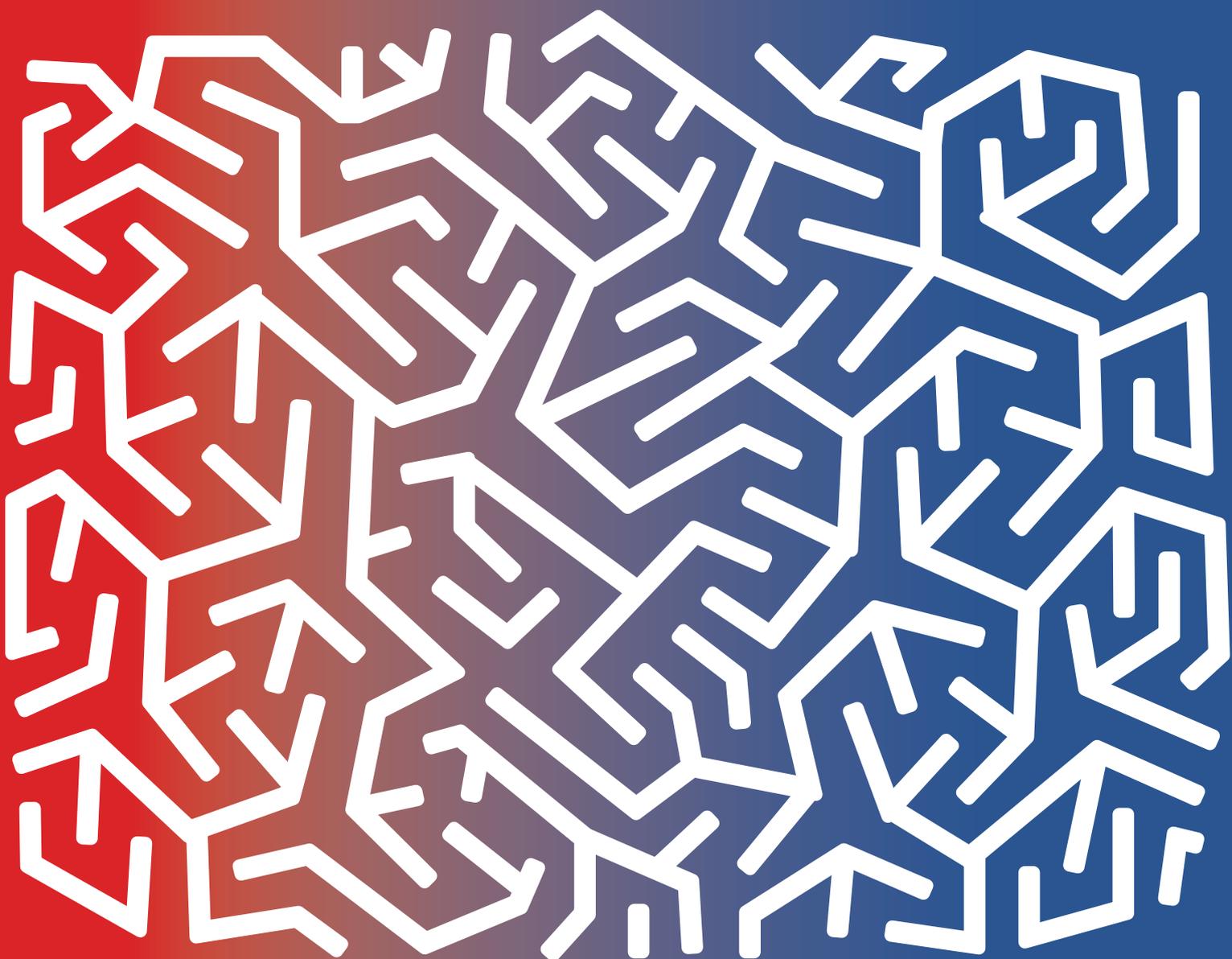




**Caso a favor de la inversión en
el Control del Tabaco en**

PANAMÁ

**El caso de la aplicación
del CMCT de la OMS**



© Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2024.

Todos los derechos reservados. Este trabajo está disponible en el Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO licence (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Según los términos de esta licencia, usted puede copiar, redistribuir y adaptar el trabajo para fines no comerciales, siempre que el trabajo se cite apropiadamente, como se indica a continuación. En cualquier uso de este trabajo, no debe sugerirse que el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) respalde a ninguna organización, productos o servicios específicos. No se permite el uso del logotipo del PNUD. Si usted adapta el trabajo, debe licenciar su trabajo bajo la misma o equivalente licencia Creative Commons. Si crea una traducción de este trabajo, debe agregar el siguiente descargo de responsabilidad junto con la cita sugerida: “Esta traducción no fue creada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). El PNUD no es responsable del contenido ni de la exactitud de esta traducción. La edición original en inglés será la edición vinculante y auténtica”.

Cualquier mediación relacionada con las controversias que surjan en virtud de la licencia se llevará a cabo de conformidad con las normas de mediación de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules>).

Citación sugerida. PNUD. Caso de inversión para el control del tabaco en Panama. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Publicaciones. Las publicaciones del PNUD están disponibles en: <https://www.undp.org/publications>.

Materiales de terceros. Si desea reutilizar material de este trabajo que se atribuye a un tercero, como tablas, figuras o imágenes, es su responsabilidad determinar si se necesita permiso para esa reutilización y obtener permiso del titular de los derechos de autor. El riesgo de reclamaciones resultantes de la infracción de cualquier componente de propiedad de terceros en el trabajo recae exclusivamente en el usuario.

Descargos de responsabilidad generales. Las designaciones empleadas y la presentación del material en esta publicación no implican la expresión de ninguna opinión por parte del PNUD sobre el estatuto jurídico de ningún país, territorio, ciudad o zona o de sus autoridades, ni sobre la delimitación de sus fronteras o límites. Las líneas punteadas en los mapas representan líneas fronterizas aproximadas para las que es posible que aún no haya un acuerdo total. La mención de empresas específicas o de productos de ciertos fabricantes no implica que estén respaldados o recomendados por el PNUD con preferencia a otros de naturaleza similar que no se mencionan. Exceptuando errores y omisiones, los nombres de los productos propietarios se distinguen por letras mayúsculas iniciales.

El PNUD ha tomado todas las precauciones razonables para verificar la información contenida en esta publicación. Sin embargo, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, expresada o implícita. La responsabilidad de la interpretación y el uso del material recae en el lector. En ningún caso el PNUD será responsable de los daños derivados de su uso.



**Caso a favor de la inversión en
el Control del Tabaco en
PANAMÁ**

**El caso de la aplicación
del CMCT de la OMS**

Caso a favor de la inversión en la aplicación de medidas para el control del tabaco en Panamá

Casi

1.400

panameños y panameñas mueren cada año por enfermedades relacionadas con el tabaco, lo que representa el

7%

 de todas las muertes en el país

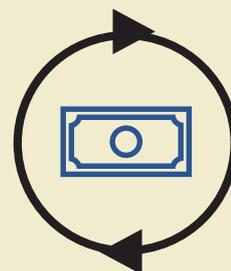
Invertir ahora en cuatro medidas probadas para el control del tabaco evitará más de

2.300 muertes

y pérdidas económicas de

464 millones de Balboas

(PAB) para 2037



Las pérdidas económicas atribuibles al tabaco son aproximadamente

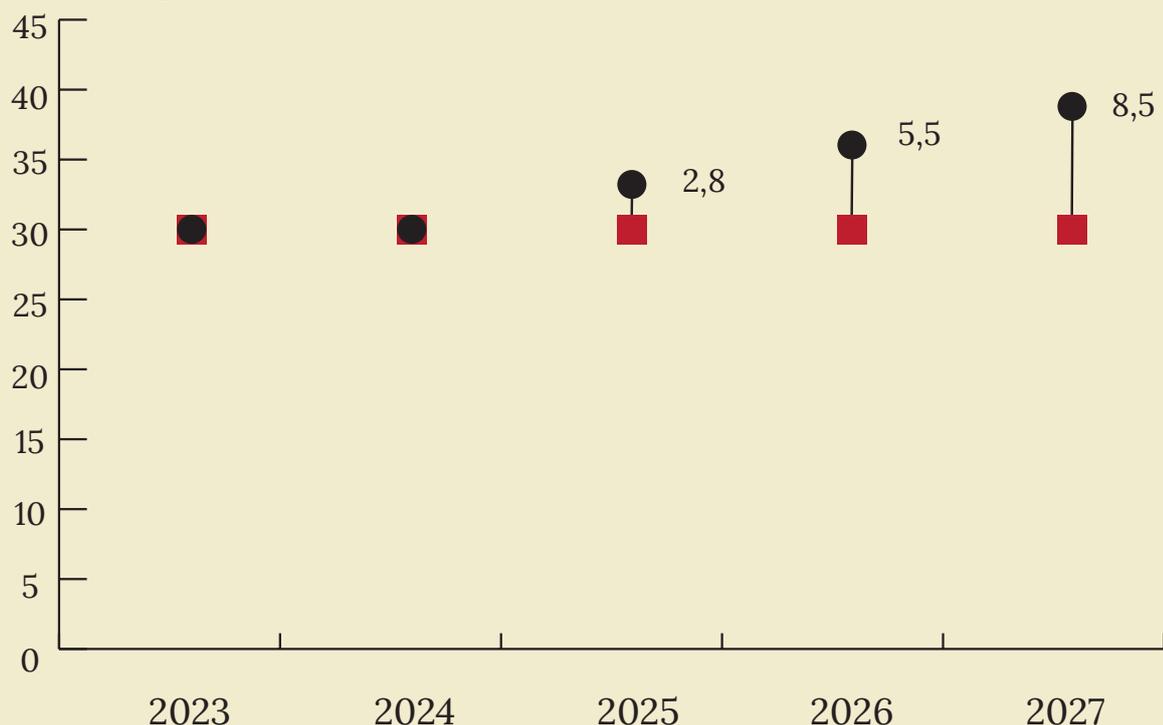
14 veces mayores

que el total de los ingresos públicos recaudados



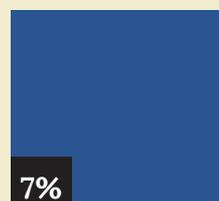
Cifras sujetas a redondeo.

Ingresos tributarios anuales adicionales (millones de PAB) en comparación con el escenario base, 2023-2027



■ Escenario sin aumento de impuestos ● Escenario de aumento de impuestos

Ingresos gubernamentales por impuestos al tabaco como % de la carga del tabaco



PAB 31



Carga por paquete de cigarrillos lícitos vendido versus precio minorista de la marca más vendida (PAB)

El consumo de tabaco le cuesta a Panamá PAB 416 millones cada año, equivalente a 0,6% del PIB anual

Costo por adulto fumador

PAB 2.632

Cifras sujetas a redondeo.

Reconocimientos

Este informe se realizó gracias a la colaboración del Ministerio de Salud de Panamá, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la Secretaría del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (OMS CMCT), la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Este informe fue posible gracias al proyecto FCTC 2030, generosamente financiado por los Gobiernos de Australia, de Noruega y del Reino Unido.

Entre los colaboradores se incluyen Elsa Arenas, Norma Astudillo, Aldacira de Bradshaw, Fanny Castillo, Beatriz Díaz, Genevieve Epailly, Miguel Ángel Jordán, Reina Roa, Oscar Muñoz, Carolina Vanega y José Luis Vásquez del Ministerio de Salud de Panamá; Juana Cooke, Johanna Jung, Daisy Lanvers, Emily Roberts, Rachael Stanton, Dudley Tarlton y Andrea Urbina del PNUD; Gabriel Boyke de la oficina del PNUD en Panamá; Andrew Black, Martin Grande, Trinette Lee, y Adriana Blanco Marquizo de la Secretaría del CMCT de la OMS; Rosa Sandoval, Sehr Malik y Tatiana Villacres de la OPS/Oficina Regional de la OMS; Zohra Abaakouk, Yanin Adames y Modesta Haughton, de la oficina de la OPS/OMS en Panamá; y Víctor Herrera de la Universidad de Panamá.

El modelaje económico fue realizado por Brian Hutchinson y Garrison Spencer. Bernardo González, del Instituto Nacional de Estadística y Censos, realizó aportaciones adicionales. Barbora Strnadova, Sofía Rocha y Katherine Chang contribuyeron también a la investigación y redacción. Zsuzsanna Schreck realizó el diseño gráfico y la maquetación del informe.

Índice

Resumen	1
1. Introducción	6
2. El control del tabaco en Panamá: situación y contexto	10
2.1 Prevalencia del consumo de tabaco, normas sociales y concientización	10
2.2 Legislación, estrategia y coordinación nacional para el control del tabaco	13
2.3 Estado de las medidas de reducción de la demanda del control del tabaco del CMCT de la OMS	15
2.4 El consumo de tabaco y la pandemia de COVID-19	23
2.5 Actores clave en el control del tabaco.....	23
2.6 Financiamiento	24
2.7 Comercio internacional e ilícito	24
2.8 Presencia de la industria tabacalera e interferencia en la elaboración de políticas.....	26
3. Metodología	28
4. Resultados	29
4.1 La carga actual del consumo de tabaco: costos sanitarios y económicos	29
4.2 Aplicación de medidas de políticas públicas que reduzcan la carga del consumo de tabaco.....	33
4.2.1 <i>Beneficios para la salud: se salvan vidas</i>	34
4.2.2 <i>Beneficios económicos: evitamos costos</i>	34
5. Evaluación de impactos adicionales: los ingresos públicos y los ods	39
5.1 Análisis fiscal: el impacto del aumento y reestructuración de los impuestos sobre los cigarrillos en los ingresos públicos.....	39
5.2 Los Objetivos de Desarrollo Sostenible y el CMCT de la OMS.....	41
6. Conclusión y recomendaciones	42
Anexo metodológico	49
A1.1 Visión general	49
A1.2 Componente uno: carga actual.....	50
A1.3 Componente dos: escenarios de política/intervención	52
Referencias	65

Este caso de inversión para el control del tabaco pone de manifiesto los enormes costos del tabaco en Panamá y el conjunto de medidas recomendadas que aportarán importantes beneficios económicos y de salud pública al país. La aplicación de políticas eficaces relacionadas con el control del tabaco que emanan del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco puede desempeñar un papel importante en el fortalecimiento del desarrollo sostenible en Panamá.





Resumen

Visión general

El tabaco supone una importante amenaza para la salud y el desarrollo sostenible. El tabaco provoca muertes prematuras y enfermedades prevenibles que se traducen en elevados costos sanitarios y pérdidas económicas, intensifican las desigualdades socioeconómicas e impiden avanzar hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

Este informe resume los costos y beneficios —en términos sanitarios y económicos— de la aplicación de cuatro medidas clave para el control del tabaco del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco que se centran en acciones de reducción de la demanda. Las cuatro acciones son:

- (1) **Aumentar los impuestos sobre el tabaco para reducir la asequibilidad de los productos de tabaco** (artículo 6 del CMCT de la OMS).
- (2) **Aplicar el empaquetado neutro de los productos de tabaco** (directrices del CMCT de la OMS para la aplicación del artículo 11 y directrices del CMCT de la OMS para la aplicación del artículo 13 del CMCT de la OMS).
- (3) **Promover y reforzar la concientización pública sobre las cuestiones relacionadas con el control del tabaco, como los riesgos que acarrearán para la salud el consumo de tabaco y el humo de tabaco, la adicción y los beneficios de dejar de fumar** (artículo 12 del CMCT de la OMS).
- (4) **Promover el abandono del tabaco y el tratamiento de la dependencia del tabaco mediante la formación de los profesionales de la salud para que proporcionen un asesoramiento breve para dejar de consumir tabaco** (artículo 14 del CMCT de la OMS).

Hallazgos principales

En 2019, el consumo de tabaco en Panamá supuso pérdidas económicas de alrededor de 416 millones de balboas panameños (PAB). Estas pérdidas equivalen al 0,6 % del Producto Interno Bruto (PIB) de Panamá. Incluyen a) **78 millones de PAB** en gasto de salud para tratar enfermedades relacionadas con el tabaco, b) mortalidad atribuible al tabaco valorada en **309 millones de PAB** y c) **28 millones de PAB** en la reducción de la productividad en el lugar de trabajo por absentismo y presentismo. Las pérdidas de productividad derivadas del consumo actual de tabaco en Panamá, que representan el **7 %** de todas las pérdidas económicas relacionadas con el tabaco, muestran cómo el consumo de tabaco impide el desarrollo en Panamá más allá de la salud. Se requiere un compromiso multisectorial para el control efectivo del tabaco; otros sectores se benefician notablemente al apoyar la aplicación de medidas para el control del tabaco que crean comunidades más saludables y una fuerza laboral más productiva.

Cada año, el consumo de tabaco mata a casi 1400 personas en Panamá, y el **38 %** de estas muertes son prematuras, entre personas menores de 70 años. Cerca del **14 %** de las muertes que se producen por el consumo de tabaco se deben a la exposición al humo ajeno. Las muertes por tabaco son totalmente evitables.

Si se actúa ahora, el Gobierno de Panamá puede reducir la carga nacional del consumo de tabaco. Los hallazgos del caso de inversión demuestran que la aplicación de las cuatro medidas clave para el control del tabaco del CMCT de la OMS basadas en la evidencia que se establecen en el CMCT de la OMS permitiría, en los próximos 15 años (2023-2037):

Salvar más de 2300 vidas y reducir la incidencia de la enfermedad. Las medidas clave del CMCT de la OMS contribuirían a los esfuerzos de Panamá por alcanzar la Meta 3.4 de los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS) de reducir en un tercio la mortalidad prematura (menores de 70 años) por enfermedades no transmisibles (ENT) para 2030. La aplicación de las cuatro medidas clave del CMCT de la OMS evitaría muertes prematuras como consecuencia de las cuatro enfermedades no transmisibles principales (enfermedades cardiovasculares (ECV), diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas), lo que equivale a aproximadamente el 2,5 % de la reducción necesaria de la mortalidad prematura para alcanzar la Meta 3.4 de los ODS.

Evitar pérdidas económicas de 464 millones de PAB procedentes de:

32 millones de PAB por pérdidas de productividad en el lugar de trabajo. Las acciones de control del tabaco deberían estimular el crecimiento económico debido a que un menor número de personas 1) pierden días de trabajo por incapacidad o enfermedad y 2) trabajan con una capacidad reducida debido a problemas de salud relacionados con el tabaco.

87 millones de PAB de ahorro al evitar los gastos sanitarios atribuibles al tabaco. De esta cantidad, el Gobierno ahorraría **58 millones de PAB** en gastos sanitarios, y los ciudadanos ahorrarían **24 millones de PAB** en gastos de bolsillo, mientras que el resto del ahorro correspondería a otros pagadores.

345 millones de PAB en costos económicos evitados por la mortalidad atribuida al tabaco.

Proporcionar un rendimiento de la inversión (ROI) de 23:1.1 Esto significa que los beneficios económicos (**464 millones de PAB**) superan significativamente los costos de aplicación de las cuatro medidas clave para el control del tabaco del CMCT de la OMS (**20 millones de PAB**). Para cada medida individual, el aumento de los impuestos sobre los cigarrillos tendrá el mayor rendimiento de la inversión (**68:1**), seguido de la aplicación del empaquetado neutro de los productos de tabaco (**64:1**), la promoción y el refuerzo de la concientización pública sobre las cuestiones relacionadas con el control del tabaco (**50:1**) y el apoyo del abandono del tabaco mediante la formación de los profesionales de la salud para que proporcionen un asesoramiento breve para dejar el consumo de tabaco (**2:1**).

Además de estos hallazgos principales, el caso de inversión examinó por separado el potencial de generación de ingresos del aumento de los impuestos sobre los cigarrillos. En el escenario examinado, comprometerse a aumentar los impuestos sobre los cigarrillos en un 21 % en los próximos cinco años podría generar 16.9 millones de PAB en ingresos públicos.

Recomendaciones

Este informe ofrece amplias recomendaciones que el Gobierno de Panamá puede adoptar para proteger la salud pública y aprovechar los beneficios del CMCT de la OMS como acelerador del desarrollo sostenible. La serie de recomendaciones que se presentan a continuación no se limita a las cuatro medidas del CMCT de la OMS modeladas en este caso de inversión.

1 Por cada 1 GHC invertido hoy en las cuatro medidas clave para el control del tabaco del CMCT de la OMS, Panamá evitará pérdidas económicas de 8 PAB para 2027 y 23 PAB para 2037.

Recomendaciones

- 1** Comprometerse a aplicar plenamente el CMCT de la OMS.
- 2** Reforzar las estructuras fiscales del tabaco y aumentar las tasas impositivas (*artículo 6 del CMCT de la OMS*).
- 3** Aplicar y hacer cumplir las otras tres medidas para el control del tabaco contempladas en este caso de inversión:
 - empaquetado neutro de los productos de tabaco (*directrices del CMCT de la OMS para la aplicación del artículo 11 y directrices del CMCT de la OMS para la aplicación del artículo 13 del CMCT de la OMS*);
 - promover y reforzar la concientización pública sobre las cuestiones relacionadas con el control del tabaco, como los riesgos que acarrear para la salud el consumo de tabaco y el humo de tabaco, la adicción y los beneficios de dejar de fumar (*artículo 12 del CMCT de la OMS*);
 - promover el abandono del tabaco y el tratamiento de la dependencia del tabaco mediante la formación de los profesionales de la salud para que proporcionen un asesoramiento breve para dejar de consumir tabaco (*artículo 14 del CMCT de la OMS*).
- 4** Fortalecer el cumplimiento de las leyes de ambientes libres de humo (*artículo 8 del CMCT de la OMS*).
- 5** Implementar medidas para proteger las políticas de salud pública de los intereses comerciales de la industria tabacalera (*artículo 5.3 del CMCT de la OMS*).
- 6** Implementar en su totalidad el Protocolo para Eliminar el Comercio Ilícito de Productos de Tabaco, incluso mediante el desarrollo de capacidades para combatir el comercio ilícito (*Protocolo y Artículo 15 del CMCT de la OMS*).
- 7** Identificar oportunidades para vincular la aplicación del CMCT de la OMS con estrategias más amplias de desarrollo sostenible.

A través del proyecto FCTC 2030, la Secretaría del CMCT de la OMS, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) están dispuestos a apoyar al Gobierno de Panamá para reducir las cargas sociales, económicas y medioambientales causadas por el tabaco mediante la aplicación de leyes y medidas para el control del tabaco basadas en la evidencia.

Cuadro ES1. Resumen de los principales resultados del caso de inversión para el control del tabaco en Panamá 2023-2037*

Cada año, el consumo de tabaco causa:

- **Casi 1.400 muertes.**
- **78 millones de PAB en gastos sanitarios.**
- **Una mortalidad atribuible al tabaco valorada en 309 millones de PAB.**
- **28 millones de PAB en pérdida de productividad en el lugar de trabajo.**
- **Pérdidas económicas totales equivalentes al 0,6 % del PIB en 2019.**

Aplicar ahora las medidas modeladas del CMCT de la OMS permitiría en los próximos 15 años:

- **Evitar más de 2.300 muertes.**
- **Ahorrar 87 millones de PAB en gastos sanitarios.**
- **Evitar 345 millones de PAB en pérdidas producidas por la mortalidad atribuible al tabaco.**
- **Evitar pérdidas de productividad en el lugar de trabajo por valor de 32 millones de PAB.**
- **Generar beneficios económicos (464 millones de PAB), que superan de manera significativa los costos (20 millones de PAB) de la aplicación y el cumplimiento de la ley: un rendimiento de la inversión de 23:1.**

* Cifras sujetas a redondeo.

1. Introducción

La epidemia de tabaquismo es una de las mayores amenazas para la salud pública a las que el mundo se ha enfrentado, ya que mata a más de 8 millones de personas al año, incluyendo las 1.2 millones de muertes por exposición al humo ajeno [1]. El consumo de tabaco constituye uno de los principales factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles (ENT), como las enfermedades cardiovasculares, el diabetes, el cáncer, y las enfermedades respiratorias crónicas, además de ser una de las causas de muchas otras enfermedades [2]. En Panamá, alrededor del 4,9 % de los adultos fuma tabaco, con una mayor prevalencia entre los hombres (8 %) que entre las mujeres (1,8 %) [3]. El consumo de tabaco causa cerca de 1.400 muertes al año [4], de las cuales alrededor del 38 % se producen entre los menores de 70 años [4].

Además del costo para la salud y el bienestar, el tabaco también impone una pesada carga económica en todo el mundo. En un estudio de 2018 (basado en datos de 2012) se descubrió que los costos del tabaquismo eran equivalentes al 1,8 % del producto interno bruto (PIB) anual del mundo. Casi el 40 % de los costos procedía de los países en desarrollo, lo que pone de manifiesto la carga notable que sufren estos países [5].

El consumo de tabaco reduce la productividad, puesto que retira a las personas del mercado laboral de forma permanente o temporal por su estado de salud deficiente [6]. Cuando las personas mueren de forma prematura, se pierde el rendimiento laboral que habrían producido en sus años restantes de vida. Además, los individuos con un estado de salud deficiente son más propensos a ausentarse del trabajo (absentismo) o a trabajar con una capacidad reducida mientras están en el trabajo (presentismo) [7], [8]. Las consecuencias laborales y sanitarias no solo afectan a los fumadores, sino también a sus convivientes, que a menudo tienen que ausentarse del trabajo para cuidar a las personas que padecen enfermedades relacionadas con el tabaco.

El consumo de tabaco también desplaza el gasto familiar que de otro modo se destinaría a satisfacer las necesidades básicas, como la alimentación y la educación [9], [10], [11], y contribuye al hambre y al empobrecimiento de las familias [12], [13]. El consumo de tabaco impone retos sanitarios y socioeconómicos a las poblaciones vulnerables, como los pobres, las mujeres y los jóvenes [14].

La producción de tabaco provoca daños medioambientales, como la degradación del suelo, la contaminación del agua y la deforestación. El impacto anual del tabaco en el cambio climático es comparable a las emisiones de países enteros y representa el 0,2 % del total mundial. Como resultado del cambio de la producción de tabaco de los países más ricos a los de menor renta, los impactos medioambientales recaen ahora mayoritariamente en las regiones en desarrollo. Al agotar los valiosos recursos de estos países, contaminar y dañar sus ecosistemas, el tabaco pone en peligro sus medios de vida y su desarrollo [15], [16], [17].

Dadas las amplias repercusiones del tabaco en la salud y el desarrollo, y la naturaleza multisectorial de las intervenciones necesarias, un control eficaz del tabaco requiere el compromiso de sectores no sanitarios por operar a favor de un enfoque de todo el Gobierno y toda la sociedad a la hora de elaborar de políticas y aplicar el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.

El CMCT de la OMS se elaboró en respuesta a la globalización de la epidemia de tabaquismo y es un tratado basado en evidencias que reafirma el derecho de todas las personas a tener el nivel más alto posible de salud. El Convenio representa un hito para la promoción de la salud pública y proporciona nuevas dimensiones jurídicas para la cooperación sanitaria internacional. Panamá es uno de los países que ratificó el CMCT de la OMS en una fase temprana, y ha sido Parte desde que el Convenio entró en vigor en 2005 [18].

Panamá también pasó a ser parte del Protocolo para la Eliminación del Comercio Ilícito de Productos de Tabaco en el 2016. El Protocolo es un tratado internacional, que entró en vigor en 2018, que se basa en el artículo 15 del CMCT de la OMS y que tiene como objetivo eliminar todas las formas de comercio ilícito de productos de tabaco a través de un paquete de medidas que deben adoptar los países y que, además, requiere la cooperación.

La lucha contra el consumo del tabaco es una prioridad dentro de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. El control del tabaco es importante para la realización de muchos objetivos del desarrollo sostenible (ODS), en particular la meta ODS 3.4, que llama a que se reduzca en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles entro el 2030. La Meta 3.a es un medio de aplicación del ODS 3.4 y exige que se refuerce la aplicación del CMCT de la OMS. Pero más allá de la salud, el control del tabaco constituye también un enfoque probado para reducir la pobreza y las desigualdades, fortalecer y expandir la economía y avanzar en el desarrollo sostenible de manera más amplia. El control del tabaco es un acelerador de los ODS, ya que puede contribuir a muchos objetivos simultáneamente en las esferas económica, social y medioambiental [19]. Además, reducir el consumo de tabaco es uno de los nueve objetivos del Plan de acción mundial de la OMS para la prevención y el control de las ENT 2013-2030 [20].

Recuadro 1: Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible

En 2015, todos los Estados Miembros de las Naciones Unidas adoptaron la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, identificando acciones para obtener y promover la paz y la prosperidad. Los componentes centrales de la Agenda son los 17 ODS, que constituyen un llamamiento urgente para que todos los países actúen juntos, reconociendo que los esfuerzos para abordar la pobreza, las desigualdades, la salud, la educación, la economía y el cambio climático deben emprenderse conjuntamente [21].

Desde que se adhirió al CMCT de la OMS como Parte en 2005, Panamá ha progresado en el control del tabaco y, en la actualidad, se considera que cuenta con uno de los programas nacionales para el control del tabaco más desarrollados de las Américas [22]. La Ley 13, que «adopta medidas para el control del tabaco y sus efectos nocivos en la salud», es la principal legislación del país en materia de tabaco e incluye lugares públicos y laborales libres de humo; regulaciones sobre el empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco; y la prohibición de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco (TAPS); entre otras medidas [22], [23]. Tras la aprobación de esta legislación, Panamá siguió reforzando las medidas de control del tabaco del CMCT de la OMS, como las advertencias sanitarias en los productos de tabaco y el aumento de los impuestos sobre el tabaco.

Aunque Panamá ha demostrado su liderazgo en el control del tabaco, este sigue siendo una carga para su economía y la salud de su población. Las políticas existentes aún pueden reforzarse y las medidas clave para la reducción de la demanda del CMCT de la OMS siguen sin aplicarse o reforzarse. Algunas de las oportunidades para que Panamá mejore la aplicación del CMCT de la OMS son: reforzar las estructuras fiscales del tabaco y aumentar las tasas impositivas; aplicar el empaquetado neutro de los productos de tabaco; promover y reforzar la concientización pública sobre las cuestiones relacionadas con el control del tabaco, como los riesgos que acarrearán para la salud el consumo de tabaco y el humo de tabaco, la adicción y los beneficios de dejar de fumar al continuar implementando campañas en los medios masivos contra el tabaquismo en todo el país; fortalecer el cumplimiento de las leyes de ambientes libres de humo y expandir aún más los servicios para dejar de fumar para mejorar el acceso en las áreas indígenas y entre los adolescentes, garantizar el acceso a la terapia de reemplazo de nicotina en todos los establecimientos de salud y establecer una línea nacional gratuita para dejar de fumar. Obtener todos los beneficios de todas las medidas anteriores depende de los esfuerzos concertados y coordinados de múltiples sectores del gobierno con el apoyo de la sociedad civil.

En 2021, la Secretaría del CMCT de la OMS, el PNUD y la OMS llevaron a cabo una misión virtual conjunta con socios en Panamá para iniciar este caso de inversión. El caso de inversión es parte del apoyo ofrecido a Panamá como país del [proyecto FCTC 2030](#).²

Los casos de inversión para el control del tabaco analizan los costos sanitarios y económicos del consumo de tabaco, así como las oportunidades para obtener beneficios potenciales derivados de la aplicación ampliada de las medidas clave del CMCT de la OMS. Identifica qué medidas de reducción de la demanda del CMCT de la OMS pueden producir los mayores beneficios sanitarios y económicos para Panamá en función del rendimiento de la inversión. Teniendo en cuenta la aplicación actual de las medidas del CMCT de la OMS en Panamá, el caso de inversión modela el impacto de las siguientes cuatro disposiciones clave del CMCT de la OMS:

2 El proyecto FCTC 2030 es una iniciativa mundial financiada por los Gobiernos de Australia, de Noruega y del Reino Unido que tiene como objetivo apoyar a los países para fortalecer la aplicación del CMCT de la OMS y lograr los ODS. Desde 2022, Panamá es uno de los 33 países del mundo que han participado en el proyecto FCTC 2030 [24].

- 1** **Aumentar los impuestos sobre el tabaco para reducir la asequibilidad de los productos de tabaco** (*artículo 6 del CMCT de la OMS*).
- 2** **Aplicar el empaquetado neutro de los productos de tabaco** (*directrices del CMCT de la OMS para la aplicación del artículo 11 y directrices del CMCT de la OMS para la aplicación del artículo 13 del CMCT de la OMS*).
- 3** **Implement plain packaging³ of tobacco products.**
Promover y reforzar la concientización pública sobre las cuestiones relacionadas con el control del tabaco, como los riesgos que acarrearán para la salud el consumo de tabaco y el humo de tabaco, la adicción y los beneficios de dejar de fumar (*artículo 12 del CMCT de la OMS*).
- 4** **Promover el abandono del consumo del tabaco y el tratamiento de la dependencia del tabaco mediante la formación de los profesionales de la salud para que proporcionen consejería breve para dejar de consumir tabaco** (*artículo 14 del CMCT de la OMS*).

El **capítulo 1** de este informe ofrece una visión general del control del tabaco en Panamá, incluida la prevalencia del consumo de tabaco, así como los retos y las oportunidades. El **capítulo 2** resume la metodología del caso de inversión (para más detalles, véase el anexo de metodología y el apéndice técnico separado, disponible a petición). El **capítulo 3** informa de los principales hallazgos del análisis económico. El **capítulo 4** detalla los resultados de los análisis complementarios que examinan el impacto del aumento de los impuestos sobre los cigarrillos en los ingresos del Gobierno y la contribución de las medidas de reducción de la demanda del CMCT de la OMS para cumplir la Meta 3.4 de los ODS de reducir la mortalidad prematura provocada por enfermedades no transmisibles en un tercio para 2030. En el **capítulo 6** se resumen los resultados y se ofrecen recomendaciones para que el Gobierno fomente el control del tabaco. El anexo proporciona información sobre los métodos que subyacen a los diversos análisis descritos en el informe.

3 Los requisitos de empaquetado estandarizado es definido como «medidas que restringen o prohíben el uso de logotipos, colores, imágenes de marca o información promocional en el empaquetado que no sean los nombres de las marcas y los nombres de los productos mostrados en un color y estilo de letra estándar». Se puede obtener más información en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240051607>

2. El control del tabaco en Panamá: situación y contexto

2.1 Prevalencia del consumo de tabaco, normas sociales y concientización

Prevalencia del consumo de tabaco y normas sociales

Los logros del programa de control del tabaco de Panamá han dado como resultado una importante reducción de la prevalencia del consumo de tabaco en la última década [25]. En 2007, el 9,4 % de la población adulta de 18 años o más consumía tabaco [26], mientras que en 2013 el 6,4 % de los adultos de 15 años o más consumía dicha sustancia [27]. En 2019, el 5 % de la población adulta de 15 años o más consumía productos de tabaco en los últimos 30 días [3]. Según el Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas de 2022 de la OPS, Panamá tiene la prevalencia de consumo de tabaco en adultos más baja de todos los países de las Américas [28]. El consumo de tabaco sigue siendo más común en los hombres que en las mujeres, con un 8,1 % y un 1,8 % de consumo de tabaco, respectivamente. Fumar es la forma más común de consumir tabaco, y en 2019, el 4,9 % de la población fumaba tabaco, mientras que el 0,2 % consumía tabaco sin humo [3].

Consumo de tabaco entre personas jóvenes

Según la última Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes (EMTJ o la GYTS por su sigla en inglés – (Global Youth Tobacco Survey) de 2017, el 7,8 % de los estudiantes de Panamá (de 13 a 15 años) consumen actualmente algún tipo de producto de tabaco, con una prevalencia similar entre chicos y chicas (7,9 % y 7,4 %, respectivamente) [29]. Hay una mayor prevalencia de consumo actual de tabaco fumado entre los chicos (6,2 %) que entre las chicas (5,4 %), pero hay más chicas (2,4 %) que consumen tabaco sin humo que chicos (2,2 %), aunque sin diferencias significativas. Según la EMTJ de 2017, el 6,4 % de los estudiantes usaban cigarrillos electrónicos en ese momento, lo que lo convierte en uno de los tipos de productos de tabaco más utilizados entre los jóvenes.⁴ A más de la mitad (58 %) de los fumadores de cigarrillos en ese momento no se les impidió comprar cigarrillos a pesar de su edad y el 59 % compraba cigarrillos por unidades [29].

La exposición de los jóvenes al humo ajeno es elevada, y las chicas están expuestas al humo ajeno con más frecuencia que los chicos. En 2017, el 31 % de los estudiantes estuvieron expuestos al humo del tabaco en un lugar público cerrado (el 34 % de las chicas frente al

4 A pesar de que los cigarrillos electrónicos están prohibidos por la Ley 315.

29 % de los chicos) y el 35 % en cualquier lugar público al aire libre (el 37 % de las chicas frente al 33 % de los chicos) [29]. A la mayoría de los estudiantes (58 %) se les enseñó en la escuela el peligro del consumo de tabaco durante los últimos 12 meses, y el 86 % estaba a favor de prohibir fumar dentro de los lugares públicos cerrados [29].

Hacer que los productos de tabaco sean menos asequibles es una de las mejores formas de controlar el consumo de tabaco, y los jóvenes son especialmente sensibles al precio del tabaco [30]. Los precios más altos del tabaco debido a los aumentos de impuestos pueden hacer que usar productos de tabaco sea demasiado costoso para los jóvenes y reducir el incentivo para comenzar o continuar fumando. Un estudio de 2021 demostró que los precios más altos del tabaco, por ejemplo, a través de aumentos de impuestos, están asociados con un menor riesgo de iniciarse en el tabaquismo entre jóvenes y adultos jóvenes [31].

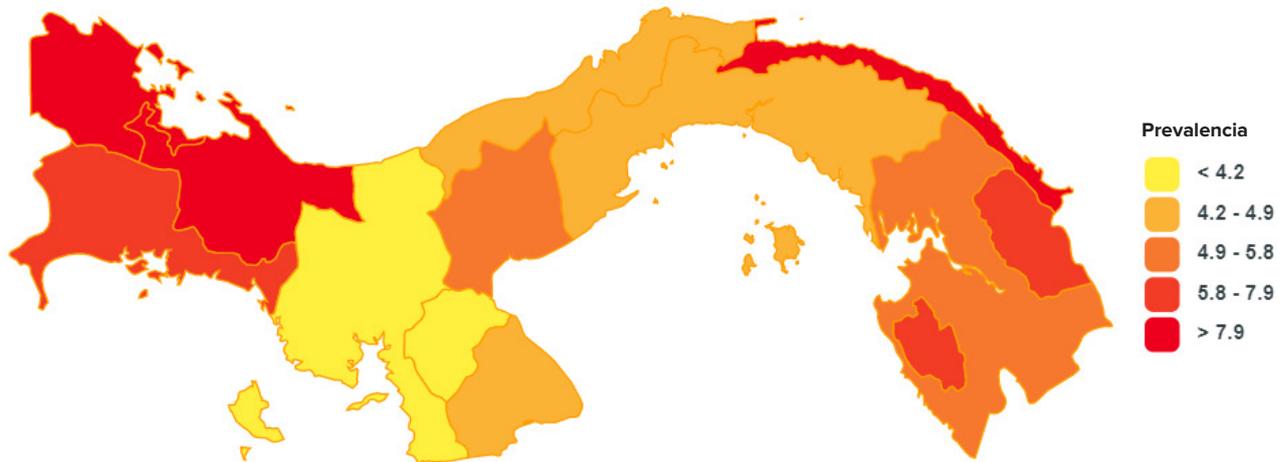
Igualdad

A pesar de ser un país de renta media-alta con una alta clasificación en el Índice de Desarrollo Humano, la desigualdad de ingresos en Panamá sigue siendo de las más elevadas del mundo según indica un coeficiente de Gini⁵ de 49,8 por ciento en 2019 [32], superior a la media de 31,2 de la totalidad de los países de la OCDE, según los últimos datos [33]. En 2019, el 6,6 % de la población vivía en una situación de pobreza extrema, con grandes diferencias entre las áreas urbanas y rurales (1,7 y 18 % respectivamente) [34]. Las personas indígenas son un grupo especialmente vulnerable, ya que el 83 % de las etnias indígenas vive por debajo del umbral de pobreza y el 70 % vive en una situación de pobreza extrema [35]. Como consecuencia, los mayores niveles de pobreza se reflejan en una peor cobertura de infraestructura y servicios básicos, mayores niveles de desnutrición, mortalidad infantil, analfabetismo y vida precaria [36].

La carga del consumo de tabaco en Panamá es mayor entre estos grupos vulnerables. Según la Encuesta Nacional de Salud de 2019, la prevalencia del consumo de tabaco era comparable en las áreas urbanas y rurales (4,9 % y 4,5 %, respectivamente), pero casi el doble entre la población indígena (8,4 %) [3]. La **Figura 1** destaca la elevada prevalencia del consumo de tabaco en las regiones con mayor proporción de población indígena, como Bocas del Toro y Guna Yala.

5 Nota: El coeficiente de Gini es una de las medidas de desigualdad económica más utilizadas. El coeficiente puede tomar cualquier valor entre 0 y 1 (o entre 0 % y 100 %). Un coeficiente de cero indica una distribución perfectamente equitativa de la renta o la riqueza dentro de una población.

Fig. 1: Comparación de la prevalencia del consumo de tabaco, la pobreza multidimensional y las poblaciones indígenas en las regiones de Panamá (expresada en porcentaje)



Fuente: Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud. Sistema de información de la Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA), (2019) [3]. La prevalencia del tabaquismo utilizada en los modelos también se extrae de esta fuente.

Recuadro 2. Tabaco y el género

Aunque las mujeres y las niñas tienden a consumir tabaco en menor proporción que los hombres, aún pueden estar sometidas a los efectos nocivos del consumo de tabaco, como la exposición al humo ajeno [37] y las consecuencias de que los ingresos del hogar se desvíen al consumo de tabaco. Dado que la prevalencia del consumo de tabaco suele ser menor en las mujeres que en los hombres, la industria tabacalera ve en ello una oportunidad para aumentar el marketing dirigido a mujeres y niñas [38]. En Panamá, las chicas consumen tabaco a un ritmo similar al de los chicos (7,9 % y 7,4 % respectivamente) y las chicas superan a los chicos en el consumo de tabaco sin humo (2,4 % frente a 2,2 %). Además, las chicas están expuestas al humo ajeno en mayor medida que los chicos en el país [29].

Recuadro 3. Tabaco y el embarazo

El consumo de tabaco durante el embarazo conlleva importantes riesgos para la salud del feto, el bebé y la madre. Aumenta la probabilidad de abortos espontáneos, mortinatos, partos prematuros, bajo peso al nacer, defectos de nacimiento y síndrome de muerte súbita del lactante, entre otros [39], [40]. La exposición al humo ajeno durante el embarazo también aumenta los riesgos de tener bebés con bajo peso al nacer, y otros problemas de salud para madres y bebés [41]. Las madres se enfrentan a riesgos de salud adicionales, ya que las fumadoras embarazadas tienen más probabilidades de sufrir complicaciones cardíacas y pulmonares que las no fumadoras embarazadas [41]. A pesar de la sólida evidencia, la industria tabacalera sigue dirigiéndose agresivamente a las mujeres y las niñas [40]. Aunque se desconoce la prevalencia actual del tabaquismo durante el embarazo en Panamá, se estima que la prevalencia mundial es del 1,7 % [42].

2.2 Legislación, estrategia y coordinación nacional para el control del tabaco

La historia de legislaciones robustas en materia de control del tabaco en Panamá se remonta a la década de 1990, cuando en 1995 se aprobó la Ley No. 45, que estableció el impuesto inicial sobre los cigarrillos. Más tarde, en 1999, se aprobó el Decreto Ejecutivo 86 que prohibía la venta a los menores, entre otras medidas [43].

El **Cuadro 1** ofrece un resumen no exhaustivo de la legislación clave que rige el control del tabaco en Panamá a partir de 2022. La principal ley relativa al control del tabaco en Panamá, la Ley No. 13, que «adopta medidas para el control del tabaco y sus efectos nocivos en la salud», creó lugares públicos y laborales libres de humo, estableció requisitos para las advertencias sanitarias, prohibió la TAPS y la venta de tabaco a menores, entre otras medidas de control del tabaco [44].

Cuadro 1. Resumen de la legislación clave para el control del tabaco relativa a las medidas de reducción de la demanda en Panamá (la lista no es exhaustiva)

Ley	Fecha	Resumen
Ley 13, que «adopta medidas para el control del tabaco y sus efectos nocivos en la salud» (1)	24 de enero de 2008	La principal ley sobre el control del tabaco en Panamá, que aplica medidas de control del tabaco, como la creación de lugares públicos y laborales libres de humo, las especificaciones de las advertencias sanitarias, la prohibición de TAPS, entre otras.
Decreto Ejecutivo n.º 230 «Que reglamenta la Ley 13 de 24 de enero de 2008 y dicta otras disposiciones» (2)	6 de mayo de 2008	Amplía la lista de lugares libres de humo y profundiza en los requisitos de advertencia sanitaria, entre otros.

Ley	Fecha	Resumen
Decreto Ejecutivo 611 «Que modifica el artículo 18 del Decreto Ejecutivo 230 de 6 de mayo de 2008, que reglamenta la Ley 13 de 24 de enero de 2008» (3)	3 de junio de 2010	Modifica el artículo 18 del Decreto Ejecutivo 230 e impone una prohibición total TAPS en los puntos de venta. Solo se permite una lista textual de productos y sus respectivos precios, sin elementos promocionales.
Resolución n.º 0554 del Ministerio de Salud «Que establece que las pipas de agua, narguiles, hookahs, shisha, cachimbas o de cualquier otra denominación que en el futuro se tenga son productos de tabaco y dicta otras disposiciones» (4)	8 de marzo de 2018	Define las pipas de agua, cachimbas, narguiles, hookahs, shishas o cualquier otra denominación que en el futuro puedan tener como productos de tabaco; prohíbe toda forma de publicidad, promoción y patrocinio de estos productos; exige advertencias sanitarias en sus envases; y obliga a los importadores a solicitar la aprobación de la Dirección General de Salud Pública para la comercialización de estos productos.
Resolución n.º 2569 del Ministerio de Salud «Que aprueba y adopta los cinco (5) nuevos pictogramas con sus respectivas advertencias sanitarias, que deberán ser impresos en los distintos empaques y envases de productos de tabaco, cartones y cajetillas de cigarrillos, que se comercialicen en el territorio de la República de Panamá» (5)	4 de octubre de 2021	Establece cinco nuevos pictogramas con sus respectivas advertencias sanitarias que se deberán imprimir en los envases de productos de tabaco desde el 1 de septiembre de 2022 al 30 de agosto de 2023. Esta reglamentación se emite en forma anual con la finalidad de establecer las nuevas advertencias sanitarias y sus respectivos pictogramas que serán de obligatoria circulación en el país.
Ley 315 «Que prohíbe el uso, importación y comercialización de sistemas electrónicos de administración de nicotina, cigarrillos electrónicos, vaporizadores, calentadores de tabaco y otros dispositivos similares, con o sin nicotina, en la República de Panamá» (6)	30 de junio de 2022	Prohíbe el uso, la importación y la venta de cigarrillos electrónicos y productos de tabaco calentados (6.7).

Fuentes: (1) Ministerio de Salud (2008). Ley n.º 13. «Que adopta medidas para el control del tabaco y sus efectos nocivos en la salud» [23].

(2) República de Panamá, Ministerio de Salud. 6 de mayo de 2008. «Que reglamenta la Ley 13 de 24 de enero de 2008 y dicta otras disposiciones» [45].

(3) República de Panamá, Ministerio de Salud. 3 de julio de 2010. «Que modifica el artículo 18 del Decreto Ejecutivo 230 de 6 de mayo de 2008, que reglamenta la Ley 13 de 24 de enero de 2008» [46].

(4) República de Panamá, Ministerio de Salud. 8 de marzo de 2018. «Que establece que las pipas de agua, narguiles, hookahs, shisha, cachimbas o de cualquier otra denominación que en el futuro se tenga son productos de tabaco y dicta otras disposiciones» [47].

(5) República de Panamá, Ministerio de Salud. 4 de octubre de 2021. «Que aprueba y adopta los cinco (5) nuevos pictogramas con sus respectivas advertencias sanitarias, que deberán ser impresos en los distintos empaques y envases de productos de tabaco, cartones y cajetillas de cigarrillos, que se comercialicen en el territorio de la República de Panamá; para la vigencia que inicia el 1 de septiembre de 2022 hasta el 30 de agosto de 2023» [48].

(6) República de Panamá Ley 315 de 30 de julio de 2022. «Que prohíbe el uso, importación y comercialización de sistemas electrónicos de administración de nicotina, cigarrillos electrónicos, vaporizadores, calentadores de tabaco y otros dispositivos similares, con o sin nicotina, en la República de Panamá» https://www.gacetaoficial.gob.pa/pdfTemp/29568_B/92406.pdf [49].

(7) Aminta Bustamante (2020) Presidente Cortizo veta parcialmente el proyecto 178 sobre cigarros electrónicos <https://www.prensa.com/politica/presidente-cortizo-veta-parcialmente-el-proyecto-178-sobre-cigarros-electronicos/> [50].

Existe un mecanismo de coordinación nacional para el control del tabaco en Panamá. Establecido en 2003 en virtud del Decreto Ejecutivo 63, el Consejo Nacional para la Salud sin Tabaco es el mecanismo de coordinación nacional (NCM, por sus siglas en inglés) designado para el control del tabaco [51]. En 2018 el Consejo fue modificado por el Decreto Ejecutivo 178 [52]. El Consejo actúa como órgano asesor y de apoyo para la planificación, vigilancia, seguimiento y evaluación de las políticas, planes, programas y proyectos nacionales destinados a controlar el consumo y la exposición al humo de productos de tabaco. Se reúne periódicamente y está conformado por entidades del Gobierno central y descentralizadas, que incluye varios ministerios, representantes de asociaciones médicas y académicas y fundaciones.

Además del Consejo, Panamá cuenta con la Comisión Nacional de Control de Tabaco, creada originalmente en 2003 en virtud de la Resolución 036 de 6 de febrero de 2003 (G.O. 24,746 de 20 de febrero de 2003) como Comisión Nacional para el Estudio del Tabaquismo en Panamá. Fue modificada en 2012 por la Resolución 745 y nuevamente en 2016 por la Resolución 2175, que cambió su nombre a Comisión Nacional para el Control del Tabaco.

El Plan Estratégico Nacional de Salud incluye el Plan Quinquenal de Control del Tabaco 2020-2024, que abarca la promoción de la salud, incluido el abandono del tabaco y la formación del personal sanitario [53]. Existen, además, programas específicos para el control del tabaco en Panamá. A partir de 2020, el Programa Nacional de Control del Tabaco está integrado en el Plan Nacional contra el Cáncer y las ENT [53]. El Programa para el Desarrollo de la Clínica de Cesación de Tabaquismo, dependiente del Ministerio de Salud (MINSAL) establece un programa para el establecimiento de clínicas para dejar de fumar en Panamá y establece una guía para la provisión de servicios para dejar de fumar en el país [54].

A pesar de los avances en el establecimiento de la coordinación, las políticas y las leyes para el control del tabaco, sigue habiendo obligaciones del CMCT de la OMS y del Protocolo que aún no se han ejecutado plenamente en el país.

2.3 Estado de las medidas de reducción de la demanda del control del tabaco del CMCT de la OMS

Las medidas fiscales y reglamentarias sólidas influyen en las normas sociales indicando a la población que el consumo de tabaco es perjudicial, no solo para los consumidores sino también para las personas que los rodean, como familiares, colegas y compañeros de trabajo. Si bien Panamá ha mostrado avances en la implementación de medidas para la reducción de la demanda del tabaco, 158.000 panameños siguen siendo fumadores [55]. A través de implementar medidas adicionales para la reducción de la demanda del tabaco, o intensificar la implementación de medidas existentes, Panamá puede alinearse mejor con la CMCT de la

OMS y reducir los costos sustanciales a causa del uso del tabaco. A continuación, se presentará el estado de implementación de cada medida para la reducción de la demanda del tabaco, en relación con las recomendaciones de la CMCT de la OMS.

1. Aumentar los impuestos sobre el tabaco para reducir la asequibilidad a los productos de tabaco (artículo 6 del CMCT de la OMS)

En Panamá, los impuestos representan alrededor del 57 % del precio de venta al público de la marca de cigarrillos más vendida [28]. La estructura de los impuestos sobre los productos de tabaco consta de tres impuestos: un arancel de importación del 15 % (en vigor desde 1998), un impuesto sobre el valor añadido (IVA) de importación del 15 % (en vigor desde 2005) basado en el costo, el seguro y el flete (CIF), y un impuesto ad valorem basado en el CIF al 100 % (modificado en 2009) del precio final al consumidor [56]. Desde 2009, el crecimiento de los ingresos ha aumentado, haciendo que los cigarrillos sean más asequibles.⁶ De hecho, se espera que el crecimiento económico en Panamá se sitúe en torno al 6,3 % y el 6,5 % entre 2023 y 2024 [58]. Al 2022, en Panamá no existe un impuesto específico sobre el tabaco.

Existe un amplio margen de acción para alcanzar lo que se considera como un «alto nivel de consecución» en el Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo: que los impuestos indirectos totales representen al menos el 75 % del precio final de venta al público [57]. En términos del diseño de impuestos al tabaco, la OMS hace una serie de recomendaciones, incluyendo que los Gobiernos se deberían basar en impuestos específicos sobre el tabaco para incrementar el precio final de estos o en un sistema mixto que se apoya más en el componente específico que del componente ad valorem, aumenten los impuestos al tabaco de forma significativa para reducir la asequibilidad (es decir, los aumentos de precios son mayores que los aumentos de ingresos)⁷ y ajusten automáticamente los impuestos específicos en función de la inflación y el crecimiento de los ingresos [59], [60].

En 1995, la Ley 45 estableció que la base imponible del impuesto sobre los cigarrillos representaba el 32,5 % del precio final de venta al público [43]. En

6 Tras la aplicación de la Ley 69 en 2009, que aumentó los impuestos, la industria aumentó los precios, minimizando el impuesto total como porcentaje del precio al por menor. Como prueba de ello, en 2010 el impuesto total era del 59% de la marca de cigarrillos más vendida, porcentaje que disminuyó al 57% en 2012 y no ha cambiado desde entonces [57].

7 Un indicador común para medir la asequibilidad es el porcentaje del PIB per cápita necesario para comprar 100 paquetes de 20 cigarrillos en un año determinado [59].

2009, mediante el artículo 28 de la Ley 69, el impuesto sobre los cigarrillos pasó del 32,5 % al 100 % del precio de venta (declarado por el productor nacional o el importador del Ministerio de Economía y Finanzas), con un mínimo de 1,50 PAB por cajetilla y 0,50 PAB para los puros u otros productos de tabaco [61]. El tabaco también está disponible en las tiendas duty-free de los aeropuertos [62]. Desde esta reforma en 2009, no ha habido reformas adicionales al impuesto al tabaco en Panamá.

El Global Cigarette Scorecard (sistema de puntuación global de los cigarrillos), que evalúa el desempeño de la política fiscal de los países en materia de cigarrillos, dio a Panamá un puntaje de 2,13 sobre un máximo de 5 en 2020. Este puntaje es inferior a la media mundial, a la de la región de las Américas y a la de los países de renta media-alta. Dentro de este Scorecard, Panamá recibió un cero en la categoría sobre el «cambio en la asequibilidad» y el puntaje general no ha mejorado desde 2014 [63].

El caso de inversión examina el impacto de aumentar los impuestos sobre los cigarrillos hasta los niveles considerados como «alto nivel de consecución» en el Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021. El modelo consiste en introducir un impuesto específico en 2025 junto con la estructura fiscal actual de Panamá y el aumento del tipo impositivo (véase el anexo metodológico para obtener información detallada). Se obtendrán más beneficios económicos en Panamá con un aumento sustancial de los impuestos sobre todos los productos de tabaco.

2. Crear lugares públicos y laborales libres de humo para proteger a las personas de los efectos nocivos del humo de tabaco (*artículo 8 del CMCT de la OMS*)

El consumo de tabaco y sus productos está prohibido en los siguientes lugares: oficinas públicas y privadas nacionales, provinciales, comarcales y locales; transporte público y en las terminales de transporte (terrestre, marítimo y aéreo); lugares cerrados de acceso público; ambientes públicos y privados, abiertos y cerrados, destinados a actividades deportivas; áreas comunes de los edificios públicos y privados de uso comercial y doméstico; hospitales; ambientes laborales cerrados e instituciones educativas y de salud, públicas y privadas, tal como lo establece el artículo 5 de la Ley 13 de enero de 2008 [53]. En general, el nivel de cumplimiento de las leyes antitabaco es bueno, aunque podría mejorarse el cumplimiento de normas en algunos pubs, bares y restaurantes. Dado que se cumplen los requisitos de las obligaciones que emanan del artículo 8 del CMCT de la OMS y se ha alcanzado un nivel de aplicación aceptable, esta intervención no se modela en el caso de inversión.

3. Exigir que el empaquetado del tabaco lleve advertencias sanitarias gráficas que describan los efectos nocivos del consumo de tabaco (*artículo 11 del CMCT de la OMS*)

Panamá está cumpliendo con la obligación contraída en virtud del artículo 11 del CMCT de la OMS en relación con las advertencias sanitarias. Las advertencias sanitarias son obligatorias para los cigarrillos y cubren el 50 % de las áreas principales de exposición delantera y trasera. Se ha aprobado la circulación de cinco advertencias sanitarias que describen los efectos nocivos del tabaco para la salud, incluyen una foto o gráficas en cada ronda y están disponibles en español, idioma oficial del país [57]. Las advertencias sanitarias también son obligatorias en otros productos fumados de tabaco y para los productos de tabaco sin humo y deben cubrir el 50 % de las zonas principales de exposición en la parte delantera y trasera del paquete [64]. Dado que se cumplen los requisitos de las obligaciones que emanan del artículo 11 del CMCT de la OMS y se ha alcanzado un nivel de aplicación aceptable, esta intervención no se modeló en el caso de inversión.

4. Aplicar el empaquetado neutro de los productos de tabaco (*directrices del CMCT de la OMS para la aplicación del artículo 11 y directrices del CMCT de la OMS para la aplicación del artículo 13 del CMCT de la OMS*)

Aunque se realizaron esfuerzos para aplicar el empaquetado neutro de los productos de tabaco, actualmente no es obligatorio en Panamá. Se propuso un proyecto de ley que incluía el empaquetado sencillo y el aumento del tamaño de las advertencias sanitarias del 50 % al 80 %, pero terminó siendo parcialmente vetado por la Presidencia en 2019 [53]. El caso de inversión examina el impacto de aplicar y hacer cumplir los requisitos de empaquetado neutro.

5. Promover y reforzar la concientización pública sobre las cuestiones relacionadas con el control del tabaco, como los riesgos que acarrearán para la salud el consumo de tabaco y el humo de tabaco, la adicción y los beneficios de dejar de fumar (*artículo 12 del CMCT de la OMS*)

Debido en parte a las dificultades planteadas por la pandemia del coronavirus (COVID-19), no se realizaron campañas nacionales contra el tabaquismo en los medios de comunicación entre el 1 de julio de 2018 y el 30 de junio de 2020 que duraron al menos tres semanas [65]. Sin embargo, en 2022, el Ministerio de Salud de Panamá informó que sus actividades de extensión escolar incluían un enfoque en nuevos productos de tabaco. Panamá ha implementado previamente campañas

de concientización En 2013 Panamá lanzó una campaña de concientización pública de un año de duración difundida por la radio, la televisión y la prensa escrita. Desde 2014, se plantea una campaña similar. También se ofrecen directrices para que los propietarios de los establecimientos entiendan la normativa de control del tabaco [53]. Además, hay formaciones y programas de concientización sobre el control del tabaco dirigidos a trabajadores de la salud, trabajadores comunitarios, trabajadores sociales, profesionales de los medios de comunicación, educadores, tomadores de decisiones y administradores, entre otros [53]. Funcionarios del gobierno también informan que utilizan campañas en los medios para aumentar la conciencia sobre los peligros del consumo de tabaco en comunidades indígenas como Guna Yala.

A partir de 2014, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) ha sido un aliado clave del Ministerio de Salud y la Comisión Nacional para el Control del Tabaco en lo que se refiere a campañas de concientización dirigidas a jóvenes y adolescentes. Sobre la base de esta relación de larga data, el UNFPA ha desarrollado una serie de recursos pedagógicos como juegos de cartas, videojuegos, rompecabezas y rotafolios para ayudar a sensibilizar a los jóvenes y los niños sobre los peligros del consumo de tabaco y disuadir a la población joven de consumir tabaco desde temprana edad [66], [67]. De hecho, el Servicio de Salud Amigable para Adolescentes, una oferta institucional del MINSA para este grupo etario, cuenta con un Programa de Prevención del Tabaquismo desde 2018. Este programa es posible gracias a un convenio entre el Ministerio de Salud y UNFPA, que cuenta con el apoyo técnico de la Comisión Nacional para el Control del Tabaco. Control (CNCT) y el Programa de Niñez y Adolescencia de la SESAL. [67].

El caso de inversión examina el impacto de iniciar una campaña antitabaco en los medios de comunicación a nivel nacional, en la que se investigue y pruebe con un público objetivo y que se evalúe para conocer su impacto.

6. Decretar y hacer cumplir una prohibición total de todas las formas de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco (TAPS) (artículo 13 del CMCT de la OMS)

En Panamá existe una amplia prohibición de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco (TAPS), que prohíbe todas las formas de publicidad, directa e indirecta, por lo que cumple con los criterios del CMCT de la OMS. En Panamá está prohibida la publicidad del tabaco en los puntos de venta; en internet; en la televisión, la radio, las revistas y los periódicos, nacionales e internacionales; y

en las vallas publicitarias y la publicidad exterior. Esto se suma a la prohibición de la publicidad indirecta del tabaco, que incluye la distribución gratuita de productos de tabaco, los descuentos promocionales, las marcas y los productos de tabaco en la televisión y el cine, entre otras formas indirectas. También se prohíbe completamente el patrocinio del tabaco en Panamá. Existen sanciones por la violación de las prohibiciones [57].

Las evaluaciones de cumplimiento realizadas por expertos nacionales⁸ indicaron que la prohibición de la TAPS gozaba de un cumplimiento general alto, con un puntaje de 9 sobre 10 [57]. Sin embargo, la Comisión Nacional para el Control del Tabaco identificó la promoción de los productos de tabaco en las plataformas de los medios sociales como un desafío clave y estuvo en contacto con la Autoridad de los Servicios Públicos de Panamá, encargada de regular todos los medios de comunicación [53]. Dado que se cumplen los requisitos que emanan de las obligaciones del artículo 13 del CMCT de la OMS y se ha alcanzado un nivel de aplicación aceptable, esta intervención no se modeló en el caso de inversión.

7. Promover el abandono del tabaco y el tratamiento de la dependencia del tabaco mediante la formación de los profesionales de la salud para que proporcionen un asesoramiento breve para dejar de consumir tabaco (artículo 14 del CMCT de la OMS)

Servicios de apoyo para dejar de fumar, parcialmente subsidiado al usuario, se ofrecen en algunas instalaciones de la red ambulatoria de servicios de salud del MINSA y de la Caja de Seguro Social así como en hospitales [57]. Servicios de apoyo para dejar de fumar también se ofrecen en hospitales de segundo y tercer nivel. En total, hay 56 clínicas en el país especializadas en apoyar el dejar de fumar [68] pero hay una falta de estas en zonas indígenas donde el consumo del tabaco es más prevalente [69], como por ejemplo Guna Yala [70]. Se ha informado sobre disparidades existentes en los servicios de las clínicas para dejar de fumar, ya que funcionarios gubernamentales han mencionado que hay un nivel reducido de recursos disponibles a través de las clínicas de la Caja del Seguro Social en comparación con las administradas por el Ministerio de Salud. En Panamá no existe una línea telefónica gratuita específica para dejar de fumar y, aunque la terapia de sustitución de nicotina (TSN) aparece en la lista de medicamentos esenciales, no está disponible en las farmacias ni en los establecimientos generales. A pesar

8 Cinco expertos nacionales proporcionaron evaluaciones sobre el cumplimiento de las leyes vigentes para el Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo 2021: abordar los productos nuevos y emergentes, entre ellos un alto funcionario gubernamental encargado del control del tabaco, un jefe de una organización no gubernamental que trabaja en el control del tabaco, un profesional de la salud, un académico y un centro de coordinación para el control del tabaco de la oficina de la OMS en el país.

de los esfuerzos del MINSA para que el producto genérico esté disponible en las clínicas para dejar de fumar, esto no ha sido posible al momento de la publicación de este informe.

Si bien la terapia de reemplazo de nicotina no se encuentra disponible en el territorio nacional, hay otros medicamentos para dejar de fumar disponibles con receta, incluidos bupropión y vareniclina, ambos cubiertos en su totalidad por el sistema de salud nacional [65]. Sin embargo, la vareniclina ya no está disponible en el mercado debido a investigaciones regulatorias globales en curso [71]. Los ingresos del impuesto al tabaco se emplean para financiar clínicas para dejar de fumar y medicamentos, aunque los funcionarios del gobierno han mencionado que es un desafío proporcionar recursos a los servicios de cesación del Seguro Social. Panamá también aplicó programas para promover el abandono del tabaco que incorporan la promoción de la salud, la formación y la educación del personal sanitario. Sin embargo, hay margen de mejora en lo que respecta a la derivación, la contratación y la participación [53].

El caso de inversión modela el impacto de la formación de los profesionales sanitarios de atención primaria para que identifiquen a los consumidores de tabaco y proporcionen asesoramiento para dejar de fumar (véase el anexo metodológico para obtener información detallada). Impactos adicionales serían posibles con la implementación de servicios adicionales a fumadores, tal como ofrecer tratamientos especializados para combatir la dependencia al tabaco, una línea telefónica gratuita con cobertura a nivel nacional para apoyar a los que quieren dejar de fumar, servicios de apoyo para dejar de fumar digitales, e incrementar el acceso a farmacoterapias (de forma gratuita al usuario, si es posible).

El **Cuadro 2** resume el estado actual de las medidas de reducción de la demanda del CMCT de la OMS y las compara con el objetivo del CMCT de la OMS para cada medida. Alcanzar los objetivos del CMCT de la OMS puede reducir aún más el consumo de tabaco y sus impactos en el desarrollo. El impacto de cada medida política —individualmente y de forma combinada— se describe en el **Cuadro A4 del Anexo**.

Cuadro 2: resumen del estado actual de las medidas de reducción de la demanda del CMCT de la OMS en Panamá y objetivos de aplicación modelados de acuerdo con el Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021 [57]

Política de control del tabaco	Referencia de Panamá*	Meta de aplicación modelada
<p>Aumentar los impuestos sobre el tabaco para reducir la asequibilidad a los productos de tabaco (<i>artículo 6 del CMCT de la OMS</i>)</p>	<p>Cuota impositiva equivalente al 57 % del precio de venta al público de la marca de cigarrillos más vendida.</p>	<p>Introducir un impuesto selectivo específico (además del impuesto ad valorem existente) y aumentar las tasas impositivas totales sobre los cigarrillos a por lo menos el 75 % del precio minorista. Implementar aumentos regulares de impuestos para superar la inflación y el crecimiento de los ingresos.</p>
<p>Aplicar el empaquetado neutro de los productos de tabaco (<i>directrices del CMCT de la OMS para la aplicación del artículo 11 y directrices del CMCT de la OMS para la aplicación del artículo 13 del CMCT de la OMS</i>)</p>	<p>En la actualidad no existen obligaciones de empaquetado neutro.</p>	<p>Aplicar y hacer cumplir el empaquetado neutro de los productos de tabaco.</p>
<p>Promover y reforzar la concientización pública sobre las cuestiones relacionadas con el control del tabaco, como los riesgos que acarrearán para la salud el consumo de tabaco y el humo de tabaco, la adicción y los beneficios de dejar de fumar (<i>artículo 12 del CMCT de la OMS</i>)</p>	<p>Recientemente, no se realizó ninguna campaña en los medios de comunicación a nivel nacional.</p>	<p>Aplicar una campaña antitabaco a nivel nacional en los medios de comunicación en la que se investigue y pruebe con un público determinado y que se evalúe para conocer su impacto.</p>
<p>Promover el abandono del tabaco y el tratamiento de la dependencia del tabaco mediante la formación de los profesionales de la salud para que proporcionen un asesoramiento breve para dejar de consumir tabaco (<i>artículo 14 del CMCT de la OMS</i>)</p>	<p>En Panamá se ofrece un servicio de apoyo para dejar de fumar que está parcialmente cubierto. No hay una línea telefónica gratuita específica a nivel nacional para dejar de fumar y no se dispone de la TSN.</p>	<p>Aumentar la cobertura de los servicios aumentando la formación de los profesionales sanitarios para que identifiquen a los consumidores de tabaco y proporcionen asesoramiento para dejar de fumar, y ampliando la prestación de servicios para dejar de fumar en el nivel de atención primaria.</p>

Fuente: el Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021 [57].

2.4 El consumo de tabaco y la pandemia de COVID-19

La pandemia mundial de COVID-19 puso a prueba los sistemas sanitarios de todo el mundo, y el impacto económico del brote fue descomunal. Según la OMS, las evidencias indican que los fumadores tienen más probabilidades de sufrir consecuencias de la COVID-19 más graves, como el ingreso en unidades de cuidados intensivos y la muerte, que quienes nunca han fumado. Además, las formas graves de COVID-19 o las muertes producidas por COVID-19 son más frecuentes en personas con comorbilidades relacionadas con el consumo de tabaco, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el cáncer de pulmón y las enfermedades cardiovasculares [72]. Además, está demostrado que el consumo de tabaco también agrava los efectos de otras enfermedades transmisibles como la tuberculosis y el VIH [73]. En Panamá, la pandemia de COVID-19 desencadenó algunos llamamientos para reforzar el control del tabaco. Durante la pandemia se ofreció asesoramiento telefónico [53] para dejar de fumar y se estableció un centro de llamadas denominado ROSA (Sistema de Respuesta Operativa de Salud automática) para facilitar el tratamiento de los pacientes con COVID-19, que también incluía asesoramiento para dejar de fumar y orientación. [53].

2.5 Actores clave en el control del tabaco

Tras el debate con las partes interesadas durante el desarrollo del caso de inversión, se identificaron muchos actores clave en Panamá con funciones importantes en el control del tabaco. Entre ellos se encuentra el Ministerio de Salud de Panamá (MINSA), que lleva a cabo la vigilancia y el control del tabaco mediante el seguimiento de los logros y el éxito de los proyectos relacionados. El Ministerio de Economía y Finanzas comparte información con el MINSA y otras entidades relacionadas con el mercado y el comercio del tabaco, cotejando los datos relativos a la fiscalidad del tabaco. La Autoridad Nacional de Aduanas (ANA) es un socio estratégico para el éxito del control del tabaco en Panamá. La ANA comparte información como las inspecciones de productos, las incautaciones, la destrucción de productos de tabaco, así como el comercio legal de tabaco, la importación y la exportación.

La institución pública de seguridad social, la Caja del Seguro Social, suministra información relacionada con el tratamiento y la rehabilitación del consumo de tabaco a través del sistema electrónico, así como la morbilidad y la mortalidad asociadas al tabaco.

El Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud (ICGES) es una institución de investigación científica para la salud pública con el objetivo de orientar las políticas e intervenciones sanitarias. El ICGES es una de las entidades más destacadas de Panamá en materia de consumo de tabaco. El instituto, en conjunto con el MINSA y el Instituto Nacional de Estadística y Censo gestionan las investigaciones sobre tabaco, desde encuestas sobre el consumo de tabaco (por ejemplo, GATS, GYTS y encuestas nacionales) hasta la investigación

relacionadas con la aplicación de regulaciones, advertencias, sanciones, publicidad, y promoción y patrocinio de productos de tabaco, así como el mercado y el comercio. [74].

La sociedad civil apoyó muchos de los logros del control del tabaco en América Latina y el Caribe [75]. La principal organización de la sociedad civil en Panamá, formada en 2006, es la Coalición Panameña para el Control del Tabaco, (COPACET), que forma parte del Consejo Nacional para la Salud sin Tabaco establecida por el gobierno [76] y está representada por reconocidos profesionales del control del tabaco en Panamá. La organización tiene un papel activo en el control del tabaco en el país y trabaja en estrecha colaboración con el gobierno [77].

2.6 Financiamiento

Se prevé que Panamá alcance una tasa de crecimiento del PIB del 6,5 % en 2022 y siga creciendo al 5 % en 2023 y 2024, una de las tasas de crecimiento económico más fuertes de la región de América Latina y el Caribe [78]. El presupuesto anual para el control del tabaco reportado en 2018 fue de 13,7 millones de PAB (13,7 millones de dólares). Si bien esta cifra es superior a la de otros países de renta media-alta de la región, es inferior a la de Costa Rica, con un presupuesto de 49,7 millones de dólares para el control del tabaco [57].

Panamá utiliza los impuestos sobre el tabaco para financiar acciones de control del tabaco, considerando que, la mitad de la recaudación del impuesto al tabaco se destina a la «promoción de la salud pública, prevención, vigilancia y control de tabaco», el 20 % se asigna al Instituto Oncológico Nacional, el 20 % al Ministerio de Salud y el 10 % a la Autoridad de Aduanas (para combatir el contrabando) [25]. En 2018, el total impuestos sobre el tabaco recaudados en todos los productos de tabaco fue de alrededor de 24.6 millones de PAB.⁹

2.7 Comercio internacional e ilícito

Panamá está muy involucrada en el comercio internacional y en la inversión extranjera directa dada su posición geográfica, el acceso del Canal de Panamá y las zonas de libre comercio [79]. Se calcula que el canal contribuye en un 17 % a los ingresos del Gobierno [80] y en un 6 % al PIB [81].

Panamá tiene acuerdos de libre comercio con El Salvador, Singapur, Chile, Costa Rica, Honduras, Guatemala, Nicaragua, Perú, Estados Unidos, Canadá, Islandia, Noruega, Suiza, Liechtenstein, México, Corea del Sur e Israel [82]. En julio de 2018, Panamá inició las negociaciones para un acuerdo bilateral de libre comercio con China [83] y a partir de 2022, Panamá es el mayor socio comercial de China en América Central, y China es el segundo

⁹ Autoridad Nacional de Aduanas. Distribución de los montos pagados del impuesto selectivo al consumo de importaciones de tabaco y sucedáneos de acuerdo a la ley 69 de 2009, Capítulo 24- siguientes [61]. Del 1 de enero al 13 de diciembre de 2018.

mayor usuario del Canal de Panamá [84]. Panamá alberga la Zona Libre de Colón, la principal zona de libre comercio del hemisferio occidental, a la que acceden más de 3.000 empresas [85]. Si bien las zonas francas ofrecen a las empresas servicios comerciales especializados, así como incentivos fiscales [86], también pueden estar vinculadas al comercio ilícito [87].

Las zonas de libre comercio de Panamá están vinculadas con la venta de cigarrillos ilegales en toda América Latina. Se confiscaron grandes cantidades de cigarrillos ilegales en Colombia, Brasil y otros países de América Latina, y se identificó a Panamá como el principal centro regional de comercio ilícito. En 2020, las autoridades panameñas incautaron de 28 contenedores de cigarrillos ilegales antes de que fueran enviados a otros países [88]. La Cámara de Comercio de Colón identificó la debilidad de la regulación y de la aplicación de la ley como factores clave que permiten a las empresas abusar de las normas de la zona de libre comercio con escasas repercusiones [88].

El comercio ilícito de productos de tabaco supone una grave amenaza para la salud pública. El comercio ilícito aumenta la accesibilidad y asequibilidad de los productos de tabaco, lo que alimenta la epidemia de tabaquismo y socava las políticas y medidas establecidas para el control del tabaco. También acarrea pérdidas notables en los ingresos públicos y, al mismo tiempo, contribuye a la financiación de actividades delictivas transnacionales [89].

Según el último informe del GATS en Panamá, el 36 % de los fumadores actuales de cigarrillos compran cigarrillos ilegales, y el 45 % de los fumadores jóvenes de 15 a 19 años compran cigarrillos ilegales [27]. Si bien el tabaco ilícito es un asunto crucial en Panamá, la industria tabacalera exagera la magnitud del problema en un esfuerzo por frenar el éxito del control del tabaco (por ejemplo, el aumento de los impuestos al tabaco) [25]. A pesar de las afirmaciones de la industria tabacalera, los cambios en los niveles de comercio ilícito de tabaco están muy poco relacionados con los cambios en los impuestos sobre el tabaco. El aumento de los impuestos sobre el tabaco no conduce necesariamente a un mayor contrabando de tabaco, como demuestran múltiples estudios y los países pueden reducir el comercio ilícito al fortalecer la administración y la aplicación de impuestos al tabaco [90].

El Gobierno de Panamá ha realizado esfuerzos para combatir el comercio ilícito de tabaco. El Protocolo incluye regulaciones sobre el comercio de tabaco en las zonas francas [87]. Además, Panamá endureció las restricciones impuestas al comercio ilícito, considerándolo como una actividad delictiva [91]. El Protocolo se elaboró en respuesta al creciente comercio ilícito de productos de tabaco, a menudo transfronterizo. Una resolución emitida en 2019 establece los requisitos para que las empresas que comercian (importación, venta, comercialización, exportación y reexportación) con tabaco y productos derivados del tabaco obtengan un permiso especial en la Zona Libre de Colón [92].

2.8 Presencia de la industria tabacalera e interferencia en la elaboración de políticas

Las principales empresas tabacaleras en Panamá son British American Tobacco Caribbean & Central America, con el 54 % de la cuota de mercado de cigarrillos, y Philip Morris Panamá con el 23 % de la cuota de mercado [93]. En 2014 se produjeron 2849 toneladas métricas de tabaco en Panamá. El cultivo de tabaco es una pequeña fracción de la agricultura en Panamá; solo el 0,07 % de los terrenos agrícolas se dedican al cultivo de tabaco [94].

Panamá recibió un puntaje de 46 en el *Índice mundial de interferencia de la industria tabacalera*¹⁰ y ocupa el puesto 17 de 90 países [44]. Según este Índice, la Asamblea Nacional es la más vulnerable a las interferencias de la industria del tabaco. La aprobación de proyectos de ley sin la revisión de la sociedad civil o de las autoridades sanitarias dio lugar a acusaciones de interferencia a través de medios ilegales [93]. La industria tabacalera también pudo participar en los debates de los proyectos de ley, ya que así lo permiten las diferentes comisiones de la Asamblea Nacional [93].

La industria tabacalera también llevó a cabo actividades de responsabilidad social corporativa (RSC), incluso en las escuelas. Las tabacaleras Philip Morris y British American Tobacco participaron en el «Programa de Liderazgo de Directores de Escuelas», «Programa Reconocimiento Liderazgo Sostenible» y «Día del Voluntario AmCham-AACCLAA» de la Cámara Americana de Comercio e Industrias (AmCham) de Panamá [93]. Además, el Código Electoral no prohíbe expresamente las donaciones de la industria del tabaco a las campañas políticas. Aunque las reformas solicitan la divulgación de los donantes en las campañas, no prohíben explícitamente las donaciones procedentes de la industria tabacalera [44].

Para proteger la política de salud pública en Panamá, se adoptaron varias resoluciones que limitan la interacción de los funcionarios de salud con la industria del tabaco. En 2016, se aprobó la Resolución 2175 de 2016 por la que se prohíbe que cualquier miembro de la Comisión Nacional de Control del Tabaco tenga nexos con la industria tabacalera tres años antes y después de su nombramiento, y se exigía a los miembros de la Comisión que firmaran una declaración de conflictos de intereses. Esta Resolución incluía también otras medidas específicas para regular las interacciones de la Comisión con la industria tabacalera [95]. En 2018, el Decreto Ejecutivo 178 modificó las disposiciones que rigen las interacciones del Consejo Nacional para la Salud sin Tabaco con la industria tabacalera [52].

10 El Índice mundial de interferencia de la industria tabacalera mide los esfuerzos realizados por los Gobiernos para hacer frente a la interferencia de la industria del tabaco: Se puede acceder a él en <https://globaltobaccoindex.org/es>

En 2019, en virtud del Decreto Ejecutivo 237 se creó la Comisión Interinstitucional con objeto de aplicar el Protocolo para la Eliminación del Comercio Ilícito de Productos de Tabaco [96]. Está encabezada por la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Salud y la Autoridad de Aduanas para coordinar el desarrollo de políticas y estrategias nacionales para la aplicación del Protocolo en Panamá. Además, como se mencionó en las entrevistas realizadas durante el desarrollo del caso de inversión, el Ministerio de Relaciones Exteriores exige que todos los miembros de la Comisión de la Conferencia de las Partes del CMCT de la OMS firmen una declaración de conflictos de intereses.

Photo: © [Flickr.com](https://www.flickr.com/photos/panama-city/)



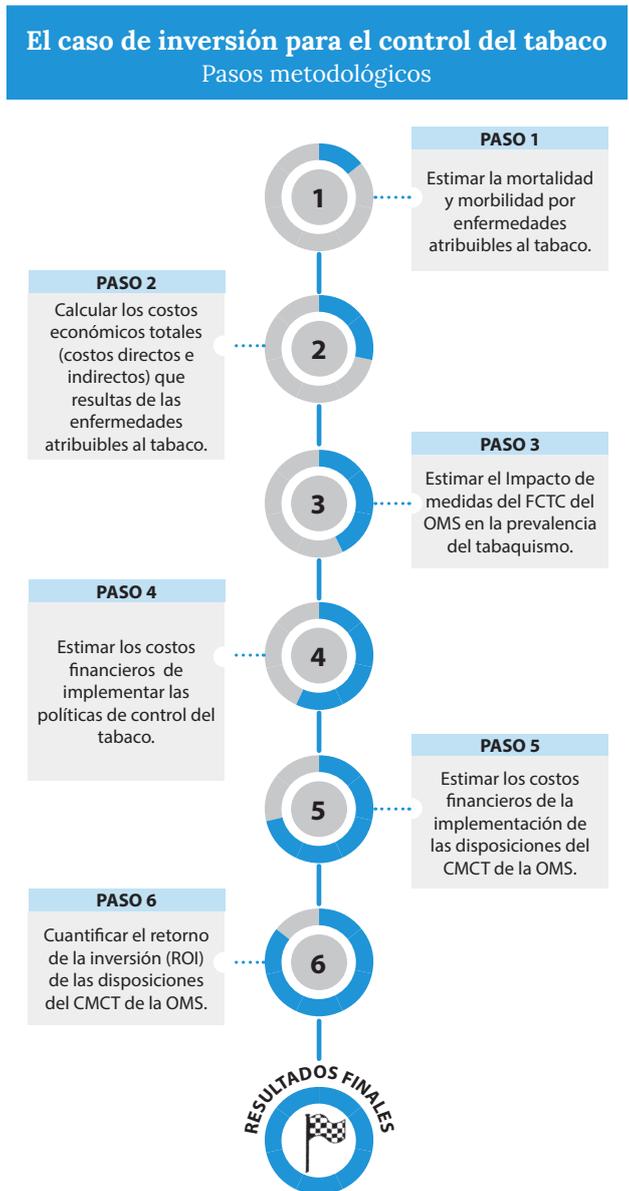
3. Metodología

El objetivo del caso de inversión es cuantificar la carga sanitaria y económica actual del consumo de tabaco en Panamá (en el contexto de las medidas del CMCT de la OMS actualmente en vigor), y estimar el impacto que tendría la aplicación de nuevas medidas del CMCT de la OMS —o el fortalecimiento de las existentes— en la reducción de esta carga.

Se desarrolló un modelo estático para realizar el caso de inversión y realizar los pasos metodológicos de la **Figura 2**. Esta metodología se ha utilizado en casos a favor de la inversión en medidas del CMCT de la OMS previos realizados en otros países en el marco del proyecto FCTC 2030. Las herramientas y los métodos utilizados para llevar a cabo estos pasos se describen en el anexo de este informe. Los lectores interesados pueden consultar el Anexo Técnico de este informe¹¹ para obtener una explicación más detallada de la metodología.

El equipo detrás del caso de inversión trabajó con el Ministerio de Salud y otras partes interesadas en Panamá para recopilar datos nacionales para el modelo. En los casos en que no se disponía de datos del Gobierno o de otras fuentes del país, el equipo utilizó datos nacionales, regionales y mundiales públicos de fuentes como la OMS, la base de datos del Banco Mundial, el estudio de la Carga Mundial de Morbilidad (CMM) del Institute for Health Metrics and Evaluation (Instituto de Métrica y Evaluación de la Salud) (IHME) y la literatura académica. En el caso de inversión, los costos y los beneficios monetizados se presentan en balboas panameñas (PAB) constantes de 2020 y se descuentan a una tasa anual del 5 %.

Fig. 2: Desarrollo del Caso de Inversión



11 Disponible previa petición.

4. Resultados

4.1 La carga actual del consumo de tabaco: costos sanitarios y económicos¹²

En el 2019, se estima que el consumo de tabaco causó 1384 muertes en Panamá, de las cuales el 38 % fueron prematuras, es decir, se produjeron entre menores de 70 años [97]. Estas muertes equivalen a 24039 años de vida perdidos, que son años productivos desperdiciados durante los cuales muchas de esas personas habrían contribuido a la fuerza laboral [97]. Al monetizar los años de vida perdidos (YLL, por sus siglas en inglés) por el consumo de tabaco aplicando una estimación del valor de un año de vida estadístico (VSLY, por sus siglas en inglés) a cada año de vida perdido, el caso de inversión identifica pérdidas por valor de 309 millones de PAB como consecuencia de la mortalidad atribuible al tabaco.

Aunque los costos por mortalidad atribuible al tabaco son elevados, las consecuencias del consumo de tabaco comienzan mucho antes de la muerte. Cuando las personas padecen enfermedades atribuibles al tabaco (por ejemplo, enfermedades cardiovasculares, afecciones respiratorias, diabetes y cánceres), se requiere una costosa atención médica para tratarlas. El gasto en tratamiento médico de las enfermedades causadas por el tabaquismo costó al Gobierno 52 millones de PAB y provocó que los ciudadanos panameños incurrieran en un gasto sanitario directo de 22 millones de PAB. Los seguros privados y las instituciones sin fines de lucro que atienden a los hogares gastaron 4,9 millones de PAB en el tratamiento de enfermedades atribuibles al tabaco en 2019. En total, los gastos sanitarios atribuibles al tabaquismo ascendieron a 78 millones de PAB.

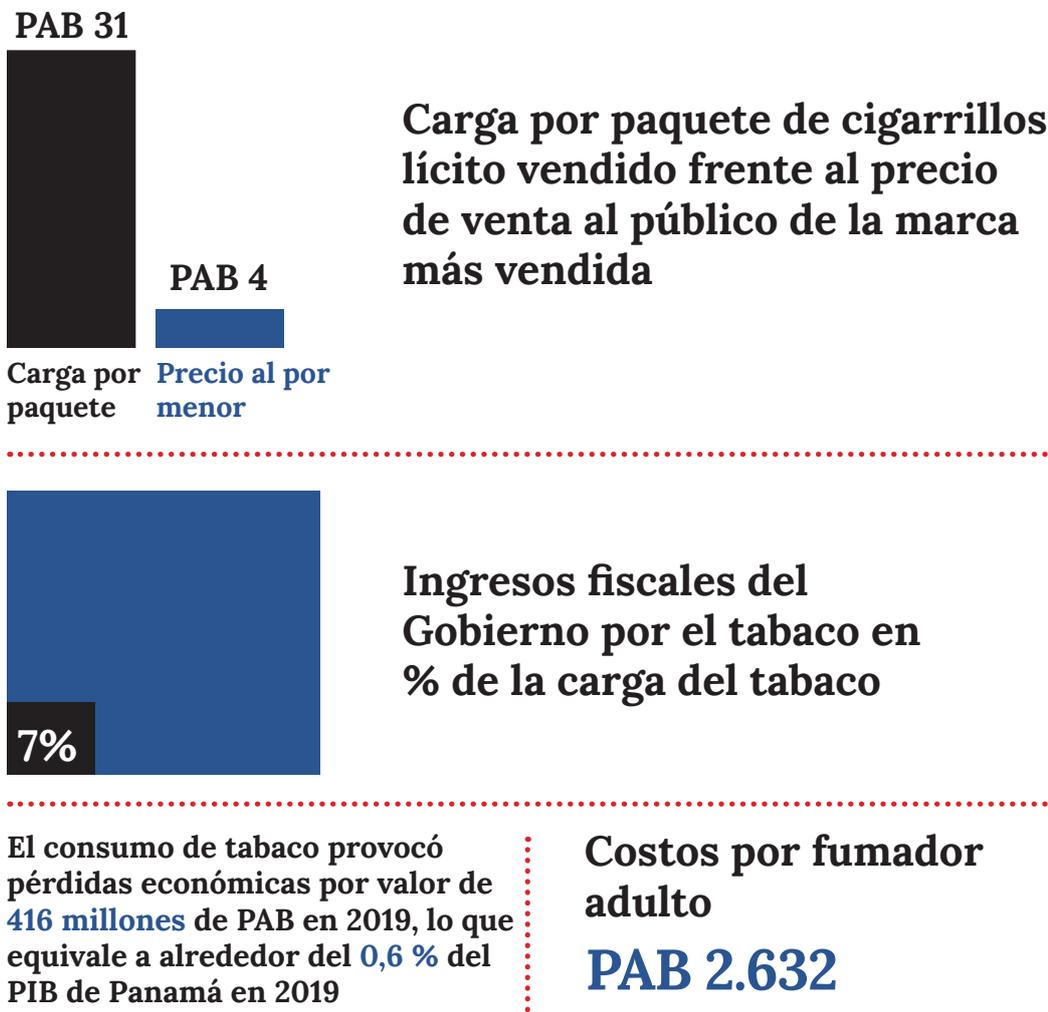
Además de los costos sanitarios, cuando las personas enferman, es más probable que pierdan días de trabajo (absentismo) o que sean menos productivas en el trabajo (presentismo). En 2019, el costo del exceso de absentismo por enfermedades relacionadas con el tabaco fue de 7,8 millones de PAB, y el costo del presentismo por fumar cigarrillos fue de 21 millones de PAB.

En total, el consumo de tabaco provocó pérdidas económicas por valor de 416 millones de PAB en 2019, lo que equivale a alrededor del 0,6 % del PIB de Panamá en 2019. En la **Figura 3** se resume la carga actual del consumo de tabaco y contextualiza las pérdidas. La carga del consumo de tabaco supera los ingresos que el Gobierno recauda actualmente

12 Al evaluar la «carga actual» del consumo de tabaco, los costos económicos de la mortalidad atribuible al tabaco incluyen el costo de las muertes producidas por cualquier forma de exposición al tabaco (incluidos el tabaquismo, el humo ajeno y el uso de otros tipos de productos de tabaco). Solo se calculan los costos atribuibles a fumar (no los atribuibles al tabaco) para los gastos sanitarios, el absentismo y el presentismo. Aunque otras formas de tabaco también pueden causar pérdidas en estas categorías, no hay datos disponibles para determinar con precisión dichas pérdidas.

por los impuestos a los productos del tabaco. Las pérdidas económicas atribuibles al tabaco son aproximadamente 14 veces mayores que los ingresos recaudados por el Gobierno provenientes de impuestos al tabaco. Las pérdidas económicas por cajetilla de cigarrillos lícita vendida son de aproximadamente 31 PAB, lo que supera al valor financiero, representados por el precio de la cajetilla, que se acumulan en la cadena de valor para los cultivadores, los fabricantes, los vendedores, otros actores de la cadena de suministro y el Gobierno (a través de los impuestos). Los costos por fumador adulto ascienden a 2632 PAB. Dado el dominio que ejercen las empresas multinacionales en el comercio del tabaco y los altos márgenes de beneficio de los cigarrillos, gran parte de los beneficios de las ventas de tabaco en Panamá salen del país para acabar en los bolsillos de accionistas internacionales.

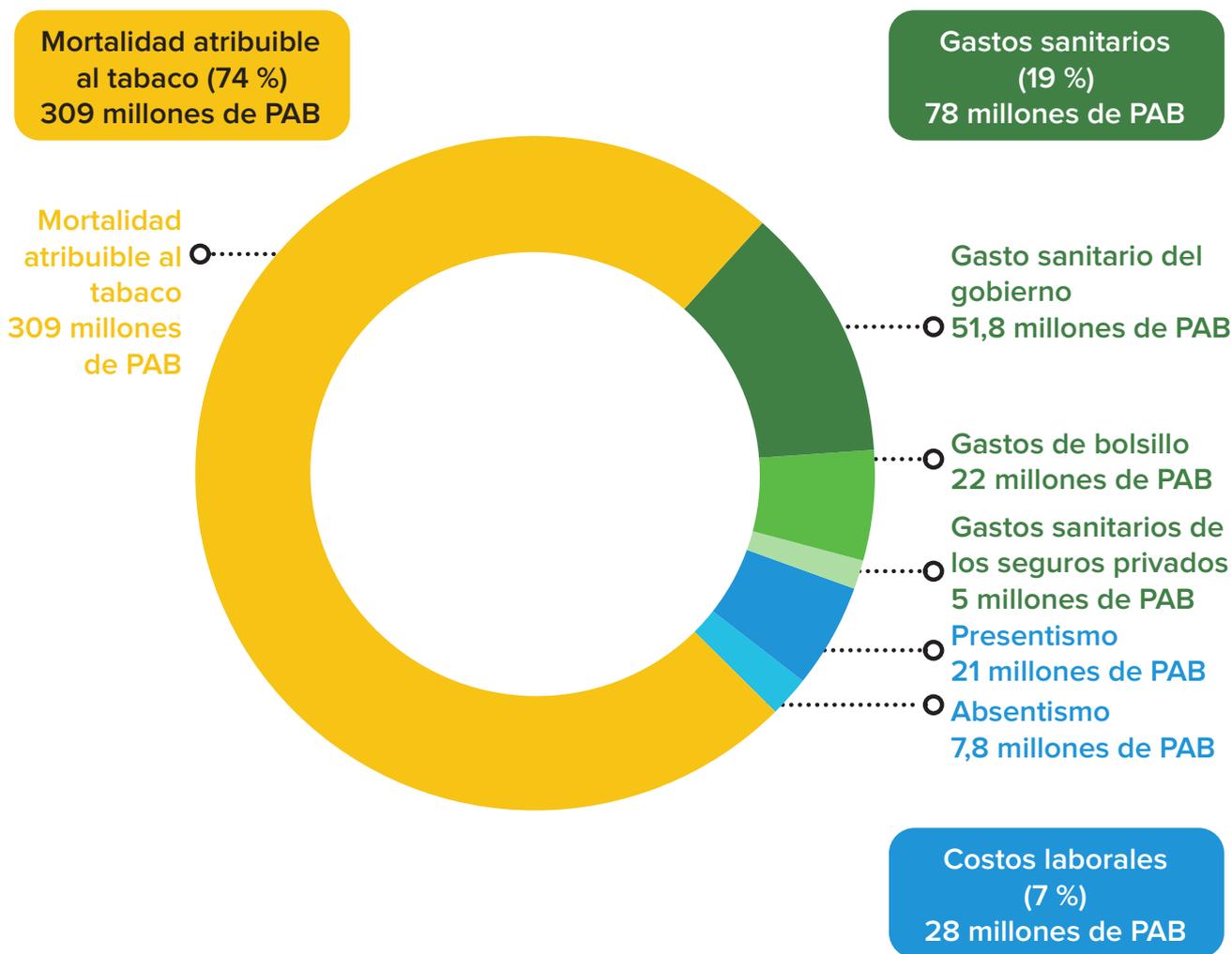
Fig. 3: Contextualización de la carga del consumo de tabaco Panamá¹³



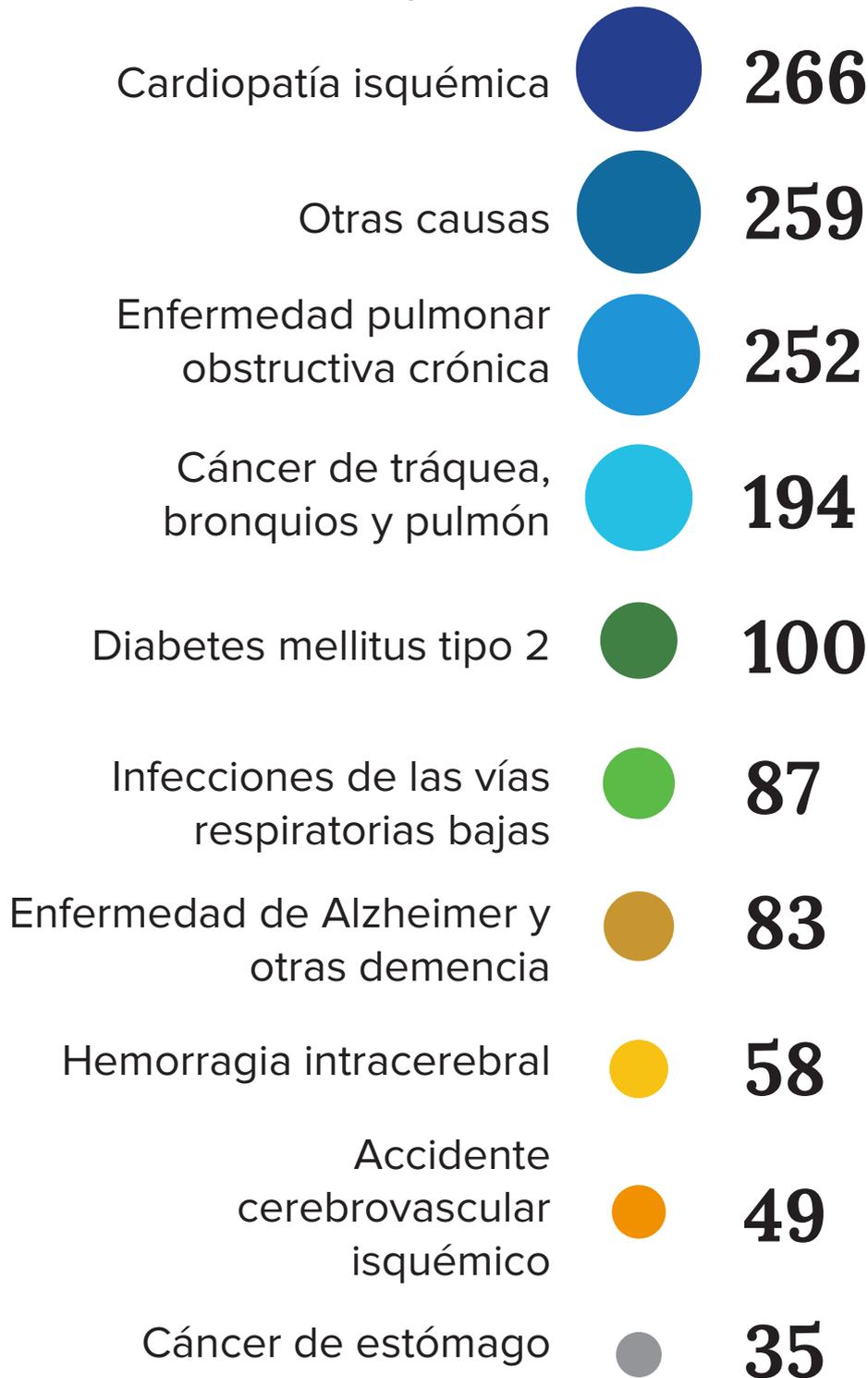
13 La comparación de los ingresos fiscales se ofrece como contexto y no pretende sugerir que los impuestos deban aumentarse hasta niveles que igualen los ingresos con la carga del tabaco. El dato de los ingresos fiscales del tabaco (30800 millones de PAB en 2019) fue facilitado por el Ministerio de Salud durante el proceso de recopilación de datos del caso de inversión. El precio de venta al público de la marca más vendida procede del Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo 2021 [57]. El número de cajetillas de cigarrillos lícitas vendidas (2,2 millones) se calculó dividiendo los ingresos totales por impuestos especiales entre el impuesto especial por cajetilla de cigarrillos, según el informe de la OMS de 2021.

En la **Figura 4** se desglosa la parte de la carga atribuible a la mortalidad como consecuencia del tabaco, los costos laborales y los costos sanitarios. Las **Figuras 5 y 6** ilustran las pérdidas sanitarias anuales que se producen por el consumo de tabaco.

Fig. 4: Desglose de la parte del costo de la mortalidad atribuible al tabaco, los costos laborales y los costos sanitarios en Panamá (millones de PAB), 2019*

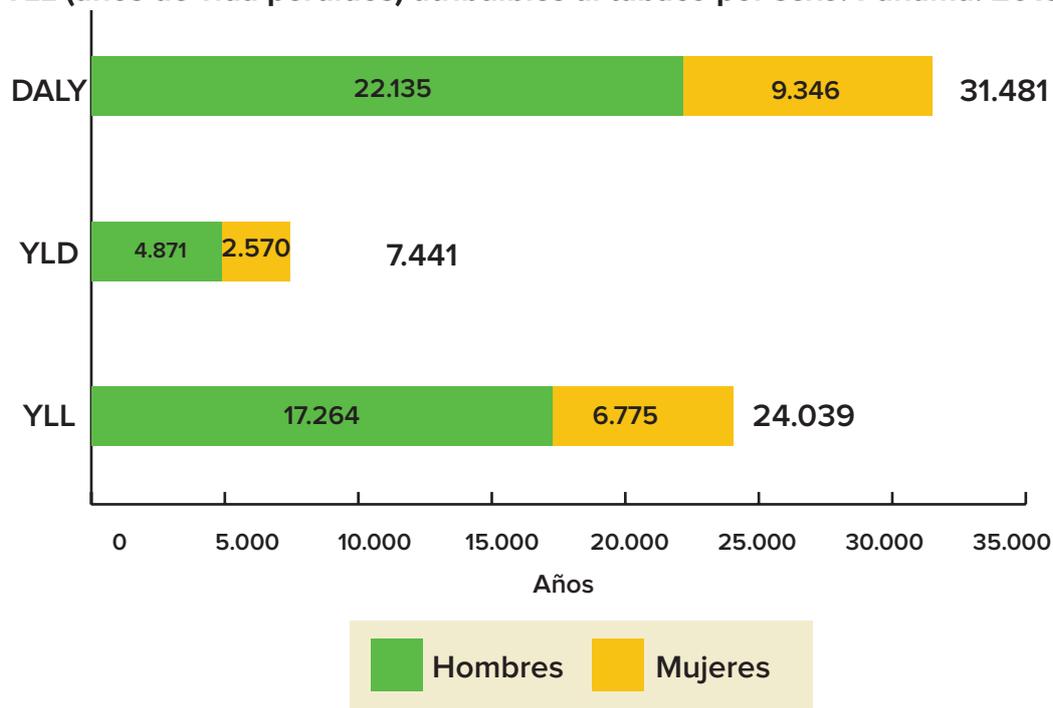


*Cifras sujetas a redondeo.

Fig. 5: Muertes atribuibles al tabaco por enfermedad en Panamá, 2019

Fuente: Los resultados proceden de la herramienta de resultados de la Carga Mundial de Morbilidad del IHME. Otras causas son el cáncer de colon y recto, el cáncer de laringe, el cáncer de cuello uterino, el cáncer de páncreas, el aneurisma de aorta, la tuberculosis, la hemorragia subaracnoidea, la leucemia, el cáncer de esófago, el cáncer de próstata, el cáncer de hígado, el cáncer de vejiga, el cáncer de labio y cavidad oral, otros cánceres de faringe, el cáncer de mama, el cáncer de riñón, enfermedades arteriales periféricas, enfermedad de úlcera péptica, asma, fibrilación y aleteo auricular, el cáncer de nasofaringe y enfermedades de la vesícula biliar.

Fig. 6: DALY (años de vida ajustados por incapacidad), YLD (años vividos con incapacidad) e YLL (años de vida perdidos) atribuibles al tabaco por sexo. Panamá. 2019*



*Años de vida ajustados por discapacidad (DALY): es una métrica universal que permite comparar poblaciones y condiciones de salud muy diferentes a lo largo del tiempo. Los DALY equivalen a la suma de los años de vida perdidos (YLL) y los años vividos con discapacidad (YLD). Un DALY equivale a un año perdido de vida saludable. Los años de vida perdidos (YLL) son años perdidos debido a la mortalidad prematura. Los años vividos con discapacidad (YLD, por sus siglas en inglés) también pueden describirse como años vividos con una salud inferior a la ideal. Se mide multiplicando la prevalencia de la afección por el peso de la discapacidad para esa afección [98].

4.2 Aplicación de medidas de políticas públicas que reduzcan la carga del consumo de tabaco

El CMCT de la OMS sirve de marco para las medidas de control del tabaco que deben aplicar las Partes a nivel nacional e internacional para reducir de forma continua y notable la prevalencia del consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco. Mediante la plena aplicación de las medidas de control del tabaco que contempla el CMCT de la OMS, Panamá puede obtener importantes beneficios sanitarios y económicos, y empezar a reducir las pérdidas económicas cuantificadas en 416 millones de PAB anuales que se derivan del consumo de tabaco.

En las dos subsecciones siguientes se presentan los beneficios sanitarios y económicos que se obtienen gracias a cuatro medidas clave para el control del tabaco del CMCT de la OMS: 1) aumentar los impuestos sobre el tabaco para reducir la asequibilidad de los productos de tabaco; 2) aplicar el empaquetado neutro de los productos de tabaco; 3) promover y reforzar la concientización pública sobre las cuestiones relacionadas con el control del tabaco, como los riesgos que acarrearán para la salud el consumo de tabaco y el humo de tabaco, la adicción

y los beneficios de dejar de fumar; y 4) promover el abandono del tabaco y el tratamiento de la dependencia del tabaco mediante la formación de los profesionales de la salud para que proporcionen un asesoramiento breve para dejar de consumir tabaco.

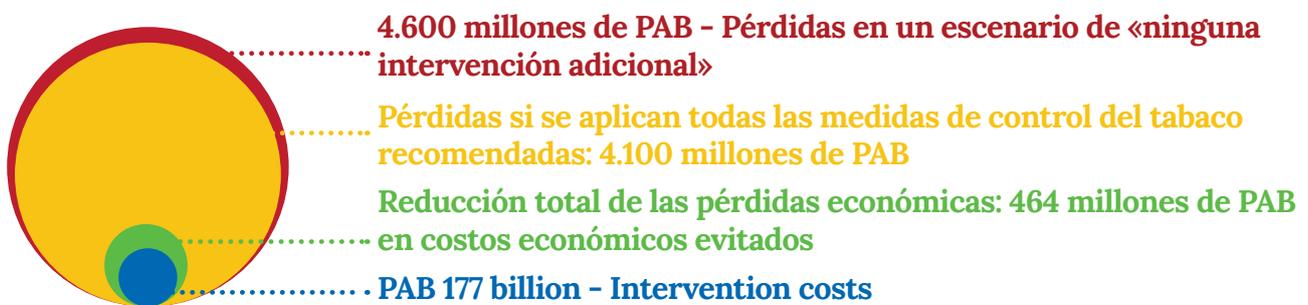
4.2.1 Beneficios para la salud: se salvan vidas

La plena aplicación del CMCT de la OMS en Panamá (que incluye las cuatro medidas indicadas anteriormente) reduciría la prevalencia del consumo de tabaco, lo que supondría importantes beneficios sanitarios para el país. La aplicación del paquete de cuatro medidas políticas clave del CMCT de la OMS en las que se centra este caso de inversión reduciría la prevalencia del consumo de cigarrillos un 20 % (en términos relativos) a lo largo de 15 años, por lo que se salvarían 2.378 vidas entre 2023 y 2037, es decir, unas 159 vidas al año.

4.2.2 Beneficios económicos: evitamos costos

La aplicación del paquete de cuatro medidas clave para el control del tabaco del CMCT de la OMS permitiría a Panamá evitar el 10 % de las pérdidas económicas que se prevé que produzca el consumo de tabaco en los próximos 15 años. La **Figura 7** ilustra el grado en que Panamá puede mitigar las pérdidas económicas en que incurriría con el statu quo.

Fig. 7: Pérdidas económicas relacionadas con el tabaco en el transcurso de 15 años. Panamá. 2023-2037

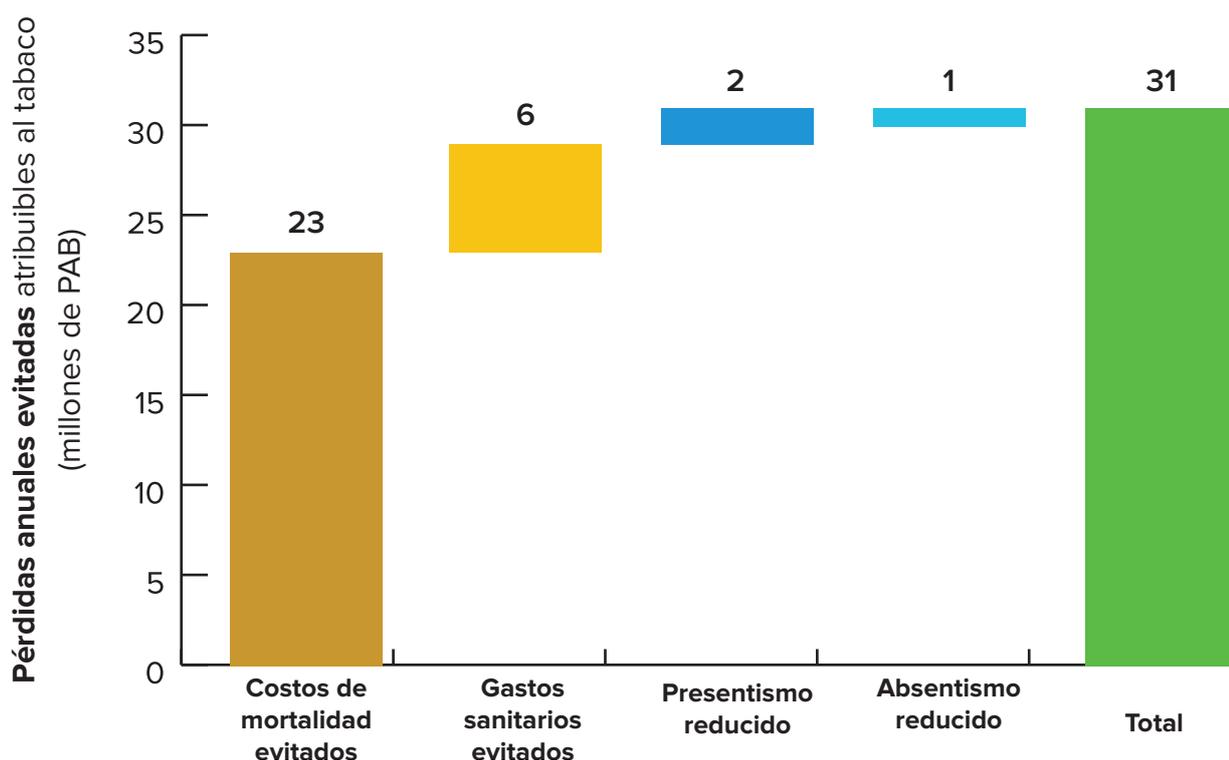


En total, a lo largo de 15 años, Panamá ahorraría unos 464 millones de PAB que, de otro modo, se perderían si no se aplicara el paquete de cuatro medidas clave para el control del tabaco del CMCT de la OMS. Esto equivale a unos 31 millones de PAB en pérdidas anuales evitadas.

Con la mejora de la salud que supondría la aplicación de las medidas del CMCT de la OMS, un menor número de personas necesitarían acceder a los servicios sanitarios por enfermedades relacionadas con el tabaco, lo que supondría un ahorro de costos directo para el Gobierno y los ciudadanos. Un mejor estado de salud también se traduce en un aumento de la productividad. Menos personas en edad de trabajar abandonan prematuramente la población activa por fallecimiento. Los trabajadores pierden menos días de trabajo (absentismo) y su rendimiento no se ve tan menoscabado por complicaciones de salud mientras trabajan (presentismo).

En la **Figura 8** se desglosan las fuentes de las que proceden los costos anuales evitados gracias a la aplicación del paquete de cuatro medidas clave para el control del tabaco del CMCT de la OMS. Los costos anuales evitados más significativos proceden de la reducción de la mortalidad atribuible al tabaco (23 millones de PAB). La siguiente fuente más importante son los gastos sanitarios evitados (5,8 millones de PAB), el presentismo evitado (1,5 millones de PAB) y la reducción del absentismo (0,6 millones de PAB).

Fig. 8: Fuentes de los costos económicos anuales evitados como resultado de la aplicación del paquete de políticas para el control del tabaco en Panamá*



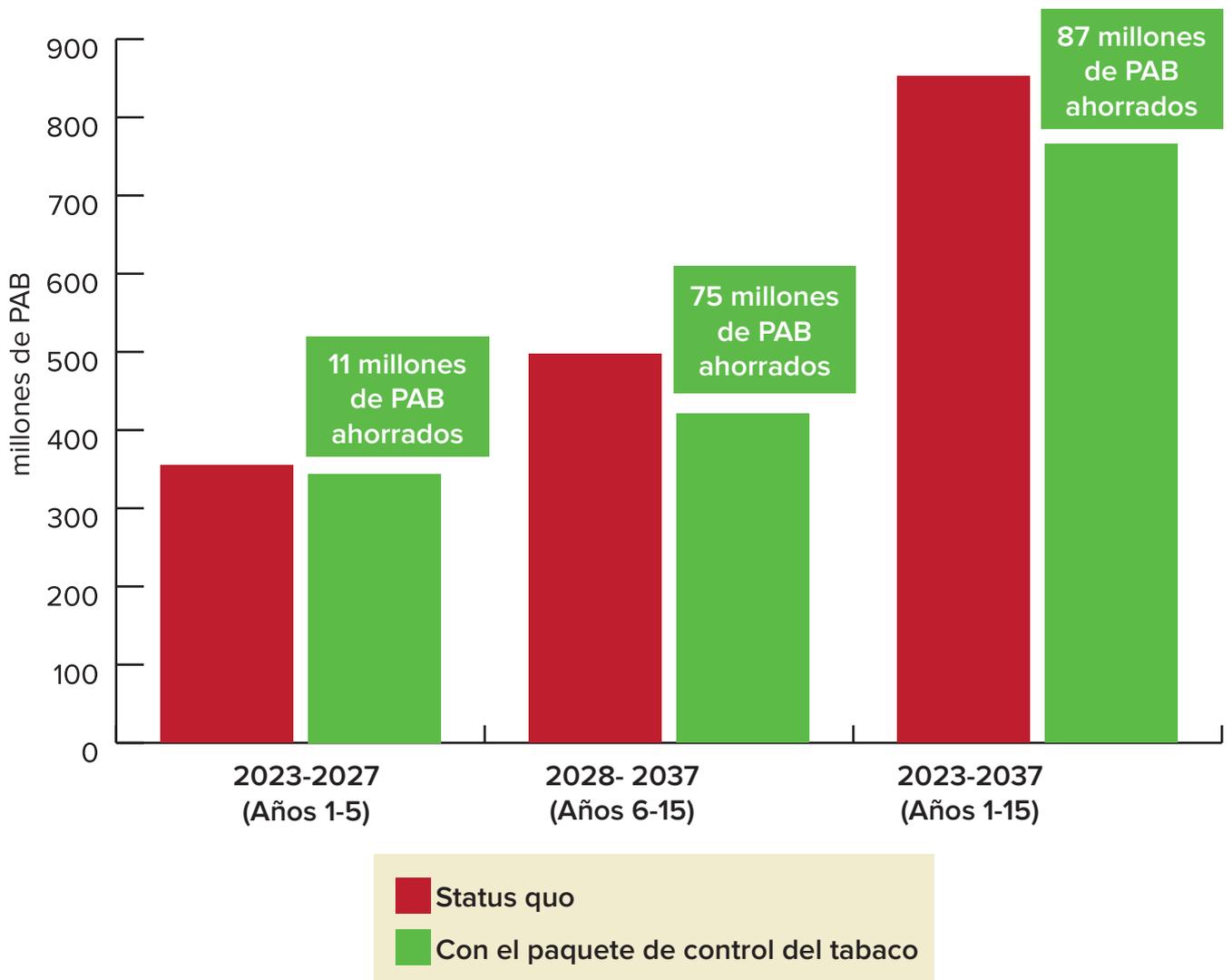
*Cifras sujetas a redondeo.

La aplicación del paquete de cuatro medidas clave para el control del tabaco del CMCT de la OMS que se examinan en el caso de inversión reducirá el gasto médico tanto para los ciudadanos como para el Gobierno. En la actualidad, el gasto sanitario público y privado total en Panamá asciende a unos 5.600 millones de PAB al año [99], y el 1,4 % de esta cifra está directamente relacionado con el tratamiento de enfermedades y dolencias provocadas por el consumo de tabaco [5] (alrededor de 78 millones de PAB).

Año tras año, el paquete de intervenciones disminuiría la prevalencia del consumo de tabaco, lo que reduciría las enfermedades y, en consecuencia, el gasto sanitario (véase la **Figura 9**).

A lo largo de los 15 años que contempla el análisis, el paquete de intervenciones evita 87 millones de PAB en gastos sanitarios, es decir, 5,8 millones de PAB al año. De este ahorro, el 66 % iría destinado a la Administración, y el 28 % a los ciudadanos que hubieran tenido que pagar de su bolsillo la asistencia sanitaria. El resto del ahorro iría para los seguros privados y a otras fuentes de gasto sanitario. Solo con la reducción de los costos sanitarios, el Gobierno se ahorraría unos 58 millones de PAB en 15 años. Al mismo tiempo, el Gobierno lograría disminuir la carga que el tabaco impone a los panameños a través de gastos sanitarios directos, lo que contribuye a los esfuerzos por reducir las dificultades económicas que atraviesan las familias. En el caso de las familias con consumidores de tabaco que dejan de fumar, el gasto que se habría destinado a productos de tabaco o a la atención sanitaria podría invertirse en nutrición, educación y otros insumos productivos para garantizar un futuro mejor.

Fig. 9: Gastos y ahorro proyectados en salud privada y pública en un horizonte temporal de 15 años. Panamá: 2023-2037



*Cifras sujetas a redondeo.

4.2.3 El rendimiento de la inversión

Si bien los beneficios sanitarios derivados del fortalecimiento del control del tabaco en Panamá son suficientes por sí mismos para justificar el costo de las intervenciones, los beneficios económicos que también se obtendrán hacen que los argumentos a favor de la aplicación del CMCT de la OMS sean aún más sólidos.

Se considera que una inversión vale la pena desde el punto de vista económico si los beneficios que se obtienen al realizarla superan los costos. Un análisis del rendimiento de la inversión (ROI) mide la eficiencia de las inversiones de tabaco dividiendo los beneficios económicos que se obtienen de la aplicación de las inversiones para el control del tabaco del CMCT de la OMS entre los costos de dichas inversiones.

Para este caso de inversión, se evaluó el ROI de cada intervención a corto plazo (cinco años), para alinearse con los ciclos políticos y de planificación, y a medio plazo (15 años) para alinearse con el marco temporal original asignado a los ODS. El ROI también se evaluó en relación con el paquete completo de cuatro medidas de control del tabaco del CMCT de la OMS. Los beneficios totales (pérdidas económicas evitadas derivadas de la mortalidad atribuible al tabaco, los gastos sanitarios y la disminución de la productividad en el lugar de trabajo) permiten identificar qué intervenciones se espera que tengan el mayor impacto.

El **Cuadro 3** muestra los costos, los beneficios y el ROI por intervención, así como para todas las intervenciones combinadas. Con la excepción de la formación de los profesionales sanitarios para que proporcionen un asesoramiento breve para dejar el tabaco (una intervención a nivel individual con mayores costos iniciales de personal), las intervenciones ofrecen un ROI superior a uno en los cinco primeros años, lo que significa que, incluso a corto plazo, los beneficios de la aplicación de las intervenciones superan los costos. En función de la intervención, durante los cinco primeros años, el Gobierno obtendrá beneficios económicos que oscilan entre 0,3 y 19 veces su inversión. Los beneficios de cada intervención siguen aumentando con el tiempo, lo que refleja la creciente eficacia de las medidas para el control del tabaco conforme pasan de las fases de planificación y desarrollo a su plena aplicación. Dada la naturaleza de amplio alcance de muchas enfermedades relacionadas con el tabaco, que a menudo solo se desarrollan después de años de consumo de tabaco, el rendimiento de la inversión para cada intervención continuaría creciendo con el tiempo y reflejaría las ganancias compuestas que se obtienen al pasar de las etapas de planificación y desarrollo a la plena aplicación en el menor tiempo posible.

Cuadro 3: Rendimiento de la inversión, por política/intervención de control del tabaco, en Panamá (miles de millones de PAB), 2023-2027 y 2023-2037

Rendimiento de la inversión, por política/ intervención de control del tabaco	Cinco primeros años (2023-2027)			Los 15 años (2023-2037)		
	Costos totales (millones)	Beneficios totales (millones)	ROI	Costos totales (millones)	Beneficios totales (millones)	ROI
Paquete de control del tabaco* <i>(todas las medidas/intervenciones aplicadas de manera simultánea)</i>	8,1	61	8	20	464	23
Aumentar los impuestos sobre el tabaco¹⁴ <i>(modelo de impuestos sobre los cigarrillos) (Artículo 6 del CMCT de la OMS)</i>	1,2	16	13	2,6	174	68
Aplicar el empaquetado neutro <i>(Directrices del CMCT de la OMS para la aplicación del artículo 11 y directrices del CMCT de la OMS para la aplicación del artículo 13 del CMCT de la OMS)</i>	0,9	17	19	1,8	119	64
Promover y reforzar la concientización pública sobre las cuestiones relacionadas con el control del tabaco, como los riesgos que acarrear para la salud el consumo de tabaco y el humo de tabaco, la adicción y los beneficios de dejar de fumar (Artículo 12 del CMCT de la OMS)	1,7	29	17	4,0	200	50
Promover el abandono del tabaco y el tratamiento de la dependencia mediante la formación de los profesionales de la salud para que proporcionen un asesoramiento breve para dejar el tabaco (Artículo. 14 del CMCT de OMS)	3,3	1,0	0,3	9,4	16,0	2

*El impacto combinado de todas las intervenciones no es la suma de las intervenciones individuales. Para evaluar el impacto combinado de las intervenciones, de acuerdo con Levy y colegas (2018), el tamaño de los efectos se aplica como reducciones relativas constantes; es decir, para la política i y j con tamaños de efecto PRi y PRj, se aplica $(1-PR_i) \times (1-PR_j)$ a la prevalencia actual del tabaquismo [100]. Los costos del paquete de tabaco incluyen los costos de las políticas examinadas, así como los costos programáticos para aplicar y supervisar un programa integral de control del tabaco.

Durante el período de 15 años, se espera que el aumento de los impuestos sobre los cigarrillos coseche el mayor rendimiento de la inversión (**68:1**). La rentabilidad será aún mayor si se aumentan los impuestos sobre todos los productos de tabaco. La aplicación del empaquetado neutro es la siguiente medida con mayor rendimiento de la inversión (**64:1**), seguida de la promoción y el refuerzo de la concientización pública sobre las cuestiones relacionadas con el control del tabaco, como los riesgos que acarrear para la salud el consumo de tabaco y el humo de tabaco, la adicción y los beneficios de dejar de fumar (**50:1**) y, por último, la promoción del abandono del tabaco y el tratamiento de la dependencia del tabaco mediante la formación de los profesionales de la salud para que proporcionen un asesoramiento breve para dejar de consumir tabaco (**2:1**).

5. Evaluación de impactos adicionales:

14 Aumentar los impuestos hasta alcanzar lo que se conoce como un nivel de precio al por mayor (OMS) sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021: que los impuestos totales representen al menos el 75 % del precio de venta al público. En el escenario modelado, los impuestos sobre los cigarrillos alcanzarían el nivel del 75 % en 2033.

los ingresos públicos y los ods

El caso de inversión analiza cómo repercutiría el aumento de los impuestos en los ingresos del Gobierno y las contribuciones que realizaría una aplicación más sólida del CMCT de la OMS al cumplimiento de la Meta 3.4 de los ODM por parte de Panamá.

5.1 Análisis fiscal: el impacto del aumento y reestructuración de los impuestos sobre los cigarrillos en los ingresos públicos

La Agenda de Acción de Addis Abeba sobre la Financiación para el Desarrollo [101], el marco aprobado por la Asamblea General de la ONU que busca alinear los flujos de financiamiento y las políticas con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), señala que las medidas fiscales y de precios del tabaco «constituyen una fuente de ingresos para financiar el desarrollo».

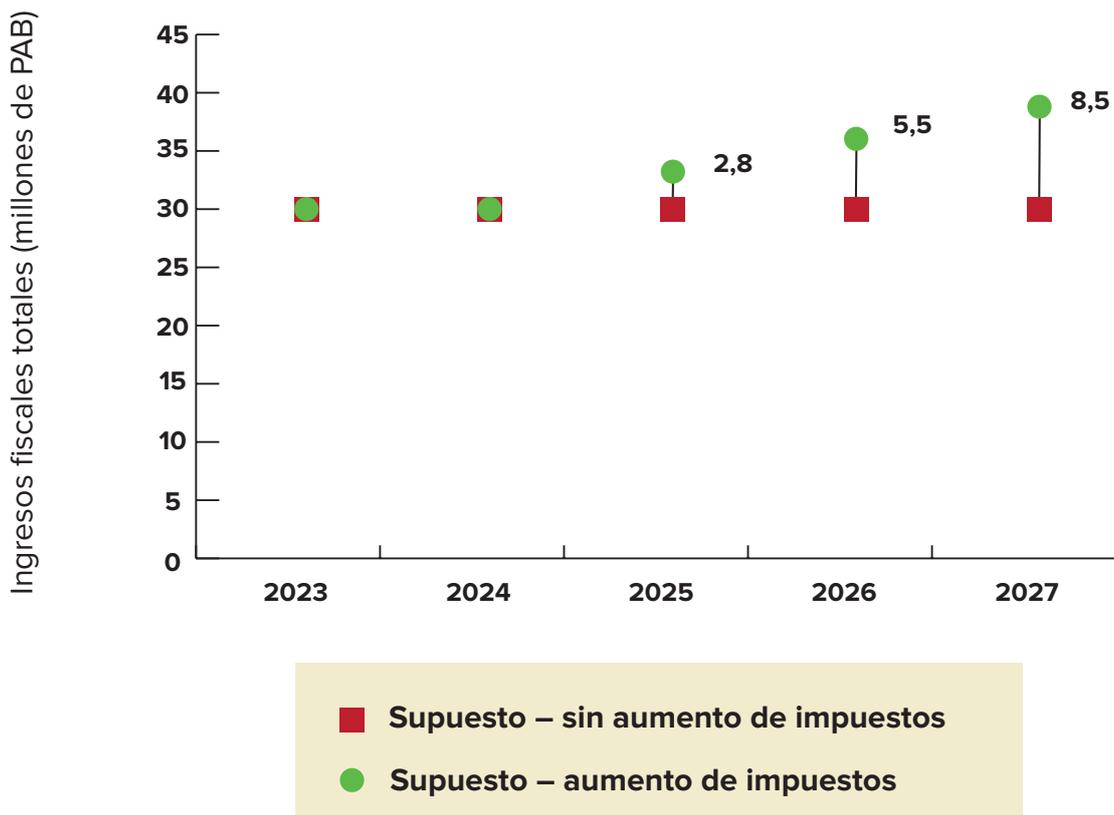
En esta sección se analiza un escenario en el que Panamá opta por aumentar los impuestos sobre el tabaco hacia los niveles considerados como de alto nivel en el Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021. La modelización en este caso de inversión solo considera los impuestos sobre los cigarrillos y utiliza un escenario hipotético en el que se introduce un impuesto específico sobre el consumo en la estructura fiscal actual de Panamá en 2025. En términos reales, el impuesto específico que se introduce aumenta de 0,25 PAB aproximadamente por paquete de cigarrillos en 2025 a 0,75 PAB en 2027.

La evidencia de Panamá muestra que, en promedio, un aumento del precio del 10 % resulta en una reducción del consumo del 4 % [102]. Teniendo en cuenta el aumento de la demanda resultante del incremento de los ingresos, bajo el patrón de aumento de impuestos descrito y las elasticidades de la demanda, el consumo lícito de cigarrillos en Panamá descendería de la cantidad actual de unos 13,3 millones de cajetillas anuales a 12,8 millones aproximadamente en 2025.

A pesar de que se produzcan descensos en el consumo, los ingresos seguirán aumentando. Aunque la reducción de la asequibilidad de los productos del tabaco induce a las personas a dejar de fumar o a reducir el consumo, muchas de ellas seguirán fumando, en gran parte por la naturaleza adictiva del tabaco, y pagarán cada vez más impuestos públicos al comprar cigarrillos.

En la **Figura 10** se ofrece una comparación, a lo largo de un período de cinco años, de los ingresos fiscales anuales del Gobierno por los cigarrillos (sin descontar) entre un escenario hipotético en el que Panamá promulga fuertes impuestos específicos y entre otros, un escenario en el que los precios del tabaco permanecen estáticos en el tiempo. La figura muestra una brecha creciente en la recaudación anual de impuestos entre los dos escenarios. Se supone que no se produce ningún cambio durante los dos primeros años, por lo que da tiempo a debatir y legislar sobre la nueva subida de impuestos. En 2025, el aumento de impuestos en un escenario de intervención provoca una recaudación adicional de 2,8 millones de PAB, que aumenta hasta 8,5 millones de PAB en 2027. La **Figura 10** demuestra que, en el escenario hipotético del aumento de impuestos (en azul), los ingresos públicos crecerán notablemente, aunque muchos consumidores de tabaco dejen de consumirlo por el aumento del costo.

Fig. 10: Ingresos fiscales anuales adicionales (sin descontar) en comparación con el escenario base. Panamá. 2023-2027



5.2 Los Objetivos de Desarrollo Sostenible y el CMCT de la OMS

La aplicación del paquete de cuatro medidas clave para el control del tabaco del CMCT de la OMS ayudará a Panamá a cumplir la Meta 3.a de los ODS que consiste en reforzar la aplicación del CMCT de la OMS. Además, actuar ahora contribuirá a los esfuerzos de Panamá por alcanzar la Meta 3.4 de los ODS, que trata de reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles para 2030: las medidas contribuirían el equivalente del 2,5 % aproximadamente de la reducción de la mortalidad necesaria para que Panamá alcance la Meta 3.4 de los ODS.

El CMCT de la OMS es un acelerador del desarrollo sostenible, y su aplicación beneficiará a la consecución de muchos ODS, incluidos los que no pertenecen al ámbito de la salud y el bienestar [19]. Por ejemplo, un mayor control del tabaco contribuirá a la reducción de la pobreza y las desigualdades (ODS 1 y 10, respectivamente) y al crecimiento económico (ODS 8).



SDG Target 3.4

Para 2030, las medidas del CMCT de la OMS contribuirían el equivalente del 2,5 % aproximadamente de la reducción de la mortalidad necesaria para que Panamá alcance la Meta 3.4 de los ODS

6. Conclusión y recomendaciones

Cada año, el consumo de tabaco supone para Panamá pérdidas económicas de 416 millones de PAB y menoscaba notablemente el desarrollo humano. Afortunadamente, como muestra el caso de inversión, existe una oportunidad de reducir la carga sanitaria, social y económica del tabaco en Panamá. La aplicación de las cuatro medidas clave para el control del tabaco del CMCT de la OMS salvaría 159 vidas cada año y reduciría la incidencia de enfermedades, lo que supondría un ahorro por los costos médicos y las pérdidas de productividad evitados. En términos económicos, estos beneficios son notables, y supondrían un total de 464 millones de PAB durante los próximos 15 años. Además, los beneficios económicos de reforzar el control del tabaco en Panamá superan con creces los costos de aplicación (464 millones de PAB en beneficios frente a solo 20 millones de PAB en costos).

Si se invierte ahora en el paquete de cuatro medidas clave para el control del tabaco del CMCT de la OMS que se modelan en este caso de inversión, Panamá no solo reduciría el consumo de tabaco, mejoraría la salud, reduciría el gasto público en salud y haría crecer la economía, sino que también reduciría las dificultades a las que se enfrentan muchos panameños. Panamá también puede reinvertir los ahorros del gasto sanitario público y los ingresos derivados del aumento de los impuestos sobre el tabaco en prioridades de desarrollo nacional como la implementación plena del CMCT de la OMS y del Protocolo para la Eliminación del Comercio Ilícito de Productos de Tabaco, donde se incluya la aplicación de medidas orientadas a mantener una disminución sostenible del uso de productos de tabaco, particularmente orientadas a evitar la iniciación del uso de estos productos por los jóvenes, fortalecer la cobertura sanitaria universal para la cesación del uso de productos de tabaco y otras medidas de protección social de la salud, así como en los esfuerzos de respuesta y recuperación de la COVID-19.

De acuerdo con los hallazgos de este caso de inversión, se recomienda que estas acciones clave para Panamá se lleven a cabo simultáneamente:

Recomendaciones

- 1** Comprometerse a aplicar plenamente el CMCT de la OMS.
- 2** Reforzar las estructuras fiscales del tabaco y aumentar las tasas impositivas (*artículo 6 del CMCT de la OMS*).
- 3** Aplicar y hacer cumplir las otras tres medidas para el control del tabaco contempladas en este caso de inversión:
 - empaquetado neutro de los productos de tabaco (*directrices del CMCT de la OMS para la aplicación del artículo 11 y directrices del CMCT de la OMS para la aplicación del artículo 13 del CMCT de la OMS*);
 - promover y reforzar la concientización pública sobre las cuestiones relacionadas con el control del tabaco, como los riesgos que acarrear para la salud el consumo de tabaco y el humo de tabaco, la adicción y los beneficios de dejar de fumar (*artículo 12 del CMCT de la OMS*);
 - promover el abandono del tabaco y el tratamiento de la dependencia del tabaco mediante la formación de los profesionales de la salud para que proporcionen un asesoramiento breve para dejar de consumir tabaco (*artículo 14 del CMCT de la OMS*).
- 4** Fortalecer el cumplimiento de las leyes de ambientes libres de humo (*artículo 8 del CMCT de la OMS*).
- 5** Implementar medidas para proteger las políticas de salud pública de los intereses comerciales de la industria tabacalera (*artículo 5.3 del CMCT de la OMS*).
- 6** Implementar en su totalidad el Protocolo para Eliminar el Comercio Ilícito de Productos de Tabaco, incluso mediante el desarrollo de capacidades para combatir el comercio ilícito (*Protocolo y Artículo 15 del CMCT de la OMS*).
- 7** Identificar oportunidades para vincular la aplicación del CMCT de la OMS con estrategias más amplias de desarrollo sostenible.

1**Comprometerse a aplicar plenamente el CMCT de la OMS en Panamá**

Como Parte del CMCT de la OMS, Panamá se comprometió a aplicar plenamente el Convenio. El CMCT de la OMS es un tratado basado en evidencias que establece un plan de acción claro para proteger a las generaciones presentes y futuras de las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo del tabaco. Se alienta a Panamá a que se comprometa a aplicar plenamente el tratado, centrándose en las recomendaciones ofrecidas a las Partes en la Estrategia mundial para acelerar el control del tabaco: promover el desarrollo sostenible mediante la aplicación del CMCT de la OMS 2019-2025, en las directrices pertinentes de aplicación del CMCT de la OMS, en las evaluaciones de las necesidades del CMCT de la OMS y en el presente caso de inversión.

A través del proyecto FCTC 2030, el emblemático proyecto de asistencia al desarrollo de la Secretaría del CMCT de la OMS, Panamá está recibiendo apoyo para adoptar medidas políticas hacia la plena aplicación del tratado. Como país del proyecto FCTC 2030, Panamá tiene acceso a recursos técnicos y financieros, y cuenta con el apoyo intensivo de la Secretaría del CMCT de la OMS, la OMS y el PNUD.

2**Reforzar las estructuras fiscales del tabaco y aumentar los tipos impositivos (*artículo 6 del CMCT de la OMS*), dada la eficacia de los impuestos sobre el tabaco**

Se alienta a Panamá a realizar una revisión de su política fiscal para la tributación del tabaco y reformar su estructura impositiva sobre el tabaco para introducir un impuesto específico sobre los productos del tabaco y aumentar notablemente la proporción de impuestos sobre el precio de venta al público del tabaco, de conformidad con las recomendaciones propuestas por las directrices de aplicación del CMCT de la OMS para el artículo 6 [60], o las recomendaciones formuladas por la OMS en el Manual técnico de la OMS sobre política y administración de impuestos al tabaco [59]. También es recomendado incrementar significativamente la proporción de impuestos totales en el precio de venta al público del tabaco para alcanzar o superar el 75 % (considerado como de 'alto nivel' en el Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2021) [57]. Se recomienda introducir un impuesto específico sobre el tabaco porque es más difícil de manipular para la industria tabacalera y más fácil de aplicar para las autoridades [104]. Los impuestos sobre el tabaco deben tener como objetivo reducir

la asequibilidad, incluso aumentándolos a un ritmo que supere la inflación y el crecimiento de los ingresos [104].

También se recomienda garantizar la aplicación de políticas fiscales sólidas para todos los tipos de tabaco (incluidos la shisha, el tabaco sin humo y los nuevos productos de tabaco) y estudiar la posibilidad de eliminar las franquicias aduaneras del tabaco. Existen evidencias claras de que el aumento del precio de los cigarrillos mediante el incremento de los impuestos es una medida muy eficaz para reducir el consumo de tabaco entre los jóvenes, los adultos jóvenes y las personas de las comunidades socioeconómicas más bajas. Aumentar el precio del tabaco aportará beneficios a estas poblaciones vulnerables.

3

Poner en marcha acciones para reforzar, aplicar y hacer cumplir las otras tres medidas clave para el control del tabaco del CMCT de la OMS modeladas en este caso de inversión:

- Considerar la aplicación del empaquetado neutro para reducir el atractivo de la cajetilla de tabaco y garantizar que las advertencias sanitarias sean prominentes (directrices del CMCT de la OMS para la aplicación del artículo 11 y directrices del CMCT de la OMS para la aplicación del artículo 13 del CMCT de la OMS).
- Promover y reforzar la concientización pública sobre las cuestiones relacionadas con el control del tabaco, como los riesgos que acarrearán para la salud el consumo de tabaco y el humo de tabaco, la adicción y los beneficios de dejar de fumar creando campañas nacionales contra el tabaco en los medios de comunicación. Las campañas deben continuar dirigiéndose principalmente a las poblaciones vulnerables, como los grupos indígenas y los jóvenes, dada la preocupante prevalencia del consumo de tabaco, la mayor exposición al humo ajeno [22], [27] y el riesgo de estos grupos de ser objeto de la publicidad de la industria tabacalera [105], [106]. Panamá también puede considerar el uso de campañas como una oportunidad para compartir información sobre las clínicas para dejar de fumar y cómo acceder a ellas (artículo 12 del CMCT de la OMS).
- Promover la cesación del tabaco y tratamiento para los que sufren dependencia al tabaco al ofrecer programas de concientización y capacitación sobre el control del tabaco a trabajadores de la salud, especialmente en centros de atención primaria. El país debe contar con servicios de cesación de tabaco accesibles para que todos los que residen en Panamá (es decir, panameños, residentes e inmigrantes) tengan igual acceso a servicios de cesación de calidad, tanto bajo el Ministerio de Salud como del Seguro Social. Es importante que los servicios para dejar de fumar lleguen a aquellos donde no hay clínicas para dejar de fumar disponibles, incluso en áreas indígenas como en Guna Yala [70].

Para abordar esto, expandir las clínicas para dejar de fumar con buenos recursos a estas áreas es una excelente opción. Dado que la prevalencia del consumo del tabaco en la juventud supera las cifras de consumo en la población adulta, Panamá debe asegurarse que esta población conozca y tenga cobertura de servicios de cesación del tabaco, y que los proveedores estén capacitados para abarcar necesidades específicas de este grupo etario. Impactos adicionales serían posibles con la implementación de servicios adicionales dirigidos a fumadores, tal como ofrecer tratamientos especializados para combatir la dependencia al tabaco, una línea telefónica gratuita con cobertura a nivel nacional para apoyar a los que quieren dejar de fumar, servicios digitales de apoyo para dejar de fumar, e incrementar el acceso a farmacoterapias (de forma gratuita al usuario, si es posible). Panamá también debería intentar ofrecer nuevamente la terapia de sustitución de nicotina (TSN), aunque se conoce que la industria farmacéutica no comercializa estos productos en el mercado panameño, ni público ni privado y que los fumadores no aceptan este tipo de terapia, así como otros medicamentos y recursos de cesación directamente en las clínicas especializadas para este fin. Adicionalmente, es necesario evaluar la eficacia de las nuevas iniciativas, como el centro de llamadas ROSA, establecido durante la pandemia de COVID-19, y ampliarse estos servicios cuando demuestren ser efectivas [53] (artículo 14 de CMCT de la OMS).

4

Fortalecer la aplicación del cumplimiento de la legislación sobre espacios libres de humo para garantizar que todos los lugares interiores públicos y laborales estén libres de humo (*artículo 8 del CMCT de la OMS*)

Se alienta a Panamá a garantizar recursos suficientes para hacer cumplir la legislación sobre espacios libres de humo en los lugares públicos y laborales donde el cumplimiento es escaso, incluidos los espacios públicos abiertos como terrazas, balcones, cafés, pubs, bares y restaurantes.

5

Adoptar un código de conducta para todos los funcionarios públicos para proteger las políticas de salud pública de la interferencia de la industria tabacalera (*artículo 5.3 del CMCT de la OMS*)

Se recomienda que Panamá adopte un código de conducta para todos los funcionarios públicos y quienes actúan en nombre del Gobierno que regule toda interacción con la industria tabacalera, y que prohíba a todos los funcionarios públicos y responsables de la formulación de políticas que acepten toda forma de apoyo de la industria. Los códigos de conducta en vigor para los miembros de la Comisión Nacional para el Control del Tabaco y el Consejo Nacional para la Salud sin Tabaco deben seguir aplicándose estrictamente. Panamá también puede plantearse la posibilidad de modificar el código electoral para garantizar la prohibición de que la industria tabacalera realice contribuciones a las campañas políticas y generar un código de ética que prohíba las interacciones con dicha industria, que advierta sobre el soborno a los funcionarios públicos y que prohíba cualquier cooperación con la industria tabacalera [44].

6

Implementar completamente el Protocolo para Eliminar el Comercio Ilícito de Productos de Tabaco, incluso mediante el desarrollo de capacidades para combatir el comercio ilícito (*Protocolo y Artículo 15 del CMCT de la OMS*)

Se recomienda reforzar la capacidad y la transparencia de las entidades responsables para identificar los productos de tabaco ilícitos y hacer cumplir las restricciones recientemente endurecidas relativas al comercio ilícito. El Protocolo para la Eliminación del Comercio Ilícito de Productos de Tabaco y, en particular, las medidas aplicables a las zonas de libre comercio en virtud de su artículo 12, deberían aplicarse y supervisarse estrictamente, con sanciones adecuadas para quienes infrinjan estas normas. La Autoridad Nacional de Aduanas se beneficiaría si se llevara a cabo una revisión integral de la Ley N.º 30 de 1984, por «la cual se dictan medidas contra el Contrabando y la Defraudación Aduanera y se dictan otras disposiciones», una legislación considerada por el Gobierno como obsoleta e ineficiente a la hora de hacer frente al comercio ilícito [107].

7

Identificar oportunidades para vincular la aplicación del CMCT de la OMS con estrategias más amplias de desarrollo sostenible en Panamá

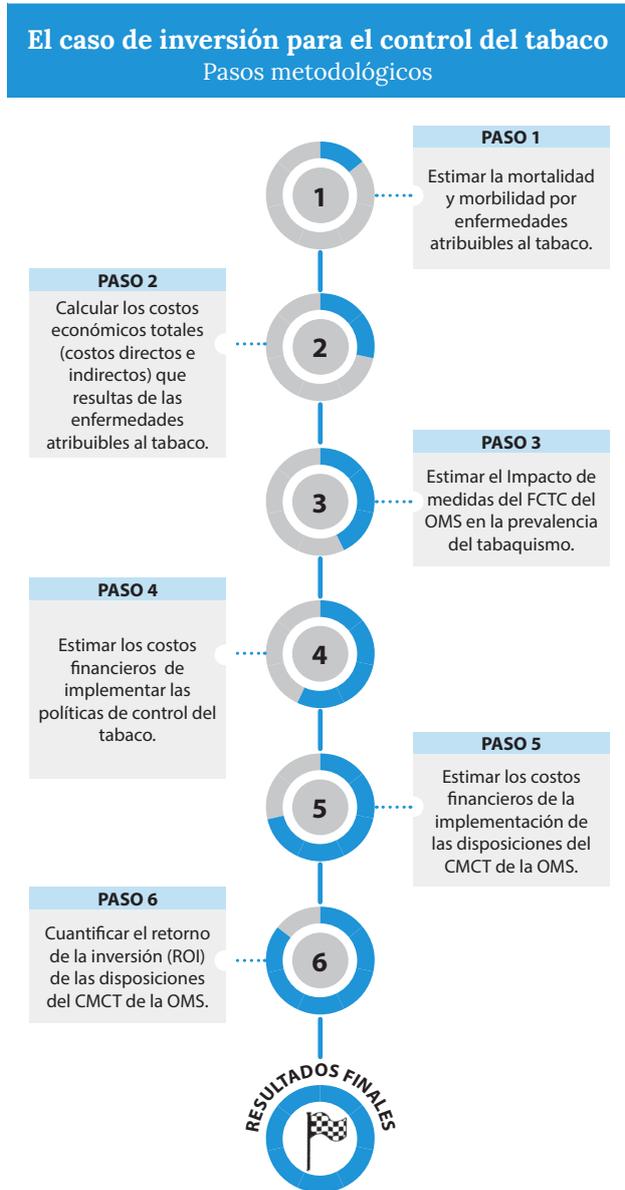
Teniendo en cuenta los enormes costos sanitarios, económicos, sociales y ambientales del tabaco, el caso es evidente: la aplicación del CMCT de la OMS es un medio poderoso para que Panamá mejore la vida de los ciudadanos, logre los ODS y consiga unas condiciones y un futuro más favorables para el país. Todos los sectores desempeñan un papel crucial en la lucha contra el consumo de tabaco, y los beneficios de la plena aplicación del CMCT de la OMS enriquecerán todos los aspectos de la vida en Panamá. El Gobierno de Panamá debe priorizar la aplicación del CMCT de la OMS en las estrategias de desarrollo sostenible, como el Plan Estratégico Nacional con Visión de Estado Panamá 2030 [108].

Anexo metodológico

A1.1 Visión general

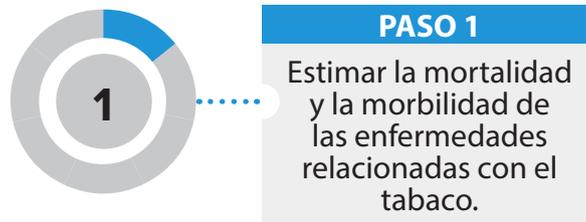
El análisis económico consta de dos componentes: 1) evaluar la carga actual del consumo de tabaco y 2) examinar en qué medida pueden reducir la carga las disposiciones del CMCT de la OMS. Los dos primeros pasos metodológicos que se representan en la **Figura A1** tienen como objetivo evaluar la carga actual del consumo de tabaco, mientras que los demás pasos metodológicos evalúan el impacto, los costos y los beneficios de aplicar o reforzar las disposiciones del CMCT de la OMS para reducir la demanda de tabaco. A continuación, se describe al detalle las herramientas y los métodos utilizados para llevar a cabo estos pasos metodológicos.

Fig. A1: Desarrollo del Caso de Inversión

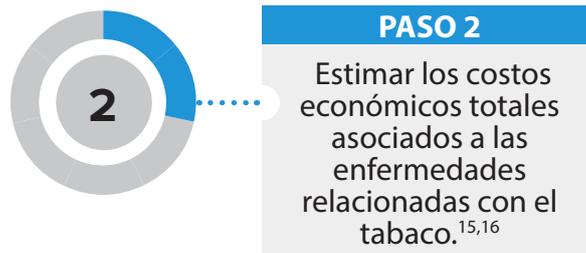


A1.2 Componente uno: carga actual

El componente del modelo «carga actual» representa una panorámica de la carga sanitaria y económica del consumo de tabaco en Panamá en el año más reciente del que se dispone de datos.



El modelo del caso de inversión se completa con datos específicos de cada país sobre la mortalidad y la morbilidad atribuibles al tabaco extraídos del estudio de la Carga Mundial de Morbilidad (CMM) de 2019 [4], [109]. El estudio calcula el grado en que el tabaquismo y la exposición al humo de tabaco ajeno contribuyen a la incidencia de 37 enfermedades, los años de vida saludable perdidos y las muertes en 195 países.



A continuación, el modelo calcula los costos económicos totales de la enfermedad y las muertes causadas por el consumo de tabaco. Los costos económicos totales incluyen los gastos sanitarios atribuibles al tabaco, el valor de la mortalidad atribuible al tabaco y las pérdidas de productividad en el lugar de trabajo: absentismo y presentismo.

Gastos sanitarios: los gastos sanitarios incluyen los gastos públicos (pagados por el Gobierno), privados (seguros, gastos individuales) y otros gastos sanitarios atribuibles al tabaco. La proporción de los gastos sanitarios atribuibles al tabaquismo se obtuvo utilizando

15 Al evaluar la carga actual del consumo de tabaco, los costos económicos de la mortalidad incluyen el costo de las muertes producidas por cualquier forma de exposición al tabaco (incluidos el tabaquismo, la exposición al humo ajeno y el uso de otros tipos de productos de tabaco). Solo se calculan los costos atribuibles a fumar (no los atribuibles al tabaco) para los gastos sanitarios, el absentismo y el presentismo. Aunque otras formas de tabaco también pueden causar pérdidas en estas categorías, no hay datos disponibles para determinar con precisión dichas pérdidas.

16 Cuando se espera una baja en la prevalencia de consumo del tabaco, se asume una disminución proporcional la prevalencia de todas las enfermedades atribuibles al tabaco. Aunque el modelo incluye una sobreestimación en cuanto la velocidad de cuando se puede esperar impactos positivos en algunas enfermedades, como por ejemplo en el cáncer, existe evidencia reciente que sugiere que se puede esperar una disminución notable en el riesgo de la incidencia de cáncer al pulmón comienza entre dos y cinco años después de que se deja de fumar [110]. Sin embargo, el riesgo de incidencia de otras enfermedades, como por ejemplo enfermedades cardiovasculares, baja notablemente en los años inmediatamente después que se deja de fumar [111].

la fórmula para calcular la fracción atribuible al tabaquismo (SAF, por sus siglas en inglés) de los gastos sanitarios de Goodchild et al. (2018) [5]. La SAF para Panamá se estima en un 1,4 %. Para calcular la parte de los gastos sanitarios atribuibles al tabaquismo soportados por entidades públicas, sin ánimo de lucro y privadas, se asumió que cada entidad incurría en gastos sanitarios atribuibles al tabaquismo en la misma proporción que la contribución de la entidad al gasto sanitario total. Los gastos sanitarios se obtuvieron de la Global Healthcare Expenditure Database (Base de datos mundial sobre gastos sanitarios) (GHED) de la OMS [99]. El último año del que se dispone de datos en la GHED de la OMS es 2019. Para obtener los valores de 2020, se tomó el incremento medio anual del gasto sanitario en Panamá en los últimos 10 años y se aplicó ese incremento a los valores del gasto sanitario de 2019.

Costos laborales y el costo de la mortalidad atribuible al tabaco: los costos laborales y el costo de la mortalidad atribuible al tabaco representan el valor monetizado del tiempo perdido, la capacidad productiva o la calidad de vida a causa de las enfermedades atribuibles al tabaco. El costo de la mortalidad atribuible al tabaco aumenta cuando el consumo de tabaco causa mortalidad y, por tanto, elimina las contribuciones económicas y sociales únicas que una persona habría realizado en sus años de vida restantes. Los costos laborales aumentan cuando el consumo de tabaco provoca pérdidas de productividad. En comparación con los no consumidores de tabaco, las personas que lo consumen tienen más probabilidades de perder días de trabajo (**absentismo**) y de ser menos productivas en el trabajo debido a enfermedades relacionadas con el tabaco (**presentismo**).

- *El costo económico de la mortalidad atribuible al tabaco:* la mortalidad atribuible al tabaco se monetizó utilizando una medida de «valor de la vida estadística» (VVE). El VVE mide la disposición de los individuos a costearse pequeños cambios para reducir el riesgo de mortalidad y se utiliza habitualmente en las evaluaciones económicas de programas y políticas de salud para monetizar los resultados sanitarios [112]. Son pocos los estudios que evaluaron el VVE en países con ingresos bajos y medios [113]. Extrapolamos una estimación del VVE específico para cada país siguiendo las directrices de la «Reference Case Guidelines for Benefit-cost analysis in Global Health and Development» (Guía de casos de referencia para el análisis de beneficios y costos en salud global y desarrollo) [112], estimando el valor de un año de vida adicional para Panamá en 27.885 PAB (valor de un año de vida estadístico (VSLY, por sus siglas en inglés). Utilizando los datos de la CMM sobre la edad en la que se producen las muertes atribuibles al tabaco, el modelo calcula el número total de años de vida perdidos como consecuencia del tabaco en toda la población. Cada año de vida futuro se multiplica por el VSLY para calcular el costo de la mortalidad atribuible al tabaco.

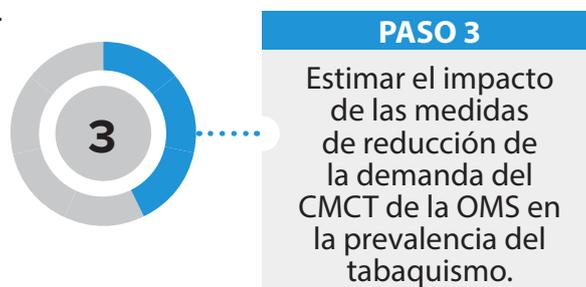
- **Costos de productividad:** Los costos de productividad reflejan los costos por absentismo y por presentismo. El modelo utiliza estimaciones de la literatura académica sobre el número de días de trabajo extra perdidos como consecuencia del tabaquismo activo (2,9 días por año) [114]. Las pérdidas por presentismo se obtienen de forma similar, en virtud de una investigación que muestra que los fumadores de China, Estados Unidos y cinco países europeos experimentan alrededor de un 22 % más de complicaciones en el trabajo debido a problemas de salud en comparación con los que nunca fumaron: pérdidas equivalentes a unos 7,5 días de trabajo [115].

A1.3 Componente dos: escenarios de política/intervención

Este componente estima los efectos de las medidas del CMCT de la OMS en la mortalidad y la morbilidad, así como en los costos económicos totales (directos e indirectos) asociados al consumo de tabaco.

Se utilizó un modelo estático con un enfoque de fracción atribuible a la población (FAP) para estimar el impacto total de las medidas de control del tabaco. En el modelo, además de la prevalencia del tabaquismo, las variables permanecen inalterables en el horizonte temporal de 15 años. El modelo realiza un seguimiento de una población que no varía en tamaño ni composición (edad/sexo) a lo largo del tiempo en dos escenarios: un escenario de statu quo en el que la prevalencia del tabaquismo se mantiene en las tasas actuales, y un escenario de intervención en el que la prevalencia del tabaquismo se reduce según el impacto de las medidas de control del tabaco que se aplican o intensifican. En los estudios publicados se utilizaron modelos estáticos similares para estimar el impacto de las medidas de control del tabaco en la mortalidad y otros resultados [116], [117].

En el caso de inversión, la mortalidad y la morbilidad, así como los costos económicos que se calculan en el escenario de intervención, se comparan con el escenario de statu quo para calcular el grado en que las medidas de control del tabaco pueden reducir los costos sanitarios y económicos.



La selección de las medidas clave del CMCT de la OMS modeladas dentro del caso de inversión se ajustan a la Estrategia mundial para acelerar el control del tabaco [118] elaborada a raíz de una decisión adoptada en la séptima sesión de la Conferencia de las Partes (COP7) del CMCT de la OMS. En el marco del Objetivo 1.1 de la Estrategia, se da prioridad a la

adopción de medidas para acelerar la aplicación del CMCT de la OMS, que incluye formas eficaces de asistencia técnica y financiera para apoyar a las Partes en las áreas de acción prioritarias identificadas. Esto implica que las Partes den prioridad, entre otras cosas, a la aplicación de medidas fiscales y de precios (artículo 6 del CMCT de la OMS) y a las medidas de duración determinada del Convenio. Las medidas de duración determinada incluyen la creación de lugares públicos y laborales libres de humo (artículo 8 del CMCT de la OMS), advertencias sanitarias prominentes en el empaquetado del tabaco (artículo 11 del CMCT de la OMS) y prohibiciones integrales de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco (artículo 13 del CMCT de la OMS).

Además, dada la importancia de la sensibilización en el cambio de comportamientos y establecer normas culturales, se incluye la promoción y el fortalecimiento del conocimiento de temas relacionados con el control al tabaco en este Caso de Inversión, incluyendo los riesgos de salud del humo y del uso del tabaco, la dependencia al tabaco, y los beneficios de dejar de fumar (Artículo 12 de la CMCT de la OMS). El alcance de los efectos de las medidas de reducción de la demanda del CMCT de la OMS se obtienen de la literatura. El impacto del cumplimiento de las leyes sobre ambientes libre de humo, la aplicación del empaquetado neutro y la intensificación de las prohibiciones de publicidad se derivan de Levy et al. (2018) [100] y Chipty (2016) [119], tal y como se adaptó en el Resumen del consumo de tabaco del apéndice 3 del Plan de Acción Mundial de la OMS para la prevención y control de las Enfermedades no Transmisibles 2013-2020 [120], y ajustó en función de las evaluaciones de las tasas de aplicación de referencia en Panamá. El impacto del abandono del tabaco básico basado en la evidencia en forma de asesoramiento breve para dejar de fumar ofrecido a los consumidores de tabaco por los profesionales de la salud en los entornos de atención primaria es de Levy et al. 2010 [121].

Salvo en el caso de los impuestos—cuyo impacto depende del momento en que se incrementen los tipos impositivos (véase más adelante)— y de la intervención del asesoramiento breve —cuyo impacto se rige por los índices de formación de los profesionales sanitarios de atención primaria (véase también más adelante)— todo el impacto de las medidas de reducción de la demanda se introduce gradualmente durante un período de cinco años. El período de introducción se ajusta a los supuestos de la OMS [122] de que se necesitan dos años de planificación y desarrollo para que las medidas entren en vigor, seguidos de tres años de aplicación parcial que reflejan el tiempo que se necesita para desarrollar las políticas, y trabajar hasta la plena aplicación y cumplimiento.

Impuestos sobre el tabaco. El impacto de los aumentos de los impuestos sobre el tabaco en los ingresos y la prevalencia del consumo de cigarrillos se estimó mediante una herramienta basada en Excel desarrollada para analizar el impacto de dichos aumentos en una cohorte de población fija. La herramienta se completa con datos sobre la prevalencia actual del

consumo de cigarrillos, la estructura fiscal y los tipos impositivos aplicados, los precios de los cigarrillos, las elasticidades de la demanda y las proyecciones de inflación e ingresos (véase el Cuadro A1).

Cuadro A1. Parámetros clave utilizados en el análisis de los ingresos fiscales

Nombre del parámetro	Valor	Fuente
Elasticidad precio de la demanda	-0,40	Hugo et al (2017). Impacto del incremento del impuesto a los productos de tabaco sobre la recaudación y los precios en Panamá [102]
Elasticidad prevalencia de la demanda	-0,20	Goodchild et al (2016). Modelización del impacto del aumento del impuesto sobre el tabaco en la salud pública y en la economía [123] Supuesto: la mitad de la elasticidad precio
Elasticidad precio de la demanda de los ingresos	0,23	Hugo et al (2017). Impacto del incremento del impuesto a los productos de tabaco sobre la recaudación y los precios en Panamá [102]
Elasticidad ingreso de la demanda de la prevalencia	0,12	Supuesto: la mitad de la elasticidad precio de los ingresos
Tasa de crecimiento de la renta real prevista*	4,7 %	Fondo Monetario Internacional (2020). Crecimiento del PIB real: variación porcentual anual [103]

* Se utiliza el crecimiento proyectado de la renta real como sustituto del crecimiento salarial. El Fondo Monetario Internacional proyecta [103] un crecimiento del PIB real a un promedio del 4,7 % anual hasta 2026.

El análisis del caso de inversión evalúa un escenario de aumento de impuestos en el que Panamá opta por promulgar aumentos de impuestos sobre los cigarrillos. En el escenario hipotético, se introduce un impuesto específico en la estructura fiscal actual de Panamá en 2024. En términos reales, el impuesto específico que se introduce aumenta de 0,24 PAB en 2025 a 0,74 PAB en 2027.

En este escenario, el precio neto de impuestos se mantiene estático (transmisión total del aumento de impuestos). El Cuadro A2 desglosa los componentes del precio de las cajetillas de cigarrillos de 2023 a 2027 según el escenario descrito. Para el análisis del caso de inversión principal, se modelan impuestos específicos adicionales que provocan aumentos de precios reales de una media del 6,8 % anual entre 2027 y 2037, lo que eleva la cuota de impuestos total al 82 % al final del análisis y el porcentaje de impuestos especiales al 70 %. En este escenario, el impuesto específico al consumo aumenta (en términos reales) de PAB 0 a PAB 5,18 al final del análisis.

Cuadro A2. Precio proyectado de las cajetillas de cigarrillos en el escenario de aumento de impuestos (PAB, en términos reales)

Componente del precio	2023	2024	2025	2026	2027
Precio neto de impuestos	1,74	1,74	1,74	1,74	1,74
Impuestos específicos	0,00	0,00	0,24	0,47	0,74
Ad valorem	1,74	1,74	1,74	1,74	1,74
Impuesto sobre el valor añadido	0,52	0,52	0,56	0,59	0,63
Otros impuestos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Precio final para el consumidor*	4,00	4,00	4,28	4,55	4,86

* Cifras sujetas a redondeo.

El impacto de los aumentos de impuestos sobre los ingresos y la prevalencia del consumo de cigarrillos depende de las elasticidades predominantes: la medida en que los individuos cambian el consumo de un producto (por ejemplo, disminuyen el consumo o lo dejan) como consecuencia de los cambios en el precio de un producto de tabaco. Los cambios se calculan de acuerdo con Joosens y colega (2009) [124], que utilizan una función logarítmica para garantizar que los grandes aumentos de precio no dan lugar a reducciones inverosímiles del consumo o la prevalencia. A continuación, la **Ecuación A1** proporciona un ejemplo de cálculos para determinar el impacto que ejerce un cambio en el precio sobre la prevalencia del tabaquismo, teniendo en cuenta los cambios en los ingresos.

Ecuación A1: El impacto de los cambios en el precio sobre la prevalencia del tabaquismo

$$\Delta SP_i = SP_{i-1} * ((EXP(\epsilon_p * LN(op_{np}))) - 1 - \left[\frac{1 + \epsilon_i \left(\frac{GDP_2 - GDP_1}{GDP_2 + GDP_1} \right)}{1 - \epsilon_i \left(\frac{GDP_2 - GDP_1}{GDP_2 + GDP_1} \right)} \right])$$

En la que:

SP = prevalencia del tabaquismo (número de fumadores) en el año i

ϵ_p = elasticidad de prevalencia

Op_np = relación entre el antiguo precio de un paquete de cigarrillos y el nuevo precio después de la subida de impuestos

ϵ_i = elasticidad ingreso

GDP = Producto Interior Bruto en el año (utilizado como sustituto del crecimiento salarial)

El análisis fiscal presenta varias limitaciones. En primer lugar, la herramienta fiscal asume que la estructura de precios e impuestos de la marca de cigarrillos más vendida es representativa del mercado, y no incorpora otros segmentos del mercado (cigarrillos de gama alta o baja). Unos modelos más detallados que tuvieran en cuenta el cambio entre segmentos o entre productos (por ejemplo, el cambio a los cigarrillos para liar) captarían matices útiles para enmarcar la política fiscal del tabaco y estimar el impacto. En segundo lugar, el análisis parte de la base de que los aumentos fiscales se repercuten totalmente. Esta suposición refleja un enfoque «intermedio», pero la industria tabacalera puede aumentar o disminuir los precios como reacción al aumento de estos.

Asesoramiento breve para dejar el tabaco. Calculamos el efecto de la ampliación del asesoramiento breve para dejar el tabaco en el ámbito de la atención primaria. En primer lugar, calculamos la tasa de referencia de abandono del tabaco en la población (PQR, el porcentaje de fumadores que dejan de fumar anualmente) basándonos en los métodos publicados anteriormente por Levy y colegas (2010) [121]. La PQR se calcula (véase la **Ecuación A2**) utilizando tres parámetros: los intentos de abandono, las tasas de utilización del tratamiento (es decir, el asesoramiento, la terapia farmacéutica) y la eficacia del tratamiento.

Ecuación A2. Cálculo de la tasa de abandono de la población, de Levy et al (2010) [121]

$$PQR = QA * \sum_{i=1..4} (TxUse_i * TxEff_i)$$

En la que:

PQR = tasa de abandono del tabaco en la población

QA = porcentaje de fumadores que intentan dejar de fumar al menos una vez al año

TxUse = el porcentaje de los que hacen un intento para dejar de fumar y utilizan la categoría de tratamiento i

TxEff = el porcentaje de personas que utilizan un determinado tratamiento y consiguen dejar de fumar anualmente (eficacia del tratamiento)

i = es una de las cuatro categorías de tratamiento: 1) tratamiento no basado en la evidencia; 2) asesoramiento; 3) tratamiento farmacológico (por ejemplo, terapia de sustitución de la nicotina) o 4) tanto el asesoramiento como la terapia farmacológica.

De nuevo, de acuerdo con Levy et al (2010) [121], para tener en cuenta el efecto de los múltiples intentos de dejar de fumar entre los que fracasan en su primer intento, se asumió que la mitad de los que hacen al menos un intento de dejar de fumar al año hacen un segundo intento, y la mitad de los que hacen un segundo intento hacen un tercero, y así sucesivamente, y que la eficacia del tratamiento no cambia en función de si se trata del primer intento de dejar de fumar o de uno posterior.

Después de establecer la PQR de referencia, se calculó cómo cambiaría la tasa de abandono de la población si se proporcionara el asesoramiento breve para dejar de fumar con mayor frecuencia en el ámbito de la atención primaria. En este «escenario de intervención», en el horizonte temporal de 15 años del análisis, la mitad de todos los profesionales sanitarios

de atención primaria están capacitados para proporcionar a los consumidores de tabaco adultos un asesoramiento breve para dejar de fumar, un valor seleccionado en función de la evidencia de la brecha de cobertura de la intervención actual; de promedio, en los países de renta baja-media, menos de la mitad (47,8 %) de los fumadores adultos que visitan a un profesional sanitario reciben asesoramiento para dejar de fumar. Una vez formado, se supone que el profesional sanitario ofrece el asesoramiento breve cuando atiende un paciente que consume tabaco.

Teniendo en cuenta el número de profesionales sanitarios de atención primaria en el país, la cantidad de pacientes por profesional sanitario, las tasas de tabaquismo en adultos y el porcentaje de fumadores adultos que recurren al sistema de salud para recibir al menos una visita de atención primaria al año, en cada año del análisis calculamos el número de consumidores de tabaco adultos que se encontrarían con un profesional sanitario recién formado y recibirían ese breve asesoramiento, lo que aumenta un 60 % la probabilidad de que una persona haga un intento de dejar de fumar en comparación con los niveles de referencia [121]. Con los aumentos de los intentos de dejar de fumar por parte de la población promovidos por el asesoramiento breve, volvemos a calcular la PQR para estimar el número de fumadores que dejan de fumar como resultado de la intervención. Los datos utilizados para estos cálculos figuran en el **Cuadro A3**.

Cuadro A3. Asesoramiento breve: parámetros clave para calcular el impacto de la intervención

Nombre del parámetro	Valor	Fuente
Tasa de abandono del tabaco en la población (PQR)		
Tasa anual de intentos de abandono del tabaco (QA)	45 %	Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, Ministerio de Salud de Panamá (2013). Panama Global Adult Tobacco Survey 2013 (Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos 2013 Panamá) [27]
Aumento (%) de la QA como resultado de recibir asesoramiento breve	60 %	Levy et al (2010). «Modeling the impact of smoking-cessation treatment policies on quit rates» (Modelización del impacto de las políticas de tratamiento para dejar de fumar en las tasas de abandono) [121]
Uso del tratamiento (TxUse)		
Tratamiento no basado en la evidencia	82,1 %	Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, Ministerio de Salud de Panamá (2013). Panama Global Adult Tobacco Survey 2013 (Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos 2013 Panamá) [27]

Asistencia farmacéutica	5,3 %	Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, Ministerio de Salud de Panamá (2013). Panama Global Adult Tobacco Survey 2013 (Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos 2013 Panamá) [27]
Asesoramiento	11,3 %	Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, Ministerio de Salud de Panamá (2013). Panama Global Adult Tobacco Survey 2013 (Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos 2013 Panamá) [27]
Tanto asistencia farmacéutica como asesoramiento	1,3 %	Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, Ministerio de Salud de Panamá (2013). Panama Global Adult Tobacco Survey 2013 (Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos 2013 Panamá) [27]
Efectividad del tratamiento		
Tratamiento no basado en la evidencia	7 %	Levy et al (2010). «Modeling the impact of smoking-cessation treatment policies on quit rates» (Modelización del impacto de las políticas de tratamiento para dejar de fumar en las tasas de abandono) [121]
Asistencia farmacéutica	15 %	Abrams et al (2010). «Boosting population quits through evidence-based cessation treatment and policy» (Impulsar el abandono del tabaco entre la población mediante tratamientos y políticas de cesación basados en la evidencia) [125]*
Asesoramiento	12 %	Abrams et al (2010). «Boosting population quits through evidence-based cessation treatment and policy» (Impulsar el abandono del tabaco entre la población mediante tratamientos y políticas de cesación basados en la evidencia) [125]*
Tanto asistencia farmacéutica como asesoramiento	22 %	Abrams et al (2010). «Boosting population quits through evidence-based cessation treatment and policy» (Impulsar el abandono del tabaco entre la población mediante tratamientos y políticas de cesación basados en la evidencia) [125]*
Porcentaje de fumadores adultos que acuden a un centro de atención primaria anualmente	37 %	Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, Ministerio de Salud de Panamá (2013). Panama Global Adult Tobacco Survey 2013 (Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos 2013 Panamá) [27]
Porcentaje de fumadores que recaen después de haber dejado de fumar	60 %	García-Rodríguez et al (2013). «Probability and predictors of relapse to smoking: Results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC)» (Probabilidad y predictores de recaída en el tabaquismo: resultados de la encuesta epidemiológica nacional sobre alcohol y afecciones relacionadas [NESARC]) [126]

Número de profesionales sanitarios de atención primaria	34.374	OMS (2021). Observatorio Mundial de la Salud [127]**
Cantidad anual de pacientes por profesional sanitario (número de pacientes)	550	Altschuler et al (2012). «Estimating a Reasonable Patient Panel Size for Primary Care Physicians With Team-Based Task Delegation» (Estimación de la cantidad razonable de pacientes para los médicos de atención primaria con delegación de tareas en equipo) [128]***

*En comparación con los intentos de dejar de fumar que se realizan sin ayuda de ninguna forma de terapia basada en la evidencia, la asistencia farmacéutica es un 100 % más eficaz, el asesoramiento un 60 % más eficaz y la terapia combinada un 200 % más eficaz.

**Suma de dos indicadores del Observatorio Mundial de la Salud (GHO) para el último año del que se dispone de información: 1) número de profesionales facultativos generales y 2) número de personal de enfermería. Dado que la fuente no ofrece estimaciones específicas para el personal de enfermería de atención primaria, suponemos que la proporción de profesionales de enfermería de atención primaria es la misma que la proporción de profesionales facultativos generales con respecto a todos los profesionales facultativos, tal como figura en el GHO.

***Los resultados del estudio muestran que un profesional sanitario de atención primaria que trabaje con un modelo de atención no delegada puede razonablemente atender a 983 pacientes al año y que, en un escenario conservador en el que los profesionales no facultativos asumen cierta responsabilidad en la atención, la cantidad de pacientes puede aumentar hasta 1387. En la mayoría de los países, el modelo de atención no delegada es el statu quo. Sin embargo, en este análisis, el personal de enfermería está capacitado para ofrecer asesoramiento breve y asumir cierta responsabilidad en su administración. Por lo tanto, es probable que la cantidad de pacientes se sitúe entre 983 y 1387. Asumimos una cantidad de 1100 pacientes y que un solo profesional del equipo cubre la mitad de los pacientes (550) al año.

Resumen: el impacto de las medidas de reducción de la demanda de tabaco. La magnitud del impacto de todas las medidas políticas examinadas en el caso de inversión se muestra en el **Cuadro A4**. En el *apéndice técnico* se proporciona información adicional sobre su derivación.¹⁷

17 Disponible a petición.

Cuadro A4. Magnitud del impacto: reducción relativa de la prevalencia del tabaquismo actual por la política/intervención de control del tabaco, durante un período de 5 (2023-2027) y 15 años (2023-2037)

Política del CMCT de la OMS	Reducción relativa de la prevalencia del tabaquismo actual	
	Cinco primeros años (2023-2027)	Los 15 años (2023-2037)
Paquete de control del tabaco* <i>(todas las políticas/intervenciones aplicadas de manera simultánea)</i>	8,7 %	20,2 %
Aumentar los impuestos sobre los cigarrillos <i>(artículo 6 del CMCT de la OMS)</i>	2,3 %	9,8 %
Aplicar el empaquetado neutro de los productos de tabaco <i>(directrices del CMCT de la OMS para la aplicación del artículo 11 y directrices del CMCT de la OMS para la aplicación del artículo 13 del CMCT de la OMS)</i>	2,4 %	4,0 %
Promover y reforzar la concientización pública sobre las cuestiones relacionadas con el control del tabaco con una campaña en los medios de comunicación <i>(artículo 12 del CMCT de la OMS)</i>	4,1 %	6,8 %
Promover el abandono del tabaco y el tratamiento de la dependencia <i>(artículo 14 del CMCT de la OMS)</i>	0,2 %	1,0 %

*El impacto combinado de todas las intervenciones no es la suma de las intervenciones individuales. De acuerdo con Levy y colegas (2018), el tamaño de los efectos se aplica como reducciones relativas constantes; es decir, para la política i y j con tamaños de efecto PRi y PRj, se aplica $(1-PR_i) \times (1-PR_j)$ a la prevalencia actual del tabaquismo [100].



PASO 4

Estimar el impacto de los cambios en la prevalencia del tabaquismo sobre los resultados sanitarios y los costos económicos atribuibles al tabaco..

Con el objetivo de analizar el impacto de las medidas para el control del tabaco en la reducción de la carga sanitaria y económica del tabaquismo, el caso de inversión calcula y compara dos escenarios. En el escenario de statu quo, los esfuerzos actuales se «congelan», lo que significa que, hasta el año 2037 (final del análisis), no se produce ningún cambio con respecto a las disposiciones de control del tabaco actualmente en vigor. En el escenario de intervención, Panamá aplica nuevas medidas contra el tabaco o intensifica las existentes para reducir la prevalencia del tabaquismo. La diferencia que se observan en los resultados sanitarios y económicos entre el escenario de statu quo y el de intervención representa las

ganancias que Panamá puede lograr si adopta medidas específicas para reducir el consumo de tabaco.

Los efectos marginales de las medidas se calculan utilizando el escenario de statu quo como grupo de comparación. Para calcular los efectos marginales, el modelo resta el resultado (muertes atribuibles al factor de riesgo, gastos sanitarios, etc.) bajo el escenario de intervención del mismo resultado bajo el escenario de statu quo. La diferencia entre los dos resultados es la dimensión del cambio en el resultado asociado a la política.

$$\text{Efectos marginales} = \text{Resultado del escenario base} - \text{Resultado del escenario de intervención}$$

Los efectos marginales se calculan de la siguiente forma para cada resultado:

- **Resultados sanitarios:** Para calcular las reducciones de la mortalidad y la morbilidad como consecuencia de la aplicación de las medidas para el control del tabaco, aplican directamente los cambios previstos en la prevalencia del tabaquismo a los resultados atribuibles a los factores de riesgo de la CMM desde el escenario de statu quo. Esto significa que el modelo ajusta los resultados atribuibles al factor de riesgo para la mortalidad y la morbilidad según la CMM basándose en los cambios relativos interanuales en la prevalencia del tabaquismo para cada resultado.
- **En cuanto a los gastos sanitarios,** el modelo aplica los cambios relativos anuales previstos en la prevalencia del tabaquismo para cada escenario de intervención a las SAF. Las SAF se ajustan en proporciones equivalentes al cambio relativo en la prevalencia del tabaquismo para cada escenario de intervención.
- **Los resultados del tabaquismo en el lugar de trabajo** se recalculan sustituyendo la prevalencia de tabaquismo real (statu quo) por la prevalencia de tabaquismo anual estimada para cada uno de los escenarios de intervención que se modelan.



PASO 5

Estimar los costos financieros de la aplicación de las políticas e intervenciones de control del tabaco modeladas, tanto individual como colectivamente.

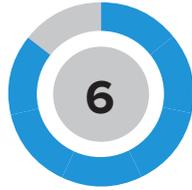
Los costos financieros que supone para el Gobierno la aplicación de nuevas medidas —o la intensificación o ejecución de las existentes— se calculan utilizando la herramienta de cálculo de costos de las ENT de la OMS. La herramienta de cálculo de costos de las ENT de la OMS contiene explicaciones completas sobre los costos y los supuestos [122].

La herramienta de costeo utiliza un enfoque «ascendente» o «basado en los ingredientes». En este método, se identifica, cuantifica y evalúa cada uno de los recursos necesarios para aplicar la medida de control del tabaco. La herramienta de costeo calcula el costo de la vigilancia, los recursos humanos —para la gestión del programa, el transporte, la promoción y la promulgación y aplicación de la legislación— la formación y las reuniones, los medios de comunicación, los suministros y el equipamiento, y otros componentes. En la herramienta de costeo, los costos aumentan de forma diferente durante cuatro fases de aplicación distintas: planificación (año 1), desarrollo (año 2), aplicación parcial (años 3-5) y aplicación completa (año 6 en adelante).

En estas categorías, la herramienta de costeo contiene los costos por defecto de 2011, que proceden del estudio de costos CHOICE de la OMS. De acuerdo con Shang y colegas, la herramienta se actualiza para reflejar los costos de 2020 mediante la actualización de varios parámetros: el tipo de cambio entre el USD y la unidad monetaria local (2020), el tipo de cambio de la paridad del poder adquisitivo (PPA) (2020), el PIB per cápita (USD, 2020), la paridad del poder adquisitivo per cápita (PPA, 2020), la población (total y la proporción de la población mayor de 15 años, 2020), la tasa de participación de la población activa (2020), la gasolina por litro y el gasto gubernamental en salud como porcentaje del gasto total en salud (2019) [129]. A menos que se reciban parámetros gubernamentales o de otro tipo del país, los datos proceden de la base de datos del Banco Mundial, a excepción de los datos sobre la proporción del gasto gubernamental en salud y las cifras de población. La proporción del gasto público en salud como porcentaje del gasto sanitario total procede de la base de datos de la OMS sobre el gasto sanitario, y las cifras de población proceden de las Perspectivas de la Población Mundial de las Naciones Unidas.

Para calcular el costo de la ampliación del asesoramiento breve para dejar de fumar, el análisis añade a los costos programáticos incluidos en la herramienta de cálculo de costos

de la OMS los costos de formación de los profesionales sanitarios y los costos directos de las visitas de atención primaria en las que se proporciona el asesoramiento breve. En el horizonte temporal de 15 años del análisis, la mitad de los profesionales sanitarios de atención primaria reciben formación para administrar asesoramiento breve para dejar de fumar. Según el paquete de formación de la OMS para el tratamiento de la dependencia del tabaco en atención primaria [131], suponemos que las sesiones de formación duran 2,5 días, se llevan a cabo con un máximo de 30 participantes y son dirigidas por un equipo de dos formadores. Además, suponemos que la formación tiene lugar en persona en un espacio alquilado. Los costos de la formación incluyen los del alquiler de las instalaciones, el pago a los formadores y las dietas de los formadores y asistentes, y también suponemos que los alumnos (personal facultativo y de enfermería) reciben una compensación por su tiempo acorde a su salario. Una vez formados, se supone que los profesionales sanitarios proporcionan asesoramiento breve si atienden a un paciente que fuma. El costo de proporcionar asesoramiento breve durante las consultas de atención primaria se basa en las estimaciones de la OMS-CHOICE sobre el costo de las visitas ambulatorias de atención primaria [133]. La derivación de estas estimaciones se detalla en otro lugar [134], pero en resumen, las estimaciones reflejan el «costo de hotelería» de una consulta de diez minutos en un centro de salud con camas. Actualizamos las estimaciones a las unidades de moneda local de 2020, utilizando índices de precios al consumo locales y factores de conversión de paridad del poder adquisitivo de 2010 [135]. A efectos del caso de inversión, se supone que la administración de la intervención breve del Cuadro 5A (Ask, Advise, Assess, Assist and Arrange) dura diez minutos [136]. Siguiendo la metodología CHOICE de la OMS, estimamos el costo de esos 10 minutos adicionales como un 21 % adicional del costo original de la consulta de atención primaria.

**PASO 6**

Cuantificar el rendimiento de la inversión (ROI) para las diversas medidas e intervenciones de control del tabaco modeladas, tanto individual como colectivamente.

El análisis del rendimiento de la inversión (ROI) mide la rentabilidad de las inversiones realizadas en el control del tabaco dividiendo el valor monetario descontado de las ganancias en salud de las inversiones entre sus respectivos costos descontados.

Se calcularon los ROI para cada una de las cuatro medidas de control del tabaco modeladas, y para las cuatro intervenciones juntas como un paquete. Se utilizaron las estimaciones de los pasos 3 y 4 para calcular los ROI a intervalos de 5 y 15 años.

$$\text{Rendimiento de la inversión (ROI)} = \frac{\text{Beneficios de la intervención/política}}{\text{Costos de la intervención/política}}$$

Referencias

- [1] World Health Organization, "Tobacco," May 24, 2022. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- [2] U.S. Department of Health and Human Services, "The Health Consequences of Smoking - 50 Years of Progress," 2014. [Online]. Available at: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK179276/pdf/Bookshelf_NBK179276.pdf
- [3] Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudio de la Salud, "Sistema de Información Geográfico Interactivo de la Encuesta Nacional de Salud de Panamá (ENSPA).2019 [Interactive Geographic Information System of the National Health Survey of Panama. 2019]." Available at: http://www.gorgas.gob.pa/SIGENSPA/Informe_general.htm
- [4] C. J. L. Murray et al., "Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019," *The Lancet*, vol. 396, no. 10258, pp. 1223–1249, Oct. 2020, doi: 10.1016/S0140-6736(20)30752-2.
- [5] M. Goodchild, N. Nargis, and E. T. d'Espaignet, "Global economic cost of smoking-attributable diseases," *Tob. Control*, vol. 27, no. 1, pp. 58–64, 2018.
- [6] L. Chaker et al., "The global impact of non-communicable diseases on macro-economic productivity: a systematic review," *Eur J Epidemiol*, vol. 30, no. 5, pp. 357–95, May 2015, doi: 10.1007/s10654-015-0026-5.
- [7] A. Anesetti-Rothermel and U. Sambamoorthi, "Physical and Mental Illness Burden: Disability Days among Working Adults," *Popul. Health Manag.*, vol. 14, no. 5, pp. 223–230, Apr. 2011, doi: 10.1089/pop.2010.0049.
- [8] P. S. Wang et al., "Chronic medical conditions and work performance in the health and work performance questionnaire calibration surveys," *J. Occup. Environ. Med.*, vol. 45, no. 12, pp. 1303–1311, Dec. 2003, doi: 10.1097/01.jom.0000100200.90573.df.
- [9] M. J. Husain, B. K. Datta, M. K. Virk-Baker, M. Parascandola, and B. H. Khondker, "The crowding-out effect of tobacco expenditure on household spending patterns in Bangladesh," *PLOS ONE*, vol. 13, no. 10, p. e0205120, Oct. 2018, doi: 10.1371/journal.pone.0205120.
- [10] R. M. John, "Crowding out effect of tobacco expenditure and its implications on household resource allocation in India," *Soc. Sci. Med.* 1982, vol. 66, no. 6, pp. 1356–1367, Mar. 2008, doi: 10.1016/j.socscimed.2007.11.020.
- [11] G. Paraje and D. Araya, "Relationship between smoking and health and education spending in Chile," *Tob. Control*, vol. 27, no. 5, pp. 560–567, Sep. 2018, doi: 10.1136/tobaccocontrol-2017-053857.
- [12] J. de Beyer, C. Lovelace, and A. Yürekli, "Poverty and tobacco," *Tob. Control*, vol. 10, no. 3, pp. 210–211, Sep. 2001, doi: 10.1136/tc.10.3.210.

- [13] D. Efroymson et al., "Hungry for tobacco: an analysis of the economic impact of tobacco consumption on the poor in Bangladesh," *Tob. Control*, vol. 10, no. 3, pp. 212–217, Sep. 2001, doi: 10.1136/tc.10.3.212.
- [14] L. Greaves et al., "What Are the Effects of Tobacco Policies on Vulnerable Populations?," *Can. J. Public Health Rev. Can. Santé Publique*, vol. 97, no. 4, pp. 310–315, Jul. 2006, doi: 10.1007/BF03405610.
- [15] World Health Organization, Tobacco and its environmental impact: an overview. 2017. Accessed: Oct. 21, 2020. [Online]. Available at: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255574/1/9789241512497-eng.pdf?ua=1>
- [16] M. Zafeiridou, N. S. Hopkinson, and N. Voulvoulis, "Cigarette Smoking: An Assessment of Tobacco's Global Environmental Footprint Across Its Entire Supply Chain," *Environ. Sci. Technol.*, vol. 52, no. 15, pp. 8087–8094, 07 2018, doi: 10.1021/acs.est.8b01533.
- [17] "The Environmental Burden of Cigarette Butts," *Tob. Control*, vol. 20, no. Suppl 1, May 2011, Accessed: Oct. 21, 2020. [Online]. Available at: https://tobaccocontrol.bmj.com/content/20/Suppl_1
- [18] Secretariat of the WHO FCTC, "WHO Framework Convention on Tobacco Control - Panama." Available at: <https://untobaccocontrol.org/impldb/panama/> (accessed Jul. 29, 2021).
- [19] The Secretariat of the WHO FCTC and United Nations Development Programme, "The WHO Framework Convention on Tobacco Control: an accelerator for sustainable development," Apr. 2017. [Online]. Available at: <https://fctc.who.int/publications/m/item/the-who-framework-convention-on-tobacco-control-an-accelerator-for-sustainable-development>
- [20] World Health Organization, Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases, 2013-2020. 2013. Accessed: Jul. 21, 2021. [Online]. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/94384>
- [21] United Nations Department of Economic and Social Affairs, "Do you know all 17 SDGs?" Available at: <https://sdgs.un.org/goals> (accessed Aug. 10, 2022).
- [22] H. Quintana and R. Roa, "Tobacco use and access among 13 to 15 year olds in Kuna Yala, an indigenous region of Panama," *Tob. Control*, vol. 30, no. e2, pp. e158–e161, Dec. 2021, doi: 10.1136/tobaccocontrol-2020-055736.
- [23] Asamblea Nacional de Panama, "Ley No.13 Que adopta medidas para el control del tabaco y sus efectos nocivos en la salud." Jan. 24, 2008. [Online]. Available at: <https://www.gacetaoficial.gob.pa/pdfTemp/25966/8638.pdf>
- [24] The Secretariat of the WHO FCTC, "FCTC 2030," WHO FCTC. Available at: <https://fctc.who.int/who-fctc/development-assistance/fctc-2030> (accessed Aug. 10, 2022).
- [25] Pan American Health Organization and World Health Organization, "Tobacco Control and Illicit Trade in Tobacco Products in Panama." Accessed: Jul. 29, 2021. [Online]. Available at: <https://www.paho.org/sites/default/files/tobacco-PAHO-Fact-sheet-Tobacco-control-illicit-trade-products-Panama-2015.pdf>

- [26] Republic of Panama, "Encuesta nacional de salud y calidad de vida. Republica de panama. Año: 2007 [National Survey of Health and Life Quality].," 2007. [Online]. Available at: https://untobaccocontrol.org/impldb/wp-content/uploads/reports/Annex2_Report_of_the_2007_survey.pdf
- [27] Ministerio de Salud de Panamá, Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudio de la Salud, Contraloría General de la República de Panamá, Pan American Health Organization, World Health Organization Regional Office for the Americas, and US Centers for Disease Control and Prevention, "Global Adult Tobacco Survey Panama 2013," 2013. [Online]. Available at: <https://extranet.who.int/ncdsmicrodata/index.php/catalog/852/related-materials>
- [28] Pan American Health Organization, Report on Tobacco Control in the Region of the Americas. Washington D.C.: Pan American Health Organization (PAHO), 2019.
- [29] Ministerio de Education de Panamá, Ministerio de Salud de Panamá, Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudio de la Salud, Pan American Health Organization, World Health Organization Regional Office for the Americas, and US Centers for Disease Control and Prevention, "Global Youth Tobacco Survey Fact Sheet Panama 2017." 2017. [Online]. Available at: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/ncd-surveillance/data-reporting/panama/panama-gyts-2017-factsheet-\(ages-13-15\)-\(final\)_tag508.pdf?sfvrsn=b01e4400_1](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/ncd-surveillance/data-reporting/panama/panama-gyts-2017-factsheet-(ages-13-15)-(final)_tag508.pdf?sfvrsn=b01e4400_1)
- [30] International Agency for Research on Cancer, Ed., IARC handbooks of cancer prevention, tobacco control, volume 14, Effectiveness of Tax and Price Policies for Tobacco Control. Lyon: IARC, 2011.
- [31] D. E. Apollonio, L. M. Dutra, and S. A. Glantz, "Associations between smoking trajectories, smoke-free laws and cigarette taxes in a longitudinal sample of youth and young adults," PLOS ONE, vol. 16, no. 2, p. e0246321, Feb. 2021, doi: 10.1371/journal.pone.0246321.
- [32] World Bank, "Gini index - Panama." Available at: <https://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.GINI?locations=PA> (accessed Jan. 05, 2023).
- [33] "Income inequality." OECD. doi: 10.1787/459aa7f1-en.
- [34] CEPALSTAT Bases de Datos y Publicaciones Estadísticas [Databases and Statistical Publications], "Panamá: perfil nacional social-demográfico [Panama: national social-demographic profile]." Available at: <https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/index.html?lang=es> (accessed Aug. 29, 2021).
- [35] R. Vakis and K. Lindert, "Poverty in indigenous populations in Panama : a study using LSMS data (English)," World Bank Group, Jan. 2000.
- [36] S. Cecchini, R. Holz, and A. R. Mojica, "La matriz de la desigualdad social en Panamá [The matrix of social inequality in Panama]," CEPAL [Economic Commission for Latin America and the Caribbean], 2020. [Online]. Available at: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46437/1/S2000664_es.pdf
- [37] The Tobacco Atlas, "Issue: Secondhand," The Tobacco Atlas. Available at: <https://tobaccoatlas.org/topic/secondhand/> (accessed Apr. 05, 2022).

- [38] Campaign for Tobacco-free Kids, "Global Issues Women and Tobacco," Nov. 12, 2020. Available at: <https://www.tobaccofreekids.org/what-we-do/global/women> (accessed Mar. 15, 2022).
- [39] U.S. Centers for Disease Control and Prevention, "Substance Use During Pregnancy," Reproductive Health, May 23, 2022. Available at: <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/substance-abuse/substance-abuse-during-pregnancy.htm#> (accessed Jul. 21, 2022).
- [40] Campaign for Tobacco-free Kids, "A Lifetime of Damage How Big Tobacco's predatory marketing harms the health of women and girls," May 2021. [Online]. Available at: https://www.tobaccofreekids.org/assets/content/press_office/2021/womens-report.pdf
- [41] J. Roelands, M. G. Jamison, A. D. Lyerly, and A. H. James, "Consequences of Smoking during Pregnancy on Maternal Health," *J. Womens Health*, vol. 18, no. 6, pp. 867–872, Jun. 2009, doi: 10.1089/jwh.2008.1024.
- [42] S. Lange, C. Probst, J. Rehm, and S. Popova, "National, regional, and global prevalence of smoking during pregnancy in the general population: a systematic review and meta-analysis," *Lancet Glob. Health*, vol. 6, no. 7, pp. e769–e776, Jul. 2018, doi: 10.1016/S2214-109X(18)30223-7.
- [43] M. A. Mayo Di Bello, E. Ulloa, I. Barahona de Mosca, E. G. Desgrenger, L. A. M. Rivera, and F. Hernández, Plan Estratégico Nacional para la Prevención y el Control Integral de las Enfermedades No Transmisibles y sus Factores de Riesgo 2014-2025 [National Strategic Plan for the Prevention and Comprehensive Control of Noncommunicable Diseases and their Risk Factors 2014-2025]. Ministerio de Salud de Panamá. [Online]. Available at: https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/publicaciones/plan_estrategico_nac.pdf
- [44] Assunta M. Global Tobacco Industry Interference Index 2023. Global Center for Good Governance in Tobacco Control (GGTC). Bangkok, Thailand. Nov. 2023
- [45] República de Panamá and Ministerio de Salud de Panamá, "Que reglamenta la Ley 13 de 24 de enero de 2008 y dicta otras disposiciones [Which regulates Law 13 of January 24, 2008 and dictates other provisions]." May 06, 2008.
- [46] República de Panamá and Ministerio de Salud de Panamá, "Que modifica el articulo 18 del Decreto Ejecutivo 230 de 6 de mayo de 2008, que reglamenta la Ley 13 de 24 de enero de 2008 [That modifies article 18 of Executive Decree 230 of May 6, 2008, which regulates Law 13 of January 24, 2008]." Jul. 03, 2010.
- [47] República de Panamá and Ministerio de Salud de Panamá, "Que establece que las pipas de agua, narguiles, hookahs, shisha, cachimbas o de cualquier otra denominación que en el futuro se tenga. Son productos de tabaco y dicta otras disposiciones [Which establishes that water pipes, hookahs, hookahs, shisha, hookahs or any other denomination that will be available in the future. They are tobacco products and dictates other provisions]." Mar. 08,

2018.

- [48] República de Panamá and Ministerio de Salud de Panamá, “Que aprueba y adopta los cinco (5) nuevos pictogramas con sus respectivas advertencias sanitarias, que deberán ser impresos en los distintos empaques y envases de productos de tabaco, cartones y cajetillas de cigarrillos, que se comercialicen en el territorio de la República de Panamá; para la vigencia que inicia el 1 de septiembre de 2022 hasta el 30 de agosto de 2023 [That it approves and adopts the five (5) new pictograms with their respective health warnings, which must be printed on the different packages and containers of tobacco products, cartons and cigarette packs, that are marketed in the territory of the Republic of Panama; for the validity that begins on September 1, 2022 until August 30, 2023].” Oct. 04, 2021.
- [49] República de Panamá, “Ley 315. Que prohíbe el uso, importación y comercialización de sistemas electrónicos de administración de nicotina, cigarrillos electrónicos, vaporizadores, calentadores de tabaco y otros dispositivos similares, con o sin nicotina, en la República de Panamá [That prohibits the use, import and commercialization of electronic nicotine administration systems, electronic cigarettes, vaporizers, tobacco heaters and other similar devices, with or without nicotine, in the Republic of Panama].” Jun. 30, 2022. [Online]. Available at: https://www.gacetaoficial.gob.pa/pdfTemp/29568_B/92406.pdf
- [50] A. Bustamante, “Presidente Cortizo veta parcialmente el proyecto 178 sobre cigarros electrónicos [President Cortizo partially vetoes project 178 on electronic cigarettes],” La Prensa, May 13, 2020. Available at: <https://www.prensa.com/politica/presidente-cortizo-veta-parcialmente-el-proyecto-178-sobre-cigarros-electronicos/>
- [51] República de Panamá and Asamblea Legislativa Legispan Legislación de la República de Panamá, “Número 63. Que crea el consejo nacional para la salud sin tabaco [Number 63. That creates the national council for health without tobacco].” Feb. 27, 2003.
- [52] República de Panamá and Ministerio de Salud de Panamá, “Que modifica artículos del Decreto Ejecutivo N.0 63 de 27 de febrero de 2003, que crea el Consejo Nacional para la Salud sin Tabaco y dicta otras disposiciones en materia de control de productos de tabaco [Which modifies articles of Executive Decree No. 63 of February 27, 2003, which creates the National Council for Tobacco-Free Health and dictates other provisions regarding the control of tobacco products].” Jun. 08, 2018.
- [53] Ministerio de Salud de Panamá, “2020 - Core Questionnaire of the Reporting Instrument of WHO FCTC,” Aug. 2020. [Online]. Available at: https://untobaccocontrol.org/impldb/wp-content/uploads/Panama_2020_WHO_FCTC_report.pdf
- [54] República de Panamá and Ministerio de Salud - Caja de Seguro Social, “Programa para el Desarrollo de la Clínica de Cesación de Tabaquismo.” Oct. 03, 2008. [Online]. Available at: <http://www.gorgas.gob.pa/SitioWebTabaco/documentos/ProgramaClinicas.pdf>

- [55] Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudio de la Salud, "Informe de Resultados ENSPA," 2022. Available at: http://www.gorgas.gob.pa/SIGENSPA/Informe_general.htm (accessed Mar. 24, 2022).
- [56] H. Ballesteros and V. Hugo, "Análisis de la demanda de tabaco en Panamá y el control del efecto asequibilidad con medidas fiscales y control del contrabando: implicaciones para Política Fiscal, 2000-2011 [Analysis of the demand for tobacco in Panama and the control of the affordability effect with fiscal measures and control of contraband: implications for Fiscal Policy, 2000-2011]," Inst. Conmem. Gorgas Estud. Salud, Mar. 2013.
- [57] The World Bank, "The World Bank in Panama." Accessed: Dec. 12, 2023. [Online]. Available: <https://www.worldbank.org/en/country/panama/overview>
- [58] World Health Organization, "WHO report on the global tobacco epidemic, 2021," Geneva, Switzerland, 2021. [Online]. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032095>
- [59] World Health Organization, "WHO Technical Manual on Tobacco Tax Policy and Administration," Geneva, 2021.
- [60] Secretariat of the WHO FCTC, "Guidelines for implementation of Article 6." Jan. 01, 2017. [Online]. Available at: <https://fctc.who.int/publications/m/item/price-and-tax-measures-to-reduce-the-demand-for-tobacco>
- [61] Asamblea Nacional de Panamá and Ministerio de Economía y Finanzas, "Ley no. 69. Que prohíbe la equiparación en los contratos y otras modalidades jurídicas en los que el Estado sea parte, reforma disposiciones de contrataciones públicas y dicta otras disposiciones [That prohibits equalization in contracts and other legal modalities in which the State is a party, reforms public procurement provisions and dictates other provisions]." Nov. 06, 2009.
- [62] Panama Tocumen International airport, "Stores at Panama Tocumen international airport." Accessed: Jan. 06, 2023. [Online]. Available at: <https://panamatocumen.com/en/shopping>
- [63] F. Chaloupka et al., "Tobacconomics cigarette tax scorecard 2nd Edition," Health Policy Center, Institute for Health Research and Policy, University of Illinois Chicago, Chicago, IL, 2021. [Online]. Available at: www.tobacconomics.org
- [64] Campaign for Tobacco-Free Kids, "Legislation by Country: Panama, Health Warnings/ Messages Features," Sep. 27, 2022.
- [65] World Health Organization, "WHO report on the global tobacco epidemic, 2021. Country profile Panama," 2021. [Online]. Available at: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/country-profiles/tobacco/who_rgte_2021_panama.pdf?sfvrsn=67b1a1de_5&download=true
- [66] UNFPA, "Por una juventud sin humo [For a youth without smoke]," Oct. 30, 2019. Available at: <https://panama.unfpa.org/es/news/por-una-juventud-sin-humo>

- [67] Nacional FM 101.7 FM, "Programa de adolescentes en Panamá Oeste, entrega mochilas con kits de material didáctico. [Adolescent program in Panama Oeste, delivers backpacks with teaching material kits.]," Mar. 17, 2021. Available at: <https://sertv.gob.pa/nacionalfm/programa-de-adolescentes-en-panama-oeste-entrega-mochilas-con-kits-de-material-didactico/>
- [68] Radio Panamá 94.5 FM, "Actualmente el país cuenta con 56 clínicas de cesación de tabaco [Currently the country has 56 tobacco cessation clinics]," May 31, 2022. Available at: <https://radiopanama.com.pa/actualmente-el-pais-cuenta-con-56-clinicas-de-cesacion-de-tabaco-4190263/>
- [69] E. Guerra and E. Alfredo, "Factores socioepidemiológicos asociados a la no adherencia terapéutica de los pacientes atendidos en las clínicas de cesación del tabaquismo - región metropolitana de salud. Panamá, 2016-2017. [Socioepidemiological factors associated with therapeutic non-adherence of patients treated at smoking cessation clinics - metropolitan health region. Panama, 2016-2017.]," Universidad de Panamá, 2020. [Online]. Available at: <http://up-rid.up.ac.pa/3209/>
- [70] H. Quintana, F. Bajura, and R. Roa, "Comparison of tobacco use prevalence between Panama nationwide and the Guna Yala Indigenous Territory," *Tob. Induc. Dis.*, vol. 16, no. 3, Oct. 2018, doi: 10.18332/tid/94865.
- [71] National Centre for Smoking Cessation and Training of the UK, "Champix out of stock 2021." Available at: https://www.ncsct.co.uk/publication_champix_stock_2021.php (accessed Jan. 06, 2023).
- [72] World Health Organization, "Coronavirus disease (COVID-19): Tobacco," May 25, 2022. Available at: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-covid-19-tobacco> (accessed Aug. 02, 2022).
- [73] WHO Framework Convention on Tobacco Control Secretariat and United Nations Development Programme, "Integrating Tobacco Control into Tuberculosis and HIV Responses: Implementing the WHO Framework Convention on Tobacco Control to address co-morbidities," Nov. 2018. [Online]. Available at: <https://fctc.who.int/publications/m/item/integrating-tobacco-control-into-tuberculosis-and-hiv-responses>
- [74] Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudio de la Salud, "Grupo de investigación de Medicamentos y Tabaco [Medicines and Tobacco Research Group]." Available at: <http://www.gorgas.gob.pa/grupo-de-investigacion-medicamentos-y-tabaco/> (accessed Jan. 11, 2023).
- [75] B. M. Champagne, E. Sebríe, and V. Schoj, "The role of organized civil society in tobacco control in Latin America and the Caribbean," *Salud Pública México*, vol. 52, pp. S330–S339, 2010, doi: 10.1590/S0036-36342010000800031.
- [76] República de Panamá and Ministerio de Salud de Panamá, "Que modifica el artículo 3 del Decreto Ejecutivo 63 de 27 de febrero de 2003, que crea el Consejo Nacional para la Salud sin Tabaco. [That modifies article 3 of Executive Decree 63 of February 27, 2003, which creates the National Council for Health without Tobacco.]" Feb. 27, 2003.

- [77] I.P. de Moreno and Asamblea Nacional de Panama, "Bajan Índices del Tabaquismo en Jóvenes," Asamblea Nacional de Panama, May 18, 2018. Available at: <https://www.asamblea.gob.pa/noticias/bajan-indices-del-tabaquismo-en-jovenes>
- [78] World Bank, Consolidating the Recovery: Seizing Green Growth Opportunities. The World Bank, 2022. doi: 10.1596/978-1-4648-1867-7.
- [79] OECD, "Estudio multidimensional de Panamá Volumen 2. Análisis detallado y recomendaciones [Multidimensional study of Panama Volume 2. Detailed analysis and recommendations]," 2018. [Online]. Available at: <https://www.oecd.org/development/mdcr/countries/panama/Estudio-Multidimensional-de-Panamá-Volumen-2-Espanol-Mensajes-principales.pdf>
- [80] Ministerio de Economía y Finanzas, "Canal representa 17% de los ingresos para el país [Canal represents 17% of the income for the country]," Dec. 31, 2019. Available at: <https://www.mef.gob.pa/2019/12/canal-representa-17-de-los-ingresos-para-el-pais/>
- [81] Semana, "El Canal de Panamá aporta el 6% del PIB [The Panama Canal contributes 6% of GDP]," Mar. 12, 2019. Available at: <https://www.semana.com/internacional/articulo/contribucion-economica-del-canal-de-panama/280544/>
- [82] Ministerio de Comercio e Industrias de Panamá, "ONCI-Acuerdos Comerciales Regionales." Available at: <https://mici.gob.pa/onci-acuerdos-comerciales-regionales/> (accessed Jan. 06, 2023).
- [83] Ministry of Commerce People's Republic of China, "China FTA Network." Available at: <http://fta.mofcom.gov.cn/list/chinapanamaen/chinapanamaennews/1/encateinfo.html> (accessed Aug. 29, 2021).
- [84] Ministry of Commerce People's Republic of China, "Joint Feasible Study on China-Panama FTA Completed," 2018. Available at: http://fta.mofcom.gov.cn/enarticle/chinapanamaen/chinapanamaennews/201803/37379_1.html
- [85] PROPANAMA Authority for Investment Attraction and Export Promotion, "Colon Free Trade Zone." Available at: <https://propanama.gob.pa/en/Zonalibredecol%C3%B3n>
- [86] PROPANAMA Authority for Investment Attraction and Export Promotion, "Free Trade Zones." Available at: <https://propanama.gob.pa/en/ZonasFrancas> (accessed Jan. 06, 2023).
- [87] OECD, "Recommendation of the Council on Countering Illicit Trade: Enhancing Transparency in Free Trade Zones." Oct. 20, 2019. [Online]. Available at: <https://legalinstruments.oecd.org/en/instruments/OECD-LEGAL-0454>
- [88] N. Jaccard, S. Lauría, D. Tarazona, M. Yepes, and L. Saúl, "Illegal Chinese Cigarettes Flooding Latin America Flow Through Panama," Organized Crime and Corruption Reporting Project (OCCRP), Jun. 22, 2021. Available at: <https://www.occrp.org/en/loosetobacco/china-tobacco-goes-global/illegal-chinese-cigarettes-flooding-latin-america-flow-through-panama>
- [89] Secretariat of the WHO FCTC, "Protocol to Eliminate Illicit Trade in Tobacco Products." May 03, 2013. [Online]. Available at: <https://fctc.who.int/publications/i/item/9789241505246>

- [90] The World Bank, "Confronting Illicit Tobacco Trade: A Global Review of Country Experiences," Online., 2017.
- [91] República de Panamá, "Resolución JD N° 008-2019. Por la cual se adopta el sistema de declaración de movimiento comercial electrónico y se aprueban los formularios de declaración de movimiento comercial, la ventanilla única de trámites y se establecen requisitos para la expedición de los permisos especiales de cigarrillo, productos derivados de tabaco y productos farmacéutico [By which the electronic commercial movement declaration system is adopted and the commercial movement declaration forms are approved, the single window for procedures and requirements are established for the issuance of special permits for cigarettes, tobacco products and pharmaceutical products]." Apr. 04, 2019. [Online]. Available at: https://www.gacetaoficial.gob.pa/pdfTemp/28761/GacetaNo_28761_20190425.pdf
- [92] Global Center for Good Governance in Tobacco Control, "Panama 2021 Tobacco Industry Interference Index," 2021. Available at: <https://globaltobaccoindex.org/country/PA>
- [93] The Tobacco Atlas, "The Tobacco Atlas, Panama." Accessed: Aug. 02, 2021. [Online]. Available: <https://tobaccoatlas.org/country/panama/>
- [94] República de Panamá and Ministerio de Salud de Panamá, "Que modifica el nombre de la Comisión Nacional para Estudiar el Tabaquismo en Panamá y se dictan otras disposiciones [That modifies the name of the National Commission to Study Smoking in Panama and other provisions are issued]." Sep. 22, 2016.
- [95] República de Panamá and Ministerio de Salud de Panamá, "Decreto Ejecutivo 237. Que crea la comisión nacional interinstitucional paara la implementación del protocolo para a eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco. [That creates the national inter-institutional commission for the implementation of the protocol for the elimination of the illicit trade of tobacco products.]" Jun. 24, 2019.
- [96] Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), "The Global Burden of Disease Results Tool." University of Washington, Seattle, WA, 2019. [Online]. Available at: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>
- [97] Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), "Frequently Asked Questions." Available at: <https://www.healthdata.org/gbd/faq#What%20is%20a%20DALY> (accessed May 08, 2023).
- [98] World Health Organization, "Global Health Expenditures Database." online, 2020. [Online]. Available at: <https://apps.who.int/nha/database>
- [99] D. T. Levy, J. Tam, C. Kuo, G. T. Fong, and F. Chaloupka, "The Impact of Implementing Tobacco Control Policies: The 2017 Tobacco Control Policy Scorecard," J. Public Health Manag. Pract. JPHMP, vol. 24, no. 5, pp. 448–457, Oct. 2018, doi: 10.1097/PHH.0000000000000780.
- [100] United Nations, "Addis Ababa Action Agenda on Financing for Development," Sustainable Development Goals Knowledge Platform, 2015. Available at: <https://sustainabledevelopment.un.org/frameworks/addisababaactionagenda> (accessed Oct. 22, 2020).

- [101] H. B. Víctor Hugo, I. Moreno Velásquez, G. Beatriz, and R. R. Rodríguez, "Impacto del incremento del impuesto a los productos de tabaco sobre la recaudación y los precios en Panamá," *Value Health Reg. Issues*, vol. 14, pp. 57–63, Dec. 2017, doi: 10.1016/j.vhri.2017.05.007.
- [102] International Monetary Fund, "Real GDP Growth - Annual percent change," *World Economic Outlook Dataset*. Available at: https://www.imf.org/external/datamapper/NGDP_RPCH@WEO/OEMDC/ADVEC/WEOWORLD (accessed Dec. 17, 2020).
- [103] G. Rodriguez-Iglesias and E. Blecher, "Tax Structures are Key in Raising Tobacco Taxes & Revenues," *Tobacconomics*, Health Policy Center, Institute for Health Research and Policy, University of Illinois at Chicago, Chicago, IL, Oct. 2018.
- [104] US Centers for Disease Control and Prevention, "Industry Marketing," May 14, 2021. Available at: https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/tobacco_industry/marketing/index.htm
- [105] V. Herrera Ballesteros, H. Quintana, C. Niño Hall, B. Gómez, and R. Roa, "Tobacco Advertisement Promotion and Sponsorship Ban Enforcement Index in Sales Points in Panama, 2017," *Tob. Induc. Dis.*, vol. 17, no. January, Jan. 2019, doi: 10.18332/tid/100526.
- [106] Autoridad Nacional de Aduanas de Panamá, "Aduanas convoca a gremios e instituciones del Estado a dialogar sobre cambios a la Ley 30 de 1984 [Customs summons unions and State institutions to discuss changes to Law 30 of 1984]," Sep. 27, 2019.
- [107] I. Fragiel, UNDP, and Consejo de la Concertación Nacional para el Desarrollo, Eds., *Plan estratégico nacional con visión de estado: Panamá 2030 : alineando el desarrollo nacional con los objetivos de desarrollo sostenible*. Ciudad de Panamá, República de Panamá: Consejo de la Concertación Nacional para el Desarrollo, 2017.
- [108] T. Vos et al., "Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019," *The Lancet*, vol. 396, no. 10258, pp. 1204–1222, Oct. 2020, doi: 10.1016/S0140-6736(20)30925-9.
- [109] D. R. Smith, A. Behzadnia, R. A. Imawana, M. N. Solim, and M. L. Goodson, "Exposure-lag response of smoking prevalence on lung cancer incidence using a distributed lag non-linear model," *Sci. Rep.*, vol. 11, no. 1, p. 14478, Jul. 2021, doi: 10.1038/s41598-021-91644-y.
- [110] M. S. Duncan, M. S. Freiberg, R. A. Greevy, S. Kundu, R. S. Vasan, and H. A. Tindle, "Association of Smoking Cessation With Subsequent Risk of Cardiovascular Disease," *JAMA*, vol. 322, no. 7, pp. 642–650, Aug. 2019, doi: 10.1001/jama.2019.10298.
- [111] L. A. Robinson et al., "Reference Case Guidelines for Benefit-Cost Analysis in Global Health and Development," Harvard T.H. Chan School of Public Health, Bill and Melinda Gates Foundation, Boston, MA, May 2019. [Online]. Available at: <https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/2447/2019/05/BCA-Guidelines-May-2019.pdf>
- [112] L. A. Robinson, J. K. Hammitt, and L. O’Keeffe, "Valuing Mortality Risk Reductions in Global Benefit-Cost Analysis," *J. Benefit-Cost Anal.*, vol. 10, no. Suppl 1, pp. 15–50, 2019, doi: 10.1017/bca.2018.26.

- [113] S. A. Troelstra, P. Coenen, C. R. Boot, J. Harting, A. E. Kunst, and A. J. van der Beek, "Smoking and sickness absence: a systematic review and meta-analysis," *Scand J Work Env. Health*, vol. 46, no. 1, pp. 5–18, 1, doi: 10.5271/sjweh.3848.
- [114] C. L. Baker, N. M. Flores, K. H. Zou, M. Bruno, and V. J. Harrison, "Benefits of quitting smoking on work productivity and activity impairment in the United States, the European Union and China," *Int. J. Clin. Pract.*, vol. 71, no. 1, Jan. 2017, doi: 10.1111/ijcp.12900.
- [115] D. Levy, D. B. Abrams, J. Levy, and L. Rosen, "Complying with the framework convention for tobacco control: an application of the Abridged SimSmoke model to Israel," *Isr. J. Health Policy Res.*, vol. 5, Sep. 2016, doi: 10.1186/s13584-016-0101-8.
- [116] D. T. Levy, H. Fouad, J. Levy, A. D. Dragomir, and F. El Awa, "Application of the Abridged SimSmoke model to four Eastern Mediterranean countries," *Tob. Control*, vol. 25, no. 4, pp. 413–421, 2016, doi: 10.1136/tobaccocontrol-2015-052334.
- [117] WHO FCTC Secretariat, "Global Strategy to Accelerate Tobacco Control - Advancing Sustainable Development through the Implementation of the WHO FCTC 2019–2025," 2019. Available at: <https://www.who.int/fctc/implementation/global-strategy-to-accelerate-tobacco-control/en/>
- [118] T. Chipty, "Study of the Impact of the Tobacco Plain Packaging Measure on Smoking Prevalence in Australia," Analysis Group, Inc., 2016. [Online]. Available at: [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/491CE0444F7B0A76CA257FBE00195BF3/\\$File/PIR%20of%20Tobacco%20Plain%20Packaging%20-%20with%20Addendum.docx](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/491CE0444F7B0A76CA257FBE00195BF3/$File/PIR%20of%20Tobacco%20Plain%20Packaging%20-%20with%20Addendum.docx)
- [119] "Tobacco Interventions for the Appendix 3 of the Global Action Plan for Non Communicable Disease." World Health Organization, 2017. [Online]. Available at: https://www.who.int/ncds/governance/tobacco_use.pdf?ua=1
- [120] D. T. Levy, A. L. Graham, P. L. Mabry, D. B. Abrams, and C. T. Orleans, "Modeling the impact of smoking-cessation treatment policies on quit rates," *Am. J. Prev. Med.*, vol. 38, no. 3 Suppl, pp. S364-372, Mar. 2010, doi: 10.1016/j.amepre.2009.11.016.
- [121] D. Chisholm, D. Abegunde, S. Mendis, and World Health Organization, *Scaling up action against noncommunicable diseases: how much will it cost?*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2011. Accessed: Oct. 22, 2020. [Online]. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44706>
- [122] M. Goodchild, A. M. Perucic, and N. Nargis, "Modelling the impact of raising tobacco taxes on public health and finance," in *Bull World Health Organ*, 2016, pp. 250–7. doi: 10.2471/blt.15.164707.
- [123] L. Joossens and International Union against Tuberculosis and Lung Disease, *How eliminating the global illicit cigarette trade would increase tax revenue and save lives*. Paris, France: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, 2009.

- [124] D. B. Abrams, A. L. Graham, D. T. Levy, P. L. Mabry, and C. T. Orleans, "Boosting population quits through evidence-based cessation treatment and policy," *Am. J. Prev. Med.*, vol. 38, no. 3 Suppl, pp. S351-363, Mar. 2010, doi: 10.1016/j.amepre.2009.12.011.
- [125] O. García-Rodríguez, R. Secades-Villa, L. Flórez-Salamanca, M. Okuda, S.-M. Liu, and C. Blanco, "Probability and predictors of relapse to smoking: Results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC)," *Drug Alcohol Depend.*, vol. 132, no. 3, pp. 479–485, Oct. 2013, doi: 10.1016/j.drugalcdep.2013.03.008.
- [126] World Health Organization, "Global Health Observatory (GHO)," 2021. Available at: <https://www.who.int/data/gho> (accessed Mar. 14, 2021).
- [127] J. Altschuler, D. Margolius, T. Bodenheimer, and K. Grumbach, "Estimating a Reasonable Patient Panel Size for Primary Care Physicians With Team-Based Task Delegation," *Ann. Fam. Med.*, vol. 10, no. 5, pp. 396–400, Sep. 2012, doi: 10.1370/afm.1400.
- [128] C. Shang et al., "Country-specific costs of implementing the WHO FCTC tobacco control policies and potential financing sources," *PLoS ONE*, vol. 13, no. 10, Oct. 2018, doi: 10.1371/journal.pone.0204903.
- [129] S. Castro Lopes, M. Guerra-Arias, J. Buchan, F. Pozo-Martin, and A. Nove, "A rapid review of the rate of attrition from the health workforce," in *Hum Resour Health*, 2017. doi: 10.1186/s12960-017-0195-2.
- [130] World Health Organization, "Part III. Training for primary care providers," Geneva, 2013.
- [131] "New Occupant Load Factors Coming to NFPA 101," MeyerFire Blog, 2017. Available at: <https://www.meyerfire.com/blog/new-occupant-load-factors-coming-to-nfpa-101>
- [132] World Health Organization, "WHO-CHOICE Unit Cost estimates for service delivery - Estimation File." http 2010.
- [133] K. Stenberg, J. A. Lauer, G. Gkountouras, C. Fitzpatrick, and A. Stanciole, "Econometric estimation of WHO-CHOICE country-specific costs for inpatient and outpatient health service delivery," *Cost Eff. Resour. Alloc.*, vol. 16, no. 1, pp. 1–15, Mar. 2018, doi: 10.1186/s12962-018-0095-x.
- [134] The World Bank, "World Bank Open Data: Free and open access to global development data." The World Bank Data Catalog, 2019.
- [135] Health Services Executive of Ireland, "Brief Intervention for Smoking Cessation," 2012.



FCTC

CONVENIO MARCO DE LA OMS
PARA EL CONTROL DEL TABACO

