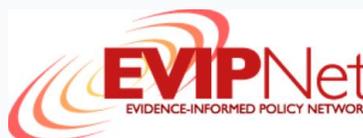


RESUMEN DE EVIDENCIA PARA POLÍTICA OPCIONES PARA CONTRARRESTAR LAS ACCIONES DE INTERFERENCIA DE LA INDUSTRIA TABACALERA EN COLOMBIA, EN EL CUMPLIMIENTO DEL ARTÍCULO 5.3 DEL CONVENIO MARCO PARA EL CONTROL DEL TABACO Y SUS NORMAS CONCORDANTES



Convenio cooperación
técnica No. 310/13

Organización
Panamericana de la
Salud

Ministerio de Salud y
Protección Social

2014



Directivos

Dra. Gina Elizabeth Watson Lewis
Representante OPS/OMS Colombia

Lic. Hernán Vásquez
Administrador OPS/OMS

Dr. Alejandro Gaviria Uribe
Ministro de Salud y Protección Social

Dr. Fernando Ruiz Gómez
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

Dra. Martha Lucia Ospina
Directora Epidemiología y Demografía - MSPS

Dr. Elkin De Jesús Osorio
Director Promoción y Prevención – MSPS

Dr. Luis Fernando Correa
Jefe de Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres

Delegados Comité Técnico del Convenio

Por el Ministerio de Salud y Protección Social

Dra. Adriana Estrada
Subdirectora Salud Ambiental
Dr. Luis Fernando Correa
Jefe Oficina Emergencias y Desastres

Dr. Fernando Ramírez
Subdirector Enf. No Transmisibles
Dr. José Fernando Valderrama
Subdirector Enf. Transmisibles
Dra. Ma. Mercedes Muñoz
Coordinadora del Grupo de VSP

Por la OPS/OMS

Dra. Ana Isabel Quan
Asesora Salud Ambiental y Entornos
Dr. Alejandro Santander
**Asesor Subregional Emergencias y
Desastres**
Dr. Guillermo Guibovich
Asesor Evidencias en Salud
Dr. Dilberth Cordero
Asesor Familia Género y Curso Vida
Dr. Armando Guemes
Asesor Sistemas de Salud

Ing. Henry Hernández
Asesor Regional Agua y Saneamiento en Emergencias

Dra. Bertha Gómez
Asesora Regional en VIH/SIDA

Dr. Elkin Osorio
Supervisor del Convenio MSPS

Dr. Cesar Jaramillo
Supervisor Delegado MSPS

Dra. Lucy Arciniegas Millán
Oficial de Programas y Gestión de Proyectos OPS/OMS

Dra. Patricia Vega Moreno
Administradora del Convenio OPS/OMS

Referentes técnicos del Componente Enfermedades no Transmisibles

Dr. Teófilo Monteiro
Asesor Salud Ambiental y Enfermedades no Transmisibles - OPS/OMS

Ing. Henry Hernández
Asesor Regional Agua y Saneamiento en Emergencias

Dra. Gladys Bernal Moreno
Consultora Nacional

Dr. Fernando Ramírez Campos
Subdirector Enfermedades no Transmisibles Dirección de Promoción y Prevención- MSPS

Andrea Yanira Rodríguez Rodríguez
Profesional Especializado Subdirección de Enfermedades no Transmisibles - MSPS

Elisa María Cadena Gaona
Profesional Especializado Subdirección de Salud Nutricional, Alimentos y Bebidas - MSPS

Consultor(es)

INSTITUTO DE EVALUACIÓN TECNOLÓGICA EN SALUD – IETS

Héctor Eduardo Castro Jaramillo
Director Ejecutivo

Diana Isabel Osorio Cuevas
Economista Junior

Aurelio Mejía Mejía
Subdirector de Evaluación de Tecnologías en Salud

Ornella Moreno Mattar
Analista Técnica de Evaluación de Tecnologías en Salud

Diana Esperanza Rivera
Subdirectora de Participación y Deliberación

Angélica Rengifo Gómez
Analista de Participación y Deliberación

Esperanza Peña Torres
Epidemióloga Senior

Laura Prieto Pinto
Epidemióloga Junior

Miguel Díaz Ortega
Epidemiólogo Senior

Lorena Cañón Betancourt
Epidemióloga Junior

Ena Cristina Fernández Moreno
Especialista en Participación

Sabrina Dieleman
Contratista

Este documento ha sido elaborado en el marco del Convenio 310 de 2013 suscrito entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud.

Los derechos de autor de este documento y los contenidos del Convenio son propiedad de las partes. No podrán ser cedidos ni reproducidos sin el consentimiento previo expreso de las mismas.

Autores

Esperanza Peña¹, Diana Osorio¹, Diana Rivera¹, Miguel Díaz¹, Lorena Calderón², Andrea Lara².

¹ Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS.

² Ministerio de Salud y Protección Social.

Financiación

Convenio cooperación técnica No. 310/13 Organización Panamericana de la Salud - Ministerio de Salud y Protección Social.

Organización Panamericana de la Salud. Carta de Acuerdo N°: CO/LOA/1400003.001.

Conflicto de interés

Los autores declaran que no existe ningún tipo de conflicto financiero, intelectual, de pertenencia o familiar que hubiese afectado la elaboración del resumen de evidencia.

Revisión de méritos

Adriana Blanco MD.

Regional Advisor on tobacco Non-Communicable Diseases and Mental Health
Pan-American Health Organization PAHO/WHO

Agradecimientos

Los autores agradecen a las siguientes personas por sus aportes en la elaboración del resumen de evidencia:

- Evelina Chapman. Coordinadora EVIPNet OPS-WDC.
- Aurelio Mejía. Subdirector de Evaluación de Tecnologías en Salud - IETS.
- Ornella Moreno. Analista de Evaluación de Tecnologías en Salud - IETS.
- Adriana Ávila. Economista Sénior - IETS.
- Ena Fernández. Especialista en Participación y Deliberación - IETS.
- Y demás miembros del Ministerio de Salud y Protección Social.

Citación

Peña E, Osorio D, Rivera D, Díaz M, Calderón L, Lara A. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, Ministerio de Salud y Protección Social. Resumen de evidencia: Opciones de política para contrarrestar las acciones de interferencia de la industria tabacalera en Colombia, en el cumplimiento del Artículo 5.3 del Convenio Marco para el Control del Tabaco y sus normas concordantes. Bogotá D.C.; 2014.

Tabla de contenido

Mensajes Clave	6
Informe	7
El problema	11
Directrices para la aplicación del párrafo 3 del Artículo 5 del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT)	14
Acciones gubernamentales en Colombia para contrarrestar las acciones de interferencia.....	16
Acciones gubernamentales en Colombia para gestión del riesgo en salud	16
Iniciativas internacionales	17
Pregunta que orienta el resumen de evidencia.....	19
Observaciones sobre el problema relacionadas con la equidad.....	19
Tres opciones para abordar el problema	20
Observaciones sobre las tres opciones relacionadas con la equidad	25
Consideraciones sobre la implementación	26
Referencias	30
Apéndices	33

Mensajes Clave

¿Cuál es el problema?

- La industria tabacalera (IT) interfiere regularmente en el desarrollo de políticas de control del tabaco, especialmente en países de medianos y bajos ingresos. El Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT), es el primer tratado internacional en Salud Pública. El Estado colombiano es Parte del CMCT. A pesar de los esfuerzos y el progreso que tiene Colombia en estrategias para reducción del consumo del tabaco en respuesta a los lineamientos que da el Convenio, el avance ha sido liderado por el Ministerio de Salud y Protección Social pero no ha sido acogido por otras entidades estatales y es así como a través de una interacción legalmente permitida entre las tabacaleras y los estamentos gubernamentales, la IT realiza acciones de interferencia para eliminar o retrasar acciones en contra del consumo del tabaco. El Ministerio de Salud y Protección Social tiene como objetivo para desarrollar este resumen de evidencia, identificar cuáles son las acciones que han emprendido los Estados para contrarrestar las acciones de interferencia de la industria tabacalera en el cumplimiento del Artículo 5.3 del Convenio Marco para el Control del Tabaco y sus normas concordantes.

¿Qué sabemos sobre las opciones viables para abordar el problema?

- Opción 1 – Regular en el marco del artículo 5.3 y sus directrices, la interacción con los representantes de la industria tabacalera, sus subsidiarias y sus fundaciones, con la participación y veeduría de la sociedad civil en los escenarios de legislación, formulación, implementación y evaluación de políticas, planes y programas para el control del tabaco.
 - Opción 2 Desarrollar y adoptar un código de buena conducta por parte de las entidades públicas y sus funcionarios con respecto a sus relaciones con la IT, sus subsidiarias y sus fundaciones.
 - Opción 3 – Excluir a todos los representantes de la industria tabacalera, sus subsidiarias y sus fundaciones, de la toma de decisiones relacionada directa o indirectamente con las políticas de control de tabaco.
- **¿Qué consideraciones sobre la implementación se deben tener en cuenta?**

Los estudios incluidos, señalan que los esfuerzos realizados países de bajos y medianos ingresos como Tailandia, Nueva Guinea y las Islas Salomón, para la correcta implementación de los lineamientos del CMCT, pueden ser desarrollados de manera

exitosa en otros países de condiciones socio-económicas similares. Los autores presentan recomendaciones de las estrategias utilizadas para conocer las acciones de interferencia. Contrarrestar esa interferencia, requiere de un esfuerzo estatal sostenido para estabilizar estructuras de legislación y encaminar acciones de prevención.

Informe

El tabaquismo es la principal causa de enfermedad y muertes prevenibles alrededor del mundo. Se estima que para el año 2030, anualmente morirán ocho millones de personas por enfermedades atribuibles al consumo de tabaco (Mackey et al., 2014). Actualmente en Colombia, la prevalencia de consumo de tabaco en la población de 18-65 años de edad es de 12.8% (19.5% en hombres y 7.4% en mujeres). El mayor nivel de consumo está en la población con menor nivel de escolaridad, 22,4% en hombres con educación básica primaria y 10,6% en mujeres con ningún grado de escolaridad. En Colombia, la edad promedio de inicio en el consumo de tabaco es 12,5 años (Pardo and Piñeros, 2010). En Colombia el 15.9% de todas las muertes son atribuibles a los daños que producen el consumo de tabaco y sus derivados. Alrededor de 26.000 muertes por año podrían ser evitadas (Pichón-Riviere y cols. 2013).

Las enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco en Colombia,

Cuadro 1: Antecedentes del resumen de evidencia

Este resumen de evidencia para formulación de políticas provee evidencia de investigación tanto a nivel global como local acerca de un problema, opciones para abordar el problema y las consideraciones fundamentales de implementación. Este documento resume la evidencia de investigación obtenida a través de una búsqueda sistemática de información que apoya las opciones de política planteadas. El resumen de evidencia no contiene recomendaciones.

La preparación del resumen de evidencia involucró cinco pasos:

- 1) Convocar a un grupo interdisciplinario integrado por representantes de la Subdirección de Enfermedades Crónicas no Transmisibles del Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS.EVIPNet Americas?
- 2) Desarrollar y perfeccionar los términos de referencia del resumen de evidencia, en particular el planteamiento del problema y dos opciones viables para abordar el problema, en consulta con el grupo interdisciplinario, con la ayuda de varios marcos conceptuales que organizan el pensamiento sobre las maneras de abordar el problema.
- 3) Identificar, seleccionar, evaluar y sintetizar la evidencia de investigación relevante sobre el problema, las opciones y las consideraciones sobre la implementación.
- 4) Redactar el borrador del resumen de evidencia de manera que permita presentar en forma concisa y en un lenguaje accesible los resultados de la evidencia de investigación mundial y local.
- 5) Finalizar el resumen de evidencia basándose en las contribuciones de varios revisores meritorios.

Las tres opciones para abordar el problema no son mutuamente excluyentes. Las opciones pueden llevarse a cabo de forma secuencial/simultánea, o pueden extraerse elementos de cada opción para crear una nueva.

El resumen de evidencia se preparó para informar un diálogo deliberativo en el que la evidencia de investigación es una de muchas consideraciones. Las opiniones, experiencias y conocimiento tácito de los participantes que contribuyen a los temas en cuestión son también aportes importantes al diálogo. Uno de los objetivos del diálogo deliberativo es suscitar ideas que sólo pueden darse cuando todos los que estarán involucrados o afectados por las decisiones futuras sobre el tema puedan trabajar juntos sobre el mismo. Un segundo objetivo del diálogo deliberativo es generar la acción de aquellos que participan en el diálogo y de aquellos que revisan el resumen del diálogo.

representan un costo anual de aproximadamente 14 billones de pesos, de los cuales el 30% (más de 4 billones) es atribuible en forma directa al tabaquismo (Pichón-Riviere y cols. 2013).

El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT OMS) fue adoptado por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2013. El mismo reafirma: “el derecho de todas las personas a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr” y tiene como objetivo: “proteger a las generaciones presentes y futuras contra las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al consumo del tabaco, proporcionando un marco para las medidas del control del tabaco que habrán de aplicar las Partes a nivel nacional, regional e internacional a fin de reducir de manera continua y sustancial la prevalencia del consumo del tabaco y la exposición al humo del tabaco” (Organización Mundial de la Salud, 2003). A la fecha, este tratado ha sido acogido por 177 países (Mackey, 2014), de los cuales, 168

son signatarios del CMCT al momento de redactar el presente documento. Colombia aprobó este convenio en el año 2006 mediante la Ley 1109, el cual fue ratificado el 10 de abril de 2008. A partir de la declaración de exequibilidad de la Ley 1109 de 2006, el CMCT hace parte del bloque de constitucionalidad del Estado colombiano.

En el año 2009 se promulgó la Ley 1335, en la que se promueven los ambientes 100% libres de humo; se prohíbe totalmente la publicidad, la promoción y el patrocinio de los productos del tabaco; se advierte sobre los riesgos para la salud de los fumadores a través de las advertencias sanitarias que abarcan el 30% de cada una de las caras de las cajetillas de los productos de tabaco; se prohíbe la venta al menudeo de los productos de tabaco, se

Cuadro 2: Consideraciones sobre la equidad

Un problema puede afectar de manera desproporcionada a algunos grupos de la sociedad. Los beneficios, daños y costos de las opciones para abordar el problema pueden variar entre los grupos. Las consideraciones de implementación varían también según los grupos.

Una forma de identificar a los grupos que merecen particular atención es el uso de "PROGRESS", que es un acrónimo formado por las primeras letras (en inglés) de las siguientes formas que se pueden utilizar para describir grupos de interés †:

- Lugar de residencia (por ejemplo, las poblaciones rurales y remotas).
- Raza/etnicidad/cultura (por ejemplo, las Primeras Naciones y las poblaciones inuit, poblaciones inmigrantes y poblaciones de minorías lingüísticas).
- Ocupación o experiencias en el mercado laboral en general (por ejemplo, aquellos en situaciones de "trabajo precario").
- Género
- Religión
- Nivel de educación (por ejemplo, la alfabetización de la salud).
- Situación socioeconómica (por ejemplo, las poblaciones desfavorecidas económicamente).
- Capital social/exclusión social.

El resumen de evidencia se esfuerza en abarcar a todos los ciudadanos.

† El marco PROGRESS fue desarrollado por Tim Evans y Hilary Brown (Evans T, Brown H. Road traffic crashes: operationalizing equity in the context of health sector reform. *Injury Control and Safety Promotion* 2003;10(1-2):11–12). Este marco está siendo evaluado por el Área de Equidad de la Colaboración Cochrane como un medio para evaluar el impacto de las intervenciones sobre la equidad en salud.

prohíbe la comercialización de cajetillas de cigarrillos de menos de 10 unidades; se propone el desarrollo de políticas de tabaquismo que incluyen a poblaciones vulnerables y del suministro de información por parte de la industria tabacalera acerca de los contenidos de los productos de tabaco. En esta ley no se aborda un aumento de los impuestos a los productos de tabaco (Congreso de Colombia, 2009). Adicionalmente, el Estado colombiano ha legislado en los aspectos relacionados con el control a la publicidad del consumo de tabaco que incluyen: las Circulares 16 y 17 de 2000; La Circular 6 de 2004; los Acuerdos 002 y 004 de 2005; la Circular 16 de 2005; el Acuerdo 001 de 2006; y la Resolución 2010-380-001136-4 de 2010.

La industria tabacalera alrededor del mundo obstaculiza la adopción de políticas eficaces de control de tabaco e invierte gran cantidad de recursos en promocionar sus productos para incitar al consumo y confundir a los fumadores sobre los efectos nocivos que produce el consumo del tabaco y la exposición al humo de tabaco ajeno. Así mismo, emplea estrategias para llegar a los grupos más vulnerables como mujeres y adolescentes (Rodríguez y cols. 2010).

Algunas veces estas estrategias son ocultas y se dan en el marco de una interacción permitida legalmente, en la cual la industria tabacalera busca beneficios particulares que dejan de lado los intereses colectivos y se denominan acciones de interferencia.

Las acciones de interferencia adoptan muchas formas: “intentar sabotear los procesos políticos y legislativos; exagerar la importancia económica de la industria; manipular la opinión pública para generar una apariencia de respetabilidad; simular apoyo a través de grupos fachada; desacreditar la evidencia científica demostrada e intimidar a los gobiernos con litigios” (Organización Mundial de la Salud, 2012).

La industria tabacalera interfiere con los formuladores de políticas en países de ingresos medios y bajos (Charonecha y cols, 2012). Brasil, Uruguay y Colombia, entre otros países de Latinoamérica, han identificado entre otras acciones de interferencia como: patrocinio de eventos culturales, acciones encaminadas a explorar nuevos sectores de mercado en los jóvenes, promoción ilegal de sus productos y financiamiento a organizaciones no gubernamentales.

La evidencia descrita no solo demuestra conocimiento por parte de los actores gubernamentales y no gubernamentales sobre las distintas acciones de interferencia de la industria tabacalera, sino también de la necesidad de contar con un marco legal que incluya los diferentes sectores de la sociedad para concentrar esfuerzos en un problema que traspasa las fronteras del sector salud y cuyo costo social es muy alto debido a su asociación con patrones de morbilidad y mortalidad.

El CMCT OMS, contiene un artículo que hace referencia a este tema en particular, el Artículo 5.3 que insta a las Partes: “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. Las directrices para la aplicación del Artículo 5.3, explican las diferentes formas en que las partes deben afrontar este problema (South East Asia Tobacco Control Alliance (SEATCA), 2010; International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, 2012). En Colombia la Ley 1335 de 2009, incluye disposiciones relativas a la prohibición de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco.

Dentro de las medidas vigentes actualmente que facilitarían la adopción de medidas para contrarrestar las acciones de interferencia, el Estado colombiano expidió la Ley 734 de 2002 (Código Disciplinario Único) señala que: “se constituye en una valiosa herramienta para el operador disciplinario tendiente a lograr unificación de criterios en la aplicación del derecho”. En el año 2011 se publica el Estatuto Anticorrupción “por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública”. En este documento se incluye un capítulo sobre la regulación del *lobby* o cabildeo (Artículo 61. Acceso a la información): “la autoridad competente podrá requerir, en cualquier momento, informaciones o antecedentes adicionales relativos a gestiones determinadas, cuando exista al menos, prueba sumaria de la comisión de algún delito o de una falta disciplinaria”.

El objetivo de este resumen es analizar la evidencia disponible sobre las acciones que han emprendido los Estados para contrarrestar las acciones de interferencia de la industria tabacalera, y que orienten la formulación e implementación de opciones de política en Colombia.

El alcance de las opciones de política presentadas en este resumen de evidencias es regular la interacción de las entidades estatales con la industria tabacalera a través de los lineamientos descritos en el Artículo 5.3 del Convenio Marco para el Control del Tabaco para contrarrestar las acciones de interferencia, abarcando el ciclo completo de una política (formulación, implementación y evaluación), en tanto que además de incluir las tres ramas del poder (legislativo, judicial y ejecutivo) abarcaría los estamentos de orden nacional y territorial (departamental y municipal).

Este resumen de evidencias no contempla aspectos relacionados con opciones de política para el cumplimiento de los demás artículos del Convenio Marco para el Control del Tabaco, en atención a que las acciones de interferencia de la industria tabacalera son la mayor amenaza para la adherencia al cumplimiento la reglamentación dirigida al control del tabaco en los países que hacen parte del Convenio. Tampoco contempla acciones emprendidas por agentes no estatales.

El problema

El tabaquismo es la principal causa de enfermedad y muertes prevenibles alrededor del mundo. Se estima que para el año 2030, anualmente morirán ocho millones de personas por enfermedades atribuibles al consumo de tabaco (Mackey T et al., 2014). Colombia no es ajena a esta situación. Actualmente, la prevalencia de consumo de tabaco en la población de 18-65 años, es de 12.8% (19.5% en hombres y 7.4% en mujeres), de acuerdo con el grado de escolaridad, el mayor consumo en la población masculina pertenece a aquellos cuyo mayor nivel de educación es básica primaria (22.4%), mientras que para la población femenina son aquellas que no tienen ningún grado de escolaridad (10.6%). Las encuestas oficiales muestran una tendencia al descenso en el consumo, de 21.4% en 1993, 18.9% en 1998 y 12.8% en 2007. El 8.4% de la población es exhumadora y la tasa de cesación es del 40% (Rodríguez J et al., 2009). Si bien la prevalencia de tabaquismo en adultos no es muy alta, en adolescentes no ocurre lo mismo. La tendencia al consumo ha sido al aumento, de 12,7 en 1993 se pasó a 18% en 1998, 21,8% en 2007 (Pardo C and Piñeros M, 2010) y a 27,6% en 2011 (World Health Organization, 2011), la edad promedio de inicio en el consumo de tabaco es 11,9 años (Rodríguez J et al., 2009).

En 2004, la Organización Mundial de la Salud (OMS), redactó un tratado basado en evidencia formal que “reafirma el derecho de todas las personas a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr” (World Health Organization, 2003). El tratado representó un cambio ejemplar en el desarrollo de una estrategia normativa que busca reafirmar la importancia de las estrategias de reducción de la demanda, como la exposición al humo de tabaco, la reglamentación del contenido, el empaquetado y etiquetado, y la publicidad, promoción y patrocinio, así como, cuestiones relacionadas con el suministro, como el comercio ilícito y las ventas a menores (World Health Organization, 2003). Este tratado entró en vigencia y está presente en 176 países (Mackey T et al., 2014).

Colombia aprobó en el año 2006, mediante la Ley 1109, el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) (World Health Organization, 2003), al cual adhirió el 10 de abril de 2008. A partir de ese momento se realizaron actividades para implementar las medidas que estipula el CMCT. En el año 2009 se promulgó la Ley 1335, una legislación integral en la que se promueven los ambientes 100% libres de humo; se prohíbe totalmente la publicidad, la promoción y el patrocinio de los productos del tabaco; se advierte sobre los riesgos para la salud de los fumadores a través de las advertencias sanitarias que abarcan el 30% de cada una de las caras de las cajetillas de los productos de tabaco; se prohíbe la venta al menudeo de los productos de tabaco, se prohíbe la comercialización de cajetillas de cigarrillos de menos de 10 unidades; se propone el desarrollo de políticas de tabaquismo que incluyan a poblaciones vulnerables y del suministro de información por parte de la

industria tabacalera acerca de los contenidos de los productos de tabaco. No se aborda un aumento de los impuestos a los productos de tabaco (Congreso de Colombia, 2009).

La industria tabacalera persigue como objetivo la adopción de políticas de control de tabaco menos eficaces e invierte gran cantidad de recursos en promocionar sus productos para incitar al consumo y desestimular los efectos nocivos que produce en la salud de los fumadores, así como, emplear estrategias para llegar a los grupos más vulnerables como mujeres y adolescentes (Rodríguez-Bolaños R et al., 2010). Los efectos de estas estrategias son devastadores, en Colombia el 15.9% de todas las muertes son atribuibles a los daños que producen el consumo de tabaco y sus derivados, alrededor de 26.000 muertes por año podrían ser evitadas. Las enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco en Colombia, representan un costo anual de alrededor de 14 billones de pesos, de los cuales el 30% (más de 4 billones) es atribuible en forma directa al tabaquismo. Los principales determinantes de este valor fueron las enfermedades cardiovasculares, cáncer de pulmón, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), entre otros (Pichon-Riviere A et al., 2013).

La OMS y los países que han firmado y ratificado el CMCT alrededor del mundo, buscan promover la salud pública y evitar que a través de mensajes engañosos de la IT se busque estimular el consumo y desestimular sus consecuencias. Esto ha provocado que en los últimos años la oposición de la IT se haya hecho más agresiva y evidente, utilizando como respuesta a los lineamientos establecidos por el CMCT, su poder político y económico para evitar o retrasar la implementación de políticas públicas orientadas a disminuir o desalentar el consumo de tabaco. El objetivo de las IT, es extender su radio de influencia, con la intención de llegar a todos los niveles y sectores del gobierno, así como grupos no gubernamentales incluidos el sector privado y la sociedad civil, tratando de presentarse ante políticos y el público en general como contribuyentes imprescindibles a la economía y el bienestar social (World Health Organization, 2012b). A estas acciones se les ha llamado interferencia (Mackey T et al., 2014, Madrazo-Lajous A and Guerrero-Alcántara A, 2012).

Las estrategias empleadas por la IT pueden ser de carácter formal o informal. La primera de ellas comprende herramientas legales para negociar con el Estado sin recurrir a la corrupción con actores, mientras que las estrategias informales emplean el poder económico de la industria tabacalera, para intimidar y capturar a los actores clave del diseño de políticas fiscales, educativas, de salud pública y culturales, entre otras (Madrazo-Lajous A and Guerrero-Alcántara A, 2012). Es así como, en su esfuerzo por debilitar las políticas efectivas de control del tabaco, las acciones de interferencia adoptan muchas formas: “intentar sabotear los procesos políticos y legislativos; exagerar la importancia económica de la industria; manipular la opinión pública para generar una apariencia de respetabilidad; simular apoyo a través de grupos fachada; desacreditar la evidencia científica demostrada e intimidar a los gobiernos con litigios” (World Health Organization, 2012b). Estas

estrategias se dan en el marco de la interacción permitida legalmente que la IT utiliza buscando beneficios particulares que dejan de lado los intereses colectivos.

Los rubros más importantes para la IT son la tributación y libertad de comercio (publicidad). En el primero buscan que los impuestos se mantengan lo más bajo posible como porcentaje del precio final al consumidor o, en su defecto, que el aumento en impuestos sea gradual (Aguinaga-Bialous S and Shatensein S, 2002). En el caso de la libertad de comercio, buscan aprovechar al máximo todas las herramientas que, directa o indirectamente, le permitan llegar más fácilmente a todos los segmentos de mercado. Las tabacaleras estarán dispuestas a negociar áreas donde se busque regular o restringir, mientras no se involucren temas tributarios (Madrado-Lajous A and Guerrero-Alcántara A, 2012).

La creación de programas de responsabilidad social empresarial por parte de las tabacaleras, busca mejorar su imagen corporativa frente a los distintos actores. La evidencia muestra que la industria ha apoyado la creación de pequeños negocios en Kenya, la prevención del crimen en Sudáfrica, proyectos educativos en China, la preservación de la cultura en Venezuela y algunos tratamientos médicos en Pakistán. En este punto, el monitoreo y la denuncia de las acciones de la IT son claves para la promoción de políticas efectivas y para desnaturalizar la imagen de la industria como “socialmente responsable” (World Health Organization, 2004).

La IT interfiere con los formuladores de políticas en países de ingresos medios y bajos, al tiempo que promueve el consumo de sus productos (Charoenc N et al., 2012). En Latinoamérica, países como Brasil la Alianza para el control del tabaquismo (ACT), identificó algunas acciones de interferencia encaminadas a explorar en los jóvenes nuevos sectores de mercado por medio de la ubicación de los cigarrillos de forma cercana a los productos como golosinas en mercados minoristas. En Uruguay, posterior a la implementación de políticas de control de tabaco como la Ley 18.258 de 2008 y algunos decretos reglamentarios de la misma, evidenció acciones de interferencia como el patrocinio ilegal de eventos culturales “Nevada Punta Rock” en Punta del Este, la promoción ilegal en sitios nocturnos como discotecas, y la publicidad ilegal en puntos de venta minoristas. Como se mencionó previamente, en el país de Kenia la IT ha patrocinado eventos deportivos como “The Mater Heart Run” en Nairobi, con el fin de recaudar fondos para realizar la cirugía de corazón en niños de escasos recursos. Asimismo, la fundación BATK (British American Tobacco Kenya) contribuyó con 10 millones de chelines en el año 2011 a los afectados por el hambre en diferentes partes del país (World Health Organization, 2013).

En Colombia, la Ley 1335 de 2009 incluye disposiciones relativas a la prohibición de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco. La IT ha buscado nuevas maneras de omitir esta prohibición y es así como, a través de entidades “socialmente responsables” como la Fundación BAT (British American Tobacco) Colombia, patrocina distintos eventos culturales

como por ejemplo el Festival de la Leyenda Vallenata en Bogotá, la Feria de las Flores en Medellín y Talleres de reciclaje y arte popular para la población infantil. Todo esto bajo el programa “Apoyo a las fiestas populares de Colombia” (El Colombiano, El Tiempo, Fundación BAT Colombia). Otro tipo de acciones de interferencia es presentar propuestas encaminadas a la creación de la Comisión Intersectorial para la Regulación de Productos de Tabaco. Su propuesta está fundamentada en la importancia que tiene su participación dentro del sector de la industria en términos económicos: impuestos, empleos directos e indirectos y la inversión realizada en el país. También manifiestan que existen inconsistencias y arbitrariedades por parte del comité de empaquetado de productos del tabaco, razón por la cual arremeten contra el conducto regular de la elaboración e implementación de políticas públicas, declarando que la normatividad deber ser más clara OF113-00055506/JMSC 31010. Ministerio de Salud y Protección Social 2013. Radicado No: 2013423006553242.

La evidencia descrita no sólo demuestra un pleno conocimiento por parte de los actores gubernamentales y no gubernamentales de las distintas acciones de interferencia de la IT, sino también la necesidad apremiante de contar con un marco de legislación integral, la concientización, el apoyo público y la participación de los diferentes sectores de la sociedad para concentrar esfuerzos en un problema que traspasa las fronteras del sector salud y cuyo costo social es muy alto debido a su asociación con patrones de morbilidad y mortalidad, que representan una elevada carga de enfermedad para la sociedad. Por esta razón, la implementación de las directrices establecidas en el CMCT, más específicamente el Artículo 5.3, constituye una herramienta crítica para que el Estado implemente de manera efectiva sus obligaciones legales bajo el tratado y eviten la influencia de la IT (South East Asia Tobacco Control Alliance (SEATCA), 2010, International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, 2012). Lo anterior con el fin de promover un proceso transparente y poder usar esta herramienta para monitorear, exponer y contrarrestar las acciones de interferencia (International, 2010, World Health Organization, 2012a, Ministerio de Salud y Protección Social, 2013, Trochim WM et al., 2003).

Directrices para la aplicación del párrafo 3 del Artículo 5 del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT)

Colombia por hacer parte de los países que han firmado y ratificado el CMCT, acoge las directrices formuladas para la debida implementación aplicación de cada uno de los artículos que componen el Convenio. En el artículo 5.3 tiene como principios rectores:

Principio 1: Existe un conflicto fundamental e irreconciliable entre los intereses de la industria tabacalera y los intereses de las políticas de salud pública.

La industria tabacalera produce y promueve un producto que, tal como se ha demostrado científicamente, es adictivo, provoca enfermedades y muertes y da lugar a una variedad de

sociales, incluido el aumento de la pobreza. En consecuencia, las Partes deberían proteger la formulación y aplicación de las políticas de salud pública relativas al control del tabaco contra la industria tabacalera en la mayor medida de lo posible.

Principio 2: Al tratar con la industria tabacalera o quienes trabajan para promover sus intereses, las Partes deberían ser responsables y transparentes.

Las Partes deberían asegurarse de que toda interacción con la industria tabacalera respecto de cuestiones relacionadas con el control del tabaco o la salud pública sea responsable y transparente.

Principio 3: Las Partes deberían exigir a la industria tabacalera y quienes trabajan para promover sus intereses que funcionen y actúen de manera responsable y transparente

Se debería exigir a la industria tabacalera que facilite a las Partes información para la aplicación efectiva de estas directrices.

Principio 4: Debido a que sus productos son letales, no se deberían conceder incentivos a la industria tabacalera para que establezcan o lleven a cabo sus negocios

Todo trato preferencial de la industria tabacalera estaría en conflicto con la política de control del tabaco.

Las recomendaciones para avanzar en la implementación de este artículo comprenden crear conciencia acerca de la interferencia de la industria del tabaco en los diferentes sectores, limitar la interacción con la misma, excepto cuando sea necesario para permitir una regulación eficaz de los productos del tabaco y la industria tabacalera. En caso de llevarse a cabo la interacción el proceso debe ser transparente. Rechazar posibles alianzas o acuerdos no vinculantes con la industria, incluidos los acuerdos voluntarios, iniciativas de control del tabaco patrocinadas por la IT o posibles ayudas con el desarrollo de alguna legislación o políticas de control de tabaco. Evitar conflictos de intereses para empleados del gobierno. Exigir que la información obtenida de la industria tabacalera sea transparente y precisa. Regular las actividades descritas por la industria como "socialmente responsables", dejando claro su verdadera intención. No dar ningún tipo de beneficio, exenciones fiscales y otro tipo de incentivos. Tratar cualquier industria tabacalera de propiedad estatal igual a las empresas tabacaleras de propiedad privada (Trochim WM et al., 2003, Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). Como lo señala el Principio 2, es función de los Estados como Partes del CMCT, exigir a la industria tabacalera transparencia en sus acciones y el alcance de estas, para lo cual se requerirá la participación ciudadana a través de actividades de veeduría y control. Este aspecto puede ser desarrollado en

Colombia por medio de la participación de veedores informados en los espacios de interacción (interferencia) de la IT con funcionarios públicos.

Acciones gubernamentales en Colombia para contrarrestar las acciones de interferencia

El Estado colombiano ha legislado en los aspectos relacionados con el control a la publicidad del consumo de tabaco que incluyen: las circulares 16 y 17 de 2000; la circular 6 de 2004; los acuerdos 002 y 004 de 2005; la circular 16 de 2005; el acuerdo 001 de 2006; y la resolución 2010-380-001136-4 de 2010. La Ley 1335 de 2009 estableció la prohibición total de cualquier forma de publicidad del tabaco y sus derivados en medios masivos de comunicación (cine, radio, televisión, prensa escrita, funciones musicales en vivo o grabadas, discos compactos, discos de video digital), así mismo prohíbe la publicidad móvil y la emisión de comerciales o publicidad del tabaco en la televisión por cable, aún si los comerciales han sido realizados fuera de Colombia.

En aspectos relacionados con promover la transparencia en el ámbito de los servidores públicos y de los particulares, Colombia expidió el Código Disciplinario Único, que pretende garantizar que las funciones públicas se adecúen a los fines y funciones del Estado, con acciones encaminadas a prevenir y corregir comportamientos que los transgredan. La Ley 734 de 2002 (Código Disciplinario Único), “se constituye en una valiosa herramienta para el operados disciplinario tendiente a lograr unificación de criterios en la aplicación del derecho”. De otro lado, en el año 2011 se publica el Estatuto Anticorrupción “por la se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública”. En este documento se incluyen como capítulo la regulación del lobby o cabildeo (Artículo 61. Acceso a la información): “la autoridad competente podrá requerir, en cualquier momento, informaciones o antecedentes adicionales relativos a gestiones determinadas, cuando exista al menos, prueba sumaria de la comisión de algún delito o de una falta disciplinaria”.

Acciones gubernamentales en Colombia para gestión del riesgo en salud

De otro lado, el Estado colombiano en el documento del Plan Nacional Decenal de Salud Pública (PDSP) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013), establece dentro de las líneas operativas, la línea de gestión del riesgo en salud, que comprende un conjunto de acciones sobre una población específica a través de una secuencias de actividades como la evaluación del riesgo y el desarrollo de estrategias para identificarlo, manejarlo y mitigarlo. Específicamente en el riesgo relacionado con salud, el evento es la ocurrencia de la enfermedad o su evolución negativa o complicaciones; y las causas son los diferentes factores que se asocian con la ocurrencia de una enfermedad, su evolución negativa o su complicación. Esta línea incluye acciones de:

- Análisis de riesgo de la población con enfoque diferencial
- Planeación de la atención según riesgos con enfoque diferencial
- Modificación del riesgo
- Vigilancia de la gestión del riesgo
- Gestión de la calidad de la atención
- Coordinación administrativa y técnica de los servicios y planes. La industria tabacalera comercializa sus productos a pesar del marco normativo vigente en nuestro medio. A través de publicidad engañosa, incita al consumo y de esta forma no solamente genera nuevos consumidores sino que también hace más difícil que los fumadores abandonen el hábito.

En el desarrollo del CMCT considera que la primera estrategia de publicidad y promoción es la exhibición de los productos de tabaco en los sitios de distribución y venta, en el entendido que uno de los propósitos de las tabacaleras es informar al consumidor de la presencia de la marca, así como su reconocimiento, a través de medios formales e informales de comunicación. Es así como ha fortalecido estrategias de comunicación no prohibidos en la legislación vigente, por esta razón es pertinente informar a los formuladores de políticas sobre opciones de política que fortalezcan la legislación existente en los aspectos de promoción, publicidad y patrocinio.

Iniciativas internacionales

Países como Estados Unidos, Brasil y Canadá, han desarrollado métodos para regular y monitorear las actividades de la industria tabacalera, los cuales ofrecen información sobre cómo la industria puede ser obligada a participar en un proceso transparente en sus distintas operaciones, entre esas el mercadeo de sus productos. En Estados Unidos, el estudio ASSIST (American Stop Smoking Intervention Study) evalúa la efectividad con base en un modelo de interferencia de la industria, que provee las distintas tácticas que usan las tabacaleras en determinadas circunstancias, el cual ha sido empleado por cuatro países en el sudeste de Asia para la creación de un sistema que monitorea las actividades a nivel local y regional (Trochim WM et al., 2003). En Brasil, la agencia regulatoria ANVISA (National Health Surveillance Agency) tiene como propósito proteger la salud de la población, ejerciendo un control sanitario sobre la producción y el mercadeo de productos y servicios, incluido el tabaco. Se encuentra en los puertos, aeropuertos y las fronteras, tiene conexión con el ministerio de relaciones exteriores e instituciones internacionales. Entre sus criterios de control se encuentran la fotocopia a color del empaquetado final, un paquete original o un CD que contenga la versión del empaquetado; un resumen de la composición del producto, incluyendo la hoja de tabaco usada, los aditivos, las especificaciones del filtro y la envoltura; copia de los reportes de los estudios que realizaron; un resumen del compuesto presente en el humo principal y secundario. En Canadá, los productores de tabaco y los importadores deben presentar a las entidades adscritas al

ministerio de salud, un reporte anual sobre las ventas, información de manufactura, ingredientes del producto, componentes tóxicos, emisiones tóxicas, actividades de investigación y promocionales. Esta información no es publicada dado que podría llegar a violar la confidencialidad de la compañía (Trochim WM et al., 2003, World Health Organization, 2009).

En el sudeste asiático, Tailandia ha sido el caso exitoso en temas de regulación e implementación de políticas para el control del tabaco. Este país ha implementado todas las recomendaciones de la OMS y como resultado ha visto una disminución en la prevalencia del tabaquismo en un 11%. Lidera esfuerzos en la región para controlar la industria tabacalera a través de la legislación, tributación y educación en la comunidad. Uno de las tácticas más significativas por parte del gobierno tailandés fue la estrategia de reducción de precios, política que afectó los beneficios monetarios de la industria e incentivó a otras marcas más baratas a entrar a competir en el mercado. También incluyó las advertencias sanitarias en las cajetillas y en los medios masivos de publicidad. Tailandia hace parte del ASEAN (Asean Tobacco Control Research Center), dentro del cual participan los distintos ministerios de salud de países como Cambodia, Indonesia, Singapur, Malasia, Lao y Vietnam. Estos países han identificado el control de tabaco como una de las áreas prioritarias para el desarrollo de políticas a través de un plan de acción regional, que busca desarrollar e implementar acciones en concordancia con las recomendaciones de la FCTC-OMS en aspectos como el contrabando, la tributación, publicidad, distribución, ventas y producción agrícola (Chaintornvong S and McCargo D, 2001).

Existe un amplio rango de medidas que han sido introducidas por los países alrededor del mundo con el fin de implementar el Artículo 5.3 del CMCT (World Health Organization, 2014). En Australia, las reuniones que sostiene el Departamento de Salud con la IT son información pública en la página web de la entidad gubernamental. Esta medida busca mantener un registro de los “Lobbyists” (*) y un Código de buena conducta para el “Lobbying” (*) con el fin de asegurar que el contacto entre los representantes de ambas partes sea de acuerdo a las expectativas del público, promover la transparencia, integridad y la honestidad. En el Reino Unido, la Secretaría de Estado para la Salud puso en marcha un plan de acción con el nombre de “Healthy Lives, Healthy People: A tobacco control plan for England”, el cual busca garantizar la transparencia, a través de la publicación por parte del gobierno de todas las reuniones donde se traten temas relacionados con políticas públicas entre la IT y los entes gubernamentales. Se excluyen reuniones para la discusión de asuntos operativos como el comercio ilícito. En el caso mexicano, se propuso exigir a las empresas que producen o importan productos del tabaco, proveer toda la información sobre el contenido de sus productos para el Ministerio de Salud, incluyendo ingredientes, las emisiones y los efectos sobre la salud. Lo anterior con el fin de ponerlos a disposición de la población en general. Por último, Brasil estableció directrices éticas para los miembros del National Committee for WHO FCTC Implementation (CONICQ), el cual está compuesto por 18 ministros y agencias a nivel federal, encargados de implementar políticas

intersectoriales para garantizar que el país cumpla con el tratado. Las actividades desarrolladas por el Comité deben reafirmar que los intereses de la salud pública son irreconciliables con los intereses de la IT de acuerdo con el Artículo 5.3 (World Health Organization, 2014).

Pregunta que orienta el resumen de evidencia

¿Cuáles son las medidas que los Estados desarrollan frente a las acciones de interferencia de la industria tabacalera para el cumplimiento del artículo 5.3 del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) y sus normas concordantes?

Esta pregunta fue definida de forma preliminar y definitiva por los funcionarios representantes del Ministerio de Salud y Protección Social, en respuesta al conocimiento que se tiene de las acciones de interferencia que utilizan la industria tabacalera sus subsidiarias y sus fundaciones, desde ámbitos estatales diferentes al Ministerio de Salud, donde encuentran que sus solicitudes y argumentos de entidades socialmente responsables y filántropas se aceptan como ciertos. Se definió que el artículo 5.3 del CMCT fuera el de interés en tanto Colombia ha avanzado en temas de regulación sobre ambientes libres de humo y sobre temas de control de publicidad, promoción y patrocinio de la industria tabacalera.

Observaciones sobre el problema relacionadas con la equidad

Hay evidencia proveniente de investigaciones que precisan cuáles políticas de control del tabaco reducen el consumo. Sin embargo, no se conoce su impacto sobre la equidad. Una revisión sistemática de la literatura de intervenciones/políticas realizadas a nivel poblacional reportó desenlaces relacionados con el consumo en adultos de nivel socioeconómico bajo comparado con alto. El impacto sobre la equidad fue evaluado en cuatro categorías: positivo (baja inequidad), neutro (sin diferencia por nivel socioeconómico), negativo (aumento en la inequidad), mixto (de impacto variado), o incierto (no es claro su impacto). El aumento en el precio del cigarrillo o en sus impuestos mostró ser la intervención con mayor impacto positivo. Las compañías tabacaleras logran intervenir sobre todo en países de bajos y medianos ingresos, para que ¿? el precio del cigarrillo no sea afectado a través de impuestos, es así como a través de su interferencia impiden que incluso las políticas más equitativas sean retrasadas (Brown et al., 2014)

Tres opciones para abordar el problema

Se pueden seleccionar muchas opciones para abordar el problema de la interferencia de la industria tabacalera. Para promover el debate sobre los pro y contra de las opciones potencialmente viables, se han seleccionado tres para un examen más a fondo. Estos incluyen:

Opción 1 – Regular en el marco del artículo 5.3 y sus directrices, la interacción con los representantes de la Industria Tabacalera (IT), sus subsidiarias y sus fundaciones, con la participación y veeduría de la sociedad civil en los escenarios de legislación, formulación, implementación y evaluación de políticas, planes y programas para el control del tabaco.

Se conoce que el tipo de interferencia más frecuente de la industria tabacalera, es influir sobre funcionarios de alto nivel en diversas instituciones del Estado. En estas interacciones, se busca persuadir y desestimular los efectos perjudiciales que sobre la salud del fumador y el ambiente de fumadores y no fumadores conlleva el tabaquismo.

Uno de los estudios incluidos muestra el análisis de las estrategias de interferencia más utilizadas por la IT en Tailandia: negociar con doble intencionalidad, buscar influir sobre funcionarios de alto nivel, comprar adeptos de diferentes organizaciones, intimidar, disminuir los controles sobre publicidad, promoción y patrocinio. De este análisis, se identificaron estrategias exitosas para contrarrestar la interferencia: vigilancia estricta desde todos los estamentos del Estado, excluir a los representantes de la IT de los escenarios de formulación de políticas, restringir la compra-venta de compañías tabacaleras, mantener la presión constante sobre las actividades de interferencia y dedicar recursos para la implementación efectiva de las regulaciones (Charoenca et al., 2012). Por el poder y la penetración que en organismos estatales y privados tiene la IT, se requiere contrarrestarlas incluyendo los poderes legislativo, judicial y ejecutivo y abarcando los estamentos de orden nacional y territorial (departamental y municipal).

En la Tabla 1 se proporciona un resumen de los principales hallazgos de esta publicación.

Tabla 1. Resumen de los hallazgos relevantes a la opción 1: – Regular en el marco del artículo 5.3 y sus directrices, la interacción con los representantes de la Industria Tabacalera (IT), sus subsidiarias y sus fundaciones, con la participación y veeduría de la sociedad civil en los escenarios de legislación, formulación, implementación y evaluación de políticas, planes y programas para el control del tabaco.

Categoría de hallazgos	Hallazgos clave
Beneficios	En los países de bajos y medianos ingresos el apoyo a largo plazo de la clase política es un ingrediente esencial para reducir la interferencia de la IT. La experiencia de Tailandia muestra que quienes están en favor de las estrategias para el control del tabaco, han sido exitosos porque enrolan políticos de diferentes filiaciones que están dispuestos a apoyar la legislación, especialmente porque con el apoyo a acciones de bien común, obtienen reconocimiento popular. En el intento por prevenir y contrarrestar la IT se puede lograr una movilización social en contra de las tabacaleras a través de estrategias de protección de la salud. En Tailandia, desde los más altos funcionarios estatales hasta los ciudadanos comunes, están involucrados en actividades de promoción de la salud (Charoenca et al., 2012)
Daños potenciales	No se identificaron estudios sobre este componente de la opción de política.
Uso de recursos, costos y/o costo-efectividad	No se identificaron estudios sobre este componente de la opción de política.
Incertidumbre en relación a los beneficios y daños potenciales (de modo que el monitoreo y la evaluación podrían estar garantizados si estas opciones se llevan a cabo)	Incertidumbre debido a que no se identificaron estudios a pesar de una búsqueda exhaustiva como parte de una revisión sistemática
Elementos claves de la opción de política si es que se probó en otro lugar	<p>Establecer mecanismos legales para regular y monitorear todas las interacciones con todas las agencias del gobierno: dado que el control del tabaco es un tema de salud pública, los mecanismos legales se enfocan con frecuencia en las leyes de salud pública, desarrollar un marco legal proactivo anticipa las estrategias de interferencia de las tabacaleras y busca influir sobre personas en cargos de alto nivel.</p> <p>Obtener apoyo público para el control del tabaco: una alternativa efectiva a la debilidad de la implementación de normas por parte del Estado, es comprometer al público en el monitoreo de la falta de cumplimiento de la IT con las leyes y políticas. Tener vigilantes dentro de la comunidad, que resalten el beneficio del control del tabaco en los medios y que expongan públicamente las prácticas subversivas de la IT.</p> <p>Actualizar las leyes para que cumplan con los requerimientos y guías del CMCT: Comprender el proceso político y hacer una estrategia que establezca leyes para</p>

Categoría de hallazgos	Hallazgos clave
	<p>implementar las medidas del CMCT, con el propósito de construir apoyo legal para los requerimientos del Convenio, requiere de informar y cabildear a los formuladores de políticas durante un tiempo muy largo. Hay que trabajar desde varios frentes para mostrarle a los formuladores de política, su determinación para que el control del tabaco se haga a través de procesos legislativos.</p> <p>Buscar apoyo político sin importar su afiliación</p> <p>Construir una coalición de expertos en mercadeo, economía, en legislación y en salud pública para monitorizar las compañías y tomar acciones preventivas contra la interferencia de las tabacaleras</p>
<p>Opiniones y experiencias de las partes interesadas</p>	<p>Para conocer esta información por favor remítase al documento que informa el resultado del diálogo deliberativo. Para conocer esta información por favor remítase al documento que informa el resultado del diálogo deliberativo.</p>

Opción 2 - Desarrollar y adoptar un código de buena conducta por parte de las entidades públicas y sus funcionarios con respecto a sus relaciones con la IT, sus subsidiarias y sus fundaciones. [Inserte una breve descripción de la opción]

A través del desarrollo y adopción de un código de buena conducta para los funcionarios públicos, se busca dejar explícitos los intereses de los representantes de la IT, que incluye la transferencia de utilidades a fundaciones filantrópicas, el patrocinio de eventos culturales y deportivos. El conocimiento de estas estrategias previene a funcionarios incautos y sanciona a quienes de manera deliberada o implícita, incurran en el incumplimiento de las normas.

Un estudio de caso exitoso realizado en Nueva Guinea y las Islas Salomón incluido en este resumen de evidencias, sostiene que los funcionarios públicos deben reconocer y responder a las acciones a través de entrenamiento y de la creación de un código de conducta con el fin de asegurarse que todas las zonas de interferencia, han sido estudiadas. El liderazgo de una agencia, idealmente el Ministerio de Salud, es esencial para impulsar la aplicación y cumplimiento de la legislación de apoyo al Artículo 5.3 del CMCT. La asociación basada en la confianza y el compromiso claro de apoyo a largo plazo para la legislación propuesta, es un ingrediente clave para avanzar en el control del tabaco (McCool et al., 2013).

En la Tabla 2 se proporciona un resumen de los hallazgos claves de esta publicación.

Tabla 2. Resumen de los hallazgos relevantes a la opción 2: Desarrollar y adoptar un código de buena conducta por parte de las entidades públicas y sus funcionarios con respecto a sus relaciones con la IT, sus subsidiarias y sus fundaciones.

Categoría de hallazgos	Hallazgos claves
Beneficios	El desarrollo de las legislaciones se beneficia del acceso a guías y principios claros. El compromiso de la sociedad civil es esencial para fortalecer la legislación porque plantea retos al Estado para responder adecuadamente en casos de interferencia de la IT. El control del tabaco requiere de compromiso político junto con la determinación de la sociedad civil para mantener presión sobre el gobierno y poder responder a la interferencia de la IT (McCool et al., 2013).
Daños potenciales	No se identificaron estudios sobre este componente de la opción de política.
Uso de recursos, costos y/o costo-efectividad	No se identificaron estudios sobre este componente de la opción de política.
Incertidumbre en relación a los beneficios y daños potenciales (de modo que el monitoreo y la evaluación podrían estar garantizados si estas opciones se llevan a cabo)	Incertidumbre debido a que no se identificaron estudios a pesar de una búsqueda exhaustiva de revisiones sistemáticas.
Elementos claves de la opción de política si es que se probó en otro lugar	Aumentar la influencia gubernamental sobre la academia y la sociedad civil: trabajar para obtener cooperación intersectorial, tener reglas que limiten las interacciones con la IT para reducir su influencia sobre personas con cargos de alto nivel es fundamental para reducir su capacidad de comparar seguidores en diferentes organizaciones Establecer consecuencias para individuos o grupos que acepten dinero u otro apoyo de las compañías tabacaleras, o que trabajen como delegados o sustitutos de la industria tabacalera.
Opiniones y experiencias de las partes interesadas	Para conocer esta información por favor remítase al documento que informa el resultado del diálogo deliberativo.

Opción 3 - Excluir a todos los representantes de la IT, sus subsidiarias y sus fundaciones, de la toma de decisiones relacionada directa o indirectamente con las políticas de control de tabaco. [Inserte una breve descripción de la opción]

Intimidar funcionarios públicos de nivel medio y alto con la amenaza de presentar demandas y desafíos legales, ha sido una estrategia efectiva de la IT para evitar o retrasar la formulación de políticas de control del tabaco a través de acciones que argumentan que las estrategias de divulgación de un producto lícito no son apoyadas.

El estudio de Charoengca 2012, muestra que la comunidad de salud pública de Tailandia ha desarrollado un sistema para identificar y contrarrestar la interferencia de la IT. Excluir a

todos los representantes de la IT de los escenarios de formulación de políticas fue la primera acción iniciada por el estado tailandés (Charoenca et al., 2012)

Hay evidencia de investigación sintetizada disponible sobre estrategias que abordan componentes de esta opción. En la Tabla 3 se proporciona un resumen de los hallazgos extraídos de los estudios.

Tabla 3. Resumen de los hallazgos relevantes a la opción 3: Excluir a todos los representantes de la IT, sus subsidiarias y sus fundaciones, de la toma de decisiones relacionada directa o indirectamente con las políticas de control de tabaco.

Categoría de hallazgos	Hallazgos claves
Beneficios	A través de la exclusión de todos los representantes de la industria tabacalera de los escenarios de formulación de políticas que hizo el Estado tailandés, los interesados en las estrategias para el control del tabaco invirtieron tiempo y esfuerzos para examinar las políticas utilizadas por la IT, para conocer las acciones específicas que han permitido contrarrestar de manera exitosa la interferencia (Charoenca et al., 2012).
Daños potenciales	No se identificaron estudios sobre daños potenciales este componente de la opción de política.
Uso de recursos, costos y/o costo-efectividad	No se identificaron estudios sobre este componente de la opción de política.
Incertidumbre en relación a los beneficios y daños potenciales (de modo que el monitoreo y la evaluación podrían estar garantizados si estas opciones se llevan a cabo)	Incertidumbre debido a que no se identificaron estudios a pesar de una búsqueda exhaustiva como parte de una revisión sistemática.
Elementos claves de la opción de política si es que se probó en otro lugar	<p>Asegurar transparencia y responsabilidad en el gobierno: trabajando de forma transparente es esencial para mantener un frente unido. Es importante establecer políticas específicas que limiten las interacciones de las compañías tabacaleras con las agencias del gobierno a través de la diseminación de reglas de compromiso para todas las agencias gubernamentales y públicas incluyendo el rechazo de patrocinio de los proyectos corporativos socialmente responsables.</p> <p>Buscar creación de políticas transparentes y robustas que eviten las tácticas de interferencia: las oportunidades para trabajar en contra de las tabacaleras con frecuencia son sensibles al tiempo, por lo cual es importante actuar rápidamente cuando existan condiciones políticas favorables para ejercer acciones fuertes. Establecer un plan de adeptos y una línea de tiempo (cronograma) que no brinde</p>

Categoría de hallazgos	Hallazgos claves
	<p>oportunidades a la IT para usar la intimidación en contra de la legislación y regulación.</p> <p>Estimular esfuerzos cooperativos entre las partes interesadas excluyendo a las compañías tabacaleras: la IT con frecuencia trata de enfrentar a las organizaciones de control con respecto a algunos aspectos importantes de política. Construir cooperación surge de darse cuenta de cómo la IT manipula a los interesados en el control del tabaco. Constantemente hay que educar a los interesados mostrando ejemplos de la interferencia de la IT y resaltando las estrategias exitosas para contrarrestarla.</p>
Opiniones y experiencias de las partes interesadas	Para conocer esta información por favor remítase al documento que informa el resultado del diálogo deliberativo.

Observaciones sobre las tres opciones relacionadas con la equidad

El consumo del tabaco es uno de los principales responsables de las inequidades socioeconómicas en salud en Norteamérica y Europa. La frecuencia de consumo difiere entre los países de acuerdo con su nivel educativo, clase ocupacional e ingresos. El patrón de consumo por estado socioeconómico refleja el estado de la epidemia del tabaco en cada país, la mayoría de los países de altos ingresos se considera en el último estado de la epidemia. En estos países, los grupos de más bajo nivel socioeconómico tienen la mayor prevalencia de consumo de cigarrillo y las más bajas tasas de abandono. Muchos países reconocen que combatir las inequidades en el consumo es fundamental para reducir inequidades generales en salud (Brown et al., 2014).

Una revisión sistemática de la literatura de intervenciones/políticas realizadas a nivel poblacional reportó desenlaces relacionados con el consumo en adultos de nivel socioeconómico bajo comparado con el alto. El impacto sobre la equidad fue evaluado en cuatro categorías: positivo (baja inequidad), neutro (sin diferencia por nivel socioeconómico), negativo (aumento en la inequidad), mixto (de impacto variado), o incierto (no es claro su impacto). Esta revisión identificó 117 estudios que mostraron el impacto sobre la equidad de 130 intervenciones/políticas. Los efectos generales sobre la equidad para todas las intervenciones/políticas fueron: 33 positivas, 36 neutral, 38 negativa, 6 mixtas y 17 inciertas. Es importante señalar que 33 de las 36 neutrales tuvieron un beneficio positivo en los grupos socioeconómicos predefinidos. Un panel de expertos que evaluó la efectividad de las políticas de precio o impuestos en 2010, concluyó que había evidencia fuerte pero insuficiente de que la población de más bajos ingresos en los países de altos ingresos, respondían más a los aumentos en los precios o impuestos que los grupos de más altos ingresos. Como se ha visto resultados de estudios anteriores, esta revisión encontró que la evidencia más clara y más consistente

de un impacto positivo en la equidad fue el aumento en el precio de compra de los cigarrillos. Los fumadores de bajo nivel socioeconómico respondieron más al aumento en precios en términos de mayor elasticidad en el precio que los consumidores de alto nivel socioeconómico. Sin embargo esta mayor elasticidad en los precios entre los adultos de más bajo nivel socioeconómico puede estar capturando efectos de corto plazo que no se traducen en cesación sostenida. Adicionalmente en la mayoría de estudios econométricos no se tuvieron en cuenta las ventas en zonas fronterizas o el contrabando.

Las políticas de ambientes libres de humo cuando son voluntarias, regionales o parciales, aumentaron las inequidades socioeconómicas en términos de la protección de la exposición al humo de segunda mano. En contraste, los estudios que tienen política nacional del control del tabaco muestran menor inequidad

Actualmente no se cuenta con información recolectada sistemáticamente que muestre los resultados orientados hacia la equidad en las estrategias de control del consumo de tabaco.

Consideraciones sobre la implementación

Los estudios incluidos señalan que la implementación de acciones que contrarresten la interferencia de la IT tiene un impacto positivo sobre la prevalencia en el consumo y hace que los gobiernos avancen hacia el cambio de las normas sociales como el camino más eficaz y duradero. Este es el caso de Tailandia, que eventualmente se convertirá en un país intolerante al consumo de cigarrillo, un lugar donde fumar sea un acto aceptable y sea considerado como una actuación fuera de las normas sociales de buen comportamiento, donde los fumadores intenten voluntariamente abstenerse de fumar, y las sanciones sociales puedan efectivamente sustituir las medidas de control del tabaco (Sangthong et al., 2012). Sin embargo no hay datos explícitos sobre la forma en que la implementación de las estrategias se llevó a cabo.

Tabla 4: Barreras potenciales para la implementación de las opciones.

Niveles	Opción 1.	Opción 2.	Opción 3.
Individuo	Algunas disposiciones del CMCT son vistas por los funcionarios como metas ambiciosas y poco reales para cumplir, lo que dificulta la puesta en marcha de los artículos del Convenio. (Martin and de Leeuw, 2013)	Se requiere del compromiso de los funcionarios desde todas las entidades gubernamentales (Martin and de Leeuw, 2013)	Las redes institucionales entre los actores entre los ministerios de salud y otros actores gubernamentales tienden a ser débiles ((Martin and de Leeuw, 2013)
Proveedores de atención en salud	La puesta en marcha de planes y programas para medir el impacto que tienen las políticas sobre la prevalencia del consumo (Sarrafzadegan et al., 2014)	Existe dificultad para reglamentar el uso del tabaco, su publicidad promoción y patrocinio como una anomalía social (Sarrafzadegan et al., 2014).	La puesta en marcha de cambios culturales (que para el caso de este resumen, es excluir a los representantes de la IT), constituye una gran barrera para los Estados (Sarrafzadegan et al., 2014)
Organización	Se requiere de una gran adaptación, esfuerzos y recursos para la mayoría de los artículos del CMCT. La implantación de los artículos 6, 11 y 13 ha sido la que menos obstáculos ha tenido en cuatro islas del Pacífico. (Martin and de Leeuw, 2013)	Existe menos compromiso de las entidades por fuera de los Ministerios de Salud para el cumplimiento de los lineamientos del CMCT. La limitación de recursos humanos y financieros es una de las principales barreras, por tal razón, un mecanismo de financiación sostenible es difícil de lograr (Martin and de Leeuw, 2013)	Las tabacaleras se muestran como entidades socialmente responsables, que cumplen con las políticas del CMCT, con esta apariencia de respetabilidad, manipulan los sistemas políticos, buscan formas de incumplir y cooptar la infraestructura legal. Las agencias de control legal frecuentemente tienen poco interés en hacer cumplir las leyes de control del tabaco y en algunos casos participan como socios en la corrupción (Charoenga et al., 2012)
Sistema	El mayor conflicto económico para la implementación del CMCT, surge cuando estas, son compañías de propiedad	Las relaciones entre el Ministerio de Salud y otras entidades gubernamentales en ocasiones no son fuertes.	Las compañías tabacaleras ofrecen altas sumas de dinero en forma descarada a los políticos para lograr sus propósitos.

	<p>del Estado o la participación del mercado de los productos del tabaco surge desde el Estado parcial o totalmente (Hu et al., 2013).</p> <p>La capacidad y recursos de los Estados puede usualmente limitada a pesar del esfuerzo que hacen los países para legislar en contra del consumo del tabaco y mantenimiento de espacios libres de humo, por esta razón, los Estados deben buscar alianzas efectivas con Organizaciones No Gubernamentales que a través de grupos de logre el objetivo de sumar esfuerzos para realizar acciones que contrarresten la interferencia de la IT. Pues (Martin and de Leeuw, 2013).</p> <p>Si se cuenta con escasos recursos, estos se deben invertir en los aspectos más costo-efectivos del CMCT, que han mostrado ser los artículos 6, 8, 11 y 13. (Martin and de Leeuw, 2013)</p>	<p>Si hay un compromiso robusto con el CMCT desde el Ministerio de Salud éste debe ser acogido por otras entidades estatales. En ocasiones las propuestas del Ministerio de Salud son rechazadas por los ministerio de comercio o agricultura (Martin and de Leeuw, 2013)</p>	<p>Adicionalmente, ofrecen donaciones que son publicitadas como gestos filantrópicos (Charoenca et al., 2012)</p>
--	--	---	---

Indicadores de monitoreo y evaluación

Se sugiere consultar el documento: “Instrucciones detalladas para completar el cuestionario básico del instrumento de presentación de informes del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT de la OMS)”; Sección 3: Legislación, reglamentaciones y políticas. El cual provee una propuesta de reporte de los indicadores para el monitoreo y evaluación de políticas nuevas y antiguas que pongan en marcha los países integrantes del CMCT a partir del año 2012.

Referencias

- AGUINAGA-BIALOUS S & SHATENSEIN S 2002. La rentabilidad a costa de la gente. *Actividades de la industria tabacalera para comercializar en América Latina y el Caribe y minar la salud pública. Organización Panamericana de la Salud.*
- BROWN, T., PLATT, S. & AMOS, A. 2014. Equity impact of population-level interventions and policies to reduce smoking in adults: A systematic review. *Drug and alcohol dependence*, 138, 7-16.
- CONGRESO DE COLOMBIA 2009. Ley N° 1335 Colombia.
- CHAIINTORNVONG S & MCCARGO D 2001. Political economy control in Thailand. Thailand.
- CHAROENCA N, MOCK J, KUNGSKULNITI N, PREECHAWONG S, KOJETIN N & HAMANN S 2012. Success counteracting tobacco company interference in Thailand: An example of FCTC implementation for low-and middle-income countries. *International journal of environmental research and public health*, 9, 1111-1134.
- CHAROENCA, N., MOCK, J., KUNGSKULNITI, N., PREECHAWONG, S., KOJETIN, N. & HAMANN, S. L. 2012. Success counteracting tobacco company interference in Thailand: an example of FCTC implementation for low- and middle-income countries. *International Journal of Environmental Research & Public Health [Electronic Resource]*, 9, 1111-34.
- EL COLOMBIANO. *Festival Vallenato, un evento de música y folclor* [Online]. Available: http://www.elcolombiano.com/BancoConocimiento/O/olac_cultura_colprensa_eeg_17032004/olac_cultura_colprensa_eeg_17032004.asp [Accessed 2014-05-26.
- EL TIEMPO. *Silleteros, de fiesta en Bogotá* [Online]. Available: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-1004008> [Accessed 26-05-2014.
- FUNDACIÓN BAT COLOMBIA. Available: <http://fundacionbat.com.co/site2012/interna.php?ids=1&id=348> [Accessed 26-05-2014.
- HU, T. W., LEE, A. H. & MAO, Z. 2013. WHO Framework Convention on Tobacco Control in China: barriers, challenges and recommendations. *Glob Health Promot*, 20, 13-22.
- INTERNATIONAL, C. A. 2010. Protecting Against Tobacco Industry Interference: 2010 Global Tobacco Treaty Action Guide.
- INTERNATIONAL UNION AGAINST TUBERCULOSIS AND LUNG DISEASE 2012. FCTC Article 5.3 Toolkit: Guidance for Governments on Preventing Tobacco Industry Interference. UK.
- MACKEY T, LIANG B, PIERCE J, HUBER L & BOSTIC C 2014. Call to Action: Promoting Domestic and Global Tobacco Control by Ratifying the Framework Convention on Tobacco Control in the United States. *PLoS medicine*, 11, e1001639.
- MACKEY, T. K., LIANG, B. A., PIERCE, J. P., HUBER, L. & BOSTIC, C. 2014. Call to Action: Promoting Domestic and Global Tobacco Control by Ratifying the Framework Convention on Tobacco Control in the United States. *PLoS medicine*, 11, e1001639.
- MADRAZO-LAJOUS A & GUERRERO-ALCÁNTARA A 2012. Estrategias de la industria tabacalera en México para interferir en las políticas de control del tabaco. *salud pública de méxico*, 54, 315-322.
- MARTIN, E. & DE LEEUW, E. 2013. Exploring the implementation of the framework convention on tobacco control in four small island developing states of the Pacific: a qualitative study. *BMJ Open*, 3, e003982.

- MCCOOL, J., MCKENZIE, J., LYMAN, A. & ALLEN, M. 2013. Supporting Pacific Island countries to strengthen their resistance to tobacco industry interference in tobacco control: a case study of Papua New Guinea and Solomon Islands. *Int J Environ Res Public Health*, 10, 3424-34.
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL 2013. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Colombia.
- PARDO C & PIÑEROS M 2010. Consumo de tabaco en cinco ciudades de Colombia, Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes, 2007. *Biomédica: Revista del Instituto Nacional de Salud*, 30.
- PARDO, C. & PIÑEROS, M. 2010. Consumo de tabaco en cinco ciudades de Colombia, Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes, 2007. *Biomédica*, 30, 509-18.
- PICHON-RIVIERE A, BARDACH. A, ALCARÁZ A, CAPORALE J, AUGUSTOVSKY F, PEÑA TORRES E, OSORIO D, PÉREZ ACEVEDO J, GAMBOA GARAY O & C., G. G. 2013. Carga de enfermedad atribuible al tabaquismo en Colombia. Documento Técnico N° 09. Buenos Aires
- RODRÍGUEZ-BOLAÑOS R, REYNALES-SHIGEMATSU L, IBAÑEZ-HERNÁNDEZ N, SANTOS-LUNA R, VALDÉS-SALGADO R, ÁVILA-TANG E & F., S. 2010. Estrategia de vigilancia para el control del tabaco en México: publicidad, promoción y patrocinio, empaque y etiquetado. *salud pública de méxico*, 52, S254-S266.
- RODRÍGUEZ J, RUIZ F, PEÑALOZA E, ESLAVA J, GÓMEZ L, SÁNCHEZ H, AMAYA J, ARENAS R & Y., B. 2009. Encuesta nacional de salud 2007. *Departamento de Boyacá. Bogotá: Javegraf*.
- SANGTHONG, R., WICHADIT, W. & KETCHOO, C. 2012. Current situation and future challenges of tobacco control policy in Thailand. *Tobacco control*, 21, 49-54.
- SARRAFZADEGAN, N., RABIEI, K., ABEDI, H., KELISHADI, R., MOHASELI, K. F., ALAVI, M. & ROOHAFZA, H. 2014. Indicators Developed to Evaluate the International Framework Convention on Tobacco Control in Iran; A Grounded Theory Study. *Iranian journal of medical sciences*, 39, 213.
- SOUTH EAST ASIA TOBACCO CONTROL ALLIANCE (SEATCA) 2010. Toolkit for Policy Makers and Advocates. Preventing Tobacco Industry Interference. Philippines.
- TROCHIM WM, STILLMAN FA, CLARK PI & SCHMITT CL 2003. Development of a model of the tobacco industry's interference with tobacco control programmes. *Tobacco Control*, 12, 140-147.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION 2003. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION 2004. Tobacco industry corporate responsibility an inherent contradiction. *Tobacco Free Initiative*.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION 2009. Tobacco industry interference with tobacco control.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION 2011. Report on the global tobacco epidemic: warning about the dangers of tobacco.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION 2012a. FCTC Article 5.3: Protecting from Tobacco Industry Interference: Legislative & Policy Templates.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION 2012b. Tobacco Industry Interference: A Global Brief.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION 2013. Tobacco Industry Interference in Kenya: Exposing the tactics. Nairobi - Kenya.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2014. *Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC). Examples of implementation of Article 5.3 communicated through the*

reports of the Parties [Online]. Available:
http://www.who.int/fctc/parties_experiences/en/ [Accessed 2014-05-28.

Apéndices

Apéndice 1: Criterios de elegibilidad

Criterios de inclusión

- Estudios que evalúan las acciones que han emprendido los países para contrarrestar las acciones de interferencia de la industria tabacalera sus subsidiarias y sus fundaciones.
- Estudios publicados en inglés o español durante los últimos 5 años (2009-2014).

Con relación a los aspectos de efectividad e impacto, se priorizará la selección de revisiones panorámicas y revisiones sistemáticas, estas últimas definidas de acuerdo con los criterios propuestos en el manual Cochrane de revisiones sistemáticas de intervenciones; el estudio tiene:

- Un conjunto de objetivos claramente establecidos, con criterios de elegibilidad de estudios previamente definidos.
- Una metodología explícita y reproducible.
- Una búsqueda sistemática que identifique todos los estudios que puedan cumplir los criterios de elegibilidad.
- Una evaluación de la validez de los resultados de los estudios incluidos, por ejemplo mediante la evaluación del riesgo de sesgos.
- Una presentación sistemática y una síntesis de las características y resultados de los estudios incluidos.

Criterios de exclusión

- Estudios publicados únicamente en formato de resumen.

Apéndice 2: Reportes de búsqueda de evidencia en bases de datos electrónicas.

Reporte de búsqueda electrónica No. 1	
Tipo de búsqueda	Nueva
Bases de datos	MEDLINE MEDLINE In-Process & Other Non-Indexed Citations MEDLINE Daily Update
Plataforma	Ovid
Fecha de búsqueda	09/04/2014
Rango de fecha de búsqueda	2009-2014
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	
Estrategia de búsqueda (resultados)	<ol style="list-style-type: none"> 1 exp Policy/ (122436) 2 polic\$.tw. (158463) 3 politics.tw. (7792) 4 law\$.tw. (89253) 5 statute\$.tw. (3293) 6 exp Jurisprudence/ (174853) 7 jurisprudence.tw. (1028) 8 (legal adj5 obligation\$.tw. (701) 9 amendment\$.tw. (8098) 10 ordinance\$.tw. (884) 11 reform\$.tw. (40494) 12 (court adj5 decision\$.tw. (2246) 13 (legal adj5 aspect\$.tw. (3654) 14 (juridical adj5 aspect\$.tw. (83) 15 exp Government Regulation/ (18074) 16 regulat\$.tw. (1239333) 17 exp Public Policy/ (109880) 18 exp Health Policy/ (81150) 19 exp Social Control Policies/ (121724) 20 control.tw. (1748154) 21 exp Legislation as Topic/ (136894) 22 legislation\$.tw. (23545) 23 exp Government Programs/ (7432) 24 exp Mandatory Programs/ (5433) 25 program\$.tw. (562805) 26 strateg\$.tw. (577865) 27 guideline\$.tw. (188120) 28 guidance.tw. (60082) 29 recommendation\$.tw. (145295) 30 action\$.tw. (634366) 31 institutional framework.tw. (165) 32 or/1-29 (4342498) 33 intelligence gathering.tw. (23) 34 exp Public Relations/ (107410) 35 (public adj5 relation\$.tw. (3027) 36 (client adj5 staff adj5 relation\$.tw. (27) 37 exp Lobbying/ (3981) 38 lobbying\$.tw. (860) 39 exp Consultants/ (5741)

Reporte de búsqueda electrónica No. 1

	40 consultant\$.tw. (16081)
	41 (service\$ adj5 advisory).tw. (560)
	42 (smoker\$ adj5 right\$ adj5 group\$).tw. (12)
	43 (creating adj5 alliance\$).tw. (43)
	44 exp Coercion/ (4278)
	45 coercion.tw. (1964)
	46 intimidation.tw. (337)
	47 (corporate adj5 social adj5 responsibility).tw. (110)
	48 (youth\$ adj5 smoking adj5 prevention).tw. (104)
	49 (retailer adj5 education adj5 program\$).tw. (1)
	50 exp Drug Trafficking/ (13)
	51 (drug\$ adj5 trafficking\$).tw. (467)
	52 (drug\$ adj5 dealing\$).tw. (402)
	53 (drug\$ adj5 smuggling\$).tw. (89)
	54 (illicit adj5 drug\$ adj5 trade\$).tw. (17)
	55 exp International Cooperation/ (122565)
	56 (international adj5 cooperation).tw. (1649)
	57 (international adj5 treat\$).tw. (3122)
	58 (agreement\$ adj5 voluntary adj5 polic\$).tw. (2)
	59 (agreement\$ adj5 government\$).tw. (157)
	60 pre emptio.tw. (61)
	61 or/33-60 (264110)
	62 (tobacco adj5 industr\$).tw. (1708)
	63 (tobacco adj5 compan\$).tw. (676)
	64 or/62-63 (2092)
	65 32 and 61 and 64 (356)
	66 limit 65 to yr="2009 - 2014" (106)
Referencias identificadas	106

Reporte de búsqueda electrónica No. 2	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	EMBASE
Plataforma	Elsevier
Fecha de búsqueda	10/04/2014
Rango de fecha de búsqueda	2009-2014
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda (resultados)	<p>#1 'policy'/exp (71,784) #2 polic*:ab,ti (189,579) #3 'politics'/exp (162,396) #4 politics:ab,ti (8,730) #5 'law'/exp (81,502) #6 law*:ab,ti (103,607) #7 statute*:ab,ti (3,473) #8 'jurisprudence'/exp (31,398) #9 jurisprudence:ab,ti (1,225) #10 amendment*:ab,ti (10,210) #11 ordinance*:ab,ti (1,277) #12 reform*:ab,ti (45,879) #13 (court NEAR/5 decision*):ab,ti (2,324) #14 'legal aspect'/exp (769,659) #15 (legal NEAR/5 aspect*):ab,ti (5,024) #16 (legal NEAR/5 obligation*):ab,ti (928) #17 (juridical NEAR/5 aspect*):ab,ti (146) #18 'government regulation'/exp (20,080) #19 regulat*:ab,ti (1,415,828) #20 'regulatory mechanism'/exp (598,446) #21 'health care policy'/exp (139,648) #22 'social control'/exp (197,298) #23 control:ab,ti (2,115,252) #24 legislation*:ab,ti (30,175) #25 'mandatory program'/exp (1,855) #26 program*:ab,ti (688,970) #27 strateg*:ab,ti (704,063) #28 guideline*:ab,ti (265,237) #29 guidance:ab,ti (79,815) #30 recommendation*:ab,ti (189,022) #31 action*:ab,ti (727,340) #32 'institutional framework':ab,ti (192) #33 #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 (6,253,487) #34 'intelligence gathering':ab,ti (26) #35 'public relations'/exp (53,252) #36 (public NEAR/5 relation*):ab,ti (3,369) #37 (institutional NEAR/5 relation*):ab,ti (428) #38 (client NEAR/5 staff):ab,ti AND relation*:ab,ti (99)</p>

Reporte de búsqueda electrónica No. 2

	<p>#39 lobbying:ab,ti (913) #40 consultant:ab,ti (16,099) #41 (service* NEAR/5 advisory):ab,ti (748) #42 (smoker* NEAR/5 right*):ab,ti AND group*:ab,ti (73) #43 (creating NEAR/5 alliance*):ab,ti (52) #44 'persuasive communication'/exp (6,354) #45 (persuasive NEAR/5 communicatio*):ab,ti (167) #46 intimidation:ab,ti (375) #47 'social behavior'/exp (1,109,509) #48 (social NEAR/5 behavior): ab,ti (10,917) #49 (social NEAR/5 responsibility): ab,ti (1,534) #50 sociobehavior:ab,ti (0) #51 (youth* NEAR/5 smoking):ab,ti AND prevention:ab,ti (285) #52 (retailer NEAR/5 education):ab,ti AND program*:ab,ti (3) #53 'drug traffic'/exp (1,365) #54 (drug* NEAR/5 traffic):ab,ti (496) #55 'drug sale':ab,ti (19) #56 'drug trafficking':ab,ti (308) #57 (illicit NEAR/5 drug*):ab,ti AND distribution:ab,ti (209) #58 (drug* NEAR/5 dealing*):ab,ti (565) #59 (drug* NEAR/5 smuggling*):ab,ti (111) #60 (illicit NEAR/5 drug*):ab,ti AND trade*:ab,ti (67) #61 'international cooperation'/exp (159,174) #62 (international NEAR/5 cooperation):ab,ti (1,965) #63 (international NEAR/5 agenc*):ab,ti (3,954) #64 (international NEAR/5 treat*):ab,ti (6,325) #65 (agreement* NEAR/5 voluntar*):ab,ti AND polic*:ab,ti (27) #66 (agreement* NEAR/5 government*):ab,ti (181) #67 'pre emption':ab,ti (70) #68 #34 OR #35 OR #36 OR #37 OR #38 OR #39 OR #40 OR #41 OR #42 OR #43 OR #44 OR #45 OR #46 OR #47 OR #48 OR #49 OR #50 OR #51 OR #52 OR #53 OR #54 OR #55 OR #56 OR #57 OR #58 OR #59 OR #60 OR #61 OR #62 OR #63 OR #64 OR #65 OR #66 OR #67 (1,317,715) #69 'tobacco industry'/exp (3,848) #70 (tobacco NEAR/5 industr*):ab,ti (1,810) #71 (manufacturing NEAR/5 tobacco):ab,ti (51) #72 (industr* NEAR/5 tobacco):ab,ti (1,810) #73 #69 OR #70 OR #71 OR #72 (4,554) #74 #33 AND #68 AND #73 (757) #75 #33 AND #68 AND #73 AND [embase]/lim AND [2009-2014]/py (132)</p>
Referencias identificadas	132

Reporte de búsqueda electrónica No. 3	
Tipo de búsqueda	Nueva
Bases de datos	Cochrane Database of Systematic Reviews - CDSR Database of Abstracts of Reviews of Effects - DARE
Plataforma	Wiley
Fecha de búsqueda	11/04/2014
Rango de fecha de búsqueda	Sin restricción
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda (resultados)	<p>#1 MeSH descriptor: [Policy] explode all trees (657)</p> <p>#2 polic*:ti,ab (4027)</p> <p>#3 politics:ti,ab (18)</p> <p>#4 law*:ti,ab (726)</p> <p>#5 statute*:ti,ab (9)</p> <p>#6 MeSH descriptor: [Jurisprudence] explode all trees (1273)</p> <p>#7 jurisprudence:ti,ab (2)</p> <p>#8 (legal near/5 obligation*):ti,ab</p> <p>#9 amendment*:ti,ab (120)</p> <p>#10 ordinance*:ti,ab (7)</p> <p>#11 reform*:ti,ab (389)</p> <p>#12 (court near/5 decision*):ti,ab (2)</p> <p>#13 (legal near/5 aspect*):ti,ab (15)</p> <p>#14 (juridical near/5 aspect*):ti,ab (2)</p> <p>#15 MeSH descriptor: [Government Regulation] explode all trees (14)</p> <p>#16 regulat*:ti,ab (10,388)</p> <p>#17 MeSH descriptor: [Public Policy] explode all trees (574)</p> <p>#18 MeSH descriptor: [Health Policy] explode all trees (525)</p> <p>#19 MeSH descriptor: [Social Control Policies] explode all trees (648)</p> <p>#20 control*:ti,ab (279,290)</p> <p>#21 MeSH descriptor: [Legislation as Topic] explode all trees (708)</p> <p>#22 legislation*:ti,ab (153)</p> <p>#23 MeSH descriptor: [Government Programs] explode all trees (370)</p> <p>#24 MeSH descriptor: [Mandatory Programs] explode all trees (46)</p> <p>#25 program*:ti,ab (40,004)</p> <p>#26 strategy*:ti,ab (11,149)</p> <p>#27 guideline*:ti,ab (8,519)</p> <p>#28 guidance:ti,ab (2,320)</p> <p>#29 recommendation*:ti,ab (6067)</p> <p>#30 action*:ab,ti (19,057)</p> <p>#31 institutional framework:ti,ab (19)</p> <p>#32 #1 or #2 or #3 or #4 or #5 or #6 or #7 or #8 or #9 or #10 or #11 or #12 or #13 or #14 or #15 or #16 or #17 or #18 or #19 or #20 or #21 or #22 or #23 or #24 or #25 or #26 or #27 or #28 or #29 or #30 or #31 (326,558)</p> <p>#33 intelligence gathering:ti,ab 10</p> <p>#34 MeSH descriptor: [Public Relations] explode all trees (9672)</p> <p>#35 (public near/5 relation*):ti,ab (22)</p> <p>#36 (client near/5 staff near/5 relation):ti,ab (0)</p>

Reporte de búsqueda electrónica No. 3

	<p>#37 MeSH descriptor: [Lobbying] explode all trees (2) #38 lobbying*:ti,ab (6) #39 MeSH descriptor: [Consultants] explode all trees (31) #40 consultant*:ti,ab (584) #41 (service* near/5 advisory):ti,ab (14) #42 (smoker* near/5 right\$ near/5 group*):ti,ab (0) #43 (creating near/5 alliance*):ab,ti (2) #44 MeSH descriptor: [Coercion] explode all trees (49) #45 coercion:ti,ab (80) #46 intimidation:ti,ab (6) #47 (corporate near/5 social near/5 responsibility):ti,ab (0) #48 (youth* near/5 smoking near/5 prevention):ti,ab (25) #49 (retailer near/5 education near/5 program*):ti,ab (1) #50 MeSH descriptor: [Drug Trafficking] explode all trees (0) #51 (drug* near/5 trafficking*):ti,ab (2) #52 (drug* near/5 dealing*):ti,ab (10) #53 (drug* near/5 smuggling*):ti,ab (0) #54 (illicit near/5 drug* adj5 trade*):ti,ab (0) #55 MeSH descriptor: [International Cooperation] explode all trees (1,221) #56 (international near/5 cooperation):ti,ab (24) #57 (international near/5 treat*):ti,ab (451) #58 (agreement* near/5 voluntary near/5 polic*):ti,ab (0) #59 (agreement* near/5 government*):ti,ab (0) #60 pre emptio:ti,ab (0) #61 #33 or #34 or #35 or #36 or #37 or #38 or #39 or #40 or #41 or #42 or #43 or #44 or #45 or #46 or #47 or #48 or #49 or #50 or #51 or #52 or #53 or #54 or #55 or #56 or #57 or #58 or #59 or #60 (12,079) #62 MeSH descriptor: [Tobacco Industry] explode all trees (18) #63 (tobacco near/5 industr*):ti,ab (17) #64 (manufacturing near/5 tobacco):ti,ab (1) #65 #62 or #63 or #64 (33) #67 #32 and #61 and #65 (2)</p>
Referencias identificadas	2

Reporte de búsqueda electrónica No. 4	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	EPPI-Centre database of health promotion research (Bibliomap)
Plataforma	-
Fecha de búsqueda	09/04/2014
Rango de fecha de búsqueda	Sin restricción
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda (resultados)	1 Focus of the text book: health policy (0) 2 Focus of the text book: public health (6) 3 Type(s) of intervention: legislation (29) 4 Type(s) of intervention: regulation (75) 5 1 OR 2 OR 3 OR 4 (106) 6 Focus of the report: tobacco (2064) 7 5 AND 6 (49)
Referencias identificadas	49

Reporte de búsqueda electrónica No. 5	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	Database of promoting health effectiveness reviews (DoPHER)
Plataforma	-
Fecha de búsqueda	09/04/2014
Rango de fecha de búsqueda	Sin restricción
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	0
Estrategia de búsqueda (resultados)	1 Focus of the text book: health policy (0) 2 Focus of the text book: public health (0) 3 Type(s) of intervention: legislation (23) 4 Type(s) of intervention: regulation (22) 5 1 OR 2 OR 3 OR 4 (27) 6 Focus of the report: tobacco (460) 7 5 AND 6 (9)
Referencias identificadas	9

Reporte de búsqueda electrónica No. 6	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	HEN Sources of Evidence Database
Plataforma	-
Fecha de búsqueda	10/04/2014
Rango de fecha de búsqueda	Sin restricción
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda (resultados)	Tobacco (33)
Referencias identificadas	33

Reporte de búsqueda electrónica No. 7	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	Rx for Change Database
Plataforma	-
Fecha de búsqueda	10/04/2014
Rango de fecha de búsqueda	Sin restricción
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda (resultados)	Regulatory
Referencias identificadas	3

Reporte de búsqueda electrónica No. 8	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	Health Evidence
Plataforma	-
Fecha de búsqueda	10/04/2014
Rango de fecha de búsqueda	Sin restricción
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda (resultados)	Intervention strategy = Policy and Legislation Topic area = Smoking Cessation/Tobacco Use
Referencias identificadas	50

Reporte de búsqueda electrónica No. 9	
Tipo de búsqueda	Nueva
Motor de búsqueda	Google
Plataforma	-
Fecha de búsqueda	15/04/2014
Rango de fecha de búsqueda	Sin restricción
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda (resultados)	política + interferencia + industria tabacalera policy + interference +tobacco industry
Referencias identificadas	80

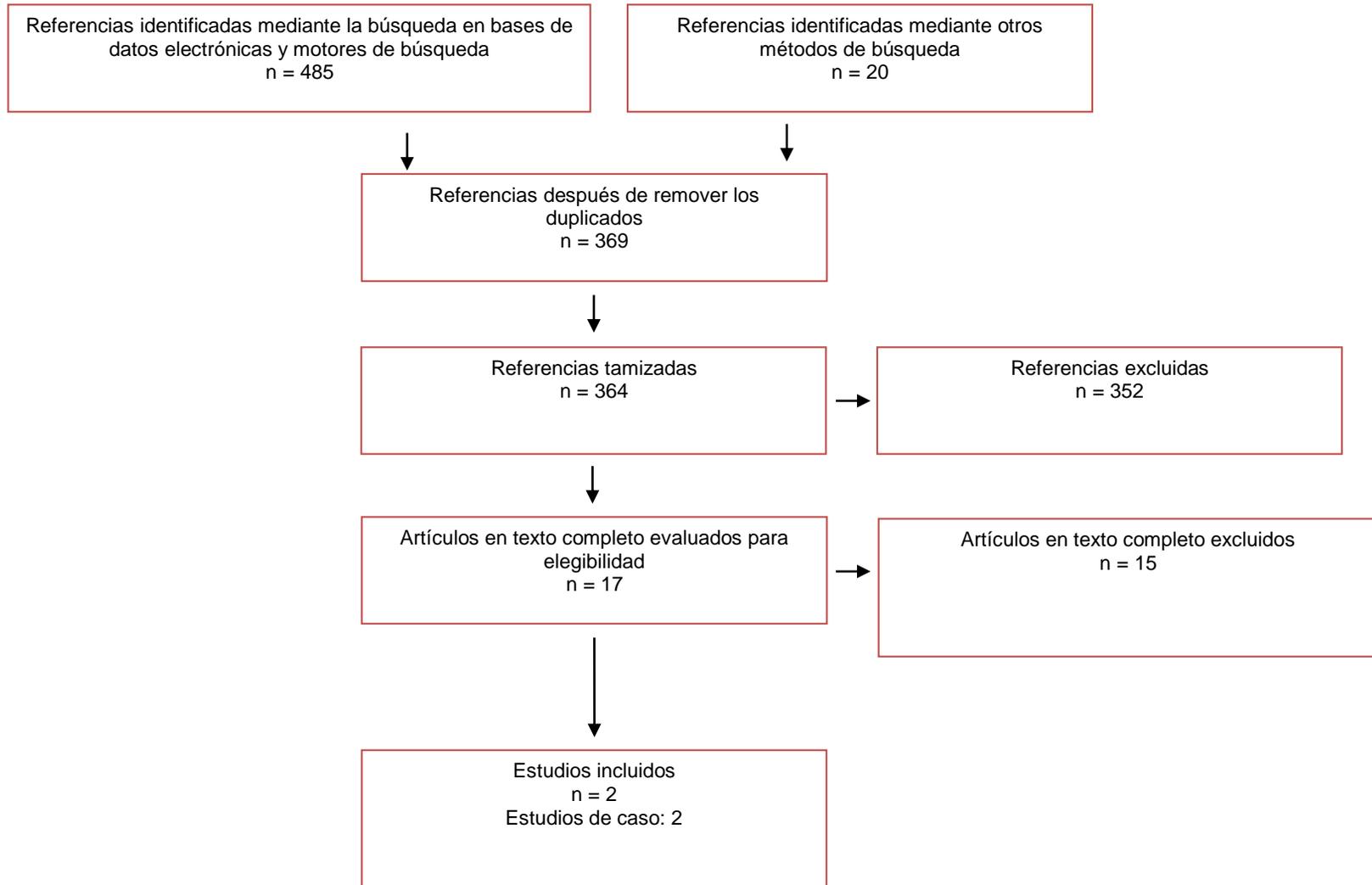
Reporte de búsqueda electrónica No. 10	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	EPPI-Centre systematic reviews
Plataforma	-
Fecha de búsqueda	10/04/2014
Rango de fecha de búsqueda	Sin restricción
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda (resultados)	Revisión manual de títulos
Referencias identificadas	0

Reporte de búsqueda electrónica No. 11	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	Program in Policy Decision-making (PPD)
Plataforma	-
Fecha de búsqueda	13/05/2014
Rango de fecha de búsqueda	Sin restricción
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda (resultados)	Revisión manual de títulos
Referencias identificadas	0

Reporte de búsqueda electrónica No. 12	
Tipo de búsqueda	Nueva
Base de datos	The Campbell Library
Plataforma	-
Fecha de búsqueda	13/05/2014
Rango de fecha de búsqueda	Sin restricción
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda (resultados)	Revisión manual de títulos
Referencias identificadas	1

Reporte de búsqueda electrónica No. 13	
Base de datos	Nueva
Base de datos	Consulta a expertos
Plataforma	-
Fecha de búsqueda	13/05/2014
Rango de fecha de búsqueda	Sin restricción
Restricciones de lenguaje	Ninguna
Otros límites	Ninguno
Estrategia de búsqueda (resultados)	Revisión manual de títulos
Referencias identificadas	20

Apéndice 3: Diagrama de flujo de la búsqueda, tamización y selección de evidencia.



Apéndice 4: Listado de estudios incluidos

Listado de estudios incluidos

1. Charoenca N, Mock J, Kungskulniti N, Preechawong S, Kojetin N, Hamann SL. Success counteracting tobacco company interference in Thailand: an example of FCTC implementation for low- and middle-income countries. *Int J Environ Res Public Health*. 2012 Apr; 9(4):1111-34. PubMed PMID: 22690186.

2. McCool J, McKenzie J, Lyman A, Allen M. Supporting Pacific Island countries to strengthen their resistance to tobacco industry interference in tobacco control: a case study of Papua New Guinea and Solomon Islands. *Int J Environ Res Public Health*. 2013 Aug; 10(8):3424-34. PubMed PMID: 23924884. Pubmed Central PMCID: 3774446.