

Smokefree implementation in Colombia: Monitoring, outside funding, and business support

Randy Uang, PhD,⁽¹⁾ Eric Crosbie, PhD,^(1,2) Stanton A Glantz, PhD.^(1,3)

Uang R, Crosbie E, Glantz SA.
Smokefree implementation in Colombia:
Monitoring, outside funding,
and business support.
Salud Publica Mex 2017;59:128-136.
<http://doi.org/10.21149/7884>

Uang R, Crosbie E, Glantz SA.
Implementación de los espacios libres
de humo en Colombia: vigilancia, financiación
externa y apoyo empresarial.
Salud Publica Mex 2017;59:128-136.
<http://doi.org/10.21149/7884>

Abstract

Objective. To analyze successful national smokefree policy implementation in Colombia, a middle income country. **Materials and methods.** Key informants at the national and local levels were interviewed and news sources and government ministry resolutions were reviewed. **Results.** Colombia's Ministry of Health coordinated local implementation practices, which were strongest in larger cities with supportive leadership. Nongovernmental organizations provided technical assistance and highlighted noncompliance. Organizations outside Colombia funded some of these efforts. The bar owners' association provided concerted education campaigns. Tobacco interests did not openly challenge implementation. **Conclusions.** Health organization monitoring, external funding, and hospitality industry support contributed to effective implementation, and could be cultivated in other low and middle income countries.

Keywords: tobacco; tobacco industry; public policy; Latin America; Colombia

Resumen

Objetivo. Analizar la implementación exitosa de políticas nacionales de ambientes libres de humo en Colombia, un país de ingresos medios. **Material y métodos.** Entrevistas con informantes claves a nivel nacional y local, y revisión de artículos en las noticias y resoluciones ministeriales nacionales. **Resultados.** El Ministerio de Salud de Colombia coordinó las prácticas locales para la implementación, que fueron más fuertes en las ciudades grandes y en las ciudades con líderes políticos que la apoyaron. Organizaciones no gubernamentales proporcionaron asistencia técnica y destacaron el incumplimiento. Organizaciones fuera de Colombia financiaron algunos de estos esfuerzos. La asociación de propietarios de bares proporcionó campañas de educación concertadas. Intereses tabacaleros no desafiaron abiertamente la implementación. **Conclusiones.** La vigilancia de las organizaciones no gubernamentales, la financiación externa y el apoyo de la industria de la hospitalidad contribuyeron a una implementación eficaz. Tales factores pueden ser cultivados en países de ingresos bajos y medios.

Palabras clave: tabaco; industria del tabaco; política social; América Latina; Colombia

(1) Center for Tobacco Control Research and Education, University of California. San Francisco.

(2) Department of Politics University of California. Santa Cruz, CA.

(3) Department of Medicine (Cardiology), Cardiovascular Research Institute, Philip R. Lee Institute for Health Policy Studies Helen Diller Family Comprehensive Cancer Center, University of California. San Francisco, CA.

Received on: March 28, 2016 • **Accepted on:** October 25, 2016

Corresponding author: Stanton A Glantz. Center for Tobacco Control Research and Education.
San Francisco 530 Parnassus Avenue, Suite 366. San Francisco, CA.

E-mail: stanton.glantz@ucsf.edu

Smokefree laws protect nonsmokers from secondhand smoke and reduce tobacco-induced diseases.¹ The 2005 World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control's² (FCTC) Article 8 commits parties to implementing smokefree laws.³

The experience of high income countries⁴⁻¹⁰ shows that successful implementation requires active education and enforcement,^{9,11} appropriate enforcement agencies,⁵ and support from nongovernmental organizations (NGOs).⁴ Tobacco companies encourage noncompliance directly and through third parties,^{4,11} lobbying,^{6,9,10,12} litigating,⁷ and thwarting the implementation of rules.^{8,13}

Smoke-free implementation for low and middle-income countries (LMICs) is challenging because tobacco companies often have more resources than the health authorities,¹⁴ and tobacco industry activities are less controlled,¹² making implementation weak or uneven.¹⁵⁻¹⁷

Colombia, with an adult smoking prevalence of 12.8% in 2007,¹⁸ low for Latin America, adopted national smokefree policies before many LMICs.¹⁹ In May 2008, the Health Ministry issued *Resolución 1956 de 2008* (Ministerial Resolution No. 1956), mandating smokefree indoor public areas. In July 2009, *Ley 1335 de 2009*, a comprehensive tobacco control law, expanded smokefree coverage to all hospitality venues,²⁰ making Colombia the country with lowest gross domestic product per capita with such a national smokefree law.²¹

Successful implementation of Colombia's 2008 resolution and 2009 law involved national and local health department efforts, with technical and financial help from domestic and international health NGOs.

Material and methods

From July 2014 to July 2015, we reviewed Colombian government ministries' resolutions, administrative orders, government agency webpages, and public documents related to Colombia's 2008 smokefree resolution and 2009 tobacco control law, articles of daily newspapers with national reach dated between January 2008 and July 2015, and related legislation, court rulings, and local government resolutions, using standard snowball methods.

We conducted interviews with 14 in-country tobacco control advocates, national and local health authorities, and policymakers between October 2014 and December 2014 following protocol IRB #10-01262 approved by the University of California, San Francisco Committee on Human Research (table I).²² Informed consent was obtained in accordance with ethical principles of medical research involving human subjects of the Helsinki Declaration.

Results

Early attempts at smokefree legislation

Colombia's 2008 smokefree resolution and 2009 law were adopted after decades of failed attempts^{23,24} that were blocked by tobacco industry interests, tobacco-growing area legislators,^{*} and the Ministry of Agriculture,^{*} despite tobacco being less than 0.1% of Colombia's exports.²⁵ In 2006, Sen. Dilian Francisca Toro, a physician allied with President Álvaro Uribe (2002-2010),²⁶ became Senate President and pushed for Colombia to join the FCTC,²⁷ which it did in April 2008. Health advocates then argued for legislation to comply with the FCTC.^{*}

Colombia's 2008 smokefree resolution and 2009 law

Resolución 1956 de 2008, issued in May 2008 by the Health Ministry²⁸ (then called the Ministry of Social Protection), mandated smokefree indoor public areas nationwide.

Ley 1335 de 2009 ("Law 1335 of 2009"), sponsored by Sen. Toro, passed in July 2009 to implement FCTC Articles 8 and 10-16 including smokefree areas, prohibiting tobacco advertising, promotion and sponsorship, and prohibiting individual cigarette sales.^{*} The law went beyond *Resolución 1956 de 2008* (table II),²⁹ by requiring smokefree grounds of educational institutions, cultural institutions such as museums, and health facilities. The *Instituto Nacional de Cancerología* (National Cancer Institute, part of the Health Ministry), *Liga Colombiana Contra el Cáncer* (Colombian League Against Cancer), the Colombia-based Latin America branch of Corporate Accountability International, and *Sociedad Colombiana de Cardiología* (Colombian Society of Cardiology) supported its passage,^{23,30,31} representatives friendly to the tobacco industry opposed it.²³ Philip Morris, British American Tobacco, and local tobacco company Protabaco tried unsuccessfully to permit designated smoking areas.²³

Implementation of the smokefree provisions did not face the concerted tobacco industry opposition common elsewhere,^{4,6,9-13,16,32} likely because the companies seem to have focused on countering the prohibitions on tobacco advertising, promotion and sponsorship.

* Toro Torres DF. Interview of Dilian Francisca Toro Torres, former Colombian senator and former President of the Senate of Colombia, by Randy Uang. Cali, Colombia. 2014.

Table I
KEY ACTORS INFLUENCING IMPLEMENTATION AND INTERVIEWED ACTORS. COLOMBIA, 2008-2016

Actor	Description	Implementation activities
<i>National government bodies</i>		
Ministerio de Salud y Protección Social (hereafter, "Health Ministry")*	National health ministry, with current name since 2011 emphasizing health issues [‡]	Pursued high-level efforts since health matters are decentralized in Colombia; [§] diffused and encouraged local implementation practices
<i>Instituto Nacional de Cancerología</i> (National Cancer Institute)*	Unit of the Health Ministry	Technical assistance, monitoring
<i>Procuraduría General de la Nación</i> (National Inspector General) [‡]	Ensures government bodies' compliance with Colombian law.	Focused largely on conflict-related human rights [‡]
<i>Local government bodies</i>		
Local health departments*	For local governments including Colombia's 32 <i>departamentos</i> (departments) and major cities; have wide autonomy	Education and enforcement
Local police		Enforcement
<i>Health and other nongovernmental organizations</i>		
<i>Liga Colombiana Contra el Cáncer</i> (Colombian League Against Cancer)*	Health nongovernmental organization	Education and highlighting noncompliance
Corporate Accountability International*	Watchdog organization; Latin America branch headquartered in Colombia	Monitoring and highlighting noncompliance
<i>Fundación para la Educación y el Desarrollo Social</i> FES*	Social equity organization	Training local health department staff
<i>Asociación de Bares de Colombia</i> (Asobares; Bar Owners' Association of Colombia)*	Bar owners' national trade organization	Education
<i>Tobacco companies and third-party allies</i>		
<i>Compañía Colombiana de Tabaco</i> (Colombian Tobacco Company, Coltabaco)	Purchased by Philip Morris in 2005; Coltabaco and Protabaco controlled over 90% of the market ²²	Opposed adoption ^{#, &} but did not openly oppose implementation
<i>Productora Colombiana de Tabaco</i> (Colombian Tobacco Producer, Protabaco)	Purchased by British American Tobacco in 2011	Opposed adoption ^{&} but did not openly oppose implementation
<i>Federación Nacional de Comerciantes</i> (Fenalco)	National Merchants' Federation	Argued for smokefree laws to exclude uncovered terraces

* Agency reached as part of key informant interviews

‡ Calderón L. Interview of Lorena Calderón, tobacco program manager at the Ministerio de Salud y Protección Social, by Randy Uang, Bogotá, Colombia. 2014

§ Hernández B. Interview of Blanca Hernández, former tobacco program manager at Ministerio de la Protección Social no longer working on tobacco, by Randy Uang, Bogotá, Colombia. 2014

Ronderos M. Interview of Margarita Ronderos, professor at Pontificia Universidad Javeriana, by Randy Uang, Bogotá, Colombia. 2014

& Rivera Rodríguez DE. Interview of Diana Esperanza Rivera Rodríguez, former public policy director, Instituto Nacional de Cancerología, by Randy Uang, Bogotá, Colombia. 2014

Processes and results in implementation

The Health Ministry, local health authorities, local police, NGOs, the national barowners' association (Asobares), and individual establishments, including universities, contributed to implementation. Implementation, with generally good compliance and enforcement, varied regionally. As in high income countries,³³⁻³⁵ implementation included guidance from the Health Ministry to local health departments, education by health departments and advocates, and enforcement by local health

authorities and police, especially in major cities. In 2015, a survey in large cities found that 92% of nonsmokers and 91% of smokers supported the 2009 law.³⁶

National-local dynamics

Colombia's low state capacity³⁷ meant limited national agency efforts. Health policy implementation was decentralized across local health agencies for Colombia's major cities, 32 *departamentos* (departments), and capital district. The Health Ministry provided guidance, but lo-

Table II
SMOKEFREE POLICIES IN COLOMBIA, 2008-2009

Provisions	Resolución 1956 de 2008 ²⁸	Ley 1335 de 2009 ²⁰
Indoor smokefree	Indoor workplaces Indoor publicly accessible places	Enclosed areas of workplaces and public places (including bars, restaurants, pubs, casinos, nightclubs)
Entirety smokefree, including outdoors	Health establishments Preschool, primary, middle schools Places for people under 18 Public and school transport	Health establishments Education/museums/libraries Sports/cultural spaces Places for youth Places for industrial activity transportation for the public (including taxis)
Effective date	December 4, 2008	July 21, 2009
Signage	Required one of three positive messages, without cigarette brand names or figures alluding to cigarettes	Required, without specific message text
Fines	In accordance with existing laws	Starting at 1 monthly minimum wage (in 2009 was 496 900 Colombian pesos ²⁹ or about 250 dollars) or suspension of health license
Implementing actors specified in law	Ministry of Health Local health authorities Governors and mayors	Ministry of Health, local health authorities in coordination with police and other authorities
Additional implementing actors	Nongovernmental health organizations Bar owners' association	Nongovernmental health organizations, bar owners' association, universities

cal agencies had autonomy* in educational efforts, and worked with local police on enforcement.

National government activities

To implement the 2008 resolution, in December 2008 the Health Ministry distributed a "circular",³⁸ i.e. a memo to local health departments, detailing that it expected local public education and enforcement activities, without requiring specific activities.

For the 2009 law, the Health Ministry shared surveillance, education, and enforcement practices among local health departments.* Bogotá included smokefree surveillance in routine health inspections,* resulting in 162,000 inspections in 2009 and 197,000 by 2011,³⁹ with compliance in a low-income Bogotá neighborhood estimated at 91%.⁴⁰ The *Instituto Nacional de Cancerología* provided technical assistance to the Health Ministry, including monitoring.† Limited Health Ministry resources for tobacco control,‡ however, meant the absence of a strong national smokefree education campaign.⁴¹

* Hernández B. Interview of Blanca Hernández, former tobacco program manager at *Ministerio de la Protección Social* no longer working on tobacco, by Randy Uang, Bogotá, Colombia. 2014.

† Niño-Bogoya A. Interview of Alejandro Niño Bogoya, public policy director at the *Instituto Nacional de Cancerología*, by Randy Uang, Bogotá, Colombia. 2014.

‡ Calderón L. Interview of Lorena Calderón, tobacco program manager at the *Ministerio de Salud y Protección Social*, by Randy Uang, Bogotá, Colombia. 2014.

The *Procuraduría General de la Nación* (National Inspector General), constitutionally responsible for ensuring compliance with laws by government agencies, did not focus on compelling local smokefree education and enforcement because it was focused on Colombia's internal armed conflict and conflict-related human rights.⁴² The Health Ministry asked the *Procuraduría* to focus more on local health agency smokefree education and enforcement, and the *Procuraduría* issued a "circular" memo⁴³ requesting local health departments to implement the law, but did little follow-up, which resulted in variations in activity.

Local government bodies' activities: Regional variation

Implementation was strongest in big cities and in cities with supportive political leadership: Bogotá (population 8 million), Medellín (2.4 million), Cali (2.3 million), Colombia's most influential cities, and two southwestern cities, Popayán (250 000) and Pasto (480 000), with personally committed mayors. Local health departments distributed materials to business owners and the public before and after implementation.

Implementation was weakest in rural areas and the Atlantic coast, with less interest from agencies in these areas.* Health advocates had focused on large cities,*

* Dorado YF. Interview of Yul Francisco Dorado, regional director at Corporate Accountability International, by Randy Uang, Bogotá, Colombia. 2014.

and the Colombian state had more presence in departmental capitals. Rural and small-city health agencies often knew little of the law* or claimed having limited resources and personnel.⁴⁴

Supportive political leadership in Popayán and Pasto resulted in the reiteration of the local health departments' implementation responsibilities^{†,§} and in crafting educational efforts annually^{§,‡} for restaurant, bar, and nightclub owners,^{*,‡} by the mayors' offices. Popayán also conducted smokefree education at schools.^{*,‡}

Local police: Attention to public security

Consistent with FCTC guidelines,³ the 2009 law authorized enforcement by local police and health authorities. Given Colombia's armed conflict, many police departments did not prioritize smokefree enforcement; however, Bogotá, Medellín, and Pasto's health departments convinced local police to carry out enforcement.[#]

Signage requirements

The 2008 resolution required establishments to post signs with specified smokefree messages ("For the good of your health, this space is free of cigarette or tobacco

smoke," "Breathe easy, this space is free of tobacco smoke," "Welcome, this establishment is free of tobacco smoke"). The resolution prohibited cigarette brand logos and images "alluding to cigarettes" so the signs did not carry the international "no smoking" symbol. Establishments could post signs referring to smokefree environments (a positive message) without any "no smoking" symbol (a negative message), then optionally could post additional signs carrying the symbol. The 2009 law required signage about smokefree environments, but without a predefined list, allowing for more expansive text (figure 1). Since "no smoking" signs may prime smoking tendencies,⁴⁵ Colombia's positive smokefree messaging may have improved compliance.

Outside funders: Supporting NGO activities

Organizations outside Colombia funded Colombian NGOs to create educational materials and train local health department staff. As elsewhere in Latin America, the US-based Bloomberg Foundation's Initiative to Reduce Tobacco Use funded Colombian NGOs for smokefree education, training, and monitoring, totaling 501 563 dollars through October 2015.⁴⁶ Corporate Accountability International's Colombia-based staff highlighted noncompliance starting in 2008 and provided technical assistance to defend the 2009 law against potential industry litigation. * The Bogotá-based Universidad Sergio Arboleda improved community involvement in 2010-

* Dorado YF. Interview of Yul Francisco Dorado, regional director at Corporate Accountability International, by Randy Uang, Bogotá, Colombia. 2014.

† Lagos Campos N. Telephone interview of Nancy Lagos Campos, coordinator of the chronic diseases program at the *Secretaría de Salud de Pasto*, by Randy Uang. 2014.

§ Ramos Quilindo, interview.

Hernández B, interview.

* Dorado YF. Interview of Yul Francisco Dorado, Regional Director at Corporate Accountability International, by Randy Uang, Bogotá, Colombia. 2014.



FIGURE 1. EXAMPLES OF SMOKEFREE SIGNS POSTED FOLLOWING THE 2008 SMOKEFREE RESOLUTION, WITH A SPECIFIC MESSAGE MANDATED BY THE RESOLUTION (ON LEFT, "THIS SPACE IS FREE OF CIGARETTE OR TOBACCO SMOKE") AND A SMOKEFREE SIGN CITING THE 2009 TOBACCO CONTROL LAW, WITH MORE EXPANSIVE TEXT (ON RIGHT, "THIS IS A SMOKEFREE SPACE; SAY NO TO TOBACCO")

2012, the *Liga Colombiana Contra el Cáncer* (Colombian League Against Cancer) conducted smokefree education in 2012,* and the health and civic group Fundación FES trained local health departments in 2014.†

In particular, the *Liga Colombiana Contra el Cáncer* and Corporate Accountability International joined Senator Toro in 2011 to highlight noncompliance to the Ministry of Health and news media.‡ Since health advocates in the 2000s had sensitized journalists to tobacco control,§ coverage often called for national and local efforts.

Advocates also worked with the Bogotá-based Universidad Sergio Arboleda to create “*Opción No Fumar*” (the Non-smoking Option) campaign, distributing flyers, postcards, and pamphlets about the law.* By July 2013, “*Opción No Fumar*” had distributed 29 350 pamphlets.‡

Controversy about terraces: The merchants’ federation Fenalco and NGO vigilance

The *Federación Nacional de Comerciantes* (Colombian Merchants’ Federation, Fenalco) interpreted the 2009 law’s smokefree provisions as not applying to terrace areas of restaurants and bars. Fenalco had cooperated in the past with tobacco industry “youth smoking prevention” programs‡ designed to displace government action.‡

In 2010 and 2011 Fenalco distributed flyers to business owners and employees claiming smoking in terraces was allowed‡ because they were not under roofs‡ and claimed that health advocates were maligning Fenalco for its interpretation.‡ Despite the support of the Health Ministry and NGOs,‡ whether implementation included terraces depended on local health authorities. Medellín only enforced covered terraces,‡ while in 2011 Bogotá’s health department declared it would enforce all terraces.‡

Strong support from the Bar Owners’ Association (Asobares)

The *Asociación de Bares de Colombia* (Asobares, Association of Bars of Colombia) supported implementation

strongly but initially had opposed the 2008 resolution,* reflecting the efforts of the tobacco industry to turn hospitality groups against smokefree laws.‡ Some of Asobares’ executive committee were personally affected by secondhand smoke, so Asobares surveyed its members and found that a majority supported the resolution, so shifted to supporting it.* The tobacco industry did not appear to interfere with this change.

Asobares conducted intensive education for bar owners for six months before the 2008 resolution’s December 4 effective date,* including brochures, and bar coasters co-sponsored by the Health Department of Bogotá, Bogotá Mayor’s Office, and World Heart Federation, reading: “*Si va a fumar, hágalo afuera*” (“If you are going to smoke, do it outside”).* Asobares provided candy to people who stepped outside to smoke, had models come to bars to give prizes to such people, and worked with the Bogotá government on a protocol for the emergency services number (123), which would summon police to eject patrons who insisted on smoking indoors.* These activities set a tone of compliance from the start.

University activities: Smokefree outdoors

Universities developed educational campaigns to implement smokefree educational institutions. In Bogotá, 21 universities cooperated to develop similar campaigns, and in Cali, 13 universities joined a local health department network to share information on campaigns.‡ The *Pontificia Universidad Javeriana* in Bogotá and Cali, with personal interest from the Bogotá campus rector,‡ had the Bogotá campus establish signs at campus entrances and major outdoor locations, including a life-size sign of a student announcing a smokefree campus. The Cali campus put signs throughout, including person-high signs saying, “*En la universidad no se fuma*” (“At the university, there is no smoking”).‡

Discussion

Like high income countries,‡ Colombia’s successful smokefree implementation required sustained engagement by national and local health authorities, NGO, external funders, the national bar owners’ association, and universities. Different from high income countries, in Colombia there were few government resources,

* Barón E, Llorente B. Interview of Edwin Barón, director of education at *Liga Colombiana Contra el Cáncer*, and Blanca Llorente, technical advisor at Fundación Anáas, by Randy Uang, Bogotá, Colombia. 2014.

† Varela A. Interview of Alejandro Varela, executive director of *Fundación FES*, by Randy Uang, Cali, Colombia. 2014.

‡ Rivera Rodríguez DE. Interview of Diana Esperanza Rivera Rodríguez, former public policy director, *Instituto Nacional de Cancerología*, by Randy Uang, Bogotá, Colombia. 2014.

* Ospina C. Interview of Camilo Ospina, executive director of *Asociación de Bares de Colombia* (Asobares), by Randy Uang, Bogotá, Colombia. 2014.

† Ronderos M. Interview of Margarita Ronderos, Professor at *Pontificia Universidad Javeriana*, by Randy Uang, Bogotá, Colombia. 2014.

weak state capacity, and enforcement agencies focused on public security.

Like many Latin American countries, Colombia lacked a strong national smokefree education campaign,¹⁶ but had many vigorous local campaigns.⁴⁵ Colombia benefited from national and local agencies and support from legislative champions, and notably has a successful history of public health policies.^{58,59}

Three factors in Colombia especially contributed to strong implementation. First, noncompliance vigilantly exposed by NGOs, including for terraces, as in the case of local implementation in Mexico and the US.^{4,13} The merchants' federation argued against applying the law to terraces, creating an ambiguity about patio-like areas that also occurred in the US.^{6,9-11,60}

Second, support by the Bar Owners' Association set a tone of compliance similar to that of California in the US,⁶¹ showing how organizations within the society, not just government agencies, are essential to compliance. Since 2008, Asobares, with the help from the Campaign for Tobacco-Free Kids, visited hospitality associations throughout Latin America to encourage national smoke-free laws.*

Third, international organizations aided implementation, supporting NGOs to provide education and technical assistance.⁶² Sustained resources are necessities for long term compliance,⁶³ and external funding often does not last, so international organizations' support provides a crucial opportunity to help LMIC smokefree implementation.

These factors contributed to robust implementation despite Colombia's health policy decentralization, weak state capacity, and public security issues.

Policy implications

Smokefree legislation should clearly cover all workplaces and specify national and local agency responsibilities. Health advocates should cultivate hospitality association support in advance of legislation, when possible. International funders should continue strongly funding LMIC implementation, as moderate resources can make substantial impacts.

Limitations

We attempted to contact tobacco control staff in departmental and large-city health agencies throughout

Colombia. Only those highly engaged in implementation agreed to interviews, so our findings hold to the extent that such interviews captured the key issues of local implementation.

Conclusions

Colombia serves as an example of successful implementation of smokefree air in a middle income country. Beyond government agency activities, health organization vigilance, outside organization funding, and hospitality industry support contributed to strong implementation.

Acknowledgments

This project was supported in part by National Cancer Institute grant CA-087472 and UCSF funds from the FAMRI William Cahan Endowment Fund and Dr. Glantz' American Legacy Foundation Distinguished Professorship. The funding agencies played no role in the selection of the research question, conduct of the research, or preparation of the manuscript.

Declaration of conflict of interests. The authors declare that they have no conflict of interests.

References

1. U.S. Department of Health and Human Services. "Smokefree and Tobacco-Free Legislation" in the Health Consequences of Smoking--50 Years of Progress. Atlanta, GA. [accessed on February 2016]. Available at: <http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/50-years-of-progress/full-report.pdf>
2. World Health Organization. Framework Convention on Tobacco Control. Geneva, Switzerland: WHO, 2003. [accessed on February 2016]. Available at: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241591013.pdf>
3. World Health Organization. Guidelines on Protection from Exposure to Tobacco Smoke. Geneva, Switzerland. [accessed on February 2016]. Available at: http://www.who.int/entity/fctc/cop/art%208%20guidelines_english.pdf
4. Magzamen S, Glantz SA. The New Battleground: California's Experience with Smoke-Free Bars. *Am J Public Health* 2001;91:245-252. <https://doi.org/10.2105/AJPH.91.2.245>
5. Mamudu HM, Dadkar S, Veeranki SP, He Y. Tobacco Control in Tennessee: Stakeholder Analysis of the Development of the 2007 Non-Smoker Protection Act. [accessed on February 2016]. Available at: <http://www.escholarship.org/uc/item/8z38c04x>
6. Dearlove JV, Bialous SA, Glantz SA. Tobacco Industry Manipulation of the Hospitality Industry to Maintain Smoking in Public Places. *Tob Control* 2002;11:94-104. <https://doi.org/10.1136/tc.11.2.94>
7. Ibrahim JK, Glantz SA. Tobacco Industry Litigation Strategies to Oppose Tobacco Control Media Campaigns. *Tob Control* 2006;15:50-58. <https://doi.org/10.1136/tc.2005.014142>
8. Thomson G, Wilson N. Implementation Failures in the Use of Two New Zealand Laws to Control the Tobacco Industry: 1989-2005. *Australia and New Zealand Health Policy* 2005;2:32. <https://doi.org/10.1186/1743-8462-2-32>

* Ospina C. Interview of Camilo Ospina, executive director of *Asociación de Bares de Colombia* (Asobares), by Randy Uang, Bogotá, Colombia. 2014.

9. Drope J, Glantz S. British Columbia Capital Regional District 100% Smokefree Bylaw: A Successful Public Health Campaign Despite Industry Opposition. *Tob Control* 2003;12:264-268. <https://doi.org/10.1136/tc.12.3.264>
10. Tsoukalas T, Glantz SA. The Duluth Clean Indoor Air Ordinance: Problems and Success in Fighting the Tobacco Industry at the Local Level in the 21st Century. *Am J Public Health* 2003;93:1214-1221. <https://doi.org/10.2105/AJPH.93.8.1214>
11. Gonzalez M, Glantz SA. Failure of Policy Regarding Smoke-Free Bars in the Netherlands. *Eur J Public Health* 2013;23:139-145. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckr173>
12. Lee S, Ling PM, Glantz SA. The Vector of the Tobacco Epidemic: Tobacco Industry Practices in Low and Middle-Income Countries. *Cancer Causes Control* 2012;23(Suppl 1):117-129. <https://doi.org/10.1007/s10552-012-9914-0>
13. Crosbie E, Sebríe EM, Glantz SA. Strong Advocacy Led to Successful Implementation of Smokefree Mexico City. *Tob Control* 2011;20:64-72. <https://doi.org/10.1136/tc.2010.037010>
14. Sebríe E. The Tobacco Industry in Developing Countries. *BMJ* 2006;332:313-314. <https://doi.org/10.1136/bmj.332.7537.313>
15. Drope J, ed. *Tobacco Control in Africa: People, Politics and Policies*. London, England: Anthem Press, 2011.
16. Griffith G, Cardone A, Jo C, Valdemoro A, Sebríe E. Implementation of Smoke Free Workplaces: Challenges in Latin America. *Salud Publica Mex* 2010;52(Suppl 2):S347-S354. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342010000800033>
17. Kaur J, Jain DC. Tobacco Control Policies in India: Implementation and Challenges. *Indian Journal of Public Health* 2011;55:220-227. <https://doi.org/10.4103/0019-557X.89941>
18. Ministerio de Salud y Protección Social. Socialización del informe final de evaluación de necesidades para la ampliación del convenio marco de control del tabaco. Bogotá, Colombia. [accessed on February 2016]. Available at: <http://www.minsalud.gov.co/Documents/General/Cifras-tabaco-Colombia.pdf>
19. World Health Organization. *Who Report on the Global Tobacco Epidemic, 2013: Enforcing Bans on Tobacco Advertising, Promotion and Sponsorship*. Geneva, Switzerland. [accessed on February 2016]. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85380/1/9789241505871_eng.pdf
20. República de Colombia. Ley No. 1335. Bogotá, Colombia. [accessed on February 2016]. Available at: <http://www.tobaccocontrol.org/files/live/Colombia/Colombia%20-%20Law%20No.%201335%20-%20national.pdf>
21. World Bank. GDP Per Capita (Current US\$). [accessed on February 2016]. Available at: <http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD>
22. Pan American Health Organization. *Tobacco or Health: Status in the Americas*. Scientific Publication No. 536. Washington, D.C. [accessed on February 2016]. Available at: <http://ceca.barganibar.net/can-i/tobacco-or-health-status-in-the-americas-a-report-of-the-pan-american-health-organization-paho-scientific-publications-no-536.pdf>
23. Marín L. Aún quedan muchos cigarrillos por apagar de aprobar la ley antitabaco. Bogotá: La Silla Vacía, 2009.
24. Garcia-Ruiz MA, Rivera-Rodríguez DE, Marín Y, Gonzalez JC, Murillo Moreno RH. Las Iniciativas para el control del tabaco en el Congreso de Colombia: 1992-2007. *Rev Panam Salud Publica* 2009;25:471-480. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892009000600002>
25. Observatory of Economic Complexity. *Products Exported by Colombia (2012)*. Massachusetts, United States: Massachusetts Institute of Technology. [accessed on February 2016]. Available at: https://atlas.media.mit.edu/en/explore/tree_map/hs/export/col/all/show/2012/
26. Montero D. Dilian Francisca Toro, La Baronesa de la Salud: Bogotá: La Silla Vacía, November, 2010.
27. República de Colombia. Ley No. 1109. Bogotá, Colombia. [accessed on February 2016]. Available at: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=22663>
28. Ministerio de la Protección Social. Resolución 1956. Bogotá, Colombia. [accessed on February 2016]. Available at: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=30565>
29. Banco de la República. Salario Mínimo legal en Colombia - Serie Histórica En Pesos Colombianos. [accessed on February 2016]. Available at: <http://obiee.banrep.gov.co/analytics/>
30. World Heart Federation. *Tobacco Control in Colombia: Victory for Heart Health*. Geneva, Switzerland. [accessed on February 2016]. Available at: <http://www.world-heart-federation.org/publications/heart-beat-e-newsletter/heart-beat-februarymarchapril-2010/in-this-issue/tobacco-control-in-colombia/>
31. Caracol Radio. Aprobación de Ley Antitabaco pone en 'Jaque' el futuro de la publicidad de cigarrillos en Colombia. Caracol Radio. Bogotá, Colombia. June, 2009.
32. Sebríe EM, Glantz SA. Local Smoke-Free Policy Development in Santa Fe, Argentina. *Tob Control* 2010;19:110-116.
33. Lum K, Glantz SA. The Cost of Caution: Tobacco Industry Political Influence and Tobacco Policy Making in Oregon (1997-2007). San Francisco, United States. [accessed on February 2016]. Available at: <http://www.escholarship.org/uc/item/1nb5k688>
34. Tung G, Glantz SA. *Swimming Upstream: Tobacco Policy Making in Nevada*. San Francisco, United States. [accessed on February 2016]. Available at: <http://www.escholarship.org/uc/item/4fn8v32x>
35. Hendlin YH, Barnes RL, Glantz SA. *Tobacco Control in Transition: Public Support and Governmental Disarray in Arizona (1997-2007)*. San Francisco, United States. [accessed on February 2016]. Available at: <http://www.escholarship.org/uc/item/1nb5k688>
36. El Tiempo. Fumadores y no fumadores aprueban normas antitabaco. Bogotá, Colombia. [accessed on February 2016]. Available at: <http://www.eltiempo.com/estilo-de-vida/salud/ley-antitabaco-en-colombia-encuesta-muestra-apoyo-a-medidas-para-controlar-el-cigarrillo/16419951>
37. Marshall MG, Cole BR. *Global Report 2014: Conflict, Governance, and State Fragility: Center for Systemic Peace*. [accessed on February 2016]. Available at: <http://www.systemicpeace.org/vlibrary/GlobalReport2014.pdf>
38. Ministerio de la Protección Social. Circular Externa 80. [accessed on February 2016]. Available at: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=34201>
39. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. *Vigilancia Sanitaria y Ambiental: 2006-2011*. Bogotá, Colombia. [accessed on February 2016]. Available at: www.saludcapital.gov.co/DSP/Anuario%20Vigilancia%20Sanitaria%20y%20Ambiental/Vigilancia%20Ambiental%20y%20Sanitaria%202006-2011.pdf
40. Hospital Vista Hermosa. *Boletín Epidemiológico y Ambiental, Noviembre 2014*. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. [accessed on February 2016]. Available at: http://www.hospitalvistahermosa.gov.co/web/node/sites/default/files/boletines_2014/BOLETINES_EPIDEMIOLOGICOS/EL_BOLETIN_HVH_NOVIEMBRE%202014_FINALSDS.pdf
41. Inter-American Heart Foundation. *Framework Convention on Tobacco Control: Challenges for Latin America and the Caribbean*. Civil Society Report. Dallas, Tx: Inter-American Health Foundation, 2010.
42. Bergquist C, Peñaranda R, Sánchez G. *Violence in Colombia 1990-2000: Waging War and Negotiating Peace*. Wilmington, Delaware: Scholarly Resources, 2001.
43. Procuraduría General de la Nación. Circular 31. [accessed on February 2016]. Available at: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=41944#0>
44. González LE. Denuncian incumplimiento de gobierno en ejecución de ley antitabaco. *El Tiempo*. March 22, 2011.
45. Earp BD, Dill B, Harris JL, Ackerman JM, Bargh JA. No sign of quitting: incidental exposure to "no smoking" signs ironically boosts cigarette-approach tendencies in smokers. *Journal of Applied Social Psychology* 2013;43:2158-2162. <https://doi.org/10.1111/jasp.12202>
46. Bloomberg Foundation. *Bloomberg Initiative to Reduce Tobacco Use Grants Program, 2015*. [accessed on February 2016]. Available at:

- http://www.tobaccocontrolgrants.org/Pages/40/What-we-fund?who_region=PAHO&country_id=&amount=&date_type=&date_from=&date_to=&submit=Search
47. Fernández P. Informe Junta Directiva Campañas: Liga Colombiana Contra el Cáncer. [accessed on February 2016]. Available at: <https://prezi.com/ozaj-fy6-ns-/untitled-prezi/>
 48. Sebrie EM, Glantz SA. Attempts to Undermine Tobacco Control: Tobacco Industry "Youth Smoking Prevention" Programs to Undermine Meaningful Tobacco Control in Latin America. *Am J Public Health* 2007;97:1357-1367. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2006.094128>
 49. Landman A, Ling PM, Glantz SA. Tobacco industry youth smoking prevention programs: protecting the industry and hurting tobacco control. *Am J Public Health* 2002;92:917-930. <https://doi.org/10.2105/AJPH.92.6.917>
 50. El Tiempo. Controversia por terrazas para los fumadores. August 2, 2012.
 51. Federación Nacional de Comerciantes. Las Brujas De Salem. [accessed on February 2016]. Available at: <http://www.fenalco.com.co/contenido/1421>
 52. El Espectador. ¿Cómo Va La Ley De Espacios Libre De Humo? El Espectador, (Bogotá, Colombia). April 14, 2011.
 53. El Tiempo. 'Sí está prohibido fumar en terrazas': Secretario Distrital de Salud. El Tiempo, April 12, 2011.
 54. Corporación Unificada Nacional de Educación Superior. Se firmó el pacto por las universidades 100% Libres De Humo. [accessed on February 2016]. Available at: www.cun.edu.co/dmdocuments/boletin-de-prensa-pacto-universidades-libres-de-humo.pdf
 55. Alcaldía de Cali. Universidades libres de humo se abren campo en Cali. [accessed on February 2016]. Available at: http://www.cali.gov.co/publicaciones/universidades_libres_de_humo_se_abren_campo_en_cali_pub
 56. Pontificia Universidad Javeriana - Cali. Javerianos respiremos, estrategia desarrollada en la Pontificia Universidad Javeriana – Cali, Ley 1335 de 2009 en el contexto de las Universidades. Cali, Colombia: Programa Universidad Saludable, Centro de Bienestar, 2014.
 57. World Health Organization. Protection from Exposure to Second-Hand Tobacco Smoke: Policy Recommendations. Geneva, Switzerland. [accessed on February 2016]. Available at: www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2007/PR_on_SHS.pdf
 58. República de Colombia. Ley No. 670. Bogota, Colombia. [accessed on February 2016]. Available at: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4160>
 59. Glassman A. From Few to Many: Ten Years of Health Insurance Expansion in Colombia. Washington D.C., United States: Brookings Institution Press, 2010.
 60. Uang R, Barnes R, Glantz S. Tobacco Policymaking in Illinois, 1965-2014: Gaining Ground in a Short Time. San Francisco: University of California Center for Tobacco Control Research and Education, 2014 [accessed on February 2016]. Available at: www.escholarship.org/uc/item/6805h95r
 61. Glantz SA, Balbach ED. Tobacco War: Inside the California Battles. Berkeley, CA: University of California Press, 1999.
 62. Reimann KD. A View from the Top: International Politics, Norms and the Worldwide Growth of NGOs. *International Studies Quarterly* 2006;50:45-67. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2478.2006.00392.x>
 63. Champagne BM, Sebrie E, Schoj V. The role of organized civil society in tobacco control in Latin America and the Caribbean. *Salud Publica Mex* 2010;52(Suppl 2):S330-S339. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342010000800031>

Implementación de espacios libres de humo de tabaco en Colombia: monitoreo, financiamiento externo y apoyo empresarial

Randy Uang, PhD,⁽¹⁾ Eric Crosbie, PhD,^(1,2) Stanton A Glantz, PhD.^(1,3)

Uang R, Crosbie E, Glantz SA. Implementación de espacios libres de humo de tabaco en Colombia: monitoreo, financiamiento externo y apoyo empresarial. *Salud Publica Mex* 2017;59:128b-136b.

<http://doi.org/10.21149/8706>

Uang R, Crosbie E, Glantz SA. Smokefree implementation in Colombia: Monitoring, outside, and business support. *Salud Publica Mex* 2017;59:128b-136b.

<http://doi.org/10.21149/8706>

Resumen

Objetivo. Analizar la implementación exitosa de políticas nacionales de ambientes libres de humo en Colombia, un país de ingresos medios. **Material y métodos.** Entrevistas con informantes claves a nivel nacional y local, y revisión de artículos en las noticias y resoluciones ministeriales nacionales. **Resultados.** El Ministerio de Salud de Colombia coordinó las prácticas locales para la implementación, que fueron más fuertes en las ciudades grandes y en las ciudades con líderes políticos que la apoyaron. Organizaciones no gubernamentales proporcionaron asistencia técnica y destacaron el incumplimiento. Organizaciones fuera de Colombia financiaron algunos de estos esfuerzos. La asociación de propietarios de bares proporcionó campañas de educación concertadas. Intereses tabacaleros no desafiaron abiertamente la implementación. **Conclusiones.** La vigilancia de las organizaciones no gubernamentales, la financiación externa y el apoyo de la industria de la hospitalidad contribuyeron a una implementación eficaz. Tales factores pueden ser cultivados en países de ingresos bajos y medios.

Palabras clave: tabaco; industria del tabaco; política social; América Latina; Colombia

Abstract

Objective. To analyze successful national smokefree policy implementation in Colombia, a middle income country. **Materials and methods.** Key informants at the national and local levels were interviewed, News sources and government ministry resolutions were reviewed. **Results.** Colombia's Ministry of Health coordinated local implementation practices, which were strongest in larger cities with supportive leadership. Nongovernmental organizations provided technical assistance and highlighted noncompliance. Organizations outside Colombia funded some of these efforts. The bar owners' association provided concerted education campaigns. Tobacco interests did not openly challenge implementation. **Conclusions.** Health organization monitoring, external funding, and hospitality industry support contributed to effective implementation, and could be cultivated in other low and middle income countries.

Keywords: tobacco, tobacco industry; public policy; Latin America; Colombia

(1) Center for Tobacco Control Research and Education, University of California. San Francisco.

(2) Department of Politics University of California. Santa Cruz, CA.

(3) Department of Medicine (Cardiology), Cardiovascular Research Institute, Philip R. Lee Institute for Health Policy Studies Helen Diller Family Comprehensive Cancer Center, University of California. San Francisco, CA.

Fecha de recibido: 28 de marzo de 2016 • **Fecha de aceptado:** 25 de octubre de 2016
 Autor de correspondencia: Stanton A. Glantz. Center for Tobacco Control Research and Education.
 San Francisco 530, Parnassus Avenue, Suite 366. San Francisco, CA.
 Correo electrónico: stanton.glantz@ucsf.edu

Las leyes de espacios libres de humo de tabaco protegen a los no fumadores de la exposición pasiva al humo de tabaco ajeno y reducen las enfermedades causadas por el tabaco.¹ El Artículo 8 del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) de la Organización Mundial de la Salud de 2005² compromete a las partes a implementar leyes de espacios libres de humo de tabaco.³

La experiencia de los países de ingresos altos⁴⁻¹⁰ muestra que una implementación exitosa requiere educación y una activa aplicación de la ley,^{9,11} agencias de aplicación apropiadas,⁵ y el apoyo de organizaciones no gubernamentales (ONG).⁴ Las compañías tabacaleras promueven el incumplimiento en forma directa y a través de terceros,^{4,11} hacen cabildeo,^{6,9,10,12} litigan,⁷ e impiden las regulaciones de implementación.^{8,13}

La implementación de espacios libre de humo de tabaco en los países de ingresos bajos y medios (PIBM) puede ser difícil porque las compañías tabacaleras a menudo tienen más recursos que las autoridades de salud¹⁴ y las actividades de la industria tabacalera están menos controladas,¹² resultando en una aplicación débil o irregular.¹⁵⁻¹⁷

Colombia, con una prevalencia de adultos fumadores de 12.8% en 2007,¹⁸ baja para América Latina, adoptó una política nacional de espacios libres de humo de tabaco antes que muchos PIBM.¹⁹ En mayo de 2008, el Ministerio de Salud emitió la Resolución 1956 de 2008, que exigía espacios públicos interiores libres de humo de tabaco. En julio de 2009, la Ley 1335 de 2009, una ley de control del tabaco integral, amplió la cobertura de espacios libres de humo de tabaco a todos los establecimientos de hospitalidad,²⁰ haciendo de Colombia el país con más bajo producto interno bruto per cápita, con una ley nacional de espacios libres de humo de tabaco.²¹

La implementación exitosa de la resolución de 2008 y la ley de 2009 en Colombia involucró esfuerzos del Ministerio de Salud nacional y las agencias de salud locales, con la ayuda técnica y financiera de ONG sanitarias nacionales e internacionales.

Material y métodos

Entre julio de 2014 y julio de 2015, se revisaron las resoluciones de ministerios gubernamentales colombianos, órdenes administrativas, páginas de Internet de agencias gubernamentales, documentos públicos relacionados con la resolución de espacios libres de humo de tabaco de 2008 y de la ley de control del tabaco de 2009 de Colombia, artículos de diarios de alcance nacional fechados entre enero de 2008 y julio de 2015, y la legislación relacionada, los fallos judiciales, y las resoluciones del gobierno local, utilizando un método estándar de bola de nieve.

Se entrevistó en Colombia a 14 defensores del control del tabaco, autoridades sanitarias nacionales y locales, y legisladores, entre octubre y diciembre de 2014, siguiendo el protocolo IRB #10-01262 aprobado por el Comité de Investigación Humana de la Universidad de California en San Francisco (cuadro I).²² Se obtuvo el consentimiento informado de acuerdo con los principios éticos para la investigación médica con seres humanos de la Declaración de Helsinki.

Resultados

Primeros intentos de legislación de espacios libres de humo de tabaco

La resolución sobre espacios libres de humo de tabaco de 2008 y la ley de 2009 de Colombia fueron adoptadas después de décadas de intentos fallidos^{23,24} que fueron bloqueados por los intereses de la industria tabacalera, los legisladores de las zonas de cultivo de tabaco,* y el Ministerio de Agricultura,* a pesar de que el tabaco fuera menos de 0.1% de las exportaciones agrícolas de Colombia.²⁵ En 2006, la Senadora Dilian Francisca Toro, una médica aliada al Presidente Álvaro Uribe (2002-2010),²⁶ llegó a ser la Presidenta del Senado e impulsó que Colombia se uniera al CMCT,²⁷ lo cual se cumplió en abril de 2008. Los defensores de la salud pelearon por la legislación para cumplir con el CMCT.*

Resolución libre de humo de 2008 y ley de 2009

La Resolución 1956 de 2008, promulgada en mayo de 2008 por el Ministerio de la Protección Social,²⁸ exigía espacios públicos interiores libres de humo de tabaco en todo el país.

La Ley 1335 de 2009, propuesta por la Senadora Toro, fue aprobada en julio de 2009 para implementar los Artículos 8 y 10-16 del CMCT, incluyendo espacios libres de humo de tabaco, prohibición de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco y prohibición de la venta de cigarrillos sueltos. La ley fue más allá de la Resolución 1956 de 2008 (cuadro II)²⁹ al exigir espacios libres de humo de tabaco para los campus de las instituciones educativas, las instituciones culturales como museos y los centros de salud. El Instituto Nacional de Cancerología (parte del Ministerio de Salud), la Liga Colombiana Contra el Cáncer, la rama latinoamericana

* Toro Torres DF. Entrevista a Dilian Francisca Toro Torres, ex Senadora nacional colombiana y ex Presidenta del Senado de Colombia, por Randy Uang, Cali, Colombia. 2014.

Cuadro I
ACTORES CLAVE QUE INFLUYEN EN LA IMPLEMENTACIÓN Y ACTORES QUE FUERON ENTREVISTADOS

Actor	Descripción	Actividades de implementación
<i>Organismos gubernamentales nacionales</i>		
Ministerio de Salud y Protección Social (en lo sucesivo, "Ministerio de Salud")*	Ministerio nacional de salud, con el nombre actual desde 2011 con énfasis en temas de salud [‡]	Llevó adelante esfuerzos de alto nivel ya que las políticas de salud están descentralizadas en Colombia; [§] difundió y alentó las prácticas locales de implementación
Instituto Nacional de Cancerología*	Unidad del Ministerio de Salud	Asistencia técnica, monitoreo
Procuraduría General de la Nación	Asegura el cumplimiento de los organismos gubernamentales con la ley de Colombia	Focalizó ampliamente en conflictos relacionados con derechos humanos [‡]
<i>Organismos gubernamentales locales</i>		
Agencias sanitarias locales*	Para los gobiernos locales incluyendo los 32 departamentos y las ciudades grandes de Colombia; tienen amplia autonomía	Educación y aplicación de la ley
Policía local		Aplicación de la ley
<i>Organizaciones de salud y otras no gubernamentales</i>		
Liga Colombiana Contra el Cáncer*	Organización de salud no gubernamental	Educación y destacando el incumplimiento
Corporate Accountability International*	Organización de interés público; la rama latinoamericana tiene su sede en Colombia	Monitoreo y destacando el incumplimiento
Fundación para la Educación y el Desarrollo Social (FES)*	Organización de equidad social	Entrenando al personal de agencias sanitarias locales
Asociación de Bares de Colombia (Asobares)*	Organización nacional de propietarios de bares	Educación
<i>Compañías tabacaleras y aliados</i>		
Compañía Colombiana de Tabaco (Coltabaco)	Comprada por Philip Morris en 2005; Coltabaco y Protabaco controlaron más del 90% del mercado ²²	Se opuso a la adopción ^{35, #, &} pero no desafió abiertamente la implementación
Productora Colombiana de Tabaco (Protabaco)	Comprada por la British American Tobacco en 2011	Se opuso a la adopción ^{35, &} pero no desafió abiertamente la implementación
Federación Nacional de Comerciantes (Fenalco)		Peleó para que la ley de ambientes libres de humo de tabaco excluyera a las terrazas sin techo

* Agencia contactada como parte de las entrevistas con informantes claves

‡ Calderón L. Interview of Lorena Calderón, tobacco program manager at the Ministerio de Salud y Protección Social, by Randy Uang, Bogotá, Colombia. 2014

§ Hernández B. Interview of Blanca Hernández, former tobacco program manager at Ministerio de la Protección Social no longer working on tobacco, by Randy Uang, Bogotá, Colombia. 2014

Ronderos M. Interview of Margarita Ronderos, professor at Pontificia Universidad Javeriana, by Randy Uang, Bogotá, Colombia. 2014

& Rivera Rodríguez DE. Interview of Diana Esperanza Rivera Rodríguez, former public policy director, Instituto Nacional de Cancerología, by Randy Uang, Bogotá, Colombia. 2014

de *Corporate Accountability International* con sede en Colombia, y la Sociedad Colombiana de Cardiología apoyaron su aprobación;^{23,30,31} representantes vinculados con la industria tabacalera se opusieron.²³ Philip Morris, British American Tobacco, y Protabaco, una compañía de tabaco local, intentaron, sin éxito, permitir áreas designadas para fumar.²³

La implementación de las disposiciones sobre los espacios libres de humo de tabaco no se enfrentó a la oposición coordinada de la industria tabacalera, común en otros lugares,^{4,6,9-13,16,32} probablemente porque las compañías tabacaleras parecen haberse centrado en derrotar las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco.

Procesos y resultados en la implementación

El Ministerio de Salud, las autoridades de salud locales, la policía local, las ONG, la asociación nacional de propietarios de bares (Asobares) y los establecimientos individuales incluyendo a las universidades, contribuyeron a la implementación. La implementación, generalmente con buen cumplimiento y aplicación de la ley, varió dependiendo de la región. Al igual que en los países de altos ingresos,³³⁻³⁵ la implementación incluyó guías del Ministerio de Salud a los departamentos de salud locales, educación de los departamentos de salud y defensores de la salud, y aplicación de la ley por las autoridades sanitarias y policía locales, especialmente

Cuadro II
POLÍTICAS SOBRE ESPACIOS LIBRES DE HUMO DE TABACO EN COLOMBIA, 2008-2009

Provisiones	Resolución 1956 de 2008 ²⁸	Ley 1335 de 2009 ²⁰
Espacios interiores libres de humo de tabaco	Lugares de trabajo interiores Lugares públicos interiores	Áreas interiores de lugares de trabajo y de lugares públicos (incluyendo bares, restaurantes, pubs, casinos, discotecas)
Completamente libres de humo de tabaco, incluyendo espacios exteriores	Establecimientos de salud Preescolar, primaria, escuelas intermedias Lugares para personas menores de 18 años Transporte público y escolar	Establecimientos de salud Educación/museos/bibliotecas Espacios deportivos/culturales Lugares para la juventud Lugares para la actividad industrial Transporte público (incluyendo taxis)
Fecha de vigencia	4 de diciembre de 2008	21 de julio de 2009
Señalización	Requerido uno de tres mensajes positivos, sin nombre de marcas de cigarrillos o figuras alusivo a los cigarrillos	Requerido, sin texto de mensaje específico
Multas	De acuerdo con las leyes vigentes	De 1 salario mínimo legal mensual vigente (en 2009, fue de 496 900 pesos colombianos, ²⁹ aproximadamente 250 dólares) o suspensión de la licencia sanitaria
Actores para la implementación, especificados en la ley	Ministerio de Salud Autoridades locales de salud Gobernadores y alcaldes	Ministerio de Salud, Autoridades sanitarias locales en coordinación con la policía y otras autoridades
Otros actores para la implementación	Organizaciones no gubernamentales de salud Asociación de propietarios de bares (Asobares)	Organizaciones no gubernamentales de salud, asociación de propietarios de bares, universidades

en las grandes ciudades. En 2015, una encuesta en las grandes ciudades demostró que el 92% de los no fumadores y el 91% de los fumadores apoyaban la ley de 2009.³⁶

Las dinámicas nacional-locales

La baja capacidad estatal de Colombia³⁷ significó esfuerzos limitados de las agencias nacionales. La implementación de políticas sanitarias estaba descentralizada entre las agencias sanitarias locales para las principales ciudades, los 32 departamentos de Colombia y el distrito capital de Colombia. El Ministerio de Salud proporcionó guías, pero las agencias locales tenían autonomía* en los esfuerzos educativos y trabajaron con la policía local para la aplicación de la ley.

Actividades del gobierno nacional

Para implementar la resolución de 2008, en diciembre de ese mismo año el Ministerio de Salud distribuyó una "circular",³⁸ un memorándum a los departamentos de salud locales, detallando que se esperaban actividades locales de educación pública y aplicación de la ley, sin requerir actividades específicas.

Para la ley de 2009, el Ministerio de Salud compartió prácticas de vigilancia, educación y aplicación de la

ley entre las agencias de salud locales.* Bogotá incluyó la vigilancia de espacios libres de humo de tabaco en las inspecciones sanitarias de rutina,* resultando en 162 000 inspecciones en 2009 y 197 000 en 2011,³⁹ con un cumplimiento en un barrio de bajos ingresos de Bogotá estimado en 91%.⁴⁰ El Instituto Nacional de Cancerología proporcionó asistencia técnica al Ministerio de Salud, incluyendo el monitoreo.‡ Sin embargo, el hecho de contar con recursos limitados del Ministerio de Salud para el control del tabaco,§ resultó en la ausencia de una fuerte campaña educativa nacional sobre espacios libres de humo de tabaco.⁴¹

La Procuraduría General de la Nación, constitucionalmente responsable de asegurar el cumplimiento de las leyes por parte de las agencias del gobierno, no se centró en la educación local convincente sobre espacios libres de humo de tabaco y en la aplicación de la ley, ya que estaba focalizada en el conflicto armado interno de Colombia y en los derechos humanos relacionados al mismo.⁴² El Ministerio de Salud pidió a la Procuraduría centrarse más en la educación y la aplicación de los espacios libres de humo de tabaco por parte de las agen-

* Hernández B. Entrevista a Blanca Hernández, ex jefa del Programa de Tabaco del Ministerio de la Protección Social, quien actualmente no trabaja en el tema de tabaco, por Randy Uang, Bogotá, Colombia. 2014.

* Hernández B. Entrevista a Blanca Hernández, ex jefa del Programa de Tabaco del Ministerio de la Protección Social, quien actualmente no trabaja en el tema de tabaco, por Randy Uang, Bogotá, Colombia. 2014.

‡ Niño Bogoya A. Entrevista a Alejandro Niño Bogoya, Director de políticas públicas del Instituto Nacional de Cancerología, por Randy Uang, Bogotá, Colombia. 2014.

§ Calderón L. Entrevista a Lorena Calderón, Jefa del Programa de Tabaco en el Ministerio de Salud y Protección Social, por Randy Uang, Bogotá, Colombia. 2014.

cias de salud, y la Procuraduría emitió un memorándum “circular”⁴³ pidiendo que los departamentos sanitarios locales implementaran la ley, pero hizo poco seguimiento, dando como resultado variaciones en las actividades.

Actividades de los organismos gubernamentales locales: Variación regional

La implementación fue más fuerte en las grandes ciudades y en las ciudades con liderazgo político que la apoyaron: Bogotá (8 millones de habitantes), Medellín (2.4 millones), Cali (2.3 millones), las ciudades más influyentes de Colombia, y dos ciudades del suroeste: Popayán (250 000) y Pasto (480 000), con alcaldes personalmente comprometidos. Los departamentos sanitarios locales distribuyeron materiales a los empresarios y al público antes y después de la implementación.

La implementación fue más débil en las zonas rurales y en la costa atlántica, con menos interés por parte de las agencias en estas áreas.* Los defensores de la salud se habían centrado en las grandes ciudades,* y el estado de Colombia tenía más presencia en las cabeceras departamentales. Las agencias de salud rurales y de pequeñas ciudades a menudo conocían poco de la ley* o afirmaban tener recursos y personal limitados.⁴⁴

El liderazgo político de apoyo en Popayán y Pasto resultó en que las oficinas de los alcaldes reiteraron las responsabilidades de implementación de las agencias sanitarias locales,^{‡§} y en que estas agencias diseñaron campañas educativas anualmente^{‡§} para los propietarios de restaurantes, bares y discotecas.^{‡§} Popayán también llevó a cabo campañas educativas sobre espacios libres de humo de tabaco en las escuelas.*[‡]

Policía local: Atención a la seguridad pública

Siguiendo las directrices del CMCT,³ la ley de 2009 autorizó la aplicación de la ley por la policía local y las autoridades sanitarias. Teniendo en cuenta el conflicto armado en Colombia, muchos departamentos de policía no daban prioridad a la aplicación de espacios libres de humo de tabaco, pero los departamentos de salud de Bogotá, Medellín y Pasto convencieron a la policía local de llevar a cabo la aplicación de la ley.[#]

* Dorado YF. Entrevista a Yul Francisco Dorado, Director Regional de Corporate Accountability International, por Randy Uang, Bogotá, Colombia. 2014.

‡ Lagos Campos N. Entrevista telefónica a Nancy Lagos Campos, coordinadora del programa de enfermedades no transmisibles de la Secretaría de Salud de Pasto, por Randy Uang. 2014.

§ Ramos Quilindo AL. Entrevista telefónica a Adriana Liseth Ramos Quilindo, coordinadora del programa de enfermedades no transmisibles de la Secretaría de Salud de Popayán, por Randy Uang. 2014.

Hernández B, entrevista.

Requisitos de señalización

La resolución de 2008 requirió que los establecimientos colocaran señales con mensajes sobre los espacios libres de humo de tabaco específicos (“Por el bien de su salud, este espacio está libre de humo de cigarrillo o de tabaco”, “Respire con tranquilidad, éste es un espacio libre de humo de tabaco”, “Bienvenido, este es un establecimiento libre de humo de tabaco”). La resolución prohibió logos de marca e imágenes “alusivas al cigarrillo”, así que las señales no llevaban el símbolo internacional de “no fumar”. Los establecimientos podían fijar señales que hicieran referencia a los espacios libres de humo de tabaco (un mensaje positivo) sin ningún símbolo de “no fumar” (un mensaje negativo), luego tuvieron la opción de colocar señales adicionales que llevaran el símbolo. La ley de 2009 requirió señalización sobre espacios libres de humo de tabaco, pero sin una lista predefinida, permitiendo un texto más extenso (figura 1). Puesto que las señales de “no fumar” pueden impulsar las tendencias para fumar,⁴⁵ los mensajes positivos sobre los espacios libres de humo de tabaco en Colombia podrían haber mejorado el cumplimiento.

Donantes externos: Apoyando las actividades de las ONG

Organizaciones fuera de Colombia financiaron a ONG colombianas para crear materiales educativos y entrenar al personal de departamentos sanitarios locales. Al igual que en otros países de América Latina, la iniciativa para combatir el consumo del tabaco de la fundación estadounidense Bloomberg Foundation financió a ONG colombianas para educación sobre espacios libres de humo de tabaco, capacitación y monitoreo, por un total de 501 563 dólares hasta octubre de 2015.⁴⁶ El personal de Corporate Accountability International con sede en Colombia destacó el incumplimiento a partir de 2008 y proporcionó asistencia técnica para defender la ley de 2009 contra posibles litigios de la industria tabacalera.* La Universidad Sergio Arboleda en Bogotá mejoró la participación comunitaria entre 2010 y 2012, la Liga Colombiana Contra el Cáncer llevó a cabo actividades de educación sobre los espacios libres de humo de tabaco en 2012,[‡] y la organización sanitaria y cívica Fundación FES entrenó personal de departamentos sanitarios locales en 2014.[§]

* Dorado YF, entrevista.

‡ Barón E, Llorente B. Entrevista de Edwin Barón, director de educación de la Liga Colombiana Contra el Cáncer, y Blanca Llorente, asesora técnica de la Fundación Anáas, por Randy Uang, Bogotá, Colombia. 2014.

§ Varela A. Entrevista de Alejandro Varela, director ejecutivo de Fundación FES, por Randy Uang, Cali, Colombia. 2014.



FIGURA 1. EJEMPLOS DE SEÑALES PARA LOS ESPACIOS LIBRES DE HUMO DE TABACO, DESPUÉS DE LA RESOLUCIÓN DE 2008, CON UN MENSAJE ESPECÍFICO ORDENADO POR LA RESOLUCIÓN (A LA IZQUIERDA, “ESTE ESPACIO ESTÁ LIBRE DE HUMO DE CIGARRILLO O DE TABACO”) Y UNA SEÑAL HACIENDO REFERENCIA A LA LEY DE CONTROL DE TABACO DE 2009, CON TEXTO MÁS EXTENSO (A LA DERECHA, “ESTE ES UN ESPACIO LIBRE DE HUMO, DÍGALE NO AL TABACO”)

En particular, la Liga Colombiana Contra el Cáncer y el Corporate Accountability International se unieron a la Senadora Toro en 2011 para destacar el incumplimiento al Ministerio de Salud y a los medios de comunicación.²² Dado que los defensores de la salud en los años 2000 habían sensibilizado a los periodistas sobre temas del control del tabaco,* la cobertura de los medios a menudo demandó por esfuerzos nacionales y locales.

Los defensores de la salud también trabajaron con la Universidad Sergio Arboleda en Bogotá para crear la campaña “Opción No Fumar”, distribuyendo volantes, tarjetas postales y folletos sobre la ley.[‡] En julio de 2013, Opción Sin Fumar había distribuido 29 350 folletos.⁴⁷

Controversia acerca de las terrazas: la Federación de Comerciantes Fenalco y la vigilancia de las ONG

La Federación Nacional de Comerciantes (Fenalco) interpretó que las disposiciones sobre espacios libres de humo de tabaco de la ley de 2009 no se aplicaban en las zonas de terrazas de restaurantes y bares. Fenalco había cooperado en el pasado con los programas de la industria tabacalera sobre “prevención del tabaquismo en jóvenes”⁴⁸ diseñados para desviar la acción gubernamental.⁴⁹

En 2010 y 2011 Fenalco distribuyó volantes a los propietarios de negocios y empleados que dijeron que estaba permitido fumar en las terrazas^{44,50} porque no

estaban bajo techo⁵¹ y reclamó que los defensores de la salud estaban difamando a Fenalco por su interpretación.⁵¹ A pesar del apoyo del Ministerio de Salud y de las ONG,^{44,50} si la implementación incluía terrazas dependió de las autoridades de salud locales. Medellín sólo aplicó la ley a las terrazas cubiertas,⁵² mientras que en 2011 el departamento de salud de Bogotá declaró que haría cumplir la ley para todas las terrazas.⁵³

Fuerte apoyo de la asociación de propietarios de bares (Asobares)

La Asociación de Bares de Colombia (Asobares) apoyó fuertemente la implementación pero inicialmente se había opuesto a la resolución de 2008,* reflejando los esfuerzos de la industria tabacalera para convencer a los grupos de la hospitalidad a oponerse a las leyes de espacios libres de humo de tabaco.^{4,6} Algunos de los miembros del comité ejecutivo de Asobares habían sido afectados personalmente por la exposición pasiva al humo de tabaco ajeno, así que Asobares encuestó a sus miembros y encontró que una mayoría apoyaba la resolución, por lo que Asobares pasó a apoyar la resolución.* La industria tabacalera parece no haber interferido con este cambio.

Asobares llevó a cabo una intensa educación de los propietarios de bares durante los seis meses antes de la fecha efectiva de la resolución, el 4 de diciembre de 2008,* que incluyó folletos, y posavasos copatrocinados por el

* Rivera Rodríguez DE. Entrevista de Diana Esperanza Rivera Rodríguez, ex directora de políticas públicas, Instituto Nacional de Cancerología, por Randy Uang, Bogotá, Colombia. 2014.

‡ Barón E y Llorente B, entrevista.

* Ospina C. Entrevista a Camilo Ospina, presidente de la Asociación de Bares de Colombia (Asobares), por Randy Uang, Bogotá, Colombia. 2014.

departamento de salud de Bogotá, la Alcaldía de Bogotá, y la Federación Mundial del Corazón, con la leyenda "Si va a fumar, hágalo afuera".* Asobares regaló caramelos a las personas que salieron a fumar, trajeron modelos a los bares para dar premios a estas personas y trabajaron con el gobierno de Bogotá en un protocolo sobre el número de servicios de emergencias (123), para llamar a la policía para expulsar a los clientes que insistieran en fumar en lugares cerrados.* Estas actividades establecieron un tono de cumplimiento desde el principio.

Universidades: espacios libres de humo de tabaco al aire libre

Las universidades desarrollaron campañas de educación para poner en práctica las instituciones educativas libres de humo de tabaco. En Bogotá, 21 universidades cooperaron para desarrollar campañas similares y en Cali 13 universidades se unieron a una red creada por el departamento de salud local para compartir información sobre las campañas.^{54,55} La Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá y Cali, con el interés personal del rector de la sede en Bogotá,[‡] estableció señales a la entrada del campus y en los principales lugares al aire libre, incluyendo una señal de tamaño real de un estudiante anunciando un campus libre de humo de tabaco. El campus Cali colocó señales en muchos lugares, incluyendo una señal de la altura de una persona, con la leyenda, "En la U no se fuma".⁵⁶

Discusión

Al igual que en los países de altos ingresos,^{4,11,57} la implementación exitosa de los espacios libres de humo de tabaco en Colombia requirió un compromiso sostenido de las autoridades sanitarias nacionales y locales, las ONG, los financiadores externos, la asociación de propietarios de bares y las universidades. A diferencia de los países de altos ingresos, en Colombia había pocos recursos gubernamentales, así como una débil capacidad del Estado, y agencias de aplicación focalizadas en la seguridad pública.

Colombia carecía de una fuerte campaña de educación nacional sobre los espacios libres de humo de tabaco, al igual que muchos países latinoamericanos,¹⁶ pero tuvo muchas campañas locales fuertes.⁴⁵ Colombia se benefició de las agencias nacional y locales, y del

apoyo de legisladores campeones; tiene una historia exitosa de políticas sanitarias públicas.^{58,59}

En Colombia, tres factores contribuyeron especialmente a la fuerte implementación. En primer lugar, las ONG expusieron vigilantemente el incumplimiento, incluso en las terrazas, similar a la aplicación local en México y Estados Unidos.^{4,13} La federación de comerciantes argumentó en contra de la aplicación de la ley para terrazas, creando ambigüedad sobre los áreas similares a patios, como también ocurrió en Estados Unidos.^{6,9-11,60}

En segundo lugar, el apoyo de la asociación de propietarios de bares estableció un tono de cumplimiento, similar a California en Estados Unidos,⁶¹ mostrando cómo las organizaciones de la sociedad, no sólo las agencias gubernamentales, son esenciales para el cumplimiento de la ley. Desde 2008, Asobares, con ayuda de la Campaña para Niños Libres de Tabaco, ha visitado a otras asociaciones de la hospitalidad en América Latina para fomentar el apoyo a las leyes nacionales de espacios libres de humo de tabaco.*

En tercer lugar, las organizaciones internacionales ayudaron a la aplicación de la ley, apoyando a las ONG a proporcionar educación y asistencia técnica.⁶² Los recursos sostenidos son necesarios para el cumplimiento a largo plazo,⁶³ y la financiación externa frecuentemente no dura, así que el apoyo de organizaciones internacionales proporciona una oportunidad crucial para ayudar a los PIBM en la implementación de los espacios libres de humo de tabaco.

Estos factores contribuyeron a una implementación robusta a pesar de la descentralización política sanitaria en Colombia, la débil capacidad del estado, y los problemas de seguridad pública.

Implicaciones políticas

La legislación de espacios libres de humo de tabaco debe claramente cubrir todos los lugares de trabajo y especificar las responsabilidades de las agencias nacionales y locales. Los defensores de la salud deben cultivar el apoyo de asociaciones de la hospitalidad con anticipación a la legislación, cuando sea posible. Los financiadores internacionales deben continuar apoyando económicamente la implementación en los PIBM, puesto que los recursos moderados pueden tener impactos sustanciales.

Limitaciones

Se intentó establecer contacto con el personal de control del tabaco en las agencias de salud de los departamen-

* Ospina C. Entrevista a Camilo Ospina, presidente de la Asociación de Bares de Colombia (Asobares), por Randy Uang, Bogotá, Colombia. 2014.

* Ronderos M. Entrevista a Margarita Ronderos, profesora de la Pontificia Universidad Javeriana, por Randy Uang, Bogotá, Colombia. 2014.

* Ospina C, entrevista.

tos y las ciudades grandes de Colombia. Sólo aquellos altamente comprometidos con la implementación acordaron entrevistas, por lo tanto, nuestros hallazgos se mantienen con tal de que las entrevistas capturen los asuntos claves en la implementación local.

Conclusiones

Colombia es un ejemplo de implementación exitosa de espacios libre de humo de tabaco en un país de ingresos medios. Más allá de las actividades de las agencias gubernamentales, la vigilancia de las organizaciones de salud, la financiación de organizaciones externas y el apoyo de la industria de la hospitalidad contribuyeron a una sólida implementación.

Agradecimientos

Este proyecto fue apoyado en parte por el Instituto Nacional del Cáncer estadounidense, subvención CA-087472 y por fondos de UCSF, del Fondo FAMRI "William Cahan" y la Cátedra Distinguida del Dr. Glantz de la American Legacy Foundation. Las agencias financiadoras no tuvieron ningún papel en la selección de la pregunta de investigación, la realización de la investigación, o la preparación del manuscrito.

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. U.S. Department of Health and Human Services. "Smokefree and Tobacco-Free Legislation" in the Health Consequences of Smoking--50 Years of Progress. Atlanta, GA [consultado en febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/50-years-of-progress/full-report.pdf>
2. World Health Organization. Framework Convention on Tobacco Control. Geneva, Switzerland [consultado en febrero de 2016]. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241591013.pdf>
3. World Health Organization. Guidelines on Protection from Exposure to Tobacco Smoke. Geneva, Switzerland [consultado en febrero de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/entity/fctc/cop/art%208%20guidelines_english.pdf
4. Magzamen S, Glantz SA. The New Battleground: California's Experience with Smoke-Free Bars. *Am J Public Health* 2001;91:245-252. <https://doi.org/10.2105/AJPH.91.2.245>
5. Mamudu HM, Dadkar S, Veeranki SP, He Y. Tobacco Control in Tennessee: Stakeholder Analysis of the Development of the 2007 Non-Smoker Protection Act [consultado en febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.escholarship.org/uc/item/8z38c04x>
6. Dearlove JV, Bialous SA, Glantz SA. Tobacco Industry Manipulation of the Hospitality Industry to Maintain Smoking in Public Places. *Tob Control* 2002;11:94-104. <https://doi.org/10.1136/tc.11.2.94>
7. Ibrahim JK, Glantz SA. Tobacco Industry Litigation Strategies to Oppose Tobacco Control Media Campaigns. *Tob Control* 2006;15:50-58. <https://doi.org/10.1136/tc.2005.014142>

8. Thomson G, Wilson N. Implementation Failures in the Use of Two New Zealand Laws to Control the Tobacco Industry: 1989-2005. *Australia and New Zealand Health Policy* 2005;2:32. <https://doi.org/10.1186/1743-8462-2-32>
9. Drope J, Glantz S. British Columbia Capital Regional District 100% Smokefree Bylaw: A Successful Public Health Campaign Despite Industry Opposition. *Tob Control* 2003;12:264-268. <https://doi.org/10.1136/tc.12.3.264>
10. Tsoukalas T, Glantz SA. The Duluth Clean Indoor Air Ordinance: Problems and Success in Fighting the Tobacco Industry at the Local Level in the 21st Century. *Am J Public Health* 2003;93:1214-1221. <https://doi.org/10.2105/AJPH.93.8.1214>
11. Gonzalez M, Glantz SA. Failure of Policy Regarding Smoke-Free Bars in the Netherlands. *Eur J Public Health* 2013;23:139-145. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckr173>
12. Lee S, Ling PM, Glantz SA. The Vector of the Tobacco Epidemic: Tobacco Industry Practices in Low and Middle-Income Countries. *Cancer Causes Control* 2012;23 (Suppl 1):117-129. <https://doi.org/10.1007/s10552-012-9914-0>
13. Crosbie E, Sebrie EM, Glantz SA. Strong Advocacy Led to Successful Implementation of Smokefree Mexico City. *Tob Control* 2011;20:64-72. <https://doi.org/10.1136/tc.2010.037010>
14. Sebrie E. The Tobacco Industry in Developing Countries. *BMJ* 2006;332:313-314. <https://doi.org/10.1136/bmj.332.7537.313>
15. Drope J, ed. Tobacco Control in Africa: People, Politics and Policies. London, England: Anthem Press, 2011.
16. Griffith G, Cardone A, Jo C, Valdemoro A, Sebrie E. Implementation of Smoke Free Workplaces: Challenges in Latin America. *Salud Publica Mex* 2010;52(Suppl 2):S347-S354. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342010000800033>
17. Kaur J, Jain DC. Tobacco Control Policies in India: Implementation and Challenges. *Indian Journal of Public Health* 2011;55:220-227. <https://doi.org/10.4103/0019-557X.89941>
18. Ministerio de Salud y Protección Social. Socialización Del Informe Final De Evaluación De Necesidades Para La Ampliación Del Convenio Marco De Control Del Tabaco. Bogota, Colombia [consultado en febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documents/General/Cifras-tabaco-Colombia.pdf>
19. World Health Organization. Who Report on the Global Tobacco Epidemic, 2013: Enforcing Bans on Tobacco Advertising, Promotion and Sponsorship. Geneva, Switzerland [consultado en febrero de 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85380/1/9789241505871_eng.pdf
20. República de Colombia. Ley No. 1335. Bogota, Colombia [consultado en febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.tobaccocontrollaws.org/files/live/Colombia/Colombia%20-%20Law%20No.%201335%20-%20national.pdf>
21. World Bank. GDP Per Capita (Current US\$) [consultado en febrero de 2016]. Disponible en: <http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD>
22. Pan American Health Organization. Tobacco or Health: Status in the Americas. Scientific Publication No. 536. Washington, D.C. 1992 [consultado en febrero de 2016]. <http://ceca.barganibar.net/can-i/tobacco-or-health-status-in-the-americas-a-report-of-the-pan-american-health-organization-paho-scientific-publications-no-536.pdf>
23. Marín L. Aún quedan muchos cigarrillos por apagar de aprobar la ley antitabaco. Bogota: La Silla Vacía, 2009.
24. Garcia Ruiz MA, Rivera-Rodriguez DE, Marin Y, Gonzalez JC, Murillo Moreno RH. Las iniciativas para el control del tabaco en el Congreso de Colombia: 1992-2007. *Rev Panam Salud Publica* 2009;25:471-480. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892009000600002>
25. Observatory of Economic Complexity. Products Exported by Colombia (2012). Massachusetts, United States: Massachusetts Institute of Technology [consultado en febrero de 2016]. Disponible en: https://atlas.media.mit.edu/en/explore/tree_map/hs/export/col/all/show/2012/

26. Montero D. Dilian Francisca Toro, La Baronesa de la Salud. Bogotá: La Silla Vacía, 2010.
27. República de Colombia. Ley No. 1109. Bogotá, Colombia [consultado en febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22663>
28. Ministerio de la Protección Social. Resolución 1956. Bogotá, Colombia [consultado en febrero de 2016]. <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=30565>
29. Banco de la República. Salario Mínimo legal en Colombia - Serie Histórica En Pesos Colombianos [consultado en febrero de 2016]. Disponible en: <http://obiee.banrep.gov.co/analytics/>
30. World Heart Federation. Tobacco Control in Colombia: Victory for Heart Health. Geneva, Switzerland [consultado en febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.world-heart-federation.org/publications/heart-beat-e-newsletter/heart-beat-februarymarchapril-2010/in-this-issue/tobacco-control-in-colombia/>
31. Caracol Radio. Aprobación de Ley Antitabaco pone en 'Jaque' el futuro de la publicidad de cigarrillos en Colombia. Caracol Radio. Bogotá, Colombia. Junio, 2009.
32. Sebríe EM, Glantz SA. Local Smoke-Free Policy Development in Santa Fe, Argentina. *Tob Control* 2010;19:110-116. <https://doi.org/10.1136/tc.2009.030197>
33. Lum K, Glantz SA. The Cost of Caution: Tobacco Industry Political Influence and Tobacco Policy Making in Oregon (1997-2007). San Francisco, United States [consultado en febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.escholarship.org/uc/item/1nb5k688>
34. Tung G, Glantz SA. Swimming Upstream: Tobacco Policy Making in Nevada. San Francisco, United States [consultado en febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.escholarship.org/uc/item/4fn8v32x>
35. Hendlin YH, Barnes RL, Glantz SA. Tobacco Control in Transition: Public Support and Governmental Disarray in Arizona (1997-2007). San Francisco, United States [consultado en febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.escholarship.org/uc/item/1nb5k688>
36. El Tiempo. Fumadores y no fumadores aprueban normas antitabaco. Bogotá, Colombia [consultado en febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.eltiempo.com/estilo-de-vida/salud/ley-antitabaco-en-colombia-encuesta-muestra-apoyo-a-medidas-para-controlar-el-cigarrillo/16419951>
37. Marshall MG, Cole BR. Global Report 2014: Conflict, Governance, and State Fragility: Center for Systemic Peace [consultado en febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.systemicpeace.org/vlibrary/GlobalReport2014.pdf>
38. Ministerio de la Protección Social. Circular Externa 80 [consultado en febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=34201>
39. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Vigilancia Sanitaria Y Ambiental: 2006-2011. Bogotá, Colombia [consultado en febrero de 2016]. Disponible en: www.saludcapital.gov.co/DSP/Anuario%20Vigilancia%20Sanitaria%20y%20Ambiental/Vigilancia%20Ambiental%20y%20Sanitaria%202006-2011.pdf
40. Hospital Vista Hermosa. Boletín Epidemiológico Y Ambiental, Noviembre 2014: Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. [consultado en febrero de 2016]. Disponible en: http://www.hospitalvistahermosa.gov.co/web/node/sites/default/files/boletines_2014/BOLETINES_EPIDEMIOLOGICOS/EL_BOLETIN_HVH_NOVIEMBRE%202014_FINALSDS.pdf
41. InterAmerican Heart Foundation. Framework Convention on Tobacco Control: Challenges for Latin America and the Caribbean. 2010 Civil Society Report 2010 mayo.
42. Bergquist C, Peñaranda R, Sánchez G. Violence in Colombia 1990-2000: Waging War and Negotiating Peace. Wilmington, Delaware: Scholarly Resources, 2001.
43. Procuraduría General de la Nación. Circular 31 [consultado en febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=41944#0>
44. González LE. Denuncian incumplimiento de gobierno en ejecución de ley antitabaco. *El Tiempo*. Marzo 22, 2011.
45. Earp BD, Dill B, Harris JL, Ackerman JM, Bargh JA. No sign of quitting: Incidental exposure to "No Smoking" signs ironically boosts cigarette-approach tendencies in smokers. *Journal of Applied Social Psychology* 2013;43:2158-2162. <https://doi.org/10.1111/jasp.12202>
46. Bloomberg Foundation. Bloomberg Initiative to Reduce Tobacco Use Grants Program [consultado en febrero de 2016]. Disponible en: http://www.tobaccocontrolgrants.org/Pages/40/What-we-fund?who_region=PAHO&country_id=&amount=&date_type=&date_from=&date_to=&submit=Search
47. Fernández P. Informe Junta Directiva Campañas: Liga Colombiana Contra el Cáncer [consultado en febrero de 2016]. Disponible en: <https://prezi.com/ozaj-fy6-ns-/untitled-prezi/>
48. Sebríe EM, Glantz SA. Attempts to Undermine Tobacco Control: Tobacco Industry "Youth Smoking Prevention" Programs to Undermine Meaningful Tobacco Control in Latin America. *Am J Public Health* 2007;97:1357-1367. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2006.094128>
49. Landman A, Ling PM, Glantz SA. Tobacco industry youth smoking prevention programs: protecting the industry and hurting tobacco control. *Am J Public Health* 2002;92:917-930. <https://doi.org/10.2105/AJPH.92.6.917>
50. El Tiempo. Controversia por terrazas para los fumadores. Agosto 2, 2010.
51. Federación Nacional de Comerciantes. Las Brujas De Salem [consultado en febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.fenalco.com.co/contenido/1421>
52. El Espectador. ¿Cómo Va La Ley De Espacios Libre De Humo? El Espectador. Bogotá, Colombia. Abril 14, 2011.
53. El Tiempo. 'Sí está prohibido fumar en terrazas': Secretario Distrital de Salud. El Tiempo, abril 12, 2011.
54. Corporación Unificada Nacional de Educación Superior. Se firmó el pacto por las universidades 100% Libres De Humo [consultado en febrero de 2016]. Disponible en: www.cun.edu.co/dmdocuments/boletin-de-prensa-pacto-universidades-libres-de-humo.pdf
55. Alcaldía de Cali. Universidades libres de humo se abren campo en Cali [consultado en febrero de 2016]. Disponible en: http://www.cali.gov.co/publicaciones/universidades_libres_de_humo_se_abren_campo_en_cali_pub
56. Pontificia Universidad Javeriana - Cali. Javerianos respiremos, estrategia desarrollada en la Pontificia Universidad Javeriana - Cali, Ley 1335 de 2009 en el contexto de las Universidades. Cali, Colombia: Programa Universidad Saludable, Centro de Bienestar, 2014.
57. World Health Organization. Protection from Exposure to Second-Hand Tobacco Smoke: Policy Recommendations. Geneva, Switzerland [consultado en febrero de 2016]. Disponible en: www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2007/PR_on_SHS.pdf
58. República de Colombia. Ley No. 670. Bogotá, Colombia [consultado en febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4160>
59. Glassman A. From Few to Many: Ten Years of Health Insurance Expansion in Colombia. Washington D.C., United States: Brookings Institution Press, 2010.
60. Uang R, Barnes R, Glantz S. Tobacco Policymaking in Illinois, 1965-2014: Gaining Ground in a Short Time. San Francisco: University of California/ Center for Tobacco Control Research and Education [consultado en febrero de 2016]. Disponible en: www.escholarship.org/uc/item/6805h95r
61. Glantz SA, Balbach ED. Tobacco War: Inside the California Battles. Berkeley, CA: University of California Press, 1999.
62. Reimann KD. A View from the Top: International Politics, Norms and the Worldwide Growth of Nongs. *International Studies Quarterly* 2006;50:45-67. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2478.2006.00392.x>
63. Champagne BM, Sebríe E, Schoj V. The Role of Organized Civil Society in Tobacco Control in Latin America and the Caribbean. *Salud Publica Mex* 2010;52(Suppl 2):S330-339. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342010000800031>