

NOMBRE DEL PROGRAMA: PROGRAMA NACIONAL DE TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO PARA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD
**PROGRAMA REGULARIZADO
SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES
MINISTERIO DE SALUD**
CALIFICACIÓN

Objetado técnicamente

I. ANTECEDENTES
PROBLEMA

Alto consumo de tabaco en personas de 15 años o más.

PROPÓSITO

Cesar el consumo de tabaco en personas de 15 años o más.

DIAGNÓSTICO

Para este Programa social se entenderá por alto consumo de tabaco a la prevalencia de fumadores actuales, que corresponde a la suma de los fumadores diarios más los fumadores ocasionales, siendo estos aquellos que fuman menos de un cigarrillo al día (MINSAL, 2018). La reducción del consumo y de la exposición pasiva al humo de tabaco es uno de los principales desafíos de salud pública a nivel mundial, por su alta morbilidad asociada. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el tabaco es responsable de la muerte de casi la mitad de sus consumidores y cada año mata a más de 7 millones de personas, de los cuales 890.000 son personas no fumadoras que han estado expuestas al humo de tabaco (MINSAL, 2017). En contexto regional, Chile es uno de los países con mayor prevalencia de consumo de tabaco en América, seguido de cerca solo por Cuba. En extremo opuesto, se encuentran Panamá y Colombia, con los porcentajes más bajos de población fumadora (OMS/OPS, 2019). En Chile la edad promedio de inicio del consumo de tabaco corresponde a 13.9 años, por lo que la exposición a los tóxicos de estos productos es precoz y de larga data. La prevalencia de consumo de tabaco ha ido en disminución en escolares y en población adulta de acuerdo a los estudios de SENDA, sin embargo, son igualmente preocupantes las cifras de consumo. En escolares el consumo diario de tabaco aumenta en la medida en que se avanza en nivel educativo. Los niveles educativos 8º año básico y 1º año medio poseen la menor prevalencia diaria de consumo, 0,4% a los 13 años y 1,5% a los 14 años respectivamente, a diferencia del grupo adolescente de 15 a 17 años: 3,0% en 2º año medio, 3,8% en 3º año medio y 7,3% en 4º año medio (SENDA, 2020). Esta menor prevalencia de consumo de tabaco en población correspondiente a 13 y 14 años enmarca el problema de alto consumo de tabaco en personas de 15 años y más, y por ello se comenzará a intervenir durante esta etapa, para reducir al máximo la exposición precoz de las personas a la nicotina (que altera el desarrollo cerebral en niños y adolescentes, además del daño cardiovascular) y al elevado número de elementos tóxicos y cancerígenos que contienen estos productos, evitando con ello enfermedad y mortalidad prematura. Cabe señalar que la población menor a 15 años es atendida ante este consumo mediante la aplicación de la ficha CLAP posterior a la cual se brinda consejería breve motivacional antitabaco entre otras prestaciones asociadas al programa integral de salud de adolescentes de MINSAL. Por otra parte, en la población de 15 años y más la prevalencia de consumo de tabaco ha descendido de un 42.2% el año 2003 a un 32.5%, descenso estadísticamente significativo de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2016-17 (MINSAL, 2018), lo que podría atribuirse a las modificaciones de la Ley de Tabaco N°19.419 en su avance hacia la adecuación al Convenio Marco para el Control del Tabaco OMS y la respectiva implementación del paquete de medidas por parte de MINSAL propuesto por este convenio internacional. Para efectos del presente diagnóstico y de la cuantificación de las poblaciones del Programa, se utilizarán datos de la ENS 2016-17 del Ministerio de Salud, que corresponde al estudio más actualizado, de corte transversal y con representatividad nacional y regional, e incluye cuestionarios, exámenes biofísicos y bioquímicos. Esta encuesta reporta resultados de prevalencias de condiciones de salud de la población por medio de cifras de población expandida, esto a

diferencia de estudios más recientes como los de SENDA que no cuentan con este dato explícito lo que no permite estimar el número de beneficiarios para este programa. Es por ello que el alto consumo de tabaco en el país se describirá utilizando datos de prevalencia de fumadores actuales, medida de frecuencia en epidemiología que corresponde al número de fumadores en un tiempo y lugar dados. En Chile, esta alta prevalencia de consumo de tabaco considera a los fumadores actuales, que como se indicó previamente, corresponden a la suma de fumadores diarios y los fumadores ocasionales, siendo estos últimos aquellos que fuman menos de un cigarrillo al día. En personas de 15 años y más esta prevalencia es de 32.5% (equivalente a 4.737.417 personas) siendo ésta la población potencial del programa. De ese grupo, esta intervención atenderá a personas beneficiarias de FONASA que presenten Riesgo Moderado o Alto para la salud asociado al consumo de tabaco según instrumento ASSIST del Programa DIR APS MINSAL** y que tengan intención de dejar de fumar, lo que equivale a 289.741 personas acuerdo a datos de la ENS 2016-17, siendo ésta la población objetivo del programa. En cuanto a la distribución regional del problema, las regiones de Atacama (40,5%), Valparaíso (33,9%), Metropolitana (35%), O'Higgins (38,3%), Aysén (34,8%) y Magallanes (35,7%) muestran prevalencias de consumo actual por sobre la prevalencia promedio a nivel nacional (32,5%) (MINSAL, 2018). Por último, en cuanto a cesación tabáquica, como ex fumador se considerará a las personas que no han consumido tabaco en 6 meses o han dejado de fumar hace menos de 12 meses, o bien, hace más de 12 meses. ENS 2016-17 muestra una prevalencia de 3.2% de ex fumadores menores a 12 meses y 19.6% de ex fumadores mayores a 12 meses; también señala que el 85.7% han dejado de fumar por voluntad propia, 24.8% dejó por sentir molestias y 21.7% porque aumentó su preocupación por los efectos de este producto.

* Instrumento ASSIST aplicado como parte del Programa DIR APS (Detección, Intervención y Referencia Asistida en alcohol, tabaco y otras drogas de MINSAL): Detecta Riesgo Moderado que indica: "riesgo para su salud y otro tipo de problemas"; Riesgo Alto indica: "riesgo elevado de experimentar problemas graves derivados de su patrón actual de consumo y probable dependencia". Fumadores actuales clasificarán a Riesgo moderado; Fumadores dependientes a la nicotina a Riesgo Alto.

ESTRUCTURA Y GASTO POR COMPONENTES

Componente	Gasto estimado 2025 (Miles de \$ 2024)	Producción estimada 2025 (Unidad)	Gasto unitario estimado 2025 (Miles de \$ 2024)
Tratamiento motivacional o motivacional farmacológico anti tabaco	2.240.960	14.798 (Pacientes que reciben tratamiento motivacional o motivacional farmacológico antitabaco anualmente)	151,44
Capacitación de funcionarios en conocimientos y habilidades para tratar el tabaquismo	174.000	1.600 (Funcionarios Capacitados)	108,75
Gasto Administrativo	32.000		
Total	2.446.960		
Porcentaje gasto administrativo	1%		

POBLACIÓN Y GASTO

Tipo de Población	Descripción	2025 (cuantificación)
Población Potencial	Personas que consumen tabaco de 15 años o más	4.737.417 Personas
Población Objetivo	Personas de 15 años o más, beneficiarias de FONASA, con riesgo para la salud moderado y alto asociado al consumo de tabaco según instrumento ASSIST y que tengan intención de dejar de fumar. La intención de dejar de fumar se verificará a través de la respuesta afirmativa a la pregunta administrada por este Programa ¿ha tenido usted 1 o más intentos de dejar de fumar en los últimos 12 meses?	289.741 Personas

Población Beneficiaria	<p>Personas de 15 años o más, beneficiarias de FONASA, con riesgo para la salud moderado y alto asociado al consumo de tabaco según instrumento ASSIST, que tengan intención de dejar de fumar, estén motivadas e inscritas en CESFAM.</p> <p>La motivación se verificará a partir de la respuesta afirmativa a una pregunta administrada por este Programa ¿quiere dejar de fumar en los próximos 30 días?</p> <p>La inscripción en CESFAM se verificará en el registro de personas inscritas en cada centro de salud.</p> <p>El programa otorgará cupos anuales para cada región del país priorizando mayor número de beneficiarios para aquellas regiones que al momento de la selección tengan una mayor prevalencia regional de consumo de tabaco, de acuerdo a datos regionales de la última Encuesta Nacional de Salud publicada por MINSAL y cuenten con mayor número de población inscrita validada correspondiente a cada Servicio de Salud.</p> <p>Se priorizará para iniciar la implementación del Programa Nacional a las regiones de Atacama, Valparaíso, Metropolitana, O'Higgins, Aysén y Magallanes por encontrarse sobre la prevalencia de consumo actual reportada a nivel nacional de acuerdo a lo señalado en el diagnóstico solo en el caso que no se cuente con el total de presupuesto solicitado.</p>	0 Personas
------------------------	--	------------

Gasto por beneficiario 2025 (Miles de \$2024)	Cuantificación de Beneficiarios			
	2025 (Meta)	2026	2027	2028
	0	0	0	0

Concepto	2025
Cobertura (Objetivo/Potencial)	6%
Cobertura (Beneficiarios/Objetivo)	

INDICADORES A NIVEL DE PROPÓSITO			
Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Información adicional	2025 (Estimado)
Porcentaje de beneficiarios que egresan del programa y cesan el consumo de tabaco en el año t	$(\text{N}^\circ \text{ de beneficiarios que egresan del programa y cesan el consumo de tabaco a los 6 meses post tratamiento en el año t} / \text{N}^\circ \text{ total de beneficiarios que ingresan al programa en el año t-1}) * 100$	<p>Dimensión: Eficacia</p> <p>Periodicidad: Anual</p> <p>Sentido de medición: Ascendente</p> <p>Unidad de medida: Porcentual</p>	
Porcentaje de beneficiarios que disminuyen su riesgo para la salud asociado al consumo de tabaco según puntaje de instrumento ASSIST aplicado al término del tratamiento.	$(\text{N}^\circ \text{ de beneficiarios que disminuyen su riesgo para la salud según puntaje ASSIST a las 12 semanas de tratamiento en el año t} / \text{N}^\circ \text{ total de beneficiarios del Programa que completan 12 semanas de tratamiento en el año t}) * 100$	<p>Dimensión: Eficacia</p> <p>Periodicidad: Anual</p> <p>Sentido de medición: Ascendente</p> <p>Unidad de medida: Porcentual</p>	

INDICADORES A NIVEL DE COMPONENTES			
Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Información adicional	2025 (Estimado)
Porcentaje de beneficiarios que finalizan el tratamiento en el año t	$(\text{N}^\circ \text{ de beneficiarios que finalizan tratamiento de 12 semanas en el año t} / \text{N}^\circ \text{ total de beneficiarios en el año t}) * 100$	<p>Dimensión: Eficacia</p> <p>Periodicidad: Anual</p> <p>Sentido de medición: Ascendente</p> <p>Unidad de medida: Porcentual</p>	

<p>Porcentaje de funcionarios de APS capacitados que aprueban la capacitación en conocimientos y habilidades para tratar el tabaquismo</p>	<p>(N° total de funcionarios de APS capacitados en cesación que aprueban curso de habilidades para tratar el tabaquismo en el año t / N° total de funcionarios de APS que realizan capacitación en habilidades para tratar el tabaquismo en año t) * 100</p>	<p>Dimensión: Eficacia</p> <p>Periodicidad: Anual</p> <p>Sentido de medición: Ascendente</p> <p>Unidad de medida: Porcentual</p>	
--	---	--	--

II. EVALUACIÓN

1. Atinencia : No cumple con los criterios de evaluación de la dimensión.

Diagnóstico

El problema principal debe ajustarse de modo que dé cuenta de una situación negativa que enfrenta un grupo de la población, no de un fenómeno "agregado". En este sentido, se sugiere comenzar el enunciado mencionando a la población afectada y especificar a qué tipo de consumo se refieren (¿consumo problemático?, ¿alta prevalencia de consumo?, etc.).

Una vez que se ajuste el problema principal deberán actualizarse los conceptos a definir. Actualmente no queda claro por qué se considera a los fumadores ocasionales dentro de la población que presenta un "alto consumo". Adicionalmente, no se define lo que se entiende por fumadores diarios, ni tampoco se menciona qué parámetro define la prevalencia del consumo del tabaco.

Por otro lado, se debe respaldar con evidencia (y fuentes) el párrafo en que se menciona "reducir al máximo la exposición precoz de las personas a la nicotina (que altera el desarrollo cerebral en niños y adolescentes, además del daño cardiovascular) y al elevado número de elementos tóxicos y cancerígenos que contienen estos productos, evitando con ello enfermedad y mortalidad prematura".

Respecto a la población que se ve afectada por el problema descrito, se menciona que existen diferencias por género en el consumo de tabaco adolescente, según datos del 2016, pero luego se señala que esa diferencia ya no es estadísticamente significativa, según datos del 2020. Por otro lado, se menciona que "las adolescentes son público objetivo de los nuevos productos de las tabacaleras, incrementando inequidades de género en relación con salud", pero no se presentan datos ni fuentes, ni tampoco se explicita el por qué de esta afirmación.

En la primera causa se plantea una situación que no puede ser resuelta por el programa (el tabaco es un producto altamente adictivo), por lo que debe ajustarse dando cuenta de cómo esta situación negativa afecta a la población potencial, resguardando su vinculación con el primer componente del programa. Además, no presenta información para respaldar con evidencia la vigencia y relevancia de la causa identificada, sólo se señalan las fuentes. Por su parte, la segunda causa se plantea como la falta de la solución y no se vincula directamente con la población afectada. En este sentido se sugiere replantearla en relación al acceso a acompañamiento especializado.

2. Coherencia: No cumple con los criterios de evaluación de la dimensión.

Objetivos y poblaciones

Una vez que se ajuste el problema principal, se deberá corregir el propósito. Tener en consideración que éste debe ser redactado como resultado alcanzado en la población afectada.

En línea con lo anterior, la población potencial debe ser consistente con aquella declarada en el problema principal. En este sentido, habrá que precisar si se considera a todas las personas de 15 años o más que consumen tabaco, o sólo aquellas que tienen un nivel de consumo alto (o problemático).

En relación a los criterios de focalización, se debe utilizar una fuente de información distinta a la declarada para cuantificar a las personas con intención de dejar de fumar, ya que la administración de la pregunta "¿ha tenido usted 1 o más intentos de dejar de fumar en los últimos 12 meses?" requiere que los potenciales beneficiarios se vinculen con el programa, por lo tanto es un criterio para la selección de los beneficiarios (priorización). Por otro lado, es importante mantener la consistencia con los conceptos utilizados. Anteriormente se mencionó a la población como aquella de alto consumo de tabaco, pero en la población objetivo se menciona "personas de 15 años o más con riesgo para la salud moderado y alto asociado al consumo de tabaco, según instrumento assist".

Se deben completar las metas de población beneficiaria que se espera alcanzar en los siguientes años. Por otro lado, es importante aclarar a qué se refieren con: "Se priorizará para iniciar la implementación del Programa a las regiones de Atacama, Valparaíso, Metropolitana, O'Higgins, Aysén y Magallanes por encontrarse sobre la prevalencia de consumo actual reportada a nivel nacional de acuerdo a lo señalado en el diagnóstico solo en el caso que no se cuente con el total de presupuesto solicitado".

Estrategia de intervención

Se requiere ajustar el objetivo del primer componente de modo que dé cuenta de lo que se espera lograr con el tratamiento específico antitabaco a personas fumadoras. Lo que actualmente se señala corresponde a la descripción del servicio. Asimismo, dado que el componente dura más de un año, se sugiere eliminar el término "anualmente" en la unidad de producción. Por otro lado, en el segundo componente, en la descripción de la forma en que se produce el bien o servicio, se debe estipular qué se considera "aprobación de la capacitación" por parte de los profesionales.

En la estrategia de intervención se señala que "el acceso al Programa de tratamiento será por derivación desde distintas instancias de atención de APS" y que "el Programa de salud integral del adolescente derivará a personas fumadoras de 15 a 19 años", pero esto no fue señalado como criterios de priorización dentro de la población beneficiaria, por lo que se debiesen incluir en dicho apartado. Además, al inicio de la estrategia se menciona que los componentes se desarrollan de forma simultánea, sin embargo, en el mismo párrafo se señala que el primer año se implementa el segundo componente para poder realizar el segundo componente posteriormente. Por otro lado, el programa ha definido que se orientará a personas con riesgo alto y medio, sin embargo, en la estrategia se menciona: "Es importante señalar que todas las personas cuyo riesgo para la salud asociado al consumo de tabaco sea bajo riesgo igualmente recibirán consejería breve motivacional anti tabaco de acuerdo a lo que indica el programa DIR y el Programa de Salud Integral de Adolescentes MINSAL". Es preciso explicitar que la

población con bajo riesgo será abordada por otros programas. Por último, es importante incorporar a la estrategia la descripción de quienes son los actores que ejecutan las acciones.

Finalmente se señala que se permitirá el reingreso al programa en caso de recaídas en el consumo de tabaco. Al respecto se solicita aclarar si esto sólo depende del "criterio médico" o si se volvería a aplicar los criterios de priorización y prelación en estos beneficiarios.

Respecto a los criterios de egreso, es importante aclarar si se espera el cese del consumo en su totalidad o más bien su disminución, en tanto ambos elementos aparecen mencionados como criterios de egreso, es decir, tanto "paciente cesa el consumo de tabaco al término del tratamiento" como "Criterios: paso riesgo alto o moderado (inicial), a riesgo bajo semana 12, mes 1, 6 y 12".

Articulaciones y complementariedades

En relación a los ejecutores del programa, es preciso describir más claramente los mecanismos para seleccionarlos.

Enfoques de derechos humanos

Las acciones descritas en el apartado sobre enfoque de género no sólo hacen referencia a "poblaciones" sino que también a la "estrategia de intervención" por lo que debiese marcarse también ese campo.

Respecto al enfoque de Derechos Humanos en NNA, se debiese marcar "Sí" en el campo "Estrategia de intervención" dado que además de incorporar a esta población en el tamizaje, en el primer componente se hace un "trabajo diferenciado" en los NNA respecto a la población adulta.

3. Consistencia: No cumple con los criterios de evaluación de la dimensión.

Indicadores de propósito

Respecto a los indicadores de propósito, las notas metodológicas deben considerar las definiciones conceptuales y variables incorporadas en las fórmulas de cálculo. En este sentido, para el primer indicador deberá explicarse cómo se mide el cese de consumo de tabaco y aclarar por qué en el denominador se considera el año t-1 en vez del año t. Para el segundo indicador, referirse al puntaje ASSIST.

Se deben estimar los valores (2025-2027) para los numeradores y denominadores de ambos indicadores.

Indicadores complementarios

Al igual que en los indicadores de propósito, para los indicadores complementarios se deben mejorar las notas metodológicas considerando las definiciones conceptuales y variables incorporadas en las fórmulas de cálculo. Además, el primer indicador complementario se debe precisar de modo que dé cuenta del logro del objetivo del componente.

Se deben estimar los valores (2025-2027) para los numeradores y denominadores de ambos indicadores.

Gastos del programa

Se deben corregir los montos dado que no coincide el gasto total del programa con la desagregación por subtítulos.