tabaco en Sudamérica. *Ancient Traditions: Shamanism in central Asia and America*. Denver (EUA): . University Press of Colorado & Denver Museum of Natural History, 47-76.

Zeller, M., & Hatsukami, D. (2009). Strategic dialogue on tobacco harm reduction group. The strategic dialogue on tobacco harm reduction: a vision and blueprint for action in the US. *Tobacco Control*, Vol. 18 No. 4, pp. 324-332.

Zhu, S. H., Sun, J. Y., Bonnevie, E., Cummins, S. E., Gamst, A., Yin, L., & Lee, M. (2014). Four hundred and sixty brands of e-cigarettes and counting: implications for product regulation. . *Tobacco control*, 23(suppl 3), iii3-iii9.



CAPÍTULO 3: DEBATE INTERNACIONAL SOBRE LA REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS EN NICOTINA

Desde el Convenio Marco de la OMS para el Control de Tabaco se descartó por completo cualquier espacio de participación o consulta de la sociedad civil que representará la posición de las personas fumadoras o usuarias de dispositivos electrónicos. Esta mala práctica regulatoria, no se ha reformado en este espacio de discusión y seguimiento de medidas a nivel internacional. De hecho, a pesar de la tendencia y los avances en el Sistema de Naciones Unidas de consulta y participación de una sociedad civil diversa como por ejemplo la Agenda de Desarrollo 2030 o las facultades de las organizaciones no gubernamentales con estatus consultivo en el ECOSOC, el CMCT y la discusión en torno a tabaco, sigue restringida y se monopoliza cada vez más y con mecanismos cada vez más arbitrarios. De forma paralela, la Organización Mundial de la Salud y la Secretaría del Convenio Marco, han ido excediendo sus facultades para introducir los dispositivos electrónicos de administración de nicotina bajo argumentos ambiguos y fuera del alcance del tratado. Ignorando a la vez, y de manera contradictoria, el enfoque de reducción de riesgos y daños al consumo de nicotina, así como los derechos humanos, la participación de las personas usuarias de nicotina, las organizaciones de la sociedad civil, así como los mecanismos de garantía y protección asociados.



3.1 Regimen internacional de control de tabaco

El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (OMS, 2003) es un tratado internacional que contempla las disposiciones sobre tabaco que guían las estrategias a nivel mundial con el fin de :

“proteger a las generaciones presentes y futuras contra las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco (. .) a fin de reducir de manera continua y sustancial la prevalencia del consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco” (párr. 3).

El Convenio fue firmado en el 2003 y fue vinculante en 2005, aunque el camino hacía un regimen internacional formal se empieza a discutir desde 1995, en el marco de la 49ª Asamblea Mundial de la Salud, en la que se solicitó a la OMS un instrumento internacional, directrices, una declaración, o un convenio internacional sobre lucha antitabáquica. Desde 2001 se organizaron foros, informes y el Órgano de Negociación Intergubernamental que se reunió de 2001 a 2003. En todo este proceso y en estas deliberaciones participó la comunidad de la salud pública, la industria tabacalera, grupos de agricultores y la Coalición Internacional de Organizaciones No Gubernamentales contra el Tabaco y la OMS. Sin embargo, surge la pregunta de ¿Dónde estaban las personas fumadoras? ¿Por qué las personas fumadoras no estaban organizadas o por lo menos representadas en estos espacios de decisión?; ¿Porqué no se garantizo un mínimo de representatividad de esta población?

Las principales medidas contempladas por este tratado internacional, relacionadas con la población no fumadora y fumadora (OMS, 2003), son:

1.“Medidas relacionadas con los precios e impuestos para reducir la demanda de tabaco.

2.Medidas no relacionadas con los precios para reducir la demanda de tabaco, a saber:

- protección contra la exposición al humo de tabaco;
- reglamentación del contenido de los productos de tabaco;
- reglamentación de la divulgación de información sobre los productos de tabaco;
- empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco;
- educación, comunicación, formación y concientización del público;
- publicidad, promoción y patrocinio del tabaco; y
- medidas de reducción de la demanda relativas a la dependencia y al abandono del tabaco” .

Es así como se definió una estrategia global frente al tabaco, incluido el consumo y la atención, sin considerar o reflejar la voluntad y las necesidades de los usuarios de tabaco en la definición de estas medidas y el articulado del tratado, que para algunos puede que sea la que está allí contemplada, pero para otros no. Incluso, después de dieciocho años, puede que muchas personas fumadoras no hayan tenido la oportunidad de conocer el origen de las medidas que impactan constantemente su comportamiento de riesgo, su derecho a programas de prevención y cesación en los términos del tratado, la obligación de campañas de información y educación sobre el tema, y cómo esta es una oportunidad o una barrera al acceso a su derecho a la salud, entre otros derechos.

Los impactos en la población fumadora poco se han documentado o estudiado, en el sentido en que no hay una voluntad a nivel internacional y a nivel nacional de evaluar y reformar este sistema, tampoco de considerar a las personas usuarias como sujeto activo y participativo de la implementación.

Tras el aumento del consumo de tabaco y la necesidad de desnormalizar su uso en todos los escenarios públicos e incluso privados, se trasladó a las personas fumadoras y el acto de fumar a la clandestinidad, la estigmatización, a espacios y momentos específicos. Esto sin desconocer el derecho a los no fumadores a espacios libres de humo, o la irrefutable protección de niños, niñas y adolescentes.

Con estas restricciones, el acceso a ciertos derechos o servicios como la salud, la atención, las alternativas y la información se sometieron a la condición de que la persona fumadora busque la cesación y el abandono del consumo, para algunos posible y exitosa, para la mayoría no deseada o frustrante. El efecto, es que un porcentaje importante de la población, fuertemente impactada tanto por el tabaco como por medidas inefectivas, se queda por fuera de los esfuerzos, la inversión, los programas, la oferta pública institucional, los servicios de salud y educación en relación con su consumo.

3.2 Escenario de regulación de los nuevos dispositivos de administración de nicotina sin combustión



Ahora bien, existe una ausencia de regulación internacional sobre diferentes vías de administración de nicotina, más puntualmente sobre cigarrillos electrónicos y productos de tabaco calentado. De hecho, hasta el momento, no hacen parte del tratado internacional sobre control de tabaco. El alcance del tratado, es lo que han definido bajo la expresión “productos de tabaco”: “abarca los productos preparados totalmente o en parte utilizando como materia prima hojas de tabaco y destinados a ser fumados, chupados, mascados o utilizados como rapé” (OMS, 2003).

No obstante, la Tercera Conferencia de las Partes 2009 pidió a la Secretaría del Convenio que invitara a la iniciativa OMS de nombre “Liberarse del Tabaco” a llevar a cabo las “mejores prácticas para informar a las autoridades de reglamentación respecto de los contenidos, las emisiones y las características de los productos, incluidos los sistemas electrónicos” (Conferencia de las Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, 2009). En este momento no se había creado ni siquiera una categoría para los nuevos productos que surgían en el mercado para la administración de nicotina, pero hasta el momento es claro que no se consideran ni entran en la definición del CMCT de lo considerado “productos de tabaco”.

Es así como en 2010 el Informe de la Secretaría del Convenio “Control y prevención de productos de tabaco sin humo y cigarrillos electrónicos” señala que los participantes en la reunión consultiva acordaron formular las siguientes recomendaciones:

- Alertar a los organismos nacionales de reglamentación a que informen al público y otras partes interesadas sobre las inquietudes que rodean a estos productos, en particular su inocuidad y comercialización engañosa, y a que compartan entre ellas información sobre estos productos, en especial hallazgos de investigación y políticas conexas.

- Los organismos nacionales de reglamentación alientan a la OMS a que facilite el intercambio de información entre las entidades de reglamentación del control del tabaco y las de los productos médicos (Secretaría Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, 2010).

Desde entonces, informe tras informe, los diferentes dispositivos de administración de nicotina han entrado en las discusiones, sin ser objeto del tratado o sin darse claridad del alcance o la facultad de estos espacios e instituciones internacionales para abordar el tema y establecer recomendaciones sobre la evidencia, el abordaje y hasta la regulación que deben adelantar los países. La justificación que empezó a utilizarse para esta inclusión de facto, y sin una discusión profunda que en realidad requeriría de una modificación incluso del tratado y las funciones de la Secretaría del CMCT y la OMS sobre el tema, ha sido que “los SEAN (sistemas electrónicos de administración de nicotina) son productos parecidos a los cigarrillos y podrían por tanto dificultar la desnormalización del consumo de tabaco que defiende el CMCT de la OMS” (Secretaría Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, 2012, p.7). Afirmación que carece de una argumentación o comprobación en la práctica de los impactos de la llegada de estas alternativas.

Incluso, han llegado a afirmar que los dispositivos son de competencia del CMCT porque “la mayoría de los SEAN contienen nicotina, y contribuirían por tanto a mantener la adicción a esa sustancia (Secretaría Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, 2012, p.7). Desconociendo que todas las medidas contempladas en esta regulación internacional responden de manera específica a las características del mercado y los efectos a la salud del cigarrillo tradicional. Ni siquiera plantea que unas nuevas características de los productos, nuevos perfiles de riesgo, nuevos componentes,

nuevos modos de uso y en sí un mercado completamente diferente, requiera si quiera de una revisión y actualización de las medidas.

Para en 2014, llegar a interpretar que “el artículo 5.2 b) del Convenio compromete a las Partes no sólo a prevenir y reducir el consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco, sino también a prevenir y reducir la adicción a la nicotina, independientemente de su origen. Por consiguiente, si bien el uso medicinal de la nicotina es una opción de salud pública conforme al tratado, su uso recreativo no lo es” (Secretaría Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, 2014, p.13), entrando en total contradicción con esta afirmación y en un alcance del tratado y de la regulación igual para todos los productos de administración de nicotina, excepto los farmacéuticos por motivaciones de uso no recreativas. Ninguna disposición del tratado internacional permite justificar una afirmación y delimitación de este nivel, cuando el tratado ni siquiera diferencia los tipos de consumo de tabaco.

A tal punto que parecen aprobarse y validarse argumentos, recomendaciones, informes incompletos, desactualizados, poco claros, poco innovadores, sobre el tema y se validan año tras año sin mayor debate o discusión en por ejemplo, las Conferencias de las Partes del tratado. La Secretaría Técnica del CMCT suele brindar una extensa serie de recomendaciones de regulación con bastantes sesgos de información, ignorando intencionalmente estudios e investigación científica sobre los riesgos diferenciados de estos productos, ignorando estudios de casos regulatorios de países que incluso han incluido estas alternativas en sus estrategias de reducción de tasas de tabaquismo con enfoques de salud como la reducción de riesgos y daños e ignorando por supuesto la voz de cualquier organización o actor que represente la voz de los usuarios de nicotina que no quieren o no pueden dejar de consumirla.

Pero más allá de esto, la Secretaría y la OMS ponen en evidencia que tienen muy claro que con los incentivos que están generando a los Estados por adoptar regulaciones restrictivas y prohibicionistas sobre los dispositivos de riesgo reducido para la administración de nicotina, la presión internacional, la monopolización del debate, la restricción a nueva evidencia, información y nuevas alternativas regulatorias, así como la negación a la participación de nuevos actores, están realmente superando sus competencias e incluso el alcance de sus facultades en el marco del tratado.



En este sentido, la OMS puede incluso estar violando la soberanía reglamentaria de los estados parte, pues después de ejercer toda esta presión sobre los gobiernos, e incluso aceptar que poco a poco en los indicadores de gestión y cumplimiento del tratado se incluyan medidas contra los cigarrillos electrónicos y otros productos, para lavarse las manos y evadir culpabilidades al final de cada uniforme cuando suelen “retractarse” de toda esta presión y abuso de sus facultades señalando que “las Partes deberán examinar los marcos normativos nacionales existentes que mejor puedan ofrecer fundamentos normativos sólidos”, como por ejemplo lo hizo en la quinta reunión de la Conferencia de las Partes en 2014 (Secretaría Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, 2014, p.17).

Preocupa la arbitrariedad de las decisiones de la OMS para restringir cualquier oportunidad de implementar regulaciones proporcionales y diferenciadas a los dispositivos electrónicos de administración de nicotina, pues no solo se están tomando medidas restrictivas de facto sin mayor debate, sino que el organismo se está atribuyendo paulatinamente atribuciones y facultades que los Estados Miembros no han discutido y validado en sus ordenamientos jurídicos internos.

Esta arbitrariedad e imposición de la OMS a que los Estados tomen la decisión de regular las alternativas de riesgo reducido para la administración de nicotina, con poco espacio para la discusión y la difusión de nueva evidencia, es que en 2018 se tomó la decisión en el marco de COP 8 lo siguiente:

“recuerda a las Partes los compromisos que han asumido en el marco del CMCT de la OMS al abordar los problemas planteados por los productos de tabaco novedosos y emergentes como los productos de tabaco calentados y los dispositivos diseñados para consumir esos productos, y que consideren la posibilidad de dar prioridad a las medidas siguientes conformes con el CMCT de la OMS y la legislación nacional: (...) reglamentar, e incluso restringir o prohibir, según proceda, la fabricación, importación, distribución, presentación, venta y consumo de productos de tabaco novedosos y emergentes, con arreglo a sus legislaciones nacionales y teniendo en cuenta un alto grado de protección de la salud humana” (Conferencia de las Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, 2018, p.3).

Más recientemente, en enero de 2021 la OMS presentó los “hallazgos” de su panel de expertos en regulación del tabaco a la junta ejecutiva de la OMS. Las recomendaciones incluyen “prohibir los sistemas abiertos de vapeo, prohibir toda promoción de productos de vapeo y tratar los productos de tabaco calentado como los cigarrillos en términos regulatorios y fiscales. No hay indicios de que los involucrados hayan considerado cómo todo esto podría salir mal y constituir una protección regulatoria del comercio de cigarrillos, fomentar el tabaquismo y causar más daño” (Bates, 2021, párr. 13).



3.3 Organización Mundial de la Salud y su contradicción frente a la reducción de riesgos y daños en nicotina

En todas las intervenciones sobre tabaco, y en la gran mayoría de intervenciones sobre enfermedades no transmisibles, la OMS hace referencia a las tasas de tabaquismo y las tasas de morbilidad y mortalidad relacionada, como una de los mayores retos mundiales en términos de salud pública. Sin embargo, llama la atención cómo de manera contradictoria no le apuesta a una discusión amplia para su abordaje, como tampoco a una actualización e innovación constante para encontrar de manera efectiva los mejores resultados. En resumen, el consumo de tabaco es una de los fenómenos más relevantes para organismos como la OMS, y al mismo tiempo, uno en los que se reitera una y otra vez en las mismas estrategias de hace más de dos décadas sin modificación alguna. ¿Cómo la OMS pretende mejorar la prevalencia mundial de consumo de tabaco sin cambiar en lo más mínimo las estrategias?

Resultado de la invención de nuevos productos, las necesidades de las personas que no pueden o no quieren dejar de fumar, los avances tecnológicos, usuarios más empoderados de su consumo y enfoques nuevos en salud pública como la reducción de riesgos y daños, se presenta la oportunidad de cumplir los Objetivos de Desarrollo Sostenible y las metas relacionadas con reducir los niveles de enfermedades no transmisibles. Muchas de las estrategias del CMCT, “especialmente las de prevención, han logrado reducir parcialmente las tasas de tabaquismo en varios países, sobre todo en aquellos de altos ingresos. Sin embargo, el principal problema que los fumadores habituales tienen, es que su índice de cesación es muy bajo. Se consiguen muy bajas tasas de abstinencia y las tasas de recaída son muy altas” (RELDAT, 2021, p.8).

3.4 Restricción a la participación de los fumadores en las medidas de control de tabaco y nuevas vías de administración de nicotina.

Estamos de acuerdo en que el consumo de tabaco, principalmente mediante cigarrillos tradicionales, no aporta beneficios para la salud individual ni pública, por lo que la prevención y la cesación debe continuar siendo una de las formas de abordaje y, para ello, las personas deben contar con todas las herramientas y apoyo disponibles. Sin embargo, la forma en que se formuló, se desarrolló y se implementa actualmente el debate no puede continuar sin consultar a los fumadores.

Sin embargo, no se hizo un ejercicio de participación y consulta básica: preguntarse, por ejemplo, ¿cómo las generaciones presentes querían ser protegidas? o, antes de eso, ¿cómo consideran las personas personas fumadoras, -incluidas ellas en la respuesta- que no quieren o no pueden dejar de consumir tabaco, se puede abordar los efectos del tabaco? Esto solo por ejemplificar el ejercicio básico de atención y búsqueda de solución a un asunto ambiental, social y económico que el Convenio Marco olvida dirigir a las personas. Ninguna política pública del siglo XXI puede construirse sin la participación activa y decisoria de las personas beneficiadas por ella, no hacerlo engendra una política ilegítima a todo nivel. “Nada sobre nosotros sin nosotros” grita la consigna mundial de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas frente a la urgente obligatoriedad de incluirlas en la construcción de políticas públicas que les afectan.

Por otro lado, los objetivos del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco no consideran a quienes no quieren o no pueden dejar de consumir. Simplemente ignora esta posibilidad, la existencia de estas personas que como él mismo Convenio Marco señala “toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, s.f., párr. 1). ¿Todas menos aquellas que fumen y deciden no dejar de hacerlo o no logran la cesación?

Finalmente, en la implementación a nivel mundial tampoco se ha dado la oportunidad de que participen las personas usuarias de tabaco organizadas, pero, sobre todo, las personas usuarias de nicotina unidas en diferentes redes de profesionales, organizaciones de la sociedad civil, organizaciones de incidencia en el tema, e incluso una oleada de comunidad científica, académica y otras personas interesadas con una posición frente a las disposiciones del Convenio, entre otros. Ejemplo de esto es que, en 2014, en el marco de la sexta reunión de la Conferencia de las Partes del Convenio, 53 especialistas (Abrams, D., Bates, C., Niaura, R., & Sweanor, D, 2018) se presentaron a la OMS solicitando la actualización de evidencia y la adopción de la reducción de riesgo y daño, ejerciendo la participación mediante un pronunciamiento que no tiene un proceso regular como el de las ONG antitabaco. Una nueva carta fue remitida a la OMS en 2018, en esa ocasión firmada por 72 especialistas.





3.4.1 Necesidad de la apertura de escenarios de discusión: Conferencia de las Partes del CMGT de la OMS

En cada una de las Conferencias de las Partes, del Convenio Marco para el Control del Tabaco, la Organización Mundial de la Salud viene involucrando, de facto y sin debate o diálogo alguno, la misma línea restrictiva y en contra del tabaco a los cigarrillos electrónicos y los productos de tabaco calentado. La restricción al diálogo y la discusión ha sido severa, cerrando cada vez más los espacios de participación de usuarios y organizaciones de la sociedad civil que exijan la inclusión de la reducción de riesgos y daños. Incluso en términos de prevención y cesación, las personas fumadoras han estado ausentes de toda decisión.

La reunión de la conferencia de las partes cuenta con un mecanismo de Solicitud de la condición de observador ante la COP, actualmente 21 Organizaciones de la Sociedad Civil gozan de esta condición. El 38% de estas organizaciones tienen una misión específica en control del tabaco, 90% incluyen el tema en sus conferencias o reuniones y el 25% reportan actividades contra los cigarrillos electrónicos aun cuando esto no es competencia o gestión o de alcance formal del Convenio Marco para el Control del Tabaco. A su vez, llama la atención que de estas ONG el 80% no desarrolla algún tipo de actividad relacionada con el Artículo 12 "Educación, comunicación, formación y concientización del público" y cerca del 70% se dedica en gran parte a actividades relacionadas con el Artículo 5.3. Actividades desde publicaciones, workshops, foros, cabildeo en ministerios y gobiernos, planes de promoción, investigaciones, cartas a presidentes, legisladores y otros las autoridades; que igualan o superan de manera desproporcionada los esfuerzos por hacer una efectiva prevención, educación, acceso a servicios de salud, y la cesación. Se evidencia como la OMS con sus directrices y filtros prioriza el trabajo de persecución, denuncia y restricción, sobre las acciones de prevención, educación y anticipación al consumo como debe ser el objetivo natural de la salud que es evitar antes que curar.

Este sistema de participación hasta el momento no ha permitido la participación de ninguna organización que represente a las personas usuarias de nicotina, a pesar de que los Párrafos 17 y 18 del preámbulo de la Convención contemplan “la contribución especial que las organizaciones no gubernamentales y otros miembros de la sociedad civil no afiliados a la industria del tabaco, entre ellos órganos de las profesiones sanitarias, asociaciones de mujeres, de jóvenes, de defensores del medio ambiente y de consumidores e instituciones docentes y de atención sanitaria, han aportado a las actividades de control del tabaco a nivel nacional e internacional, así como la importancia decisiva de su participación en las actividades nacionales e internacionales de control del tabaco”. No hay ninguna estrategia para garantizar la representatividad de las personas consumidoras. En este momento, participan 5 ONGs antitabaco, 10 órganos de profesiones sanitarias, 3 instituciones de atención sanitaria, 1 asociación de mujeres y 2 organizaciones que ni siquiera entran en la clasificación del Convenio, y que hacen parte del sector farmacéutico.

Incluso, preocupa que muchos actores están permitiendo la interpretación de este artículo por parte de la Secretaría del Convenio y de la OMS para ejercer poderes arbitrarios que limitan la transparencia de las reuniones de Conferencia de las Partes. Por ejemplo, en COP6 la Secretaría solicitó realizar su revisión de las Reglas de Procedimiento de acuerdo con la decisión CMCT/COP6(24)”, dejando claro que no tienen facultades para realizar una iniciativa independiente sobre este tema y deben realizar consultas con las Partes para cualquier tema; no obstante, ninguna de estas consultas se realizaron. Las propuestas por parte de la Secretaría del Convenio estarían reduciendo la transparencia del CMCT, en vez de maximizándola. En el párrafo 21 del informe, se indica que antes de que la COP7 haya comenzado, el público no tendrá acceso a las sesiones, algo que va en contrariedad con la Regla 32 del Procedimiento de la COP que indica que las sesiones deben ser públicas, a menos de que la COP, una vez haya sesionado en COP7, decida excluir al público de sus sesiones.





Esta arbitrariedad y restricción de la participación de la sociedad civil que propone una vía diferente a la tradicional del Convenio, se demostró en el 2018 cuando una organización de la sociedad civil representante de personas usuarias de nicotina y defensoras de la reducción de riesgos y daños se presentó para solicitar su condición de miembro observador del COP 8, y al mismo tiempo la Secretaría se inventa unos nuevos criterios (Secretaría Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, 2018) para evaluar las solicitudes de obtención de la condición de observador. La justificación para emitir estos criterios adicionales resultó ser el aumento en el número de solicitudes por parte de organizaciones no gubernamentales, pero en realidad se presentaron cerca de once solicitudes que son revisadas en un periodo de tiempo de noventa días. Es evidente que no es falta de capacidad de la Secretaría la emisión de esta decisión que restringe y dificulta más el espacio a la sociedad civil a estos espacios de discusión y decisión.

“En lugar de progresar hacia un horizonte esperanzador, el debate está estancado en la paranoia y el corporativismo” (Anesvap, 2018). Pues la OMS se empeña en cometer el mismo error que cometió durante 30 años con el cannabis, pues carga de supuestos prejuiciosos y fatalistas sobre la evidencia se está negando a abrazar la innovación y el cambio para mejorar la calidad de vida de las personas consumidoras de nicotina. La ciencia, la tecnología y la política pública han avanzado en los últimos 30 años y creado nuevos espacios para mejorar la calidad de vida de las personas adultas que no quieren o no pueden dejar de consumir nicotina. Esta negativa de la OMS por transformarse no solo siembra dudas sobre el verdadero papel de la salud que se debe enfocar en la prevención y no en la persecución, sino que nos obliga a promover un debate urgente y necesario sobre el conflicto de intereses que rodea cada una de estas decisiones y que mina la credibilidad internacional de la OMS que cada vez está más en tela de juicio.

3.5 Referencias

Antin, T. M., Hunt, G., & Annechino, R. (2021). Tobacco Harm Reduction as a Path to Restore Trust in Tobacco Control. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 5560.

Beats, C. (2021). The WHO and tobacco policy: a seven-point reform agenda. Disponible en: <https://tobaccoreporter.com/2021/05/01/fresh-thinking/>

Conferencia de las Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. (2009). Decisiones FCTC/COP3(8) Elaboración de un informe técnico sobre políticas de precios e impuestos (en relación con el artículo 6, (Medidas relacionadas con los precios e impuestos para reducir la demanda de tabaco). Disponible en: https://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop3/FCTC_COP3_DIV3-sp.pdf?ua=1

Conferencia de las Partes en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. (2018). Decisión. FCTC/COP8(22) Productos de tabaco novedosos y emergentes. Disponible en: [https://www.who.int/fctc/cop/sessions/cop8/FCTC_COP8\(22\)-sp.pdf](https://www.who.int/fctc/cop/sessions/cop8/FCTC_COP8(22)-sp.pdf)

Knowledge•Action•Change. (2020). Reducción de daños por tabaquismo y el derecho a la salud. Disponible en <https://gsthr.org/resources/item/tobacco-harm-reduction-and-right-health>

ONU, OMS, ONUSIDA & PNUD. (2019). Directrices internacionales sobre derechos humanos y política de drogas. Disponible en <https://www1.undp.org/content/undp/es/home/librarypage/hiv-aids/international-guidelines-on-human-rights-and-drug-policy.html>

REL DAT. (2021). Reducción de Daños por Tabaquismo: La Tercera Vía. Disponible en: www.RELDAT.org

Secretaría Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. (2010). Control y prevención de productos de tabaco sin humo y cigarrillos electrónicos Informe de la Secretaría del Convenio. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77246/FCTC_COP4_12-sp.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Secretaría Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. (2012). Sistemas electrónicos de administración de nicotina, incluidos los cigarrillos electrónicos Informe de la Secretaría del Convenio. Disponible en: https://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop5/FCTC_COP5_13-sp.pdf

Secretaría Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. (2014). Sistemas electrónicos de administración de nicotina Informe de la OMS. Disponible en: https://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop6/FCTC_COP6_10Rev1-sp.pdf

Secretaría Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. (2018). Solicitudes para asistir a la Conferencia de las Partes en calidad de observador Informe de la Secretaría del Convenio. Disponible en: https://www.who.int/fctc/cop/sessions/cop8/FCTC_COP_8_3_SP.pdf?ua=1

Secretaría Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. (2019). La Secretaría del Convenio hace un llamamiento a las Partes para que se mantengan vigilantes ante la aparición de productos de nicotina y tabaco novedosos y emergentes. Disponible en: <https://www.who.int/fctc/mediacentre/news/2019/remain-vigilant-towards-novel-new-nicotine-tobacco-products/es/>

CAPÍTULO 4: ABORDAJE DEL CONSUMO DE TABACO Y NICOTINA EN COLOMBIA

Colombia tiene la oportunidad de estar a la vanguardia y lograr mejores resultados de salud pública al tomar la mejor vía regulatoria para los productos de administración de nicotina sin combustión o de riesgo reducido. Esto se lograría a partir de un proceso de toma de decisiones riguroso, que represente beneficios para toda la población –usuarios adultos de nicotina, población no fumadora, así como niños, niñas y adolescentes– y que parta de un análisis de las oportunidades y las lecciones aprendidas de las experiencias internacionales. Estamos a tiempo de poder dar un debate amplio, participativo, informado, incluyente y no estigmatizante. Un debate basado en la evidencia multidisciplinar, no en el miedo o la desinformación, y con un análisis de impacto normativo exhaustivo que resulte en la adopción de medidas proporcionales, efectivas, integrales e innovadoras. En este capítulo se hace un resumen de la regulación de tabaco en Colombia, las diferentes iniciativas de regulación de los nuevos productos de riesgo reducido para el consumo de nicotina, y un análisis de los riesgos de no implementar una regulación diferenciada y basada en el perfil de riesgo.

4.1 Estado actual de consumo de tabaco en Colombia

4.1.1 Algunas cifras de salud pública relacionadas con el consumo de tabaco

El consumo de tabaco mediante combustión –cigarrillos tradicionales– es uno de los principales factores de riesgo para varias enfermedades crónicas, como el cáncer y las enfermedades pulmonares y cardiovasculares. En este sentido, este fenómeno se ha convertido en un asunto público que incluso ha llegado a denominarse por varias entidades de salud como una epidemia global considerada la mortalidad asociada, a pesar de constituirse como una causa de enfermedad y mortalidad prevenible (Instituto Nacional de Cancerología, 2016).

Para entender el consumo de tabaco en Colombia hace falta información estandarizada y comparable por largos periodos de tiempo. El Ministerio de Salud de Colombia a 2020 continúa dando información sobre prevalencias, tasas de mortalidad y morbilidad asociadas a tabaquismo, costos en salud, entre otros datos, de forma muy atomizada, sin una fuente única y clara del origen y el estudio de las cifras.

Respecto al tabaco, hay datos tanto en la últi-

ma encuesta nacional realizada en 2013 como en la Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas (ENCSPA) de 2019, también en los estudios poblacionales en escolares y en universitarios. Por el momento no hay comparabilidad en la información, por lo que resulta difícil concluir de manera precisa tendencias y analizar de manera rigurosa la información por grupos poblacionales, grupos etarios y a nivel territorial.

Sin embargo, con la información oficial disponible y generalmente citada en estudios y documentos de entidades de salud nacionales sobre el consumo de cigarrillo en el país, se señala que el consumo de tabaco –por combustión– ocasiona la muerte de 88 personas al día (32,120 al año), según cifras del Ministerio de Salud y Protección Social (Reduce consumo de tabaco en Colombia, 2018).

Durante los últimos ocho años, Colombia ha logrado reducir los índices de tabaquismo, del 12,9% en 2010, es decir cerca de 5.000.000 de personas, al 8,3% en 2017, lo que representa 3'450.400 personas en el país (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017). Para el 2019, la prevalencia nacional por año fue de 12,1%, mientras la prevalencia del mes fue de 9,8% (Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), 2020). Es necesario aclarar que, para esta última encuesta hubo un cambio metodológico, por lo que se espera que el Ministerio de Justicia y el DANE publiquen el ajuste de las cifras para hacerlo comparable con encuestas pasadas.



Entre otras cifras compartidas en repetidas ocasiones por el Ministerio de Salud de Colombia está que para el 2013, el 15,9% del total de muertes en Colombia pueden estar asociadas al consumo de cigarrillo (Instituto Nacional de Cancerología, 2016). El 82 % de las personas en Colombia no fuman, a pesar de esto 34.800 personas mueren por enfermedades atribuibles al consumo del tabaco” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020). Adicionalmente, varios funcionarios de la entidad han afirmado que “el consumo de tabaco le costó a la economía del país 17 billones de pesos en 2017, lo que equivale aproximadamente al 1,8 por ciento del PIB. Estos costos incluyen 6,5 billones de COP en gastos sanitarios asociados al consumo de tabaco (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017, párr. 11).



4.1.2 Algunas cifras de salud pública relacionadas con el consumo de nicotina mediante los nuevos productos de riesgo reducido

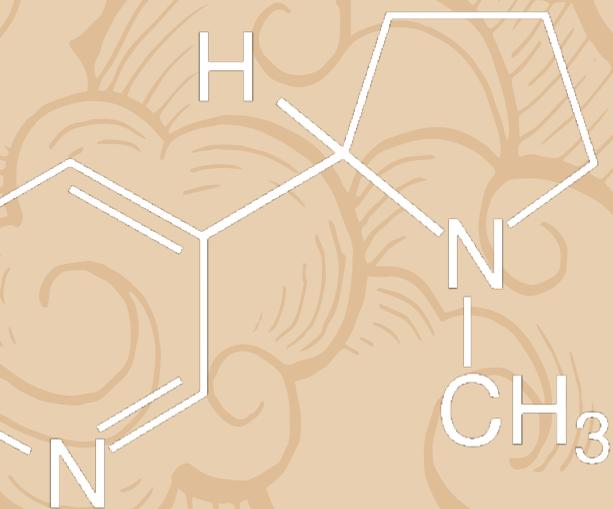
Por años el medio de administración más regulado y, en este sentido, más registrado en encuestas y estudios nacionales de consumo ha sido el cigarrillo tradicional. Ahora bien, los dispositivos para administrar nicotina sin combustión llevan poco más de seis años en el país y mucho se ha especulado sobre su impacto en Colombia. Con la Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas (ENCSPA) de 2019 se puede concluir que “aparecen con fuerza al posicionarse como la cuarta sustancia de más uso para 2019” (Plataforma Nicotina Reducción de Riesgos y Daños, 2020, p. 2).

Respecto a esta vía de administración, categorizada de forma genérica como el consumo de cigarrillos electrónicos, la Encuesta arrojó los siguientes datos: el 5% de las personas encuestadas declara haber usado cigarrillos electrónicos o vapeadores con nicotina alguna vez en la vida y el 0,7% ha usado esta sustancia al menos una vez en el último mes del periodo de referencia de la encuesta (Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), 2020). Es decir que “mientras 2.500.000 personas ya lo han probado al menos alguna vez en la vida, 350.000 lo están consumiendo de manera regular” (Plataforma Nicotina Reducción de Riesgos y Daños, 2020, p. 3).

En este sentido, se concluye que, en Colombia, mientras disminuye el consumo de cigarrillo tradicional, aparecen nuevos dispositivos de administración de nicotina sin combustión. Como bien ha señalado el Ministerio de Justicia y el DANE en la socialización de los resultados de la encuesta, el uso de estos dispositivos se ha presentado como una “alternativa al consumo de tabaco o cigarrillo tradicional” (Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), 2020, p. 5). Por lo tanto, es muy probable que una porción significativa de usuarios de cigarrillos electrónicos o vapeadores con nicotina hayan sido fumadores.

Así mismo, otra cifra relevante para entender el contexto de consumo colombiano de este medio de administración de nicotina es que los vapeadores y calentadores de tabaco aparecen con una edad de inicio de 23 años, mientras el tabaco se mantiene en cerca de los 17 años. En este sentido, los más jóvenes no están entrando al consumo de nicotina por este medio como no lo han querido hacer creer (Plataforma Nicotina Reducción de Riesgos y Daños, 2020).

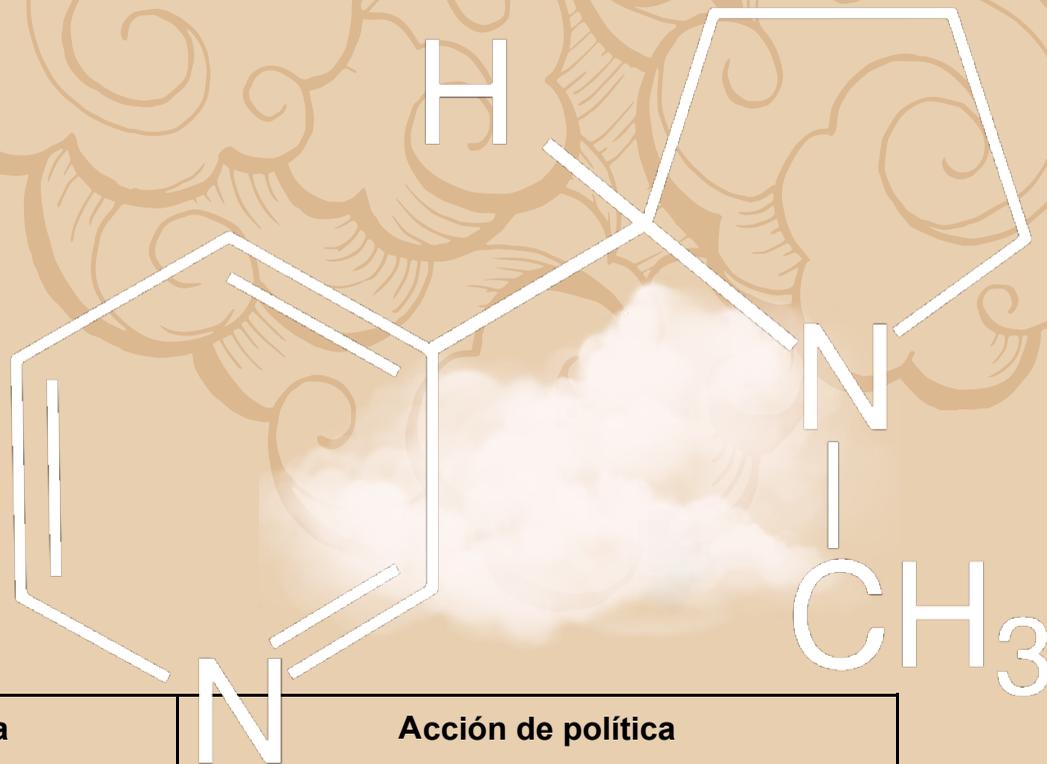
Lo anterior es un resumen de las principales cifras y datos disponibles. Sin embargo, es necesario que las entidades de salud hagan ejercicios regulares y con una metodología pública para poder analizar de forma más detallada la situación nacional de consumo tanto de tabaco, como de las diferentes vías de administración de nicotina. Esto reforzaría y guiaría el seguimiento y la vigilancia en salud, la toma de decisiones, la investigación e, incluso, la efectividad o fracaso de las políticas públicas para abordar este fenómeno.



4.2 Prevención y cesación, la principal y única estrategia adoptada para el consumo de tabaco

En Colombia la principal y única estrategia para enfrentar los riesgos y daños asociados al consumo de tabaco –por combustión– ha sido la adopción del Convenio Marco de la OMS para el control de tabaco, el cuál fue aprobado mediante la Ley 1109 de 2006. Posteriormente, como parte de la implementación de las medidas del Convenio “en el año 2009 se promulgó la Ley 1335, una legislación en la que se promueven los ambientes 100% libres de humo. La reforma tributaria del 2016, Ley 1819, incorporó un impuesto específico fijo a los productos de tabaco” (Instituto Nacional de Cancerología, 2019, p. 3).

Según los informes de la OMS, Colombia presenta indicadores favorables en la mayoría de las estrategias de la Convención: mayor vigilancia, ambientes libres de humo, programas de cesación, advertencias, prohibición a la publicidad, aumento de impuestos y menor acceso a cigarrillos, recomendadas por consenso para todas las naciones. Por ejemplo, en 2017 la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), destacó y reconoció el esfuerzo del gobierno en la lucha contra el tabaco. Este es un resumen de las principales estrategias y acciones de política para el control del tabaco en Colombia:



Estrategia	Acción de política
Protección a las personas del humo de tabaco (Resolución 1956 de 2008)	Prohibición en áreas interiores o cerradas de lugares de trabajo y/o en espacios públicos.
Programas de Cesación del Consumo de Tabaco (Ley 1335 de 2009)	Diseño e implementación de programas de cesación bajo la responsabilidad de las autoridades, aseguradores y prestadores de servicios de salud.
<p>Advertencias sobre los peligros del consumo de tabaco (Resolución 3961 de 2009)</p> <p>Comité de etiquetado y empaquetado (Resolución 1309 de 2012)</p>	<p>Prohibición uso de información falsa o engañosa. Uso, con rotación anual, de pictogramas y mensajes de advertencia en 30% c ajetilla de cigarrillos.</p> <p>Asesoría en trámite y aprobación o rechazo de solicitudes de etiquetado y empaquetado de productos tabaco y sus derivados</p>
Publicidad, patrocinio y promoción (Ley 1335 de 2009)	Prohibición en medios de comunicación masiva, eventos teatrales o conciertos, películas, videos y discos, vallas publicitarias, pancartas, avisos y transmisión de publicidad proveniente del exterior.
Impuestos (Ley 1393 de 2010)	Generó aumentos en las tarifas del impuesto al consumo de cigarrillos y tabaco elaborado.
Impuestos (Ley 1819 de 2016)	

Fuente: (Instituto Nacional de Salud y Observatorio Nacional de Salud, 2019).

Otros instrumentos de política pública que han incluido medidas en torno al tabaco –por combustión– han sido el Plan Decenal de Salud Pública y al Plan Decenal de Control del Cáncer, ambas

proponen metas para el año 2021 como reducir el consumo de tabaco en adultos, retrasar la edad de inicio en adolescentes, consolidar ambientes totalmente libres de humo, y diseñar e implementar guías, programas y servicios de cesación en casi todo el territorio colombiano. Estas metas se constituyen en referentes para el seguimiento y la evaluación de las políticas para el control de tabaco en Colombia (Téllez Neira, Romero-Torres, & Calderón Cortés, 2020, p. 174).

Es así como las entidades de gobierno se abanderan de las políticas públicas que han implementado las advertencias sanitarias y el análisis de su impacto en los costos en términos de salud, la realización de encuestas que vigilan la prevalencia del tabaquismo, la prohibición de todas las formas de publicidad de productos de tabaco, las campañas de comunicación de prevención y el aumento de impuestos a los productos de tabaco y el análisis para determinar su impacto sobre el comercio ilícito.

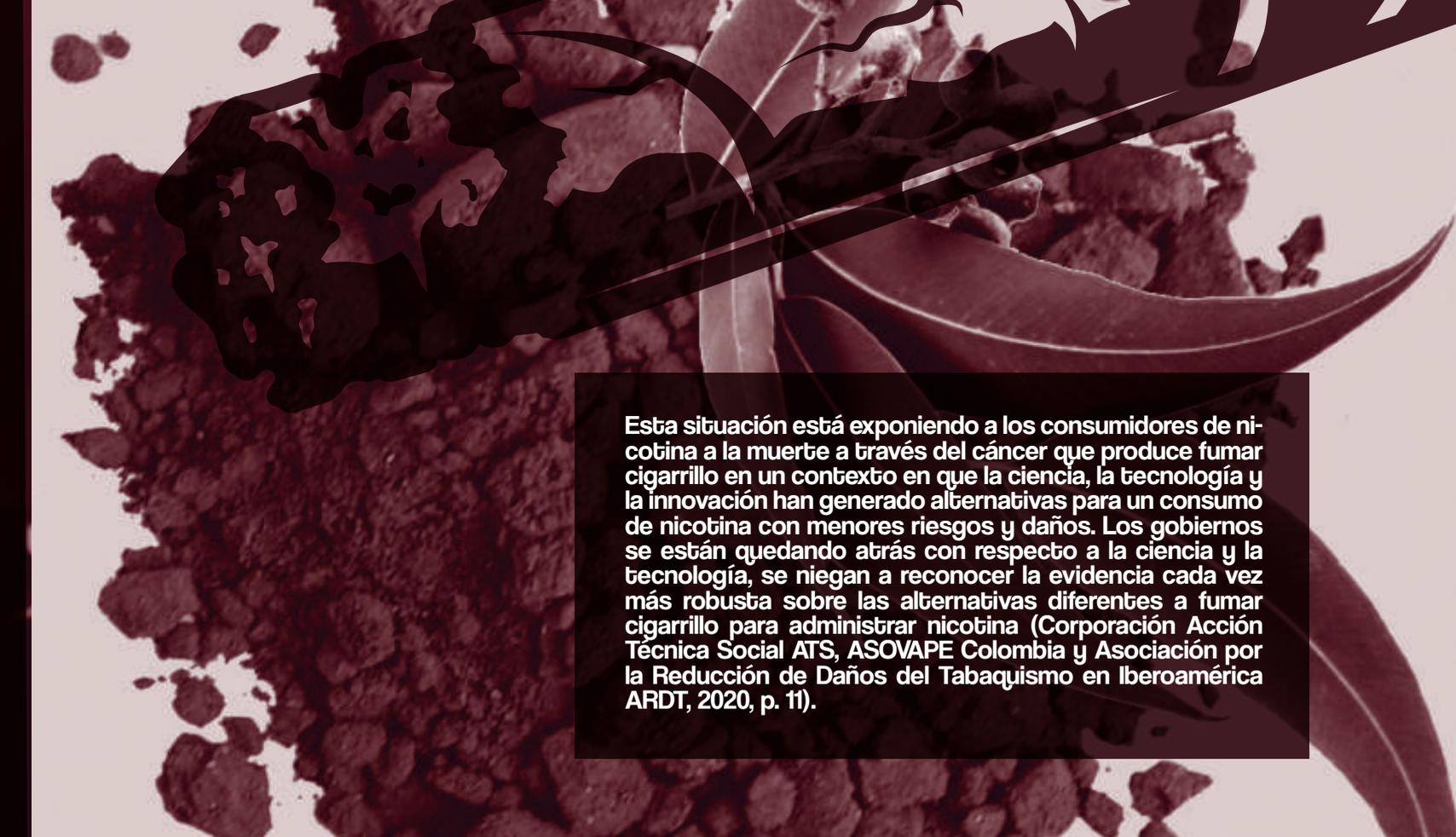
No obstante, en diferentes policy papers, documentos que hacen propuestas y recomendaciones de política pública, que hacen un balance del Convenio Marco en Colombia se ha encontrado que aún faltan progresos en los resultados de los programas de cesación del consumo (Téllez Neira, Romero-Torres, & Calderón Cortés, 2020), generar información sobre asuntos del tabaquismo que las encuestas mencionadas no consideran y, sobre todo, “generar información que permita identificar si esas iniciativas producen resultados positivos, especialmente, el Programa para la Cesación del Consumo de Tabaco y Atención del Tabaquismo, ya que es la única respuesta para brindar ayuda a la población fumadora” (Instituto Nacional de Salud y Observatorio Nacional de Salud, 2019, p. 3).

De esta forma, los programas de cesación son la única oferta pública del gobierno a las personas fumadoras. Se sabe que la mejor manera de reducir el daño es promoviendo la cesación. No obstante, las estadísticas han demostrado que menos del 20% de los fumadores logra dejar de fumar con el uso de esta alternativa. Igualmente, otras terapias basadas en nicotina son efectivas en menos de un 6% al año. Por esta razón, la prevención y la cesación del consumo como estrategia para evitar los daños derivados del consumo de cigarrillo por combustión, no pueden ser las únicas opciones por parte del sistema de salud y el Estado para abordar el consumo de nicotina. En este sentido, ¿cuál es la oferta pública para quienes no pueden o no quieren dejar de consumir nicotina en Colombia? Por el momento ninguna.

Es claro que la cesación del consumo debe ser el objetivo primordial de las estrategias de salud pública, pues elimina los riesgos y daños de la administración de nicotina mediante combustión. No obstante, es necesario reconocer que estas medidas llegan a un punto en el que no responden a las necesidades y las elecciones de los usuarios de nicotina. Partiendo del principio de beneficencia de la ética médica, el cual indica que realizar el mayor esfuerzo para buscar el bienestar de las personas, no puede estar por encima de la decisión del ciudadano por llevar su vida (Toro, 2020).

La ausencia de alternativas no comprende la dependencia a esta sustancia altamente adictiva, las dificultades físicas y psicológicas para algunos fumadores abandonar el consumo. Tampoco contempla respetar que personas mayores de edad decidan no cesar el consumo. Este desconocimiento limita el alcance de las medidas y el cumplimiento del objetivo macro de reducir muertes prematuras causadas por enfermedades transmisibles.





Esta situación está exponiendo a los consumidores de nicotina a la muerte a través del cáncer que produce fumar cigarrillo en un contexto en que la ciencia, la tecnología y la innovación han generado alternativas para un consumo de nicotina con menores riesgos y daños. Los gobiernos se están quedando atrás con respecto a la ciencia y la tecnología, se niegan a reconocer la evidencia cada vez más robusta sobre las alternativas diferentes a fumar cigarrillo para administrar nicotina (Corporación Acción Técnica Social ATS, ASOVAPE Colombia y Asociación por la Reducción de Daños del Tabaquismo en Iberoamérica ARDT, 2020, p. 11).

4.3 ¿Reducción de riesgos y daños en tabaco en Colombia?

4.3.1 Reducción de riesgos y daños sí, pero para tabaco no

Como se mencionó anteriormente, la reducción de riesgos y daños en sustancias psicoactivas es una estrategia más amplia y anterior a la aplicación para el consumo de nicotina. En este mismo sentido, en Colombia se reconoció la reducción de daños como una estrategia de salud pública desde la Política Nacional para la Reducción del Consumo de SPA y su Impacto en el año 2007. En esta Política, es interesante como uno de los ejes operativos es mitigar el impacto negativo, definido como: “evitar/prevenir que quienes ya se han iniciado en el consumo transiten a patrones de uso problema o a la dependencia (prevalencia)” (Ministerio de la Protección Social Dirección General de Salud Pública, 2007, p. 18). Al mismo tiempo, los principios incluidos y promulgados por este instrumento son: adoptar un enfoque participativo y de co-gestión, así como un enfoque integrador; corresponsabilidad; promoción más allá del asistencialismo; y, respeto por los derechos humanos y sociales (Ministerio de la Protección Social Dirección General de Salud Pública, 2007, p. 25).

Es una política que integra elementos innovadores en Colombia, así como resultó en la base para que poco a poco se institucionalizaron a nivel nacional y regional más estrategias de reducción de riesgos y daños, específicas, con recursos y con impacto directo en la población usuaria de algunas sustancias. Por ejemplo, en consumo de alcohol con el Decreto 120 de 2010 que reglamentó la estrategia “Saber Vivir, Saber Beber”. Incluso en el 2012 hizo parte de la Ley 1566 mediante la cual se regula la atención a atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional “entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas, en la cual se reconoce el derecho de las personas usuarias a “ser atendida en forma integral por las Entidades que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud y las instituciones públicas o privadas especializadas” (Congreso de Colombia, 2012, párr. 2).

Más recientemente el enfoque fue incluido y desarrollado en la resolución No. 089 de 2019 del Ministerio de Salud “Política integral para la prevención y atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas” la cual incluye como una línea de acción la “implementación continua y articulada de servicios de reducción de daños, adaptados y diferenciados para personas con consumo problemático que no quieren o no pueden dejar de consumir sustancias psicoactivas”, lo que representaría una oportunidad innovadora y de gran impacto para los usuarios de nicotina (Ministerio de Salud y Protección

Social, 2019, p. 22). Incluso la política reglamenta y permite realizar “respuestas prácticas orientadas al cuidado y bienestar de las personas con consumo problemático que no desean tratamiento, y adaptadas a la realidad local para la reducción de daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019, p. 23).

Este escenario parece muy alentador y viable para implementar ampliamente estrategias de reducción de riesgos y daños para la nicotina, como parte de las sustancias psicoactivas. Sin embargo, en diciembre de 2019, en el evento “Cigarrillo electrónico: una mirada académica de su control” (Universidad del Rosario, 2019) en la Universidad del Rosario, funcionarios representantes del Ministerio de Salud aseguraron que esta resolución no aplicaba para el consumo de nicotina, refiriéndose principalmente al consumo de tabaco.

Al preguntar por la razón técnica y basada en evidencia para decidir excluir solo a los usuarios de esta sustancia, la entidad señaló que la única estrategia para estas personas es la cesación enmarcada en las actividades que adoptan el Marco para el Control de Tabaco. Esta es una posición que preocupa pues, además de no tener una justificación técnica e incluso de análisis regulatorio y normativo, esta entidad de salud no solo niega el derecho a la salud de esta población, sino que también excluye y marginaliza los programas de reducción de riesgos y daños, quitando la oportunidad de avanzar en las mejores condiciones de salud, sociales y económicas de los fumadores.

Por cierto, la misma Defensoría del Pueblo critica el hecho de que el Ministerio de Salud centralice todas las actividades frente al tabaco. Además de ser inefectivo dado que “existe una sobrecarga de funciones en cabeza del Ministerio de Salud que deberían ser ejecutadas de manera articulada con otras entidades del Estado” (Defensoría del Pueblo, 2017, p. 86). Hace falta articulación entre las entidades del orden nacional y los entes territoriales, esta centralización de las competencias en pocas entidades del Estado no permite la innovación pública y la diversidad estratégica por otros actores públicos, y no apoya o incentiva estas estrategias en los actores de la sociedad civil y en el sector privado. En este sentido, la atención y el acceso a servicios para los usuarios de nicotina en Colombia, se está viendo altamente perjudicada por un Ministerio de Salud que no quiere delegar funciones, pero tampoco cambiar los enfoques y darle la oportunidad al potencial de la reducción de riesgos y daños en nicotina.

4.3.2 ¿Por qué es fundamental avanzar en la reducción de riesgo y daño en el consumo de nicotina?

Dejar de fumar es un proceso difícil: las altas tasas de recaída son testimonio de esto. Por ejemplo, las tasas de abstinencia de 6 a 12 meses sin intervención son sólo de alrededor del 3%, con un aumento estimado en puntos porcentuales de entre el 6 y el 15% con la terapia de reemplazo de nicotina (NRT), bupropión o vareniclina (West R, y otros, 2015). Es posible que la NRT no ayude adecuadamente con todos los síntomas de la abstinencia de fumar y, para muchos más, no es un sustituto adecuado del hábito de fumar a largo plazo (Cox & Dawkins, 2018).

Ahora bien, los elementos de la reducción del daño, como el acceso a los cigarrillos electrónicos y los productos de tabaco calentado abordan los aspectos conductuales del tabaquismo además de proporcionar nicotina y se están posicionando como el método con mayor probabilidad para dejar de fumar (West, Beard, & Brown, 2016). Si bien la reducción de riesgos y daños en nicotina tienen objetivo reducir los impactos negativos del consumo de nicotina de menor riesgo, este objetivo abarca estrategias de autocuidado y alternativas para las personas que no quieren o no pueden dejar de fumar para administrarse nicotina.

Actualmente, existe amplia evidencia internacional sobre productos de suministro de nicotina con menor riesgo como son los vapeadores, cigarrillos electrónicos, productos de tabaco calentado y el Snus sueco, este último particularmente ser científicamente más seguro que fumar tabaco.

De acuerdo con Public Health England (Vaping in England: 2020 evidence update summary, 2020), tras la actualización de la revisión de evidencia científica sobre cigarrillos electrónicos y productos de tabaco calentado, reitero en marzo de 2020 que “representa una pequeña fracción de los riesgos de fumar (...) son por lo menos 95% menos nocivos que los cigarrillos”. Asimismo, la European Society of Cardiology, en diciembre de 2019, indicó que existe una evidencia creciente de que son menos dañinos que los cigarrillos convencionales. (...) Existe y siempre habrá una proporción de fumadores que no pueden o no quieren dejar de fumar. En estos casos, los nuevos dispositivos pueden ser útiles para mitigar los efectos devastadores del tabaquismo (Richter, 2019, párr. 39).

Por otro lado, “la provisión de la nicotina a la que los fumadores son adictos, sin los componentes nocivos del humo del tabaco, puede prevenir la mayor parte de los daños derivados del tabaquismo”, según el Royal College of Physicians (Royal College of Physicians of London, 2016).

De esta forma, expertos internacionales han coincidido en que la nicotina, aunque adictiva, no es la principal causa de las enfermedades relacionadas con el tabaquismo y en ese sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) ha reconocido que si la gran mayoría de fumadores de tabaco que no son capaces de dejar de fumar, ni desean hacerlo, se cambiarán sin demora al uso de una fuente alternativa de nicotina con riesgos más bajos para la salud, y eventualmente dejan de utilizarlo, esto representaría un logro significativo en la salud pública (p. 2).

En consecuencia, autoridades y expertos han declarado abiertamente que, además de los esfuerzos del gobierno para prevenir la iniciación en el consumo del tabaco y para incentivar a los fumadores a dejar de fumar, darle a los fumadores acceso a alternativas menos nocivas puede beneficiar la salud pública. Precisamente, este enfoque es el conocido como “reducción del daño”.

Entidades como la FDA y Public Health England reconocen que las políticas medidas de reducción del daño pueden ser herramientas valiosas en el esfuerzo de promover la salud pública por medio de la reducción de la morbilidad y la mortalidad asociadas con el consumo del tabaco, en particular si las compañías aprovechan estas disposiciones para hacer cambios audaces e innovadores en sus productos. Es decir, es necesario aprovechar el potencial de esta estrategia y las alternativas de administración de nicotina para la salud, pero para maximizar esos beneficios, mientras se minimizan los daños y riesgos para la sociedad, se requiere una regulación apropiada, un monitoreo cuidadoso y un buen manejo del riesgo. En efecto, la oportunidad de usar este potencial en una política de salud pública, complementando políticas integrales de control del tabaco existentes, no se debe desaprovechar.



4.4 Regulación de productos de riesgo reducido para la administración de nicotina

En Colombia se comercializan diferentes nuevos productos de riesgo reducido, tanto sistemas electrónicos de administración de nicotina como productos de tabaco calentado desde hace aproximadamente cinco años. En términos de consumo para 2019, el 5% de las personas encuestadas declara haber usado cigarrillos electrónicos o vapeadores con nicotina alguna vez en la vida; y, el 0,7% ha usado esta sustancia al menos una vez en el último mes del periodo de referencia de la encuesta (DANE, 2020).

Hasta el momento es la primera medición a nivel nacional, por lo que no hay datos exactos sobre las tendencias en el consumo. Lo que se sabe hasta el momento es que estos productos aparecen con una edad de inicio de 23 años, mientras el tabaco se mantiene en cerca de los 17 años. También se sabe que, como ha afirmado el Ministerio de Justicia y el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), estos dispositivos se han presentado como una alternativa al consumo de tabaco o cigarrillo tradicional. Por lo tanto, es muy probable que una porción significativa de usuarios de cigarrillos electrónicos o vapeadores con nicotina hayan sido fumadores (DANE, 2020).

Actualmente, la comercialización y venta de los cigarrillos electrónicos y productos de tabaco calentado está sin regular. Hasta el momento entidades como el Ministerio de Industria y Comercio, el Ministerio de Salud y Protección Social, diferentes Congresistas y entidades como el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud y el Instituto Nacional de Cancerología han dado diferentes conceptos y pequeños policy papers desde perspectivas muy específicas sobre estos productos.





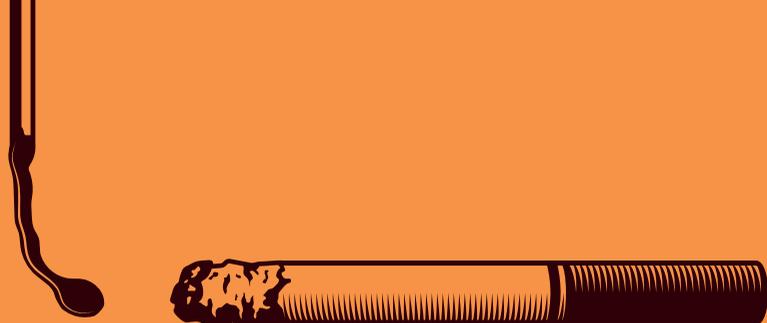
La necesidad de regulación es un hecho que defienden todas las partes del debate: desde entidades del estado y sociedad civil, a productores y usuarios de nicotina. La ausencia de regulación:

- Pone en riesgo a los usuarios de nicotina, pues al no ser vigilada la comercialización y venta, los consumidores no tienen certeza y garantía frente a la seguridad de los productos, no tienen el acceso a la información adecuada, y no existe la pedagogía necesaria para su uso.
- Aumenta el riesgo de propagación de mercados negros o comercios informales de estos productos; esto impacta nuevamente a los usuarios de nicotina; expone a poblaciones a los que no van dirigidos como niños, niñas y adolescentes; se crean distorsiones en los precios y canales de distribución no autorizados; no se devengan impuestos de estos productos.
- Expone a los niños, niñas y adolescentes frente a las restricciones y prohibiciones al acceso, al no tener mecanismos claros de sanción por este tipo de prácticas.
- Imposibilita la posibilidad de hacer vigilancia y seguimiento al uso, las tendencias de cambio de cigarrillo tradicional a formas de riesgo reducido sin combustión.
- Niega la oportunidad de adelantar estrategias de salud pública desde prevención, hasta programas de reducción de riesgos y daños para quienes no quieren o no pueden dejar de administrarse nicotina.
- Desincentiva el crecimiento de la innovación en los productos para tener mejores resultados en salud para los usuarios, así como no se invierten o destinan recursos para investigación, desarrollo de más evidencia y estudios sociales de sus aportes a aspectos no solo en salud, sino sociales y económicos.

4.4.1 Iniciativas de regulación: ¿centrada en los productos o centrada en los usuarios de nicotina?

A medida que los productos empezaron a popularizarse en el país, en el Congreso de la República se han presentado desde el 2014 varios proyectos de ley para regular los dispositivos de riesgo reducido. Las propuestas se debaten en términos generales entre las alternativas regulatorias de considerarlos: 1. como productos sucedáneos del tabaco, en el marco de la legislación vigente; 2. como producto de consumo humano, con una regulación propia. La tendencia mayoritaria han sido las propuestas de incluirlos dentro de la misma regulación de los cigarrillos tradicionales.

Las apuestas regulatorias, en la mayoría de los casos, se han concentrado exclusivamente en lo relacionado con los productos, es decir, el centro de este fenómeno se concibe desde el producto y no los usuarios. En efecto, las disposiciones principales han sido en torno a los productos de administración de nicotina sin combustión: el seguimiento de la venta, comercialización y distribución; prohibición de venta a menor de 18 años; publicidad; lugares de consumo; conceptos de entidades públicas de salud; información sobre los productos; y, etiquetado.



Proyecto	Alternativa de regulación	Disposiciones	Estado
2014 96/14 Cámara - 130/15 Senado "Por medio de la cual se regula la comercialización, distribución, publicidad y promoción de sistemas electrónicos de administración de nicotina y cigarrillos electrónicos. [Cigarrillos electrónicos]"	Como productos sucedáneos del tabaco, en el marco de la legislación vigente	-Extensión de la Ley 1335 de 2009 a productos relacionados con su objeto y a otros dispositivos. La presente ley se aplicará, en la integralidad de su texto, a sustancias relacionadas con el tabaco, el cigarrillo, la nicotina y demás que se clasifiquen como sucedáneos o equivalentes. También se aplicará a dispositivos como el cigarrillo electrónico. -Vigilancia de datos por el INVIMA	Archivado por Tránsito de Legislatura
2016 124/16 Cámara "Por medio de la cual se modifica la Ley 1335 de 2009 para extender la regulación a sistemas electrónicos de administración de nicotina, sucedáneos derivados y otros. [Cigarrillo electrónico]"	Como productos sucedáneos del tabaco, en el marco de la legislación vigente	-Publicidad y la promoción del tabaco. -Programas de salud y educación tendientes a contribuir a la disminución de su consumo -Protección menores de 18 años de edad -Fomentar el abandono de la dependencia del tabaco - La Ley 1335 de 2009 en toda su extensión será aplicada - Deberán presentar anualmente, o cuando el Ministerio de Salud y Protección Social lo solicite	Archivado en Debate
2017 167/17 Cámara "Por medio de la cual se regula el consumo, publicidad y comercialización de aparatos de vaporización electrónica (Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina y Sistemas Similares Sin Nicotina "SEAN/SSSN"). [Cigarrillo electrónico]"	Como producto de consumo humano, con una regulación propia	-Comercialización, distribución, venta, -Publicidad, promoción y patrocinio. -Régimen de inspección, vigilancia y control de los productos. -Prohibición de Lugares de consumo - Derechos de las personas no consumidoras - Etiquetado y Advertencias sanitarias. - Suministro de Información al Invima.	Archivado por Tránsito de Legislatura

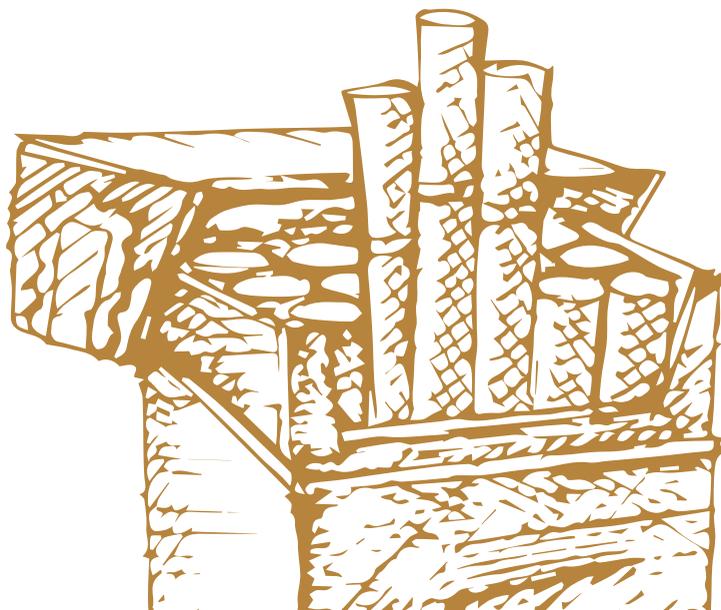


Con el transcurrir de los años y debates, tanto el Congreso de la República como el Ministerio de Salud ha demostrado quedarse en las mismas propuestas, no hay creatividad o innovación pública, así como tampoco se ha incluido la participación de otros actores para adoptar disposiciones sobre otros temas de interés en torno a los nuevos dispositivos y su potencial para la reducción de riesgo y daño en el consumo de tabaco.

En noviembre de 2019, el Ministerio de Salud se empeñaba en decir que la reducción de riesgo y daño no era posible para el consumo de nicotina. Con este argumento, más político que técnico, no solo va en contravía de la Política de Sustancias Psicoactivas aprobada en febrero del mismo año, sino que pretende impulsar la regulación de dispositivos electrónicos bajo la misma regulación del control de tabaco (Quintero, 2020, p. 129).

Sin embargo, es notable como la voluntad política mayoritaria se rehúsa a avanzar en los argumentos técnicos, en la revisión de evidencia tanto científica como social de casos como los impactos de la regulación diferenciada de los productos respecto a cigarrillos en países como Japón, Nueva Zelanda, Reino Unido y otros que se van sumando al objetivo de reducir las tasas de mortalidad y morbilidad bajo estrategias innovadoras y efectivas.

Esta estrategia podría hacer aportes sustanciales, de acuerdo con expertos en nicotina, al Objetivo de Desarrollo Sostenible de reducir muertes prematuras causadas por enfermedades transmisibles (ODS 3, meta 4) (Letter from seventy-two specialists in nicotine science, policy and practice, 2018). Por ejemplo, en Estados Unidos, la American Cancer Society indica que se deben adelantar las estrategias necesarias para acelerar significativamente el abandono o sustitución de productos de tabaco combustible, los cuales continúan siendo de lejos la principal causa de cáncer y muertes prevenibles (American Cancer Society, 2018).



De hecho, el Ministerio antes de reforzar las medidas de prevención y de cesación, fortalecer su oferta en salud pública en torno a el cigarrillo combustible, sus informes de rendición de cuentas se han concentrado en el impulso de la regulación de los nuevos productos sin combustión para la administración de nicotina en la regulación vigente de tabaco. Este esfuerzo y trabajo se ha repetido una y otra vez desde hace tres años, y que no evoluciona en los argumentos técnicos, en la evidencia, en los enfoques o en las disposiciones que propone.

Sin embargo, llama la atención que el Ministerio de Comercio tiene una posición completamente diferente al Ministerio de Salud. A pesar de que solo se pronunció oficialmente en 2019 sobre el tema, es relevante resaltar que esta entidad si considera la necesidad de una regulación diferenciada. “Dadas las implicaciones económicas de los asuntos regulatorios mal contruidos, una regulación adecuada debe cumplir con las siguientes características: 1) proteger interés público y apoyar el buen gobierno; 2) regulación moderna y transparente; 3) debe basarse en datos empíricos y en un análisis costo / beneficio; 4) debe respaldar la economía competitiva. Por último, cerró su intervención con una sugerencia general para que las decisiones se tomen de acuerdo con estudios, análisis de costo beneficio y de impacto normativo que permitan blindar la decisión en materia de regulación”.

En términos de participación, solo hasta 2019 se adelantó una audiencia pública en el Congreso de la República en la que se escuchó de manera muy breve la necesidad de cambiar el enfoque, tomar decisiones basadas en evidencia, así como tener un debate abierto y centrado en las ciencias y la reducción de riesgo y daño. En este participaron algunos representantes de la sociedad civil y, a pesar de que las opiniones no fueron parte de las modificaciones de los proyectos de ley que estaban en curso en ese momento, sí se sentó un precedente de que las personas usuarias de nicotina no son sólo objeto de la regulación, sino que por el contrario, se requiere de su proactividad para no trasgredir sus derechos a la salud y al derecho a la libre personalidad, así como medidas más efectivas que respondan a sus necesidades en los ámbitos sociales y de salud entorno a su consumo.

Solo hasta hace un año los debates de estos proyectos y una de las iniciativas empiezan a incluir perspectivas más amplias de salud pública, y no solo comerciales, como por ejemplo disposiciones que abordan la integralidad de los productos con la no imposición de tantas barreras al acceso a servicios de salud con un enfoque de cesación pero también de reducción de riesgo y daño, programas educativos, respeto a derechos humanos, participación de los usuarios de nicotina en las regulaciones que les impacten, entre otros.

4.4.2 Riesgos e impacto de no tener una regulación diferenciada y proporcional al riesgo de los productos de riesgo reducido para la administración de nicotina sin combustión

Desde la Plataforma Nicotina Reducción de Riesgos y Daños hay un apoyo total frente a la necesidad de regular los nuevos productos de nicotina sin combustión, toda vez que llevan poco más de seis años en el país, y mucho se ha especulado sobre su impacto en Colombia. Con la Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas ENCSPA 2019 podemos concluir que aparecen con fuerza en los últimos cinco años al posicionarse como la cuarta sustancia de más uso para 2019.

Sin embargo, a estos datos es necesario darles una lectura en términos de las medidas más efectivas de salud pública. De acuerdo con la ENCSPA 2019 (DANE, 2020), los vapeadores y calentadores de tabaco aparecen con una edad de inicio de 23 años, mientras que el tabaco se mantiene en cerca de los 17 años. En este sentido, los más jóvenes no están entrando al consumo de nicotina por este medio. Los datos permitirán formular e implementar medidas enfocadas en los territorios y grupos etarios de manera diferencial, considerando diferentes enfoques integrales de salud pública, entre la protección de niños, niñas y adolescentes, la prevención del consumo y la reducción del riesgo y daño. Se hace nuevamente mención en este video que, el mismo DANE, el Ministerio de Justicia e incluso el CICAD de la OEA, indican que el “consumo de cigarrillos electrónicos o vapeadores con nicotina se ha presentado como una alternativa al consumo de tabaco tradicional” (Ministerio de Justicia y del Derecho, 6 agosto 2020).

En el mismo sentido, debería adoptarse una regulación proporcional al riesgo que refleje sus diferencias respecto a los impactos en la salud, basados en evidencia. Desde la Plataforma Nicotina Reducción de Riesgos y Daños se exige continuar estudiando estos productos, así como investigar sus efectos a largo plazo. Al mismo tiempo, se considera que hay información suficiente para no detener más los potenciales beneficios del enfoque de reducción de riesgo y daño en nicotina, incluidas entre las estrategias la regulación proporcional y diferencial de los productos de nicotina sin combustión. El conocimiento actual, basado en procesos físicos y químicos involucrados, toxicología de las emisiones y los marcadores biológicos de la exposición, considerando los patrones complejos de uso, son evidencia concluyente de que son significativamente menos novios que el cigarrillo tradicional.

Las consecuencias regulatorias de optar por ampliar el marco para el control del tabaco y las medidas tradicionales de cigarrillo combustible a los productos de riesgo reducido, impacta a múltiples actores, además de aumentar los riesgos en el consumo y negar la oportunidad potencial de obtener resultados de salud pública, derechos humanos, sociales y económicos.

- Equiparar la regulación de los dispositivos sin combustión con el cigarrillo tradicional puede limitar la capacidad de convencer a los fumadores adultos a migrar a alternativas de nicotina menos riesgosas. Incluso, algunos expertos en salud pública consideran que esto tan sólo prolongar innecesariamente la epidemia del tabaquismo. Expertos en salud señalan que “es importante aclarar las diferencias entre la nicotina y varios productos, ya que el daño relativo percibido puede influir en los riesgos y daños futuros, lo que, a su vez, podría afectar las tasas de abandono y la salud pública” (Rajkumar, Adibah, Paskow, & Erkkila, 2020, párr. 7).

- Equiparar los productos bajo la misma regulación y las mismas estrategias limita la posibilidad de adoptar medidas diferenciadas y hacer un seguimiento y una evaluación que permita asociarlos a los objetivos de salud pública. Si las formas de administración de nicotina son diferentes los riesgos derivados de estas también pueden serlo, es por eso que la información diferenciada es fundamental para tomar medidas particulares sobre cada uno de los dispositivos. Es así como las medidas asociadas a los productos como, por ejemplo, etiquetado, impuestos, información de producto, entre otros, deben ajust-



tarse de manera proporcional, de tal manera que proteja a las poblaciones a las que no van dirigidos los productos, sin poner barreras a las personas consumidoras de nicotina.

- Para que la reducción del daño del tabaco sea una estrategia viable, se debe convencer al público de la evidencia de los riesgos relativos más bajos de los productos de menor riesgo. Adicionalmente, se deben proyectar los resultados y los indicadores de éxito no a la cesación sino a los avances y mejoras en términos de salud, calidad de vida, derechos humanos, aspectos socioeconómicos. En este caso, regular igual y brindar la misma información de todos los productos que entregan nicotina, sin importar su vía de consumo (con combustión o sin combustión), tan solo proporciona información inapropiada y errónea a los usuarios con respecto a los riesgos asociados a cada producto e indicaría que todos cuentan con el mismo perfil de riesgo. Por lo tanto, no daría oportunidad a la implementación de estrategias de reducción de riesgos y daños amplias e integrales.

- La regulación para el control del tabaco restringe por completo las estrategias de información y participación de los usuarios de nicotina, como parte integral de la estrategia de salud pública. La regulación no debe restringir la capacidad de los ciudadanos de ejercer sus libertades fundamentales para tomar decisiones y aún más si éstas pueden tener efectos significativos sobre el riesgo en su salud individual. Por lo anterior, los fumadores adultos tienen derecho a tener acceso e información sobre productos que representan una mejor opción que los cigarrillos.

- La regulación no debe imponer incentivos negativos a la innovación tecnológica y a la investigación sobre estos productos. Con una regulación igual a la de los cigarrillos electrónicos, incide de manera negativa y desincentiva el crecimiento de un mercado que ya exigen y buscan los usuarios, y a los que los productores, tanto grandes como pequeños, han contestado con investigación y desarrollo de productos cada vez más seguros y efectivos.



En efecto, la regulación diferenciada y proporcional al riesgo de los dispositivos sin combustión, como parte de una estrategia de salud pública integral, hace parte de la solución y no parte del problema (Letter from seventy-two specialists in nicotine science, policy and practice, 2018). Toda vez que, puede resultar en un aporte significativo en la reducción de la carga de enfermedades no transmisibles, y hacerlo de manera más efectiva e integral tanto para los usuarios de nicotina, como para los sistemas de salud.

Los productos de riesgo reducido no van a reemplazar las acciones de prevención, prohibición, regulación, restricción y cesación que buscan las leyes actuales, por el contrario, las van a complementar en la búsqueda de transiciones regresivas para abandonar el consumo y la sustitución hacia otros dispositivos de menor riesgo. Colombia puede ser pionera en esta tarea si buscamos proteger realmente a los menores de edad y posiblemente darle unos años más de vida a los miles de usuarios con dependencia a la nicotina que ya tienen claro que no la van a abandonar (Corporación Acción Técnica Social, 2019).

La salud pública en consumo de sustancias psicoactivas con el enfoque de reducción de riesgos y daños, la tecnología con la creación de dispositivos de administración de nicotina sin combustión y la construcción de política pública que exige la participación de las personas afectadas por estas, son tres ejemplos claros de las innovaciones en los últimos 20 años que antes no existían, por eso una regulación diferenciada moderna debe incorporar estos elementos como parte de su desarrollo para responder a así a las nuevas realidades del consumo de nicotina. El mundo lo está haciendo y Colombia no puede quedarse atrás en este sentido.

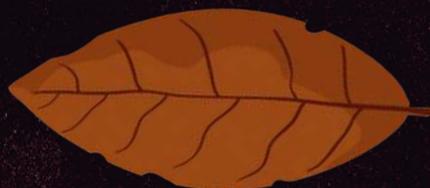


4.5 Referencias

- American Cancer Society. (2018). American Cancer Society Position Statement on Electronic Cigarettes. Disponible en: Obtenido de <https://www.cancer.org/healthy/stay-away-from-tobacco/e-cigarette-position-statement.html>
- Congreso de Colombia. (2012). Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional "entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias" psicoactivas.
- Corporación Acción Técnica Social ATS, ASOVAPE Colombia y Asociación por la Reducción de Daños del Tabaquismo en Iberoamérica ARDT. (2020). Reducción de riesgos y daños para el consumo de nicotina. Una opción frente al Covid-19. Obtenido de Echele Cabeza: <https://www.echelecabeza.com/reduccion-de-riesgos-y-danos-para-el-consumo-de-nicotina/>
- Corporación Acción Técnica Social. (2019). Vapear y calentar no es fumar. Es hora de regular. Obtenido de <https://www.acciontecnicasocial.com/vapear-y-calentar-no-es-fumar-es-hora-de-regular/>
- Cox, S., & Dawkins, L. (2018). Global and local perspectives on tobacco harm reduction: what are the issues and where do we go from here?
- DANE. (2020). Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas (ENCSPA) Periodo de referencia 2019.
- Defensoría del Pueblo. (2017). Informe de seguimiento al cumplimiento del convenio marco de la OMS para el Control del tabaco en Colombia. Disponible en: https://www.defensoria.gov.co/public/pdf/Informe_tabaco.pdf
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) . (2020). Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas (ENCSPA). Obtenido de Boletín Técnico: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/encspa/bt-encspa-2019.pdf>
- Instituto Nacional de Cancerología. (2016). CESACIÓN TABÁQUICA: Compilación de las recomendaciones actualizadas para Profesionales de la salud en Colombia. Bogotá.
- Instituto Nacional de Cancerología. (2019). Estadísticas del tabaquismo. Obtenido de Subdirección de Investigación, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención: <https://www.cancer.gov.co/files/libros/archivos/Hoja%20informativa%20tabaco%202019.pdf>
- Instituto Nacional de Salud y Observatorio Nacional de Salud. (2019). Políticas públicas en lucha contra el tabaquismo en Colombia: avances y desafíos. Bogotá.
- Letter from seventy-two specialists in nicotine science, policy and practice. (2018). Innovation in tobacco control: developing the FCTC to embrace tobacco harm reduction. Obtenido de <https://clivebates.com/documents/WHOCOP8LetterOctober2018.pdf>
- Ministerio de la Protección Social Dirección General de Salud Pública. (2007). Política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto: resumen ejecutivo. Obtenido de http://www.odc.gov.co/Portals/1/Docs/politDrogas/politica_nacional_consumo.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Reduce consumo de tabaco en Colombia. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Reduce-consumo-de-tabaco-en-Colombia.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). Colombia es galardonada por sus logros contra el tabaco. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-es-galardonada-por-sus-logros-contra-el-tabaco.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). Consumo de tabaco le costó a Colombia 17 billones de pesos en 2017. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Consumo-de-tabaco-le-costo-a-Colombia-17-billones-de-pesos-en-2017.aspx#:~:text=Reporta%20que%2C%20en%20el%20a%C3%B1o,antes%20de%20los%2070%20a%C3%B1os.>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/politica-prevencion-abencion-spa.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Colombia mantiene tendencia a la baja en consumo de tabaco. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-mantiene-tendencia-a-la-baja-en-consumo-de-tabaco.aspx>
- Ministerio de Justicia y del Derecho. (6 agosto 2020). Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas. (Archivo de video) Recuperado de: <https://www.facebook.com/543810628990655/videos/582765492408231>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Electronic Nicotine Delivery Systems and Electronic Non-Nicotine Delivery Systems (ENDS/ENNS) Report by WHO. Obtenido de https://www.who.int/fctc/cop/cop7/FCTC_COP_7_11_EN.pdf?ua=1
- Plataforma Nicotina Reducción de Riesgos y Daños. (2020). Cigarrillo tradicional Vs. Dispositivos Electrónicos sin Combustión en la Encuesta Nacional de Consumo 2019. Obtenido de Corporación Acción Técnica Social: <https://www.acciontecnicasocial.com/cigarrillo-tradicional-vs-dispositivos-electronicos-sin-combustion-en-la-encuesta-nacional-de-consumo-2019/>
- Public Health England . (2020). Vaping in England: 2020 evidence update summary. . Obtenido de https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/869401/Vaping_in_England_evidence_update_March_2020.pdf
- Quintero, J. (2020). Échele Cabeza: una mirada al consumo de sustancias y a cómo se drogan los colombianos. Planeta.
- Rajkumar, S., Adibah, N., Paskow, M. J., & Erkkila, B. E. (2020). Perceptions of nicotine in current and former users of tobacco and tobacco harm reduction products from seven countries. *Drugs and Alcohol Today*.
- Richter, D. J. (2019). Cardiologists and smoking alternatives: what we should know. *E-Journal of Cardiology Practice*, 18, 4.
- Royal College of Physicians of London. (2016). Nicotine without smoke Tobacco harm reduction. Royal College of Physicians of London.
- Tellez Neira, L. M., Romero-Torres, S., & Calderón Cortés, M. I. (2020). Implementación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco y la Prevención del Cáncer en Colombia. *Revista Ciencias de la Salud*, 18(1), 169-1.
- Toro, M. (2020). Ponencia Negativa Tercer Debate Proyecto de Ley 218/19 Cámara de Representantes 174/2019 Senado. Bogotá: Gaceta Oficial Congreso de la República de Colombia.
- Universid del Rosario. (2019). Cigarrillo electrónico: una mirada académica de su control. Obtenido de <https://www.urosario.edu.co/Periodico-NovaEtVetera/Politica/Cigarrillo-electronico-una-mirada-academica-de-su/>
- West R, R. M., Bittton, J., Stapleton, J., McRobbie, H., Pokhrel, S., Lester-George, A., & Borland, R. (2015). Health-care interventions to promote and assist tobacco cessation: a review of the efficacy, effectiveness and affordability for use in ational guideline development.
- West, R., Beard, E., & Brown, J. (2016). Smoking toolkit study: electronic cigarettes in England—latest trends. Obtenido de <http://www.smokinginengland.info/latest-statistics/>

CAPÍTULO 5: HACIA DÓNDE DEBERÍAMOS IR Y EL PAPEL DE LA ACCIÓN COLECTIVA PARA LA REDUCCIÓN DE RIESGO Y DAÑO EN NICOTINA, EN EL CENTRO LOS USUARIOS

La historia que queremos contar es un breve resumen de nuestra experiencia como organización y nuestro recorrido para abordar una posición y una propuesta para el uso de nicotina. Buscamos compartir nuestra experiencia y nuestro aporte desde la perspectiva de la reducción de riesgos y daños. Tenemos el desafío de sistematizar el trabajo que vienen adelantando muchas organizaciones, las transformaciones en el debate, la expansión de los grupos de interés que han escuchado y unido a la reducción de riesgo y daño en nicotina. Es necesario hacer contra peso al mainstream antitabaco, contando la historia de cada organización. Estamos aprendiendo de todas las plataformas, redes, alianzas y organizaciones interesadas en la reducción de riesgo y daño en el consumo de tabaco.



5.1 Las iniciativas colectivas en el mundo y la región en torno a la reducción de riesgos y daños en nicotina

5.1.1 Impulso tecnológico de alternativas al cigarrillo y la oportunidad de nuevas demandas mediante la acción colectiva

Es así como la voz de los fumadores no se hizo visible en los diferentes procesos internacionales de regulación del tabaco y, de seguro, había personas con una perspectiva diferente a la adoptada en el Convenio Marco, pero sus argumentos no llegaron a estos escenarios y no se tradujeron en disposiciones del tratado. Sin embargo, desde principios de la década, de manera paralela a la creación de nuevos dispositivos electrónicos para la administración de nicotina, se empezaron a crear organizaciones o grupos de defensa con el objetivo del derecho de los consumidores a acceder a alternativas de reducción de daños.

En Australia, Nueva Zelanda, Reino Unido, Estados Unidos, en la Unión Europea, en Asia Pacífica, y posteriormente en África y América Latina empezaron a surgir organizaciones no solo de usuarios de tabaco que buscaban alternativas que redujeran los impactos negativos en su salud ante el auge de nuevas formas de administración de la sustancia, sino que, desde un principio, en éstas empezaron a participar académicos, científicos, defensores de derechos humanos, comunidad médica, activistas de reducción de riesgos y daños y hasta pequeñas industrias productoras de estos nuevos productos. Son organizaciones que, en medio de múltiples prioridades, comparten en una amplia mayoría que “las personas tienen que estar en el centro de las decisiones sobre su salud; necesitan opciones y ejercer control sobre su propio bienestar. (...) además de su derecho fundamental de disfrutar el más alto nivel de salud alcanzable, incluida el acceso a la información y los productos para lograrlo” (Knowledge•Action•Change, 2020, pp. 8-9).

Las organizaciones y las redes que defendemos a nivel local, regional y a nivel mundial la adopción de la reducción de riesgo y daño como la interacción entre la salud pública y los derechos humanos somos diversas en cuanto a tipo de miembros, tipo de organización, alcance, formato, formas de intervención. Algunas están concentradas en los dispositivos, el acceso a ellos, la innovación y la producción de los pequeños en el mercado. Otras, en cambio, están concentradas en la perspectiva de derechos humanos y la adopción de los aciertos y la efectividad de la reducción de riesgo y daño. Otras también se hayan enfocadas en la difusión de información, de comunicación y de evidencia, mientras que otras, están direccionadas a la incidencia en políticas públicas, regulaciones y escenarios de decisión.



No obstante, se han establecido unos acuerdos comunes, partiendo desde una perspectiva común frente al derecho a la salud, frente a la oportunidad de implementar nuevas medidas para enfrentar la tasa de mortalidad y morbilidad relacionada con el tabaco, con el interés de más investigación y aprovechamiento de la innovación de pasar de combustión a calentamiento, una perspectiva que ponga en el centro los consumidores de tabaco y proteja a los que no lo son, la participación y el diálogo, entre otros. Con la diferencia de atender y moldear la actividad en los momentos regulatorios particulares de cada país, los grados de uso de los diferentes tipos de medios de administración de nicotina, la adopción del enfoque por la comunidad médica y académica, la disponibilidad de los productos, las presiones y las voluntades políticas de los antitabaco y ahora antivapeo.

5.1.2. Plataforma Nicotina: la reducción de riesgos y daños, nuestra apuesta en Colombia y Latinoamérica

Llegamos a la nicotina desde las otras sustancias psicoactivas y no nos estamos refiriendo a la desinformación sobre cómo unas sustancias son puerta de entrada. Nos referimos a que el trabajo con usuarios de sustancias psicoactivas legales e ilegales desde la Corporación Acción Técnica Social (ATS) (2015) y sus múltiples proyectos desde el 2008, es que hoy posicionan a la organización como “fundamental en el cambio de paradigma en Bogotá y Colombia en cuanto al tema de drogas” (Quintero, 2020, p. 119). Este camino nos hizo llegar a fumadores, exfumadores, usuarios de tabaco, pero a quienes nunca les habíamos ofrecido servicios directamente con esta sustancia, sino con otras.



Mediante el proyecto Échele Cabeza cuando se de en la cabeza (2018) estábamos en contacto con los usuarios de nicotina y lentamente empezaron a preguntar por las alternativas a fumar cigarrillos, los dispositivos electrónicos sin combustión, el mercado del calentamiento de tabaco, el rapé, el ambil o el snus. Nosotros no estábamos concentrados en nicotina, a pesar de ser una de las sustancias más consumidas y con mayores prevalencias. Una omisión involuntaria, derivada de los riesgos de las sustancias psicoactivas ilegales y la total desinformación sobre ellas. El proyecto Échele Cabeza reconocido como la principal estrategia de reducción de riesgos y daños para consumidores recreativos no problemáticos de América Latina, lleva 10 años generando y difundiendo información sobre Sustancias Psicoactivas (SPA) para la reducción de riesgos y daños, orientado a promover y fortalecer la capacidad de decisión y respuesta de la población joven vulnerable y no vulnerable frente al consumo, así como la generación de prácticas de autocuidado hacia personas usuarias no problemáticas de SPA. Es entonces una estrategia que estimula la cultura de la gestión de riesgo y el placer, sin importar si se habla de sustancias legales, ilegales, comportamientos sexuales, convivencia o hábitos de rumba (Echele Cabeza, 2018).

Si bien no era el enfoque del proyecto tener una oferta clara a los usuarios de nicotina, o por lo menos no una tan específica, resultó

interesante ir evidenciando que la industria del tabaco está preocupándose por desarrollar dispositivos o formas de consumo de nicotina diferentes a la combustión, (...) así como incorporando en sus políticas corporativas el concepto de reducción de riesgos y daños, algo que no han hecho otras industrias como la del alcohol, el café o el azúcar, sustancias psicoactivas legales potencialmente dañinas (Quintero, 2020, p. 128).

La innovación tecnológica, los derechos de las personas consumidoras, el enfoque de reducción de daños y la negativa de la aplicación de este enfoque al consumo de una sustancia psicoactiva legal como la nicotina nos llevó a emprender este camino para mejorar las calidad de vida de quienes no pueden o no quieren dejar de consumir nicotina.

En esta marcha nos encontramos con ASOVAPE (Asociación Colombiana de Vapeadores, 2016) que “nace como una ini-

ciativa sin ánimo de lucro con la promesa de proteger los derechos de los vapeadores colombianos y discutir temas de interés mutuo entre la comunidad” (párr. 1) que reúne otras asociaciones similares en América Latina en la red ARDT (Asociación por la Reducción de Daños del Tabaquismo) quienes han permitido compartir y articular puntos de vista sobre la necesidad de abrir el debate, aportar evidencia y participar para impulsar los cambios que requiere el estado actual del debate.

5.1.3 Red multiactor y en el centro los usuarios de nicotina: nuestra Plataforma

En el contexto de debate de regulación de dispositivos de administración de nicotina, la desinformación movilizaba por los medios de comunicación igual que con las drogas, una industria incluyendo el concepto de reducción de riesgos y daños en su estrategia, unas organizaciones de vapeo formándose y creciendo, y nuestro deseo de impactar o llegar, con esta nueva información y evidencia de la cual seguimos aprendiendo, a usuarios de nicotina que están lejos del radar de nuestros proyectos actuales en drogas, surge la Plataforma: Nicotina: reducción de riesgos y daños.

Este proyecto surge de la contradicción en el abordaje del consumo de sustancias psicoactivas que permite acciones de reducción de riesgos y daños para sustancias legales como el alcohol e ilegales como la heroína, pero prohíbe la implementación de este enfoque en el consumo de nicotina. La reducción de riesgos y daños es para todas las sustancias psicoactivas legales e ilegales.

Consideramos que en los últimos 20 años hay avances significativos en la ciencia y tecnología que permiten el consumo de nicotina con menor riesgo y daño, como por ejemplo la eliminación de la combustión que es la principal causante de cáncer por el uso de tabaco, así mismo, incorporamos los desarrollos en políticas de salud pública que han permitido reconocer que entre la prevención y la cesación del consumo, deben existir estrategias para quienes no pueden o no quieren dejar de usar nicotina. Por último, consideramos que la voz de los usuarios de nicotina son determinantes en el desarrollo de políticas públicas, leyes, tratamientos, campañas y por eso adoptamos la frase de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas a nivel mundial: “Nada sobre nosotros, sin nosotros”.



Quisimos entrar a abordar este tema desde nuestra experiencia, la reducción de riesgos y daños y la ruptura de paradigmas para la transformación de las políticas públicas en torno a las sustancias, en este caso la nicotina. Nuestra apuesta ha sido una declaración mediante la que buscamos conectar usuarios de nicotina, referentes científicos, expertos, interesados, académicos, políticos, activistas, representantes y miembros de otras organizaciones de reducción de riesgos y daños, médicos, personal de la salud, influenciadores de opinión política en Colombia, en Latinoamérica y en el mundo.

5.2 ¿Hacia dónde deberíamos ir?

#NicotinaReduccióndeDaños

El prohibicionismo fracasó tanto para las sustancias legales como para las ilegales, continuar con el camino de la represión, la estigmatización y el castigo que acorrala el libre desarrollo de la personalidad de las personas adultas, solo nos ancla al pasado. Los próximos 10 años tendrán como escenarios permanentes la regulación diferenciada para el uso de sustancias psicoactivas, ya sea que se legalicen sustancias ilegales como la marihuana, el MDMA, la heroína y cocaína, al paso que se restringen sustancias legales como el azúcar y el café. Los dispositivos para uso de nicotina tendrán un amplio capítulo en esta transición. El otro componente será la participación de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas en la construcción e implementación de políticas públicas. Ya no son delincuentes como en los noventa, tampoco enfermos como a principios del siglo XXI, ahora son ciudadanos y ciudadanas que exigen derechos.

Para introducir el enfoque de la reducción de riesgos y daños en el consumo de nicotina, así como visibilizar y hacer exigibles los derechos que tienen las personas consumidoras de nicotina mayores de edad. Esta es nuestra declaración (Plataforma Nicotina Reducción de Riesgos y Daños, 2020):

1. Buscamos la incorporación del enfoque de Reducción de Riesgos y Daños en los servicios de atención en salud, como una alternativa complementaria a las estrategias de prevención y cesación empleadas por los gobiernos para enfrentar los daños derivados del consumo de nicotina mediante la combustión del tabaco. Consideramos que la reducción de riesgos y daños debe ser para todas las sustancias psicoactivas y entre ellas, la nicotina no puede ser la excepción.
2. Concordamos en que, desde todas las perspectivas del debate, el objetivo principal de la regulación del uso de nicotina debe ser la protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, pero a la vez solicitamos que esta protección de los derechos de los más vulnerables, no sean el pretexto para coartar el derecho de las personas adultas para tomar decisiones libres e informadas sobre su cuerpo y el libre desarrollo de la personalidad, siempre y cuando, no violente los derechos colectivos o de los demás como así lo protege la Constitución Política de Colombia.
3. Solicitamos el reconocimiento y la inclusión de la voz de las personas consumidoras de nicotina mayores de edad, en el diagnóstico, diseño, implementación y evaluación de políticas públicas, programas, acciones y campañas orientadas al tratamiento y la regulación del consumo de nicotina. Pedimos que la opinión de las personas consumidoras de nicotina sea consultada y tenida en cuenta de manera efectiva en el desarrollo de programas, y que ninguna acción médica pueda estar por encima de la decisión de las personas consumidoras (pacientes).

4. Proponemos que las acciones de intervención en salud pública, políticas públicas y legislación transiten hacia la regulación y el estudio de la nicotina como un estimulante antidepresivo de cientos de años de consumo, y no se queden solo en la prohibición de las formas y dispositivos para su administración. El centro del debate y la regulación debe estar en la nicotina (sustancia), teniendo en cuenta que no todas las vías de administración implican el mismo riesgo para el consumidor. Abogamos también por un mercado justo que permita el acceso regulado y seguro para diferentes grupos sociales, considerando que, al imponer altos impuestos a estos productos, se podrían crear mercados ilegales que pueden afectar la salud de las personas que quieren abandonar el cigarrillo, al no contar con las garantías de calidad y seguridad de los productos que sí exige un mercado legal.

5. Reconocemos que la administración de nicotina por medio de la combustión del tabaco en cigarrillos y pipas es una de las más dañinas, y éstas deben ser sustituidas por vías de menor riesgo, entre las que se encuentran los vaporizadores, el calentamiento de tabaco, el tabaco sublingual (snus), el polvo de tabaco (rapé), crema de tabaco (ambill), los parches de nicotina, entre otras formas sin combustión que vendrán en el futuro.

6. Invitamos al debate basado en la evidencia y a la exposición de la mayor cantidad de argumentos técnicos y científicos, para la toma de decisiones informadas por parte de los políticos, funcionarios públicos, sector salud, medios de comunicación, organizaciones no gubernamentales y personas consumidoras. Hay evidencia desde todas las orillas del debate y en esa medida, invitamos a tener un diálogo constructivo y respetuoso de estas evidencias que ponga en el centro a las personas consumidoras y el cuidado de su salud. Incentivaremos la producción constante de evidencia y la actualización de los datos sobre la realidad del consumo de nicotina en Colombia.

7. Promovemos el desarrollo de la ciencia, la tecnología, la política pública y la salud pública para la invención de formas de administración de nicotina de menor riesgo, así como el desarrollo de políticas públicas innovadoras más incluyentes, humanistas y participativas. El consumo de nicotina que observamos al inicio de la tercera década del siglo XXI no se da de la misma manera y en el mismo contexto de derechos que el del siglo XX y esto debido al desarrollo de la ciencia, la tecnología, la política pública y los derechos, por los que buscamos que estos sigan avanzando. Colombia debe dinamizar la innovación social, para ponerse a la vanguardia en América Latina en los desarrollos tecnológicos, sociales y políticos sobre este tema.

8. Buscamos articular el mundo científico, técnico, académico, privado, público, sociedad civil, ciencias de la salud, personas consumidoras de nicotina en un intercambio de conocimientos, saberes y experiencias, para buscar alter-



nativas integrales frente al fracaso de la cesación como única opción para disminuir los riesgos y daños del consumo de nicotina.

Nuestra declaración es parte de la apuesta por la transformación de la regulación, la estrategia y los servicios ofrecidos para enfrentar los impactos de salud pública del cigarrillo tradicional. ¿Hacia dónde debería ir esa regulación, esa estrategia, esos servicios? Es una pregunta a la que queremos responder en conjunto con todos los actores involucrados e interesados en el tema, y, sobre todo, de la mano con los usuarios de nicotina.

Así como los éxitos de la reducción de riesgos y daños en espacios de ocio, en inyectables y VIH, incluso en alcohol, entre otros, a pesar de la falta de voluntad y la falta de recursos, lo que ha mantenido las estrategias es la reivindicación de una serie de derechos desde las bases. Si bien es cierto que resulta algo nuevo o algo complejo reconocerse como fumador, y además de eso exigir sobre esas conductas ciertas alternativas, hay oportunidades para exigir desde lo colectivo y aprovechar el potencial de este momento en el que confluye innovación, evidencia y la necesidad de atender los impactos mundiales de la combustión.



Ponemos en la mesa de discusión de los actores unas apuestas básicas a partir de nuestra declaración y los siguientes componentes orientadores. Esta deberá ser ampliada y actualizada desde la definición de los temas prioritarios, el rumbo de las regulaciones y así su apropiación por los diferentes actores.



5.3 Referencias

Abrams, D., Bates, C., Niaura, R., & Sweanor, D. (2018). Innovación en el control del tabaco: desarrollo del CMCT (Convenio Marco para el Control del Tabaco) para acoger la reducción del daño causado por el tabaco. Obtenido de Carta de setenta y dos especialistas de la ciencia, políticas y prácticas de la nicotina.: <https://clivebates.com/documents/WHOCOP8LetterSeptember2018.pdf>

Asociación Colombiana de Vapeadores. (2016). ¿Quiénes somos? Obtenido de: <http://asovape.org/quienes-somos/#:~:text=ASÓVAPE%20nace%20como%20una%20iniciativa,inter%C3%A9s%20mutuo%20entre%20la%20comunidad.>

Convenio Marco de la OMS para el Control del tabaco. (2003). Obtenido de Ginebra: Organización Mundial de la Salud: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42811/1/9241591013.pdf?ua=1>

Corporación Acción Técnica Social (ATS) (2015). ¿Qué es ATS? Disponible en <https://www.acciontecnicasocial.com/que-es-ats/>

Échele Cabeza. (2018). Échele Cabeza cuando se de en la cabeza. ¿Quiénes somos? Disponible en: <https://www.echelecabeza.com/que-es-echele-cabeza>

Knowledge•Action•Change. (2020). Reducción de daños por tabaquismo y el derecho a la salud. Disponible en <https://gsthr.org/resources/item/tobacco-harm-reduction-and-right-health>

Plataforma Nicotina Reducción de Riesgos y Daños. (2020). Cigarrillo tradicional Vs. Dispositivos Electrónicos sin Combustión en la Encuesta Nacional de Consumo 2019. Obtenido de Corporación Acción Técnica Social: <https://www.acciontecnicasocial.com/cigarrillo-tradicional-vs-dispositivos-electronicos-sin-combustion-en-la-encuesta-nacional-de-consumo-2019/>

Quintero, J. (2020). Échele Cabeza: una mirada al consumo de sustancias y a cómo se drogan los colombianos. Planeta.



