

Programa Nacional de tratamiento del tabaquismo para Atención Primaria de Salud

Versión: 4
Ministerio de Salud
Subsecretaría de Salud Pública
Año de inicio: 2021
Año de término: Permanente

1. ANTECEDENTES

Unidad responsable: Oficina de Prevención del Consumo de Tabaco

Nombre del encargado: Celso Muñiz Becerra

Cargo: Encargado de Oficina

Teléfono(s): 25749480

E-mail: celso.muniz@minsal.cl

Programas presupuestarios según Ley de Presupuestos:

Partida presupuestaria	Capítulo	Programa	Subtítulo	Ítem	Asignación
16	09	01	24	02	023
16	09	01	24	02	024
16	09	01	24	02	025
16	09	01	24	02	026
16	09	01	24	02	027
16	09	01	24	02	028
16	09	01	22	11	001

Señale dentro de qué Política Ministerial se encuentra el programa descrito, y si este corresponde a algún compromiso contenido en el "Programa de Gobierno 2018-2022": El programa se encuentra dentro de las políticas ministeriales de prevención del consumo de tabaco, tal como se observa en la Ficha de Definiciones Estratégicas año 2019-2022 (Formulario A1), objetivo estratégico N°2 y producto estratégico N°2, que incorpora Políticas y Campañas de prevención del consumo de tabaco. Además, el programa tributa al Eje estratégico SSP 2019-2022 Bienestar y cultura de vida sana, plan de prevención del consumo de alcohol, tabaco y drogas y a la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, OE 3 Desarrollar hábitos y estilos de vida saludable, tema 3,2 Reducir el consumo de tabaco. En cuanto al Programa de Gobierno 2018-2022, apartado "cirugía mayor a la salud", el programa aporta las medidas del punto "bienestar y cultura de vida sana", donde se aborda el tabaquismo como problema de salud pública.

¿El Programa descrito se vincula con un subsistema o conjunto articulado de programas de una determinada política pública?: Otro

¿Cuál?: Programa Detección, Intervención y Referencia (DIR) Ex Vida Sana, Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud.

Señale la Misión del Servicio o Institución Pública responsable del programa (acorde al Formulario A-1 Dirección de Presupuestos): La Subsecretaría de Salud Pública tiene como misión liderar las estrategias de salud que permitan mejorar la salud de la población ejerciendo las funciones reguladoras, normativas, de vigilancia y fiscalizadoras que al Estado de Chile le competen, en materia de promoción de la salud, prevención y control de enfermedades, alineados con las prioridades del programa de gobierno para el sector y a los objetivos sanitarios de la década, contribuyendo a un progreso sostenido en la calidad sanitaria y atención de los habitantes del país, asegurando un acceso oportuno y el respeto a la dignidad de las personas, con enfoque de género e inclusión social de grupos vulnerables, especialmente de personas en situación de discapacidad pueblos indígenas y migrantes.

Señale el/los objetivo/s estratégico/s de la institución responsable a los que se vincula el programa (acorde al Formulario A-1 Dirección de Presupuestos): Objetivo 2: Evaluar, formular y rediseñar las políticas públicas existentes, orientadas hacia una cultura de bienestar y calidad de vida, en áreas de promoción de estilos y hábitos de vida saludables; envejecimiento saludable; mayor acceso y disponibilidad de alimentos seguros y sanos; mayor cobertura de inmunizaciones; disminución del consumo de alcohol, tabaco y drogas; protección de la salud sexual y reproductiva; disminución de factores medioambientales nocivos para la salud; acceso adecuado y uso racional de medicamentos.

Señale los productos estratégicos de la institución responsable a los que se vincula el programa (acorde al Formulario A-1 Dirección de Presupuestos): Producto estratégico 1: Acciones de rectoría, regulación y vigilancia sanitaria.

- Monitoreo y evaluación de la Estrategia Nacional de Salud (ENS) 2011-2020; Desarrollo de Estrategia Nacional de Salud 2021-2030; Vigilancia en salud Pública; Fiscalización con enfoque de riesgos; prestaciones de formalizaciones sanitarias; red nacional de laboratorios de salud pública; regulaciones en alimentos y medicamentos; Ley de Fármacos I implementada; desarrollo de Ley de Fármacos II; Reformas a la Ley de Tabaco; implementación de regulaciones medioambientales y ocupacionales; desarrollo de la normativa y protocolos asociados a los programas de salud de las personas a lo largo del ciclo de vida; enfermedades transmisibles, no transmisibles y salud mental; otras regulaciones a medicinas complementarias y prestadores de salud; evaluación normativa alimentaria.

Producto estratégico 2: Políticas Públicas, Promoción y Prevención en Salud.

- Campañas preventivas en el marco de VIH/SIDA, Inmunizaciones y Enfermedades no transmisibles; Elaboración y Actualización de Guías de Práctica Clínica asociadas al Régimen de GES y no GES; Actualizaciones de la Ley Ricarte Soto; Acciones de Salud Pública de las personas en situación de discapacidad física y mental; Políticas Nacionales tales como: Envejecimiento Positivo, Salud Mental Infantil, Medicamentos y Estrategia de uso racional de medicamentos; Plan de acción en respuesta al VIH/SIDA; Planes Nacionales tales como: Cáncer, Salud Mental, Alcohol, Alimentario, Resistencia Antimicrobiana; Políticas y Campañas de prevención del consumo de tabaco; Preparación y respuesta frente a emergencias y desastres de origen humano y natural; Política de Cambio Climático y Salud; Política de Salud y Pueblos Indígenas; Plan de acción

migración y salud; Política de bienestar para trabajadores/as; Política de Medicinas Complementarias; Campaña de promoción Es Salud Pública; Factores preventivos y de vida saludable.

Identifique el marco normativo que regula al Programa, especificando Leyes, Decretos, Resoluciones, Bases, Convenios, detallando que contiene cada uno, su año de promulgación y cuáles son los aspectos regulados: Ley N° 21.258 de 2020 Ley Nacional del Cáncer, en su artículo 3° referido al Plan Nacional del Cáncer, establece que dicho Plan deberá diseñar, ejecutar y evaluar programas de prevención de factores de riesgo de cáncer y especialmente de cesación del consumo de productos de tabaco y sus derivados, promoviendo en los centros de atención primaria de salud los tratamientos para la rehabilitación y para superar la dependencia.

Convenio Marco para el Control de Tabaco firmado por Chile en el año 2003 y ratificado por el congreso en el año 2005. Establece la importancia de las estrategias de reducción de la demanda, además de cuestiones relacionadas con el suministro y entre otras señala la necesidad de contar con una oferta de cesación del consumo de tabaco a nivel nacional y a bajo costo.

La Ley N° 19.419 de 1995 modificada en el año 2013 que regula las actividades relacionadas con el tabaco

2. DIAGNÓSTICO

Mencione brevemente el problema o necesidad principal que afecta a la población, y que el programa intenta resolver: Alto consumo de tabaco en personas de 15 años o más, beneficiarias de FONASA, con riesgo para la salud moderado o alto asociado al consumo de tabaco según instrumento ASSIST y que tengan intención de dejar de fumar.

Presente datos cuantitativos que permitan dimensionar el problema señalado anteriormente, caracterizando a la población afectada por el problema (población potencial), señalando datos relevantes, utilizando la fuente de información más actualizada e indicando si afecta de manera particular a algún grupo específico de la población (mujeres, pueblos indígenas, entre otros). Señale la fecha y fuente de información utilizada (Ej: CENSO, CASEN 2017, Registro Social de Hogares, etc.): El alto consumo de tabaco en Chile será descrito a partir de los datos de prevalencia* en personas de 15 años o más. Según la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 (ENS), la prevalencia de consumo actual* de tabaco es 32,5% en ese grupo (4.737.417 personas); de aquellas un 77% es beneficiario de FONASA. Además de lo anterior, la población potencial de este programa presenta riesgo moderado o alto para la salud** asociado al consumo de tabaco según instrumento ASSIST e intención de dejar de fumar, lo que equivale a 1.809.352 personas (ENS, 2016-2017).

La ENS señala que las personas de 25-44 años concentran la mayor prevalencia de consumo actual de tabaco con 42,7%; que del total de fumadores actuales un 22,3% presenta alta dependencia a la nicotina (personas que declaran fumar un cigarrillo antes de 60 minutos desde que despiertan); e indica que 49,8% de los fumadores actuales tienen intención de dejar de fumar (personas que han intentado dejar de fumar en los últimos 12 meses).

La misma encuesta indica que la prevalencia de consumo de tabaco es mayor en hombres (36,7%) que en mujeres (28,5%), diferencia que es estadísticamente significativa. No hay diferencias estadísticamente significativas para prevalencia de alta dependencia a la nicotina en fumadores actuales entre hombres (22,4%) y mujeres (22,3%), ni en la intención de dejar de fumar entre hombres (50,7%) y mujeres (48,7%).

Residentes de zonas urbanas tienen mayor prevalencia de consumo de tabaco (33,8%) que aquellos que viven en zonas rurales (21,9%) y en regiones esta prevalencia se distribuye desde un 23,8% en la región de Los Ríos (menor consumo), hasta un 40,5% en la región de Atacama, región que junto a Valparaíso, Metropolitana, O'Higgins, Aysén y Magallanes se encuentran por sobre la prevalencia de consumo actual reportada a nivel nacional (ENS, 2016-2017).

En Atención Primaria de Salud, el Programa DIR aplica el instrumento de tamizaje ASSIST que permite: 1) pesquisar el consumo del tabaco y drogas ilícitas asignando su respectivo riesgo para la salud (Bajo, Moderado y Alto); 2) brindar intervenciones mínimas o breves motivacionales (consejerías) en distintos contextos de atención y 3) realizar derivación asistida al equipo de salud mental. Consta de 8 preguntas y evalúa para cada sustancia el consumo vida, frecuencia, ansias, problemas relacionados, dejar de hacer lo esperado y manifestación de preocupación de otros. La escala de puntuación para tabaco determina el riesgo para la salud: 0-3 Bajo riesgo, 4-26 Moderado riesgo y 27 o + Alto riesgo o Dependencia a la nicotina.

El Programa DIR brinda intervención mínima de 3 a 5 minutos para los pacientes con riesgo bajo asociado a una sustancia y para los con riesgo moderado y alto una intervención breve motivacional de 10-15 minutos + derivación asistida al equipo de salud mental para los pacientes con riesgo alto (MINSAL, 2014). Sin embargo, aquel programa no incluye derivación a tratamiento especializado para el tabaquismo, por lo que el año 2021 los beneficiarios del DIR con riesgo moderado y alto asociado al consumo de tabaco serán derivados asistidamente al presente programa, que aplicará dos preguntas sobre la intención de dejar de fumar como método de tamizaje. La primera permitirá identificar, en conjunto con otras variables, a la población potencial del programa (¿ha tenido usted 1 o más intentos de dejar de fumar en los últimos 12 meses?); la segunda a la población objetivo (¿quiere dejar de fumar en los próximos 30 días?).

Con respecto a cesación tabáquica, ex fumador corresponde a una persona que no ha consumido productos de tabaco en 6 meses o ha dejado de fumar hace menos de 12 meses o bien hace más de 12 meses. ENS 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.

*La prevalencia de consumo de tabaco es el número de casos de fumadores en un tiempo y lugar dado. Consumo actual de tabaco es la suma del número de fumadores diarios (fuma todos los días) + los fumadores ocasionales (< de 1 cigarrillo al día).

**Riesgo para la salud según puntaje de instrumento ASSIST: 1) Riesgo Bajo: su actual patrón de consumo representa un riesgo bajo sobre su salud y otros problemas; 2) Moderado: usted presenta riesgo para su salud y otro tipo de problemas y 3) Alto: usted presenta un riesgo elevado de experimentar problemas graves (de salud, sociales, económicos, legales, de pareja) derivado de su patrón actual de consumo y probablemente sea dependiente. Para efectos del presente programa se estima que Fumadores Actuales al ser evaluados con ASSIST obtendrían Riesgo Moderado y aquellos con Alta Dependencia a la nicotina obtendrían Riesgo Alto.

Instrumento ASSIST en: https://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_spanish.pdf

A partir del problema o necesidad identificado, detalle la/s causa/s que generan dicha situación negativa, considerando aquellas causas que se relacionan al ámbito de acción de la institución responsable del programa y de la/s que el programa se hará cargo de resolver a través de los componentes de su estrategia de intervención. Señale la fecha y fuente de información utilizada:

El alto consumo de tabaco en Chile es causado, principalmente, porque el tabaco es un producto altamente adictivo (causa abordada por los componentes N° 1 y N° 2 del programa):

Los productos derivados del tabaco contienen nicotina, ingrediente psicoactivo sumamente adictivo, que actúa a nivel del sistema nervioso central causando dependencia física y mental (OPS Chile, 2020). Esta alta dependencia, sumada a que la edad de inicio de consumo de tabaco es cercana a los 15 años (ENS, 2016), hace que las personas mantengan el consumo de este producto décadas, lo que explica por qué el 70% de los fumadores desean dejar de fumar y de ellos sólo el 3% lo logran sin ayuda cada año (Manual nacional abordaje del tabaquismo, Ministerio de Salud Uruguay, 2010).

El tabaquismo se considera un factor de riesgo para la salud modificable; sin embargo, existen Etapas de Cambio en las personas antes de poder tomar acciones concretas y modificar una determinada conducta. Estas etapas son las que señala Prochaska y Di Clemente en un modelo del proceso de cambio para enfrentar las enfermedades crónicas, que va desde que las personas no están preparadas psicológicamente para realizar cambios de conducta hasta la etapa donde ya pueden implementarse cambios a nivel personal por encontrarse preparados (OMS, 2011).

Por otra parte, en la Atención Primaria de Salud (APS) se tamiza o detecta el consumo de tabaco en distintas instancias como en las consultas regulares, en los ingresos a distintos programas o prestaciones, en el Programa de Salud Cardiovascular, en los distintos instrumentos aplicados por MINSAL en medicina preventiva (EMPA) o en Salud Mental (ASSIST); sin embargo, este Ministerio brinda como única prestación la consejería breve antitabaco (o intervención mínima) que resulta ser costo-efectiva versus no intervenir (MINSAL, 2016) y no otorga prestaciones más sólidas en cuanto a resultados o costo efectividad. También ejecuta en forma no sistemática cursos breves de capacitación en consejería mínima, dirigida a funcionarios de salud a nivel nacional, lo que no permite realizar intervenciones con mayor intensidad como las recomendadas por la OMS, como son la intervención psicológica motivacional y prescripción de tratamiento farmacológico con Vareniclina, tratamientos altamente costo-efectivo que pueden duplicar con la probabilidad de dejar de fumar (OPS, 2019) y que además son necesarios para realizar prevención secundaria y evitar la progresión de enfermedades asociadas al consumo de tabaco como son las enfermedades respiratorias, cardiovasculares, diabetes y cáncer, entre muchas otras.

Según el problema o necesidad identificada, señale los efectos y/o consecuencias negativas que se espera evitar producto de la implementación del programa, tanto en el corto como en el largo plazo. Justifique su respuesta usando datos y evidencia empírica nacional o internacional: El alto consumo de tabaco en la población es una de las principales causas evitables de muerte y enfermedad en el mundo y en Chile. Según el informe MPOWER de la OMS el tabaco matará a más de 175 millones de personas en el mundo de aquí al año 2030 según datos proyectados (al 2020 son 100 millones de fallecidos a causa del tabaco aproximadamente), principalmente en países en vías de desarrollo.

Con la reducción del tabaquismo se busca evitar a nivel global y en el largo plazo los efectos directos que este producto tiene en la carga de enfermedades crónicas no transmisibles en la población, tales como enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial, infartos de miocardio o cerebrovasculares), cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes; enfermedades que representan la causa de defunción más importante en el mundo (OMS, 2013).

Por lo anterior, a través de la implementación de este programa se busca específicamente en Chile evitar en el largo plazo (IECS, 2017): la muerte diaria de 54 personas por enfermedades atribuibles al tabaquismo. La mortalidad anual por causa del tabaquismo de 5526 personas por Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), 2774 por cáncer de pulmón y 3388 personas por Otros cánceres, 3104 personas por enfermedad cardíaca, 2270 personas por tabaquismo pasivo, 1492 personas por accidente cerebro vascular y 878 por neumonía.

La pérdida por causa del tabaquismo de 495.988 años de vida por muerte prematura y discapacidad asociada a tabaquismo. Para fumadores hombres una pérdida de 5,56 años y mujeres de 5,73 años. Que enfermen anualmente a causa del tabaquismo 60.470 personas por EPOC, 23851 por enfermedades cardíacas, 14473 por accidente cerebrovascular, 6174 por neumonía, 4986 por otros cánceres, 3026 por cáncer de pulmón.

En el corto plazo se espera contribuir principalmente a la disminución de la carga de infecciones de las vías respiratorias inferiores y mejorar la salud cardiovascular de la población, dado que la suspensión del consumo de tabaco tiene efectos fisiológicos inmediatos (Liberarse del tabaco, OMS).

De acuerdo con los efectos y/o consecuencias identificadas en la pregunta anterior, señale cuál es el costo fiscal que éstas generan, tanto en el corto como en el largo plazo. En caso de no contar con la valorización del costo fiscal, a modo de aproximación, especifique el detalle de los gastos asociados: En Chile, el tabaquismo genera un costo directo anual en el Sistema de Salud por sobre un billón de pesos cada año (\$1.243.700.416.028) lo que equivale al 0,8% de todo el producto bruto interno y al 11,5% del monto que Chile gasta en salud anualmente.

Los costos directos anuales por enfermedad corresponden a:

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) \$252.158.221.342; enfermedades cardíacas \$226.186.188.326; cáncer pulmonar \$180.530.562.310; otros cánceres \$ 171.827.027.403, accidente cerebrovascular (ACV) \$125.900.842.655, Tabaco pasivo \$124.466.233.789 y neumonía \$829.725.569

Además la recaudación impositiva por la venta de cigarrillos fue de \$815,9 mil millones para el año 2013, un valor que sólo cubre el 75,4% de los gastos directos provocados por el cigarrillo en el sistema de salud. (IECS, 2014)

Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria de Argentina (IECS), Ministerio de Salud de Chile y la Universidad de la Frontera, 2014. Disponible en: <http://www.iecs.org.ar/publicacion/?id=5472>

Proporcione evidencia de experiencias nacionales o internacionales (proyectos, programas, intervenciones, estudios, etc. y sus resultados) que permitan justificar el diseño de este nuevo programa y avalar la pertinencia de este tipo de intervención en la solución del problema identificado. Mencione las fuentes de información y fecha de los datos entregados: A continuación se resume la principal evidencia internacional y nacional que avala el diseño del programa:

Una revisión sistemática de estudios publicados entre los años 2004-2014* realizada por el Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

de MINSAL 2016, analizó la transferibilidad de experiencias internacionales a la realidad chilena respecto de la costo efectividad de tratamientos de tabaquismo implementados en diversos países basados en la combinación de tratamiento farmacológico con terapia de reemplazo de nicotina, Bupropión y Vareniclina con y sin consejería, entre otras combinaciones con el fin de lograr al menos un 30% de cesación tabáquica en los pacientes tratados.

El resultado arroja que el tratamiento que es transferible a Chile por sobre las otras intervenciones y más costo-efectivo (con mayor dominancia) es el uso de Vareniclina por 12 semanas en combinación con consejería de 10 o más minutos (ETESA MINSAL, 2016), por lo que esta combinación de tratamiento se utiliza en las intervenciones realizadas por MINSAL como el programa piloto en Atención Primaria de Salud (APS) el año 2018, intervención que a continuación se describe y que es base para este programa.

La APS es uno de los pilares de las intervenciones de salud pública realizadas por MINSAL, por ello entre el 2018 y 2019 la Subsecretaría de Salud Pública implementó en la región Metropolitana un programa piloto de tratamiento del tabaquismo en Centros de Salud Familiar (CESFAM) para 400 adultos. Éste consistió en derivación asistida de pacientes fumadores con riesgo moderado y alto detectados mediante tamizaje ASSIST del Programa DIR, a atención psicológica, específicamente, a tratamiento cognitivo conductual grupal o individual, uso de farmacoterapia donde se propició el tratamiento con Vareniclina para el 80% de los beneficiarios y con Bupropión para el 20% de los pacientes que no toleraron el tratamiento con Vareniclina, con resultado de un 53% de éxito en la cesación del consumo de tabaco luego del tratamiento presencial de 12 semanas. También se realizó seguimiento telefónico a cada uno de los pacientes para evaluación de resultados clínicos. Destaca también que el equipo de funcionarios tratante fue capacitado en base a un programa elaborado por MINSAL. Estas capacitaciones fueron consideradas indispensables para el trabajo del programa (Rakidwamün, 2020), valoradas por los profesionales quienes indicaron que fueron "de excelente calidad, tanto en contenidos teóricos como prácticos" (Rakidwamün, 2020: 59) y las consideraron como uno de los principales facilitadores para la implementación del tratamiento (Rakidwamün, 2020).

Por su parte, el Programa de Tratamiento para la Cesación del Tabaquismo de la Facultad de Medicina de la UNAM, consideró tres etapas que incluyeron pretratamiento, tratamiento (psicológico y farmacológico) y seguimiento. Este programa obtuvo tanto un éxito alto al final del tratamiento (80,9%), como en el mantenimiento de la abstinencia después de 3 años (43%). En el análisis de sus resultados se releva la influencia de la capacitación y actualización continua del personal participante del programa como una variable que se refleja en el éxito del tratamiento (Ponciano-Rodríguez & Morales-Ruiz, 2007).

Actualmente el Instituto Nacional del Tórax (hospital de alta complejidad), en la región Metropolitana, es el único centro público de la Red Asistencial que cuenta con un Policlínico que da tratamiento para el tabaquismo en población adulta en base a tratamiento farmacológico con Vareniclina, 7 sesiones grupales de tratamiento cognitivo conductual y seguimiento telefónico, con resultado de 36% de cesación tabáquica a los 12 meses de finalizado el tratamiento presencial; cifra que se correlaciona con otras experiencias exitosas internacionales. Destaca en este equipo de trabajo su alto nivel de capacitación y motivación para realizar las acciones de tratamiento especializado (Águila & Chamorro, 2019).

En conclusión, la capacitación es fundamental en el desarrollo de habilidades y en la incorporación de prácticas, así la conformación de equipos de trabajo basados en prácticas y contextos reales pueden desarrollar este tipo de intervención. "La educación permanente se convierte en una herramienta dinamizadora de la transformación institucional, facilitando la comprensión, valoración y apropiación de modelos de atención que promueven los nuevos programas" (Davini, 2002).

3. OBJETIVO Y FOCALIZACIÓN

3.1) Objetivo

Fin del programa: Contribuir a mejorar la calidad de vida en la población generando hábitos de vida saludable.

Propósito del programa: Cesar el consumo de tabaco en 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.

3.2) Población potencial

Descripción: Personas que consumen tabaco 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, lo que se verifica a través de la respuesta afirmativa a la pregunta ¿ha tenido usted 1 o más intentos de dejar de fumar en los últimos 12 meses? administrada por este instrumento.

Unidad de medida: Personas

Cuantifique la población potencial para el año 2021, en base a la unidad de medida señalada anteriormente: 1809352

Fuente de información utilizada para cuantificar la población dada: Encuesta Nacional de Salud 2016-17, Ministerio de Salud.

3.3) Población objetivo

Descripción: La población objetivo del programa se identifica a partir de dos variables: 1) intención de dejar de fumar y 2) inscripción en el programa. El criterio para la primera variable se verificará a partir de la respuesta afirmativa a una pregunta administrada por el programa (¿quiere dejar de fumar en los próximos 30 días?). El segundo criterio se verificará por medio de la inscripción de cada persona en el CESFAM correspondiente, la institución contará con un registro de los inscritos.

El programa otorgará cupos anuales para cada región del país priorizando aquellas regiones que al momento de la selección tengan una mayor prevalencia regional de consumo de tabaco y cuenten con mayor número de población inscrita validada correspondiente a cada Servicio de Salud. Se asignarán cupos a todas las regiones hasta agotar los recursos disponibles según presupuesto.

Los cupos de otorgarán por orden de llegada. Si hubiese más personas interesadas que cupos disponibles, se priorizará 1) a personas de zonas

urbanas con respecto a zonas rurales y 2) a hombres con respecto a mujeres, de acuerdo al diagnóstico expuesto previamente.

¿Se utiliza el Registro Social de Hogares (RSH) para seleccionar a los beneficiarios?: No

Cuantifique la meta de población objetivo que se espera alcanzar en los siguientes años:

	2021	2022	2023	2024
Población objetivo	28.974	28.974	28.974	28.974

4.1) Estrategia

El programa presenta 2 componentes.

Nombre	Descripción
<p>Tratamiento motivacional o motivacional farmacológico anti tabaco Prestaciones de Salud (Prestaciones de Salud)</p>	<p>1) Objetivo: otorgar tratamiento específico antitabaco a personas fumadoras que se atienden en la Atención Primaria de Salud.</p> <p>2) Servicio: tratamiento presencial de 16 semanas diferenciado para personas mayores y menores de 18 años, consistente en: a) Para todos los beneficiarios se realizarán 3 consultas médicas de 30 minutos, 2 sesiones de Consejería Programada de 20 minutos, 6 sesiones grupales de intervención psicosocial motivacional, 5 llamadas de acompañamiento telefónico de 10 minutos desde CESFAM. Para mayores de 18 años, a las actividades antes descritas, se agrega la indicación de farmacoterapia con Vareniclina por 12 semanas. b) Para todos los beneficiarios se realizarán evaluaciones telefónicas de resultados post tratamiento presencial consistente en: 3 llamadas telefónicas de 10 minutos en la cual se aplicará ASSIST remoto al mes 1°, 6° y 12°.</p> <p>3) Entrega de servicio: a) En CESFAM: 3 consultas médicas realizadas por médicos capacitados por el programa donde se realizará intervención breve motivacional (consejería basada en entrevista motivacional) en cada una de las consultas. Para el caso de las personas mayores de 18 años, en la primera consulta se prescribirá esquema de farmacoterapia. b) En CESFAM: 2 consejerías programadas individuales, otorgada por Profesional de Salud capacitado, donde se realizará intervención breve motivacional. c) En CESFAM: Sesiones grupales realizadas por 1 o 2 Profesionales de la Salud con experiencia en manejo de grupos de salud mental o consumo de drogas en grupos de 10 personas, que pueden funcionar en paralelo o consecutivamente (cerrados o abiertos que permitan el ingreso de nuevos pacientes). Cada sesión tiene una duración máxima de 2 horas y se realizarán según calendario descrito en la estrategia. d) Atención remota desde CESFAM: Llamadas de acompañamiento realizadas por profesional técnico la salud o por gestor comunitario. e) 1 reintegro a pacientes que recaen en el consumo de tabaco. f) Atención remota desde CESFAM: Llamadas telefónicas de seguimiento para evaluación de resultados con instrumento ASSIST al mes 1°, 6° y 12°, serán realizadas por personal capacitado para brindar esta prestación, que corresponden a profesionales de salud (psicólogo/a, kinesiólogo/a, enfermero/a, nutricionista, otros) o técnicos en enfermería.</p> <p>Cada prestación entregada a los pacientes será financiada por el programa con excepción de la consejería programada que ya cuenta con financiamiento desde APS.</p> <p>4) La duración del componente comprende 16 meses distribuidos en: 16 semanas de tratamiento presencial por paciente más seguimiento telefónico por 12 meses, con llamadas al mes 1°, 6° y 12° post tratamiento presencial.</p> <p>Meta de producción año 2021: 28.974 Pacientes que reciben tratamiento motivacional o motivacional farmacológico antitabaco</p> <p>Gasto por componente 2021(\$miles) : 4.060.402</p>

Nombre	Descripción
<p>Capacitación de funcionarios que realizan tratamiento anti tabaco Capacitaciones / Cursos / Charlas (Capacitación general)</p>	<p>1) Objetivo: contribuir al aumento de conocimientos y habilidades de los equipos tratantes de profesionales y técnicos para implementar un tratamiento efectivo contra el consumo de tabaco en la población.</p> <p>2) Servicio: jornada de capacitación anual en cada Servicio de Salud sobre conocimientos y habilidades para el tratamiento del tabaquismo en APS.</p> <p>3) Población: funcionarios de APS profesionales y técnicos de la salud, gestores comunitarios.</p> <p>4) Entrega de servicio: capacitación presencial gestionada, organizada y desarrollada por cada Servicio de Salud en locación definida por esta institución; será realizada por un interventor, contratado y pagado por cada Servicio de Salud, licitación pública con perfil profesional de la salud con experiencia en terapia de tratamiento de tabaco, drogas y alcohol y manejo de terapia grupal cognitivo conductual</p> <p>Se establecerá que solo funcionarios capacitados puedan brindar las prestaciones asociadas a este Programa Nacional y la capacitación tendrá una vigencia máxima de 3 años, desde su egreso, fecha en la que los funcionarios deberán renovar la capacitación.</p> <p>5) El componente se ejecutará en forma centralizada en los Servicios de Salud. Tendrá duración de 15 horas de capacitación a realizar máximo 3 veces al año en grupo taller a funcionarios seleccionados por la Dirección de cada CESFAM, en paralelo a la ejecución del Componente 1, a realizar durante el 1° o 2° semestre de cada año (será obligatorio realizarla el 1° semestre del primer año de ejecución del Programa Nacional). Se consideran grupos de máximo 18 funcionarios por taller realizado.</p> <p>Los contenidos mínimos a considerar son: la determinación del patrón de consumo de tabaco a través de instrumento de tamizaje ASSIST, Intervenciones mínimas y breves para reducir el consumo de tabaco y motivar a tratamiento (diferenciado para adolescentes y adultos), intervenciones para cesar el consumo de tabaco conforme a resultado de evaluación de riesgo y motivación, que incluye tratamiento farmacológico (para mayores de 18 años), sesiones de tratamiento grupal cognitivo conductual, acompañamiento y evaluación telefónica.</p> <p>El formato de la capacitación de funcionarios será de carácter presencial principalmente en formato de taller, considerando 2 a 3 sesiones y los cupos serán asignados proporcionalmente al número de funcionarios por Servicio de Salud. Esta capacitación requiere un 72% o más de asistencia al curso y un test final escrito, con nota mínima de aprobación de 5.0, que puede ser rendido en 2 oportunidades como máximo, en caso de reprobación con nota inferior a 5.0. Como la certificación de la capacitación tendrá una vigencia de 3 años por funcionario, se realizará un plan anual de capacitación para incorporar a aquellos funcionarios nuevos o cuya vigencia de la capacitación prescriba.</p> <p>Meta de producción año 2021: 1.600 Funcionarios capacitados en tratamiento antitabaco.</p> <p>Gasto por componente 2021(\$miles) : 174.002</p>

Estrategia de intervención: Consiste en la implementación simultánea de los componentes N°1 y N°2 en la Atención Primaria de Salud (APS), a fin de cumplir el propósito de cesar el consumo de tabaco en los beneficiarios del programa.

Para comenzar el Programa DIR, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales de MINSAL, derivará a este programa a personas que consumen tabaco de 15 años o más, beneficiarias de FONASA con riesgo moderado y alto asociado al consumo de tabaco según instrumento ASSIST. Estas personas serán evaluadas por este programa en cuanto a su intención de dejar de fumar (mediante la aplicación de pregunta ¿ha tenido usted 1 o más intentos de dejar de fumar en los últimos 12 meses? Si muestran intención de dejar de fumar serán parte de la población potencial del programa. Posteriormente la población objetivo se identificará por medio de la aplicación de pregunta ¿Quiere dejar de fumar dentro de los próximos 30 días? y su inscripción en el programa en el CESFAM respectivo.

Luego de su inscripción, el beneficiario ingresará al componente N°1 "Tratamiento motivacional o motivacional farmacológico anti tabaco", que tendrá duración de 16 semanas y se implementará en 2 modalidades según la edad de los pacientes: mayores de 18 años recibirán todas las prestaciones del componente, mientras que menores de 18 años recibirán todas las prestaciones con excepción del tratamiento farmacológico por estar contraindicado. En detalle la estrategia implementada consiste en prestaciones semanales considerando el componente un total de 16 semanas de intervención presencial:

-Semana (S) 1: Consulta Médica N°1 se indicará al paciente sobre 18 años farmacoterapia con Vareniclina por 12 semanas (día 1-3= 0,5 mg; día 4-7= 0,5 mg x 2 veces día; día 8-84= 1 mg x 2 veces día) y se realizará intervención breve + evaluación integral.

-S 2: Consejería Programada en la cual el paciente recibirá intervención breve motivacional, evaluación de reacciones adversas a fármacos si corresponde, y deberá invitar a 1 familiar para establecer estrategias de afrontamiento familiar de la adicción.

-S 3: Sesión Grupal N°1 (donde los pacientes en grupo recibirán intervención cognitiva conductual motivacional)

-S 4: Acompañamiento Telefónico N°1 (donde los pacientes serán motivados a asistir y recibirán intervención mínima).

- S 5: Sesión Grupal N°2
- S 6: Consulta Médica N°2 donde el paciente recibirá atención médica integral, se evaluará su adherencia, reacciones adversas y recibirá intervención breve.
- S 7: Acompañamiento Telefónico N°2
- S 8: Sesión Grupal N°3
- S 9: Acompañamiento Telefónico N°3
- S 10: Sesión Grupal N°4
- S 11: Acompañamiento Telefónico N°4
- S 12: Sesión Grupal N°5
- S 13: Acompañamiento Telefónico N°5
- S 14: Sesión Grupal N°6
- S 15: Consejería Programada en la cual el paciente recibirá intervención breve motivacional (consejería cognitiva conductual).
- S 16: Consulta Médica N°3 donde al paciente se le aplicará ASSIST, encuesta de satisfacción y recibirá intervención breve, egresando del tratamiento presencial. Posterior a esta consulta se activa el seguimiento de Evaluación telefónica, en la que al paciente se aplicará ASSIST al mes 1, 6 y 12 post tratamiento, con el fin de determinar la modificación del riesgo inicial asociado al consumo de tabaco; se evaluará su estado de cesación y el paso a riesgo bajo para la salud (0 a 3 puntos).

Para la correcta implementación de las 16 semanas de tratamiento del componente N°1 resulta prioritario capacitar a los equipos tratantes mediante el Componente N°2 del programa. Para ello la Dirección de cada CESFAM seleccionará los funcionarios que serán parte del equipo tratante del Programa Nacional, considerando el número necesario para atender al total de pacientes asignados por cada Corporación de Salud Comunal.

Los funcionarios asistirán a la jornada de capacitación de 15 horas presenciales (o remotas en caso excepcional de restricción de reuniones) de acuerdo al calendario del Servicio de Salud correspondiente y recibirán los contenidos en grupos tipo taller. Al finalizar la jornada serán evaluados en términos de asistencia y conocimientos adquiridos, estos últimos mediante una prueba escrita y solo quienes aprueben la capacitación podrán realizar prestaciones como parte del Programa Nacional.

Los contenidos de capacitación serán establecidos por la Oficina de Prevención del Consumo de Tabaco (DIPOL) y el Departamento de Gestión de los Cuidados (DIVAP) e incluirán: determinación del patrón de consumo de tabaco a través de instrumento de ASSIST, intervenciones mínimas y breves para reducir el consumo de tabaco y motivar a tratamiento (diferenciado para adolescentes y adultos), entre otros temas. La capacitación se realizará en forma centralizada en cada uno de los 29 Servicios de Salud y es fundamental ya que de ella depende el éxito del tratamiento.

Como resultado se espera que los pacientes cesen totalmente el consumo de tabaco al término del tratamiento presencial de 16 semanas y se mantengan abstinentes a los meses 1, 6 y 12 meses luego del egreso. También se espera que reduzcan su riesgo de consumo de tabaco según ASSIST pasando de riesgo alto y moderado a riesgo bajo. Para reducir la deserción del programa en las llamadas de acompañamiento telefónico se intentará rescatar activamente a los pacientes inasistentes; además cada paciente recibirá su tratamiento farmacológico en forma parcelada en la medida en que asistan a sus prestaciones calendarizadas. También tendrán cupo reservado en el programa por máximo 2 semanas.

Las personas que recaigan en su conducta de consumo de tabaco, habiendo completado el tratamiento, pueden ser reevaluadas por 1 última vez para efectos de reingreso al programa con atención farmacológica y/o psicosocial. Para efectos de asegurar el contacto vía telefónica los pacientes, junto con su número de teléfono, deberán facilitar otros 2 o más números telefónicos de personas significativas a modo de red de apoyo. Serán 3 intentos de contacto telefónico y 3 intentos por correo electrónico por paciente en lapso máximo de 1 mes posterior a la fecha de seguimiento correspondiente.

Por último, como parte integral del proceso de atención, el Nivel Central MINSAL gestionará la compra de un estudio cuali-cuantitativo cuyo objetivo será evaluar en forma anual la efectividad del Programa Nacional para el logro de la cesación tabáquica a nivel regional y nacional

**Existe la posibilidad de que el paciente reingrese 1 vez en cualquier etapa del tratamiento. Las recaídas en el consumo de tabaco se monitorearán continuamente durante el tratamiento: aquellos pacientes que hayan suspendido la farmacoterapia y deseen reingresar a tratamiento deberán recibir todas las prestaciones siguiendo el esquema habitual de tratamiento y aquellos pacientes que continúen con el uso del fármaco prescrito podrán reintegrarse al tratamiento grupal según su esquema personal de tratamiento.

Tiempo de duración del ciclo de intervención del programa: Indique en cuántos meses/años promedio egresarán los beneficiarios del programa: 1 año y 6 meses (aprox.)

Criterios de egreso: Paciente completa tratamiento de 16 semanas en CESFAM con o sin reingreso (solo 1) y es contactado en 3 oportunidades por equipo tratante del CESFAM al 1°, 6° y 12° mes luego de finalizado el tratamiento presencial, instancias en que se aplicará efectivamente instrumento ASSIST. MINSAL elaborará una normativa con estos criterios de egreso.

¿Pueden los beneficiarios acceder más de una vez al programa?: Si, Se permitirá solo 1 reingreso al tratamiento por recaída en el consumo de tabaco, recaída referida por el propio paciente al equipo tratante.

Identifique si el programa atiende un riesgo potencial y por lo tanto es de carácter "preventivo", (como por ejemplo, programas que previenen la deserción escolar, o que proporcionan seguros ante distintos eventos) o bien, atiende o da solución a un problema ya existente (como por ejemplo programas que atienden a escolares que ya han desertado del sistema escolar): El programa atiende un problema ya existente.

Identifique si el programa incorpora en su intervención, al hogar/familia/cuidadores del beneficiario, (por ejemplo, la intervención a un niño o niña que incorpore a sus padres, sus hermanos, sus cuidadores, o a su familia). Describa el modo y las instancias en las que se incorpora este enfoque en la estrategia del programa: Se instará a los equipos a invitar a la sesión de consejería programada (sesión individual) a 1 familiar como medida de apoyo, contención y motivación para el logro de la cesación tabáquica a los pacientes para buscar estrategias familiares de afrontamiento de la adicción.

4.2) Ejecutores, articulaciones y complementariedades

Ejecución: El programa es ejecutado por terceros.

Nombre	Tipo de institución	Nivel	Rol de la institución	Mecanismos
--------	---------------------	-------	-----------------------	------------

Centros de salud familiar (CESFAM)	Municipio o Corporación Municipal	Componente	Corporación Municipal de Salud: a través de los CESFAM implementan el Programa Nacional según lineamientos MINSAL y reportan el cumplimiento de procesos y resultados a los respectivos Servicios de Salud. Existirán reuniones de retroalimentación permanentes entre las instituciones antes mencionadas.	A nivel territorial se asignarán cupos para cada uno de los Servicios de Salud los cuales designaran a su vez el número de cupos de tratamiento y capacitación de funcionarios a distribuir en los territorios para la APS.
------------------------------------	-----------------------------------	------------	--	---

Articulaciones: El programa no se articula con otras instituciones públicas o privadas.

Complementariedades Internas: El programa no se complementa con programa(s) o intervención(es) de la misma Institución o Servicio Público.

Complementariedades Externas: El programa se complementa con programa(s) o intervención(es) de otra(s) Institución(es) o Servicio(s) Público(s).

Ministerio u Organismo	Servicio	Nivel	Nombre programa	Descripción
Ministerio de Salud	Subsecretaría de Redes Asistenciales	A nivel de política pública y gestión	Programa DIR-APS Alcohol, Tabaco y otras Drogas (Ex Vida Sana ? Alcohol)	Se complementará con el Programa Nacional DIR. Dado que este realiza tamizaje de pacientes por medio de la aplicación del instrumento ASSIST, detectando con ello personas que tienen consumo de riesgo. Quienes sean detectados con consumo de tabaco de 15 años y más, serán intervenidos según programa DIR y derivados al programa nacional de tabaco. Estas prestaciones tienen presupuesto asignado por ser el DIR un Programa Social del MDSF.

4.3) Enfoque de Derechos Humanos

Enfoques y/o perspectivas	¿Incorpora o no?	¿En qué etapas se incorpora?	Justificación de la no incorporación del enfoque o perspectiva
Género	Si	La condición de género se incorpora en el diseño del Programa Nacional, en la ejecución y evaluación, dado que se propiciará el ingreso al Programa Nacional a varones, dado su mayor nivel de consumo de tabaco y riesgo para la salud asociado al consumo de sustancias.	
Pueblos indígenas	No		La pertenencia a pueblo indígena no establece un factor de riesgo diferenciado al resto de la población

Enfoques y/o perspectivas	¿Incorpora o no?	¿En qué etapas se incorpora?	Justificación de la no incorporación del enfoque o perspectiva
Pertinencia territorial	Si	Se propiciará en las etapas de diseño y ejecución la asignación de mayor cantidad de cupos de tratamiento para personas de CESFAM localizados en zonas urbanas por existir en ellas una mayor prevalencia de consumo de tabaco.	
Niños, niñas y adolescentes (NNA)	Si	Se incorporan tanto en la etapa de evaluación y tamizaje como también en la intervención estableciendo un trabajo diferenciado respecto a la población adulta debido a que el fármaco Vareniclina no es recomendado su uso en menores de edad. Por tanto el énfasis en esta población está dado en el trabajo grupal motivacional para el abandono del consumo de tabaco manteniendo el resto de las prestaciones excluyendo el uso de farmacoterapia.	
Discapacidad	No		La condición de discapacidad no establece un factor de riesgo diferenciado al resto de la población
Migrantes	No		El programa está orientado a la población fumadora que refiera deseos de dejar de consumir tabaco y sean beneficiarios de FONASA, no haciendo diferencia a los beneficiarios según su condición de migrante.
Otra condición	No		

4.4) Participación Ciudadana y Transparencia Pública

Mecanismos de participación ciudadana: Si

- Encuestas de satisfacción

Descripción: Al finalizar el tratamiento presencial y en el componente 1 se entregará al beneficiario una encuesta de satisfacción que permitirá levantar información relevante sobre el proceso de intervención para luego establecer mejorar en el sistema de atención o flujos del programa.

Mecanismos de participación y transparencia pública: Si

- Rendición de gastos ejecutados, o de la implementación mensual/trimestral/ semestral o anual del programa

Descripción: Los gastos referidos a la compra de fármacos y el pago de horarios según las necesidades del programa. Además se incorporará la evaluación anual del Ministerio de Desarrollo Social y Familia en relación a la ejecución presupuestaria y monitoreo de indicadores.

5. INDICADORES

5.1) Indicadores

Indicadores a nivel de Propósito:

Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Metodología y definiciones conceptuales	2020 (Situación actual)	2021 (Con programa)	2022 (Con programa)

<p>Porcentaje de beneficiarios que egresan del programa y cesan el consumo de tabaco</p>	<p>(N° de beneficiarios que egresan del programa y cesan el consumo de tabaco a los 6 meses post tratamiento presencial en el año t / N° total de beneficiarios que ingresan al programa en el año t) * 100</p> <p>Fuente de información: Base de datos alimentada por cada CESFAM post atención de los pacientes, base que posteriormente será enviada a los Servicios de Salud durante el primer año de atención. En forma paralela se gestionará la creación de REM (registros estadísticos mensuales) desde DEIS de MINSAL para facilitar la extracción de datos.</p>	<p>Variable: se entiende por consumo de tabaco (variable) el consumo en cualquiera de sus formas y frecuencia en el tiempo.</p> <p>Criterio: el cese del consumo de tabaco considera la cancelación del consumo de tabaco durante seis 6 meses por parte de las personas ingresadas al Programa. En este sentido, 6 meses será el tiempo de corte para ser considerado como ex fumador.</p>	<p>0,00%</p>	<p>40,00%</p>	<p>48,00%</p>
<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 presencial.</p>	<p>(N° de beneficiarios que disminuyen su riesgo para la salud según puntaje ASSIST a las 16 semanas de tratamiento presencial en el año t / N° total de beneficiarios del Programa que completan 16 semanas de tratamiento presencial en el año t) * 100</p> <p>Fuente de información: Base de datos alimentada por cada CESFAM post atención de los pacientes, base que posteriormente será enviada a los Servicios de Salud durante el primer año de atención. En forma paralela se gestionará la creación de REM (registros estadísticos mensuales) desde DEIS de MINSAL.</p>	<p>Variable: riesgo para la salud asociado al consumo de tabaco.</p> <p>Criterio: disminución de riesgo para la salud asociado a consumo de tabaco, es decir, paso de riesgo para la salud inicial Alto (27 o + puntos) o Moderado (4 a 26 puntos) evaluados en la semana 1 inicial, a riesgo Bajo (0 a 3 puntos) según puntaje ASSIST en la semana 16 final.</p>	<p>0,00%</p>	<p>50,00%</p>	<p>60,00%</p>

Mencione para cuáles de los indicadores se encuentra centralizada la información y describa los instrumentos utilizados para su recolección y cuantificación: Indicador 1 y 2: los datos serán registrados en ficha clínica de los pacientes y ciertos datos trazadores, como los establecidos en los indicadores, serán registrados en base de datos del Programa, la que será el instrumento a enviar a los encargados Comunales, de los Servicios de Salud y Nivel Central del Ministerio de Salud para realizar el seguimiento remoto de los pacientes tratados, esto durante el primer año. Se resguardará la confidencialidad de la información asignando clave para abrir el documento. Se gestionará para los próximos años la extracción automática de datos mediante REM (registro estadístico mensual) en coordinación con DEIS MINSAL.

Señale la evidencia que le permitió definir la situación actual y proyectada de los indicadores: La situación de los indicadores para el año 2020 es 0 dado que el Programa Nacional no se implementa en la actualidad.

Se estima en base a los resultados del Programa Piloto de tratamiento de tabaquismo Minsal 2018-19 que el 80% de los pacientes tratados completarán las 16 semanas de tratamiento (n=23179), lo que coincide con las cifras de deserción o abandono del programa de tratamiento del tabaquismo del Instituto Nacional del Tórax en la región Metropolitana 2015, y aproximadamente el 50% de estas personas dejarán de fumar el primer año de implementación del Programa Nacional (n=11589), es decir, pasarán de riesgo moderado o alto a riesgo bajo y se proyecta que para

el segundo año de implementación del Programa y en los próximos años esta cifra ascienda a un 60% (n=13907), dado el eventual aumento en la expertis de los funcionarios capacitados y el supuesto de que el nuevo Programa estará mejor integrado al funcionamiento local de cada centro de salud.

Indicadores a nivel de Componentes:

Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Metodología y definiciones conceptuales	2020 (Situación actual)	2021 (Con programa)	2022 (Con programa)
Porcentaje de beneficiarios que finalizan el tratamiento presencial.	$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de beneficiarios que finalizan tratamiento presencial de 16 semanas en el año } t}{\text{N}^\circ \text{ total de beneficiarios en el año } t} \right) * 100$ <p>Fuente de información: Base de datos alimentada por cada CESFAM post atención de los pacientes, base que posteriormente será enviada a los Servicios de Salud durante el primer año de atención. En forma paralela se gestionará la creación de REM (registros estadísticos mensuales) desde DEIS de MINSAL para facilitar la extracción de los datos.</p>	<p>Variable: asistencia a prestaciones presenciales del programa</p> <p>Criterio: asistencia mínima de 72% de las prestaciones presenciales del programa, es decir, asiste a 8 de 11 prestaciones.</p>	0,00%	80,00%	80,00%
Porcentaje de funcionarios de APS que aprueban capacitación en habilidades para tratar el tabaquismo	$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ total de funcionarios de APS capacitados en cesación que aprueban capacitación en habilidades para tratar el tabaquismo en el año } t}{\text{N}^\circ \text{ total de funcionarios de APS que realizan capacitación en habilidades para tratar el tabaquismo en año } t} \right) * 100$ <p>Fuente de información: Base de datos de capacitación de CESFAM y Servicios de Salud.</p>	<p>Variable: funcionarios de Atención Primaria de Salud seleccionados por su jefatura para realizar la capacitación.</p> <p>Criterio: funcionarios con asistencia a lo menos del 90% y obtengan en la evaluación final una nota mínima de 5.0 de la escala de 1.0 a 7.0.</p>	0,00%	95,00%	95,00%

Mencione para cuáles de los indicadores se encuentra centralizada la información y describa los instrumentos utilizados para su recolección y cuantificación: Indicador 1: los datos serán registrados en ficha clínica de los pacientes y ciertos datos trazadores serán registrados en base de datos del Programa, la que será el instrumento a enviar a los encargados comunales, de los Servicios de Salud y Nivel Central del Ministerio de Salud para realizar el seguimiento remoto de los pacientes tratados. Se resguardará la confidencialidad de la información asignando clave para abrir el documento. Esto durante el primer año de funcionamiento del programa, ya que posteriormente los datos se obtendrán desde el REM en forma automatizada.

indicador 2: cada Servicio de Salud poseerá una base de datos de registro de funcionarios capacitados de APS, la que será enviada directamente al Nivel Central de MINSAL a la Oficina de Prevención del Consumo de Tabaco y Depto. de Gestión del Cuidado del Nivel Central de MINSAL, donde un funcionario realizará la gestión del programa y coordinación con los Servicios de Salud.

Señale la evidencia que le permitió definir la situación actual y proyectada de los indicadores: Debido a que no se ha implementado el Programa los indicadores 2020 de componente 1 y 2 se mantienen en 0.

La producción del indicador 1 se proyecta para los años 2021 en adelante en relación a los resultados del Programa Piloto de cesación implementado por MINSAL durante el periodo 2018 - 2019 y en base a la experiencia del Hospital el tórax ya mencionada, alcanzando una finalización del tratamiento presencial cercano al 80% lo que indica que a las 16 semanas un total de 23.179 beneficiarios finalizarán el tratamiento. Por otra parte el indicador 2 proyecta en base a la aprobación de las capacitaciones de funcionarios de salud de los cursos de cesación tabáquica a distancia de MINSAL, con un porcentaje de logro de un 95%, porcentaje que se ajustará luego de la implementación del componente 2 de ser necesario.

5.2) Sistemas de información del programa

¿El Servicio o la institución responsable, cuenta con sistemas de información que permitan identificar beneficiarios (RUT, RBD, Datos de Contacto, etc.)? Si su respuesta es afirmativa, descríbalos. Indique además si esta información se encuentra digitalizada y centralizada en una base de datos: Se extraerá de los sistemas de información locales: rut, datos de contacto cuidando datos sensibles y respetando la confidencialidad de la información dada por la Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes (Ley 20.584/2012). Cada Centro de Salud enviará base de datos a los referentes comunales y estos a sus respectivos Servicios de Salud la información clínica solicitada en el protocolo del Programa, información que será consolidada en el Nivel Central MINSAL por el Depto. de Gestión del Cuidado de DIVAP y Of. de Prevención del consumo de tabaco DIPOL.

¿El programa reporta información al Registro de Información Social (RIS) del Ministerio de Desarrollo Social y Familia?: No

6. PRESUPUESTO

6.1) Gastos

Componente	Gasto (M\$)	Detalle
Tratamiento motivacional o motivacional farmacológico anti tabaco	4.060.402	Los costos de este componente incorporan por beneficiario: 1 consulta médica inicial con un costo de \$4.331, dos consultas médicas de control con un costo total de \$8.662, 6 sesiones grupales por un valor total de \$ 7.896, terapia farmacológica de inicio por \$42.414 y de mantención \$67.200, seguimiento telefónico durante el tratamiento \$ 2.660 y seguimiento post tratamiento \$ 1.594. El costo de equipo telefónico para realizar los seguimientos correspondientes tienen un valor por paciente de \$ 976. Se considera el gasto en equipo telefónico como también minutos para realizar las llamadas por un total de \$33.962.523. Estos son gastos nuevos a excepción de la consejería programada que está incluida dentro de los costos de atención primaria
Capacitación de funcionarios que realizan tratamiento anti tabaco	174.002	Se considera la realización de la capacitación de los funcionarios centralizado por cada servicio de salud lo que incluye lugar para realización del taller, contratación de relatores y gastos asociados a la actividad. El monto asignado para cada servicio de salud es de \$ 6.000.000. Corresponden a gastos nuevos.

Gastos Administrativos: 32000

Detalle gastos administrativos: Gastos asociados a la evaluación de implementación del programa mediante "Estudio de efectividad del Programa Nacional de tratamiento del tabaquismo en APS para el logro de la cesación tabáquica de las personas a nivel regional y nacional".

Gastos asociados a contratación de un profesional 22 horas para hacer gestión del programa y seguimiento bases de datos desde DIVAP.
Gastos asociados a la administración y supervisión del programa del nivel central.

*NOTA: El presupuesto asociado a los componentes 1 y 2 se ingresó solo en los servicios de salud metropolitanos (debido a restricciones de la plataforma) y refleja la proporción del gasto total que ellos representan. Sin embargo, el programa considera al total de servicios de salud del país cuyo gasto total alcanza M\$ 4.690.011 pesos"

Total Gastos: 4266404

6.2) Gastos de Inversión

Gasto Total del Programa (sumatoria del gasto por componente, gasto administrativo y gasto de inversión) (M\$): 4.266.404

6.3) Gastos por Subtítulo

Detalle el Gasto Total del Programa Social (componentes, gastos administrativos e iniciativas de inversión) por subtítulo, ítem y denominación, indicando el número de asignación y valor correspondiente:

Partida	Capítulo	Programa	Subtítulo, Ítem, Denominación	Asignación	Gasto (\$miles)
16	09	01	24 02 Al Gobierno Central	23	705.734
16	09	01	24 02 Al Gobierno Central	24	705.734
16	09	01	24 02 Al Gobierno Central	25	705.734
16	09	01	24 02 Al Gobierno Central	26	705.734
16	09	01	24 02 Al Gobierno Central	27	705.734
16	09	01	24 02 Al Gobierno Central	28	705.734
16	09	01	21 Gastos en personal	1	12.000

Partida	Capítulo	Programa	Subtítulo, Item, Denominación	Asignación	Gasto (\$miles)
16	09	01	22 Bienes y servicios de consumo	1	20.000

Gasto Total por Subtítulo (M\$): 4.266.404