

# HECHOS & ACCIONES



MINSALUD



Instituto Nacional  
de Cancerología-ESE  
Colombia  
Por el control del cáncer

Volumen 7 - Número 2 - Julio de 2015

ISSN 2011-883X - Bogotá D.C., Colombia

## Contenido

I. Introducción	1
II. Enfermedades más comúnmente causadas por el consumo de tabaco	3
III. Convenio marco para el control del tabaco (CMTC)	3
Plan de medidas MPOWER	4
Día mundial sin tabaco	4
IV. Normatividad en Colombia	4
Ley 1335 de 2009	6
El Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012 – 2021	6
V. Estrategias implementadas en el país	7
VI. Estrategias para la cesación de consumo de tabaco	9
VII. Logros	11

### Autoras

Lida Janneth Salazar Fajardo<sup>1</sup>  
Devi Nereida Puerto Jiménez<sup>2</sup>

### Comité Editorial

Grupo Área de Salud Pública

### Revisión

Esther de Vries  
Subdirectora General de Investigaciones, Promoción, Prevención y Vigilancia Epidemiológica  
Oscar Andrés Gamboa  
Coordinador Grupo Área de Salud Pública  
Yolanda Marín  
Coordinadora Grupo de Políticas y Movilización Social

### Corrección de estilo, Diagramación e impresión:

Fenix Media Group Limitada

### Periodicidad:

Dos números anuales

Hechos y Acciones es un Boletín que tiene como objeto mostrar hechos y acciones en relación al control del cáncer en el país. Cada ejemplar del boletín está enfocado en un tema específico que se difundirá con énfasis en tomadores de decisiones y planificadores de actividades a quienes una experiencia positiva puede orientar a replicar en su territorio o población de interés. Los lectores pueden reproducir los contenidos del Boletín Hechos y Acciones siempre y cuando respeten los derechos de autor e indiquen las referencias de acuerdo con los estándares establecidos.

1 Profesional especializado, Grupo de Prevención y Detección Temprana del Cáncer. Instituto Nacional de Cancerología ESE, Colombia. lsalazar@cancer.gov.co.

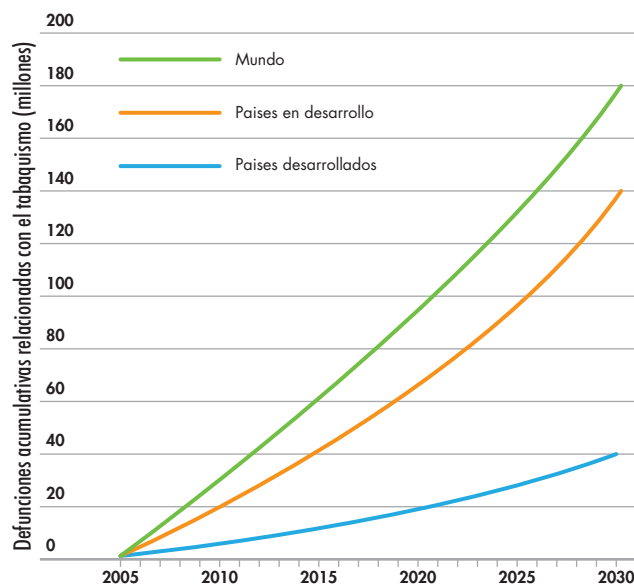
2 Coordinadora, Grupo de Prevención y Detección Temprana del Cáncer. Instituto Nacional de Cancerología ESE, Colombia. dpuerto@cancer.gov.co.

## EPIDEMIA MUNDIAL DE CONSUMO DE TABACO, UNA PROBLEMÁTICA EN SALUD PÚBLICA

### I. INTRODUCCIÓN

El tabaco es la principal causa de mortalidad prevenible en el mundo (1); cada año a nivel mundial se estima que el consumo de tabaco mata a más de 6 millones de personas y aproximadamente 1,5 millones de éstas son mujeres. La mayoría de afectados (el 75%) viven en países de ingresos bajos y medianos. Si no se toman medidas urgentes, el consumo de tabaco podría matar a casi 8 millones de personas cada año de aquí a 2030 y, 2,5 millones de ellas serían mujeres (2). (Ver gráfica 1)

Gráfica 1. Mortalidad acumulativa relacionada con el tabaquismo, 2005 - 2030



Fuente: Tomado de Un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo MPOWER. Organización Mundial de la Salud 2008. Pág 8. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Medicine, 2006, 3(11):e442.

En Colombia el consumo de tabaco es el responsable de (3):

- El 15.9% de todas las muertes (24.460 muertes por año).
- Las 10.606 personas por año diagnosticadas con un cáncer asociado al tabaco.
- 112.891 infartos por año.
- 674.262 años de vida perdidos por muerte prematura y discapacidad.
- 4.2 billones de pesos anuales en costos directos de atención en salud.

El tabaco contiene más de 7000 compuestos químicos de los cuales, por lo menos 250 son nocivos y más de 70 de ellos pueden causar cáncer, sumado a que las colillas son el principal contaminante del mundo (4).

### Título: Sustancias Tóxicas del Cigarrillo



Fuente: III Concurso de Fotografía "No fumar es la actitud". Autor: Omar Alfredo Primo Mesa.



**La epidemia mundial de tabaquismo amenaza las vidas de 1000 millones de personas (hombres, mujeres y niños) en este siglo.**



Fuente: III Concurso de Fotografía "No fumar es la actitud". Autora: Heidi Milena Jaimes Carrillo.

Una encuesta de las tendencias del tabaquismo en los jóvenes efectuada por la OMS reveló que en la mitad de los 151 países estudiados el número de mujeres fumadoras era semejante al de hombres fumadores; hay indicios de que la mayoría de éstos jóvenes seguirán fumando cuando sean adultos (2).



**El Consumo de tabaco es la principal causa de sufrimiento prevenible y pérdida de años de vida productiva en las personas.**

La industria tabacalera ha dirigido campañas de publicidad muy costosas específicamente hacia las mujeres y adultos jóvenes mediante anuncios que explotan estereotipos de género y vinculan falsamente el consumo de tabaco con conceptos de belleza, prestigio y libertad; considerándolos que tienen el mayor potencial para aumentar las ventas y beneficios (5).



**Según el informe mundial sobre la epidemia de tabaquismo de la Organización Mundial de la Salud 2008, en el siglo XX la epidemia de tabaquismo mató a 100 millones de personas a nivel mundial y en el siglo XXI podría matar a 1000 millones.**

En todo el mundo, el humo de tabaco en el ambiente causa más de 600.000 muertes al año y el 64% de estas corresponden a mujeres (6). En algunos países, el humo ajeno representa una amenaza mayor para los no fumadores que la posibilidad de que pudieran empezar a fumar. Actualmente, alrededor de una tercera parte de la población mundial está cubierta por al menos una de las medidas para el control del tabaquismo, gracias a gobiernos que intentan mejorar su salud y las de quienes lo rodean y millones de personas que no fuman tienen menos probabilidades de empezar a hacerlo (7).

- |   |                            |
|---|----------------------------|
| • Enfisema                                | • Cáncer de vejiga         |
| • Bronquitis aguda                        | • Cáncer de esófago        |
| • Enfermedad pulmonar obstructiva crónica | • Cáncer de riñón          |
| • Enfermedad coronaria                    | • Cáncer de cavidad oral   |
| • Enfermedad vascular periférica          | • Cáncer de laringe        |
| • Cáncer de colon y recto                 | • Aborto y parto prematuro |
| • Cáncer de pulmón                        | • Infertilidad             |
| • Cáncer de hígado                        | • Bajo peso al nacer       |
| • Cáncer de próstata                      | • Enfermedades congénitas  |
| • Disfunción eréctil                      | • Cáncer de estómago       |
| • Leucemia                                |                            |



**El tabaco es uno de los productos de venta legal que mata a quien lo consume y afecta a las personas expuestas a él.**



**Cada 6 segundos muere una persona por causa relacionada al consumo de tabaco y sus derivados en el mundo.**

## II. ENFERMEDADES MÁS COMÚNMENTE CAUSADAS POR EL CONSUMO DE TABACO

Las enfermedades directamente relacionadas con el consumo de tabaco son numerosas (8), muchas de ellas prevenibles y mitigables si se deja de fumar. Una de las enfermedades que se presenta con mayor frecuencia es la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) que aparece en un 15% a un 20% de los fumadores. De igual manera, el consumo de tabaco es la causa de casi el 90% de los cánceres broncopulmonares, que a su vez constituyen el 30% de las neoplasias en hombres (1). A continuación se muestra un listado de algunas de las enfermedades que se presentan con mayor frecuencia por el consumo de tabaco y sus derivados:

## III. CONVENIO MARCO PARA EL CONTROL DEL TABACO (CMCT)

Los esfuerzos internacionales dirigidos por la OMS condujeron a la pronta implementación del Convenio Marco (9) tras su adopción por la 56ª Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2003, por parte de 168 Estados (10). El Convenio entró en vigor el 27 de febrero de 2005 (10) y se ha avanzado constantemente en el control del tabaco en el mundo. En la actualidad en más de la mitad de los países del planeta, con el 40% de la población mundial, se aplica al menos una medida MPOWER con el máximo rigor; con este avance se duplica con creces el número de países y casi se triplica el número de habitantes abarcados por las medidas desde 2007 (11).

Los países firmantes se han comprometido a proteger la salud de sus poblaciones uniéndose a la lucha contra la epidemia de tabaquismo. Con el fin de ayudar a los países a cumplir estas metas, se generó un plan de medidas denominada MPOWER (12).



### **MPOWER: Plan de seis medidas eficaces de control del tabaco**

La consecución de estas metas relacionadas con el control del tabaco requiere la coordinación entre organismos gubernamentales, instituciones académicas, asociaciones de profesionales y organizaciones de la sociedad civil, así como el apoyo coordinado de la cooperación internacional y los organismos de desarrollo.

#### **PLAN DE MEDIDAS MPOWER**

El Plan de medidas MPOWER tiene como propósito apoyar a los generadores de políticas públicas, la sociedad civil, los servicios de salud y otros actores, proporcionando instrumentos necesarios para la reducción de consumo de tabaco bajo un contexto jurídico y socioeconómico, con el fin de alcanzar la meta que en el mundo ningún niño o adulto esté expuesto al humo de tabaco (12).

Para aplicar el plan de medidas MPOWER, los países deben realizar las intervenciones definidas para cada uno de los objetivos y políticas establecidos (Ver Cuadro 1).

Este plan de medidas creará un entorno propicio para ayudar a los fumadores actuales a dejar el tabaco, proteger a las personas del humo ajeno e impedir que los jóvenes adopten el hábito. Teniendo en cuenta que la epidemia de tabaquismo ha sido totalmente causada por el hombre, son también las personas quienes deben ponerle fin, pero es necesario actuar ahora (12).

Los progresos que ha impulsado el Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco y la coherencia en la aplicación de las medidas MPOWER en el último decenio, han ayudado a proteger a la población mundial de los efectos del tabaco.

En el Cuadro 2, se presentan datos relacionados con la evidencia de los efectos en salud de las políticas para el control del tabaco, en el que se muestra que las políticas de espacios libres de humo y los impuestos a los productos de tabaco son las dos intervenciones más importantes para el control del consumo y deberían ser priorizadas por los gobiernos, que las advertencias parecen ser útiles y

deben ser parte integral de programas multicomponente, que la asistencia financiera para reducir los costos de las intervenciones para la cesación pueden ser efectivas y que finalmente se deben mantener las prohibiciones a la publicidad, promoción y patrocinio por los efectos nocivos de la ausencia de regulación sobre la conducta de fumar (13). (Ver cuadro 2)

#### **DÍA MUNDIAL SIN TABACO (14)**

Con el fin de contribuir a la protección de la población en coordinación con las políticas, objetivos e intervenciones del Plan de Medidas MPOWER, se celebra el Día Mundial Sin Tabaco el 31 de mayo de cada año. Esta celebración anual informa al público acerca de los peligros que supone el consumo de tabaco, las prácticas comerciales de las empresas tabacaleras, las actividades de la OMS para luchar contra la epidemia de tabaquismo y lo que las personas de todo el mundo pueden hacer para reivindicar su derecho a la salud y a una vida sana, y proteger a las futuras generaciones no solo del consumo de tabaco sino también de otros flagelos que se derivan como son sociales, ambientales y económicos (15).



**El 31 de mayo de cada año, la OMS y asociados de todo el mundo celebran el Día Mundial Sin Tabaco, dedicado a resaltar los riesgos para la salud asociados al consumo de tabaco y promover políticas eficaces para reducir ese consumo.**

#### **IV. NORMATIVIDAD EN COLOMBIA**

En el año 2006, Colombia adopta el Convenio Marco de la OMS para el control del Tabaco mediante la Ley 1109 y con la sentencia C – 665/07.

Resulta evidente que por sí sola la información sobre los efectos adversos en la salud humana por el consumo de tabaco y sus derivados es insuficiente para generar cambios a gran escala en el comportamiento social respecto al consumo.

En Colombia con la Ley 1335 de 2009 (Ley Antitabaco) se adoptan los principios del Convenio Marco para el control de tabaco de la OMS (16).

**Cuadro 1. Políticas, Objetivos e intervenciones del Plan de Medidas MPOWER**

POLÍTICAS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES DEL PLAN DE MEDIDAS MPOWER			
POLÍTICAS	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	
<b>MONITOR</b> VIGILAR EN CONSUMO DE TABACO  <b>ACTIVIDAD TRANSVERSAL M1</b> Obtener datos periódicos representativos a nivel nacional y basado en población sobre los indicadores clave del consumo de tabaco en jóvenes y adultos.	<b>Protect</b> Proteger la población del humo de tabaco.	Entornos completamente libres de humo en todos los espacios públicos y lugares de trabajo cerrados, incluidos restaurantes y bares.  <b>INTERVENCIÓN P1.</b> Promulgar y hacer cumplir leyes sobre entornos completamente libres de humo en las instalaciones sanitarias y educativas y en todos los lugares públicos cerrados, incluidos lugares de trabajo, restaurantes y bares.	
	<b>Offer</b> Ofrecer ayuda para el abandono del tabaco.	Servicios de fácil acceso para tratar clínicamente la dependencia del tabaco en el 100% de los centros de atención primaria de salud y con los recursos de la comunidad	<b>INTERVENCIÓN O1.</b> Fortalecer los sistemas sanitarios para que faciliten asesoramiento sobre el abandono del tabaco en el marco de la atención primaria de salud. Apoyar el establecimiento de líneas telefónicas de ayuda al abandono del tabaco y otras iniciativas comunitarias, junto con tratamiento farmacológico de fácil acceso y bajo costo, cuando sea conveniente.
	<b>Warn</b> Advertir los peligros del tabaco.	Altos niveles de sensibilización sobre los riesgos del consumo de tabaco para la salud entre grupos de edad, sexo y lugares de residencia, para que todas las personas comprendan que las consecuencias de fumar tabaco son el sufrimiento, la desfiguración y la muerte prematura.	<b>INTERVENCIÓN W1.</b> Exigir que el etiquetado incluya advertencias eficaces.  <b>INTERVENCIÓN W2.</b> Realizar campañas de publicidad antitabáquica.
	<b>Enforce</b> Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio.	Ausencia total de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco.	<b>INTERVENCIÓN E1.</b> Promulgar y hacer cumplir leyes eficaces que prohíban totalmente toda forma de publicidad, promoción y patrocinio directos del tabaco.  <b>INTERVENCIÓN E2.</b> Promulgar y hacer cumplir leyes eficaces que prohíban totalmente toda forma de publicidad, promoción y patrocinio directos del tabaco.
	<b>Raise</b> Aumentar los impuestos al tabaco.	Productos de tabaco progresivamente menos asequibles.	<b>INTERVENCIÓN R1.</b> Aumentar los tipos impositivos para los productos de tabaco y asegurar que se ajusten periódicamente conforme a las tasas de inflación y aumenten más deprisa que el poder adquisitivo de los consumidores.  <b>INTERVENCIÓN R2.</b> Fortalecer la administración fiscal para reducir el comercio ilícito de productos de tabaco.

Fuente: Ajustado de Un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo MPOWER. Organización Mundial de la Salud 2008.

**Cuadro 2. Evidencia de los efectos en la salud de las políticas para el control del tabaco**

EVIDENCIA DE LOS EFECTOS EN LA SALUD DE LAS POLÍTICAS PARA EL CONTROL DEL TABACO		
POLÍTICAS	EFECTOS	
<b>MONITOR</b> VIGILAR EN CONSUMO DE TABACO  <b>ACTIVIDAD TRANSVERSAL M1</b> Obtener datos periódicos representativos a nivel nacional y basado en población sobre los indicadores clave del consumo de tabaco en jóvenes y adultos.	<b>Protect</b> Proteger la población del humo de tabaco.	8 de 12 revisiones identificadas reportan reducción en la prevalencia y consumo de tabaco e incremento en la cesación del tabaco. 1 Revisión reporta que las políticas de espacios libres de humo en el lugar de trabajo reduce, en términos absolutos, la prevalencia de tabaquismo en 3,4% (RIQ -6,3% a -1,4%), el consumo de cigarrillos en 2,2 cigarrillos por día (RIQ -1,7 a -3,3), incrementa los intentos de abandono en 4,1% (RIQ -0,7 a 6,8%) e incrementa el éxito de la cesación en 6,4% (RIQ 2% a 9,7%). 3 revisiones reportan que las políticas de espacios libres de humo reducen la exposición al humo de segunda mano. 1 revisión reporta que las políticas de espacios libres de humo disminuyen la admisión por eventos coronarios, con un RR de 0,85% (IC 95%; 0,82 a 0,88) y otras enfermedades del corazón, con un RR de 0,76% (IC 95%; 0,68 a 0,85).
	<b>Offer</b> Ofrecer ayuda para el abandono del tabaco.	2 revisiones encuentran que la asistencia financiera incrementa el consumo de terapias de cesación y aumenta los niveles de cesación del tabaquismo. El efecto de los incentivos a los fumadores es menos claro. 4 revisiones reportan que incrementan la cesación y en 4 el efecto no es claro o no existe. Parece no existir un efecto sobre la cesación cuando los incentivos se dirigen a los profesionales de la salud.
	<b>Warn</b> Advertir los peligros del tabaco.	2 revisiones encuentran que las advertencias disminuyen el uso del tabaco, incrementan la motivación y la probabilidad de abandonar el tabaquismo y la probabilidad de abstinencia después del abandono. 1 revisión no encontró efecto. Las campañas en medios masivos, en el contexto de un programa multicomponente, promueven la cesación y reducen la prevalencia de tabaquismo. Las campañas fueron efectivas si: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abarcan toda la población.</li> <li>• Son de intensidad alta.</li> <li>• Son de larga duración.</li> <li>• Usan la televisión y mensajes frente a los efectos negativos del tabaco.</li> </ul> 2 revisiones encuentran evidencia inconsistente, una en población de bajos recursos y otra en población joven.
	<b>Enforce</b> Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio.	Ninguna revisión encontró un efecto claro de reducción en la conducta de fumar. Aunque ninguna revisión encontró evidencia conclusiva, existe evidencia suficiente de los peligros de una publicidad no regulada sobre la conducta de fumar.
	<b>Raise</b> Aumentar los impuestos al tabaco.	5 revisiones encuentran que el aumento en el precio del tabaco disminuye el consumo de cigarrillos y la prevalencia e incrementa las tasas de cesación. 1 revisión encontró que por cada 10% de incremento en el precio de los cigarrillos disminuye la prevalencia y el consumo en 3,7% y 2,3% respectivamente. El incremento en el precio parece ser más efectivo entre adolescentes, adultos jóvenes y personas de bajos recursos. La evidencia indica que el incremento del precio de los productos del tabaco es una intervención muy importante para el control del tabaco <b>RESTRICCIONES A LA VENTA EN MENORES DE EDAD:</b> La evidencia no es conclusiva, la efectividad parece depender de la fuerza con la cual se aplica la medida.

Fuente: Ajustado de Hoffman SJ, Tan C. Overview of systematic reviews on the health-related effects of government tobacco control policies. BMC Public Health. 2015 Aug 5;15:744

**LEY 1335 DE 2009**

Esta Ley es de utilidad pública y sus disposiciones son de orden público en todo el territorio nacional, por medio de las cuales se previenen daños a la salud de los menores de edad, la población no fumadora y se estipulan políticas públicas para la prevención del consumo del tabaco y el abandono de la dependencia del tabaco del fumador y sus derivados en la población colombiana. Tiene como objeto garantizar el derecho a la salud de la población, en especial de los niños, niñas y adolescentes, protegiéndolos de los efectos del consumo de tabaco y sus derivados, así como de la exposición al humo de cigarrillo.



**La Ley Antitabaco (Ley 1335 de 2009) no busca perseguir a los fumadores sino proteger contra los efectos nocivos del consumo de tabaco y sus derivados, además contra la exposición al humo del mismo.**

**La Ley pretende:**

- Proteger la salud de la población de los efectos nocivos del tabaco.
- Proteger los derechos de los no fumadores a vivir y convivir en espacios 100% libres de humo de tabaco.
- Establecer las bases para la protección contra el humo de tabaco.
- Establecer las bases para el empaquetado y el etiquetado de los productos de tabaco.
- Regular la promoción, la publicidad, el patrocinio, la distribución, la venta, el consumo y el uso de los productos de tabaco.
- Contribuir con la disminución del consumo de tabaco en Colombia, mediante la creación de programas de salud y educación.
- Fomentar la promoción, la educación para la salud, así como la difusión del conocimiento de los riesgos atribuibles al consumo y a la exposición al humo de tabaco.
- Contribuir con el abandono de la dependencia del tabaco.

Los recursos recaudados por las sanciones a la Ley Antitabaco que van con multas desde 1 a 400 salarios mínimos vigentes, serán entregados al Ministerio de Salud y Protección Social con destino a campañas de prevención contra el cáncer en un sesenta por ciento (60%) y el cuarenta por ciento (40%) restante será destinado a educación preventiva para evitar el consumo de cigarrillo (17).

Se implementa con la Resolución 1956 de 2008 los espacios 100% libres de humo y mediante la resolución 3961 del 21 de octubre de 2009 Colombia establece las disposiciones a través de las cuales se señalan los requisitos que deben cumplir en el empaquetado y etiquetado a todos los productos de tabaco y sus derivados que se comercializan en el territorio nacional; por medio de la Circular 038 de 2010 se establecen los espacios libres de humo y sustancias psicoactivas en las empresas, con la Sentencia C – 639/10 se prohíbe la venta de cigarrillos por unidad, sin vulnerar el derecho a la autodeterminación ni el mínimo vital de los vendedores ambulantes y finalmente con la Sentencia C – 830/10 se habla de la prohibición de la publicidad y la promoción de productos del tabaco, sin desconocer la libertad de empresa ni la libre iniciativa privada.

**EL PLAN DECENAL PARA EL CONTROL DEL CÁNCER EN COLOMBIA 2012 – 2021:**

En su línea estratégica número 1, Control del Riesgo – Prevención primaria, plantea las siguientes metas:

- Lograr el cumplimiento de los convenios internacionales vinculantes y ratificados por el Gobierno colombiano relacionados con el control del consumo de tabaco.
- Disminuir la prevalencia de consumo de tabaco en jóvenes escolares de 13 - 15 años por debajo del 21,8%.
- Disminuir la prevalencia de consumo de tabaco en jóvenes de 16 - 18 años por debajo del 17,36%.
- Posponer la edad de inicio de consumo de tabaco en los adolescentes colombianos por encima de 14 años.
- Disminuir la prevalencia de tabaquismo en adultos de 18 a 69 años al 10% en los próximos 10 años.
- Garantizar el cumplimiento de ambientes 100% libres de humo de tabaco y sus derivados a nivel nacional, en los lugares definidos por la Ley 1335 de 2009.
- Aumento del 100% en impuestos indexados al Índice de Precios al Consumidor (IPC) y al Producto Interno Bruto (PIB) para los productos de tabaco y sus derivados, antes del 2021.

- Aumentar a un 70% el tamaño de la advertencia sanitaria en las cajetillas de los productos de tabaco comercializados en el territorio colombiano antes del 2021, en consonancia con lo dispuesto en el Convenio Marco para el control del tabaco de la Organización Mundial de la Salud.

## V. ESTRATEGIAS IMPLEMENTADAS EN EL PAÍS

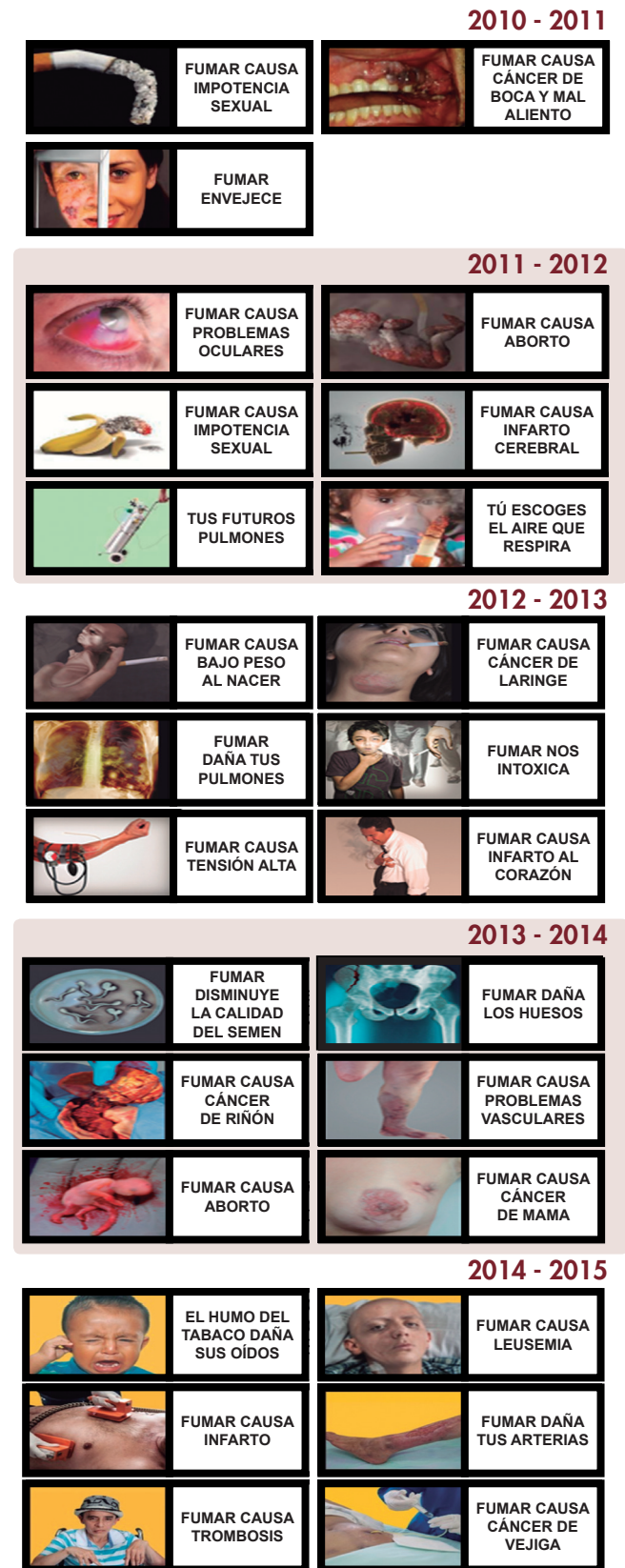
- **Advertencias sanitarias:** Con la Ley 1335 de 2009 y la Resolución 3961 del mismo año, en el país se han venido elaborando una serie de advertencias sanitarias completas (pictograma más texto), las cuales aparecen mediante etiquetas visibles en los empaques de productos de tabaco que se encuentran a la venta, se importen o se comercialicen en todo el territorio. Las advertencias tienen como objetivo alertar a la población acerca de los riesgos y las consecuencias que conlleva el consumo de tabaco, de tal manera que favorecen la reducción del consumo (16), desaniman a los no fumadores a que empiecen a fumar y pueden incentivar al abandono definitivo del consumo (18).

Las advertencias sanitarias publicadas, cumplen con las características de ser rotativas cada año, no se pueden remover ni ser cubiertas. En el país se han realizado encuestas de opinión pública de manera anual para evaluar el impacto emocional de las advertencias ya publicadas. (ver gráfica 3)

- **Prohibición de las acciones de promoción y patrocinio de tabaco y sus derivados:** está comprobado que las acciones de promoción y patrocinio de los productos de tabaco, aumentan la demanda de cigarrillos entre los adolescentes (19), alentándolos al consumo. A partir del 21 de julio de 2011 se prohibió en Colombia toda forma de promoción de los productos de tabaco y sus derivados en eventos culturales y deportivos por parte de las empresas productoras, importadoras o comercializadoras de productos de tabaco, buscando la defensa de bienes públicos como la salud de la población y la protección de los niños, niñas y los adolescentes. La prohibición total de la promoción y el patrocinio de tabaco reduce su consumo y aumenta la motivación de los consumidores a dejar de fumar (20). Colombia ha sido pionero en la prevención del consumo del tabaco en Suramérica.

- **Prohibición de la venta de cigarrillos por unidad y cajetillas de menos de 10 unidades:** la Ley 1335 de 2009 establece acciones para fortalecer una conciencia pública frente a los riesgos

Gráfica 3. Advertencias sanitarias



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Instituto Nacional de Cancerología ESE. Subdirección General de Investigaciones. Archivo fotográfico Grupo de Políticas y Movilización Social.

que conlleva el consumo de tabaco y la exposición al humo que se produce prohibiendo la venta de cigarrillos al menudeo (cigarrillos sueltos) y en presentaciones de menos de diez unidades (17), en el marco de eventos deportivos, culturales, conciertos, programas escolares, actividades de responsabilidad social corporativa, como iniciativas de prevención.

**Gráfica 4. Imagen de campaña No fumar es la actitud**



**Fuente:** <http://subcomiteandina.blogspot.com.co/2008/12/separata-no-fumar-es-la-actitud.html>

De ésta manera se dificulta el acceso de los niños, niñas y adolescentes a los productos de tabaco y se minimizan las estrategias de mercadeo que realiza la industria en la búsqueda de nuevos consumidores. Según el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia (21) la edad promedio de inicio para el consumo de tabaco es aproximadamente a los 17 años de edad, con una diferencia de algo más de un año entre hombres y mujeres. Entre los jóvenes de 12 a 17 años de edad el consumo actual de cigarrillo es significativamente menor a los otros grupos, incrementando el consumo a partir de los 18 años, alcanzando una prevalencia de casi el 16% en los jóvenes de 18 a 34 años (21).



**En el país se estima que casi un millón y medio de jóvenes de 18 a 34 años fuman.**

Las investigaciones han demostrado que los periodos clave de riesgo para el abuso en el consumo de cigarrillos se presentan durante las transiciones mayores en la vida de los niños. La primera transición importante para un niño se presenta cuando deja la seguridad de la familia y se va a la escuela por primera vez, luego cuando pasa de la escuela primaria a la educación media; a menudo experimentan

nuevas situaciones académicas y de socialización y es en esta etapa cuando enfrentan por primera vez el consumo de cigarrillo; posteriormente cuando cursan grados más altos en la educación media, los adolescentes confrontan mayor número de desafíos sociales, emocionales y académicos; además, pueden estar más expuestos al consumo de productos de tabaco y sus derivados e incluso a otras sustancias psicoactivas (22).



**La meta en la prevención del consumo de tabaco no solo consiste en retardar la instauración del primer consumo, sino también reducir la longitud del tiempo (severidad) de los síntomas de abuso (1).**

- **Ambientes 100% libres de humo de tabaco en Colombia:** el humo de segunda mano provoca un amplio abanico de enfermedades, entre ellas cardiopatías, cáncer de pulmón y enfermedades de las vías respiratorias (23). No se conoce un nivel seguro de exposición al humo de tabaco ajeno. Los entornos completamente libres de humo son el único medio probado de proteger adecuadamente a las personas frente a los efectos nocivos del humo de segunda mano. Los entornos libres de humo no solo protegen a los no fumadores (24), sino que también ayudan a los fumadores que desean abandonar el hábito (25).

**Gráfica 5. Ambientes Libres de humo en Colombia**

**Estos son espacios 100% libres de humo de tabaco. Ley 1335 de 2009**

**Respételos y exija que se respeten:**

1. Áreas cerradas de lugares de trabajo y de lugares públicos como bares y tiendas.
2. Ferias, festivales, parques, estadios, zonas comunales y áreas de espera
3. Entidades de salud
4. Instituciones de educación
5. Museos y Bibliotecas
6. Establecimientos en donde se atienden a menores de edad.
7. Transporte de servicio público, oficial, escolar, mixto y privado.
8. Áreas con alto riesgo de combustión por la presencia de materiales inflamables, como gasolina.
9. Espacios deportivos y culturales.

**Fuente:** [https://www.google.com.co/search?q=sustancias+del+cigarrillo+que+da%C3%B1an+la+salud&rlz=1C1PRFC\\_enCO640CO641&espv=2&biw=1920&bih=979&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0CAYQ\\_AUoAWoVChM1r4yL-mrjnxwIVydYeCh2bog\\_U&dpr=1#tbm=isch&q=ley+1335+de+2009&imgcr=wwwK\\_IAZlgoa4M%3A](https://www.google.com.co/search?q=sustancias+del+cigarrillo+que+da%C3%B1an+la+salud&rlz=1C1PRFC_enCO640CO641&espv=2&biw=1920&bih=979&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0CAYQ_AUoAWoVChM1r4yL-mrjnxwIVydYeCh2bog_U&dpr=1#tbm=isch&q=ley+1335+de+2009&imgcr=wwwK_IAZlgoa4M%3A)

Los países participantes en el Convenio Marco deben proteger a su población del humo de tabaco mediante la generación de entornos completamente libres de humo en todos los espacios públicos y lugares de trabajo cerrados, incluidos restaurantes, bares, servicios de salud públicos y privados, etc. La Ley Antitabaco (Ley 1335 de 2009) implementada en Colombia garantiza a los trabajadores y a la población no fumadora el derecho a disfrutar de un ambiente sano, libre de humo de tabaco (17).

## VI. ESTRATEGIAS PARA LA CESACIÓN DE CONSUMO DE TABACO

Existen diversas alternativas con eficacia demostrada para dejar de fumar (26). Hay datos que demuestran que las medidas más efectivas para el control del tabaquismo se encuentran en el nivel de las políticas públicas y corresponden al incremento de precios, el control total de la publicidad, el patrocinio, la reglamentación sobre espacios libres de humo, entre otras (27), como ya se ha mencionado con el Convenio Marco de la OMS y la Ley 1335 de 2009 de nuestro país.

“Los tratamientos de cesación adquieren relevancia en el terreno de la salud pública, habida cuenta de que la mayoría de las acciones descritas se dirigen a reducir la demanda de tabaco en jóvenes mediante la prevención de la iniciación en el hábito de fumar, pero tienen un limitado efecto entre quienes ya son fumadores” (26). Ya se han evaluado diferentes alternativas terapéuticas para dejar de fumar, incluyendo diversas formas de consejería y tratamientos farmacológicos (28).

Algunas de las alternativas para la cesación tabáquica son:

- **Consejería:** la consejería para la cesación de la adicción al tabaco es una actividad comunicativa entre el profesional de la salud y el paciente, promoviendo el diálogo que conlleve al desarrollo de las capacidades para dejar de fumar. La consejería breve tiene una duración de menos de 10 minutos, mientras que la consejería intensiva supone tiempos de contacto de más de 10 minutos por sesión e, idealmente, cuatro o más sesiones (29). No existe evidencia sobre la eficacia de formas específicas de consejería corta y no hay análisis que muestren que una forma específica de consejería corta sea más eficaz que otra; sin embargo, se recomienda adoptar un modelo estándar para dar la consejería corta (26). La evidencia científica demuestra que la consejería es eficaz y ésta eficacia aumenta con el número de sesiones.

Todos los profesionales de la salud deben preguntar sobre el estado del fumador, recomendar dejar el hábito y remitir para tratamiento a los pacientes fumadores que quieran dejar de fumar y siempre que sea posible, el estado de fumador de quienes no desean iniciar el tratamiento de cesación debe registrarse y revisarse cada año. En Colombia, el modelo más apropiado para la estandarización de la consejería es el Modelo llamado “De las cinco aes”. Para esto, se requiere capacitar y estandarizar a los profesionales de la salud, para la adecuada implementación de la técnica, así como en las estrategias para la adherencia de los pacientes (26).

Todos los profesionales de la salud, adecuadamente capacitados, deben ofrecer consejería intensiva basada en resolución de problemas y generación de habilidades, o entrevista motivacional. Se puede ofrecer individual, grupal o telefónicamente de manera proactiva. El material de autoayuda se puede usar si no hay otra posibilidad de contacto con el paciente. Si se usa en combinación con consejería individual o grupal, se recomienda personalizarlo. Ofrecer múltiples formatos en consejería intensiva requiere gran esfuerzo e inversión de recursos, por lo que esta alternativa debe basarse en las condiciones específicas del paciente y en la evidencia para cada combinación (30).



- **Uso de medicamentos:** para la elección del medicamento y la dosis adecuada para cada paciente, se deben considerar las preferencias de la persona (uso oral, aplicación tópica, chicles, etc.), la historia clínica médica y neuropsiquiátrica para evaluar posibles contraindicaciones, los efectos secundarios de cada sustancia y consideraciones como el grado de dependencia a la nicotina, experiencias previas de cesación y costo del producto, entre otras (31) (32). La eficacia de la mayoría de medicamentos ha

sido probada a tres y seis meses (33); sin embargo, en algunos fumadores la persistencia de los síntomas de abstinencia, la historia de recaídas o el deseo de recibir el fármaco por más tiempo, justificarían extender el tratamiento farmacológico (31).



- Combinación de tratamientos:** A pesar de que se han estudiado diferentes tratamientos, solo el uso de parches de nicotina (usados por más de 14 semanas) con chicle o atomizador nasal ha demostrado ser superior al uso del parche como monoterapia (31). Esta combinación debe usarse en personas con un alto nivel de dependencia a la nicotina o que hayan tenido falla terapéutica con el uso de monoterapia. Por otro lado, la administración simultánea de consejería (breve o intensiva) asociada a la medicación, es más efectiva que el uso de medicación aislada.



- Tratamientos alternativos:** la acupuntura y otras técnicas relacionadas (acupresión, terapia láser, electroestimulación) no han demostrado ser superiores que la utilización de un placebo (34); por tanto no se recomienda ofrecer esta opción ya que la evidencia no muestra beneficios netos sobre la cesación

del consumo de tabaco. El uso de medicamentos homeopáticos ha sido menos estudiado, sin embargo, a la fecha, no hay evidencia suficiente que respalde el uso de la hipnosis ni de medicamentos homeopáticos como tratamiento para dejar de fumar (26).



Las recomendaciones basadas en evidencia y según consenso de expertos que se pueden implementar en Colombia para la cesación de la adicción al consumo de tabaco se presentan en el cuadro resumen a continuación:

**Cuadro 3. Recomendaciones para la cesación de consumo de tabaco en Colombia**

Recomendación	Origen de la recomendación
Se debe preguntar a todos los pacientes que asisten a encuentro clínico si fuman y registrar su respuesta en la historia clínica. Hay que considerar el estatus de fumador como un signo vital.	Evidencia científica
Se debe brindar consejería corta, entre 3 y 10 minutos, a todos los fumadores para que dejen de fumar.	Evidencia científica
Se debe ofrecer consejería intensiva a todos los pacientes fumadores que quieran dejar de fumar.	Evidencia científica
Los sustitutos de nicotina, la vareniclina, el bupropion SR y la nortriptilina, son tratamientos eficaces para dejar de fumar.	Evidencia científica
La clonidina es un medicamento eficaz para dejar de fumar. Por su perfil de seguridad se debe usar bajo supervisión médica como tratamiento de segunda línea.	Evidencia científica

Recomendación	Origen de la recomendación
La combinación de parches de nicotina y chicle o spray nasal, es eficaz para dejar de fumar. Esta combinación debe usarse en personas con un alto nivel de dependencia a la nicotina o que hayan tenido falla terapéutica con el uso de monoterapia.	Evidencia científica
Se debe dar consejería cara a cara (breve o intensiva) asociada a la medicación, en todos los pacientes que estén tratando de dejar el hábito de fumar.	Evidencia científica
El uso de parches de nicotina en combinación con bupropión SR no ha mostrado incremento en las tasas de cesación del hábito de fumar, frente al uso de bupropion SR solo.	Evidencia científica
La evidencia actual es insuficiente para recomendar, a favor o en contra, el uso de otras combinaciones de medicamentos para la cesación del hábito de fumar.	Evidencia científica
No se debe ofrecer acupuntura, acupresión, terapia láser ni electroestimulación, como tratamiento para la cesación del hábito de fumar.	Evidencia científica
No existe evidencia sobre la eficacia de formas específicas de consejería corta y no hay análisis que muestren que una forma específica de consejería corta sea más eficaz que otras; sin embargo, se recomienda adoptar un modelo estándar para dar la consejería corta.	Consenso de expertos
No existe suficiente evidencia que respalde el uso de la hipnosis ni de medicamentos homeopáticos como tratamiento para dejar de fumar.	Consenso de expertos
Todos los profesionales de la salud deben preguntar sobre el estado de fumador, recomendar dejar el hábito y remitir para tratamiento a los pacientes fumadores que quieran dejar de fumar.	Consenso de expertos
Siempre que sea posible, el estado de fumador de quienes no desean iniciar tratamiento de cesación debe registrarse y revisarse cada año.	Consenso de expertos
El modelo más apropiado para la estandarización de la consejería por profesionales de la salud en nuestro medio, es el modelo de las "cinco aes".	Consenso de expertos
Todo trabajador de la salud que ofrezca consejería para la cesación de la adicción al tabaco, debe contar con el entrenamiento apropiado.	Consenso de expertos

Tomado de: Alba Luz Helena, Murillo Raúl, et al; Recomendaciones para la cesación de la adicción al tabaco en Colombia. Biomédica 2013, 33:186-204.

La generación de programas de ayuda al abandono del tabaco en instituciones educativas, centros de trabajo, entornos deportivos, cárceles, entornos culturales y religiosos, instituciones del estado, albergues, establecimientos de alojamiento temporal, fuerzas armadas y otros ámbitos, como consultas privadas para el manejo de sustancias psicoactivas en conjunto con las estrategias políticas ya implementadas y la utilización de nuevos enfoques y tecnologías (aplicaciones en teléfonos inteligentes, dispositivos interactivos multimedios), también pueden aportar a la reducción del consumo y el abandono al tabaco y sus derivados.

## VII. LOGROS

Para el año 2011 la Organización Mundial de la Salud (OMS) en un reporte sobre la epidemia global de tabaco informa que Colombia es uno de los países con avances muy significativos frente a las prohibiciones de la publicidad y el patrocinio de los productos de tabaco (35).

Los espacios libres de humo se han convertido en un logro fundamental para la población fumadora, la cual está de acuerdo con éstos espacios; según la encuesta de opinión de 2013 realizada por el Instituto Nacional de Cancerología en las ciudades de Barranquilla, Bogotá, Bucaramanga, Cali y Medellín, manifiestan que se encuentran totalmente de acuerdo con la implementación de los espacios libres de humo en un 93% por parte de los no fumadores y un 75% de los fumadores, sustentando su respuesta en los beneficios que la medida trae para la salud de la población, para el medio ambiente y como una medida para desmotivar el consumo entre los fumadores (36).

- **Educación, comunicación, formación y concientización del público:** con el fin de sensibilizar a la población frente al control del tabaco en Colombia, se están utilizando instrumentos de comunicación disponibles como son las campañas de información en redes sociales, campañas implementadas, entre otros, por el Instituto Nacional de Cancerología. Esta campaña, titulada "No fumar es la actitud" (Facebook, Twitter y Blogspot), contempló el diseño de una aplicación tipo "juego de rol" para dispositivos Apple titulada "El caza humo". La primera aparición de la aplicación "No fumar es la actitud" fue a través de una página web con el dominio .com. Con el ánimo de centralizar todos los productos relacionados con esta estrategia se rediseñó la página [www.nofumareslaactitud.com](http://www.nofumareslaactitud.com). Se diseñó e implementó la segunda versión de la aplicación ahora compatible con dispositivos móviles de plataformas iOS y Android (ver gráfica 8).

Gráfica 8. Aplicación no fumar es la actitud



Fuente: [www.nofumareslaactitud.com](http://www.nofumareslaactitud.com).

Además, en el marco del Programa de Educación Continua a Profesionales de la Salud Vinculados a la Prevención y Detección Temprana del Cáncer del INC, se genera un curso virtual en estrategias para la cesación del consumo de tabaco dirigido a médicos generales, que estará disponible a partir de 2016.

- **Conciencia y participación de organismos y organizaciones:** el Instituto Nacional de Cancerología participa de manera activa con los principales actores públicos, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales en la construcción de las diferentes políticas que se articulen con las metas del Convenio Marco. En el año 2013 el INC con colaboración del Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Universidad Javeriana, elaboró y publicó una guía de práctica clínica basada en evidencia para la cesación de tabaquismo que contempla la consejería, las medidas farmacológicas y el uso de terapias alternativas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2008. Plan MPOWER. Sin humo y con vida.
2. Organización Mundial de la Salud. Diez datos sobre el género y el tabaco. Datos y Cifras. Disponible en: [http://www.who.int/features/factfiles/gender\\_tobacco/facts/es/](http://www.who.int/features/factfiles/gender_tobacco/facts/es/). Consultado el 18 de agosto 2015.
3. Pichon-Riviere A, Bardach A, Alcaraz A, Caporale J, Augustovski F, Peña Torres E, et al. Carga de Enfermedad atribuible al Tabaquismo en Colombia. Buenos Aires, Argentina: Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria; 2013.
4. Instituto Nacional del Cáncer. Humo de tabaco en el ambiente y el cáncer. Disponible en internet: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/tabaco/hoja-informativa-humo-tabaco-ambiente>. Agosto 2015
5. World Health Organization. Gender and Tobacco Control: A Policy Brief. Geneva, World Health Organization, 2007 ([http://www.who.int/tobacco/resources/publications/general/policy\\_brief.pdf](http://www.who.int/tobacco/resources/publications/general/policy_brief.pdf), accessed 21 March 2008).
6. Llados Joan R. Tabaco y Mujer. Amifarmacia Disponible en Internet: <http://amifarmacia-amifarmacia.blogspot.com.co/2011/03/tabaco-y-mujer.html>. Junio 2015
7. World Health Organization. Who Report on the Global Tobacco Epidemic, 2013. Enforcing bans on tobacco advertising promotion and sponsorship. Geneva: WHO [online] 2013 [cited 09-12-2015] Available from: <http://www.who.int>
8. Bolliger CT, Fagerström Ko. The Tobacco Epidemic. En WyserC, Bolliger CT. Smoking – Related Disorders. Berlin: Basel. Karger, 1997. P. 78 – 106.
9. World Health Organization. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva, World Health Organization, 2003 (updated reprints 2004, 2005) ([http://www.who.int/tobacco/framework/WHO\\_FCTC\\_english.pdf](http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf), accessed 21 March 2008).
10. [http://www.who.int/fctc/signatories\\_parties/es/](http://www.who.int/fctc/signatories_parties/es/)
11. Organización Mundial de la Salud, Informe OMS sobre la Epidemia Mundial del tabaquismo, 2015 Aumentar los impuestos al Tabaco. Sin Humo y con Vida. 2015
12. Organización Mundial de la Salud. MPOWER un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo.2008.
13. Hoffman SJ, Tan C. Overview of systematic reviews on the health-related effects of government tobacco control policies. BMC Public Health. 2015 Aug 5;15:744
14. Organización Mundial de la Salud. Campañas del Día Mundial sin Tabaco. Disponible en internet: <http://www.who.int/tobacco/wntd/previous/es/>. Octubre 2015.
15. Día Mundial sin Tabaco 31 de mayo. Disponible en internet: <http://www.who.int/campaigns/no-tobacco-day/2014/event/es/>.
16. Rivera D, Niño A. ABC de la Ley Antitabaco (Ley 1335 de 2009). Bogotá, D.C. INC Boletín Hechos y Acciones, 2 (2), 2009 p:4

17. Congreso de la República de Colombia. Ley 1335 de 2009 Ley Antitabaco. Disponible en Internet: <http://www.utp.edu.co/cms-utp/data/bin/UTP/web/uploads/media/comunicaciones/documentos/6-agosto-Ley-1335-de-2009.pdf>.
18. Borland R. Tobacco health warnings and smoking related cognitions and behaviors. *Addiction*. Ol. 92 (11) 1427 - 1435
19. Moodie C. Tobacco marketing awareness on youth smoking susceptibility and perceived prevalence before and after an advertising ban. *Eur J. Public Health*, Vol. 18 (5): 484-490.
20. Instituto Nacional de Cancerología ESE. Hojas Informativas; Prohibición de las acciones de promoción y patrocinio de tabaco y sus derivados. Julio 2011.
21. Ministerio de Justicia y del Derecho; Ministerio de Salud y Protección Social. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2013.
22. Instituto Nacional Sobre el Abuso de Drogas, Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos. Cómo prevenir el uso de drogas en niños y adolescentes. 2º ed. NIH, Washington. 2004 Tomado de Instituto Nacional de Cancerología ESE. Hojas Informativas; En Colombia está prohibida la venta de cigarrillos por unidad y cajetillas de menos de 10 unidades. Octubre 2011.
23. U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General. Atlanta, Public Health Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006 (<http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/report/fullreport.pdf>, accessed 20 February 2008). Tomado de Organización Mundial de la Salud. MPOWER Un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo. 2008
24. Mulcahy M et al. Secondhand smoke exposure and risk following the Irish smoking ban: an assessment of salivary cotinine concentrations in hotel workers and air nicotine levels in bars. *Tobacco Control*, 2005, 14(6):384-388. Tomado de Organización Mundial de la Salud. MPOWER Un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo. 2008
25. Fichtenberg CM, Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *British Medical Journal*, 2002, 325(7357):188. Tomado de Organización Mundial de la Salud. MPOWER Un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo. 2008
26. Alba Luz Helena, Murillo Raúl, et al; Recomendaciones para la cesación de la adicción al tabaco en Colombia. *Biomédica* 2013, 33:186-204.
27. The World Bank. Curbing the Epidemic: Governments and the economics of tobacco control. Washington D.C.: The World Bank; 1999. Tomado de Alba Luz Helena, Murillo Raúl, et al; Recomendaciones para la cesación de la adicción al tabaco en Colombia. *Biomédica* 2013, 33:186-204. 14 Instituto Nacional de Cancerología
28. Lemmens V, Oenema A, Knut IK, Bruj J. Effectiveness of smoking cessation intervention among adults: A systematic review of reviews. *Eur J Cancer Preven*. 2008;17:535-44. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/CEJ.0b013e3282f75e48>
29. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2008.
30. Alba LH, Murillo R, Castillo JS. Intervenciones de consejería para la cesación de la adicción al tabaco: Revisión sistemática de la literatura. *Salud Pública Mex* 2013; 55: 196-206.
31. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Clinical practice guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service; 2008.
32. Fiore MC, Baker TB. Treating smokers in the health care setting. *N Engl J Med*. 2011;365:1222-31. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMcp1101512>
33. Deutch Institute for Health Care CBO. Guideline treatment of tobacco dependence. Den Haag (The Netherlands): Deutch Institute for Health Care CBO; 2006.

- 34.** White AR, Rampes H, Liu JP, Stead LF, Campbell J. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;1:CD000009. [http:// dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000009.pub3](http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000009.pub3).
- 35.** Organización Mundial de la Salud. WHO report in the global tobacco epidemic, 2011: Warning about the dangers of tobacco. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011.
- 36.** Instituto Nacional de Cancerología. Hojas Informativas Encuesta de Opinión 2013.