

Capítulo 2

Consumo de tabaco y cigarrillo



Introducción

El módulo de tabaquismo de la Encuesta de Riesgo Cardiovascular ERICA 2017, aplicada a una muestra de la población de 18 y más años del departamento de Risaralda, fue diseñado para medir el uso de los principales productos de tabaco en adultos residentes en zonas urbanas y rurales y por regiones de Risaralda. Además, aportó evidencia acerca de la intensidad de consumo de los fumadores y de la exposición al humo de segunda mano (por autorreporte). El módulo de tabaquismo tiene cuatro secciones. La primera es de identificación y busca determinar qué individuos son fumadores, cuáles son exfumadores y cuáles nunca han probado el cigarrillo. La segunda está orientada a fumadores y explora sus patrones de consumo, edad de inicio, última compra de cigarrillos e intención de dejar de fumar. La tercera contiene preguntas sobre los hábitos de fumar de exfumadores y la cuarta sección indaga sobre exposición a humo de segunda mano. El objetivo de este capítulo es presentar de forma descriptiva los resultados de estas preguntas y las inferencias que se realizaron a partir de la encuesta sobre el tabaquismo en la población de Risaralda. Para asegurar comparabilidad con las mediciones disponibles de tabaquismo en el país, se incluyó en el cuestionario la misma pregunta que actualmente se encuentra en la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE], 2017), cuyo alcance geográfico

incluye a Risaralda dentro de la región central.

Para definir el alcance de la encuesta como instrumento para diagnosticar la situación de la epidemia de tabaquismo, fue importante determinar cuáles son los productos de tabaco contemplados en la medición, ya que se encuentran en múltiples presentaciones. El Convenio Marco para el Control de Tabaco define los productos de tabaco aquellos “preparados totalmente o en parte utilizando como materia prima hojas de tabaco y destinados a ser fumados, chupados, mascados o utilizados como rapé” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2005, p. 4). El consumo de tabaco que se midió con ERICA se refiere al uso de cualquier producto de tabaco para fumar, en particular:

- El cigarrillo, que es la forma de consumo más común en Colombia y en el departamento de Risaralda
- Puro, habano y otras presentaciones de tabaco para fumar.

En ERICA no se indagó acerca del consumo de otras formas emergentes de consumo como el narguile o pipa de agua, el tabaco de mascar u otros productos de tabaco sin humo. Tampoco se incluyeron los sistemas electrónicos de administración de nicotina (SEAN), dispositivos que producen vapor, cuyos efectos en la epidemia de tabaquismo



en Colombia aún no están suficientemente caracterizados.

El amplio espectro de efectos negativos en la salud atribuibles al tabaquismo está documentado en múltiples fuentes. Una de las revisiones de mayor alcance sobre el estado actual del conocimiento acerca de las consecuencias del tabaquismo en la salud ha sido publicada por el departamento de salud y servicios sociales de los Estados Unidos. Según los resultados de dicha revisión, en el caso de enfermedades crónicas, los desenlaces mejor documentados del tabaquismo son el cáncer de pulmón, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y las enfermedades cardiovasculares (United States Department of Health and Human Services, 2014). Por otro lado, el tabaquismo es una causa suficientemente establecida de mayor riesgo de sufrir otros problemas de salud como diabetes (los fumadores tienen entre 30-40% más riesgo),

y artritis reumatoidea. Menos conocida es la asociación entre enfermedades infecciosas y tabaquismo. Las revisiones de literatura permiten concluir que el efecto del tabaquismo sobre el sistema inmune está asociado con un mayor riesgo de infección pulmonar. También se ha establecido la relación causal entre el tabaquismo y un mayor riesgo de contraer tuberculosis y de mortalidad por tuberculosis.

Además de medir la exposición de los fumadores activos, ERICA incluyó preguntas de autorreporte para medir la percepción de los encuestados acerca de su exposición al humo de segunda mano. El reporte del departamento de salud y servicios sociales de los Estados Unidos, de 2014, ha concluido que existe evidencia para establecer una relación causal entre la exposición a humo de segunda mano y un mayor riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular y cáncer de mama.

El tabaquismo en el contexto nacional

El uso de tabaco está contemplado en el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) como uno de los determinantes intermedios de la salud. El PDSP en su diagnóstico establece que el tabaquismo es uno de los factores de riesgo de mayor peso en la carga de enfermedad en Colombia y además alerta sobre la tendencia a la feminización del consumo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). Existen metas explícitas para 2021 acerca del tabaquismo en el componente de modos, condiciones y estilos de vida saludables. Las dos primeras se refieren a características del consumo y las otras a dos de las intervenciones más costo-efectivas:

- Reducir al 10% la prevalencia en población entre 18 y 69 años
- Posponer edad de inicio en adolescentes por encima de 14 años
- Aumentar los impuestos a los productos de tabaco
- Lograr el cumplimiento de ambientes 100% libres de humo

Respecto a la primera meta, en el país se observa una tendencia de largo plazo a la disminución de la prevalencia actual del tabaquismo, con un resultado de 9,8% en población adulta en la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) de 2016 (DANE, 2017). No obstante, no se ha logrado una reducción tan rápida en todas las regiones y aún persisten prevalencias de dos dígitos en las zonas que tradicionalmente han registrado mayor presencia de este factor de riesgo. Antioquia, Bogotá y la región central (de la cual Risaralda forma parte) tienen prevalencias actuales en adultos del 14.5%, 14.3% y 11.7%, respectivamente. Los estudios de consumo de sustancias psicoactivas de 2008 y 2013 (en población urbana) indicaban que Risaralda ocupaba el sexto lugar en prevalencia por mes en 2013 y fue una de las regiones que no logró mejoras estadísticamente significativas en el indicador durante este período (16.1% y 14.2%, respectivamente).

Para una aproximación a la situación de exposición al riesgo de tabaquismo es necesario complementar el análisis del comportamiento de prevalencia con los patrones de intensidad de consumo. La ECV 2016 solo indagó por frecuencia de consumo, que es un indicador parcial de la intensidad, y encontró que el 63.2% de los fumadores adultos reportan fumar diariamente, con resultados más altos en San Andrés y Providencia (77.5%), Antioquia (74.3%), la región central (69.2%) y el Valle del Cauca (61%).

Desde una perspectiva regional, persiste entonces una dualidad en la situación de la epidemia de tabaquismo, puesto que hay regiones que tradicionalmente mantienen prevalencias e intensidades de consumo bajas, en las que no hay señales de dinamización del tabaquismo, mientras que otras están en proceso de lograr reducciones de tasas de prevalencia que en algunos casos llegaron a estar cerca del 30%.

Definiciones

Para establecer los criterios de definición de fumadores, en ERICA se contemplaron elementos de la Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos (GATS) y además otros



indicadores de dosis de exposición que resultan necesarios a la hora de definir el riesgo. La prevalencia actual es la manera de establecer, a partir del autorreporte, la proporción de la población que se autodefine como fumadora al momento de la encuesta. Esta información, junto con la edad de inicio y el número de cigarrillos fumado por unidad de tiempo, permitió caracterizar el riesgo de la población de Risaralda relacionado con este factor.

Para efectos de esta encuesta se adoptaron las siguientes definiciones, que se refieren únicamente al consumo de cigarrillo:

ERICA permitió estimar la prevalencia vida y prevalencia actual de consumo de productos de tabaco y para ello adoptó las mismas definiciones de la GATS.

Prevalencia vida: porcentaje de la población que afirma haber fumado cigarrillo alguna vez en la vida. Esta información se valida con quienes contestan afirmativamente a la pregunta acerca de si fuman actualmente.

Prevalencia actual: porcentaje de la población que afirma fumar cigarrillo actualmente.

Fumador: aquella persona que actualmente fuma cigarrillo, ha fumado al menos 100 cigarrillos en su vida y reporta haber fumado en el último año. Este grupo también incluye a quienes reportan no fumar cigarrillo actualmente, llevan menos de 12 meses sin fumar y han fumado al menos 100 cigarrillos en su vida.

En experimentación: quienes manifiestan fumar actualmente cigarrillo, pero no han fumado 100 cigarrillos en toda su vida. Este grupo también incluye a quienes reportan no fumar cigarrillo actualmente, han fumado alguna vez en la vida, llevan menos de 12 meses sin fumar y no han fumado 100 cigarrillos en su vida.

Exfumador: es aquella persona que no fuma cigarrillo actualmente, fumó alguna vez en la vida, reporta llevar 12 meses o más sin fumar y ha fumado más de 100 cigarrillos en su vida. También incluye a los fumadores actuales que llevan un año o más sin fumar y han fumado más de 100 cigarrillos en la vida. Este es un criterio conservador de clasificación de exfumadores.

No fumador: aquellos que nunca han probado el cigarrillo o reportan solo haberlo probado. Además, incluye a quienes fumaron alguna vez en la vida, llevan un año o más sin fumar y no han fumado 100 cigarrillos en su vida.

Para caracterizar la cesación se acudió al modelo de etapas de cambio (DiClemente, et al., 1991) y a los criterios GATS de definición de exfumadores, reconociendo sus limitaciones (Jena, Kishore y Sarkar, 2013). ERICA incorporó preguntas que permiten utilizar una clasificación similar a la de Mbulu, et al., (2015) para operacionalizar las categorías del modelo de etapas de cambio de la siguiente manera:

Porcentaje de fumadores en etapa de pre-contemplación: proporción de fumadores que no intentaron dejar de fumar en los últimos 12 meses o aquellos que, a pesar de haberlo intentado en los últimos 12 meses, no planean intentarlo en los próximos 12 meses.

Porcentaje de fumadores en etapa de contemplación: proporción de fumadores que han logrado dejar de fumar un día o más en algún momento en los últimos 12 meses y que están considerando intentar dejar de fumar en los próximos 12 meses, pero no en el próximo mes.

Porcentaje de fumadores en etapa de preparación: proporción de fumadores que han logrado dejar de fumar un día o más en algún momento en los últimos 12 meses y que planean intentar dejar de fumar en el próximo mes.

Por otro lado, se utilizó como indicador de cesación la tasa calculada solo para los fumadores diarios, así:

Tasa de cesación de tabaquismo: exfumadores como porcentaje de fumadores.

Tasa de cesación de tabaquismo diario: exfumadores diarios como porcentaje de aquellos que fuman o fumaron alguna vez diario.

Caracterización de la población en Risaralda

El 57.8% (IC 95% 55.5-60.1%) de la población adulta en Risaralda ha probado alguna vez un producto de tabaco (prevalencia vida)⁵. Este resultado es mucho más alto

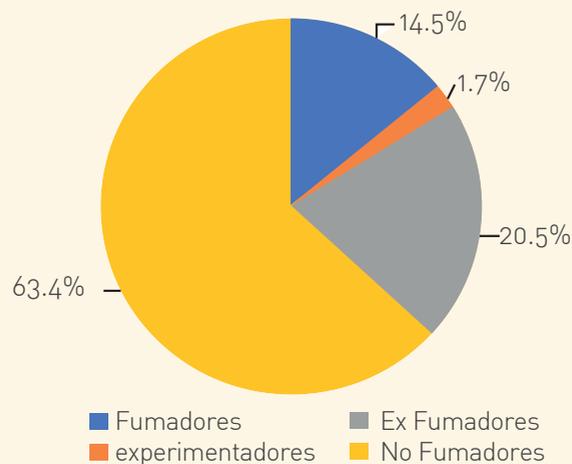
5 Para las comparaciones entre las estimaciones de prevalencia vida y actual se contrastaron los intervalos al 95% de confianza de ERICA con la estimación de la ECV y del ENCSP y con los intervalos de confianza del ENCSP, en los casos en que se reportaron dichos intervalos. Para comparaciones de estimaciones de indicadores de tabaquismo de ERICA las conclusiones se basan también en comparaciones de los intervalos de confianza.



que la prevalencia vida a nivel nacional, estimada en 42.1% por el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas (ENCSP) (Ministerio de Justicia, Ministerio de Salud y Protección Social, y Observatorio de Drogas de Colombia, 2014). La prevalencia vida en hombres (72.8%) supera a la de las mujeres (44.1%), una diferencia que luce más amplia que el patrón usual de la epidemia a nivel nacional, en donde la brecha es de alrededor de 22 puntos porcentuales. El 14.4% (IC 95% 12.9-16.0) son fumadores actuales, en 2017, un valor superior al 11.7% observado en la región central (ECV 2016)⁶ y que no difiere de la prevalencia mes reportada por el ENCSP para el departamento en 2013. El resultado de prevalencia actual podría interpretarse de dos maneras. Es posible que el departamento se mantuviera en niveles relativamente altos mientras sus vecinos lograron reducir prevalencias, o que se haya mantenido la prevalencia en algunos de estos departamentos y en otros no. Infortunadamente no existen estadísticas recientes disponibles con este nivel de desagregación. También la lectura más baja obtenida en la ECV puede ser efecto del sesgo de subreporte atado a un protocolo que no es específico para la medición de este riesgo.

En 2017 Risaralda tenía 101,553 fumadores (14.5% de la población adulta) y 11,657 personas (1.7%) se encontraban en etapa de experimentación. En cuanto a los exfumadores, estos representan 20.5% de la población adulta. Además, el número de exfumadores superaba al de fumadores.

Figura 11. Población adulta en Risaralda según estatus de consumo de cigarrillo



Fuente: elaboración de la Fundación Saludia a partir de ERICA.

⁶ Los departamentos de la región central en la ECV son: Caldas, Quindío, Risaralda, Tolima, Huila y Caquetá.

La brecha entre sexos es amplia. Mientras 19.6% de los hombres son fumadores actuales, entre las mujeres solo 9.6% lo es. En este indicador Risaralda refleja el patrón del país. Es precisamente el tabaquismo en la población masculina el que explica en gran medida la problemática. No obstante, el tabaquismo en mujeres está más desarrollado que en las mediciones de 2013 para el agregado nacional (7.4%).

En cuanto a los resultados por rango de edad, la prevalencia actual más elevada se encuentra en el grupo de 25 a 34 años (17.1%), aunque cabe anotar que entre este grupo y el de 18 a 24 no hay diferencias estadísticamente significativas. En todo caso, este indicador confirma que el grueso de los fumadores del departamento son jóvenes y que aún no es concluyente la información acerca de que los más jóvenes tengan una menor proporción de fumadores. De hecho, no es posible concluir que existan diferencias en la prevalencia entre grupos etarios. Tampoco es posible afirmar que existe un gradiente negativo en la prevalencia por estratos socioeconómicos. En esto último, el departamento tiene un comportamiento similar a lo observado a nivel nacional en 2013. En todo caso, de los 101 mil fumadores en Risaralda el 61% se concentran en estratos bajo-bajo y bajo (Tabla 16), muy cercano al 62% a nivel nacional (Ministerio de Justicia, et al., 2014).

Tabla 16. Prevalencia actual por sexo, por grupos de edad y estrato socio económico

	Proporción	Error estándar	IC 95%	
Mujer	9.6%	1.1%	7.7%	12.0%
Hombre	19.6%	1.3%	17.2%	22.2%
Prevalencia actual por grupos de edad				
18 a 24	11.4%	1.8%	8.4%	15.4%
25 a 34	17.1%	1.7%	14.0%	20.6%
35 a 44	13.9%	2.1%	10.3%	18.4%
Más de 45	14.6%	1.2%	12.4%	17.1%
Prevalencia actual por estrato				
Bajo-bajo	17.3%	1.7%	14.3%	20.8%
Bajo	13.1%	1.1%	11.1%	15.4%
Medio	15.4%	1.7%	12.3%	19.0%
Medio-alto *	--	--	--	--
Total	14.4%	0.8%	12.9%	16.0%

Fuente: elaboración de la Fundación Salutia a partir de ERICA.

Notas: * Coeficiente de variación superior al 20%.

Por último, la comparación entre prevalencia actual en zonas urbana y rural corrobora lo observado históricamente en otras encuestas nacionales que han medido las dos



poblaciones (Encuesta Nacional de Salud 2017 y ENCV 2016), y que no encuentran diferencias significativas entre ellas (Tabla 17).

Tabla 17. Prevalencia de tabaquismo por zonas (urbana y rural)

	Proporción	Error estándar	IC 95%	
Prevalencia vida por zona				
Urbano	59.3%	1.3%	56.7%	61.8%
Rural	54.3%	2.3%	49.7%	58.9%
Prevalencia actual por zona				
Urbano	14.6%	0.9%	12.9%	16.4%
Rural	13.7%	1.7%	10.6%	17.4%

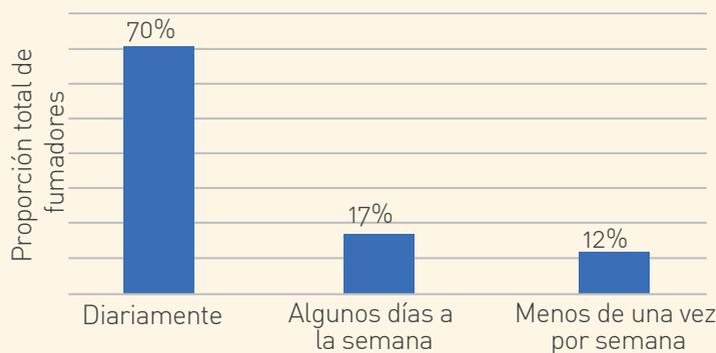
Fuente: elaboración de La Fundación Salutia a partir de ERICA.

Fumadores

Patrones de consumo

ERICA confirmó que se mantiene el patrón histórico en el que la gran mayoría de los consumidores de tabaco en la región son fumadores de cigarrillo, con un peso del 97.9% de todos los consumidores. El 70.4% (IC 95% 65.7%-74.8%) de los fumadores consume diariamente, una estimación que es alta, y que es superior a la del total del país (63.1%) (Figura 12). Esta mayor frecuencia de consumo diario es indicativa de que en población adulta la adicción está bien arraigada. No se encuentran diferencias significativas al analizar la distribución de frecuencia de consumo según sexo.

Figura 12. Distribución de las frecuencias de consumo



Fuente: elaboración de La Fundación Salutia a partir de ERICA.

El otro aspecto importante para analizar la adicción es la intensidad en el consumo, medida en función del número de cigarrillos por mes. Un hallazgo interesante es que hombres y mujeres tienen intensidades-mes similares, con intervalos de confianza al 95% de 192-258 y 150-246 cigarrillos al mes, respectivamente. Lo mismo se concluye de la comparación de la intensidad de consumo por regiones, en las zonas urbana y rural y por estrato. En cambio, por edades hay un resultado que refleja lo que indica la literatura respecto al patrón del comportamiento del fumador. Los fumadores de 24 años o menos tienen intensidades de consumo inferiores a los de 35 años o más y similares a las de la población entre 25 a 34 años. En este mismo sentido la intensidad de consumo de los fumadores diarios (289 cigarrillos al mes) es mucho más alta que la de los fumadores ocasionales (entre 5 y 28 cigarrillos al mes) (Tabla 18)

Tabla 18. Intensidad promedio de consumo de cigarrillos al mes

	Media	Error estándar	IC 95%	
Total Risaralda				
	194	12	171	217
Intensidad promedio por sexo				
Mujer	188	20	148	228
Hombre	197	13	171	223
Intensidad promedio por región				
Sur	196	13	170	223
Centro	206	24	158	253
Norte	166	26	114	218
Intensidad promedio por zona (urbana-rural)				
Urbano	186	14	159	213
Rural	225	19	187	262
Intensidad promedio por grupos de edad				
18 a 24	121	18	15	
25 a 34	126	13	11	
35 a 44	242	31	13	
Más de 45	223	18	8	
Intensidad promedio por estrato				
Bajo-bajo	201	17	168	234
Bajo	194	13	170	219
Medio	179	22	135	223
Medio-alto*	--	--	--	--

Fuente: elaboración de la Fundación Salutia a partir de ERICA.

Notas: * Coeficiente de variación superior al 20%.

El tamaño del mercado de cigarrillos es un indicador construido a partir del número de fumadores y su respectiva intensidad de consumo. Su utilidad desde el punto de vista



de recomendaciones de política radica en que permite hacer análisis de brechas para estimar el tamaño del comercio ilícito de cigarrillos y calcular los recaudos potenciales. Así, el gobierno departamental podrá contar con un indicador de desempeño de la gestión del impuesto al consumo y del tamaño de la afectación causada por evasión. A partir de los resultados de la encuesta se estima que en Risaralda se consumen 17,7 (IC 95% 14.2-21.2), millones de cajetillas de 20 cigarrillos al año.

Desde el punto de vista de caracterización del riesgo de exposición, para establecer el efecto del tabaquismo en la carga de enfermedad del departamento, en promedio un fumador ha estado expuesto por 13 años, siendo mucho mayor la exposición de los fumadores diarios (16 años). (Tabla 19)

Tabla 19. Años promedio fumando

	Promedio	Error estándar	IC 95%	
Diario	15.8	1.247	13.4	18.3
Semanalmente	7.2	1.427	4.2	10.2
Ocasionalmente	6.5	1.275	3.5	9.4

Fuente: elaboración de la Fundación Salutia a partir de ERICA.

Un hallazgo que amerita atención es la diferencia entre la edad de inicio reportada por los dos grupos más jóvenes, que se encuentra entre los 14 y los 16 años, mientras que las edades de inicio de los dos grupos mayores de 34 se encuentra entre 18 y 22. Si bien la edad de inicio para el departamento está en un nivel aceptable y en concordancia por lo planteado por el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), el hecho de que sean los más jóvenes los que estén iniciando más temprano es un síntoma de la limitada efectividad en la implementación de políticas que protejan a este grupo. Esto puede contribuir a obstaculizar intentos por reducir la epidemia en Risaralda. Al igual que en el indicador de intensidad, no se detectan diferencias significativas en las otras dimensiones de análisis (geográficas o por estratos).

Última compra

ERICA permitió indagar por el formato y el precio al que se adquirió el producto en la última compra y proporcionó información acerca de la exposición del fumador a una de las medidas protectoras más efectivas, como es el aumento del nivel de los precios por medio de impuestos. Aunque esta medición para Risaralda no permite sacar conclusiones acerca del efecto de la medida, el resultado constituye una línea de base para análisis

posteriores. El fumador en Colombia puede adquirir su producto de manera legal cuando compra cartones (usualmente de 100 o 200 unidades) o cajetillas que usualmente tienen 10, 18 o 20 unidades. No obstante, es muy frecuente la compra de cigarrillos sueltos o por unidades, a pesar de estar expresamente prohibido por la Ley 1335 de 2009. Efectivamente, se encuentra en Risaralda una proporción de 48.7% de las compras reportadas realizadas al menudeo, 50.6% adquiridas en cajetilla y apenas un 1.0% en cartón. Esta composición es muy cercana a la observada en las encuestas para otras ciudades en 2016 pero difiere de las mediciones para 2017 que han mostrado, luego del aumento de los impuestos, una mayor participación de las compras de cigarrillos sueltos (Fundación Anáas y American Cancer Society, 2017; Fundación Anáas, American Cancer Society, y Research, U. C., 2018). Por sexo, la proporción de hombres que adquiere cigarrillos por unidades es mayor que la de mujeres: 71.7% y 28.4% respectivamente (Tabla 20).

Tabla 20. Distribución de la presentación de compra

	Proporción	Error estándar	IC 95%	
Cigarrillos por unidad	48.4%	3.5%	41.6%	55.2%
Cajetilla	50.6%	3.4%	43.8%	57.3%
Cartón	1.0%	0.4%	0.5%	2.3%
Distribución de la presentación por sexo				
Mujer				
Cigarrillos por unidad	28.4%	3.5%	22.0%	35.7%
Cajetilla	41.8%	4.7%	32.9%	51.2%
Cartón	14.9%	10.7%	3.2%	47.9%
Hombre				
Cigarrillos por unidad	71.6%	3.5%	64.3%	78.0%
Cajetilla	58.2%	4.7%	48.8%	67.1%
Cartón	85.1%	10.7%	52.1%	96.8%

Fuente: elaboración de La Fundación Salutia a partir de ERICA.

En cuanto a los precios, los cigarrillos en Risaralda están cercanos a lo observado en las cifras nacionales en el canal de supermercados. Mientras que el precio típico de una cajetilla en supermercados se encuentra cerca de \$4,000, el promedio en el departamento (para todos los canales de compra, no solo las compras en supermercado) se estima en 3,900 pesos. Teniendo en cuenta que los supermercados suelen ofrecer precios inferiores a los de las ventas callejeras (operando en la práctica como un canal de descuento), los resultados sugieren que los niveles de precios en el departamento se encuentran por debajo de los de otros mercados regionales. Aunque los intervalos de confianza no permiten concluir que existan diferencias regionales, llama la atención que la región sur, que tiene una mayor



participación de encuestados en estratos medio o medio alto, es precisamente la que muestra estimaciones puntuales de precio más altas, tanto en el formato de compra por cajetilla como por unidad. Los resultados también confirman las diferencias de precios en estos dos formatos: mientras un cigarrillo vendido por unidad cuesta 313 pesos en promedio, el precio implícito por cigarrillo en el mercado de cajetillas es de 196 pesos (Tabla 21).

Tabla 21. Precio promedio de cigarrillos según formato de compra, para el departamento y por región

	Promedio \$	Error estándar	IC 95% \$	
Risaralda	313	13.56	286	340
Precio compra sueltos por región				
Sur	317	15.82	286	349
Centro	294	19.97	254	334
Norte	286	28.56	230	343
Promedio del precio pagado por cajetilla por quienes compran cajetillas				
Risaralda	3,912	82.22	3,749	4,075
Precio compra cajetillas de 20 por región				
Sur	4,012	96.21	3,821	4,203
Centro	3,588	201.89	3,187	3,988
Norte	3,389	142.49	3,106	3,672

Fuente: elaboración de la Fundación Salutia a partir de ERICA.

Una pregunta tomada de los cuestionarios del proyecto ITC⁷ permitió explorar las razones que impulsan al fumador a escoger la marca que consume. Se plantearon tres opciones al encuestado que debió escoger la que a su juicio predomina como motivador de su elección. En el caso de los fumadores risaraldenses predomina el sabor (72,9%), seguido del precio (17%) y la percepción de que causa menos daño (10%). Estas dos últimas categorías con resultados un poco más altos que los observados en estudios internacionales y nacionales que utilizan la misma pregunta.

Cesación y exfumadores

Las mediciones de intención de dejar de fumar suelen registrar proporciones elevadas de fumadores que responden afirmativamente. Los indicadores de cesación de ERICA coincidieron con resultados reportados en la literatura que indican que la mayoría de los fumadores quieren dejar de fumar (Centers for Disease Control and Prevention, 2011).

7 El proyecto ITC (International Tobacco Control Policy Evaluation Project) es un programa de investigación dedicado a realizar evaluaciones sistemáticas del CMCT a nivel poblacional.

En Risaralda, el 64.2% (IC 95% 58.1-69.9) de los fumadores manifestó tener alguna intención de dejar de fumar. Al analizar el comportamiento de la intención de dejar de fumar según la edad de inicio reportada, no se observa una tendencia que indique que la edad de inicio sea un factor asociado con la intención de cesación. No obstante, este análisis no incorporó otras variables que pueden actuar como confusores. Tampoco se obtuvieron diferencias cuando la intención de dejar de fumar se analizó según edad actual del fumador, si bien la estimación puntual más baja (55%) se observa en el grupo más joven (18 a 24 años). En los grupos etarios de 25-34 años y de más de 45 años la comparación de los intervalos de confianza indica que es mayor la proporción de los que contestan afirmativamente comparada con los que manifiestan no tener intención de dejar de fumar. (Tabla 22)

Tabla 22. Edad actual e intención de dejar de fumar

	Proporción	Error estándar	IC 95%	
18 a 24	55.31%	9.38%	36.96%	72.31%
25 a 34	69.59%	4.82%	59.38%	78.17%
35 a 44	68.24%	8.67%	49.44%	82.53%
Más de 45	62.79%	5.03%	52.49%	72.06%

Fuente: elaboración de la Fundación Salutia a partir de ERICA.

Aunque esta intención de cesación es frecuente, vale la pena señalar que los fumadores requieren apoyo para que no fracasen en sus intentos. Las medidas de impuestos, espacios libres de humo, prohibición a la publicidad, promoción y patrocinio, suelen aumentar esta intención y de ahí la importancia de implementar programas de cesación basados en evidencia, que efectivamente puedan acceder a la población objetivo para lograr resultados permanentes entre los fumadores.

El 47% de los exfumadores inició entre los 15 a 19 años, mientras que los fumadores actuales en este rango son el 33%. Esto sugiere que la probabilidad de ser exfumador está asociada con edad de inicio más tardía. Los resultados también indican una edad de inicio más alta en las mujeres exfumadoras que en los hombres (20 y 17 años, respectivamente). No se encuentran diferencias en la edad de inicio de los exfumadores por edad actual, estrato socioeconómico ni entre las zonas rural y urbana.

La tasa de cesación⁸ de fumadores es 55.8% y la de cesación en fumadores diarios es de 61%. Este resultado es más elevado de lo que suele encontrarse en otras poblaciones, lo

⁸ En los modelos de simulación, la tasa de cesación puede utilizarse para calcular la probabilidad anual de que un fumador se convierta en exfumador (Jeon, et al., 2012).



que puede explicarse porque en el denominador solo se incluyen fumadores que reportan haber fumado diariamente como patrón más usual (no si alguna vez fumaron diariamente).

En cuanto a las etapas de cambio definidas para caracterizar la intención de cesación, 73.4% de los fumadores se encuentran en etapa de precontemplación, 12.3% en contemplación y 11.8% en preparación.

Patrones de consumo exfumadores

Los exfumadores reportaron en promedio haber fumado por última vez hace 18 años y no hay diferencias significativas entre hombres y mujeres. En cuanto a la intensidad de consumo de los exfumadores, no se encontraron diferencias con el grupo de fumadores. Por género, sí se observa que las mujeres exfumadoras reportan un consumo de 302 cigarrillos al mes en contraste con 438 en los hombres. Al igual que en otros indicadores, no hay diferencias en intensidad en zona rural y urbana. La edad y el estrato socioeconómico no están asociados con diferencias en la intensidad de consumo reportada por exfumadores.

Humo de segunda mano

En Colombia, se adoptó la definición de humo de segunda mano como “el humo que se desprende del extremo ardiente de un cigarrillo o de otros productos de tabaco generalmente en combinación con el humo exhalado por el fumador” (Ley 1335, 2009) y la exposición pasiva ocurre cuando cualquier persona inhala este humo. En el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT) los países miembros reconocen que no existe un nivel seguro de exposición al humo de segunda mano. Los desenlaces asociados con dicha exposición que fueron mencionados arriba revelan la importancia de medirla. En ausencia de mediciones de concentración de nicotina en aire o de recolección de muestras para analizar biomarcadores de exposición efectiva entre los miembros de la población, las encuestas de monitoreo de la epidemia suelen incluir preguntas para determinar percepciones acerca de la presencia de espacios libres de humo. El último es el enfoque que se adoptó en ERICA para determinar la situación en Risaralda.

Exposición en el lugar de residencia

En Risaralda, en el 12.1% de los hogares se reportó que alguien fuma dentro de la vivienda. Este porcentaje indica que algunos de los fumadores están evitando fumar en su lugar

de residencia. Se observa una cultura de respeto a los espacios libres de humo bastante extendida en el ámbito del lugar de residencia. La norma (Ley 1335, 2009) no se refiere a estos lugares, pero es común que se transfieran estas normas formales que prohíben fumar en los espacios públicos a normas “blandas” que lo prohíban en los hogares. En el caso de Risaralda, 82.1% de la población reporta que en el 88.2% de los hogares no se permite fumar en áreas cerradas en el hogar, que puede ser un indicador de exposición preocupante. No obstante, el 11.8% de la población vive en hogares en los que se permite fumar en áreas cerradas. Estos mismos indicadores son preocupantes en los hogares con algún fumador. En este grupo, solo 47.4% no permite fumar en áreas cerradas y el 30% permite fumar en todas las áreas cerradas (Tabla 23).

Tabla 23. Proporción de hogares expuestos a humo de segunda mano

	Proporción	Error estándar	IC 95%	
Sí	12.09%	0.86%	10.51%	13.87%
No	87.91%	0.86%	86.13%	89.49%
Frecuencia con que se fuma en el hogar				
Diariamente	82.38%	2.40%	77.13%	86.64%
Algunos días a la semana	10.19%	1.82%	7.12%	14.38%
Ocasionalmente	7.43%	1.59%	4.83%	11.25%
Porcentaje de hogares con un miembro fumador en los que:				
Se puede fumar en todas las áreas cerradas	29.99%	3.79%	23.02%	38.04%
Solo se puede fumar en algunas áreas cerradas	17.77%	3.34%	12.05%	25.41%
No se puede fumar en ninguna área cerrada, excepto en algunas ocasiones especiales	4.84%	1.75%	2.33%	9.77%
Nunca se puede fumar en ninguna área cerrada	47.40%	4.25%	39.09%	55.86%

Fuente: elaboración de la Fundación Salutia a partir de ERICA.

Exposición en entornos laborales y educativos

Los entornos laborales y educativos tienen una protección integral a la exposición de humo de segunda mano (Ley 1335, 2009, art. 19). En estos lugares está prohibido fumar en cualquier espacio abierto o cerrado dentro de las instalaciones. Las violaciones más frecuentes a la norma tienen que ver con casos de fumadores en áreas abiertas



o semicerradas, como las terrazas. Esto lo corroboran los resultados de ERICA, con una observancia mucho más estricta en los espacios cerrados de las instituciones educativas (90%) que en los abiertos (55.5%). Llama la atención que 17% de quienes se encuentran estudiando reportan que en sus instituciones permiten fumar en cualquier espacio abierto. Por su parte, el reporte de quienes trabajan acerca de las normas en sus entornos laborales revela una distribución similar: 87.2% de observancia estricta de la prohibición de fumar en espacios cerrados, en contraste con 56% que hace cumplir la prohibición en los abiertos.

Estos resultados indican que Risaralda se acerca más a la meta del Plan Decenal de Salud Pública, que es contar con el 100% de cumplimiento de la norma de ambientes libres de humo, en el caso de espacios cerrados que en el de abiertos. Para llegar al nivel planeado para 2021, el rezago en espacios abiertos apunta a que se requerirán acciones diferenciadas. Igualmente, los lugares de trabajo están más rezagados respecto a la meta que las instituciones educativas.

Conclusiones

Risaralda es uno de los departamentos del país que enfrenta con mayor fuerza la presencia de tabaquismo en su población. El marco de acción ya está definido por el Convenio Marco para el Control de Tabaco (Ley 1109 de 2006), la Ley 1335 de 2009, la Ley 1819 de 2016 y otras medidas complementarias. Aunque la mayoría de las intervenciones poblacionales consideradas en el marco normativo dependen de decisiones ajenas a las entidades territoriales, su implementación requiere fortalecimiento de las actividades de inspección vigilancia y control (IVC) por parte del departamento y de los municipios. A continuación, se plantean recomendaciones de política, empezando por aquellas en donde existe mayor evidencia de costoefectividad.

Acciones de IVC orientadas al fortalecimiento de la medida de impuestos al cigarrillo:

- a. Incorporar en los instrumentos de reporte y los sistemas de información del departamento indicadores específicos acerca de la presencia en los establecimientos comerciales y ventas callejeras de marcas y presentaciones no revisadas por el comité de etiquetado y empaquetado del Ministerio de Salud y Protección Social.

- b. Promover la transparencia y la participación ciudadana en la vigilancia de los recaudos por impuesto al consumo de cigarrillos. Publicar y divulgar mensualmente la información sobre volumen, valor de ventas y monto recaudado por concepto de los componentes ad valorem y específico del impuesto al consumo de cigarrillo.
- c. Definir precios de referencia para que los responsables de la inspección puedan confrontarlos con los precios de venta al público y reportar casos de precios muy bajos.

Monitorear el desempeño de las acciones IVC para detectar violaciones de los espacios libres de humo y fortalecer las acciones pedagógicas con directivas de establecimientos educativos, líderes de las comunidades, asociaciones de bares y restaurantes y responsables del área de talento humano en el sector empresarial, entre otros actores.

Implementar el programa nacional de cesación definiendo poblaciones prioritarias, monitoreando la asignación de recursos y evaluando en términos de acceso y resultados de cesación en un horizonte de corto y mediano plazo.

Acciones transversales:

- a. Fortalecer procesos de coordinación con la Superintendencia de Industria y Comercio para compartir información, formular planes de brigadas y priorizar acciones en función de los objetivos de la política de salud pública en materia de control de tabaco.
- b. Consultar al Ministerio de Salud y Protección Social para desarrollar planes de capacitación en IVC de control de tabaco armonizados con las directrices nacionales y los compromisos de país establecidos en el CMCT.
- c. Adoptar lineamientos que impidan que la industria tabacalera financie, diseñe o participe de cualquier manera en las capacitaciones de los funcionarios responsables de la IVC.
- d. Desarrollar un plan de trabajo con vendedores ambulantes para identificar oportunidades de apoyo que les permitan reducir su dependencia de la distribución de cigarrillos, iniciando en las zonas con mayor presencia de población escolar y universitaria.



Referencias

Centers for Disease Control and Prevention. (2011). Quitting smoking among adults – United States, 2001–2010. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*, 60(44), 1513-1519

Congreso de Colombia. (Julio 21 de 2009). Disposiciones por medio de las cuales se previenen daños a la salud de los menores de edad, la población no fumadora y se estipulan políticas públicas para la prevención del consumo del tabaco y el abandono de la dependencia del tabaco del fumador y sus derivados en la población colombiana. [Ley 1335 de 2009]. *Diario Oficial*, 47.417.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2017). *Encuesta nacional de calidad de vida – ECV 2016*. Bogotá, Colombia: Departamento Administrativo Nacional de Estadística.

DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., Fairhurst, S. K., Velicer, W. F., Velasquez, M. M., y Rossi, J. S. (1991). The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(2), 295-304.

Fundación Anáas y American Cancer Society. (2017). *Technical Report of the Demand for Illicit Cigarettes Survey - Colombia (DeicsCol) 2016*. Bogotá: Fundación Anáas.

Fundación Anáas, American Cancer Society, y Research, U. C. (2018). *Technical Report of the Demand for Illicit Cigarettes Survey - Colombia (DeicsCol) 2017*. Bogotá: Fundación Anáas.

Jena, P. K., Kishore, J., y Sarkar, B. K. (2013). Global Adult Tobacco Survey (GATS): a case for change in definition, analysis and interpretation of “cigarettes” and “cigarettes per day” in completed and future surveys. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 14 (5), 3299-3304.

Jeon, J., Meza, R., Krapcho, M., Clarke, L. D., Byrne, J., y Levy, D. T. (2012). Chapter 5: actual and counterfactual smoking prevalence rates in the U.S. population via microsimulation. *Risk Analysis*, 32(Suppl. 1), S51-S68.

Mbulu, L., Palipudi, K. M., Nelson-Blutcher, G., Murty, K. S., Asma, S., y Global Adult Tobacco Survey Collaborative Group, on behalf of the G. A. T. S. C. (2015). The process of cessation among current tobacco smokers: a cross-sectional data analysis from 21 countries, global adult tobacco survey, 2009–2013. *Preventing Chronic Disease*, 12, E151.

Ministerio de Justicia, Ministerio de Salud y Protección Social, y Observatorio de Drogas de Colombia. (2014). *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia 2013. Informe final*. Bogotá: Ministerio de Justicia - Observatorio de Drogas de Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud). (2013). *Plan decenal de salud pública 2012–2021*. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2005). *Convenio marco de la OMS para el control del tabaco*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9243591010.pdf>

United States Department of Health and Human Services. (2014). *The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.

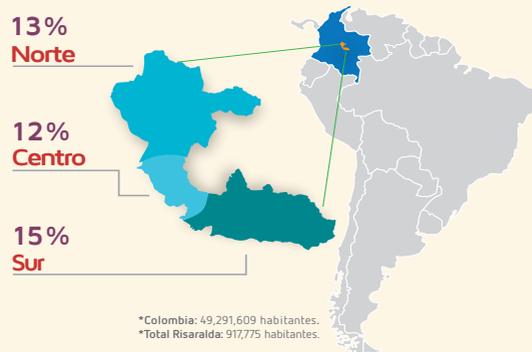


Tabaquismo

Resultados obtenidos de **3,854** encuestas

Población representada: 700,556 risaraldenses adultos

Porcentaje de fumadores por región:



14 de cada **100** personas son fumadores

Las personas entre **25 y 34** años tienen la proporción más alta de fumadores.



2% Están experimentando

Hay diferencias por SEXO:

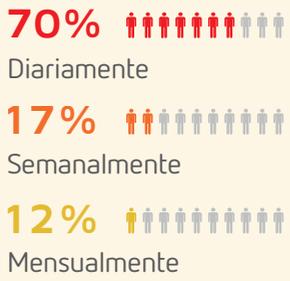
La mayoría de los fumadores (**65%**) son hombres
Las mujeres empiezan a fumar más tarde que los hombres:

17 Años
Edad de inicio

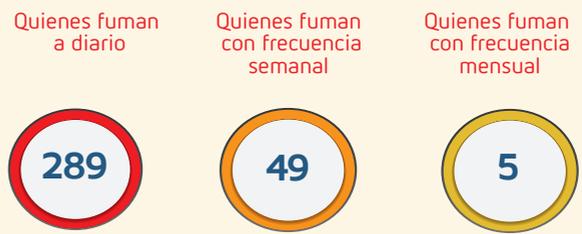
Los fumadores inician su hábito a los 17 años (promedio).

19 años (Mujeres)
16 años (Hombres)

¿Con qué frecuencia fuman?



Cigarrillos consumidos al mes (promedio) por :



*Fuente: DANE 2017 (Departamento Administrativo Nacional de Estadística)

Dejar de fumar

Resultados
obtenidos de:

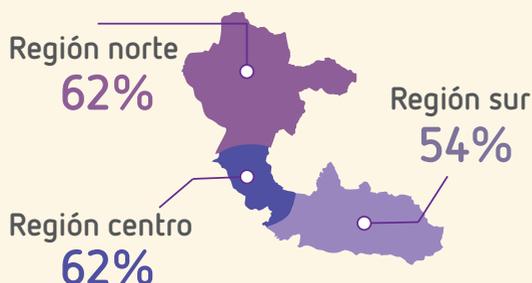
3,854 encuestas

Población representada: 700,556 risaraldenses adultos

Tasa de cesación:

56% no fuman
de las personas que han
fumado alguna vez en la vida

**La mayoría de fumadores
quieren dejar de fumar**



64% 

de los fumadores manifiestan tener
alguna intención de dejar de fumar.

A mayor edad de inicio
Mayor probabilidad
de ser exfumadores



Edad

55% 18 a 24 años
70% 25 a 34 años
68% 35 a 44 años
63% 45 años o más

Por cada 100 fumadores que quieren dejar de fumar



73 | **No** han pensado dejarlo
en los próximos **6 meses**

12 | **SÍ** han pensado dejarlo
en los próximos **6 meses**

12 | **Ya** han hecho cambios
y quieren dejarlo en **1 mes**

¿Qué dice la evidencia?



30% Se reduce el riesgo de
Infarto cardiaco
al dejar de fumar

**Los fumadores requieren
apoyo para dejar de fumar.**

- Programas de cesación efectivos
- Impuestos
- Espacios libres de humo
- Prohibición a la publicidad



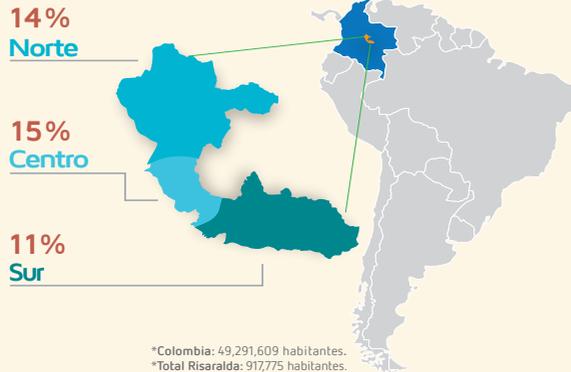


Humo de cigarrillos en no fumadores

Resultados obtenidos de

3,854 encuestas

Población representada: 700,556 risaraldenses adultos



Vivienda en el

12%



de los hogares se fuma dentro de la vivienda

Frecuencia de exposición:



Diariamente



Algunos días a la semana



Ocasionalmente



Las violaciones más frecuentes a la regulación de exposición de humo de segunda mano son áreas abiertas o semicerradas como terrazas. **

Habitos de fumar en la vivienda:

30%

Se puede fumar en todas las áreas cerradas

Solo se puede fumar en algunas áreas cerradas

18%

52%

En ninguna área cerrada se puede fumar

Instituciones

Se permite fumar en espacios:

	Cerrados	Abiertos
Instituciones educativas	10%	44%
Entornos laborales	13%	44%

*Fuente: DANE 2017 (Departamento Administrativo Nacional de Estadística)

**Artículo 19 de la ley 1335 de 2009

