



# GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA

[www.imprenta.gov.co](http://www.imprenta.gov.co)

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXXII - N° 34

Bogotá, D. C., miércoles, 15 de febrero de 2023

EDICIÓN DE 47 PÁGINAS

DIRECTORES:

GREGORIO ELJACH PACHECO

SECRETARIO GENERAL DEL SENADO

[www.secretariassenado.gov.co](http://www.secretariassenado.gov.co)

JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA

SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA

[www.camara.gov.co](http://www.camara.gov.co)

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

## CÁMARA DE REPRESENTANTES

### PROYECTOS DE LEY

#### PROYECTO DE LEY NÚMERO 313 DE 2022 CÁMARA

*por medio de la cual se promueve la educación socioemocional de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en las instituciones educativas de preescolar, primaria, básica y media en Colombia.*

El Congreso de Colombia

DECRETA:

**Artículo 1º. Objeto.** La presente ley tiene como fin promover de manera transversal la educación socioemocional de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en los centros e instituciones educativas de los niveles preescolar, primaria, básica y media del país, dentro de un marco de desarrollo integral.

**Artículo 2º. Definiciones.** Para los fines de esta ley se entiende por:

**Educación socioemocional:** Se refiere al conjunto de habilidades cognitivas y emocionales que una persona puede aprender y desarrollar para experimentar, comprender, expresar, regular y comportarse de manera que se beneficie a sí misma y a los demás, para llevar una vida orientada al bienestar propio y en comunidad; para tener resultados positivos en su salud, en sus relaciones personales y en sus proyectos personales, familiares, académicos y laborales.

**Desarrollo integral:** Es el proceso singular de transformaciones y cambios de tipo cualitativo y cuantitativo mediante el cual el sujeto dispone de sus características, capacidades, cualidades y potencialidades para estructurar progresivamente su identidad y su autonomía. El desarrollo integral ocurre a lo largo de todo el ciclo vital y requiere de acciones de política pública que lo promuevan más allá de la primera infancia.

**Artículo 3º. Campo de aplicación.** La presente ley se aplicará en todo el territorio nacional en los centros e instituciones educativas públicas y privadas formales para niños, niñas, adolescentes y jóvenes de los niveles preescolar, primaria, básica y media, e incluirá a profesores y padres de familia o tutores, dentro de un marco de corresponsabilidad.

**Artículo 4º. Contenidos.** Para garantizar las oportunidades de educación socioemocional de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, y de todos los agentes del proceso educativo, se establecen las siguientes líneas de intervención:

1. Educación socioemocional de niños, niñas, adolescentes y jóvenes.
2. Formación en educación socioemocional para los educadores.
3. Educación socioemocional para las relaciones interpersonales e institucionales.
4. Escuela socioemocional para padres.

**Artículo 5º. Ciclos de implementación.** La educación socioemocional se implementará mediante ciclos.

El primero consistirá en la formulación de una pedagogía y una metodología de la educación socioemocional, que estará a cargo de la Comisión Intersectorial para la Educación Socioemocional, en coordinación con los centros y las instituciones educativas.

El segundo ciclo consistirá en la implementación de la educación socioemocional en los centros e instituciones educativas formales de los niveles preescolar, primaria, básica y media del país. Además de los estudiantes y de los docentes, los padres de familia también participarán en lo que les corresponda dentro del proceso de implementación

de la educación socioemocional, los cuales estarán a cargo de las instituciones educativas.

El tercer ciclo comprende la supervisión y evaluación del proceso de implementación de la educación socioemocional en los centros y las instituciones educativas, el cual estará a cargo de la Comisión Intersectorial para la Educación Emocional y el Desarrollo Socioemocional, en coordinación con los centros y las instituciones educativas.

**Artículo 6°. Comisión Intersectorial para la Educación Socioemocional.** Créase la Comisión Intersectorial para la Educación Socioemocional.

Son funciones de la Comisión Intersectorial las siguientes:

1. Coordinar nacionalmente, en conjunto con los centros y las instituciones educativas del país, la formulación de la pedagogía y metodología de la educación socioemocional en las instituciones educativas y su debida implementación y actualización.
2. Desarrollar la investigación sobre la temática y la evaluación y monitoreo de los resultados y progresos realizados a partir de la aplicación de la presente ley.
3. Elaborar y proponer los lineamientos generales, pedagógicos y metodológicos de la educación socioemocional.
4. Desarrollar planes piloto para experimentación de nuevas técnicas.

**Artículo 7°. Integración.** La Comisión estará integrada por:

1. Un delegado del Presidente de la República.
2. El Ministro de Salud y Protección Social o su delegado que deberá pertenecer al nivel Directivo.
3. El Ministro de Educación Nacional o su delegado que deberá pertenecer al nivel Directivo.
4. El Director General del Departamento Nacional de Planeación o su delegado que deberá pertenecer al nivel Directivo.
5. El Director del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar o su delegado que deberá pertenecer al nivel Directivo.
6. Un representante de los centros y las instituciones educativas del país designado por el Ministerio de Educación.
7. Un representante de Padres de Familia designado por el Ministerio de Educación.


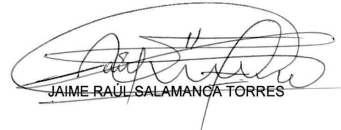

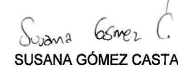











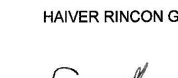


El Ministerio de Educación presidirá y coordinará la Comisión Intersectorial.

**Artículo 8°. Reglamentación.** Se establece como autoridad de aplicación de la presente ley al Ministerio de Educación Nacional.

La promoción de la educación socioemocional al sistema educativo será reglamentada por este

ministerio dentro de los doce (12) meses siguientes a la expedición de la presente norma.

**Artículo 9°. Vigencia.** La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación.

 DOLSEY OSCAR TORRES ROMERO	 JAIME RAÚL SALAMANCA TORRES
 LUIS CARLOS OCHOA TOBÓN	 SUSANA GÓMEZ CASTAÑO
 CIRO ANTONIO RODRÍGUEZ PINZÓN	 DIEGO FERNANDO CAICEDO NAVAS
 PEDRO BARACÚTAO GARCÍA OSPINA	 DANIEL CARVALHO MEJÍA
 YULIETH ANDREA SÁNCHEZ CARREÑO	 LINA MARÍA GARRIDO MARTÍN
 JULIÁN DAVID LÓPEZ TENORIO	 HERNANDO GONZÁLEZ
 ALFREDO APE CUELLO BAUTE	 HAIVER RINCON GUTIERREZ
 CRISTÓBAL CAICEDO ANGULO	 DORINA HERNÁNDEZ PALOMINO
 EDUARD ALEXIS TRIANA RINCÓN	 ALEJANDRO GARCÍA RÍOS
 INGRID MARLEN SOGAMOSO ALFONSO	 GERSON LISIMACO MONTAÑO ARIZALA

**EXPOSICIÓN DE MOTIVOS**

**Marco jurídico colombiano.**

Colombia requiere una nueva ley que fortalezca y amplíe el impacto del derecho a la educación. He aquí los fundamentos legales que instan la necesidad de la Ley de educación emocional.

**1. Constitución Política de Colombia.**

La Constitución Política de 1991 declara que “la educación es un derecho de la persona y un servicio público que tiene una función social; con ella se busca el acceso al conocimiento, a la ciencia, a la técnica, y a los demás bienes y valores de la cultura (...)” (Congreso de la República, 1991, Art. 67).

Adicionalmente, en ese mismo artículo, la Constitución Política señala claramente que: “Corresponde al Estado regular y ejercer la suprema inspección y vigilancia de la educación con el fin de velar por su calidad, por el cumplimiento de sus fines y por la mejor formación moral, intelectual y física de los educandos; garantizar el adecuado cubrimiento del servicio y asegurar a los menores las condiciones necesarias para su acceso y permanencia en el sistema educativo (...)” (Congreso de la República, 1991, Art. 67).

Del anterior marco constitucional se infiere que en Colombia el derecho a la educación se ha convertido en un bien jurídico exigible que define, por una parte, un campo de aprendizaje y construcción de conocimientos y saberes científicos, técnicos y socio-culturales, que tienen como fin desarrollar y fortalecer capacidades y competencias para la convivencia ciudadana, el trabajo y el desarrollo de la personalidad, lo que incluye las dimensiones moral, intelectual y física de quienes participan en los procesos educativos escolarizados.

Por otra parte, establece la Constitución y la jurisprudencia que la disponibilidad, accesibilidad, adaptabilidad, aceptabilidad, acceso, cobertura, calidad y permanencia son atributos inherentes al derecho a la educación que el Estado debe garantizar mediante la regulación y el ejercicio de la vigilancia y la inspección de los procesos y de las instituciones educativas.

Es importante tener en consideración que el Estado al velar porque en los procesos educativos se garantice, mediante la regulación, la vigilancia y la inspección, “la mejor formación moral” y el óptimo “desarrollo intelectual y físico” de los educandos, se está obligado a garantizar una formación en “**valores democráticos**” y a exigir a las instituciones educativas tener las más adecuadas condiciones locativas, pedagógicas y de recursos educativos para que los educandos logren desplegar integralmente todo su potencial científico, técnico y socio-cultural y se forjen una personalidad plena basada en la tolerancia, el pluralismo, la no discriminación, el respeto a la convivencia ciudadana, justicia, solidaridad, la equidad y demás derechos humanos.

Se trata, entonces, de una responsabilidad y un deber estatal que, en el marco del derecho a la educación, considerado en la Constitución Política de 1991, tienen como fin, entre otros, **educar emocionalmente** a quienes participan del proceso educativo en la escuela; es decir, en el marco de la construcción y diálogo de saberes científicos, técnicos y socio-culturales, es exigible, también, el fortalecimiento de capacidades y competencias socio-emocionales y psico-afectivas, que posibilitan prevenir y mitigar conductas individuales y colectivas de riesgo y generar mayor bienestar social y calidad de vida en la escuela, en la comunidad y el país.

## 2. Leyes.

### Antecedentes normativos.

**Ley 115 de 1994**, incluye dentro de la formación integral la dimensión socio afectiva, tal como se evidencia en la definición de los fines de la educación expresada en su artículo 5º, como sigue “El pleno desarrollo de la personalidad sin más limitaciones que las que le imponen los derechos de los demás y el orden jurídico, dentro de un proceso de formación integral, física, psíquica, intelectual, moral, espiritual, social, afectiva, ética, cívica y demás valores humanos”. Llama la atención el reconocimiento importante que se le hace a las

emociones en el artículo 15 al definir la educación preescolar como aquella que es “ofrecida al niño para su desarrollo integral en los aspectos biológico, cognoscitivo, sicomotriz, socio-afectivo y espiritual, a través de experiencias de socialización pedagógicas y recreativas. Sin embargo, en las descripciones subsiguientes referidas a la educación básica y media, no se hace alusión específica a la inclusión de las emociones dentro de su definición. Este artículo esboza un reconocimiento a las emociones. A modo de conclusión, se deduce que si bien es cierto la Ley 115 de 1994 presenta por primera vez en el marco de la educación colombiana la formación emocional de los educandos, su inclusión es de carácter muy general y desarticulado.

**Ley 1013 de 2006**, señala que los establecimientos privados y públicos tienen como obligación impartir la asignatura de Urbanidad y Cívica, con la que se busca contribuir, explícitamente, a la comprensión de la Constitución Política, y promover la educación para la Justicia, la Paz, la Democracia, la Solidaridad, la Confraternidad, la Urbanidad, el Cooperativismo y en general la formación de los valores humanos y la convivencia social, es una clara pero insuficiente referencia a para que desde la escuela se mejore la convivencia haciendo uso de la “educación emocional”, o también llamada “inteligencia emocional”.

**Ley 1098 de 2006**, por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia. Esta ley incluye explícitamente el desarrollo emocional en la primera infancia, estableciendo en su artículo 29 que los niños serán protegidos del abandono emocional y psicoafectivo de sus padres, lo que se complementa con lo promulgado en artículo 39, donde se le atribuye a la familia la obligación de proporcionar las condiciones necesarias para el desarrollo emocional y afectivo de los niños, niñas y adolescentes. Sin embargo, se advierte que en la citada ley no se mencionan obligaciones asignadas a las instituciones educativas para que posibiliten condiciones que favorezcan el desarrollo emocional y afectivo de los niños, niñas y adolescentes. Hecho que demuestra una falta de coherencia, pues no se puede desconocer que es en las instituciones educativas donde los niños, niñas y adolescentes pasan gran parte de su tiempo, con lo cual se les debe conferir un referente importante de la formación emocional de estos.

**Ley 1146 de 2007**, en su artículo 2º se refiere a la violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes, como todo acto o comportamiento de tipo sexual ejercido sobre un niño, niña o adolescente, utilizando la fuerza o cualquier forma de coerción física, psicológica o emocional, aprovechando las condiciones de indefensión, de desigualdad y las relaciones de poder existentes entre víctima y agresor. Son mencionadas acciones de prevención en el artículo 8º de la citada ley, referidas a la tipificación del abuso sexual, así como también al reconocimiento del problema y los caminos a seguir en caso de ser víctimas de un abuso. Sin embargo,



aunque es pertinente y evidente el papel de una formación cognitiva en los procesos reflexivos para la prevención de la violencia sexual, es necesario reforzar y ponderar en mayor medida la formación emocional de niños, niñas y adolescentes como una estrategia adicional de prevención y mitigación en casos de ocurrir una acción de violencia sexual, ya que podría brindarles a los niños, niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad, una mayor capacidad de reacción y recuperación de los estragos que estas situaciones y agresiones producen.

**Ley 1297 de 2009**, con el artículo 1º de la Ley 1297 de 2009 para ejercer la docencia en la primera infancia se requiere de un título de profesional, tecnólogo o normalista, lo cual demuestra que los educadores de esta etapa de formación no tienen una obligatoriedad de profesionalización. Hecho que va en detrimento de la calidad de los conocimientos que se construyen en el aula. Sobre todo, para efectos de la formación emocional, pues si se tiene en cuenta que aun en las instituciones de educación superior no se incluyen sistemáticamente cursos sobre formación emocional, es previsible esperar que en las escuelas normales y en las instituciones técnicas y tecnológicas tampoco se incluyan, sobre todo porque la legislación no obliga a hacerlo para este nivel al no ser obligatoriamente licenciados, seguramente tampoco tienen la formación para educar emocionalmente a los estudiantes.

### 3. Jurisprudencia de la Corte Constitucional.

**Sentencia T-318/14:** En reiteradas ocasiones, la Corte Constitucional ha insistido en la necesidad de adoptar estrategias que aseguren los componentes de disponibilidad, accesibilidad, adaptabilidad y aceptabilidad al derecho a la educación, lo que compromete la intervención de múltiples disciplinas, pues como lo ha señalado el alto tribunal en los casos de población infantil afectada por trastornos que limitan sus capacidades, para la realización del derecho a la educación, se necesita brindar educación integral a la salud con servicios que respecto de los niños pueden contener ingredientes educativos.

Por esta razón, el derecho de los niños, niñas y adolescentes (en adelante NNAJ) a recibir educación de acuerdo a sus necesidades y prevalencia del interés superior del niño, el Estado debe asegurarles las condiciones para su acceso y permanencia en el sistema educativo.

### 4. Plan Decenal de Educación 2016-2026.

En el último Plan Decenal de Educación 2016-2026 que orientó el Ministerio de Educación –que se elabora por mandato de la Ley General de Educación (115 de 1994)–, el cual se erige como documento indicativo de las acciones que se deberán emprender para dar cumplimiento a los mandatos constitucionales y legales sobre la prestación del servicio educativo, se estableció como principio orientador “el impulso del desarrollo humano, que involucra las dimensiones económica, social, científica, ambiental y cultural del país, así como la integralidad, la sostenibilidad y la equidad de la educación”.

De igual forma, el documento establece en su visión sobre la educación para el año 2026, que el Estado habrá tomado las medidas para que, desde la primera infancia, “los colombianos desarrollen pensamiento crítico, creatividad, curiosidad, valores y actitudes éticas; respeten y disfruten la diversidad étnica, cultural y regional; participen activa y democráticamente en la organización política y social de la nación, en la construcción de una identidad nacional y en el desarrollo de lo público”.

Frente a la definición de la calidad de la educación, el Plan reconoce que se trata de un indicador “multidimensional”, que solo se logra “si se desarrolla simultáneamente e integralmente las dimensiones cognitiva, afectiva, social, comunicativa y práctica de los colombianos y de la sociedad en su conjunto”.

Se agrega, además, que entre las expectativas que los colombianos tienen frente a la educación para el 2026, como resultado del amplio proceso de consulta que se llevó a cabo a lo largo del país para la elaboración del documento, está el desarrollo humano como espíritu de la misma. Entre los desafíos que el Plan Decenal de Educación 2016-2026 plantea, se encuentra “impulsar una educación que transforme el paradigma que ha dominado la educación hasta el momento”. Se trata, indica el documento, de construir una nueva forma de saber, de interactuar y de hacer, en la que la educación es concebida como un derecho y como una responsabilidad del Estado y del conjunto de la sociedad.

“Para ello es necesario promover la creatividad individual y colectiva, el deseo y la voluntad de saber, el pensamiento crítico, el desarrollo de las competencias socioemocionales que requiere la convivencia y una ética que oriente la acción sobre la base de la solidaridad y el respeto mutuo, la autonomía responsable y el reconocimiento y cuidado de la riqueza asociada a la diversidad territorial, étnica y cultural del país”, se lee en el texto.

### Justificación

La educación socioemocional, entendida como el proceso educativo continuo, sistemático, intencional, transversal y permanente que pretende potenciar el desarrollo emocional como complemento indispensable del desarrollo cognitivo, constituyéndose ambos en los elementos esenciales del desarrollo de la personalidad integral<sup>1</sup>, se plantea como una estrategia al interior del sistema educativo de preescolar, básica y media del país. Esto, con el objetivo doble de, por un lado, prevenir conductas de riesgo en los menores de edad que pueden conducir a situaciones tales como el suicidio y la depresión, los desórdenes alimenticios, el abuso en el consumo de sustancias psicoactivas, la violencia y el acoso escolar o bullying, el ciberbullying y el estrés, entre otras; y, por otro lado, de mejorar el rendimiento académico de los mismos.

<sup>1</sup> De acuerdo con Rafael Bisquerra (2003), quien es citado por Mireya Vivas García (2003).



Es necesario indicar que, en el ámbito científico, tanto de Colombia como de varios países del mundo, es cada vez más evidente el desarrollo y el avance teórico y empírico de lo que la comunidad experta ha dado en denominar Inteligencia Emocional, catalogándola como una forma de inteligencia genuina, basada en aspectos emocionales, que incrementa la capacidad del grupo clásico de inteligencias para predecir el éxito y el bienestar en diversas áreas vitales del ser. En un sentido real, se afirma que tenemos dos mentes, una que piensa y otra que siente. En palabras de Daniel Goleman (1996), estas dos formas fundamentalmente diferentes de conocimiento interactúan para construir nuestra vida mental. La racional, es la forma de comprensión de cómo somos conscientes, opera con procesos reflexivos. Junto a este existe un sistema de conocimiento impulsivo poderoso, la mente emocional. Estas dos mentes operan en ajustada armonía en su mayor parte, entrelazando sus diferentes formas de conocimiento para guiarnos por el mundo.

Se parte del hecho, entonces, que la realidad humana no abarca exclusivamente componentes cognitivos, sino también factores afectivos, emocionales, personales y sociales que podrían incidir profundamente en las habilidades de adaptación y de éxito en la vida.

#### ***Prevención de conductas de riesgo:***

Para empezar, es necesario aclarar que existen diferencias entre el comportamiento socioemocional de los NNAJ y el de los adultos. Cada etapa en la vida de los seres humanos representa una fase de su desarrollo, que además está fuertemente influida por su entorno y su contexto. De acuerdo a ello, no puede esperarse que, ante un estímulo, la respuesta de un niño o una niña sea comparable con la de un adulto promedio. Esta distinción debe ser analizada en el marco de la prevención de riesgos en NNAJ, con la finalidad de enfocar los esfuerzos en entender su conducta, los factores que influyen en ella, los peligros a los que se exponen y, a partir de allí, determinar la forma adecuada para proceder.

#### ***Factores de riesgo:***

Organismos como el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), han demostrado reiteradamente la alta susceptibilidad a la que están expuestos los NNAJ. Particularmente en países de la región latinoamericana, estos peligros son más inminentes y agudos. De acuerdo a dicha Agencia, el 63% de los niños menores de 15 años, han experimentado situaciones violentas en sus hogares (UNICEF, 2020). Estas circunstancias no solo enfrentan a este grupo poblacional a una vulnerabilidad especial respecto al resto, sino que también influyen en su comportamiento psicosocial.

La Encuesta Nacional de Salud Mental (en adelante, ENSM), publicada en 2015, estableció una clara relación entre la educación emocional y el desarrollo de relaciones sanas y constructivas. Este punto es clave debido a que el enfoque público

de los asuntos correspondientes a la salud mental, corresponde a la búsqueda del bienestar y la calidad en las interacciones humanas. Como indica la ENMS: “*un referente central en el abordaje de la salud mental es la dimensión ética, que implica considerar al otro como semejante, al tiempo que una sorpresa en cuanto a diferente*”. Esto requiere de una capacidad de reconocimiento propia y de los demás, en aras de entender las diferencias estructurales de cada persona.

Ahora bien, el contexto de inequidad económica y social que caracteriza la realidad colombiana es un elemento crucial a la hora de analizar el comportamiento socioemocional del público objetivo de este proyecto, puesto que las desigualdades materiales producen un conjunto de percepciones que incluso son transmitidas desde el hogar a los infantes. Esto puede verse reflejado en la desconfianza a las instituciones, la falta de sentido de pertenencia, el desinterés por el cuidado de los bienes públicos, e incluso -lo más importante para el tema de interés-, el desarrollo de conductas nocivas en el relacionamiento con otras personas. Este último punto es particularmente relevante porque puede manifestarse de múltiples formas, ya sea a través del trato hostil a nivel general con cualquier otra persona, del ejercicio de dinámicas de poder en los espacios sociales, o del uso de la violencia en las interacciones con los demás, entre otras.

Adicionalmente, es necesario tener en cuenta que la existencia y prevalencia de los trastornos de salud mental en este grupo poblacional, pueden también constituirse como un factor de riesgo, particularmente para el desarrollo de Trastornos de la Conducta Alimentaria (en adelante, TCA) y de patrones de autolesión.

Por lo tanto, en la mayoría de hogares colombianos persisten tratos violentos, generalmente desde los padres hacia los hijos. Esto constituye un patrón en la crianza cuyo efecto, aunado a los factores previamente mencionados, está relacionado con una serie de consecuencias evidenciadas en los NNAJ: (i) el bullying, (ii) el consumo de Sustancias Psicoactivas (en adelante, PSA), (iii) los TCA y (iv) las autolesiones, desde leves hasta el suicidio.

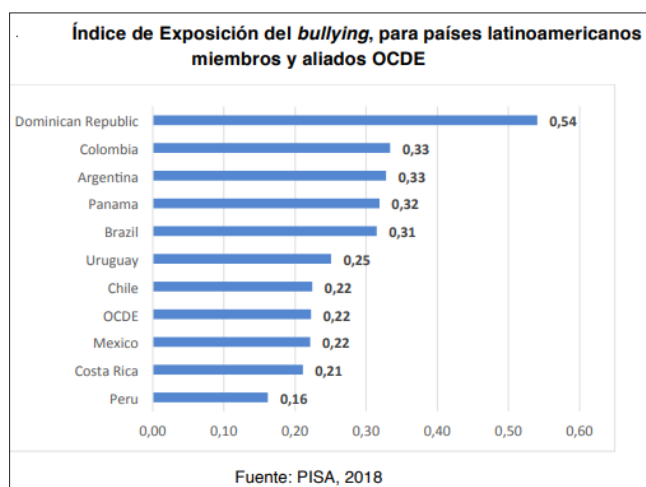
#### ***Consecuencias de los factores de riesgo:***

##### **i. Bullying**

En primer lugar, conviene señalar las cifras expuestas en la publicación “*El bullying escolar en Colombia: informe comparativo con otros países de la región*”, realizada por el Laboratorio de Economía de la Educación (LEE) de la Universidad Javeriana.

Con datos de las pruebas PISA 2018, las últimas disponibles, y a partir de una muestra representativa de 7.522 estudiantes de 15 años encuestados, el informe indica que Colombia es el segundo país con mayor índice de exposición al bullying dentro del grupo de países latinoamericanos miembros y aliados de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), solo superado por República Dominicana. Argentina es el tercer

país en el ranking de exposición al bullying, con una diferencia muy baja respecto a Colombia (de 0,006).



**Fuente: Laboratorio de Economía de la Educación, Universidad Javeriana (2022).**

El estudio también señala que Colombia es el segundo país con mayor porcentaje de estudiantes que reportaron que otros compañeros los excluyeron de espacios colectivos intencionalmente, con un 15,9%, solo por detrás de República Dominicana (24%). El promedio OCDE fue de 8,7%.

De igual forma, el porcentaje de estudiantes que reportaron haber sido víctimas de burlas de parte de otros compañeros “una o más veces a la semana” o “algunas veces al mes” fue de 18,1%. El promedio de la OCDE es del 13,7%.

Asimismo, el 10,6% de los estudiantes colombianos encuestados afirmó haber sido amenazado por sus compañeros. Esto sitúa a Colombia como el tercer país en el que esta situación se presenta con mayor frecuencia, por debajo de República Dominicana (22,5%) y Panamá (13%). El promedio de la OCDE fue de 6,2%.

Este tipo de abuso, que se presenta esencialmente entre personas de la misma edad, suele propiciarse en las instituciones educativas, donde además se desglosan una serie de dinámicas de poder que convierten el matoneo en una expresión de un problema estructural de fondo.

## ii. Consumo de Sustancias Psicoactivas

Además de las elevadas cifras de suicidio infantil y juvenil, en Colombia también se está evidenciando un aumento en el consumo de sustancias psicoactivas en niños y jóvenes.

De acuerdo con el “Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar Colombia 2016”, elaborado por el Ministerio de Justicia en el segundo semestre de 2016, en el que se encuestó a una muestra efectiva de 80.018 casos que representan un universo de 3.243.377 estudiantes de los grados séptimo a undécimo, en lo relacionado con el consumo de tabaco se evidencia que este aumenta con la edad de los estudiantes, desde un 4,7% en el segmento de 12 a 15 años, hasta un 13,5% en el grupo de 17 a 18 años.

En cuanto al consumo del alcohol, un 69,2% de los escolares encuestados declararon haber usado

alcohol alguna vez en la vida, cifra que se reduce a un 37% cuando se investiga el uso en el último mes, con un significativo mayor uso entre las mujeres respecto de los hombres: 37,9% y 36,1%, respectivamente.

Entre los escolares de 12 a 14 años, un 26,6% de ellos declaró uso de alcohol en los últimos 30 días, indicador que sube a 50,5% entre los estudiantes de 17 a 18 años. Por otra parte, el uso de bebidas alcohólicas aumenta conforme se incrementa el número de años de escolaridad de los estudiantes: en efecto, mientras 1 de cada 4 escolares del séptimo grado declaró uso de alcohol en ese período, entre los estudiantes de undécimo grado esta situación se encuentra en 1 de cada 2 escolares.

La tasa de consumo actual de alcohol en los estudiantes que asisten a la escuela privada es del 39,4%, superior a los estudiantes de la escuela pública que alcanza al 36,5%.

El consumo de bebidas alcohólicas es significativamente mayor en la zona urbana con un 37,8%, respecto de la zona rural que se sitúa en un nivel de 32,5%, esto teniendo en cuenta la prevalencia mes.

El informe aclara que, si bien el consumo de tabaco y alcohol no son ilegales, su venta a menores de edad sí está prohibida.

En cuanto al consumo de sustancias psicoactivas ilegales, un 15,9% de los escolares de Colombia declararon haber usado al menos una de estas sustancias alguna vez en la vida, es decir, aproximadamente 1 de cada 6 escolares, lo que representa un universo aproximado de 520 mil escolares, con un 16,9% entre los hombres y 15,1% entre las mujeres.

Por otra parte, un 11% de los escolares declara haber usado alguna de las sustancias descritas en el último año, 11,9% en los hombres y 10,2% en las mujeres, y un 6,1% las usó en el último mes (7% en hombres y 5,3% en mujeres).

Un 10,7% de los escolares del grado séptimo declararon haber usado alguna sustancia ilícita en la vida, lo que sube a un 21,2% en el undécimo. Respecto del tipo de colegio, el uso en la vida de alguna sustancia es muy similar en ambos grupos, alrededor del 16%.

Frente al hecho de cómo la educación emocional previene este tipo de conductas de riesgo, los académicos son precisos en señalar que cada estudio tiene su particularidad, aunque también son claros en establecer que un adecuado manejo de la presión social, que se decanta como uno de los elementos que derivan en el aumento de consumo de sustancias lesivas, puede prevenir, a través de la educación emocional, este tipo de comportamientos.

Una de las premisas de la que parten quienes estudian la relación entre la educación emocional y la prevención de conductas de riesgo, es que el saber afrontar y expresar las emociones de forma correcta previene conductas disruptivas posteriores.

El abuso en el consumo de sustancias psicoactivas se entiende, por ende, como un factor reforzador de estas conductas<sup>2</sup>.

### iii. Generación de Trastornos de la Conducta Alimentaria

En América Latina, los TCA han surgido con menos frecuencia que en Estados Unidos o Europa, pero en los últimos 10 años se ha incrementado exponencialmente el desarrollo y prevalencia de los mismos. Hay varias causas que explican este fenómeno, como el alto consumo de redes sociales y la influencia de las mismas en la autopercepción de los NNAJ. Sin embargo, los factores de riesgo desglosados previamente también constituyen una fuente de inestabilidad que eventualmente pueden dar paso a este tipo de trastornos.

Ahora bien, cabe destacar que, si bien una conducta socioemocional sana de parte de los NNAJ no garantiza la completa eliminación de las presiones sociales que impulsan la presencia de los TCA, sí es un motor fundamental para contrarrestar los efectos sociales que propician el desarrollo de los mismos.

En este caso, también es importante destacar que brindarles a los NNAJ y a sus padres una serie de herramientas que les permitan desarrollar su espectro socioemocional adecuadamente, puede influir altamente en la reducción de los factores de riesgo que respecta a las interacciones familiares y sociales.

### iv. Suicidio

Respecto al suicidio, cabe destacar lo mencionado por la literatura especializada que Medicina Legal cita en sus informes<sup>3</sup>. Según la entidad, la tendencia al alza de los suicidios en los NNAJ se entiende como una consecuencia directa de todos los factores explicados anteriormente: la desigualdad socioeconómica, la violencia desde el hogar, la prevalencia de trastornos asociados a la salud mental, la carente educación socioemocional y, más recientemente y en un importante grado, el bullying.

*“Un componente a destacar en estos casos es la angustia psicológica producto del bullying, que detona el comportamiento suicida, independientemente que la victimización por intimidación sea personal o cibernética. En esta línea, se ha demostrado que el bullying en la infancia está relacionado directamente con un mayor riesgo de autolesión en la adolescencia tardía, pero también indirectamente a través de la depresión posterior. El papel mediador de la depresión sugiere que el acoso y el ciberacoso entre escolares pueden llevar a síntomas depresivos elevados, lo que resulta en más ideas, planes e intentos de suicidio; sin desconocer que esta relación es recíproca, aunque se ha demostrado que el camino del bullying a la*

*depresión es más fuerte que de esta al bullying”*, señala Medicina Legal.

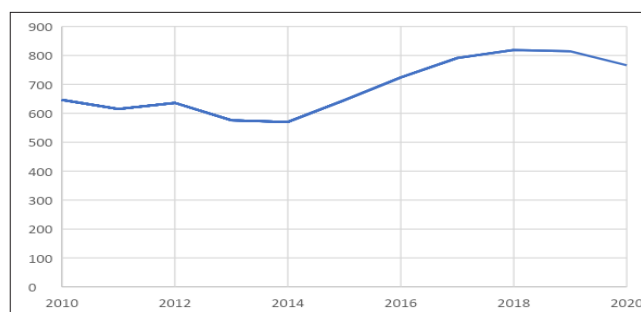
Las cifras oficiales sobre las conductas de riesgo en niñas, niños y jóvenes evidencian que las tendencias van en aumento.

En lo que respecta a suicidio, y de acuerdo con Medicina Legal, para el año 2017 se obtuvo que el suicidio de niños, niñas, adolescentes y jóvenes (hasta los 24 años de edad) en el decenio 2008-2017, se incrementó en 35,91% al pasar de 582 casos en el primer año a 791 en el último, según cifras estimadas.

Por otro lado, al momento de comparar los datos del 2016 y del 2017, la cifra de suicidios en niños, niñas y jóvenes pasó de 397 en el primer año a 415 en el segundo, lo que implica un incremento cerca del 5,0%.

Solo para el 2017, se reportaron 107 casos de suicidio de menores entre los 10 y 14 años, y 158 entre los 15 y 17 años. Hubo un registro de la ocurrencia de dos suicidios de niños entre 5 y 9 años de edad “que llama especialmente la atención”, según indicó Medicina Legal.

**Figura 1. Número de suicidios en niñas, niños, adolescentes y jóvenes. Casos entre 2010 y 2020 en Colombia.**



Año	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Casos	646	615	636	576	570	645	724	791	819	814	766

**Fuente:** Informe “Forensis. Datos para la vida” del año 2020.

**Tabla 1. Suicidios según grupo de edad y sexo de la víctima en Colombia, año 2020.**

Grupo de edad	Hombre		Mujer		Total	
	Número de casos	Porcentaje	Número de casos	Porcentaje	Número de casos	Porcentaje
5 a 9	1	0,05%	3	0,15%	4	0,20%
10 a 14	64	3,27%	48	2,45%	112	5,72%
15 a 17	96	4,91%	69	3,53%	165	8,43%
18 a 19	101	5,16%	27	1,38%	128	6,54%
20 a 24	286	14,61%	71	3,63%	357	18,24%
Total	548	28,00%	218	11,14%	766	39,14%

**Fuente:** Informe “Forensis. Datos para la vida” del año 2020.

### v. Trastornos de la salud mental en NNAJ

De acuerdo a una encuesta realizada a 651 hogares por parte del Instituto Colombiano de Neurociencias (2020), el 88% de los niños y niñas presentan signos de trastornos relacionados con la salud mental y el comportamiento. Asimismo, el 42% mostró dificultades académicas tras las cuarentenas del primer año de la pandemia. Algunas de las conductas identificadas en esta población fueron:

<sup>2</sup> Buendía Poyo; Marta. *Factores de riesgo psicosociales*. 2013. Universidad de Barcelona.

<sup>3</sup> Informes Forensis de los años 2017, 2018, 2019 y 2020.



(i) alta tendencia a la frustración, (ii) irritabilidad, (iii) respuestas violentas ante ciertos estímulos, (iv) dificultad para concentrarse, entre otras.

***La educación socioemocional y la prevención de factores de riesgo:***

Así pues, la formación de niñas, niños y jóvenes debe intensificarse en las habilidades emocionales y estar orientada a hacerlos conscientes de sus emociones, distinguir las emociones sanas y nocivas, hacerlos capaces de tomar control sobre sí mismos, saber convivir y tomar decisiones en procura de su bienestar, para que desarrollen la habilidad de discernir consecuencias y tomen decisiones partiendo del autoanálisis. Es decir, desarrollar las competencias emocionales que al final se convierten en conductas prosociales, que, de acuerdo con Daniel Goleman, (1996) se concretan en 5 esferas principales:

1. Conocer las propias emociones. Tener conciencia de sí mismo, lograr la capacidad de controlar sentimientos es fundamental para la comprensión de uno mismo.
2. Manejar emociones. Manejar los sentimientos para una adecuada conciencia de sí mismo, conlleva a la capacidad de serenarse, de librarse de la irritabilidad, ansiedad, etc.
3. La propia motivación. Ordenar las emociones al servicio de un objetivo es esencial para la automotivación, el dominio y la creatividad. Postergar la gratificación y contener la impulsividad, permite el desempeño destacado en muchos sentidos, indica Goleman.
4. Reconocer emociones en los demás. La empatía, como la capacidad de ponerse en el lugar del otro, permite mejores relaciones que despiertan el altruismo.
5. Manejar las relaciones. Lograr habilidad para comprender y manejar las emociones de los otros, posibilita relaciones sociales serenas.

La educación emocional, que por definición se enfoca tanto en el reconocimiento de la emocionalidad propia como la del otro, y que además tiene como principio el trabajo colaborativo, resulta en una estrategia de prevención para la problemática del bullying y, por ende, del suicidio infantil y juvenil.

Según Ortegón, Julià, Sarrión, Porrini, Peinado & Ganges (2014), tener a la mano herramientas pedagógicas que se encaminen a desarrollar competencias emocionales en los estudiantes, posibilita que estos gestionen los estados emocionales negativos, los cuales aproximan a elegir la violencia como resolución momentánea de los conflictos personales o sociales, que es la razón, según explican, del acoso escolar.

“La resolución real pasa por transformar en bienestar, lo que en algún momento pudo ser un potencial foco de conflicto. Se trata de trabajar en torno a los factores de protección, no solo ante los

factores de riesgo en relación con el acoso o el abuso. Como estrategia pedagógica y buenas prácticas, creemos que la educación emocional debe llevarse a cabo de forma transversal en todo contexto formativo. (...) Gracias a esa transversalidad nos permitimos afirmar que podemos potenciar el desarrollo de la inteligencia emocional a nivel personal y colectivo, consiguiendo individuos y sociedades más sanas y felices.”, indican los autores.

A nivel empírico son varios los estudios que han demostrado la correlación que existe entre las competencias emocionales y un menor índice de bullying o acoso escolar.

Por citar un ejemplo, se encuentra el estudio que realizaron Vázquez de la Hoz, Ávila Lugo, Márquez Chaparro, Martínez González, Mercado Espinosa & Severiche Jiménez (2010), en el que, si bien se evalúa a estudiantes universitarios, se reconoce que adecuados niveles de inteligencia emocional en los estudiantes estarían contribuyendo a contrarrestar la aparición de conductas de bullying.

En dicho estudio se compararon la inteligencia emocional y el índice de bullying de 100 estudiantes, hombres y mujeres, voluntarios de Psicología de una universidad privada de Barranquilla que, luego de ser partícipes de procedimientos y pruebas, arrojó como resultado que, a mayor capacidad de atención, claridad y reparación emocional, se posibilita una más amplia regulación consciente de emociones durante situaciones conflictivas en el aula.

“...los niveles de inteligencia emocional percibida hallados en esta investigación, parecen contribuir en la disminución de las conductas agresivas, favoreciendo la creación de espacios de convivencia pacífica en las aulas de los estudiantes del programa de Psicología de la universidad privada de Barranquilla”, indican los autores del estudio. Y reiteran: “Todo esto lleva a pensar la importancia que tiene que los estudiantes posean o adquieran las habilidades propias de la inteligencia emocional, pues cuando son capaces de ser consciente frente a sus emociones, de tener claridad frente a ellas y de regularlas reflexivamente para repararlas, es menos probable que en el aula se generen conductas impulsivas, bullying o agresivas entre ellos o frente a sus docentes”<sup>4</sup>.

Por otro lado, Suárez, Restrepo, & Caballero (2016), quienes han estudiado la ideación suicida y su relación con la inteligencia emocional en jóvenes universitarios, sostienen que “es un hecho comprobado cómo el uso inteligente de las emociones favorece la resolución de problemas, la toma de decisiones, la regulación del comportamiento propio, el alcance de logros personales y profesionales, el desempeño social exitoso y sentimientos de satisfacción ante la vida”.

<sup>4</sup> Vázquez de la Hoz, Ávila Lugo, Márquez Chaparro, Martínez González, Mercado Espinosa & Severiche Jiménez (2010). *Inteligencia emocional e índices de bullying en estudiantes de psicología de una universidad privada de barranquilla, Colombia*.

### **Mejoramiento en el desempeño académico**

Además de los beneficios que la educación emocional está reflejando cada vez más en el tratamiento de conductas de riesgo, igualmente está sucediendo con el mejoramiento del desempeño académico en todos los niveles educativos.

Para Fernández-Berrocal y Ruiz Aranda (2008), es claro que el déficit en las habilidades de Inteligencia Emocional afecta a los estudiantes tanto dentro como fuera de las aulas de clase, específicamente en cuatro áreas: rendimiento académico, bienestar y equilibrio emocional, en cuanto a establecer y mantener la calidad en las relaciones interpersonales y en el surgimiento de conductas disruptivas<sup>5</sup>.

De esa forma, los estudiantes con mayores índices de Inteligencia Emocional reportan menores grados de síntomas físicos, depresión, ansiedad social y mayor empleo de estrategias de afrontamiento activo en la solución de problemas (Salovey, Stroud, Woolery & Epel, 2002), e igualmente presentan mayor número de relaciones significativas positivas y potencial resiliente (Mikulic, Crespi & Cassullo, 2010)<sup>6</sup>.

Estos autores concluyen que la falta de control y de conocimiento de las competencias emocionales por parte de los estudiantes, repercute profundamente en la adaptación al medio social en general, incluyendo los contextos académicos y en la vida profesional de los mismos. La explicación es que el rendimiento académico es un proceso interdependiente entre el desarrollo intelectual y el emocional.

Estudiantes con elevada inteligencia emocional tienden a ser más prosociales, tienen un mejor rendimiento escolar y mejor comportamiento. Las sensaciones y las emociones positivas pueden aumentar grandemente el proceso de aprendizaje; pueden mantener al principiante en la tarea y proporcionar un estímulo para el nuevo aprendizaje. Asimismo, conductas como el abandono escolar, emociones negativas, el bajo rendimiento, consumo de drogas y la delincuencia juvenil se han relacionado con la ausencia de competencias sociales (Serrano, 2006; Gil-Olarte *et al.*, 2006; Kimbrough, 2008; Ruiz, 2008)<sup>7</sup>.

A nivel empírico son varios los estudios que soportan estas premisas teóricas, tanto en estudiantes de preescolar y de niveles básicos, como en universitarios.

<sup>5</sup> Tomado de Páez Cala, Martha Luz; Castaño Castrillón, José Jaime (2015). *Inteligencia emocional y rendimiento académico en estudiantes universitarios*. Psicología desde el Caribe, vol. 32, núm. 2, mayo-agosto, 2015, pp. 268-285 Universidad del Norte.

<sup>6</sup> Citados por Páez Cala, Martha Luz; Castaño Castrillón, José Jaime (2015).

<sup>7</sup> Tomado de Segura-Martín, J. M., Cacheiro-González, M. L. y Domínguez-Garrido, M.C. (2015). *Estudio sobre las habilidades emocionales de estudiantes venezolanos de bachillerato y formación técnica superior*. Educ. Educ. Vol. 18, No. 1, 9-26.

### **Experiencia Internacional:**

**En Argentina**, las provincias Corrientes y Córdoba –se trata de un país federado– fueron las dos primeras en introducir en su respectivo ordenamiento jurídico una Ley de Educación Emocional.

La iniciativa fue acogida por estos dos legislativos estatales luego del impulso y desarrollo que realizó desde la sociedad civil el licenciado en psicología Lucas Malaisi, quien es referente y autor de varios libros sobre la materia en dicho país y en América Latina.

De igual forma, y de acuerdo con fuentes periodísticas argentinas, para el año 2016 provincias como Santa Fe, Entre Ríos, Chubut, Tierra del Fuego, Tucumán e, incluso, la Capital Federal, ya venían adelantando el trámite legislativo de la propuesta.

“El desarrollo de habilidades emocionales contribuye a disminuir conductas sintomáticas como las adicciones, el abandono escolar, las depresiones y los suicidios, la promiscuidad, la violencia, el bullying o la baja tolerancia a la frustración. La idea es educar en las emociones antes de que enfermemos”, es parte de la explicación que da el experto argentino sobre los beneficios de este tipo de educación.

**En España**, por su parte, a partir del cambio que significó el paso del franquismo al régimen democrático en 1978, la legislación ha venido introduciendo aspectos que hacen referencia a la educación emocional<sup>8</sup>. El referente más cercano es la Ley Orgánica de Educación (LOE), que surge en el año 2006, en la que se asegura en el preámbulo que uno de los principios que integran la calidad en todos los niveles de los sistemas educativos, es “tratar de conseguir que todos los ciudadanos alcancen el máximo desarrollo posible de todas sus capacidades, individuales y sociales, intelectuales, culturales y emocionales para lo que necesitan recibir una educación de calidad adaptada a sus necesidades”.

Así, en su Título 1, Capítulo 1, en la educación infantil se habla de atender a su desarrollo afectivo, a sus relaciones sociales, creando un ambiente de afecto y de confianza.

De igual forma, en su Título 2, Capítulo 1, se indica que “las administraciones educativas dispondrán los medios necesarios para que todo el alumnado alcance el máximo desarrollo personal, intelectual, social y emocional”.

Es a partir de finales de los años noventa cuando se inicia una progresiva puesta en práctica de la educación emocional, de manera casi simultánea en diversas comunidades autónomas, si bien en Cataluña es donde encontramos probablemente las experiencias pioneras y mayor difusión a juzgar por el número de publicaciones, así como en Málaga se inicia una línea de investigación sobre inteligencia emocional en la misma época<sup>9</sup>.

<sup>8</sup> Bizquera Alzina; Rafael (2003).

<sup>9</sup> Bizquera Alzina; Rafael. *Situación de la Educación emocional en España: aportaciones y niveles de análisis*.

**En Estados Unidos**, entre tanto, desde hace años se viene adelantando la implementación de programas encaminados a la educación emocional en las escuelas de este país, bajo la premisa de que muchos de los problemas que afectan a la infancia y adolescencia en los centros educativos son causados por dificultades a nivel social y emocional.

### CONFLICTO DE INTERÉS

Con base en el artículo 3° de la Ley 2003 de 2019, según el cual “*El autor del proyecto y el ponente presentarán en el cuerpo de la exposición de motivos un acápite que describa las circunstancias o eventos que podrían generar un conflicto de interés para la discusión y votación del proyecto, de acuerdo al artículo 286. Estos serán criterios guías para que los otros congresistas tomen una decisión en torno a si se encuentran en una causal de impedimento, no obstante, otras causales que el Congresista pueda encontrar*”.

A continuación, se pondrán de presente los criterios que la Ley 2003 de 2019 contempla para hacer el análisis frente a los posibles impedimentos que se puedan presentar en razón a un conflicto de interés en el ejercicio de la función congresional, entre ellas la legislativa.

“*Artículo 1°. El artículo 286 de la Ley 5ª de 1992 quedará así:*

(...)

- a) *Beneficio particular: aquel que otorga un privilegio o genera ganancias o crea indemnizaciones económicas o elimina obligaciones a favor del congresista de las que no gozan el resto de los ciudadanos. Modifique normas que afecten investigaciones penales, disciplinarias, fiscales o administrativas a las que se encuentre formalmente vinculado.*
- b) *Beneficio actual: aquel que efectivamente se configura en las circunstancias presentes y existentes al momento en el que el congresista participa de la decisión.*
- c) *Beneficio directo: aquel que se produzca de forma específica respecto del congresista, de su cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil.*

*Para todos los efectos se entiende que no hay conflicto de interés en las siguientes circunstancias:*

- a) *Cuando el congresista participe, discuta, vote un proyecto de ley o de acto legislativo que otorgue beneficios o cargos de carácter general, es decir, cuando el interés del congresista coincide o se fusione con los intereses de los electores.*
- b) *Cuando el beneficio podría o no configurarse para el congresista en el futuro.*
- c) *Cuando el congresista participe, discuta o vote artículos de proyectos de ley o acto legislativo de carácter particular, que establezcan sanciones o disminuyan*

*beneficios, en el cual, el congresista tiene un interés particular, actual y directo. El voto negativo no constituirá conflicto de interés cuando mantiene la normatividad vigente.*

- d) *Cuando el congresista participe, discuta o vote artículos de proyectos de ley o acto legislativo de carácter particular, que regula un sector económico en el cual el congresista tiene un interés particular, actual y directo, siempre y cuando no genere beneficio particular, directo y actual.*
- e) *Cuando el congresista participe, discuta o vote artículos de proyectos de ley o acto legislativo que tratan sobre los sectores económicos de quienes fueron financiadores de su campaña, siempre y cuando no genere beneficio particular, directo y actual para el congresista. El congresista deberá hacer saber por escrito que el artículo o proyecto beneficia a financiadores de su campaña. Dicha manifestación no requerirá discusión ni votación.*
- f) *Cuando el congresista participa en la elección de otros servidores públicos mediante el voto secreto. Se exceptúan los casos en que se presenten inhabilidades referidas al parentesco con los candidatos (...).” (Subrayado y negrilla fuera de texto).*

Así las cosas, y de forma orientativa, consideramos que para la discusión y aprobación de este proyecto de ley no existen circunstancias que pudieran dar lugar a un eventual conflicto de interés por parte de los Representantes, pues es una iniciativa de carácter general, impersonal y abstracta, con lo cual no se materializa una situación concreta que permita enmarcar un beneficio particular, directo ni actual.

Frente al proyecto de la referencia se considera que pueden existir conflictos de interés relacionados con: - El interés particular, actual y directo de los congresistas, derivado de que su cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil sean los titulares de las descripciones normativas que hacen parte del texto, y que menciona el proyecto de ley.

Finalmente, sobre los conflictos de interés resulta importante recordar lo señalado por el Consejo de Estado (2019): “*No cualquier interés configura la causal de desinvestidura en comento, pues se sabe que solo lo será aquel del que se pueda predicar que es directo, esto es, que per ser el alegado beneficio, provecho o utilidad encuentre su fuente en el asunto que fue conocido por el legislador; particular, que el mismo sea específico o personal, bien para el congresista o quienes se encuentren relacionados con él; y actual o inmediato, que concurra para el momento en que ocurrió la participación o votación del congresista, lo que excluye sucesos contingentes, futuros o imprevisibles*”.

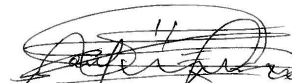
En suma, se considera que este proyecto se enmarca en lo dispuesto por el literal a del artículo primero de la Ley 2003 de 2019 sobre las hipótesis de



cuando se entiende que no hay conflicto de interés. Sin embargo, la decisión es meramente personal en cuanto a la consideración de hallarse inmerso en un conflicto de interés, por lo que dejamos a criterio de los representantes basado en la normatividad existente y a juicio de una sana lógica.

Se recuerda que la descripción de los posibles conflictos de interés que se puedan presentar frente al trámite de la presente iniciativa, conforme a lo dispuesto en el artículo 291 de la Ley 5ª de 1992, no exime del deber del Congresista de identificar otras causales adicionales.

  
DOLCEY OSCAR TORRES ROMERO

  
JAIME RAÚL SALAMANCA TORRES

  
LUIS CARLOS OCHOA TOBÓN

  
SUSANA GÓMEZ CASTAÑO

  
CIRO ANTONIO RODRÍGUEZ PINZÓN

  
DIEGO FERNANDO CAICEDO NAVAS


  
PEDRO BARACUTAO GARCÍA OSPINA

DANIEL CARVALHO MEJÍA

YULIETH ANDREA SÁNCHEZ CARREÑO

  
LINA MARÍA GARRIDO MARTÍN

JULIÁN DAVID LÓPEZ TENORIO

  
HERNANDO GONZÁLEZ


  
ALFREDO APE CUELLO BAUTE

HAIVER RINCON GUTIERREZ


CRISTÓBAL CAICEDO ANGLUO

  
DORINA HERNÁNDEZ PALOMINO

  
EDUARD ALEXIS TRIANA RINCÓN

  
ALEJANDRO GARCÍA RÍOS

  
INGRID MARLEN SOGAMOSO ALFONSO

  
GERSON LISIMAGO-MONTAÑO ARIZALA

### PROYECTO DE LEY NÚMERO 314 DE 2022 CÁMARA

*por medio de la cual se regulan los productos de tabaco calentado, administración de nicotina y sin nicotina y se dictan otras disposiciones.*

#### EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

##### (1) OBJETO DEL PROYECTO DE LEY

Los productos alternativos o de nuevas categorías son una respuesta a la necesidad del consumidor adulto de nicotina de encontrar opciones de menor riesgo y con menores efectos negativos en la salud humana. Esta nueva alternativa se ha visto traducida en el desarrollo de productos alternativos de administración de nicotina que comprenden cualquier producto de consumo que, sin que exista combustión del producto, permitan a quien lo utiliza consumir nicotina por cualquier método, ya sea por la aspiración del vapor que genere su calentamiento, o bien al chuparlo, mascararlo, inhalarlo o administrarlo vía oral incluyendo en forma enunciativa a los líquidos de vapeo, productos de tabaco calentado, productos orales, nebulizadores e inhaladores.

El fenómeno de los productos alternativos ha venido masificándose en el mundo. El uso de vapeadores y dispositivos de calentamiento de tabaco, según la Organización Mundial de la Salud, ya asciende a 48 millones de personas, frente a los 1.100 millones de fumadores que según la Organización Mundial de la Salud existen hoy en día en el mundo.

A pesar de la evolución en el desarrollo de los productos alternativos, **el mercado actual se encuentra desprotegido y abierto por parte de diferentes comercializadores a los menores de edad. La falta de regulación en el mercado se ha visto reflejada en el consumo de estos productos por parte de menores, el mercadeo no responsable, la desinformación sobre los riesgos asociados al consumo de estos productos y el intento por parte de comercializadores para incidir en las decisiones de consumo.** Estas consecuencias negativas de mercado tienen una relación directa con las implicaciones negativas que estos productos generan en la salud humana y, por ende, demuestran la necesidad de definir un marco regulatorio adecuado y coherente con las políticas de salud pública implementadas a nivel nacional.

El presente proyecto de ley busca regular el consumo de nicotina independientemente del método o dispositivo que se emplee para su consumo, implementar la política de reducción de daños en relación con el consumo de nicotina y generar una normatividad protectora de la población menor de edad, de la mano con la prevención del consumo de nicotina por parte de esta población. Es menester del Congreso de la República de Colombia atender esta situación de salud pública que actualmente se presenta en el país y definir unos parámetros claros en cuanto a comercialización, diferenciación de categorías, empaquetado y etiquetado, publicidad y promoción, exhibición, patrocinio de eventos y consumo

SECRETARÍA GENERAL

El día 30 de Noviembre del año 2022

Ha sido presentado en este despacho el Proyecto de Ley X Acto Legislativo

No. 313 con su correspondiente Exposición de Motivos, suscrito Por:

HR Dolcey Torres, HR Jaime Salamanca  
HR Luis Carlos Ochoa y Otros H.H. RL

SECRETARÍO GENERAL

de estos productos, **fijando como prioridad la protección de las poblaciones menores de edad y no consumidoras de nicotina.**

Es importante destacar que la presente iniciativa **no** busca promocionar activamente los mecanismos alternativos de consumo de nicotina, ni negar sus posibles efectos adversos en la salud humana. Lo que pretende es fijar el marco normativo que regule esas nuevas opciones que existen en el mercado bajo el siguiente contexto: aun cuando lo deseable es que las personas dejen de consumir nicotina mediante cualquier modalidad por sus repercusiones en la salud humana, en algunas ocasiones no pueden o no quieren hacerlo y, en ese escenario, el Estado está llamado a garantizarles que las opciones que son menos lesivas que el mecanismo tradicional (cigarrillo común) satisfagan unas condiciones mínimas para su uso.

Este proyecto de ley toma la experiencia de la regulación del acceso a cigarrillos por parte de los menores de edad y los aplica rigurosamente en lo que tiene que ver con venta, distribución, acceso, exhibición, empaquetado, etiquetado y publicidad sobre los vapeadores, dispositivos de calentamiento de tabaco, productos de consumo oral de nicotina y sus accesorios para buscar la protección de los menores de edad. Por otro lado, y tomando la evidencia de los gobiernos y centros de investigación de países como Inglaterra, Japón y Países Bajos, enmarcados en el enfoque de reducción de riesgo y daños de la “Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas” adoptada en el Decreto 089 del 16 de enero de 2019, el proyecto de ley ofrece una alternativa para mejorar la calidad y de vida de las personas que no pueden o no quieren dejar de consumir nicotina, pero lo pueden hacer con menor daño, según se precisó previamente.

Teniendo en cuenta que los productos de administración de nicotina sin combustión cuentan con especificaciones técnicas únicas, se requiere un marco regulatorio específico basado en el perfil de riesgo que dichos productos representan. A nivel internacional, países como Polonia, Rusia, Japón, Nueva Zelanda y los miembros de la Unión Europea, entre otros, han creado marcos regulatorios exclusivos para cigarrillos electrónicos, productos de consumo oral de nicotina y productos de tabaco calentado.

## (2) ANTECEDENTES LEGISLATIVOS

Durante las dos últimas legislaturas se han radicado diferentes Proyectos de ley que han intentado regular a las Nuevas Categorías, pero han sido archivados. A continuación, se mencionan algunos de dichos proyectos.

**Proyecto de ley 39 de 2020 Senado:** Radicado por el honorable Senador José David Name, el cual durante los años pasados ha presentado proyectos de ley que buscan regular las Nuevas Categorías. Realizó este proyecto de ley junto con la congresista Norma Hurtado. Este buscaba modificar el artículo 1º de la Ley 1335 de 2009 con el objetivo de garantizar los derechos a la salud de los habitantes del territorio nacional, especialmente la de los menores de 18

años de edad y la población no fumadora, regulando el consumo, venta, publicidad y promoción de los cigarrillos producto de tabaco, sus derivados sucedáneos o imitadores. Además, también escribió el **Proyecto de ley 218 de 2019** Cámara que buscaba modificar la Ley 1335 de 2009 con el objetivo de regular el uso de Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina y sin nicotina.

**Proyecto de ley 493 de 2020** Cámara: El honorable Representante Mauricio Andrés Toro y el honorable Senador Iván Marulanda radicaron este proyecto, el cual buscaba regular los productos de administración de nicotina, independientemente del método o dispositivo que se emplee para su consumo, así como implementar la política pública de reducción de riesgos y daños en relación al consumo de nicotina.

**Proyecto de ley 057 de 2019** Cámara: La congresista Neyla Ruiz Correa radicó este proyecto de ley por medio del cual se buscaba regular el uso de Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina para prevenir la iniciación de no fumadores y jóvenes, con especial atención a los grupos vulnerables.

Medidas regulatorias de este tipo han incluido advertencias de salud especiales para productos de tabaco calentado y cigarrillos electrónicos (como es el caso de la Unión Europea), creación de estándares nacionales para productos de tabaco calentado (como es el caso de Rusia), designación de áreas para uso (como es el caso de Japón y Polonia) e información al usuario con instrucciones de uso y almacenamiento en los paquetes de los productos (como es el caso de la Unión Europea), entre otros. Siguiendo la línea de protección a menores de edad, es indispensable tener un correcto uso de la información expuesta en los productos. Por esta razón, el empaquetado y etiquetado de los productos alternativos o de nuevas categorías es uno de los asuntos más relevantes de cara a su marco regulatorio. En el articulado del presente proyecto de Ley se plantean disposiciones acotadas y restrictivas frente al empaquetado y etiquetado de dichos productos, exigiendo así la presencia expresa de un texto que advierta sobre los efectos del consumo de nicotina, además de la prohibición de venta, comercialización, consumo y alcance de estos productos por parte de menores de edad.

Puntualmente, es importante tener en cuenta la experiencia internacional de los miembros de la Unión Europea, quienes crearon la Directiva de Productos de Tabaco (TPD) que establece y reconoce categorías separadas para “productos de tabaco novedosos”, “productos de tabaco sin humo”, “cigarrillos electrónicos” y “productos de tabaco”.

*“Los cigarrillos electrónicos, y otros sistemas de entrega de nicotina, ofrecen, pues, un vasto potencial de beneficios para la salud, pero para maximizar esos beneficios, mientras se minimizan los daños y riesgos para la sociedad, se requiere de una regulación apropiada, un monitoreo cuidadoso y un buen manejo del riesgo. Sin embargo, la oportunidad de usar este potencial en una política de salud pública, complementando políticas integrales de control*



*del tabaco existentes, no se debe desaprovechar”.* (Instituto de salud pública de Inglaterra, 2015)

### **(3) NOCIONES GENERALES**

#### **(3.1) El Tabaquismo**

El tabaquismo es el consumo de productos de tabaco, definidos por la Organización Mundial de la salud (OMS) como productos “hechos total o parcialmente con tabaco, sean para fumar, chupar, masticar o esnifar. Todos contienen nicotina, un ingrediente psicoactivo muy adictivo”. La nicotina es un alcaloide extraído de la planta del tabaco, de la familia de las solanáceas, aunque también se encuentra (en mucho menor concentración) en legumbres como la berenjena y el jitomate. El tabaquismo es el principal factor de riesgo sanitario poblacional evitable a nivel global. Según la OMS, es la causa de 7 millones de muertes prematuras anuales en todo el mundo, incluyendo 600 mil debido a la exposición al humo de tabaco ambiental. El tabaquismo es factor de riesgo en 6 de las 8 principales causas de mortalidad en Enfermedades No-Transmisibles (ENT), es causa directa de 1 en 6 fallecimientos por estas enfermedades.

Es bien conocido, por una gran cantidad de estudios epidemiológicos, que la inhalación de los compuestos y partículas del humo de tabaco (que contiene 70 compuestos carcinogénicos) expone a los fumadores a múltiples enfermedades, sobre todo cáncer de pulmón y enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (EPOC), otros cánceres, así como enfermedades coronarias. Fumar cigarrillos de tabaco aumenta en promedio 20 veces el riesgo de cáncer de pulmón y EPOC; entre 3 y 10 veces cánceres en la boca, laringe, bronquios y tráquea; y 2.5 veces el riesgo de enfermedades coronarias. Aunque el riesgo es menor en estas últimas enfermedades, su efecto es mayor, ya que son mucho más frecuentes que los cánceres asociados al tabaquismo a nivel poblacional. Los hijos que nacen de mujeres que fuman durante el embarazo tienen más riesgo de padecer cánceres y enfermedades respiratorias y otros trastornos. En la región de las Américas, el tabaquismo es responsable del 18% de las muertes por ENT y del 84% de las muertes por cáncer de pulmón, bronquios y tráquea. Aunque menos dañino que la inhalación directa del humo, la exposición al humo de tabaco ambiental es también un factor de riesgo responsable de enfermedades respiratorias, sobre todo en poblaciones vulnerables: niños, mujeres embarazadas, personas mayores y personas con padecimientos respiratorios.

Desde los primeros estudios en 1954 por los profesores británicos Sir Richard Doll y Sir Austin Bradford Hill, continuados por los informes del Colegio Real de Médicos de Londres (1962) y del Cirujano General de los EE. UU. (1964), el comprobar la relación entre fumar cigarrillos y el cáncer del pulmón ha sido uno de los esfuerzos colectivos más importantes de investigación sobre un problema de salud apremiante por parte de la medicina moderna a nivel global. Pese a la oposición y confrontación de la poderosa industria tabacalera, se inicia desde

la década de 1970 un proceso de concientización política sobre cómo atender el costo médico y social debido a las enfermedades asociadas al tabaquismo. Este proceso culmina, después de varios años de arduas negociaciones, con el surgimiento en febrero de 2003 del Convenio Marco del Control de Tabaco (CMCT) bajo el auspicio directo de la OMS, el primer tratado multilateral a escala internacional sobre un tema de salud, el cual otorga a la OMS un instrumento legal que le da autoridad de influir en políticas de salud pública a nivel internacional. El CMCT-OMS ha sido firmado y ratificado por 181 países -incluyendo Colombia- denominados como las “Partes del CMCT”, las cuales adquieren la obligación de cumplir con los acuerdos y participar en las Reuniones de las Partes (las COP). Además de la problemática de la salud, la OMS busca atender los altos costos humanos y económicos que representan las Enfermedades No Transmisibles (ENT, incluyendo al tabaquismo) para los sistemas de salud a nivel global.

Los Estados miembros de la ONU aprobaron en 2011 la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y Control de las ENT. Consecuentemente, la OMS estableció el Plan de Acción Mundial para la Prevención y Control de las ENT 2013-2020, fijando como meta reducir en un 25% la mortalidad prematura por ENT y un 30% de la prevalencia de consumo de tabaco para 2025. Desde 2007 la OMS adoptó como guía de acción y referencia el siguiente conjunto de medidas conocidas como MPOWER:

- Hacer un seguimiento del consumo de tabaco y de las medidas de prevención.
- Proteger a la población del humo de tabaco.
- Ofrecer ayuda a las personas que deseen dejar de fumar.
- Advertir de los peligros del tabaco.
- Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio.
- Aumentar los impuestos sobre el tabaco.

Desde 2007, la OMS hace un seguimiento de las políticas aplicadas bajo el enfoque MPOWER. En los informes que publica sobre la epidemia mundial de tabaquismo se explican en detalle los progresos realizados para combatir el tabaquismo a nivel mundial, regional y nacional.

#### **(3.2) El tabaquismo en Colombia**

A pesar del trabajo intersectorial y la colaboración entre las instituciones de gobierno para avanzar en las políticas públicas de control de tabaquismo en Colombia, el consumo de tabaco –por combustión– sigue ocasionando la muerte de 88 personas al día (32,120 al año), según cifras del Ministerio de Salud y Protección Social (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). Durante los últimos ocho años, Colombia ha logrado reducir los índices de tabaquismo, del 12,9% en 2010 al 7,0% en 2017. No obstante, aún sigue siendo necesario encontrar nuevos enfoques y estrategias relacionadas con la reducción del riesgo, el daño y la mortalidad.



La incidencia del tabaquismo en Colombia, reportada en un 7% por el Ministerio de Salud y Protección Social, representa 3'450.400 personas en el país que, por un lado, están buscando ingerir nicotina, principalmente por medio de cigarrillos consumidos por combustión, o, por otro lado, hacen parte del 94% a 97% de la población mundial que, aunque ha intentado dejar de fumar en múltiples ocasiones, no lo ha logrado con éxito a largo plazo (Rigotti, 2012). Cada vez que estos fumadores encienden o combustionan la punta de un cigarrillo, se generan más de 6.000 sustancias nocivas que son reconocidas como la principal causa de las enfermedades asociadas al tabaquismo (Rodgman, 2013).

Ningún actor social contemporáneo puede negar el daño que el consumo de cigarrillo le ha hecho a la humanidad en el último siglo, no solo por las consecuencias derivadas de su consumo directo o indirecto, sino también por las estrategias que se utilizaron durante muchos años para promover el consumo y el acceso a estos productos que terminaron siendo altamente dañinos y cobrando millones de vidas en los últimos 50 años. Pese a todas las medidas orientadas hacia la regulación y la prohibición, en el mundo existen actualmente más de 1.000 millones de personas que están fumando y no quieren o no pueden dejar de hacerlo.

La cesación del consumo debe ser el objetivo primordial de las acciones de regulación del consumo de cigarrillo. No obstante, para quienes no pueden o no quieren dejar de fumar, el principio de beneficencia de la ética médica, el cual indica 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 (Eupati, s.f.). La medicina cada vez se inclina más a la tendencia mundial de prestar más atención a la opinión del paciente como parte fundamental en la búsqueda del mejoramiento de su calidad de vida. Es así como la ciencia y la sociedad han abierto nuevos caminos para poder conjugar los deseos de las personas con el bienestar social e individual.

Por un lado, se encuentra la reducción de riesgos y daños, la cual tiene como objetivo describir las acciones que minimizan las consecuencias negativas derivadas de una acción que implica riesgos en su ejecución y daños en sus resultados. Es así como por ejemplo se exige el uso de cinturón de seguridad para conducir un automóvil que se entiende como una acción de riesgo y, por ejemplo, se distribuyen jeringas a consumidores de drogas para que el daño no aumente cuando se intercambian jeringas entre personas propensas a la hepatitis, el VIH, etc.

En este sentido, la reducción de riesgos y daños en el consumo de sustancias psicoactivas, como estrategia de salud pública orientada a la minimización de los impactos negativos del consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales, se ha venido posicionando desde los años 70 en el consumo de drogas por vía inyectada, en la década del 2.000 con el consumo de sustancias psicoactivas

ilegales en espacios de fiesta, y en los últimos años en el consumo de sustancias psicoactivas legales como el alcohol y la nicotina.

Después de varios años de práctica informal, 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, donde fue uno de sus 4 ejes de acción. Por su parte, el Decreto 120 del año 2010 (Ministerio de Justicia, 2018) desarrolló las pautas del “Saber Vivir, Saber Beber” que, bajo los principios de la reducción de riesgo y daño, daba orientaciones para que las personas se autorregularan en el consumo de alcohol. En el año 2011 este enfoque fue incluido en la “Política Pública para la atención y prevención del consumo y la vinculación a la oferta de sustancias psicoactivas en Bogotá”. En el año 2012, la reducción del riesgo y el daño también hizo parte de la Ley 1566 del mismo año “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” (Ministerio de Salud, 2013).

Pese a los cambios en la política de drogas derivados del cambio de Gobierno, la reducción de riesgo y daño se consolida como un enfoque válido en la política de drogas desde la salud pública y ha sido incluido explícitamente en la Resolución número 089 de 2019 del Ministerio de Salud “Política integral para la prevención y atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas”, la cual establece el “desarrollo de estrategias de prevención selectiva e indicada para consumidores no problemáticos orientadas a la reducción de daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas” para consumidores recreativos y 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” como pueden ser las personas que tienen dependencia a la nicotina.

Es así como Colombia ha avanzado en un marco regulatorio de salud pública que media entre, por un lado, la prevención del consumo de sustancias con énfasis en los niños, niñas y adolescentes y, por otro lado, la superación del consumo problemático en las personas que tienen una alta dependencia a las sustancias a tal punto que afecta su funcionalidad social, familiar, laboral etc. La reducción de riesgos y daños es la opción para mejorar la calidad de vida de quienes no quieren o no pueden dejar de consumir sustancias psicoactivas legales e ilegales. Para esto, la investigación y desarrollo de la ciencia y la tecnología también ha venido desarrollando técnicas y dispositivos que puedan satisfacer ese punto medio que busca la reducción de daños, pero que también permite minimizar los impactos negativos del consumo de nicotina, como hasta hoy se conocían.

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 de un desastre de salud pública. El proceso de combustión produce muchos compuestos tóxicos que no se encuentran en el tabaco sin quemar” (Jean Francois, s.f.). Por lo anterior, desde el año 2003 se han dado a conocer a nivel mundial otras formas de consumo de nicotina, como los cigarrillos electrónicos y productos de tabaco calentado, que no involucran la combustión para su consumo.

Dichos productos administran nicotina, una sustancia que, aunque adictiva y no libre de riesgo, no es la causa principal de las enfermedades asociadas al tabaquismo. Así como lo indicó el Colegio Real de Médicos del Reino Unido: *“la nicotina por sí sola no es especialmente peligrosa y si la nicotina pudiera ser provista en una forma que fuera aceptable y efectiva como sustituto del cigarrillo, millones de vidas podrían ser salvadas”* (Colegio Real de Médicos del Reino Unido, 2007).

Actualmente, vemos surgir evidencia entre los expertos en salud pública y la comunidad médica de que los productos de administración de nicotina sin combustión pueden presentar un riesgo sustancialmente menor, comparado con el causado por el cigarrillo, en los fumadores adultos. Según el último reporte del Instituto de Salud Pública de Inglaterra, *“el vapeo representa solo una pequeña fracción de los riesgos de fumar y cambiarse completamente de fumar a vapear transmite beneficios sustanciales que seguir fumando. Los cigarrillos electrónicos son por lo menos 95% menos nocivos que los cigarrillos”*.

De acuerdo con algunos expertos en salud pública e instituciones médicas, han señalado que la utilización de productos que entregan nicotina sin combustión puede ser una opción que ayude a complementar las medidas de control de tabaco existentes y a reducir el riesgo de este. Según la Organización Mundial de la Salud, “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 de alternativa de nicotina con riesgos más bajos para la salud, y eventualmente dejan de utilizarlo, esto representaría un logro significativo en la salud pública” (Organización Mundial de Salud, 2016).

Ahora bien, para lograr materializar la oportunidad en salud pública que estos productos representan y así maximizar sus beneficios, se requiere contar con medidas regulatorias apropiadas y adaptadas a su perfil de riesgo, que a la vez complementen las políticas integrales de control de tabaco existentes.

En Colombia, los productos de tabaco y derivados son sujetos a la Ley 1335 de 2009. Dicha regulación decreta las medidas regulatorias asociadas al humo, el consumo de tabaco por combustión y a las emisiones generadas tanto para el fumador de primera mano como para el de segunda. Sin embargo, considerando que para la época los productos de

administración de nicotina sin combustión no habían llegado de manera masiva al mercado colombiano, dicha ley no hace referencia al consumo de nicotina vía calentamiento, al vapor generado y a la potencial reducción de daño en los fumadores adultos y a la población en general. Como resultado, dichos productos se encuentran en un limbo regulatorio.

Teniendo en cuenta lo anterior, resulta necesario contar con un nuevo marco regulatorio en Colombia que trate los productos de administración de nicotina sin combustión y que proteja la venta y consumo de estos productos a menores edad, quienes no deberían tener acceso a productos que contengan nicotina, ni tampoco a dispositivos que mediante el vapeo puedan generar el hábito de consumo así no contengan nicotina. Por el hecho de consumirse sin combustión, estos productos son diferentes a los cigarrillos y, por ende, las medidas regulatorias que se les apliquen deberían ser distintas.

Adicionalmente, la regulación de este tipo de mecanismos debe facilitar el cambio por parte de fumadores adultos de cigarrillos a productos de administración de nicotina sin combustión. Se reitera que no se trata de una promoción activa de estos últimos, sino que, ante un escenario en el que una persona no quiere o no puede dejar de consumir nicotina, el Estado debe proporcionarle herramientas para que lo haga con un nivel menor de exposición de riesgos y daños. Ese objetivo se puede lograr a través de los mentados productos.

### (3.3) El Concepto de Reducción de Daños

El término “Reducción de Daños” se refiere a un conjunto de políticas, prácticas regulatorias y acciones que se enfocan en proporcionar acceso a formas menos riesgosas de utilización de un producto o práctica de un comportamiento, sin exigir la abstinencia o eliminación de este (como ejemplos está el uso obligatorio de cinturones de seguridad en automóviles o cascos para ciclistas). En el contexto específico de sustancias o drogas con efectos psicoactivos, la reducción de daños implica políticas, programas y acciones que reduzcan los daños que conlleva su consumo para usuarios que no desean abstinencia o son incapaces de lograrla. El enfoque está en reducir los daños por modificar o disminuir el consumo o por sustitución de sustancia, más que en exigir abstinencia o buscar una prohibición, además de trabajar con los usuarios directamente que continúan el consumo.

Los programas y políticas de reducción de daños surgen en los años sesenta y son encausados y dirigidos en forma improvisada, sin soporte institucional, por los mismos consumidores de drogas en EE. UU., Canadá y Europa y enfermos de VIH/SIDA, enfocándose en proporcionar asesoría a usuarios sobre mayor seguridad en las prácticas sexuales y uso de las sustancias. Concretamente, el enfoque fue en reducir el riesgo de contagio, proporcionando jeringas esterilizadas y promoviendo el uso de condones como alternativas a la abstinencia sexual y/o la abstinencia de consumo

(exigida a menudo con chantaje moral), la cual idealmente eliminaría los riesgos, pero que es muy poco realista en la práctica.

Dada la vulnerabilidad de las personas portadoras de VIH/SIDA y de los usuarios de drogas inyectables, la prioridad era salvar a los afectados (o potencialmente afectables) de una muerte casi segura, incluso aquellos que decidieran continuar su adicción. En todos estos ejemplos de políticas de reducción de daños, los profesionales de la salud trabajaron en las mismas comunidades de afectados y usuarios de sustancias, no como agentes de burocracias de la salud que actúan en forma vertical, sino como promotores de la Reducción de Daños en sí misma.

La Reducción de Daños va más allá de la implementación de determinadas políticas de salud, es parte de los derechos de los afectados. Esto lo expresa la Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud, auspiciada por la OMS, en la siguiente declaración: “Las personas no consiguen lograr su máximo potencial de salud a menos que tengan control sobre todos aquellos aspectos que determinan su salud”. La Reducción de Daños se basa en contribuir a generar cambios de comportamiento en personas informadas y convencidas, rechazando la coerción para que modifiquen sus hábitos y comportamientos mientras no afecten a terceras personas.

En Colombia, la reducción de riesgos y daños es reconocida desde el año 2007 en la Política Nacional para la Reducción del Consumo de SPA y su impacto, así como en la Ley 1566 de 2012, que reconoce el consumo de SPA como un problema de salud pública que debe ser tratado como una enfermedad. De la misma manera, quedó consignada como una de las líneas de acción del programa “Ruta Futuro” para el abordaje del consumo de sustancias psicoactivas en el Gobierno de Iván Duque. De forma más reciente, fue incorporada en la “Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas”, adoptada mediante la Resolución 089 del 16 de enero de 2019, al igual que en los lineamientos de acción para abordar el consumo de sustancias psicoactivas en el marco de la emergencia por el COVID-19. Además, ha sido incluida, por ejemplo, en el Plan Distrital de Desarrollo de Bogotá 2020 – 2023. Todo este marco normativo y de política pública le da la legalidad para ser aplicada al consumo de nicotina.

### (3.4) Reducción de Daños del Tabaquismo (RDT)

En 1976, mucho antes de la firma del CMCT-OMS, el psiquiatra británico Michael Russel fue el primero en sugerir una propuesta de Reducción de Daños del Tabaquismo (RDT), afirmando que **“el fumador fuma por la nicotina, pero se enferma y muere por el alquitrán”**. La propuesta de Russel es simple y revolucionaria:

*“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, pero no logran (o no desean) dejar de consumir nicotina. Al fumar el fumador recibe la nicotina mediante un medio de entrega sumamente tóxico: el humo de tabaco. 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 que representa el fumar cigarros”*.

Tomando en consideración que todos los productos de tabaco contienen nicotina y esta es la sustancia psicoactiva que consumen los fumadores (o los que consumen tabaco oralmente), el CMCT-OMS debería proporcionar el marco teórico, jurídico y operativo para aplicar una estrategia de Reducción de Daños aplicada al caso del tabaquismo. De hecho, el CMCT-OMS incluye la “Reducción de Daños” al definir al concepto de “Control del Tabaco” 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”*.

La percepción errónea que asocia a la nicotina con cánceres y enfermedades ligadas al tabaquismo se explica por su asociación con el acto de fumar tabaco. Sin embargo, existe amplia evidencia epidemiológica, acumulada por décadas a partir de los años setenta (mucho antes del surgimiento del CMCT-OMS), de que su consumo disociado del humo de tabaco (nicotina farmacéutica y consumo oral recreativo) no es causante de cáncer u otras enfermedades asociadas al tabaquismo. Su consumo produce efectos agudos (transitorios) en el sistema cardiovascular semejantes a los de la cafeína, los cuales podrían ser preocupantes solo en personas con condiciones de debilidad cardíaca o que ya padecen una enfermedad coronaria, pero no en adultos sanos.

En 2005 los únicos productos no medicinales de entrega de nicotina sin humo eran por vía oral: los tabacos orales (tipo “*bidi*”) utilizados en Asia, que son de alta toxicidad; y los utilizados en los EE. UU. y Escandinavia (“*moist*” y “*snus*”), los cuales ya para 2005 se sabía que son de baja toxicidad y cumplen con los requisitos de la RDT enunciada por Russell. También para 2007 ya se sabía que era segura la opción medicinal dada por las Terapias de Reemplazo de Nicotina (TRN), a través de chicles, parches e inhaladores, que surge por vez primera en 1984 y es plenamente aprobada por el CMCT-OMS, ya sea bajo prescripción médica o sin ella (en los EE. UU.) Sin embargo, pese a la evidencia que da sustento científico a la RDT, los posicionamientos y resoluciones de las Reuniones de las Partes (las COP) del CMCT-OMS han tendido a enfatizar como meta la abstinencia de la población de todo consumo de productos de tabaco, lo cual parece incluir a todo consumo de nicotina, y por ende un rechazo a toda estrategia de RDT: Reducción de Daños basada en consumo recreativo de nicotina, más no el consumo medicinal de nicotina farmacéutica a través de



las Terapias de Reemplazo de Nicotina (parches, chicles, inhaladores).

Considerando su potencial de mejoramiento de la salud pública, cabe preguntarse por qué el CMCT-OMS no incorporó la propuesta de RDT de Russell en forma plena y cabal desde el inicio a las políticas e intervenciones del Control de Tabaco. Hay dos explicaciones sobre este rechazo:

- La industria tabacalera propuso en las décadas 1980-1990 una estrategia de reducción de daños engañosa, basada en el desarrollo de varios modelos de cigarrillos que supuestamente representan un riesgo menor: cigarrillos con filtro “light”, de bajo contenido de alquitrán, de menor contenido de nicotina. Es evidente que este tipo de cigarrillos no conduce a una reducción de daños real, en tanto estos últimos se causan por la inhalación de humo. La hostilidad y desconfianza (justificada) de las instituciones y organismos que negociaron y establecieron el CMCT-OMS hacia la industria tabacalera generó (lamentablemente) una hostilidad y desconfianza hacia todo intento de reducción de daños.
- Aunque ya se disponía de evidencia sobre la reducción de riesgos a la salud derivada del consumo de nicotina sin humo de por medio, no se contaba aún con un producto de consumo no medicinal que fuera lo suficientemente popular como para reemplazar a los cigarrillos a nivel global.

Además de estos factores, se puede entender la dificultad para aplicar (al menos al inicio) una estrategia de RDT a través del Control de Tabaco en el marco del CMCT-OMS por la magnitud y el alcance global del consumo de tabaco y sus ramificaciones e implicaciones demográficas, económicas y políticas:

- Hay más de mil millones de personas que fuman legalmente en el mundo.
- La producción y comercio es llevada a cabo en forma legal por una colección de industrias tabacaleras (transnacionales y nacionales) que disponen de mucho capital financiero e influencia política.
- El CMCT-OMS genera una vinculación legítima con la industria farmacéutica que manufactura diversos tipos de medicamentos utilizados en el combate al tabaquismo. Inevitablemente, esta vinculación genera intereses creados e inercias burocráticas.

Estas características contrastan con el menor alcance demográfico e implicaciones financieras y políticas del consumo ilegal de drogas o la epidemia de VIH/SIDA, por lo que explicarían la mayor necesidad de combatir al tabaquismo mediante una acción global basada en acuerdos políticos internacionales e implementada por burocracias de salud pública y cuerpos regulatorios en todos los países que han ratificado el CMCT-OMS. Sin

embargo, para 2016 la OMS ya había reconocido en su reporte técnico previo a la Reunión de las Partes COP7 el hecho de que el riesgo a la salud varía en los diversos productos de nicotina:

*“Si la gran mayoría de los fumadores de tabaco, que no pueden o no desean dejar de fumar, inmediatamente pasaran a usar una fuente alternativa de administración de nicotina de menor riesgo, y eventualmente cesar ese consumo, esto representaría un logro significativo para la salud pública contemporánea”.*

Este reconocimiento representa un evidente cambio de paradigma, aunque no se justifica que la OMS también insista en exigir la abstinencia final de consumo de nicotina cuando este no implica altos riesgos a la salud.

Se puede argumentar que la forma tecnocrática y política a nivel global de atender al tabaquismo mediante el CMCT-OMS es necesaria y es efectiva, pero es necesario ponderar que está también sujeta a inercias burocráticas e intereses creados de naturaleza política y económica, por ejemplo: los intereses de la industria farmacéutica o los de actores no estatales como donantes filantrópicos multimillonarios como Michael Bloomberg y Bill Gates. Esta rigidez genera mucha resistencia a implementar cambios estratégicos motivados por la innovación tecnológica. Todos estos factores pueden obstaculizar la misión del CMCT-OMS: el mejoramiento de la salud pública al erradicar el tabaquismo.

#### (4) PRODUCTOS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS DEL TABAQUISMO

Los productos compatibles con la RDT son productos sustitutos del cigarro convencional que administran nicotina sin utilizar al humo de tabaco como vehículo de entrega al organismo. Esto es posible por vía oral o a través de aerosoles generados sin combustión por dispositivos electrónicos. Para estos últimos, la OMS ha definido el tecnicismo “SEAN”, Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina. Los dispositivos que administran aerosol sin nicotina son denominados (SSSN) Sistemas Similares Sin Nicotina. La siguiente tabla resume los actuales géneros de estos productos:

Producto	Vía de entrega	Contiene tabaco	Contiene Nicotina
Cigarro Electrónico o Vaporizador Personal.	Inhalación de aerosol sin combustión.	NO.	Opcional.
Tabaco para Calentar sin Quemar (HnB).	Inhalación de aerosol sin combustión.	SÍ.	SÍ.
Snus o Moist.	Oral.	SÍ.	SÍ.

A continuación, se proporciona una descripción más detallada de sus características.

##### (4.1) El cigarro electrónico o vaporizador personal

El primer producto de consumo que, además de cumplir con los requisitos de la RDT, cuenta con un potencial realista de sustituir al cigarro de tabaco a nivel global es el llamado “cigarro electrónico” o “vaporizador personal”, el cual fue inventado por el farmacólogo chino Hon Lik en 2003. El cigarro

electrónico es un dispositivo que genera, por calentamiento de una solución líquida mediante una resistencia, a un aerosol de tipo niebla.

La solución líquida está formada por propilenglicol, glicerol (glicerina vegetal), saborizantes artificiales y opcionalmente nicotina en concentraciones controlables. Externamente, el aerosol generado por el cigarro electrónico se manifiesta como una nube, la cual al ser inhalada y exhalada por el usuario simula el acto de fumar tabaco. 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”.

La intención de Hon Lik al inventar el cigarro electrónico fue crear un producto de consumo de uso práctico cuyo propósito fuera sustituir al cigarro convencional como un dispositivo no-combustible de entrega de nicotina. Esta intención se encuadra dentro del concepto de RDT, ya que elimina al humo inhalado producto de la combustión como vehículo de entrega de la nicotina.

El hábito del vapeo se tornó popular entre fumadores en EE. UU., Canadá, la Unión Europea, Australia y Nueva Zelanda en el periodo 2011 a 2014. Esto captó el interés de una parte de la comunidad de salud pública y motivó llevar a cabo estudios sobre las emisiones del aerosol. Los resultados evidenciaron una disminución significativa de contenido tóxico con respecto al humo de tabaco producido por combustión, lo cual fue consistente con la disminución de toxicidad en usuarios a través de marcadores biológicos (citamos las referencias en el presente documento).

Esta reducción de toxicidad generó expectativas en una parte de la comunidad de salud pública (incluso en el control del tabaco), lo cual llevó a que se empezara a recomendar el vapeo entre fumadores con el fin de avanzar una estrategia de RDT a nivel global y lograr un beneficio para la salud pública mediante la gradual sustitución, a nivel poblacional y a gran escala, del uso del cigarro de tabaco por el uso del electrónico.

Las autoridades del Reino Unido han adoptado oficialmente esta política sanitaria. Sin embargo, al no ser un producto medicinal fabricado por la industria farmacéutica ni auspiciado por instituciones de salud, la mayoría de las instituciones asociadas al control del tabaco fuera del Reino Unido (sobre todo en los EE. UU., pero también en otros países) han reaccionado desde el inicio con escepticismo.

Con todo, y el rechazo, la controversia y el cisma en la salud pública que ha provocado, el vapeo ha ido generando un mercado creciente (a nivel global) de consumidores y una comunidad de usuarios regulares (típicamente exfumadores) que a su vez han dado paso a una subcultura en torno a los diseños y los sabores. Los modelos más recientes han tenido éxito, ya que permiten una entrega eficiente de nicotina (como sales de nicotina) al mismo tiempo que son de fácil mantenimiento y ergonómicamente más semejantes a los cigarros convencionales.

#### **(4.2) Tabaco Para Calentar sin Quemar (HnB)**

La administración de nicotina sin combustión es también posible por la generación de un aerosol mediante el calentamiento (sin quemar) por medios electrónicos de un cartucho de tabaco debidamente preparado. El resultado son los dispositivos HnB (del inglés “*heat not burn*”, calentar sin quemar) que calientan un elemento de tabaco molido, mezclado con glicerol, saborizantes y otros ingredientes, a temperaturas típicas de 300-350 grados, muy por debajo de la combustión, mediante la batería de un dispositivo electrónico.

El usuario inhala por la boquilla del elemento un aerosol compuesto de agua, glicerol, nicotina y saborizantes. Los productos HnB cumplen con los requisitos de la RDT, ya que, al igual que el cigarro electrónico, entregan nicotina, evitando la inmensa mayoría de los compuestos tóxicos y carcinogénicos, producto de la combustión, conteniendo el aerosol algunos de estos compuestos por la degradación térmica del elemento de tabaco en concentraciones mucho menores a las del humo de tabaco.

Todos los productos HnB son actualmente fabricados por la industria tabacalera transnacional (Philip Morris International y British American Tobacco). Aunque la mayoría de los estudios sobre su perfil de seguridad han sido llevados a cabo por las mismas industrias, sus resultados han sido corroborados (detalle más, detalle menos) por estudios independientes. La Agencia de Salud Pública de Inglaterra (Public Health England, PHE) dedica en su informe de 2018 un capítulo entero a la revisión de estos productos.

Es importante resaltar que el consumo de productos HnB es popular en Japón y en menor medida en Corea del Sur. En Japón, los diversos productos HnB han producido una enorme disrupción al mercado de cigarros de tabaco controlado por la compañía nacional Japan Tobacco. Los productos HnB forman ya más del 20% del consumo total de productos de nicotina en este país, lo cual representa un enorme avance de la RDT que se ha materializado sin el apoyo de las autoridades sanitarias (aunque también sin su oposición).

El pasado 7 de julio de 2020, la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés), la más alta instancia pública en salud sobre control de sustancias de Estados Unidos, autorizó la venta de un dispositivo de calentamiento de tabaco como un producto de “Riesgo Modificado” indicando que “En particular, la agencia (FDA) determinó que la compañía demostró que debido a que el Sistema de calentamiento de tabaco [...] calienta el tabaco y no lo quema, reduce significativamente la producción de productos químicos nocivos y potencialmente nocivos en comparación con el humo del cigarrillo.

Además, los estudios mostraron que cambiar completamente de cigarrillos quemados al Sistema de calentamiento de tabaco reduce significativamente la exposición del cuerpo a 15 químicos dañinos y potencialmente dañinos

específicos.” (Administración de Medicamentos y Alimentos, s.f.). La FDA también encontró que, según la evaluación toxicológica, los aerosoles producidos por estos dispositivos contienen niveles más bajos de posibles carcinógenos y productos químicos tóxicos que pueden dañar los sistemas respiratorio o reproductivo.

#### **(4.3) Tabaco oral de tipo “snus”**

El consumo de tabaco por vía oral cuenta con una larga tradición histórica. Sin embargo, complica su estudio la enorme diversidad de productos y formas de consumo en diferentes zonas geográficas a nivel global. Como consecuencia, el perfil de seguridad de este género es muy variable: el “*bidi*” que mezcla al tabaco con otros ingredientes, muy popular en la India y países vecinos; el tabaco oral seco “*snuff*” y diversas variedades de tabaco oral húmedo (“*moist*”) en los EE. UU.; hasta la variedad “snus”, de uso popular en Suecia y Noruega. El snus es tabaco pasteurizado, bajo en nitrosaminas específicas del tabaco (por sus siglas en inglés, TSNA), colocado en empaques parecidos a pequeñas bolsas de té que el usuario coloca en la boca y chupa.

El uso del snus está muy extendido en Suecia, sobre todo en los hombres, por lo que únicamente el 8% de la población adulta fuma (5% de los hombres), mientras que aproximadamente el 15% consume nicotina exclusivamente a través del snus.

Mientras que la variedad “*bidi*” es sumamente tóxica, el snus y las variedades “*moist*” clasifican como productos de RDT. Existe evidencia epidemiológica que muestra que el consumo de snus no está asociado a cánceres (incluso cáncer bucal o de páncreas) ni a enfermedades coronarias. Además, Suecia es el país que muestra índices más bajos de enfermedades asociadas al tabaquismo en la Unión Europea.

No obstante, a diferencia del alcance global y popularidad de cigarro electrónico, el consumo de tabaco oral no está muy extendido: la variedad “*moist*” es de uso minoritario en los EE. UU. y el snus es poco popular fuera de Suecia y Noruega. Y pese a que el snus es poco conocido fuera de los países antes señalados, algunos defensores de la RDT resaltan la importancia que el mismo podría tener en países donde la población de fumadores tiene bajos ingresos debido al bajo costo del snus.

#### **(4.4) Aceptación y rechazo a los mecanismos alternativos de consumo de nicotina**

Al ser el producto más popular que cumple con los criterios de la RDT, la aceptación o rechazo del cigarro electrónico da una perspectiva fiel del avance y obstáculos que enfrenta la RDT, tanto en la regulación como en su rol en la salud pública. El cigarro electrónico irrumpe en forma sorpresiva, no-planeada, al mercado global en 2008 como un producto de consumo que se adquiere sin prescripción ni asesoría médica. No fue una creación de la industria tabacalera transnacional, fue desde el inicio (y continúa siendo) un producto fabricado mayoritariamente por pequeñas y medianas industrias emergentes, principalmente en China,

EE. UU. y la Unión Europea, promovido en gran parte por los mismos consumidores. Representa una competencia muy disruptiva para la industria tabacalera, la cual empieza a fabricar sus propios prototipos desde 2011, sin embargo, esta industria nunca ha dominado el “mercado del vapor”.

La RDT rápidamente se tornó en un tema muy controvertido desde 2011-2013, cuando el vapeo atrajo el apoyo entusiasta de una parte de la comunidad de la salud pública que desde entonces lo promueve por su beneficio potencial de reemplazar al cigarro convencional a nivel poblacional. Su aceptación o rechazo provocó un cisma importante en la comunidad de salud pública que persiste a la fecha.

El Reino Unido es a la fecha el único país en el que la acogida positiva y entusiasta de esta parte de la comunidad de salud pública hacia la RDT pasó a ser parte de la política de salud del Estado. Desde 2016 el uso recreativo del cigarro electrónico es impulsado por las autoridades británicas de salud como parte integral de la política oficial de control del tabaco. En 2018 la Cámara de los Comunes del Parlamento de ese país llevó a cabo, a través de su Comisión de Ciencia y Tecnología, una indagatoria extensa sobre la evidencia en torno al cigarro electrónico, resultando en una evaluación favorable a su uso como auxiliar en el cese de fumar. Como consecuencia, las clínicas de cese de fumar del Sistema Nacional de Salud lo promueven junto con los fármacos tradicionales y las terapias de apoyo conductual. Es el método de cese de fumar más popular en el Reino Unido.

La aceptación del cigarro electrónico por las autoridades sanitarias en el Reino Unido (y en menor medida en otros países europeos, Nueva Zelanda y Canadá) contrasta con su rechazo por parte de las instituciones de salud en los EE. UU. y por las tecnocracias de control de tabaco centradas en torno a la OMS. Estas tecnocracias, en sinergia con poderosas ONG antitabáquicas estadounidenses (Campaign for Tobacco-Free Kids), la fundación filantrópica Bloomberg Philanthropies, la mayor parte de académicos ligados al control del tabaco, así como diversos organismos reguladores, han continuado e incrementado la actitud inicial de extrema desconfianza y escepticismo hacia un rechazo frontal que se manifiesta en campañas mediáticas y políticas a nivel global en contra del uso de los dispositivos.

Las reservas frente al cigarro electrónico pueden explicarse por dos razones. La primera es que afecta a las industrias tabacalera y farmacéutica por representar competencia directa a sus productos. La segunda es que supone un desafío al modelo de respuesta manejado actualmente por las instituciones encargadas de controlar el tabaco, que por lo general se ha inclinado a que las personas dejen de fumar y consumir nicotina, independientemente del método que se emplee. En asocio con esto último pueden coexistir tres ideas: (1) visualizar al cigarro electrónico como la nueva forma de fumar (mantiene la conducta y el ritual de fumar) supuestamente promovida por la gran industria tabacalera transnacional (lo que es



falso, pues, ya se explicó que el origen de este y su aumento en el consumo no son producto de dicha industria); (2) condenar al consumo no-medicinal de nicotina como una adicción dañina que se debe erradicar a toda costa; (3) que el cigarro electrónico sirve de “puerta de entrada” de no fumadores (sobre todo menores de edad) al tabaquismo y a otras adicciones, premisa que no está probada y que se combate en el presente proyecto de ley al sostener explícitamente que la promoción de los mecanismos alternativos como método de RDT debe hacerse en población adulta fumadora.

El cigarro electrónico es regulado en la Unión Europea, Canadá y Nueva Zelanda como producto de consumo (en Australia su uso recreativo es legal pero solo sin nicotina). En EE. UU., su comercialización es legal con una regulación federal que no ha entrado en vigor completamente. En la mayoría de los países de Asia, África y América Latina existe un consumo creciente con distintos niveles de regulación, en muchos casos prohibicionista de su comercio. La actitud de las autoridades de salud pública tiende a oscilar entre la tolerancia y el rechazo, dependiendo del nivel de consumo, del ambiente regulatorio, de factores culturales y de la actitud ante el tabaco en cada país.

Las posturas expresadas en estos posicionamientos, artículos y foros tienden a seguir fielmente las evaluaciones y lineamientos de asociaciones médicas de los EE. UU. y documentos emitidos por la OMS.

La OMS ha generado documentos técnicos que sirven como referencia frecuente (y supuestamente concluyente e inapelable) para quienes manifiestan diferentes niveles de oposición a la RDT. Sin embargo, estos informes frecuentemente adolecen de severas fallas técnicas y omisiones (ver respuesta crítica al informe por parte del Centro de Estudios sobre Tabaco y Alcohol del Reino Unido, UKCTAS). Los argumentos más frecuentes expresados históricamente (y hasta el día de hoy) que intentan justificar oposición al uso del cigarro electrónico serán atendidos a lo largo de las secciones de la presente exposición de motivos.

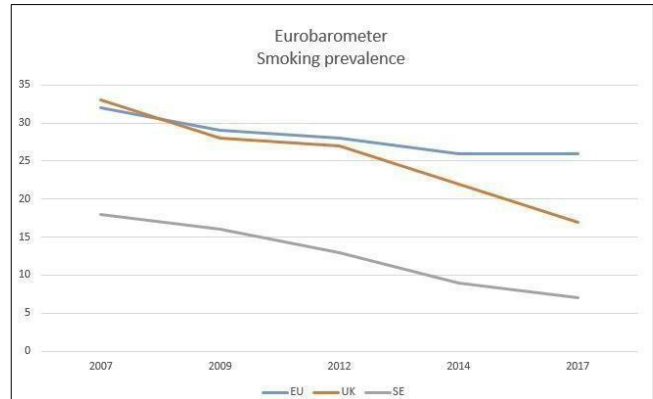
**(5) RESULTADOS TANGIBLES DE LA RDT**

Es sumamente importante constatar que la RDT no solo es una propuesta teórica, es una política de salud pública, típicamente impulsada por consumidores, que ha dado resultados tangibles en varios países al lograr disminuir el porcentaje de fumadores, quienes sustituyen los cigarrillos de tabaco combustible y adoptan varios de los productos de la RDT: en el Reino Unido y EE. UU. (cigarro electrónico), Suecia y Noruega (snus) y Japón (productos HnB). Esta propuesta cuenta con pleno apoyo institucional en el Reino Unido; sin embargo, ha prosperado incluso sin apoyo institucional en países como Noruega, Suecia y Japón, e incluso en los EE. UU. a pesar del rechazo por parte de las instituciones de salud de control de tabaco y algunos actores médicos y de la sociedad civil.

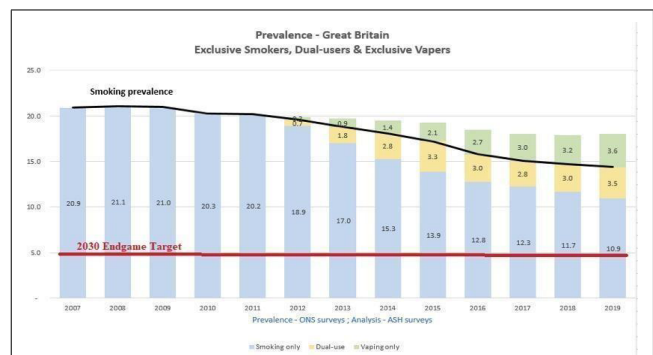
**(5.1) El Reino Unido: apoyo institucional al cigarro electrónico**

Con base en la evaluación de riesgo reducido de la Agencia de Salud Pública de Inglaterra (Public Health England, PHE) y el Colegio Real de Médicos (Royal College of Physicians, RCP), el Ministerio de Salud del Reino Unido (un país desarrollado con excelente estándar de salud pública) ha incorporado el uso recreativo del cigarro electrónico como parte de su política oficial contra el tabaquismo. De hecho, el Sistema Nacional de Salud (National Health System) de este país promueve el uso del cigarro electrónico en sus clínicas del cese de fumar. La adopción de esta política ha dado resultados benéficos en la práctica.

Como se puede apreciar en la Gráfica 1, basada en datos oficiales de la Unión Europea y datos oficiales del Reino Unido, la prevalencia de fumadores en el Reino Unido y el promedio de la Unión Europea se mantenían casi igual hasta 2011, cuando el cigarro electrónico se torna un producto accesible de uso popular y pasa a formar parte de la política oficial antitabaquismo del Gobierno británico. De 2011 a 2017 la prevalencia disminuye en buena medida, del 20.5% al 15.0%, mientras que se mantiene en la Unión Europea en el 25%. En Suecia esta prevalencia es muy baja por el remplazo del cigarro de tabaco por el tabaco oral tipo snus (ver más adelante).



**Gráfica 1.** Prevalencia de fumadores en la población adulta. Las curvas muestran el promedio de la Unión Europea UE (azul), el Reino Unido UK (naranja) y Suecia (gris).



**Gráfica 2.** Prevalencia de fumadores en la población adulta del Reino Unido. Las barras muestran el efecto del vapeo: el % de fumadores exclusivos (azul) disminuye en forma acelerada desde 2012, conforme aumenta el % de vapeadores exclusivos (verde) y usuarios duales (amarillo). En 2019 hay más vapeadores exclusivos que ya no fuman que usuarios duales.

Aunque el descenso de la prevalencia de fumadores en el Reino Unido (que puede apreciarse en la Gráfica 2) no se debe exclusivamente al uso del cigarro electrónico, este es un factor importante. Mientras que la prevalencia de fumadores exclusivos (barras azules) disminuye a partir de 2012, la de usuarios de cigarro electrónico (barras verdes y amarillas) aumenta hasta llegar a 7.1% (3.3 millones de personas), de las cuales poco más de la mitad (1.8 millones) son exfumadores. Es importante resaltar que la gráfica muestra cómo el uso del cigarro electrónico en el Reino Unido está gradualmente “canibalizando” al uso del cigarro de tabaco, acercando a ese país a la meta de 5% de fumadores en 2030.

### (5.2) Las medidas MPOWER sin reducción de daños no son suficientes (caso de Australia).

Es importante comparar los datos anteriores sobre el Reino Unido con la evolución de la prevalencia de fumadores en Colombia y en Australia, donde las autoridades de salud son reacias a los SEAN.

Para atender a este argumento, es necesario comparar la evolución de la prevalencia de fumar de Colombia, el Reino Unido y algún otro país que siga estrictamente las recomendaciones MPOWER de la OMS y que al mismo tiempo sus autoridades de salud también se opongan a promover el uso del cigarro electrónico.

La prevalencia de fumadores en Australia decrece de 19% a 16%, pero lo hace mucho más lentamente que en el Reino Unido. De hecho, pese a cumplir cabalmente con las medidas MPOWER, la prevalencia de fumadores en Australia entre 2013 y 2016 se mantiene con muy poco cambio, al igual que en Colombia, en donde estas medidas no se implementan en forma estricta. Estos datos muestran cómo el permitir un uso poco restringido de mecanismos alternativos para el consumo de tabaco, como lo sería el cigarro electrónico, contribuye más a bajar la prevalencia de fumadores que restringir este uso incluso manteniendo un cumplimiento más estricto de las medidas MPOWER. Office for National Statistics. Adult Smoking in the UK 2017 y National Drug Strategy Survey 2016 (Australia).

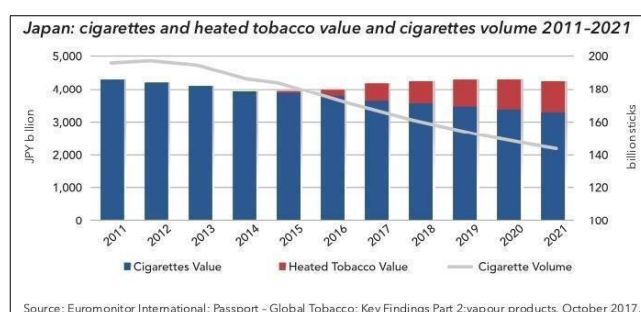
### (5.3) Productos HnB en Japón: caída dramática de ventas de cigarrillos.

Los productos HnB han logrado en Japón, desde 2015, lo que sería quizás el mayor decrecimiento observado a la fecha en el tabaquismo en un solo país; productor cuya fabricación ha sido desarrollada por la industria tabacalera<sup>1</sup>. No se disponen datos para evaluar esta hazaña en términos de porcentajes de fumadores en la población, pero se puede apreciar en términos de la caída de ventas de cigarrillos.

La adopción de los productos HnB por fumadores japoneses desde 2015 generó una enorme disrupción del mercado tabacalero local. Según las cifras de la

compañía Japan Tobacco International (que controla el 60% del mercado del tabaco), de 2016 a 2017 el volumen de ventas globales de cigarrillos sufrió un descenso del 14%, con una posterior caída del 13% en 2018 (sobre los niveles de 2016). Esta caída del 27% en las ventas de cigarrillos en dos años no solo es muy superior a la disminución secular de 2.9% anual entre 1996 y 2012, es probablemente la mayor disminución de consumo de cigarrillos regulares registrada a la fecha en un solo país.

Según proyecciones de la agencia Euromonitor International, si la tendencia del aumento del uso de productos HnB continúa, estos formarán al menos un 22% del mercado total de consumo de tabaco en Japón en 2021.<sup>2</sup> Como muestra la gráfica 4, es interesante constatar que se trata de un proceso de sustitución de productos que mantiene más o menos constante el consumo total de tabaco.



Gráfica 4. Ventas de cigarrillos (azul) y de productos HnB (marrón) en Japón. Hay una caída espectacular en el volumen de ventas de cigarrillos (línea gris) de un 27% en dos años. Es probablemente la mayor disminución habida de consumo de cigarrillos en un solo país.

Lo más sorprendente es que este cambio impresionante en el comportamiento de los fumadores japoneses no sucedió por una intervención planeada por el control del tabaco a través de alguna agencia de salud pública. De hecho, el control de tabaco es bastante débil en Japón y la Ley protege a la industria tabacalera. El cambio sucedió sin costo al erario o al Gobierno japonés, no involucró gastos públicos en su sector salud. Ocurrió simplemente por permitir a la industria proporcionar a los fumadores una opción de reducción de daños funcional mediante una buena estrategia de marketing. Las agencias de salud pública solo contribuyeron (involuntariamente) al propiciar un ambiente público que motivara a los fumadores a dejar de fumar. Incluso, se puede afirmar que contribuyeron solo con no oponerse a esta migración de los fumadores hacia productos alternativos de consumo de tabaco que representan un menor riesgo.

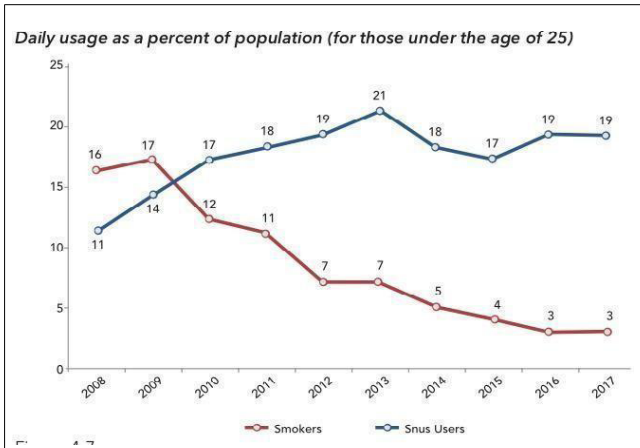
### (5.4) Suecia y Noruega: el snus está “canibalizando” a los cigarrillos.

En ambos países escandinavos el tabaco se consume mayoritariamente en forma oral a través del snus. Es un hábito más extendido entre los

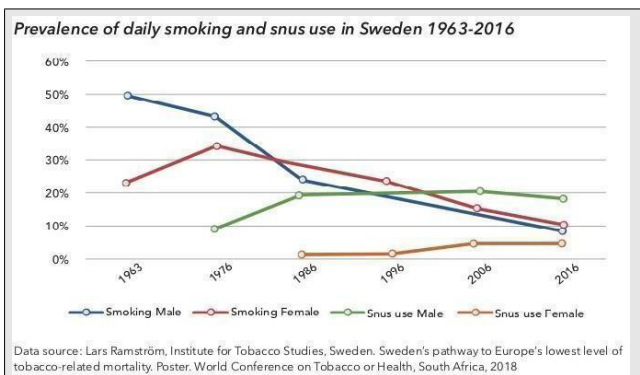
<sup>1</sup> Es el caso, por ejemplo, del modelo iQOS de Philip Morris International.

<sup>2</sup> Shapiro, H. (2018). *No fire, no smoke. Global State of Tobacco Harm Reduction*. London: Knowledge-Action-Change. Recuperado de: <https://www.smokefreeworld.org/wp-content/uploads/2019/06/Global-State-of-Tobacco-Harm-Reduction-2018.pdf>.

hombres que en las mujeres. Como se muestra en las siguientes figuras (5 y 6), hay un proceso gradual de migración de fumar cigarros a consumir snus. En Noruega, la proporción de fumadores jóvenes (menores de 25 años) bajó entre 2008 y 2017 de un 16% a un 3% (en las mujeres llegó a solo el 1%).



**Gráfica 5. Prevalencia del uso de snus (azul) vs fumar cigarros (marrón) en la población noruega menor de 25 años.** Fuente: *No Fire, No Smoke: The Global State of Tobacco Harm Reduction 2018* (2018). London: Knowledge-Action-Change



**Gráfica 6. Consumo de cigarros vs snus en hombres (azul y verde) y mujeres (marrón y naranja) en Suecia.** El doble de hombres (20%) consume snus respecto a los que fuman (10%). Fuente: *No Fire, No Smoke: The Global State of Tobacco Harm Reduction 2018* (2018). London: Knowledge-Action-Change

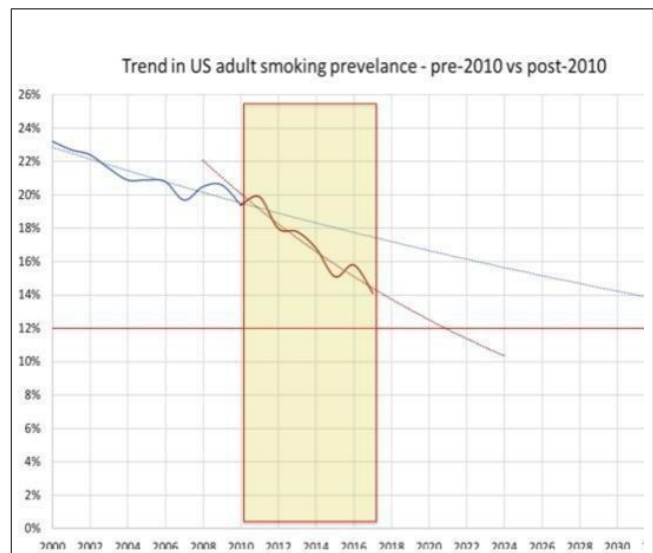
En Suecia se observa el mismo fenómeno. Ver la gráfica 6. El 20% de los hombres consume snus, mientras que menos del 10% fuma (del 50% que fumaba en 1963). Las mujeres fuman poco, pero aún más de las que consumen snus. Tanto Noruega como Suecia muestran los índices más bajos de incidencia de enfermedades asociadas al tabaquismo en toda Europa.

Ambos países son escenarios de experimentos médicos involuntarios a escala nacional sobre el efecto de la RDT. Evidentemente, la sustitución del cigarrillo por el snus es un factor que contribuye fuertemente al alto estándar de salud pública al disminuir la prevalencia de fumadores. También, esto es una prueba demográfica de que el consumo de nicotina sin humo no causa daños graves a la salud a nivel poblacional. Sin embargo, pese a estas cifras alentadoras, las autoridades de salud de ambos países vinculadas al control de tabaco son hostiles al uso de snus.

**(5.5) Los EE. UU.: beneficios del cigarrillo electrónico pese a la oposición de las instituciones de salud y del control del tabaco**

El caso de los EE. UU. muestra como la adopción del cigarrillo electrónico por iniciativa de los fumadores contribuye a la disminución acelerada de la prevalencia de fumadores, tanto adultos como adolescentes, a pesar de la intensa y explícita oposición y de campañas masivas en los medios en su contra por parte de la institucionalidad médica y la agencia reguladora (la Administración Federal de Drogas y Alimentos, FDA).

**Población Adulta.** La Gráfica 7 (tomada del National Health Interview Survey) muestra cómo la tasa de disminución de prevalencia de fumadores en la población adulta de los EE. UU. se acelera desde 2011, cuando los cigarrillos electrónicos se tornan populares entre los fumadores. No es posible atribuir este fenómeno solo al uso del cigarrillo electrónico, pero su contribución es indudable (además que demuestra que no produce un reclutamiento apreciable de nuevos fumadores).



**Gráfica 7. Prevalencia de fumadores en la población adulta de los EE. UU. (mayores de 18 años).** Nótese como la disminución de la prevalencia se acelera a partir de 2011 (curva marrón en rectángulo amarillo) con respecto a la tendencia de disminución anterior (curva azul). Fuente: National Center for Health Statistics, National Health Interview Survey, 1997-2017, Fig. 8.1.

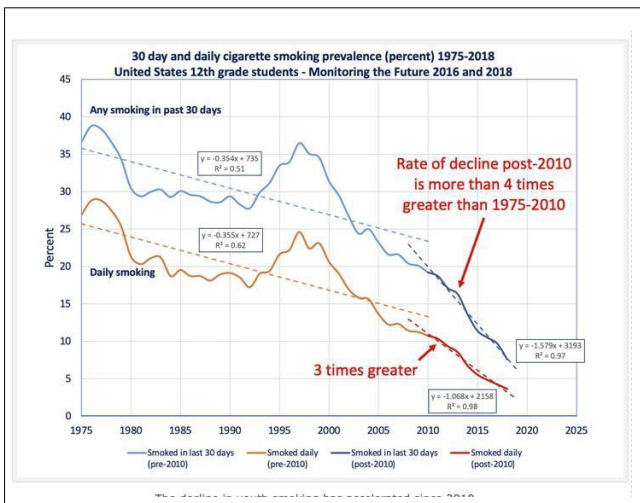
**Población adolescente.** En este sector, la disminución de la prevalencia de fumadores ha sido aún más espectacular que en la población adulta. La Gráfica 8 (tomada de la encuesta Monitoring The Future (MTF), de la Universidad de Minnesota) exhibe la evolución histórica de la prevalencia de fumadores entre estudiantes de 12 grado de High School (tercero de preparatoria). Es posible apreciar cómo la tasa de disminución de esta prevalencia se acelera desde 2011.

Si bien, es cierto que este descenso sin precedentes del porcentaje de fumadores adolescentes viene acompañado de un aumento apreciable del porcentaje de estudiantes que usan el cigarrillo electrónico, lo cual puede verse en la Gráfica 9, tomada del National Tobacco Youth Survey (NYTS)

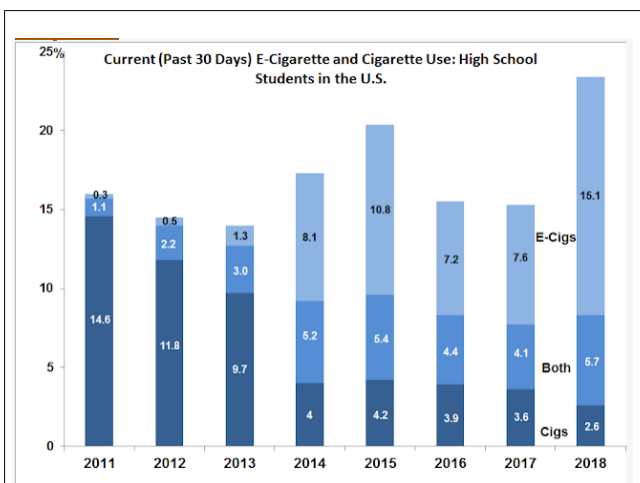


de 2018. El porcentaje de estudiantes (15% de ellos mayores de 18 años) que solamente fuman decrece de 14.6% en 2011 a 2.8 % en 2018, mientras que los que solamente vapean aumenta de 1.1% a 15.1%, con un porcentaje menor de uso dual.

Aunque este aumento de vapeo juvenil parece preocupante, se trata de un uso exploratorio que responde a haber usado el producto al menos una vez en los últimos 30 días. El desglose de frecuencias muestra que solo un 0.6% de los que vapean habitualmente (más de 20 de los 30 días) son chicos que nunca habían probado algún producto de tabaco. Más del 80% de los que vapean con frecuencia son los que ya fuman. Esto surge de varios análisis de los datos del NYTS.



**Gráfica 8.** Prevalencia de fumadores en estudiantes de 12 grado de High School en los EE. UU. (Monitoring The Future). La prevalencia muestra una disminución a tasas aceleradas sin precedente desde 2011 cuando el cigarro electrónico se torna una moda popular. El porcentaje de estudiantes que fuma diariamente es menor al 5% desde 2016.



**Gráfica 9.** Porcentajes de estudiantes de High School en los EE. UU. que solo fuman (Cigs), que solo vapean (E-Cigs) y de uso dual (Both). Nótese como el vapeo aumenta mientras disminuye la proporción de fumadores exclusivos hasta un 2.8%

Según los datos más recientes (2018) de los sondeos MTF y NYTS, menos del 3% de los estudiantes de High School fuman diariamente (mientras que el vapeo en este sector ha aumentado exponencialmente).

Gracias al uso de cigarro electrónico (y aun con oposición de las autoridades), los adolescentes en los EE. UU. bien podrían ser la primera población en el mundo que en la práctica no fuma.

Es importante resaltar que las declaraciones de la FDA y del Cirujano General de los EE. UU. sobre la existencia de una “epidemia” de vapeo juvenil no concuerdan con la evidencia demográfica.

**(6) EVIDENCIA CIENTÍFICA SOBRE EL CIGARRO ELECTRÓNICO**

El cigarro electrónico es uno de los productos más fiscalizados e investigados: hay más de 2,000 artículos sobre diversos aspectos de los dispositivos en la literatura científica. Resultado de tales investigaciones, que se han efectuado en diversas disciplinas tales como la física y química analítica, la toxicología, la fisiología y la medicina, se ha podido evidenciar que sustituir el cigarrillo tradicional por cigarrillos electrónicos puede ayudar a reducir los riesgos en la salud humana por el consumo de nicotina. Se recalca que esto no significa que los riesgos o daños sean inexistentes, pero sí son menores que los generados por el método tradicional de consumo y, en ese sentido, preferibles. Tales resultados han sido revisados y recopilados en grandes reseñas por parte de instituciones científicas y médicas de prestigio:

(1) Informe del Real Colegio de Médicos (Royal College of Physicians, RCP), 2016 *Nicotine without smoke: Tobacco harm reduction.*

“Es poco probable que los riesgos para la salud derivados de la inhalación a largo plazo del vapor de los cigarrillos electrónicos superen el 5% del daño que causa fumar tabaco. El desarrollo tecnológico y la mejora de los estándares de producción podrían reducir los daños provocados por los cigarrillos electrónicos a largo plazo”.

(2) Informe de la Agencia de Salud Pública de Inglaterra (Public Health England, PHE), 2018. A McNeill, L S Brose, R Calder, L Bauld, D Robson. *Evidence review of e-cigarettes and heated tobacco products 2018. A report commissioned by Public Health England.*

“El vapeo (uso del cigarro electrónico) plantea solo una pequeña fracción de los riesgos de fumar y cambiar completamente de fumar a vapear conlleva sustanciales beneficios para la salud en comparación con quienes siguen fumando. Según el conocimiento actual, la afirmación de que el vapeo es, al menos, un 95% menos dañino que fumar sigue siendo una buena forma de comunicar la gran diferencia de riesgo relativo sin ambigüedad”.

(3) Informe de las Academias Nacionales de Ciencias, Ingeniería y Medicina de los EE. UU. National Academies of Sciences, Engineering and Medicine (NASEM). *Public Health Consequences of E-cigarettes. Consensus Study Report.*

“La sustitución completa de los cigarrillos de tabaco combustibles por los cigarrillos electrónicos

*reduce de manera concluyente la exposición de una persona a muchos tóxicos y carcinógenos presentes en los cigarrillos de tabaco combustibles y puede reducir los resultados adversos de salud en varios sistemas de órganos. En toda una gama de estudios y resultados, los cigarrillos electrónicos parecen representar menos riesgo para un individuo que los cigarrillos de tabaco combustibles”.*

Existen otras reseñas que también han recopilado y revisado numerosos estudios individuales y contienen un gran caudal de información valiosa. Estas reseñas han citado y revisado a cientos de artículos, por lo cual nos referiremos cuando no sea indispensable citar a los artículos individuales. Es importante mencionar que el estudio del perfil de riesgo del cigarro electrónico es multidisciplinario: la toxicología, fisiología y medicina permite conocer los efectos del aerosol que genera en el organismo, pero a nivel más fundamental estos efectos son determinados por la composición química y las propiedades físicas de este aerosol y sus diferencias con las propiedades químicas y físicas del humo de tabaco.

#### **(6.1) El aerosol inhalado por los usuarios: comparación con el humo de tabaco**

Un aerosol es un sustrato de partículas suspendidas (fase particulada) en un medio gaseoso (fase gaseosa). El “vapor” generado por el cigarro electrónico y los productos HnB son aerosoles que simulan el humo de tabaco, el cual es también aerosol, pero con propiedades muy distintas:

- **Humo de tabaco.** Es un aerosol de alta complejidad física y química, generado por un proceso de combustión a 800-900 grados centígrados (en la punta encendida del cigarrillo) y por condensación por pirolisis a 400-600 grados centígrados a lo largo del cuerpo del cigarro.
- **Aerosol del cigarro electrónico.** Es de mucho menor complejidad que el humo de tabaco, ya que es generado por procesos de condensación (y en menor medida atomización) de una solución líquida calentada a solo a unos 200 grados centígrados, sin combustión y con pirolisis a baja temperatura.
- **Aerosol de los productos HnB.** Es similar al del cigarro electrónico, pero se genera a mayor temperatura, 300-350 grados centígrados (aún sin combustión).

La diferencia entre las propiedades físicas y químicas de los aerosoles generados sin combustión (cigarro electrónico y productos HnB) explican su toxicidad mucho menor en comparación a la del humo de tabaco, lo cual no es una cuestión especulativa o incierta, es un hecho corroborado experimentalmente por varios estudios de química analítica publicados en revistas especializadas y recopilados y revisados en las reseñas extensas que hemos citado. De hecho, el usuario inhala compuestos tóxicos y carcinógenos en el aerosol

del cigarro en dosis considerablemente menores a los umbrales de seguridad laboral del Instituto Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH) de los EE. UU. Ahora, con esto no se quiere asegurar que el aerosol producido por los cigarrillos electrónicos o por los dispositivos HnB son inofensivos o incapaces de afectar la salud humana; lo que se quiere señalar es que su efecto es menos lesivo en la comparativa con los aerosoles generados por el cigarrillo tradicional.

Los resultados experimentales (con el aerosol del cigarro electrónico generado en condiciones normales de operación) muestran las siguientes diferencias entre estos aerosoles:

#### **Fase Gaseosa**

- **Humo de tabaco.** Se han detectado más de 7,000 compuestos, de los cuales 70 son carcinógenos. Contiene, además de la nicotina, monóxido de carbono (CO), óxidos de nitrógeno y azufre, radicales libres, hidrocarburos policíclicos aromáticos (HPA) como el benzo-i-pireno y el benceno, compuestos orgánicos volátiles (COV), nitrosaminas específicas del tabaco (TSNA), además de compuestos inorgánicos.
- **Aerosol del cigarro electrónico.** Contiene de 80 a 100 compuestos. La casi totalidad está formada por los componentes (solventes) de la solución líquida (propilenglicol y glicerol) y nicotina. El CO, los óxidos de nitrógeno y azufre, así como la inmensa mayoría de los compuestos del humo de tabaco, están ausentes. A nivel residual, pero superior al umbral de detección, se detectan algunos compuestos orgánicos volátiles (principalmente aldehídos) que se originan de la descomposición térmica (pirolisis a baja temperatura) de los solventes (propilenglicol y glicerol) y los saborizantes. Las nitrosaminas específicas del tabaco, radicales libres y otros COV y HPA aparecen a nivel de trazas apenas detectables.
- **Aerosol de los productos HnB.** Semejante al de los cigarrillos electrónicos, excepto que no contiene propilenglicol y los compuestos por descomposición térmica del glicerol y saborizantes se detectan en mayor concentración que en el vapor del cigarro electrónico, pero mucho menor que en el humo de tabaco.

#### **Fase Particulada**

- **Humo de tabaco.** Las partículas constituyen el “alquitrán” (en inglés TAR: Tobacco Aerosol Residue), el componente obtenido al filtrar del humo removiendo al agua y la nicotina, el cual contiene partículas suspendidas, sólidas y líquidas formadas por mezclas de hidrocarburos semivolátiles y no-volátiles de gran complejidad química y alta toxicidad. Las emisiones “laterales” (de la punta encendida al ambiente) generan principalmente partículas sólidas.

- **Aerosol del cigarro electrónico.** Las “partículas” son gotitas líquidas de tamaño promedio menor a 300 nanómetros, compuestas casi exclusivamente de propilenglicol con trazas insignificantes de otros compuestos orgánicos. La fase particulada contiene también trazas insignificantes (1 por cada 10 mil gotitas líquidas) de agregados sólidos de iones metálicos (níquel, zinc, aluminio, manganeso).
- **Aerosol de los productos HnB.** Muy semejante al del cigarro electrónico, excepto por la ausencia de propilenglicol en las gotitas.

#### Toxicidad

- **Fase gaseosa.** En el aerosol del cigarro electrónico solo se detectan (en concentraciones no absolutamente despreciables) entre 3 y 5 compuestos con efectos potencialmente nocivos. Esto debe compararse con los cientos de compuestos tóxicos y los 70 compuestos potencialmente carcinógenos del humo de tabaco. Los compuestos preocupantes son: aldehídos (formaldehído, acetaldehído y acroleína), además de trazas insignificantes de nitrosaminas específicas del tabaco y los iones metálicos. Los compuestos tóxicos y carcinogénicos no solo existen en dosis mucho menores a las que se les detecta en el humo de tabaco (menos del 3% el formaldehído y típicamente del orden de 1/200 o menos para los demás aldehídos), sino que aparecen en dosis que están por debajo de los umbrales toxicológicos del Instituto Nacional de Seguridad Laboral de los EE. UU. (NIOSH). En particular, las dosis de nitrosaminas son verdaderamente despreciables y comparables a las que se detecta en chicles de nicotina farmacéutica (entre 1/500 y 1/2000 de su abundancia en el humo de tabaco). En el aerosol de productos HnB se detectan más compuestos preocupantes y en mayores concentraciones, pero aún mucho menores que el humo de tabaco.
- **Fase particulada.** Aunque los números de partículas, sus diámetros promedio y sus tasas de deposición en el aparato respiratorio del vapor del cigarro electrónico y tabaco para calentar son semejantes a las del humo de tabaco, la enorme diferencia en su composición química es crucial para evaluar su toxicidad: mientras que las partículas del humo de tabaco son difícilmente absorbidas en los alveolos y su metabolización produce daños sistémicos por ser reactivas y oxidantes, las gotas de propilenglicol y glicerol se disuelven en los líquidos que recubren los alveolos y estos compuestos son absorbidos en forma molecular directamente

al torrente sanguíneo. Su metabolización no produce daños sistémicos. Únicamente la absorción de los iones metálicos podría causar daños, pero tales daños (de haberlos) deben ser mínimos debido a las bajas dosis de estos contaminantes (por debajo de los umbrales toxicológicos).

#### Desinformación

Existen varios estudios con resultados adversos a los mecanismos alternativos de consumo de nicotina que muestran serias deficiencias (sobre todo en su diseño experimental y en asumir hipótesis que no se derivan de los datos recopilados). Estos estudios han dado lugar a afirmaciones imprecisas y a desinformación que han sido replicadas en comentarios por los medios de comunicación, por documentos y comunicados a nivel global, y en particular en Colombia por parte del Ministerio de Salud e instituciones vinculadas y por algunos profesionales de la salud:

- **Sustancias tóxicas.** Mencionar (a menudo sin citar referencias) la presencia de “sustancias tóxicas”, sin aludir a sus dosis y concentraciones. Esta es información tendenciosa que viola el principio básico de la toxicología (“el veneno está en la dosis”).
- **Las “partículas”.** Manifestar alarma por las “partículas” del aerosol, siendo que la fase particulada de los aerosoles del cigarro electrónico y los productos HnB está formada casi exclusivamente de gotitas de propilenglicol y glicerol (los iones metálicos se encuentran en dosis menores a los umbrales toxicológicos). Este tipo de desinformación pretende hacer una equiparación imprecisa con las partículas suspendidas de la contaminación del aire o el alquitrán del humo de tabaco, que si son dañinas.
- **Los saborizantes.** Manifestar una alarma infundada por los saborizantes en los líquidos. Aunque los saborizantes son seguros para ingestión, algunos son potencialmente tóxicos por inhalación cuando se descomponen en aldehídos al generarse el aerosol. Sin embargo, se encuentran en concentraciones residuales debajo de los umbrales de toxicidad. Aun así, es deseable mantener un estricto control de calidad purgando todo compuesto con potencial tóxico.
- **El “pulmón de palomitas”.** En particular, es falsa la afirmación de que la inhalación del diacetilo contenido en ciertos saborizantes produce el llamado “pulmón de palomitas” (bronquiolitis obliterante), una enfermedad pulmonar obstructiva detectada en trabajadores de las fábricas de palomitas de maíz en los EE. UU. Sin embargo, no se ha detectado un solo caso de usuario de cigarro electrónico que haya contraído esa



enfermedad (ni siquiera hay una conexión clara entre esta y fumar cigarro de tabaco). Cuando este compuesto está presente en los líquidos o el aerosol se detecta en concentraciones insignificantes (1/200 su concentración en el humo de tabaco. Desde 2015 los fabricantes de e-líquidos tienden a purgar este compuesto por precaución.

Además de señalar la desinformación, es importante mencionar que el perfil de seguridad de los dispositivos debe ser examinado en las condiciones normales de utilización por humanos. Existen estudios de química analítica que han detectado en el aerosol del cigarro electrónico concentraciones de aldehídos carcinogénicos (sobre todo formaldehído) más altas que en el humo de tabaco. Todos estos estudios han examinado a los dispositivos en condiciones de sobrecalentamiento, las cuales no corresponden al uso normal por producir en el usuario una sensación repelente<sup>3</sup>. Típicamente, estos resultados suceden por un mal diseño experimental, ya sea porque las máquinas de absorción del aerosol no son calibradas a la cadencia de inhalación de los usuarios o cuando siguen operando cuando se agota el líquido y se quema el algodón dentro de la resistencia. Ejemplos de estos estudios: referencias (refutación en<sup>4</sup> y<sup>5</sup> respectivamente). También hay estudios que han detectado altas dosis de iones metálicos debido a errores de diseño experimental (refutación en<sup>6</sup> y<sup>7</sup> respectivamente). A la fecha, todos estos estudios deficientes, tantos los de exceso de aldehídos como de metales, han sido refutados y/o replicados.

### (6.2) El “vapor” ambiental: comparación con el humo de tabaco ambiental

Pese ciertas declaraciones de la Secretaría de Salud y de profesionales de la salud, la evidencia

<sup>3</sup> Jensen, R. P., Luo, W., Pankow, J. F., Strongin, R.M., and Peyton, D. H. (2015). Hidden formaldehyde in e-cigarette aerosols. *N. Engl. J. Med.* 372, 392-394. doi: 10.1056/NEJMc1413069

Sleiman, M., Logue, J. M., Montesinos, V. N., Russell, M. L., Litter, M. I., Gundel, L. A., et al. (2016). Emissions from electronic cigarettes: key parameters affecting the release of harmful chemicals. *Environ. Sci. Technol.* 50, 9644- 9651. doi: 10.1021/acs.est.6b01741

<sup>4</sup> Farsalinos KE, Voudris, V, Poulas K, E-cigarettes generate high levels of aldehydes only in ‘dry puff conditions’. *Addiction.* 2015;110(8):1352-6

<sup>5</sup> K E. Farsalinos, V Voudris, A Spyrou, K Poulas “E-cigarettes emit very high formaldehyde levels only in conditions that are aversive to users: A replication study under verified realistic use conditions”. *Food and Chemical Toxicology*: 109: 1: 2017, pp 90-94. <https://doi.org/10.1016/j.fct.2017.08.044>

<sup>6</sup> K. E. Farsalinos, V, Voudris, and K. Poulas, Are Metals Emitted from Electronic Cigarettes a Reason for Health Concern? A Risk-Assessment Analysis of Currently Available Literature. *Int J Environ Res Public Health.* 2015 May; 12(5): 5215-5232. doi: 10.3390/ijerph120505215

<sup>7</sup> Farsalinos KE, Rodu B. Metal emissions from e-cigarettes: a risk assessment analysis of a recently-published study. *Inhal Toxicol.* 2018;30(7-8):321-6

disponible señala como un hecho experimental (explicado por sus propiedades físicas y químicas) que, a diferencia del humo de tabaco ambiental, es prácticamente inexistente, un riesgo sanitario por la exposición (voluntaria o involuntaria) al aerosol ambiental producido por cigarrillos electrónicos por parte de personas en el entorno, incluso personas delicadas o vulnerables.

Al ser higroscópicas, las microgotas (partículas) del aerosol inhalado tienden a crecer por coagulación al entrar en contacto con el medio humectante del aparato respiratorio. Su tasa de absorción (deposición) en los conductos del sistema respiratorio es directamente proporcional a su diámetro, mientras que la profundidad de alcance es mayor para microgotas de menor diámetro que se depositan por difusión y sedimentación. Como las partículas de mayor diámetro (> 1 micrómetro) tienden a impactarse en el aparato respiratorio superior (boca, tráquea y bronquios), la exhalación favorece a las microgotas finas y ultrafinas (< 1 micrómetro) con diámetro típico de 100-300 nanómetros.

Los estudios de laboratorio citados muestran las siguientes propiedades:

- **Humo de tabaco ambiental.** Surge de dos fuentes: la emisión principal (humo exhalado por el fumador) y la emisión transversal (humo que fluye de la punta encendida del cigarro). El humo principal está diluido (el fumador absorbe el 90% de lo que inhala) y es químicamente distinto del inhalado, mientras que el humo transversal es de alta densidad y químicamente reactivo. Este último contiene la inmensa mayoría (el 80%) de la masa del aerosol liberada al ambiente (en ambas fases). Al estar formado por compuestos semivolátiles y no-volátiles que sostienen reacciones oxidantes y partículas suspendidas, líquidas y sólidas, no se evapora (se “añeja”), manteniéndose por tiempos largos en el ambiente (su vida media es de 20-40 minutos por exhalación), dispersándose lentamente por difusión siguiendo el flujo del aire circulante, decayendo lentamente por sedimentación en el piso y paredes de los recintos.
- **Aerosol ambiental del cigarro electrónico.** Al no haber combustión no hay emisión transversal, solamente existe la principal exhalada por el vapedor. El cuerpo del vapedor absorbe aproximadamente el 90% de la masa gaseosa del aerosol inhalado: 92% del propilenglicol, 86% del glicerol, 94% de la nicotina y 97% de los aldehídos (los compuestos más preocupantes). Con respecto a la fase particulada, el vapedor exhala 1/10,000 de las microgotas que inhala. Esto hace al vapor ambiental un aerosol sumamente diluido y volátil de poca complejidad física y química, lo cual contrasta con la gran complejidad del humo

de tabaco ambiental. La micro-gotas finas y ultrafinas exhaladas (fase particulada) son veloces y volátiles, lo cual implica una evaporación sumamente rápida (20 segundos por exhalación), mientras que la fase gaseosa está en estado de súper saturación. Por lo tanto, es un aerosol que se dispersa muy rápido en el aire ambiental. Su vida media es aproximadamente 20 segundos por cada exhalación, mientras que la del humo de tabaco ambiental es de 20-40 minutos.

La comparación anterior entre sus propiedades físicas y químicas evidentemente sugieren que el perfil de riesgo sanitario del vapor y humo de tabaco ambientales es completamente distinto:

- **Humo de tabaco ambiental.** Es un contaminante tóxico (sobre todo con mala ventilación). Expone a terceras personas por tiempos largos a partículas suspendidas, líquidas y sólidas de alta complejidad y toxicidad química (el alquitrán) y a un medio gaseoso denso y oxidante (sobre todo el humo transversal) que permanece largo tiempo (horas) en el ambiente.
- **Aerosol Ambiental del Cigarro Electrónico o Productos Hnb.** Es un factor de contaminación prácticamente insignificante y sumamente diluido que proviene únicamente de la exhalación del vapeador. Representa a terceras personas una exposición muy breve (minutos). Tanto las “partículas” (que son microgotas líquidas muy volátiles y composición química prácticamente libre de toxicidad) como el medio gaseoso súper saturado se evaporan y dispersan en el ambiente en cuestión de minutos. La fase particulada contiene trazas insignificantes de iones metálicos en agregados sólidos, en concentraciones que apenas se distinguen de niveles normales en ambientes interiores, sin emisión de aerosol.

Tomando en cuenta que las personas (sobre todo niños) pasan mucho más tiempo en el hogar o en el sitio de trabajo que en bares o restaurantes, el nivel de exposición al vapor ambiental más común es el exhalado en espacios interiores en condiciones normales de habitación (uno o dos vapeadores en una casa u oficina o lugar de trabajo), por lo cual no constituye una causa de igual preocupación a la del humo de tabaco ambiental. A la fecha no existen estudios (con diseño experimental apropiado) que hayan detectado concentraciones preocupantes de compuestos tóxicos en el vapor ambiental (tanto en la fase gaseosa como en las micro-gotas) en condiciones de vapeo normal.

Sin embargo, en condiciones especiales, como cuando hay muchos usuarios vapeando al unísono (un festival o una convención de Vapeo o una tienda de vaporizadores), el vapor ambiental permanece en el ambiente por las caladas sucesivas que disminuyen la eficiencia de la evaporación y

disipación. Aunque en estas condiciones el vapor ambiental podría llegar a ser molesto o irritante para terceras personas expuestas en forma involuntaria, el riesgo de daños a su salud es comparable a los riesgos por la contaminación normal en muchos espacios “libres de humo” de tabaco, como, por ejemplo, en ambientes urbanos con tráfico vehicular ligero, o en restaurantes o lugares donde se cocinan alimentos o casas habitación donde se encienden velas o usan aspiradoras.

A pesar de no haber sustento experimental para alegar toxicidad del vapor ambiental, existen estudios que han suscitado controversia por reportar una alta concentración de iones metálicos. Estos estudios han sido refutados. Otros autores advierten sobre “posibles daños” a la salud por la detección de altas concentraciones de “partículas”, omitiendo el hecho de que estas son en su casi totalidad microgotas líquidas que se evaporan rápidamente y no pueden ser equiparadas con las partículas suspendidas de la contaminación ambiental o del humo de tabaco.

Es del caso aclarar que las afirmaciones sobre niveles escasos de toxicidad del vapor ambiental se realizan con base en estudios que examinan a una población de individuos. Sin embargo, ello no obsta para que en casos particulares (y excepcionales) algunas personas puedan sufrir reacciones adversas por la exposición a dicho vapor. En todo caso, los análisis han demostrado que son situaciones poco probables y por eso se reitera que aun cuando el cigarro electrónico pueda causar alguna afectación, esta será menor a la que pueda desembocar el uso del cigarrillo tradicional. De ahí que se deba tener el primero como alternativa para reducir los riesgos y daños en el consumo de nicotina.

### (6.3) Marcadores biológicos

Los resultados de química analítica denotan ya un perfil de riesgo del cigarro electrónico significativamente menor al del humo de tabaco. Sin embargo, la primera señal objetiva sobre efectos del aerosol del cigarro electrónico en el organismo (en comparación con el humo de cigarro) la dan las concentraciones de diversos marcadores biológicos en el plasma sanguíneo, en particular aquellos asociados al desarrollo de cáncer. A excepción de la nicotina, varios estudios han corroborado que estos marcadores se miden en concentraciones mucho menores en sujetos que “vapean” (usan al cigarro electrónico) y han dejado de fumar que en fumadores. De hecho, los marcadores en vapeadores exclusivos son comparables a los medidos en usuarios de nicotina farmacéutica. Se mencionan a continuación dos ejemplos:

- Shahab, L, Goniewicz, ML, Blount, BC. *Nicotine, carcinogen, and toxin exposure in long-term e-cigarette and nicotine replacement therapy users: a cross-sectional study.*

**Conclusiones del estudio:** *Exfumadores de uso exclusivo a largo plazo de cigarrillos electrónicos y TRN (Terapias de Reemplazo de Nicotina) pueden*

*mostrar niveles similares de nicotina comparables a los de los fumadores exclusivos, pero los resultados son variables. El uso exclusivo a largo plazo de cigarros electrónicos y TRN está asociado a niveles medidos sustancialmente reducidos de toxinas y cancerígenos en comparación con los fumadores exclusivos. Las dos modalidades de uso dual con el cigarro de tabaco muestran niveles similares a los fumadores exclusivos.*

- M. L. Goniewicz, M. Gawron, D. M. Smith, M. Peng, P. Jacob, N.L. Benowitz, “*Exposure to Nicotine and Selected Toxicants in Cigarette Smokers Who Switched to Electronic Cigarettes: A Longitudinal Within-Subjects Observational Study*”.

**Conclusiones del estudio.** *Después de sustituir los cigarros por cigarros electrónicos, los niveles de exposición a la nicotina se mantuvieron sin cambio, mientras que los de los niveles de exposición a los compuestos tóxicos y cancerígenos disminuyeron sustancialmente.*

Existen otros estudios de marcadores que han corroborado la presencia muy reducida de estos marcadores en vapeadores exclusivos.

#### **(6.4) Estudios preclínicos (cultivos celulares y modelos animales)**

Los experimentos de laboratorio “in vitro” (cultivos celulares) y en modelos animales (principalmente ratones) proporcionan pistas de efectos biológicos del cigarro electrónico que pueden servir como guía a futuros estudios clínicos o epidemiológicos sobre sujetos humanos. Estos experimentos permiten examinar diversos efectos fisiológicos, como formas de metabolismo xenobiótico, respuestas a estímulos oxidativos y radicales libres, marcadores inflamatorios, desregulación de enzimas, daño celular y de ADN y genotoxicidad. Sin embargo, es necesario reconocer las limitantes de estos experimentos. Los cultivos de células humanas in vitro no reflejan las interacciones celulares y organización de los tejidos y mecanismos de defensa en el organismo. Los modelos animales in vivo involucran principalmente roedores, cuya biología es distinta a la humana.

**Estudios in vitro.** La mayoría de los experimentos in vitro sobre el cigarro electrónico exhiben los siguientes problemas:

- **Dosis de exposición clínicamente irrelevantes.** Falta de un protocolo adecuado para cuantificar dosis de exposición de los cultivos al aerosol que sean comparables o clínicamente relevantes a la exposición de uso humano real del cigarro electrónico. A menudo, los cultivos son literalmente “fumigados” con emisiones de vapor con concentraciones (por ejemplo, de nicotina) cientos de veces mayores de las observadas en el uso real. Consecuencia de ello, los riesgos pueden sobreestimarse.
- **Falta de un contexto comparativo.** La mayoría de los estudios citotóxicos sobre efectos del vapor del cigarro electrónico

no ofrece una comparación con los efectos de la exposición de los mismos cultivos al humo del tabaco. Esta deficiencia elimina información objetiva y útil que puede compensar su falta de poder de predicción sobre posibles efectos in vivo.

- **Tendencia al reportaje alarmista de resultados.** Por ser el cigarro electrónico una tecnología disruptiva y novedosa, la evaluación de sus efectos sanitarios es un tema controvertido. Esto induce a muchos investigadores en estudios citotóxicos a reportar resultados en forma indebidamente alarmista (por ejemplo, que los efectos in vitro implican efectos in vivo como “riesgos de cáncer”), lo cual es fácilmente interpretado fuera de contexto por los medios y conduce a notas de prensa alarmistas que no se sustentan en los resultados de los estudios.

**Modelos animales.** Las limitantes no solo se deben a las diferencias biológicas entre ratones (cuyo peso es aprox. 25 gramos) y humanos, sino, sobre todo, surgen también por problemas análogos a los de los estudios in vitro: la falta de un protocolo funcional que traduzca las dosis de exposición al vapor de los ratones a las dosis de exposición de seres humanos usando cigarros electrónicos. De hecho, también hay muchos ejemplos en los que los ratones son literalmente “fumigados” a dosis cientos de veces mayores a las equivalentes en humanos, una vez considerada la diferencia de masa corporal. Por otra parte, muchas cepas de ratones de laboratorio han sido genéticamente modificados para desarrollar tumores.

Es evidente que no es posible obtener conclusiones claras sobre los efectos del cigarro electrónico que proporcionen señales útiles para estudios clínicos y epidemiológicos debido a las serias deficiencias metodológicas y falta de estandarización en muchos de los estudios preclínicos y de estudios basados en modelos animales sustitutos. Sin embargo, los estudios que han evitado estas fallas metodológicas han aportado resultados interesantes, por ejemplo: la ausencia de mutagénesis en base al criterio Ames y efectos reducidos toxicogénicos en comparación con el cigarro de tabaco. El atender errores comunes y desarrollar recomendaciones metodológicas robustas es una prioridad urgente para evaluar adecuadamente el impacto en la salud humana del uso del cigarro electrónico.

#### **(6.5) Efectos en el sistema respiratorio por el uso del cigarro electrónico (CE).**

El estudio de los efectos intrínsecos del cigarro electrónico en el organismo es complicado, ya que la inmensa mayoría (más del 99% en muchos casos) de los usuarios son fumadores o exfumadores, los cuales arrastran historias previas de (hasta) décadas de tabaquismo que son necesariamente un factor de más peso en sus padecimientos que su vapeo reciente. Los efectos intrínsecos del uso del cigarro electrónico deben ser examinados por estudios prospectivos de



largo plazo en vapeadores que nunca han fumado (un tipo de población que es difícil encontrar) para evitar cualquier tipo de alteración en el resultado por cuenta de condiciones previas al inicio del vapeo. El único estudio de este tipo fue un estudio de cohortes prospectivo de 3.5 años de duración, el cual no mostró deterioro de índices espirométricos, ni desarrollo de síntomas respiratorios, ni cambios en los marcadores de inflamación pulmonar o signos de daño pulmonar temprano en tomografías de alta resolución en ninguno de los 9 participantes (evidentemente, lo reducido de la muestra y la falta de un grupo de control de fumadores son limitantes importantes de este estudio).

Proporcionamos a continuación el resumen de los resultados de una reseña extensa publicada recientemente sobre los efectos del cigarro electrónico en el sistema respiratorio, la cual confirma la ausencia de efectos graves en base a la revisión de más de 140 estudios publicados:

Polosa R, O'Leary R, Tashkin D, Emma R & Caruso M (2019) *The effect of e-cigarette aerosol emissions on respiratory health: a narrative review*, Expert Review of Respiratory Medicine,

### Resumen

Se evaluó críticamente la literatura de investigación publicada sobre el sistema respiratorio, revisando los efectos del cigarro electrónico (CE) en estudios de modelos preclínicos (cultivos de células y modelos animales), estudios clínicos en sujetos humanos que sustituyeron cigarrillos de tabaco por electrónicos, así como estudios observacionales en sondeos poblacionales. Evaluamos los estudios en base a la calidad de su metodología y precisión de sus interpretaciones. El atender errores comunes y desarrollar una metodología robusta es una prioridad urgente para la evaluación adecuada del efecto del uso del CE en la salud humana. Los hallazgos de esta reseña indican que el CE en condiciones normales de uso representan mucho menor riesgo que el fumar tabaco. Tanto los usuarios del CE como los fumadores que piensan utilizarlos tienen derecho a estar bien informados sobre los riesgos que asumen, asimismo deben estar al tanto de que los hallazgos de estudios reportados en los medios no son siempre confiables. La información experta señala que cada vez hay más evidencia de que los aerosoles del CE son relativamente seguros en comparación con el humo de tabaco en sus efectos sobre los conductos respiratorios.

### Aspectos Relevantes:

- **Estudios Preclínicos.** Los estudios in vitro sobre células humanas y los modelos animales no son indicadores robustos sobre los riesgos potenciales del uso del CE. Los estudios preclínicos son de valor limitado y su relevancia clínica es dudosa, más aún si (como sucede en la mayoría de los casos) han expuesto a los cultivos y a los animales de laboratorio a enormes dosis de aerosol que no guardan proporción con la dosis

de exposición normal en seres humanos. Son más relevantes los estudios en sujetos humanos en condiciones normales del uso del CE.

- **Efectos agudos (corto plazo).** Algunos fumadores que pasan a usar el CE reportan irritación transitoria en la garganta, tos seca y otros síntomas de irritación respiratoria, lo cual indica respuestas de reflejos defensivos ante estímulos no específicos. No hay evidencia de que estas irritaciones conduzcan a efectos pulmonares adversos que sean clínicamente significativos. Asimismo, se han detectado pequeños aumentos de la resistencia al flujo de aire inmediatamente después del uso del CE. La relevancia de estos efectos agudos es cuestionable, ya que no produce cambios significativos por espirometría estándar.
- **Efectos a mediano y largo plazo.** El impacto de sustituir al cigarro de tabaco por el electrónico a más largo plazo es menos claro. Un ensayo controlado aleatorizado de 1 año de duración examinó a fumadores con espirometría normal al inicio que pasan al uso exclusivo de cigarro electrónico. No se encontraron cambios en las pruebas de función pulmonar y se reportaron mejoras en síntomas respiratorios (tos y falta de aliento). El estudio también mostró una normalización progresiva de la función periférica de los conductos (i.e. FEF 25-75%) entre aquellos que completamente dejaron de fumar. En estos sujetos también se observa una normalización de niveles de CO exhalado.
- **Efectos en fumadores asmáticos.** Un estudio de cohortes retrospectivo de usuarios habituales del cigarro electrónico que padecían asma moderada no mostró deterioro alguno de la fisiología respiratoria ni eventos subjetivos de asma. Fumadores asmáticos que dejan de fumar o disminuyen su consumo adoptando al cigarro electrónico mostraron sistemáticamente mejoría progresiva, mientras que un estudio prospectivo de 2 años confirmó que el uso del cigarro electrónico en sustitución del cigarro convencional mejora los efectos objetivos y subjetivos del asma. En general, el uso del cigarro electrónico y la exposición al aerosol que genera es bien tolerado por asmáticos, sin generar ataques de asma.
- **Efectos en pacientes con Enfermedades Pulmonares Obstructivas Crónicas (EPOC).** Las EPOC son enfermedades asociadas al tabaquismo caracterizadas por una persistente respuesta inflamatoria y deterioro de los conductos respiratorios. El cese de fumar es la única estrategia basada en evidencia que puede modificar favorablemente el curso de EPOC y

reducir la mortalidad, por lo que usar el cigarro electrónico para reducir o eliminar el consumo de cigarrillos puede producir considerables beneficios respiratorios. Un estudio prospectivo en pacientes con EPOC no mostró deterioro en la fisiología pulmonar (FEV1, FEC y el %FEV1/FVC) en pacientes con EPOC que usaron cigarrillos electrónicos para dejar de fumar o reducir su consumo. No es inusual encontrar una falta de mejora en índices espirométricos en fumadores con EPOC y obstrucción irreversible de conductos respiratorios incluso habiendo dejado de fumar. Aun así, los participantes en un estudio de 3 años de duración que dejaron de fumar o fumaron menos por el uso de cigarro electrónico experimentaron un descenso significativo de exacerbaciones respiratorias y mejoría de su salud general (medida por la prueba CAT, COPD Assessment Test), incluyendo un aumento de su actividad física (la prueba de la caminata de 6 minutos). Esta mejora en el estado de salud fue también reportada en un sondeo por internet de usuarios de cigarro electrónico con EPOC. El 75.7% reportó mejoría en síntomas respiratorios, solo el 0.8% reportó empeoramiento. Un hallazgo clave en este estudio fue que las exacerbaciones respiratorias disminuyeron a la mitad.

- **Susceptibilidad a infecciones respiratorias.** Se sabe que el dejar de fumar reduce la susceptibilidad a infecciones respiratorias producidas por patógenos bacteriales y virales. El uso habitual del cigarro electrónico reduce la actividad de patógenos, hecho probablemente debido a la presencia en el aerosol del cigarro electrónico de propilenglicol, el cual manifiesta actividad antibacteriana y antiviral. También se ha detectado actividad antibacteriana en los e-líquidos comerciales.

#### **Estudios y Reseñas que presentan Resultados Adversos.**

La reseña de Polosa y colegas también cita y comenta sobre estudios y otras reseñas que han reportado resultados adversos del uso del cigarro electrónico en el sistema respiratorio. Gran parte de los resultados adversos vienen de estudios preclínicos (cultivos celulares y modelos animales). Pese a las alertas que despiertan los reportes de este tipo de estudios al extrapolar sus resultados fuera de contexto, su alcance y relevancia clínica es limitada. Algunos estudios han examinado efectos fisiológicos y genéticos en cultivos celulares extraídos directamente del lavado nasal, suero sanguíneo y tejidos pulmonares de usuarios de cigarro electrónico, comparando estos efectos con el mismo material extraído de tejidos de fumadores y no fumadores. Todos reportan efectos alarmantes que incluso sugieren un daño biológico comparable

a fumar (por lo que suelen ser citados por quienes se oponen al uso del cigarro electrónico).

Sin embargo, los resultados de estos estudios no son concluyentes ya que adolecen de los siguientes limitantes y fallas metodológicas: se basan en muestras pequeñas, además de que no toman en cuenta al reportar sus resultados que la casi totalidad de los usuarios del cigarro electrónico (cuyos tejidos fueron examinados) son fumadores o exfumadores con una larga historia de tabaquismo previo. Además, todos ellos tienen un diseño de corte seccional, por lo que no logran demostrar causalidad de los efectos encontrados debida al uso del cigarro electrónico. Hay varias reseñas sobre los efectos del cigarro electrónico en el sistema respiratorio que exponen un balance sanitario muy negativo, por lo que desaconsejan al uso del cigarro electrónico como alternativa de reducción de daños. Estas reseñas han examinado selectivamente la evidencia: los estudios con resultados adversos son citados y comentados en forma acrítica, mientras que los que muestran un perfil de riesgo mucho menos al cigarro convencional no son mencionados o son descritos en forma errónea o fuera de contexto.

#### **(6.6) El vapeo basado en nicotina no es causante de enfermedades pulmonares graves a corto plazo**

En aparente contradicción con la evidencia presentada sobre efectos no preocupantes por el vapeo en el sistema respiratorio, surge desde junio de 2019 en los EE. UU. un brote de enfermedades pulmonares agudas (súbitas) supuestamente asociadas al vapeo, las cuales se denotan por el término EVALI, acrónimo en inglés de “Lesión Pulmonar Asociada al Uso de Cigarrillos Electrónicos o Productos de Vapeo”. A la fecha este brote ha causado la hospitalización de más de 2,700 personas (principalmente hombres jóvenes) y casi 60 muertes en los EE. UU.

Varios profesionales de la salud y voceros de las autoridades han afirmado en foros públicos en Colombia que los lamentables eventos de EVALI aportan evidencia de que el vapeo (entendido como uso genérico del cigarro electrónico) produce enfermedades pulmonares súbitas y graves (potencialmente fatales). Estas afirmaciones son imprecisas. El brote de EVALI en los EE. UU. sigue la misma dinámica de brotes de intoxicación de bebidas o alimentos producidos por agentes contaminantes o adulteración de sus componentes, caracterizados por enfermedades localizadas en el tiempo y en una geografía precisa que no son representativas de los efectos por el consumo continuo y genérico de los mismos alimentos y bebidas sin adulteración.

En el caso de EVALI se trata estrictamente de un brote epidémico de intoxicaciones pulmonares por la adulteración (por redes ilegales de mercado ilegal en EE. UU.) de las sustancias líquidas en cartuchos cerrados utilizados en la vaporización de tetrahidrocannabinol (THC), las cuales fueron contaminadas con aditivos no apropiados

(principalmente acetato de vitamina E). Al igual que en otros brotes epidémicos, como los de intoxicación de alimentos y bebidas, el brote de EVALI no es representativo del uso genérico y continuo del cigarro electrónico (basado en nicotina) sin este factor de adulteración que hemos descrito.

Desde finales de septiembre de 2019, las autoridades sanitarias en los EE. UU. (particularmente los Centros de Control y Prevención de Enfermedades y la FDA), remarcan el rol casi exclusivo del THC adulterado con acetato de vitamina E con datos aún más recientes. Como reacción al brote EVALI en los EE. UU., a finales de septiembre la Secretaría de Salud emitió Alertas Epidemiológicas confusas e imprecisas, las cuales (a diferencia de los comunicados del CDC) no previenen a la población (sobre todo a los jóvenes) sobre el principal riesgo: vapear cartuchos de THC adquiridos en el mercado negro. Solo recomienda cesar el uso de todo cigarro electrónico, algo difícil de lograr dada la gran cantidad de usuarios que difícilmente cesaran abruptamente de usar sus dispositivos.

A pesar de la evidencia, varios profesionales de la salud en Colombia insisten en que el vapeo con nicotina es también causante del EVALI porque señalan que entre 10-15% de afectados reportaron solo haber utilizado líquidos con nicotina. Sin embargo, este razonamiento no está verificado ya que ese 10-15% de uso exclusivo de líquidos con nicotina está basado en los testimonios personales de los afectados, no en una verificación toxicológica por pruebas de orina, las cuales los CDC no ha llevado a cabo en forma sistemática. Como los mismos comunicados de los CDC reconocen, estos testimonios deben ser vistos con mucho escepticismo. Es muy posible (dado el contexto de consumo de productos de mercado ilegal) que las víctimas no supieran qué sustancias estaban consumiendo. Además, la inmensa mayoría vienen de estados de los EE. UU. en donde el consumo de THC es ilegal (en California y Colorado es legal solo para mayores de 21 años). En estas condiciones, admitir el consumo de cannabis sería para estos jóvenes admitir un consumo ilegal que conlleva sanciones y estigma.

El vapeo con nicotina no es causante del EVALI, ya que no es posible explicar la falta total de eventos confirmados (con fundamento) de EVALI en:

- años anteriores al brote, tanto dentro y fuera de los EE. UU.: desde 2008 más de 40 millones de personas han usado el cigarro electrónico con nicotina y saborizantes en todo el mundo.
- usuarios fuera de los EE. UU. desde junio de 2019 entre los millones que usaban los mismos cigarros electrónicos, con los mismos líquidos y saborizantes, la misma nicotina.

Consta además el hecho de que los compuestos químicos que se utiliza en el vapeo con nicotina son

solubles en agua y no requieren de aditivos para su vaporización, mientras que los de cannabis, tanto CBD (canabidiol) o THC (tetrahidrocanabinol), son aceites liposolubles que si los requieren. Esta diferencia en la química de los consumibles es consistente con los efectos detectados en la inmensa mayoría de las tomografías y biopsias de tejido pulmonar de los enfermos.

### (6.7) Efectos en el sistema cardiovascular

El daño cardiovascular por fumar se debe principalmente a la acción continua y crónica de los compuestos tóxicos inhalados sobre las arterias. El humo de tabaco produce activación de rutas inflamatorias y daño por procesos oxidantes, lo cual conduce a aterogénesis y trombosis, así como a la activación simpática de isquemia y arritmia. En especial, el alquitrán (sustrato de partículas suspendidas) contribuye al engrosamiento de los vasos sanguíneos por el depósito de lípidos (ateromas), aumentando el riesgo de arterioesclerosis e infartos, mientras que el monóxido de carbono (CO) disminuye la concentración de oxígeno en la sangre. La nicotina también produce efectos cardiovasculares, rigidez arterial y aumento del pulso cardiaco, pero estos no son efectos agudos. Como ya se ha mencionado, existe un gran caudal de evidencia epidemiológica que muestra que el consumo crónico de nicotina (en sí misma y desligada del humo, ya sea nicotina farmacéutica o consumo recreativo de tabaco oral tipo snus), no es factor causante de enfermedades coronarias en adultos sanos, aunque sí es un factor de riesgo en poblaciones vulnerables: personas que son muy susceptibles o ya padecen enfermedades coronarias, hipertensos, adultos mayores, infantes y mujeres embarazadas.

Al no ser producto de la combustión, el aerosol del cigarro electrónico no contiene CO ni la inmensa mayoría de los compuestos tóxicos del humo de tabaco. La fase particulada está formada por microgotas de propilenglicol y glicerol con trazas de iones metálicos, por lo que no es comparable al alquitrán. Es altamente plausible entonces que la sustitución del cigarro de tabaco por el electrónico reduzca enormemente los riesgos cardiovasculares, al menos en la misma medida que los productos de consumo de nicotina sin humo (farmacéutica y oral tipo snus).

Tomando en cuenta que el daño cardiovascular preocupante por fumar es el daño crónico en humanos (más que inferido en estudios in vitro o modelos animales), la identificación de efectos adversos por el uso del cigarro electrónico se debe llevar a cabo mediante estudios de tipo cohorte prospectivo longitudinal a largo plazo. A la fecha solo se dispone de un estudio de cohortes prospectivo publicado en la revista *Journal of the American College of Cardiology*, el cual midió la rigidez arterial y la función endotelial, las cuales son marcadores establecidos del riesgo de enfermedad coronaria. El estudio mostró que fumadores que han dejado de fumar adoptando al cigarro electrónico



logran una mejora en su función vascular en tan solo un mes después de la sustitución. La misma mejora se observó en usuarios de cigarro electrónico con y sin nicotina, lo cual confirma que la contribución de nicotina en sí misma al riesgo cardiovascular es bajo en individuos sanos.

Otro resultado importante es que la mejora de condición vascular también fue observada en usuarios “duales” que siguieron fumando, pero disminuyeron su consumo de cigarros. La literatura contiene muchos estudios de cohorte retrospectivo, los cuales pueden encontrar asociaciones entre uso de cigarro electrónico y enfermedades coronarias o infartos, pero no pueden determinar una relación de causa. Un estudio publicado recientemente en la revista *Therapeutic Advances in Chronic Disease* examinó dos grandes muestras de sujetos en 2016 y 2017 del sondeo National Health Interview de los EE. UU., sin encontrar una asociación entre uso de cigarro electrónico y enfermedades coronarias o infartos. Otros estudios similares han encontrado también una falta de asociación, así como mejoras inmediatas de condición cardiovascular.

También hay estudios de cohorte retrospectivo que han encontrado resultados contrarios: una asociación entre uso de cigarro electrónico y padecer un infarto. Estos estudios son frecuentemente citados por quienes desean enfatizar que el uso del cigarro electrónico aumenta el riesgo de enfermedad coronaria. Sin embargo, tales análisis tienen dos problemas: primero, no pueden establecer causalidad por ser de tipo retrospectivo; segundo, han incurrido en una falla importante en comunicar sus resultados, ya que no reportan la cronología de los eventos o reportan resultados que no son consistentes con esta cronología. Específicamente, si el infarto sucedió antes del uso del cigarro electrónico, esto no necesariamente indica un aumento de riesgo sino un esfuerzo por reducir riesgos: un paciente fumador que padeció un infarto y desea después del evento migrar hacia el uso de cigarro electrónico, incluso sin nicotina, que es un hábito mucho menos dañino que fumar. En particular, un estudio reportó causalidad (incorrectamente) aun cuando sus datos muestran que en la tercera parte de los sujetos el infarto ocurrió hasta 10 años antes del uso del cigarro electrónico (cuando el producto aún no había sido inventado).

#### **(4.8) Potencial de cáncer**

Debido a que el desarrollo de cánceres en fumadores es un proceso prolongado que suele tomar décadas y a la lenta disminución del daño al dejar de fumar, es sumamente difícil verificar la asociación de cánceres con el uso del cigarro electrónico, un producto que solamente cuenta con unos 13 años de uso. Dada la imposibilidad de contar con estudios epidemiológicos a largo plazo, es posible como primera aproximación determinar el “potencial de cáncer” y el “potencial vitalicio acumulado de cáncer” (Excess Lifetime Cancer Risk, ELCR) asociados a los aerosoles del cigarro electrónico (y un producto de tabaco calentado) relativos al humo del

cigarro de tabaco para fumadores que dejan de fumar y pasan al consumo exclusivo de estos productos. Varios estudios han llevado a cabo esta estimación toxicológica con base en los niveles de compuestos carcinogénicos relativos al humo, obtenidos del análisis químico y su unidad de riesgo inhalado (la exposición a los compuestos carcinogénicos no es una exposición continua sino restringida a los tiempos de inhalación). El potencial vitalicio acumulado de cáncer se calcula a partir de la suma pesada del potencial de cáncer en base al consumo diario de cada compuesto carcinogénico. Pese a las limitaciones de estos modelos toxicológicos, los resultados son alentadores.

- El estudio de Stephens consideró únicamente la fase gaseosa y a las nitrosaminas y dos aldehídos (formaldehído y acetaldehído) como compuestos carcinogénicos. El resultado fue que el potencial de cáncer del cigarro electrónico (en condiciones normales de uso) fue el 1% respecto al cigarro convencional, mientras que el producto de tabaco calentado fue alrededor del 10%.
- Los estudios de Scoungio et al y Avino et al consideraron al ELCR asociado únicamente a la fase particulada del cigarro electrónico, relacionando al cociente área sobre volumen de las partículas (microgotas) con lo que denominan la fracción “no volátil” de las mismas. El resultado fue un ELCR de 1% para el usuario y 0.0001% para personas en el entorno del usuario (emisiones ambientales).

La principal limitante de estos estudios es el cálculo de la potencia de cáncer separadamente para cada compuesto, lo cual ignora posibles efectos sinérgicos por la interacción entre compuestos y entre ellos y las partículas (microgotas). En el caso del aerosol ambiental, la química es lo suficientemente sencilla para suponer que es una buena aproximación el despreciar esta interacción, sin embargo, esto podría no serlo para el aerosol inhalado. Pese a sus limitaciones, estos estudios son un buen punto inicial para sostener la plausibilidad de una reducción de riesgo de cáncer al sustituir el cigarro de tabaco por el cigarro electrónico o el producto de tabaco calentado. Evidentemente, sus estimaciones serán más robustas cuando sean complementados con estudios en sistemas vivos, ya sea in vitro o modelos animales. Existen ya propuestas concretas para elaborar modelos más sofisticados y completos para evaluar el riesgo de cáncer por el uso de cigarro electrónico y productos de tabaco calentado.

#### **(4.9) Utilidad en el cese de fumar**

La principal contribución del cigarro electrónico al mejoramiento de la salud pública es su potencial de lograr que un número suficientemente significativo (a nivel poblacional) de fumadores lo adopte (temporal o permanentemente) en sustitución del cigarro de tabaco. Al ser un producto recreativo que reproduce el ritual de fumar con menos riesgos para

la salud, el cigarro electrónico es más aceptable a los fumadores que los métodos tradicionales para dejar de fumar: terapias de sustitución de nicotina (parches, chicles, inhaladores) y fármacos como veniciclina y bupropión (ver datos demográficos del Reino Unido).

Es importante enfatizar que es correcto considerar que un fumador ha “dejado de fumar” si ha adoptado al cigarro electrónico en completa sustitución del cigarro de tabaco, incluso si mantiene el uso del cigarro electrónico como hábito sustituto en forma permanente. Sin embargo, algunos sectores que se oponen al cigarro electrónico sostienen que el verdadero “cese de fumar” solo ocurre cuando cesa también el uso de estos dispositivos, una visión desacertada que confunde al tabaquismo con el consumo de nicotina y/o a la “conducta de fumar”, incluso si este consumo y esta conducta involucran un riesgo mucho menor que fumar. A continuación se presenta la evidencia que sustenta la utilidad del cigarro electrónico en el cese de fumar.

### Ensayos Controlados Aleatorizados

Para la comunidad médica internacional, los “Ensayos Controlados de Aleatorizados” (ECA) son considerados el “estándar de oro” de la experimentación en ciencia médica. Son la herramienta más utilizada para evaluar rigurosamente a medicamentos y tratamientos nuevos. Son altamente costosos porque requieren muestras grandes de pacientes y un alto grado de control y estandarización, por lo que ocupan recursos hospitalarios y requieren la participación de muchos profesionales de la salud. Hasta 2019 los ECA no habían logrado resultados robustos y convincentes en verificar la eficiencia del cigarro electrónico en el cese de fumar. Este panorama desalentador cambió gracias al siguiente ECA publicado en la prestigiosa revista *New England Journal of Medicine (NEJM)*, en el que se comparó su eficacia con la de todos los medios farmacéuticos tradicionales de reemplazo de nicotina (parches, chicles, inhaladores):

Peter Hajek, Ph.D., Anna Phillips-Waller, B.Sc., Dunja Przulj, et al. A Randomized Trial of E-Cigarettes versus Nicotine-Replacement Therapy.”]. A continuación, se proporciona la traducción del resumen de dicho estudio:

- **Antecedentes.** Los cigarros electrónicos son comúnmente utilizados en los intentos de dejar de fumar, pero la evidencia es aún limitada sobre su eficacia en comparación con los productos de reemplazo de nicotina aprobados en los tratamientos del cese de fumar.
- **Métodos.** Efectuamos una asignación aleatoria a adultos que frecuentan los servicios de cese de fumar del U.K. National Health Service a productos de reemplazo de nicotina de su elección proporcionados por tres meses, incluyendo combinaciones de productos, y a un paquete de iniciación al cigarro electrónico (modelo segunda

generación con tanque rellenable y botella de e-líquido de 18 mg/ml de concentración de nicotina), con la recomendación de que posteriormente adquirieran e-líquidos de sabor y concentración de su preferencia. El tratamiento incluyó apoyo conductual durante por lo menos 4 semanas. El objetivo primario buscado fue evaluar la abstinencia de fumar sostenida por 1 año, lo cual fue validado en forma bioquímica en la visita final. Los participantes que se perdieron en el seguimiento o que no pasaron la validación bioquímica fueron considerados como no-abstinentes. El objetivo secundario fue evaluar detalles del tratamiento y presencia de síntomas respiratorios reportados por los mismos participantes.

- **Resultados.** Un total de 886 participantes fueron asignados aleatoriamente. La tasa de abstinencia en 1 año fue de 18.0% en el grupo que usó cigarro electrónico, en comparación con 9.9% en el grupo que usó productos de reemplazo de nicotina (riesgo relativo, 1.83; intervalo de confiabilidad de 95% [CI], 1.30 a 2.58;  $P < 0.001$ ). Entre los participantes que lograron 1 año de abstinencia, los del grupo del cigarro electrónico mostraron mayor probabilidad que los del grupo de reemplazo de nicotina de continuar usando el producto asignado (80% [63 de 79 participantes] vs. 9% [4 de 44 participantes]). En total, la irritación de la boca o garganta fue reportada con mayor frecuencia en el grupo del cigarro electrónico (65.3% vs. 51.2% en el grupo de reemplazo de nicotina) y náusea fue reportada con mayor frecuencia en el grupo de reemplazo de nicotina (37.9% vs. 31.3% en el grupo del cigarro electrónico). El grupo de cigarro electrónico reportó mayor descenso de incidencia de tos y producción de flemas en 52 semanas que el grupo de reemplazo de nicotina (riesgo relativo de tos, 0.8; CI 95%, 0.6 a 0.9; riesgo relativo de flemas, 0.7; CI 95%, 0.6 a 0.9). No hubo diferencias significativas entre los grupos en estornudos o falta de aliento.
- **Conclusiones.** Los cigarros electrónicos fueron más eficaces en el cese de fumar que las terapias de reemplazo de nicotina cuando el uso de ambos productos fue acompañado por apoyo conductual. (Financiado por el National Institute for Health Research and Cancer Research UK; Current Controlled Trials number, ISRCTN60477608.)

Este ECA muestra un resultado muy favorable al cigarro electrónico: fue el doble de eficaz, logrando una abstinencia de fumar en 12 meses de 18%, mientras que los demás métodos juntos lograron solo el 9.9%. Se trata de un verdadero parteaguas que evidencia que el cigarro electrónico no solo contribuye al cese de fumar, sino que es (al menos)

dos veces más eficaz que los métodos tradicionales de reemplazo de nicotina.

Uno de los resultados de este ECA fue que el 80% de los que utilizaron al cigarro electrónico siguieron utilizándolo al final del estudio, lo cual el editorial de la revista *NEJM* (donde se publicó) menciona en forma crítica como un hecho preocupante, ya que (en su opinión) prácticamente descalifica su uso en el cese de fumar por mantener la adicción a la nicotina. Como hemos mencionado, este tipo de crítica obedece a la concepción errónea que asocia al cese de fumar solo a la abstinencia total del consumo recreativo de nicotina. Este infortunadamente desconoce la ganancia de salud cuando ese consumo se da a través de un medio (el cigarro electrónico) que es significativamente menos dañino que fumar.

Es importante proporcionar el debido contexto al ECA publicado por *NEJM*. Representa (como todo ECA estudiando al cese de fumar) un intento de aproximar lo más posible este proceso a un experimento médico (es decir verificar si el vapeo es “tratamiento” eficaz para la “enfermedad” de fumar), lo cual es una situación controlada y estandarizada (por lo tanto, idealizada) que poco tiene que ver con la realidad y complejidad del cese de fumar a nivel poblacional.

#### Estudios Demográficos Observacionales

En la vida real, el cese de fumar a través del vapeo (o incluso por otros métodos) no sucede de acuerdo con los rígidos protocolos de un ECA, sino mediante un proceso bastante complicado y caótico, con poca o ninguna intervención médica, por lo que los estudios observacionales (sobre todo del tipo longitudinal con seguimiento) de muestras poblacionales a partir de censos y sondeos proporcionan una estimación muy útil del cese de fumar en la vida real. Varios estudios de este tipo han mostrado resultados alentadores:

- DP Giovenco and CD Delnevo. *Prevalence of population smoking cessation by electronic cigarette use status in a national sample of recent smokers.*

**Conclusiones:** “Mas de la mitad de quienes usan diariamente cigarrillos electrónicos han dejado de fumar en los últimos 5 años. Estos usuarios tienen tres veces mayor probabilidad de dejar de fumar que quienes no usan cigarrillos electrónicos.”

- YL Zhuang et al. *Long-term e-cigarette use and smoking cessation: a longitudinal study with US population.*

**Conclusiones:** “Los que han usado cigarrillos electrónicos por más de 2 años tienen 4 veces mayor probabilidad de no fumar en un periodo de prueba de tres meses que los usuarios de corto plazo o los no-usuarios”

- L Biener and JL Hargraves. *A longitudinal study of electronic cigarette use among a population-based sample of adult smokers: association with smoking cessation and motivation to quit.*

**Conclusiones:** “La regresión logística y el controlar factores demográficos y dependencia del tabaco indican que usuarios intensivos de cigarrillos electrónicos tuvieron 6 veces más probabilidad de reportar cese de fumar que los no-usuarios y usuarios intermitentes (OR: 6.07, 95% CI = 1.11, 33.2). El uso diario de cigarro electrónico por lo menos por un mes está fuertemente asociado al cese de fumar al tiempo de seguimiento”.

- K E Farsalinos et al, *Electronic cigarette use in the European Union: analysis of a representative sample of 27 460 Europeans from 28 countries.*

**Conclusiones:** “Extrapolando a partir de una muestra estadísticamente significativa a la población total de la Unión Europea, se estima que 6.1 millones de europeos han dejado de fumar usando cigarrillos electrónicos, mientras que otros 9.2 millones han reducido su consumo de tabaco”.

Hay estudios que reportan que el uso del cigarro electrónico inhibe al cese de fumar. Sin embargo, una revisión extensiva de este tipo de estudios muestra que adolecen de graves fallas metodológicas.

#### (4.10) Uso adolescente del cigarro electrónico

El cigarro electrónico debe ser un producto de consumo exclusivo para adultos, por lo que hay una preocupación legítima por su utilización por menores de edad y en particular por su posible rol en el tránsito de estos menores hacia el tabaquismo. En especial en un país como Colombia, cuya Encuesta Nacional de Tabaquismo en Jóvenes, realizada en el año 2017, reveló que el 15,4% de los escolares entre 13 y 15 años han utilizado el cigarro electrónico al menos una vez en sus vidas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

Algunos profesionales e instituciones de salud pública, así como organizaciones antitabaquistas no gubernamentales, afirman que el vapeo está sirviendo de “puerta de entrada” de los adolescentes hacia el tabaquismo a gran escala (por ejemplo: la Secretaría de Salud de EE.UU. y el INSP en sus posicionamientos, el Cirujano General de los EE. UU., ONG antitabaco en EEUU y profesionales de la salud en medios y diversos foros en Colombia). Estas afirmaciones han dado lugar a duras campañas en contra del vapeo, lo que también ha aumentado debido a las intoxicaciones pulmonares EVALI en los EE. UU.).

Sin embargo, los datos demográficos, tanto en los EE. UU. como en el Reino Unido, no justifican tales declaraciones. La alarma por el vapeo en adolescentes en los EE. UU. está basada en el aumento de 78% entre 2017 y 2018 (según el sondeo NYTS) de estudiantes de High School que son “usuarios actuales”, categoría definida por el criterio de “haber probado un cigarro electrónico en los últimos 30 días”. Como se muestra en la sección 3 de la presente exposición de motivos, el análisis de los datos de los principales sondeos MTF y NYTS en EE. UU. (que aplica también en el Reino Unido) muestra que la inmensa mayoría de esos “usuarios actuales”



que no habían fumado utilizaron los dispositivos por menos de 10 días al mes, lo cual denota un uso primordialmente exploratorio y no habitual. La minoría de “uso actual” que vapean con frecuencia (más de 20 días al mes) son, preponderantemente, adolescentes que ya fuman desde antes o que han experimentado con el cigarro y otros productos de tabaco (lo cual elimina al ‘haber probado al cigarro electrónico’ como causa de su posible iniciación al tabaquismo). De hecho, difícilmente el vapeo puede conducir a los adolescentes no fumadores al tabaquismo cuando (como se muestra en la sección 3) los sondeos demográficos en los EE. UU. y el Reino Unido revelan que los porcentajes de adolescentes fumadores han decaído en forma acelerada sin precedentes desde 2011 cuando los dispositivos se tornan productos de uso extendido y popular en esos países.

En Colombia no contamos con sondeos demográficos anuales y extensivos como en los EE. UU. y el Reino Unido, por lo que toda afirmación debe basarse en la información disponible, la cual consta de los datos recabados y los resultados del único estudio longitudinal (de cohortes prospectivo) sobre hábitos de vapeo de adolescentes colombianos (ver más adelante).

#### **(4.11) Los saborizantes y los sabores**

Los cigarrillos electrónicos se ofrecen al consumidor en una gran variedad de diseños y tecnologías novedosas, mientras que los líquidos contienen saborizantes artificiales con una enorme gama de sabores y esencias dulces y frutales. Estas son precisamente las cualidades que atraen a los adultos que buscan dejar de fumar, que son la inmensa mayoría de los consumidores, y es altamente probable que sean también las que explican la eficacia de estos productos para el cese de fumar. Sin embargo, además de la posibilidad de que los saborizantes contengan o produzcan compuestos tóxicos por inhalación (tema ya atendido en la sección 4.1), se ha señalado el hecho potencialmente preocupante de que los sabores dulces y frutales atraen a los jóvenes (en particular adolescentes) a su consumo.

Esta preocupación es legítima, pero no es un hecho consumado que se ha materializado como lo manifiestan algunos sectores en Colombia y en Estados Unidos. Incluso es un tema prominente en el informe del mismo Cirujano General de 2018. La conocida organización no gubernamental estadounidense Campaign for Tobacco Free Kids (CTFK) afirma, en conjunto con otras organizaciones antitabáquicas, no solamente que los sabores atraen a los menores de edad, sino que incluso su promoción (utilizando descriptores infantiles) es una estrategia de marketing específicamente dirigida a los jóvenes y a menores de edad por parte de los fabricantes y vendedores de los líquidos (indebidamente identificados como industria tabacalera e identificando erróneamente al cigarro electrónico como equiparado a productos de tabaco combustible). Con el propósito declarado de proteger

a la juventud de la adicción a la nicotina, CTFK ha conducido una extensa campaña mediática y amplio cabildeo político en los EE. UU. con el propósito de prohibir todos los sabores y esencias excepto tabaco. Esta propuesta prohibicionista ha recibido apoyo por parte de autoridades de varias municipalidades y gobernadores e incluso a nivel federal.

La cuestión fundamental es verificar si la evidencia demográfica sustenta los argumentos que pretenden justificar intervenciones que restrinjan drásticamente la variedad de sabores. Si bien, es cierto que la compañía Juul llevó a cabo en EE. UU. una promoción un tanto agresiva e irresponsable, los documentos de CTFK no aportan prueba sólida alguna de la existencia de un marketing deliberado, dirigido a menores de edad, por los fabricantes y vendedores de líquidos (incluso de Juul y de la industria tabacalera). En todo caso, el problema que debiera atenderse es restringir los descriptores de sabores y las imágenes en los envases, pero no los sabores mismos<sup>8</sup>.

Por otra parte, tampoco hay evidencia sólida de la hipótesis de que la disponibilidad de sabores dulces y frutales es el único factor causal determinante detrás de la popularidad del vapeo (predominantemente exploratorio) en adolescentes en los EE. UU. La evidencia que supuestamente sostiene esta hipótesis, son estudios demográficos que muestran una mayor probabilidad de que los sabores dulces sean preferidos por adolescentes que por adultos, mientras que los sabores de tabaco son casi exclusivamente preferidos por adultos. Estos resultados son de esperar y no prueban la hipótesis mencionada: entre quienes vapean existe una proporción de fumadores mucho mayor entre los adultos que en los adolescentes, por lo que se presenta mayor proporción de preferencia por el sabor tabaco por una mayor habituación a ese tipo de esencia. De hecho, los sondeos de consumidores adultos muestran que el vapedor veterano tiende a preferir menos el sabor tabaco. Un enfoque más acertado consiste en preguntar directamente a adolescentes su motivación para vapear. Un estudio basado en este enfoque mostró que la disponibilidad de sabores no es la única motivación principal: es igual de importante que la noción (correcta) de que vapear es menos dañino que fumar tabaco. Además, hay otros estudios que ponen en serias dudas la hipótesis de que los sabores dulces y frutales son alicientes efectivos para inducir al vapeo a adolescentes que nunca han fumado.

Evidentemente, el prohibir sabores en pro de la protección de la juventud es una política regulatoria muy agresiva y desproporcionada cuya utilidad no se justifica en base a la evidencia disponible. Si bien es necesario evitar en forma estricta que los menores de edad utilicen los dispositivos, es igualmente indispensable no degradarlos ni restringirlos de tal

<sup>8</sup> Ver discusión extensa en: The US vaping flavor ban: twenty things you should know. The Counterfactual. <https://www.clivebates.com/the-us-vaping-flavour-ban-twenty-things-you-should-know/#more-5782>

manera que se reduzca su atractivo a los fumadores adultos. Un proceso regulatorio apropiado debe mantener el equilibrio entre protección a menores de edad y facilitar el cese de fumar en el contexto de la RDT. Es una falacia afirmar que este equilibrio es imposible.

#### (4.12) La nicotina: dependencia y adicción

¿Es dañino su consumo?

Pocas sustancias de uso legal han sido tan cuestionadas como la nicotina. No solo se afirma que es más adictiva que la metanfetamina fumada y el crack, sino que se le describe como altamente tóxica y carcinogénica por concebir únicamente su consumo a través del cigarro de tabaco. Sin embargo, la nicotina en sí misma no es carcinogénica, ni genera padecimientos cardiovasculares en personas sanas, aunque su consumo puede ser problemático para quienes ya padecen una enfermedad coronaria (todo esto ya lo demuestran estudios epidemiológicos con usuarios de snus en Suecia). La nicotina genera dependencia (ansiedad por abstenerse del consumo), pero esta varía según el medio de suministro al organismo: es muy alta a través del cigarro de tabaco y muy baja a través de parches farmacéuticos, siendo intermedia a través del cigarro electrónico.

Instituciones médicas y reguladoras de los EE. UU. (la FDA y el Cirujano General) han afirmado que el consumo de nicotina causa daños al desarrollo cerebral de los adolescentes, pero no están debidamente verificadas porque se basan en estudios llevados a cabo en roedores, mas no hay evidencia alguna de que estos efectos se manifiesten en adolescentes humanos. De hecho, no existe evidencia epidemiológica o demográfica de efectos nocivos en las funciones neurológicas de cientos de millones de fumadores y exfumadores que iniciaron el hábito como adolescentes durante el siglo XX. Sobre este tema se puede encontrar más información en la crítica al informe del Cirujano General de los EE. UU.

¿La Dependencia causa adicción?

La CONADIC y el NIDA en EE. UU. califican como “adicción” (con la connotación negativa del término) a todo consumo que produce dependencia de la nicotina, sin distinción del método de consumo o del nivel de dependencia, además de solo asociar al consumo de nicotina con el fumar tabaco. Sin embargo, no hay un consenso definitivo sobre la noción de “adicción”, por lo que consideramos su definición por la Sociedad Americana de Siquiatría como un síndrome: hay adicción a una sustancia si además de la dependencia física intensa el consumo prosigue a pesar de los problemas médicos, psicológicos o sociales que causa al usuario. En base a este criterio la nicotina solo es adictiva en fumadores compulsivos de cigarros, pero no lo es por su consumo a través del cigarro electrónico, ya que la dependencia no es en general intensa (lo cual corroboran estudios observacionales). Además, no hay evidencia de que su consumo por medio del vapeo genere problemas médicos, psicológicos

o sociales. De hecho, es frecuente que quienes han dejado de fumar adoptando al cigarro electrónico, gradualmente disminuyen la concentración de nicotina en los líquidos con los que vapean.

¿Afecta a terceras personas la nicotina en el vapor ambiental?

El aerosol exhalado por usuarios del cigarro electrónico obviamente contiene nicotina (a menos que se consuman líquidos que no la contengan). Sin embargo, una cantidad muy pequeña de nicotina es liberada al ambiente debido a que más del 94 % de la nicotina inhalada es absorbida por el vapedor (como contraste, al fumar la mayor parte de la nicotina es liberada al ambiente sin ser absorbida debido a las emisiones transversas de la punta encendida del cigarro). Las mediciones experimentales directas obtenidas por Martin et al 2009<sup>9</sup> detectan una exposición a la nicotina de 50 nanogramos por calada en terceras personas a 30 cm de distancia, y de apenas 5 nanogramos a 150 cm a lo largo de una exhalada en línea directa por un vapedor humano (usaron líquidos con concentración de 18 mg/ml y condiciones típicas de ventilación en interiores).

El umbral de seguridad más estricto disponible sobre la dosis mínima de nicotina para efectos biológicos en humanos es el LOAEL (Nivel Mínimo de Efectos Adversos Observados, Lowest Observed Adverse Effect Level) de la EFTA (European Food and Safety Authority), definido en términos del punto final toxicológico caracterizado por la aceleración cardiaca aguda que ocurre al administrar 0.0035 mg/kg de peso corporal mediante inyección intravenosa (un marcador toxicológico extremadamente estricto e incluso poco realista). Este umbral de seguridad conlleva a dosis de 0.21 mg (mujer embarazada de 60 kg de peso) y 0.035 mg (niño de 10 kg de peso).

Si el niño y la mujer están expuestos durante 200 caladas (uso diario habitual típico) durante todo un día a 30 cm de la emisión del aerosol (un escenario abusivo y poco realista) inhalarían una dosis de 10,000 nanogramos, o sea 0.01 mg de nicotina, lo cual está por debajo de este umbral toxicológico muy estricto. Un escenario más realista sería colocar a la mujer y al niño a 150 cm, con lo cual la dosis sería de 0.001 mg, lo cual está por debajo del umbral. Por lo tanto, incluso en escenarios abusivos no hay posibilidad de que la nicotina del vapor ambiental produzca algún efecto biológico en terceras personas (incluso personas vulnerables), mucho menos dependencia.

#### (4.13) Beneficio de la RDT en las proyecciones demográficas

Las proyecciones demográficas sobre la cantidad de muertes prematuras evitadas por el reemplazo del cigarro de tabaco por el electrónico muestran el beneficio potencial que representa a la salud pública

<sup>9</sup> Cita; Martín D., Peñín-Ibáñez, González Gonzálvez A., et al, 2019, “On the passive exposure to nicotine from traditional cigarettes versus e-cigarettes”. International Journal of Public Health Research 2019; 7(1): 11-17 <http://www.openscienceonline.com/journal/ijphr>

la estrategia de RDT. Estas proyecciones están basadas en estadísticas disponibles de mortalidad y morbilidad por fumar en censos en EE. UU. Tomando en consideración diversas estimaciones sobre la reducción de riesgo de vapear relativa a fumar, se define un balance por la diferencia entre la disminución de riesgo por adultos que migran de fumar a vapear menos el número de jóvenes que pudieran pasar del vapeo a fumar. Asimismo, se definen varios escenarios hipotéticos en comparación con mantener la situación actual sin cambio (el “statu quo”). El escenario más optimista: suponiendo que vapear implica 5% del riesgo de fumar, con la mayor tasa de fumadores que migran de fumar a vapear y menor número de fumadores nuevos reclutados, y el más pesimista: asumiendo 50% del riesgo de fumar con menor migración de fumar a vapear y mayor reclutamiento de fumadores nuevos. Como ejemplo de este tipo de proyecciones está el siguiente estudio, cuyos resultados son alentadores (el vapeo implica por lo menos 1.6 millones de muertes prematuras evitadas en el escenario más pesimista):

D Levy et al. *Potential deaths averted in the USA by replacing cigarettes with e- cigarettes*. Su resumen se proporciona a continuación:

- **Resultados.** En comparación con el statu quo, el reemplazo de fumar cigarrillos convencionales por vapear con cigarrillos electrónicos por un periodo de 10 años bajo el escenario “optimista” arroja 6.6 millones menos muertes prematuras, con 86.7 menos años de vida perdidos. Bajo el escenario “pesimista”, se evitan 1.6 millones de muertes prematuras y 20.8 menos años de vida perdidos. Las ganancias mayores se dan entre las cohortes (grupos de observación) jóvenes, con una ganancia de 0.5 en el promedio de esperanza de vida proyectado para la cohorte de 15 años de edad en 2016.
- **Conclusiones.** La comunidad de salud pública ha estado dividida con respecto al rol del cigarrillo electrónico en el control del tabaco. Nuestras proyecciones muestran que la sustitución del fumar cigarrillo por vapear cigarrillo electrónico arroja una ganancia sustancial de años de vida, incluso bajo suposiciones pesimistas sobre la efectividad del cigarrillo electrónico en el cese de fumar, su posible rol en la iniciación de fumar y sus riesgos relativos.

#### (4.14) Efectos a largo plazo

El cigarrillo electrónico es un producto relativamente novedoso que solo ha sido utilizado y estudiado por aproximadamente 13 años. Por lo tanto, muchos profesionales e instituciones de salud proponen restricciones estrictas a su utilización hasta haber llevado a cabo observaciones rigurosas sobre sus efectos a largo plazo (lo cual tomaría décadas). La preocupación por posibles efectos a largo plazo es legítima y justifica mantener una vigilancia constante. Sin embargo, no hay justificación para

ejercer este tipo de cautela extrema, la que daría a entender que hoy en día se sabe muy poco sobre los dispositivos (lo cual es incorrecto pues existen más de 2,000 estudios publicados en revistas especializadas).

Quienes invocan a la falta de conocimiento preciso sobre los efectos a largo plazo suelen invocar el Principio Precautorio, mismo que recomienda oposición a un producto nuevo mientras haya riesgos aún desconocidos, pero este principio también aconseja sopesar si el implementar esta oposición implica consecuencias peores (no deseadas) que asumir esos riesgos. En el caso del cigarrillo electrónico, existe amplio conocimiento científico sobre su baja toxicidad respecto al cigarrillo convencional a corto plazo (hasta 12 años de observación) como para establecer que su uso a largo plazo debe implicar riesgos mucho menores que fumar. De implementar en forma extrema el Principio Precautorio, prohibiendo o sobreregularo al producto, la consecuencia negativa no deseada sería mantener a millones de fumadores fumando.

De hecho, es importante mencionar que también hay incertidumbre sobre efectos a largo plazo de muchos medicamentos nuevos, los cuales han sido sujetos a observación, pruebas de laboratorio y experimentos médicos solo por periodos de cuando mucho 10 y hasta 15 años. La confianza de liberarlos para uso público surge de inferir, con base en la evidencia obtenida, que sus posibles efectos a largo plazo no serán mayores de un cierto umbral de riesgo residual y efectos secundarios aceptables. Lo mismo sucede con el cigarrillo electrónico (aunque este no es un medicamento).

No es posible cuantificar con precisión los riesgos a largo plazo ni predecir la magnitud exacta de posibles daños. Sin embargo, procediendo en forma análoga a los medicamentos, es posible inferir cualitativamente, con base en la gran cantidad de evidencia ya recabada, que la magnitud de estos daños debe ser muchísimo menor que los daños por fumar. Esto fue precisamente lo que hicieron los equipos de expertos que elaboraron los informes de la Agencia de Salud Pública de Inglaterra, Public Health England PHE (avalados por el Royal College of Physicians RCP y el Comité de Ciencia y Tecnología de la Cámara de los Comunes del Parlamento Británico), los cuales estimaron que los daños a la salud por la exposición prolongada al aerosol del cigarrillo electrónico difícilmente serán mayores al 5% respecto a fumar, y muy probablemente sean menores a esta cifra. Además, como afirma el RCP, el restringir excesivamente el uso del cigarrillo electrónico por temor a estos posibles riesgos residuales a largo plazo debe ser balanceado con un riesgo mayor e inmediato a la salud pública: el mantener a más fumadores fumando.

#### (7) DERECHO COMPARADO. MARCOS REGULATORIOS EXISTENTES

El cigarrillo electrónico se puede regular como producto de consumo que no es producto de tabaco o



como un producto de tabaco distinto a los productos combustibles. La regulación en el segundo caso puede incluir a otros productos no-combustibles como los HnB y al tabaco de consumo oral de tipo snus. A continuación se proporciona una breve descripción de los marcos regulatorios en Canadá y la Unión Europea.

### (5.1) Canadá

El gobierno federal canadiense legalizó el vapeo el 23 de mayo de 2018 con la introducción de la Ley de productos de tabaco y vapeo (TVPA). La ley regula los productos de tabaco y ahora proporciona un marco legal para que los adultos obtengan legalmente productos de vapeo con nicotina como una opción menos dañina que fumar. Hay cuatro leyes separadas que rigen los productos de vapeo.

El TVPA regula cómo se venderán, producirán, etiquetarán y promocionarán los productos de vapeo. Esta nueva Ley continuará gobernando los productos de tabaco, pero agrega la nueva dimensión para cubrir los productos de vapeo. Las restricciones de acceso y apelación juvenil forman una parte importante de la nueva ley: las ventas no deben permitirse a menores de 18 años y los sabores que puedan atraer a los jóvenes deben restringirse.

Los cigarrillos electrónicos que sean promovidos con una declaración de reclamo terapéutico deberán ser aprobados por la agencia Health Canada y estarán regulados por la Ley de Alimentos y Medicamentos (FDA), y esto incluye los cigarrillos electrónicos importados a Canadá. La Ley de Seguridad del Producto del Consumidor de Canadá (CCPSA) regirá a todos los cigarrillos electrónicos que no sean promovidos con reclamo terapéutico como productos de consumo. El CCPSA regula los ingredientes, las etiquetas de advertencia de salud, el empaque, así como todos los requisitos de salud y seguridad. Además, los líquidos de vapeo deben estar sujetos a las regulaciones existentes de productos químicos para el consumo y contenedores, 2001 (CCCR, 2001) que incluyen disposiciones para el etiquetado y la resistencia a los niños.

La Ley de Salud para No Fumadores (NSHA) atiende el tema del humo y el vapor ambientales. Esta Ley se aplica a los lugares de trabajo regulados por el gobierno federal, incluidos bancos, transbordadores, aviones y oficinas gubernamentales. También hay nuevas leyes provinciales, territoriales y municipales para regular los productos de vapeo y su uso. El gobierno ha establecido una junta asesora científica para revisar la ciencia sobre los productos de vapeo y proporcionar evidencia sobre una base regulatoria para garantizar que las legislaciones permanezcan vigentes y aplicables.

### (5.2) La Unión Europea (UE)

En 2014, la UE emitió una Directiva revisada de Productos de Tabaco conocida como TPD 2 para actualizar la Directiva de Productos de Tabaco de 2001. La TPD2 regula todos los productos de tabaco en la UE y su alcance es amplio, cubriendo la regulación del producto en términos de obligaciones de informes de ingredientes y emisiones para todos

los productos de tabaco. Incluye el embalaje y el etiquetado del producto, el tamaño y la apariencia de los productos, las características de trazabilidad que se fijarán en el embalaje y las advertencias sanitarias. Cubre la publicidad transfronteriza de productos de tabaco; refuerza la prohibición de los productos de tabaco por vía oral (snus), pero es importante señalar que permite la comercialización de cigarrillos electrónicos y envases de recarga, así como la notificación de nuevos productos de tabaco. También proporciona un marco para regular a los cigarrillos herbales.

La TPD2 define un “*producto de tabaco sin humo*” como “un producto de tabaco que no involucra un proceso de combustión”, lo que incluye tabaco mascado, tabaco nasal y tabaco para uso oral. Los cigarrillos electrónicos y los productos HnB son productos de tabaco sin humo.

Se requiere para todo producto nuevo una descripción detallada, instrucciones para su uso, información sobre ingredientes y cualquier emisión que pueda tener. Además, debe proporcionarse toda información que sea requerida en forma de caso por caso, incluyendo todo estudio científico disponible sobre toxicidad, adicción y atractivo del nuevo producto; todo estudio disponible o investigación de mercado, incluida cualquier información conocida sobre las preferencias de los grupos de consumidores, incluidos los jóvenes y los fumadores actuales; todo análisis de riesgo/beneficio disponible del producto; sus efectos esperados en la cesación; sus efectos esperados en el inicio del consumo de tabaco; y cualquier percepción del consumidor prevista. Los Estados miembros pueden exigir a los fabricantes que realicen pruebas adicionales si creen que existe la necesidad de más información.

La TPD promueve y facilita la regulación del cigarrillo electrónico. Aunque hay controversia por parte de consumidores, expertos y autoridades sobre algunas de las regulaciones, señalando por ejemplo que estas no son óptimas en términos de niveles de nicotina, o con los requisitos de los envases de recarga, la mayoría estaría de acuerdo en que la regulación final de los cigarrillos electrónicos en Europa como productos de consumo supera con creces el resultado de su regulación como medicamentos farmacéuticos o una prohibición completa, las cuales eran ambas opciones posibles. La fuerza impulsora detrás de la TPD considera el equilibrio entre los criterios de la salud pública, la armonización legislativa y “el buen funcionamiento del mercado interno”.

Los cigarrillos electrónicos y los envases de recarga solo pueden comercializarse como productos de consumo en la UE si cumplen con la TPD2, aunque los cigarrillos electrónicos que toman la ruta de regulación medicinal no la tienen que cumplir. Al igual que los demás productos nuevos, un fabricante de cigarrillos electrónicos debe notificar a las autoridades la intención de introducirlo en el mercado seis meses antes y proporcionar una nueva notificación adicional para cualquier modificación. La notificación solo debe incluir el nombre del fabricante, una lista de

ingredientes y emisiones, por nombre, marca y tipo. La notificación también debe incluir la dosis de nicotina y la información de absorción. Debe haber una descripción de los componentes del producto, como cómo se abre el contenedor de recarga y cómo funcionan los mecanismos. También se requiere una descripción del proceso de producción y su conformidad con la TPD, así como una declaración que asuma toda la responsabilidad por la seguridad y la calidad del producto.

### **(8) REGULACIÓN**

Los legisladores tenemos la obligación legal de incorporar los avances científicos y legales (por ejemplo, de las jurisprudencias y criterios Judiciales) a la ley, sin ignorar la eficacia que se pretende lograr con las leyes promulgadas.

Partiendo de la necesidad de tener una regulación precisa, basada en evidencia científica y diferentes criterios jurisdiccionales, así como una necesidad de observar los avances legales en países de primer mundo a manera de Derecho Comparado, se justifica la necesidad de dar un marco normativo a la nueva tecnología con base en el Concepto de Reducción de Daños, en el Caso concreto de la Reducción de Daños del Tabaquismo (RDT).

Sirve la evidencia científica referida líneas arriba como base a arribar a la necesidad de incorporar como una oportunidad de beneficio social, todas aquellas alternativas al tabaco convencional que demostradamente se consideren dentro del Concepto de Reducción de Daños del Tabaquismo, como lo son los cigarros electrónicos, las tecnologías de tabaco para calentar (HnB) y el tabaco por consumo oral (del tipo snus), sin dejar de considerar que en el futuro podrán inventarse otros productos de riesgo reducido que cumplan con los requisitos de la RDT y a cuya invención la Ley no debe constituir un obstáculo. De esta forma, se busca dotar de certeza material e informativa a los usuarios de dichos productos a efecto de que su comercialización salga del mercado gris en el que actualmente se encuentran y poniendo límites legales a su comercialización, de la misma manera puedan existir mecanismos para que la información de los beneficios de la sustitución de los cigarros convencionales por las diferentes tecnologías de Reducción de Daño, que sean incorporadas por los ahora fumadores, sean conocidas con el objeto de terminar con la epidemia del tabaquismo que tantas vidas ha cobrado en las últimas décadas.

No escapa de la visión de esta propuesta la de alejarse de posturas no incluyentes, impuestas por meras voluntades carentes de base científica o material, y más bien cumplir con la obligación de buscar fórmulas que puedan lograr la validez de la norma en los tres niveles que diversos juristas proponen: la formal, la empírica y la axiológica.

En el caso de la validez formal, esta se encuentra provista por el proceso legislativo en el que se discute la presente propuesta y una vez que sea discutida y aprobada, cumplirá con este extremo al ser promulgada por los órganos competentes para ello.

La validez empírica refiere la efectividad de la norma. Sabemos que las leyes restrictivas o mal proporcionadas traen como consecuencia el poco respeto de la población hacia el cumplimiento de la norma. En el caso concreto, la propuesta legislativa contiene lineamientos con el objeto de evitar regulaciones imposibles de cumplir, así como restricciones mínimas básicas como las visiones actuales de los modelos del Derecho, lo exigen: la mínima intervención del Estado con el objeto de privilegiar las libertades individuales, a efecto de lo cual, incorporando los distintos criterios de la jurisprudencia, con base en los Derechos Fundamentales de Libre Determinación y Acceso a la Información, se proponen una normatividad restrictiva para prevenir el acceso a menores de edad a las tecnologías previstas, pero al mismo tiempo para lograr en la población adulta el conocimiento de la información científica que respalda los beneficios a la salud al dejar por completo el uso de los cigarros convencionales y cambiarlos por una alternativa de Reducción de Daño, que científicamente se haya demostrado. Asimismo, en la aplicación de la norma, sabemos que las leyes de carácter altamente restrictivo traen siempre como consecuencia el crecimiento de mercados ilegales donde se expone a la población a daños más graves como el ejemplo de la reciente epidemia súbita de intoxicaciones pulmonares en EE. UU., lo que ocasiona un problema de Salud Pública aún más grave y la total falta de control de los Órganos del Estado.

Finalmente, la validez axiológica se refiere a la legitimidad de la norma. Nada es más legítimo que basar una construcción normativa teniendo en mente en primer lugar al receptor de la norma: en el caso concreto al fumador, que en la actualidad carece de alternativas que funcionen para dejar la dependencia a las formas de consumo de nicotina más dañinas como lo son los cigarros convencionales. La justificación de la norma tiene necesariamente que presentarse con bases de conocimiento demostradas que sustenten tanto las pretensiones de la norma como sus fines teleológicos. Insertar y fomentar el concepto de reducción del Daño en la Ley General para el Control del Tabaco tiene un objeto social claro de incidir en la mejora de la salud pública buscando que los medios menos dañinos sean incorporados a la vida de aquellas personas con dependencia al cigarro y al mismo tiempo sean alejadas de los menores que por ley no deben tener acceso ni al cigarro, ni a estas nuevas tecnologías.

Además de los Derechos Fundamentales de la Libre Determinación del Individuo y el Acceso a la Información, la presente propuesta reconoce la clara necesidad de hacer valer el Principio de Proporcionalidad inherente a nuestro sistema jurídico. Este Principio es incorporado a la presente propuesta en dos aspectos: Por un lado, las restricciones al cigarro convencional tienen una justificada base científica derivada de los daños que causa y que a lo largo de varios años han sido motivo de análisis y clara demostración por parte de diversos estudios que señalan puntualmente el daño

que causa. No podría entonces justificarse de manera proporcional las mismas restricciones a tecnologías de daño reducido, cuya base científica claramente demuestra el menor daño causado al usuario y el nulo daño ocasionado a terceros. Por otro lado, se prevé sustentadamente que el incremento del uso de dispositivos de daño reducido tendría un impacto significativo en las finanzas del Estado al lograr disminuir los costos en la Salud Pública disminuyendo la base de enfermos derivados del uso del cigarro de tabaco combustible. Además, toda legislación se debe centrar específicamente en las personas, en este caso en los fumadores y en aquellos que han encontrado en las alternativas de consumo de nicotina una forma de ejercer su Derecho Primordial a la Salud.

### (9) POSIBLES IMPEDIMENTOS

En cumplimiento de lo ordenado por el artículo 291 de la Ley 5ª de 1992, a continuación se señalan las razones por las cuales el presente Proyecto de ley podría generar conflictos de interés o beneficios directos que puedan resultar en impedimentos a los miembros del Congreso de la República.

De acuerdo con lo establecido en el artículo 286 de la Ley 5ª de 1992, *“se entiende como conflicto de interés una situación donde la discusión o votación de un proyecto de ley o acto legislativo o artículo, pueda resultar en un beneficio particular, actual y directo a favor del Congresista”*. La misma norma dispone que un beneficio es particular cuando *“otorga un privilegio o genera ganancias o crea indemnizaciones económicas o elimina obligaciones a favor del congresista de las que no gozan el resto de los ciudadanos. Modifique normas que afecten investigaciones penales, disciplinarias, fiscales o administrativas a las que se encuentre formalmente vinculado”*.

El presente proyecto de ley tiene como fin regular el consumo de nicotina independientemente del método o dispositivo que se emplee para su consumo, lo que a su vez supone legislar sobre un mercado creciente que hasta el momento solo ha sido dominado por las leyes del mercado. En ese orden de ideas, la regulación que aquí se propone podría permitir que los dispositivos administradores o no de nicotina tengan mayor exposición y acogida en la sociedad colombiana, lo que se traduciría en beneficios económicos para quienes tengan negocios en ese mercado. De ahí que si algún congresista tiene actividades económicas ligadas a los productos que se pretenden regular, es posible que se configure un conflicto de interés y deba declararse impedido para participar en el trámite de esta iniciativa.

Además de lo anterior, cada Congresista habrá de revisar, en su caso particular, si existe otra razón que lo pueda llevar a declararse impedido para discutir y votar el presente proyecto de ley.

### REFERENCIAS

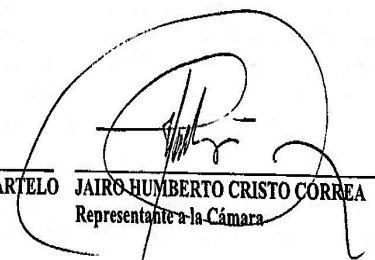
1. Instituto de Salud Pública de Inglaterra, “An evidence update”, 19 de Agosto de 2015, disponible haciendo [clic acá](#).

2. Ministerio de Salud y Protección Social, “Reduce Consumo de Tabaco en Colombia”, 30 de mayo de 2018, disponible haciendo [clic acá](#)
3. Rigotti, Nancy A, “Strategies to help a smoker who is struggling to quit”, 17 de octubre de 2012, disponible haciendo [clic acá](#).
4. Rodgman, A., y Perfetti, T.A., “The chemical components of tobacco and tobacco smoke”, 2013, disponible haciendo [clic acá](#).
5. <https://www.eupati.eu/es/glossary/principio-de-beneficencia/>
6. [http://www.odc.gov.co/Portals/1/Docs/politDrogas/politica\\_nacional\\_consumo.pdf](http://www.odc.gov.co/Portals/1/Docs/politDrogas/politica_nacional_consumo.pdf)
7. <http://www.descentralizadrogas.gov.co/project/decreto-120-de-2010-medidas-sobre-consumo-de-alcohol/>
8. [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/1566%20SPA\\_10\\_04\\_2013.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/1566%20SPA_10_04_2013.pdf)
9. Jean-Francois Etter, profesor de salud pública y líder suizo de la investigación sobre el control del tabaco, disponibles haciendo [clic acá](#).
10. Colegio Real de Médicos del Reino Unido, “Harm Reduction in nicotina addiction: helping people who can't quit”, Octubre de 2007, disponible haciendo [clic acá](#).
11. Organización Mundial de la Salud, “Electronic Nicotine Delivery Systems and Electronic Non-Nicotine Delivery Systems (ENDS/ENNDS), Agosto de 2016, disponible haciendo [clic acá](#).
12. [https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-authorizes-marketing-iqos-tobacco-heating-system-reduced-exposure-information?fbclid=IwAR0FcKTCEpRUE56c2F2\\_zcGV12eSgbHQflkxobg xen3f87C\\_UadKuC\\_mm4](https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-authorizes-marketing-iqos-tobacco-heating-system-reduced-exposure-information?fbclid=IwAR0FcKTCEpRUE56c2F2_zcGV12eSgbHQflkxobg xen3f87C_UadKuC_mm4)
13. <https://consultorsalud.com/wp-content/uploads/2022/06/Resolucion-1035-de-2022-Adopcion-Plan-Decenal-de-Salud-Publica.pdf>.

Atentamente,



JORGE ENRIQUE BENEDETTI MARTELO  
Senador de la República



JAIRO HUMBERTO CRISTO CORREA  
Representante a la Cámara



PROYECTO DE LEY NÚMERO 314 DE 2022  
CÁMARA

*por medio de la cual se regulan los productos de tabaco calentado, administración de nicotina y sin nicotina y se dictan otras disposiciones.*

El Congreso de Colombia

DECRETA:

**Artículo 1°. Objeto.** La presente Ley tiene por objeto regular el consumo de nicotina independientemente del método o dispositivo que se emplee para su consumo, así como implementar la política pública de reducción de riesgos y daños en relación con el consumo de nicotina, y generar una normatividad protectora de la población menor de edad de la mano con la prevención del consumo de nicotina por parte de esta población.

**Artículo 2°. Definiciones.** Para efectos de esta ley, adóptense las siguientes definiciones:

**Producto Alternativo:** Los productos alternativos de administración de nicotina que comprenden cualquier producto de consumo que, sin que exista combustión del producto, permiten a quien lo utiliza consumir nicotina por cualquier método, ya sea por la aspiración del vapor que genere su calentamiento, o bien al chuparlo, mascararlo, inhalarlo o administrarlo vía oral incluyendo en forma enunciativa a los líquidos de vapeo, productos de tabaco calentado, productos orales, nebulizadores e inhaladores.

**Reducción de riesgos y daños:** Todas las acciones en salud encaminadas a minimizar las consecuencias negativas previas, concomitantes y posteriores al consumo de sustancias psicoactivas dirigidas a personas mayores de edad consumidoras que no pueden o no quieren dejar de usar nicotinas tendientes a mejorar su calidad de vida.

**Prevención del consumo por parte de menores de edad:** Todas las acciones en salud encaminadas a prevenir, mitigar y erradicar el consumo de nicotina por parte de la población menor de edad.

**Nicotina:** Sustancia extraída del tabaco o de cualquier otra especie vegetal que la contenga, o sus sucedáneos producidos artificialmente. Comprende a la sustancia ya sea que naturalmente se encuentre en un producto de tabaco, o como ingrediente de un Producto Alternativo, sea en forma de nicotina base o de sales nicotínicas.

**Dispositivos para consumo de nicotina:** Por dispositivos se entenderá el conjunto de elementos necesarios para el consumo de nicotina, incluyendo, pero sin limitarse a: los elementos electrónicos, componentes, aditamentos, depósitos, accesorios, cartuchos, piezas reemplazables, desechables o reutilizables, y en general, todas las piezas o elementos necesarios para su funcionamiento. En conjunto y de forma individual, se entienden incluidos en la presente regulación.

**Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina (SEAN):** Dispositivo con una tecnología

electrónica que se comercializa en forma individual o en forma conjunta con otros bienes y/o componentes (tales como, por ejemplo, baterías y cargadores), y que se utiliza como un sistema para calentar Soluciones Líquidas Contenedoras de Nicotina (SLCN) y/o Soluciones Líquidas Sin Nicotina (SLSN) a temperaturas inferiores a la temperatura de combustión, para liberar un vapor que puede ser o no contenedor de nicotina e inhalarse vía pulmonar.

**Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina de Tanque Abierto (SEAN-A):** Dispositivos SEAN que se utilizan como sistemas para calentar una Solución Líquida Contenedora de Nicotina (SLCN) y/o Solución Líquida Sin Nicotina (SLSN) a temperaturas inferiores a la temperatura de combustión, para liberar un vapor que puede ser o no contenedor de nicotina. Se caracterizan por contener un tanque modificable abierto que almacena y calienta la solución líquida.

**Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina de Tanque Cerrado (SEAN-C):** Dispositivos SEAN que se utilizan como sistemas para calentar una Solución Líquida Contenedora de Nicotina (SLCN) y/o Solución Líquida Sin Nicotina (SLSN) a temperaturas inferiores a la temperatura de combustión, para liberar un vapor que puede ser o no contenedor de nicotina. Se caracterizan por estar diseñados para operar en conjunto con una solución líquida contenida en una cápsula o pod. Su funcionamiento o rendimiento no es modificable por parte del consumidor.

**Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina de Un Solo Uso (SEAN-D):** Dispositivos SEAN que se utilizan como sistemas para calentar una Solución Líquida Contenedora de Nicotina (SLCN) a temperaturas inferiores a la temperatura de combustión, para liberar un vapor contenedor de nicotina. Se caracterizan por ser dispositivos desechables de un solo uso, y por contener su sistema electrónico junto con la solución líquida en un sistema unificado.

**Soluciones Líquidas Contenedoras de Nicotina (SLCN):** Para efectos de lo dispuesto en esta Ley, entiéndase por Soluciones Líquidas Contenedoras de Nicotina (SLCN), aquella cantidad de fluidos líquidos, medida en mililitros, cualquiera que sea su forma de presentación, que contengan, entre otras sustancias, dosis controladas de nicotina y que, al calentarse controladamente sin generar combustión mediante, Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina de Tanque Abierto (SEAN-A), Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina de Tanque Cerrado (SEAN-C), y/o Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina de Un Solo Uso (SEAN-D) entregan dosis controladas de nicotina.

**Soluciones Líquidas Sin Nicotina (SLSN):** Para efectos de lo dispuesto en esta Ley, entiéndase por Soluciones Líquidas Sin Nicotina (SLSN), aquella cantidad de fluidos líquidos medida en mililitros, cualquiera que sea su forma de presentación, que

esté destinada para ser calentada controladamente sin generar combustión a través del uso de Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina de Tanque Abierto (SEAN-A) y/o Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina de Tanque Cerrado (SEAN-C).

**Cápsula o pod:** Sistema contenedor de Solución Líquida Contenedora de Nicotina (SLCN) o Solución Líquida Sin Nicotina (SLSN) con una tecnología electrónica que se comercializa para uso en conjunto con dispositivos SEAN-C para calentar una solución líquida que puede o no contener nicotina, y así generar vapor inhalable vía pulmonar.

**Sistemas de Calentamiento de Tabaco (SCT).** Dispositivo con una tecnología electrónica que se comercializa en forma individual o en forma conjunta con otros bienes y/o componentes (tales como, por ejemplo, baterías y cargadores), y que se utiliza como un sistema para calentar **Producto de Tabaco Calentado (PTC)** a temperaturas inferiores a la temperatura de combustión, para liberar un aerosol contenedor de nicotina que puede inhalarse para entregar al cuerpo humano, vía pulmonar, dosis controladas de nicotina. Incluye los Sistemas de Calentamiento de Tabaco de múltiples usos y aquellos de usos limitados, reducidos y/o desechables.

**Producto de Tabaco Calentado (PTC):** Para efectos de lo dispuesto en esta Ley, entiéndase por Producto de Tabaco Calentado (PTC), aquella cantidad sólida de tabaco elaborado o de mezcla con tabaco, medida en gramos, contenida en los productos que, sin importar su forma de presentación, se comercializan para ser objeto de calentamiento controlado sin generar combustión, entregando dosis controladas de nicotina al consumidor.

**SNUS:** Productos del tabaco destinados a entregar dosis controladas de nicotina mediante el uso oral, a través del cual se absorben saborizantes y nicotina de manera controlada. Los SNUS generalmente se presentan en pequeñas bolsas de uso oral y para su fabricación se utiliza tabaco picado no fermentado.

**Productos Modernos de Uso Oral (PMO):** Productos no derivados del tabaco destinados a entregar dosis controladas de nicotina mediante el uso oral, a través del cual se absorben saborizantes y nicotina de manera controlada. Los Productos Modernos de Uso Oral generalmente se presentan en pequeñas bolsas de uso oral, y para su fabricación se utiliza nicotina de origen vegetal o artificial.

**Aerosol o vapor:** Aerosol producido al calentar un líquido o tabaco que por lo general contiene nicotina, saborizantes y otras sustancias químicas que ayudan a producir el aerosol. Para el caso de las SLSN, dicho aerosol no es una sustancia contenedora de nicotina.

**Vapear:** El acto de inhalar y exhalar el aerosol generado por un dispositivo Sistema Electrónico de Administración de Nicotina de Tanque Abierto (SEAN-A), Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina de Tanque Cerrado (SEAN-C) y/o

Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina de Un Solo Uso (SEAN-D).

**Empaque:** Es el envase o la envoltura en que se vende o muestra un Producto Alternativo para su venta al público, incluida la caja o cartón que contiene cajetillas más pequeñas o la que contenga el envase o recipiente de un producto líquido, Productos de Tabaco Calentado (PTC), bolsas de SNUS, gotas o cualquier sustancia que contenga nicotina.

**Exhibición:** Para efectos de lo dispuesto en esta ley, entiéndase por exhibición como una actividad connatural a los derechos del comerciante, cuya finalidad es dar a conocer un producto sin influir en las decisiones del consumidor, garantizando así que el acceso a productos alternativos esté destinado exclusivamente a mayores de edad.

**Promoción:** Para efectos de lo dispuesto en esta ley, y en concordancia con el artículo 5° de la Ley 1480 de 2011 “*Por medio de la cual se expide el Estatuto del Consumidor y se dictan otras disposiciones*”, entiéndase por promoción el ofrecimiento temporal de productos en condiciones especiales favorables o de manera gratuita como incentivo para el consumidor. Se entenderá también por promoción, el ofrecimiento de productos con un contenido adicional a la presentación habitual, en forma gratuita o a precio reducido, así como el que se haga por el sistema de incentivos al consumidor, tales como rifas, sorteos, concursos y otros similares, en dinero, en especie o con acumulación de puntos.

**Publicidad:** Para efectos de lo dispuesto en esta ley, y en concordancia con el artículo 5° de la Ley 1480 de 2011 *por medio de la cual se expide el Estatuto del Consumidor y se dictan otras disposiciones*, entiéndase por publicidad toda forma y contenido de comunicación que tenga como finalidad influir en las decisiones de consumo.

## CAPÍTULO I

### Disposiciones sobre la venta de productos de administración de nicotina y productos de tabaco calentado

**Artículo 3°. Prohibición de vender productos de tabaco calentado, productos de administración de nicotina y sin nicotina a menores de edad.** Prohíbese la venta y/o entrega bajo cualquier título de Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina de Tanque Abierto (SEAN-A), Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina de Tanque Cerrado (SEAN-C), Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina de Un Solo Uso (SEAN-D), Soluciones Líquidas Sin Nicotina (SLSN), Productos Modernos de Uso Oral (PMO), Soluciones Líquidas Contenedoras de Nicotina (SLCN), Sistemas de Calentamiento de Tabaco (SCT), Productos de Tabaco Calentado (PTC), SNUS y otros productos o dispositivos de administración oral de nicotina a menores de edad.

Parágrafo 1°. Es obligación de los vendedores de Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina de Tanque Abierto (SEAN-A), Sistemas

Electrónicos de Administración de Nicotina de Tanque Cerrado (SEAN-C), Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina de Un Solo Uso (SEAN-D), Soluciones Líquidas Sin Nicotina (SLSN), Productos Modernos de Uso Oral (PMO), Soluciones Líquidas Contenedoras de Nicotina (SLCN), Sistemas de Calentamiento de Tabaco (SCT), Productos de Tabaco Calentado (PTC), SNUS y otros productos o dispositivos de administración oral de nicotina indicar bajo un anuncio claro y destacado al interior de su local, establecimiento o punto de venta la prohibición de la venta de productos de administración de nicotina y sin nicotina de que trata esta ley, a menores de edad. Este anuncio en ningún caso hará mención a marcas, empresas o fundaciones de empresas; ni empleará logotipos, símbolos o juegos de colores, que permitan identificar alguna de ellas.

Será responsabilidad de los respectivos entes gremiales, en conjunto con los productores y los importadores, y en cumplimiento con los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, establecer parámetros técnicos de los anuncios que indicarán la prohibición de la venta de productos de administración de nicotina y sin nicotina a menores de edad.

**Parágrafo 2°.** Las autoridades competentes realizarán procedimientos de inspección, vigilancia y control a los puntos de venta, locales, o establecimientos con el fin de garantizar el cumplimiento de esta disposición.

**Artículo 4°.** *Exhibición de productos alternativos.* El vendedor debe garantizar que los Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina de Tanque Abierto (SEAN-A), Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina de Tanque Cerrado (SEAN-C), Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina de Un Solo Uso (SEAN-D), Soluciones Líquidas Sin Nicotina (SLSN), Productos Modernos de Uso Oral (PMO), Soluciones Líquidas Contenedoras de Nicotina (SLCN), Sistemas de Calentamiento de Tabaco (SCT), Productos de Tabaco Calentado (PTC), SNUS y otros productos o dispositivos de administración oral de nicotina no estén ubicados al alcance de las personas desde los estantes de exhibición, evitando así el autoservicio y el acceso a menores de edad. Para efectos de lo dispuesto en el presente artículo, la exhibición será entendida como actividad connatural a los derechos del comerciante, cuya finalidad es dar a conocer un producto sin influir en las decisiones del consumidor, y no como una actividad de carácter promocional o publicitaria.

**Artículo 5°.** Se prohíbe la fabricación, importación y comercialización de alimentos, dulces, refrigerios, juguetes u otros objetos que tengan forma de productos Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina de Tanque Abierto (SEAN-A), Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina de Tanque Cerrado (SEAN-C), Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina de Un Solo Uso (SEAN-D), Soluciones Líquidas Sin

Nicotina (SLSN), Productos Modernos de Uso Oral (PMO), Soluciones Líquidas Contenedoras de Nicotina (SLCN), Sistemas de Calentamiento de Tabaco (SCT), Productos de Tabaco Calentado (PTC), SNUS y otros productos o dispositivos de administración oral de nicotina que puedan resultar atractivos para los menores de edad.

**Artículo 6°.** *Consumo de otras sustancias a través de productos alternativos.* Las disposiciones presentadas en los artículos 3°, 4°, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23 serán igualmente aplicables para los productos SEAN-A, SEAN-C y SEAN-D en el caso de consumo de Cannabidiol (CBD) a través de soluciones líquidas para vapeo, independientemente de su forma de presentación.

## CAPÍTULO II

**Disposiciones para prevenir el consumo de productos sean, SLCN, SCT, PTC, SNUS y otros productos o dispositivos de tabaco calentado, administración oral de nicotina en menores de edad y población no fumadora y estrategias de reducción del riesgo y el daño en población consumidora**

**Artículo 7°.** *Políticas de salud pública de control de consumo de nicotina.* El Ministerio de Salud y Protección Social formulará, aplicará, actualizará periódicamente y revisará estrategias, planes y programas nacionales multisectoriales integrales de control del uso y consumo de productos Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina de Tanque Abierto (SEAN-A), Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina de Tanque Cerrado (SEAN-C), Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina de Un Solo Uso (SEAN-D), Soluciones Líquidas Sin Nicotina (SLSN), Productos Modernos de Uso Oral (PMO), Soluciones Líquidas Contenedoras de Nicotina (SLCN), Sistemas de Calentamiento de Tabaco (SCT), Productos de Tabaco Calentado (PTC), SNUS y otros productos o dispositivos de administración oral de nicotina a la población en general, correspondientes a la política de salud pública que se haya estipulado e implementarán estrategias para propender por la eliminación y reducción de consumo de nicotina independientemente del método o dispositivo que se emplee para su consumo, y revisar las alternativas que la ciencia proporcione para la reducción del riesgo y el daño para las personas mayores de edad que no pueden o no quieren dejar de consumir nicotina.

El Ministerio de Salud y Protección Social diseñará e incorporará dentro del Plan Nacional de Salud Pública, las estrategias y acciones para identificar y promover la atención y demanda de servicios de cesación del consumo de productos de inhalación de nicotina independientemente del método o dispositivo que se emplee para su consumo, y/o la orientación a los ciudadanos consumidores a estrategias de riesgo reducido que minimicen o supriman los impactos del consumo de productos



de inhalación independientemente del método o dispositivo que se emplee para su consumo.

**Artículo 8°. Capacitación a personal formativo.**

El Ministerio de Salud y Protección Social formulará y promulgará los programas, planes y estrategias encaminados a capacitar sobre las estrategias de eliminación y reducción de consumo de nicotina y productos alternativos y de riesgo reducido; al igual que estrategias de reducción de riesgos y daños vigentes a personas tales como: profesionales de la salud, trabajadores de la comunidad, asistentes sociales, profesionales de la comunicación, educadores, así como a los servidores públicos en general sobre las consecuencias del consumo de nicotina. Asimismo, comunicará los riesgos y consecuencias de los distintos métodos de consumo, de acuerdo con la evidencia científica disponible.

**Artículo 9°. Inclusión del enfoque de reducción de riesgos y daños en las ofertas de atención frente al consumo de nicotina.** Se incluirán en todas las acciones orientadas a controlar, reducir y cesar el consumo de nicotina el enfoque de reducción de riesgos y daños que en ningún caso reemplazará la estrategia de prevención y cesación del consumo de tabaco, sino que las complementará como una opción de abordaje reconocidas en la ley, planes de desarrollo y políticas públicas como una estrategia para reducir los impactos negativos del consumo en aquellas personas adultas que no pueden o no quieren dejar de consumir nicotina.

**Parágrafo 1°.** Los documentos y estrategias que se diseñen para la inclusión del enfoque de reducción de riesgos y daños frente al consumo de nicotina, estarán orientadas y disponibles para los mayores de edad que sean consumidores de tabaco y/o de productos Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina de Tanque Abierto (SEAN-A), Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina de Tanque Cerrado (SEAN-C), Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina de Un Solo Uso (SEAN-D), Soluciones Líquidas Sin Nicotina (SLSN), Productos Modernos de Uso Oral (PMO), Soluciones Líquidas Contenedoras de Nicotina (SLCN), Sistemas de Calentamiento de Tabaco (SCT), Productos de Tabaco Calentado (PTC), SNUS y otros productos o dispositivos de administración oral de nicotina. Estas estrategias no estarán orientadas la población en general, ni para la población no consumidora.

**Artículo 10. Participación y derechos de las personas consumidoras.** El Gobierno nacional deberá establecer los mecanismos necesarios para garantizar la participación amplia y suficiente de las personas consumidoras de nicotina, ya sea por combustión o sin esta, en el diseño, implementación y evaluación de programas y proyectos enfocados en la prevención, reducción de riesgos y daños, y cesación del consumo. Ninguna acción para tratar el consumo de nicotina debe ir en contra de la voluntad de las personas consumidoras, y debe contar con la aprobación explícita previo conocimiento de las consecuencias de dicha alternativa.

**Artículo 11. Programas de educación preventiva en medios de comunicación masiva a cargo de la nación.** La Comisión de Regulación de Comunicaciones destinará en forma gratuita y rotatoria espacios para la utilización por parte de las entidades públicas, orientados a la emisión de mensajes de prevención del consumo de productos de administración de nicotina, en los horarios de alta sintonía en televisión por los medios ordinarios y canales por suscripción, en los espacios legalmente reservados para uso estatal. De igual manera se deberá realizar la destinación de espacios que estén a cargo de la Nación para la difusión del mismo tipo de mensajes por emisoras radiales.

**Artículo 12. Obligación de las entidades territoriales.** Corresponde a los Gobernadores y alcaldes y a las Secretarías Departamentales, Distritales y Municipales de Salud lo siguiente:

- a) Difundir, en el ámbito de su jurisdicción, las medidas establecidas en la presente ley;
- b) Desarrollar, dentro de la red de Instituciones Prestadoras de Salud, campañas de educación sobre los efectos nocivos del consumo de productos alternativos y sobre los efectos nocivos y las estrategias de reducción de daño que pueden ayudar a este grupo de ciudadanos a minimizar los daños causados por el consumo del tabaco.

**Artículo 13. Campañas de promoción de reducción de daños para consumidores.** Será responsabilidad del Gobierno Nacional, apoyado en las organizaciones de sociedad civil, la comunidad científica y la academia, implementar campañas de información y educación a la población sobre los efectos nocivos del consumo de tabaco o la exposición al humo de tabaco ambiental.

Para poner en práctica las acciones de las campañas para la promoción de la reducción de riesgos y daños del tabaquismo, se tendrán en cuenta los siguientes aspectos:

1. La generación y la evaluación de toda la evidencia científica disponible sobre los efectos del consumo de nicotina a través de las diversas formas que existan, diferenciando los particulares riesgos que cada una implique.
2. La educación a la familia para prevenir el consumo de nicotina por parte de niños y adolescentes;
3. La cooperación científica, técnica, jurídica y prestación de asesoramiento especializado.

### CAPÍTULO III

#### **Disposiciones relativas a la publicidad y empaquetado de productos de tabaco calentado y de administración con y sin nicotina**

**Artículo 14. Empaquetado y etiquetado.** El empaquetado y etiquetado de Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina de Tanque Abierto (SEAN-A), Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina de Tanque Cerrado (SEAN-C), Sistemas

Electrónicos de Administración de Nicotina de Un Solo Uso (SEAN-D), Soluciones Líquidas Sin Nicotina (SLSN), Productos Modernos de Uso Oral (PMO), Soluciones Líquidas Contenedoras de Nicotina (SLCN), Sistemas de Calentamiento de Tabaco (SCT), Productos de Tabaco Calentado (PTC), SNUS y otros productos o dispositivos de administración oral de nicotina no podrán ser dirigidos a menores de edad o sugerir que vapear contribuye al éxito atlético, deportivo, la popularidad, al éxito profesional o al éxito sexual.

**Parágrafo 1°.** Al ser productos contenedores de nicotina, en todos los Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina de Un Solo Uso (SEAN-D), Productos Modernos de Uso Oral (PMO), Soluciones Líquidas Contenedoras de Nicotina (SLCN), Productos de Tabaco Calentado (PTC) y SNUS se deberá expresar clara e inequívocamente, en el texto, según sea el caso las frases de advertencia que adviertan que diga: “Este producto contiene nicotina, sustancia altamente adictiva. Manténgase fuera del alcance de los niños.” Para el caso de los Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina de Tanque Abierto (SEAN-A), Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina de Tanque Cerrado (SEAN-C) y Soluciones Líquidas Sin Nicotina (SLSN) la advertencia deberá decir: “Manténgase fuera del alcance de los niños”.

En el caso de los productos SEAN-D, SLCN, SLSN, PTC, PMO y SNUS se deberán especificar en la superficie de una (1) de las dos (2) caras principales del empaque, todas las sustancias contenidas en dichos productos, incluyendo el contenido exacto de nicotina.

**Parágrafo 2°.** Las condiciones de los empaques de los Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina de Tanque Abierto (SEAN-A), Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina de Tanque Cerrado (SEAN-C), Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina de Un Solo Uso (SEAN-D), Soluciones Líquidas Sin Nicotina (SLSN), Productos Modernos de Uso Oral (PMO), Soluciones Líquidas Contenedoras de Nicotina (SLCN), Sistemas de Calentamiento de Tabaco (SCT), Productos de Tabaco Calentado (PTC) y SNUS mencionadas previamente y que se comercialicen en el país serán las mencionadas a continuación.

1. Deben aparecer en la superficie de una (1) de las dos (2) caras principales del empaque, ocupando el 10% de dicha cara.
2. El texto presente en el empaquetado y etiquetado de estos productos deberá ser legible y será en castellano.

**Parágrafo 3°.** Todas las cajas y empaques de Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina de Tanque Abierto (SEAN-A), Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina de Tanque Cerrado (SEAN-C), Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina de Un Solo Uso (SEAN-D), Soluciones Líquidas Sin Nicotina

(SLSN), Productos Modernos de Uso Oral (PMO), Soluciones Líquidas Contenedoras de Nicotina (SLCN), Sistemas de Calentamiento de Tabaco (SCT), Productos de Tabaco Calentado (PTC) y SNUS utilizados para la entrega del producto al consumidor final, importados para ser comercializados en Colombia deberán incluir estas mismas condiciones.

**Parágrafo Transitorio.** Se concede un plazo de un año a partir de la vigencia de esta ley para aplicar el contenido de este artículo.

**Artículo 15. Contenido en los medios de comunicación dirigidos al público en general.** Ninguna persona natural o jurídica, de hecho, o de derecho podrá promocionar productos Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina de Tanque Abierto (SEAN-A), Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina de Tanque Cerrado (SEAN-C), Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina de Un Solo Uso (SEAN-D), Soluciones Líquidas Sin Nicotina (SLSN), Productos Modernos de Uso Oral (PMO), Soluciones Líquidas Contenedoras de Nicotina (SLCN), Sistemas de Calentamiento de Tabaco (SCT), Productos de Tabaco Calentado (PTC), SNUS y otros productos o dispositivos de administración oral de nicotina en radio, televisión, cine, medios escritos como boletines, periódicos, revistas, producciones teatrales y discos compactos en horarios de audiencia de menores de edad. Para el caso de funciones musicales en vivo o grabadas, video o filmes comerciales y discos de video digital debe garantizarse la mayoría de edad de la audiencia, independientemente de la hora de transmisión. El productor / importador deberá incluir una advertencia en estos medios, en la que se mencione: “Producto exclusivo para mayores de edad. Contiene nicotina, la cual es adictiva”.

**Parágrafo 1°.** El contenido en medios digitales de comunicación y redes sociales deberá estar dirigido exclusivamente a mayores de edad, y es obligación del productor/importador garantizar que solo esta población pueda acceder a este tipo de contenido.

**Artículo 16. Publicidad en vallas y similares.** La fijación de vallas, pancartas, murales, afiches, carteles o similares móviles o fijos relacionados con la publicidad de Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina de Un Solo Uso (SEAN-D), Productos Modernos de Uso Oral (PMO), Soluciones Líquidas Contenedoras de Nicotina (SLCN), Productos de Tabaco Calentado (PTC) y SNUS deberá estar dirigida a mayores de edad, e incluir un mensaje de advertencia en el que se mencione: “Este producto contiene nicotina, sustancia altamente adictiva. Manténgase fuera del alcance de los niños”. Para el caso de los Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina de Tanque Abierto (SEAN-A), Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina de Tanque Cerrado (SEAN-C), Soluciones Líquidas Sin Nicotina (SLSN) y Sistemas de Calentamiento de Tabaco

(SCT) el productor y/o el importador deberá incluir un mensaje de advertencia en el que se mencione: “Manténgase fuera del alcance de los niños”.

#### CAPÍTULO IV

### Disposiciones para regular las acciones de promoción y patrocinio de productos de tabaco calentado y administración con o sin nicotina

**Artículo 17. Formación e información a consumidores adultos.** Se podrá brindar a toda persona adulta consumidora de nicotina la información necesaria de todos los medios de cesación tabáquica y de consumo de métodos para reducción de riesgos y daños de nicotina, así como sus riesgos, para que opten por la opción que consideren más adecuada. Esta formación e información no podrá efectuarse por medios masivos ni formas indiscriminadas, pues deberá estar dirigida exclusivamente a consumidores actuales, y de ninguna manera podrá dirigirse a públicos en general ni a personas no consumidoras para inducirlos a iniciarse en el consumo.

**Artículo 18. Regulación del patrocinio de eventos.** Para los Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina de Tanque Abierto (SEAN-A), Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina de Tanque Cerrado (SEAN-C), Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina de Un Solo Uso (SEAN-D), Soluciones Líquidas Sin Nicotina (SLSN), Productos Modernos de Uso Oral (PMO), Soluciones Líquidas Contenedoras de Nicotina (SLCN), Sistemas de Calentamiento de Tabaco (SCT), Productos de Tabaco Calentado (PTC), SNUS y otros productos de administración oral de nicotina el productor, importador y el comercializador deben: a) garantizar que estas áreas de patrocinio tengan acceso exclusivamente para mayores de edad; y b) incluir en estas áreas un mensaje de advertencia en el que se mencione: “Producto exclusivo para mayores de edad. Contiene nicotina, la cual es adictiva”.

#### CAPÍTULO V

### Disposiciones para garantizar los derechos de las personas no consumidoras frente al consumo de productos alternativos y productos de tabaco

**Artículo 19. Derechos de las personas no consumidoras.** Constituyen derechos de las personas no consumidoras, entre otros, los siguientes:

1. Respirar aire puro, y libre del aerosol de los Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina de Tanque Abierto (SEAN-A), Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina de Tanque Cerrado (SEAN-C), Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina de Un Solo Uso (SEAN-D), Soluciones Líquidas Sin Nicotina (SLSN), Productos Modernos de Uso Oral (PMO), Soluciones Líquidas Contenedoras de Nicotina (SLCN), Sistemas de Calentamiento de Tabaco (SCT), Productos de Tabaco Calentado (PTC) y otros o dispositivos de administración oral de nicotina.

2. Exigir que se respeten sus derechos, y se impida el uso de los dispositivos Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina de Tanque Abierto (SEAN-A), Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina de Tanque Cerrado (SEAN-C), Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina de Un Solo Uso (SEAN-D), Soluciones Líquidas Sin Nicotina (SLSN), Productos Modernos de Uso Oral (PMO), Soluciones Líquidas Contenedoras de Nicotina (SLCN), Sistemas de Calentamiento de Tabaco (SCT), Productos de Tabaco Calentado (PTC), SNUS y otros productos o dispositivos de administración oral de nicotina en sitios en donde su consumo se encuentre prohibido por la presente ley, así como exigir del propietario, representante legal, gerente, administrador o responsable a cualquier título del respectivo negocio o establecimiento, se comine al o a los autores de tales conductas a suspender de inmediato el consumo de los mismos, permitiendo su consumo exclusivamente en los sitios dispuestos para tal fin y en concordancia con la presente ley.
3. Acudir ante la autoridad competente en defensa de sus derechos como no vapeador y a exigir la protección de los mismos.
4. Exigir la divulgación de la prohibición de venta de estos dispositivos a menores de edad.
5. Informar a la autoridad competente el incumplimiento de lo previsto en la presente ley.

**Artículo 20. Regulación de los espacios donde se pueden usar los dispositivos de tabaco calentado y de administración de nicotina y sin nicotina.** Defínanse en el presente artículo los espacios en los cuales estará permitido usar los dispositivos Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina de Tanque Abierto (SEAN-A), Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina de Tanque Cerrado (SEAN-C), Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina de Un Solo Uso (SEAN-D), Soluciones Líquidas Sin Nicotina (SLSN), Productos Modernos de Uso Oral (PMO), Soluciones Líquidas Contenedoras de Nicotina (SLCN), Sistemas de Calentamiento de Tabaco (SCT), Productos de Tabaco Calentado (PTC) y SNUS.

Podrá permitirse el uso de Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina de Tanque Abierto (SEAN-A), Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina de Tanque Cerrado (SEAN-C), Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina de Un Solo Uso (SEAN-D), Soluciones Líquidas Sin Nicotina (SLSN), Productos Modernos de Uso Oral (PMO), Soluciones Líquidas Contenedoras de Nicotina (SLCN), Sistemas de Calentamiento de Tabaco (SCT), Productos de Tabaco Calentado (PTC) y SNUS en lugares de uso exclusivo de



mayores de edad tales como: bares, restaurantes, tiendas, tiendas especializadas de productos de administración con y sin nicotina, ferias, festivales, discotecas, hoteles, pubs, casinos y eventos de manera masiva en los cuales asistan exclusivamente mayores de edad.

Prohíbese el uso de los Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina de Tanque Abierto (SEAN-A), Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina de Tanque Cerrado (SEAN-C), Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina de Un Solo Uso (SEAN-D), Soluciones Líquidas Sin Nicotina (SLSN), Productos Modernos de Uso Oral (PMO), Soluciones Líquidas Contenedoras de Nicotina (SLCN), Sistemas de Calentamiento de Tabaco (SCT), Productos de Tabaco Calentado (PTC) y SNUS en: a) Los interiores de entidades de salud. b) En el interior de las instalaciones de instituciones de educación formal y no formal, en todos sus niveles. c) Museos y bibliotecas. d) Los medios de transporte de servicio público, oficial, escolar, mixto. e) Dentro de las instalaciones de entidades públicas y áreas de atención al público y salas de espera de cualquier entidad pública y privada. f) Áreas en donde los productos de administración con y sin nicotina generen un alto riesgo de combustión por la presencia de materiales inflamables, tal como estaciones de gasolina, sitios de almacenamiento de combustibles o materiales explosivos. g) En general, cualquier espacio o evento en el que haya presencia de menores de edad o similares.

Parágrafo. Las autoridades sanitarias vigilarán el cumplimiento de este artículo, en coordinación con las autoridades de policía y demás autoridades de control.

**Artículo 21. Obligaciones.** Los propietarios, empleadores y administradores de los lugares a los que hace referencia el artículo 20 tienen la siguiente obligación: Velar por el cumplimiento de la habitabilidad de espacios, restricciones y prohibiciones establecidas en la presente ley, con el fin de proteger los derechos de las personas no consumidoras.

**CAPÍTULO VI**

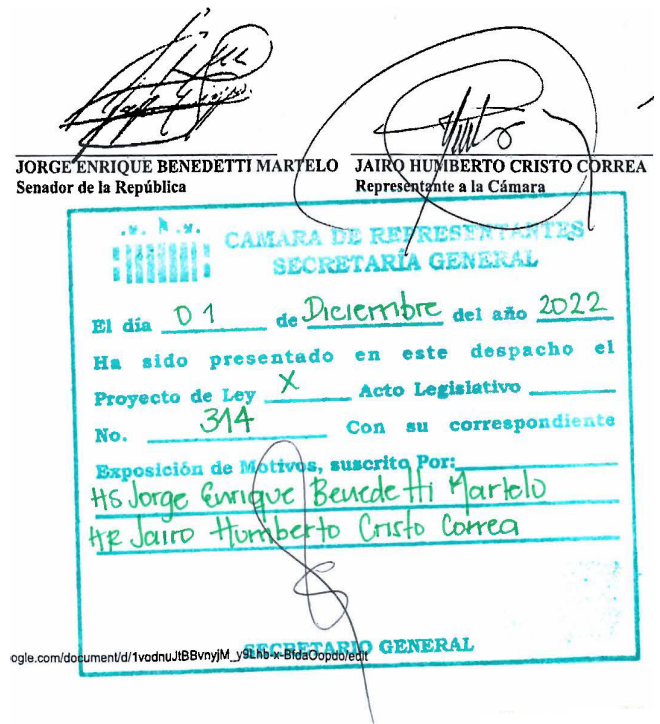
**Disposiciones Finales**

**Artículo 22. Sanciones.** El incumplimiento de lo dispuesto en la presente ley que resulte sancionable por el Código de Policía vigente dará lugar a la imposición de Multa General Tipo 1 (4 salarios mínimos diarios legales vigentes), por parte de las

autoridades de policía y en los términos establecidos en el Código de Policía, Ley 1801 de 2016.

El incumplimiento de las disposiciones contenidas en los artículos 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 y 20 de la presente ley, dará lugar a la imposición de las sanciones establecidas en el artículo 61 del Estatuto del Consumidor, por parte de la Superintendencia de Industria y Comercio y de conformidad con el procedimiento establecido en los artículos 47 y subsiguientes del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, Ley 1437 de 2011.

**Artículo 23. Vigencia y derogatorias.** La presente Ley rige a partir de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.



**CONTENIDO**

Gaceta número 34 - Miércoles, 15 de febrero de 2023  
 CÁMARA DE REPRESENTANTES  
 PROYECTOS DE LEY

	Págs.
Proyecto de ley número 313 de 2022 Cámara, por medio de la cual se promueve la educación socioemocional de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en las instituciones educativas de preescolar, primaria, básica y media en Colombia. ....	1
Proyecto de ley número 314 de 2022 Cámara, por medio de la cual se regulan los productos de tabaco calentado, administración de nicotina y sin nicotina y se dictan otras disposiciones.....	11