

Cómo la industria tabacalera intenta influenciar la ciencia y la práctica de los profesionales de la salud

Resumen Ejecutivo

El consumo crónico de tabaco es la principal causa individual de muerte en el mundo, completamente prevenible. Se sostiene por la dependencia a la nicotina, que ha sido definida como un trastorno crónico y recidivante (CIE-10). La mayoría de las personas dependientes del tabaco y la nicotina quieren dejarlo, y muchas lo intentan cada año, pero muy pocas lo logran. Existen intervenciones conductuales y farmacológicas basadas en evidencia que aumentan de manera significativa la probabilidad de dejar de fumar. Sin embargo, los profesionales de la salud no reciben la formación adecuada y, por lo tanto, no intervienen de forma eficaz para ayudar a sus pacientes a superar la dependencia del tabaco.

Durante casi un siglo, la industria tabacalera ha utilizado deliberadamente a médicos, investigadores, revistas médicas, escuelas de medicina y asociaciones profesionales para dar credibilidad a sus productos, generar dudas sobre sus daños e influir en la práctica clínica y en las políticas públicas.¹

Estas tácticas han evolucionado más que desaparecer: los mismos patrones de financiamiento de la industria, educación patrocinada, escritura fantasma (ghostwriting), grupos pantalla y mensajes de “reducción de daños” están reapareciendo ahora alrededor de nuevos productos de tabaco y nicotina (cigarrillos electrónicos, productos de tabaco calentado y bolsitas de nicotina). Los profesionales de la salud, sus asociaciones y las instituciones que los forman tienen una responsabilidad ética y profesional, y deberían incluir en sus actividades:

- Ayudar a sus pacientes a dejar el tabaco usando intervenciones independientes, libres de conflictos de intereses y basadas en evidencia para la cesación tabáquica e idealmente siguiendo las directrices de la OMS de 2024 para la cesación del tabaco en adultos.
- Abordar la dependencia del tabaco como una condición crónica y recidivante.
- Reconocer y confrontar las estrategias de manipulación utilizadas por la industria del tabaco y la industria de la nicotina para proteger la salud pública de los intereses comerciales.²

1. Resumen histórico: médicos, revistas y la aparición de la ciencia

A mediados del Siglo XX, la ciencia demostró en forma inequívoca, que el consumo de tabaco causaba enfermedades graves. En consecuencia, los países desarrollados comenzaron a aplicar disposiciones para disminuir dicho consumo.

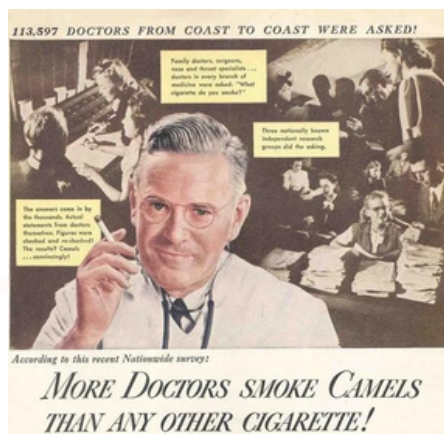
Desde antes, pero fundamentalmente a posteriori, la industria tabacalera utilizó diversas estrategias para distraer la atención del público con respecto al daño causado por sus productos, entre ellas influir y manipular a los profesionales de la salud, con el único objetivo de mantener sus ventas y proteger sus ganancias.

Muchas de las estrategias que describiremos aún persisten y se han exacerbado con la llegada de los “nuevos” productos de tabaco y nicotina. Otras debieron abandonarlas.

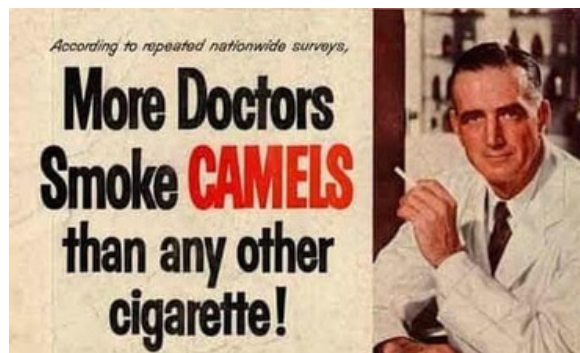
Entre ellas destacamos:

- Anuncios y patrocinios pagados en medios médicos. Desde principios hasta mediados del siglo XX, las compañías tabacaleras publicaron anuncios y recomendaciones que hacían referencia explícita a los médicos (*“More doctors smoke Camels”, “Philip Morris cigarettes don't cause throat irritation”, “Menthol cigarettes might even cure the common cold.”*)/ *«Cada vez más médicos fuman Camels», «Los cigarrillos Philip Morris no irritan la garganta», «Los cigarrillos mentolados podrían incluso curar el resfriado común.»*). Estos anuncios incluso aparecieron en revistas médicas para intentar influir en las recomendaciones de los médicos y crear la apariencia de respaldo médico para un producto letal.³





From <https://flashbak.com/when-tobacco-companies-used-doctors-to-sell-cigarettes-421928/>



From <https://www.theguardian.com/environment/climate-consensus-97-per-cent/2015/mar/02/fossil-fuel-industry-caught-taking-a-page-out-of-the-tobacco-playbook>

- Financiación, cooptación y «fabricación» de la duda. A medida que se acumulaban pruebas independientes sobre los daños a la salud, la industria invirtió fuertemente en relaciones públicas y programas de investigación diseñados para generar incertidumbre, financiar estudios favorables, conseguir expertos afines y sembrar dudas entre los profesionales clínicos y el público. Esto incluyó financiación secreta, artículos escritos por terceros y el uso de organizaciones pantalla para desvincular a las tabacaleras de los mensajes que querían difundir. Estas estrategias fueron sistemáticas y están bien documentadas por historiadores e investigadores de salud pública.²
- Influir en la educación médica y la formación continua. Históricamente, las tabacaleras han patrocinado cursos, simposios y materiales de formación médica continua (FMC), a veces directamente, a veces a través de instituciones “independientes” que financiaban, para enmarcar el debate en términos favorables a la industria e insertar sus narrativas en el ecosistema de la formación profesional. Recientemente, Philip Morris International, la mayor compañía tabacalera del mundo, logró financiar una serie de cursos de formación médica continua en la plataforma en línea Medscape, un proveedor líder con fines de lucro de formación médica continua gratuita. Desde finales de febrero hasta abril, unos 16.000 médicos y otros profesionales sanitarios participaron en los cursos gratuitos financiados por Philip Morris, donde se promovía su narrativa de “Reducción del Daño”.¹⁰

Un punto de inflexión importante para la profesión médica sobre el conocimiento del daño causado por el tabaco se produjo en 1962, cuando el Real Colegio de Médicos del Reino Unido publicó un informe que concluía que fumar cigarrillos causaba cáncer de pulmón.^{4, 5}

Dos años más tarde, el informe del Director General de Servicios de Salud de EE. UU. declaró inequívocamente que fumar causaba cáncer de pulmón, cáncer de garganta y bronquitis crónica, y estaba fuertemente vinculado a las enfermedades cardíacas.^{6, 7}

A pesar de ello, la industria tabacalera siguió cuestionando la evidencia científica y a finales de la década de 1960, el Instituto del Tabaco, con la ayuda de la empresa de relaciones públicas Hill & Knowlton, impulsaba la estrategia de cuestionar la validez de los datos y sugerir explicaciones alternativas para el cáncer y la muerte.

El objetivo de la industria tabacalera no fue demostrar que sus productos no causaban daño a la salud, sino ponerlo en duda. Para ello utilizó una campaña de relaciones públicas que presentaba la evidencia científica como “controversial”, “contradictoria”, “no tiene en cuenta otros factores”. Al no poder negarla, su objetivo era “sembrar la duda”.^{8, 9}

2. Cómo se aplican esas tácticas al panorama actual de productos de nicotina nuevos y emergentes

Reposicionamiento como una estrategia de “reducción de daños” y colaboración con actores del sector salud.

La reducción de daños es una estrategia de salud pública reconocida para el manejo de conductas adictivas que representan graves riesgos para la salud. Este enfoque reconoce que, para las personas que no pueden abstenerse de una conducta de riesgo, se pueden utilizar intervenciones de salud pública para mitigar los peligros y riesgos potenciales para la salud.

Las grandes tabacaleras pretenden manipular el concepto de “reducción de daños” y lo utilizan en sus iniciativas de relaciones públicas y de marketing, posicionando productos de tabaco calentado y los cigarrillos electrónicos como de riesgo reducido.

Para legitimarse, buscan colaboraciones con investigadores, patrocinan congresos, financian estudios e intentan introducir sus argumentos en foros clínicos y políticos.

Los organismos de salud pública han advertido reiteradamente que la promoción de la «reducción de daños» por parte de la industria es una estrategia comercial para retener clientes o crear adicción en nuevos usuarios,¹¹ en lugar de una verdadera intervención de salud pública.¹²

- Apuntan a las generaciones más jóvenes. La comercialización de los productos modernos de nicotina utiliza productos con sabor, redes sociales, patrocinio de eventos e imágenes dirigidas a los jóvenes, al tiempo que busca la influencia de médicos y asociaciones profesionales para moldear las guías clínicas y la percepción pública.¹³

- Presentan sus productos “nuevos y emergentes”, como herramientas válidas para dejar de fumar. La OMS y otros organismos han documentado los esfuerzos de la industria por presentar los cigarrillos electrónicos como una herramienta poblacional para dejar de fumar, a pesar de existir evidencia de que demuestra lo contrario.¹⁴
- Financian investigaciones con sesgos inherentes y conflictos sutiles. La larga trayectoria de la industria en la financiación de investigaciones para manipular la evidencia persiste. Los nuevos programas de la industria utilizan colaboraciones académicas,

consultorías pagas, revisiones por encargo y eventos «científicos» para difundir hallazgos favorables y generar dudas sobre los riesgos (por ejemplo, exagerando los beneficios de dejar de fumar, restando importancia al consumo entre los jóvenes o minimizando los daños relacionados con el uso de sus “nuevos” productos). Los revisores independientes subrayan que es fundamental examinar con detenimiento la fuente de financiación, ya que la ciencia financiada por la industria ha producido reiteradamente conclusiones sesgadas.^{15, 16}

3. ¿Por qué esto importa?: las consecuencias clínicas y de salud pública

El consumo de tabaco/nicotina es la principal causa de muerte prevenible. A nivel mundial, el consumo de tabaco causa más de 7 millones de muertes anuales y contribuye al aumento de enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias y otras afecciones. Esta carga se puede evitar mediante la prevención del consumo y la cesación y el tratamiento del tabaquismo basados en la evidencia.¹⁷

La dependencia del tabaco es una afección médica crónica y recurrente. La dependencia a la nicotina se caracteriza ampliamente en la literatura clínica como un trastorno crónico y recurrente que requiere intervenciones clínicas repetidas, a menudo a largo plazo (apoyo conductual, farmacoterapia, sistemas de seguimiento). Tratarla como “una enfermedad aguda” resulta ineficaz para los pacientes.^{18, 19}

Por lo tanto, los profesionales de la salud tienen una responsabilidad profesional y ética de estar capacitados y ayudar a sus pacientes a abandonar el consumo y contrarrestar la “captura” de la cesación a través de la “medicalización” de la industria tabacalera, con su narrativa de reducción del daño y del uso de nuevos productos como herramientas válidas para la cesación de tabaquismo a nivel poblacional.

A medida que disminuyen las tasas de tabaquismo, esta “medicalización” de la industria tabacalera apunta a presentar los “nuevos” productos de tabaco y nicotina como estrategia para recuperar la aceptación social y la normalidad de su uso, al tiempo que intenta evitar los extensos ensayos y pruebas farmacéuticas, las advertencias sobre los productos y el proceso burocrático necesarios que conlleva la introducción de un nuevo fármaco al mercado.²⁰

4. Recomendaciones a los profesionales de la salud, sus asociaciones y escuelas

1. Reconocer e implementar salvaguardias para conflictos de interés (COI). Las facultades de ciencias de la salud, las asociaciones de profesionales y las revistas especializadas deben adoptar y aplicar políticas estrictas sobre conflictos de interés (incluido el rechazo a la financiación directa o indirecta de la industria tabacalera, y la transparencia sobre cualquier vínculo histórico). Para ello, es fundamental seguir las directrices del artículo 5.3 del CMCT de la OMS. Ellas establecen que las políticas de salud pública y la formación profesional deben protegerse de los intereses comerciales y creados.²¹

2. Rechazar la financiación de la industria para la educación de los profesionales de la salud y la investigación sobre salud. Cuando se aceptan fondos de la industria, o de sus organizaciones de fachada, para la formación médica continua, la investigación o la elaboración de guías clínicas, existe un riesgo considerable de sesgo y pérdida de la confianza pública. Si la financiación es inevitable, la transparencia total, la separación entre organismos reguladores y la supervisión independiente son requisitos mínimos; sin embargo, muchos expertos recomiendan rechazar por completo la financiación de la industria tabacalera para actividades relacionadas con la salud.²³

EL ARTÍCULO 5.3 DEL CMCT DE LA OMS

La epidemia de tabaquismo es un problema global, donde están involucradas grandes corporaciones tabacaleras multinacionales que cuentan con recursos varias veces mayores que muchos países en vías de desarrollo. Un problema global, requeriría una respuesta global. Por tal motivo, la OMS impulsó el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT) – el primer tratado internacional de salud pública, impulsado por la OMS. Se negoció entre 2000-2003, se aprobó en mayo de 2003, y entró en vigencia internacional en febrero del 2005.²²

Este tratado internacional en su artículo 5.3, establece que «[a] la hora de establecer y aplicar sus políticas de salud pública relativas al control del tabaco, las Partes actuarán de una manera que proteja dichas políticas contra los intereses comerciales y otros intereses creados de la industria tabacalera, de conformidad con la legislación nacional.»

A los efectos de guiar a las Partes en el cumplimiento de esta obligación, la 3ª Conferencia de las Partes (COP3) aprobó las Directrices de implementación del artículo 5.3, que contiene una serie de principios y recomendaciones.²¹

Destacándose como principio fundamental que “existe un conflicto fundamental e irreconciliable entre los intereses de la industria tabacalera y los intereses de las políticas de salud pública.” (Principio 1)

3. **Priorizar los tratamientos para la dependencia del tabaco basados en la evidencia.** Los profesionales sanitarios deben tratar la dependencia del tabaco como una enfermedad crónica: preguntar sobre el consumo, ofrecer consejos breves, proporcionar farmacoterapia (TRN, vareniclina, bupropión, citisina cuando proceda) y apoyo conductual, y programar el seguimiento. El liderazgo clínico aumenta los intentos de dejar de fumar y salva vidas; esa es una responsabilidad profesional directa.^{26, 27, 28, 29}

4. **Evaluar críticamente las afirmaciones sobre los “nuevos” productos.** Los profesionales de la salud deben examinar críticamente las afirmaciones de que los cigarrillos electrónicos, los productos de tabaco calentado y las bolsitas de nicotina son “seguros” o herramientas legítimas para dejar de fumar cuando dichas afirmaciones provienen de la industria, de actores con incentivos comerciales o cuando están financiadas por la industria. La investigación independiente y de alta calidad debe orientar el consejo clínico, no el marketing de la industria.

5. **Educar a los estudiantes y egresados sobre las tácticas de la industria.** Los planes de estudio de medicina y ciencias de la salud deberían incluir la historia y la evidencia actual sobre la injerencia de la industria tabacalera para que los futuros profesionales clínicos reconozcan y resistan la manipulación. La enseñanza de la ética clínica debería abordar el conflicto singular entre los intereses comerciales del tabaco y la salud pública.³⁰

CÓDIGO DE PRÁCTICAS DE LAS ORGANIZACIONES PROFESIONALES DE SALUD SOBRE EL CONTROL DEL TABACO^{24, 25}

En 2004, durante una reunión convocada por la OMS, las asociaciones de profesionales de la salud adoptaron un código de prácticas sobre el control del tabaco que enumera 14 formas tangibles en que estas asociaciones pueden participar en el control del tabaco. Entre ellas:

8. **No aceptarán ningún tipo de apoyo por parte de la industria tabacalera – financiero o de otra naturaleza – ni invertirán en la industria tabacalera, y alentarán a sus miembros a proceder de la misma forma.**

9. **Se asegurarán de que su organización formule una declaración o una política sobre conflictos de intereses respecto a la interacción con la industria tabacalera.**

6. **Abogar por políticas que realmente reduzcan efectivamente el daño causado por el consumo de productos de tabaco y nicotina en la población.** Las asociaciones profesionales pueden y deben apoyar políticas firmes de control del tabaco (impuestos, restricciones a la publicidad, prohibición de sabores, leyes antitabaco, restricciones a la participación de la industria en la formulación de políticas) e implementar políticas internas que rechacen el patrocinio de la industria. Esto es coherente con la obligación ética de proteger la salud pública.

Señales de advertencia para identificar posibles casos de influencia de la industria tabacalera:

a. Falta de transparencia

No queda claro quién financia la actividad, ni de dónde provienen los recursos.

Páginas web o materiales sin declaración de conflictos de interés.

b. Lenguaje o promesas inusuales

“Tecnologías disruptivas”, “innovación para la salud pública”, “reducción de daños” sin evidencia independiente.

Enfoque en beneficios comerciales más que sanitarios.

c. Intermediarios sospechosos

Organizaciones desconocidas, consultoras o institutos que no revelan relación con la industria, pero reciben financiamiento indirecto.

d. Ofertas “demasiado atractivas”

Viajes, becas, equipos gratuitos, honorarios desproporcionados.

e. Solicitud de acceso

Petición para participar en capacitaciones clínicas, ingresar al hospital, contactar pacientes o influir en programas institucionales.

Acciones institucionales concretas

Prohibir la financiación directa de la industria tabacalera o indirecta a través de sus organizaciones de fachada (ej. Global Action for Ending Smoking-GAES) de centros de investigación, formación médica continua y conferencias; rechazar patrocinios.

Declarar y gestionar los conflictos de interés: Exigir la divulgación pública de todos los vínculos con la industria por parte del profesorado, los autores de las directrices y los ponentes invitados.

Adoptar la implementación del artículo 5.3 del CMCT de la OMS procedimientos para organismos profesionales y escuelas.

Impartir obligatoriamente formación sobre tratamiento de la dependencia del tabaco en los planes de estudio de pregrado y posgrado (intervenciones para dejar de fumar basadas en la evidencia, principios de la medicina de las adicciones).

Apoyar mecanismos independientes de financiación de la investigación (pública o filantrópica) que excluya el dinero de la industria tabacalera.

Acciones individuales concretas

a. Capacitación sobre tácticas y ejemplos reales

Estudios de caso: Interferencia en cursos de educación médica continua, patrocinio de congresos, alianzas empresariales disfrazadas de “innovación”.

Cómo la industria se presenta como “aliado” pero busca influencia regulatoria.

b. Claridad sobre conflictos de interés: Cómo declararlos, cómo evitarlos y cómo reconocer conflictos reales, potenciales o aparentes. Prohibición o limitación estricta de interacciones.

c. Comunicación clara a los pacientes

Mensajes coherentes basados en evidencia, especialmente sobre nuevos productos (cigarrillos electrónicos, tabaco calentado, bolsas de nicotina, etc) y dando respuesta a la narrativa de la industria sobre los productos de “menor riesgo”.

d. Fomentar una cultura de integridad: Reconocer que los profesionales son blanco estratégico de la industria.

Sensibilizar sobre su rol esencial como defensores de salud pública.

e. Herramienta práctica para la identificación rápida

Checklist de 30 segundos:

1. ¿Quién financia esta actividad/material/reunión?
2. ¿Mi institución lo avala?
3. ¿Existe conflicto de interés real, potencial o aparente?
4. ¿Se usa lenguaje de “reducción de daños” sin evidencia sólida?
5. ¿Hay intermediarios? ¿Su financiamiento es transparente?
6. ¿Se ofrece algo de valor económico?
7. ¿Se solicita acceso a espacios académicos o clínicos?

Si incluso una sola respuesta es cuestionable, debe sospecharse la participación de la industria.

6. Conclusión: enfoque ético

Los profesionales de la salud tienen una doble responsabilidad:

1. brindar atención de alta calidad, basada en la mejor evidencia, a las personas con dependencia a la nicotina; y
2. proteger la integridad de la formación y las intervenciones clínicas, así como las políticas públicas de la interferencia y las narrativas de la industria tabacalera.

La estrategia de la industria tabacalera —tanto históricamente como en la actualidad— consiste en intentar manipular los profesionales de la salud, y el lenguaje científico, para aumentar el consumo de sus productos y proteger sus ganancias.

Cumplir con estas responsabilidades es tanto un deber profesional y ético como contribuirá significativamente a reducir las muertes evitables causadas por el tabaco y la dependencia a la nicotina.

Referencias

1. Silver K, Matthes BK. Tobacco Companies Targeting Health Professionals. Tobacco Tactics; University of Bath. Last updated 15 April 2025. Accessed 18 November 2025. Disponible en: <https://www.tobaccotactics.org/article/targeting-health-professionals/>
2. Brandt AM. Inventing conflicts of interest: a history of tobacco industry tactics. *Am J Public Health*. 2012 Jan;102(1):63-71. doi: 10.2105/AJPH.2011.300292.
3. Tobacco Companies Targeting Health Professionals, Tobacco Tactics, updated 15 April 2025, accessed 09 December 2025.
4. Royal College of Physicians, Smoking and Health, London: Pitman, 1962
5. Smoke signals: the significance of the 1962 Smoking and health report for the RCP, Royal College of Physicians, blog, 30 March 2018
6. Smoking and Health, Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service, 1964, US. available from nlm.nih.gov
7. W. Hall, The 1964 US Surgeon General's report on smoking and health, *Addiction*, 18 July 2022, doi: 10.1111/add.16007
8. Memorandum from Carl Thompson, Hill & Knowlton, Inc., to William Kloefer, The Tobacco Inst., Inc., Tobacco and Health research procedural memo Oct. 18, 1968, Truth Tobacco Documents Library, Bates no:3990739706-3990739709
9. A. Rowell, C. Bates, Tobacco Explained...The truth about the tobacco industry...in its own words, WHO Tobacco Control Papers, 2004, University of California San Francisco, available from scholarship.org/uc
10. Bai N. How the tobacco industry began funding courses for doctors. *Stanford Medicine Insights*. 09 Jul 2024. Accessed 18 Nov 2025. Disponible en: <https://med.stanford.edu/news/insights/2024/07/tobacco-industry-doctors-medicine-harm-reduction.html>
11. Tobacco's Menu of Addiction. <https://exposetobacco.org/campaigns/tobacco-nicotine-menu-of-addiction/>
12. Dewhirst T. Co-optation of harm reduction by Big Tobacco. *Tob Control*. 2021 Nov;30(e1):e1-e3. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2020-056059. Disponible en: <https://tobaccocontrol.bmj.com/content/tobaccocontrol/30/e1/e1.full.pdf>
13. Reuters. Tobacco industry aims to hook new generation on vapes, WHO says. Reuters. 23 May 2024. Accessed 18 Nov 2025. Disponible en: <https://www.reuters.com/business/healthcare-pharmaceuticals/tobacco-industry-aims-hook-new-generation-vapes-who-says-2024-05-23/>
14. Arora M, Kulkarni MM, Ghosal S, Sathyan A, Gupta M, Verma S, Farmer M, Hadjipanayis A, Klein JD, Winickoff J, Thacker N, Glantz SA. E-Cigarettes and the Nicotine Epidemic: Statement From the International Pediatric Association. *Pediatrics*. 2025 Nov 1;156(5):e2025072337. doi: 10.1542/peds.2025-072337.
15. Pattemore P, Edwards R. Tobacco company funding and conflict of interest. *Lancet*. 2022 Jul 30;400(10349):356. doi: 10.1016/S0140-6736(22)01289-2.
16. Vidaña-Perez D, Reynales-Shigematsu LM, Antonio-Ochoa E, Ávila-Valdez SL, Barrientos-Gutiérrez I. The fallacy of science is science: the impact of conflict of interest in vaping articles. *Rev Panam Salud Publica*. 2022 Jun 10;46:e81. doi: 10.26633/RPSP.2022.81.
17. U.S. Department of Health and Human Services. Smoking Cessation. A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2020.
18. Selby P, Zawertailo L. Tobacco Addiction. *N Engl J Med*. 2022 Jul 28;387(4):345-354. doi: 10.1056/NEJMc2032393.
19. Joseph AM, Fu SS, Lindgren B, Rothman AJ, Kodl M, Lando H, Doyle B, Hatsukami D. Chronic disease management for tobacco dependence: a randomized, controlled trial. *Arch Intern Med*. 2011 Nov 28;171(21):1894-900. doi: 10.1001/archinternmed.2011.500.
20. Hendlin YH, Han EL, Ling PM. Pharmaceuticalisation as the tobacco industry's endgame. *BMJ Glob Health*. 2024 Feb 5;9(2):e013866. doi: 10.1136/bmjgh-2023-013866.
21. World Health Organization. Guidelines for implementation of Article 5.3 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control: Protection of public health policies with respect to tobacco control from commercial and other vested interests of the tobacco industry. Geneva: WHO; 2013. Accessed 18 Nov 2025. Disponible en: <https://fctc.who.int/docs/librariesprovider12/default-document-library/who-fctc-article-5.3.pdf>
22. OMS. Convenio Marco para el Control del Tabaco. <https://fctc.who.int/es>
23. McDaniel PA, Lown EA, Malone RE. "It doesn't seem to make sense for a company that sells cigarettes to help smokers stop using them": A case study of Philip Morris's involvement in smoking cessation. *PLoS One*. 2017 Aug 28;12(8):e0183961. doi: 10.1371/journal.pone.0183961. Disponible en: <https://theunion.org/implementation-hub/resource-library/case-study-pmi-involvement-in-smoking-cessation>

27. WHO. Health Promotion. <https://www.who.int/teams/health-promotion/tobacco-control/quitting/health-systems-and-professionals>
28. Código de prácticas de las organizaciones de profesionales de la salud sobre el control del tabaco. <https://www.comunidad.madrid/hospital/centrodetransfusion/file/2526/download?token=BwHXR1aS>
29. Steinberg MB, Schmelzer AC, Richardson DL, Foulds J. The case for treating tobacco dependence as a chronic disease. *Ann Intern Med.* 2008 Apr 1;148(7):554-6. doi: 10.7326/0003-4819-148-7-200804010-00012.
30. Centers for Disease Control and Prevention. Clinical Interventions to Treat Tobacco Use and Dependence Among Adults. Smoking & Tobacco Use, CDC. 15 May 2024. Accessed 18 Nov 2025. Disponible en: <https://www.cdc.gov/tobacco/hcp/patient-care-settings/clinical.html>
31. Jiménez-Ruiz CA, de Granda Orive JI, Solano Reina S, Carrión Valero F, Romero Palacios P, Barrueco Ferrero M; SEPAR. Recomendaciones para el tratamiento del tabaquismo [Recommendations on the treatment of tobacco dependence]. *Arch Bronconeumol.* 2003 Nov;39(11):514-23. Spanish. doi: 10.1016/s0300-2896(03)75442-8.
32. World Health Organization. WHO clinical treatment guideline for tobacco cessation in adults. Geneva: WHO; 2024. Accessed 18 November 2025. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240096431>
33. Instituto Nacional de Cancerología-Colombia. Guía de Práctica Clínica para la cesación tabáquica. Versión completa. Bogotá: INC; 2024. Disponible en: <https://www.cancer.gov.co/conozca-sobre-cancer-1/publicaciones/gpc-para-cesacion-tabaquica-version-completa>