



**DEPARTAMENTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD**

**ANÁLISIS CRÍTICO DE TEMAS: TABACO**  
**INSUMO PARA LA EVALUACIÓN FINAL DE PERIODO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD**  
**2011-2020**

**Santiago, Enero 2020.**

## CONTENIDO

RESUMEN EJECUTIVO .....	3
I. INTRODUCCIÓN .....	8
II. MARCO CONCEPTUAL.....	9
III. OBJETIVOS .....	18
IV. METODOLOGÍA .....	19
V. RESULTADOS .....	25
VI. CONCLUSIONES .....	60
VII. REFERENCIAS .....	63

## RESUMEN EJECUTIVO

El presente documento tiene como objetivo presentar los principales hallazgos del Análisis Crítico del Tema Tabaco, el cual forma parte de los insumos necesarios para la evaluación de final de periodo, el proceso de priorización de temas y formulación del próximo Plan 2021-2030.

Este análisis fue realizado a partir de cuatro componentes, cada uno de ellos como requisito en el cumplimiento de los objetivos planteados.

En esta sección se presenta una síntesis de los hallazgos, de acuerdo a:

1. Los resultados obtenidos en los diferentes componentes
2. Las principales conclusiones y recomendaciones derivadas de este documento

### 1. Resultados Obtenidos

*Análisis de situación y diagnóstico actualizado de indicadores.*

El objetivo de este componente fue realizar un análisis epidemiológico del tabaquismo en Chile y regiones, así como analizar los indicadores nacionales e internacionales a partir de los cuales es posible medir los avances en el tema. De acuerdo a esto, se obtuvieron los siguientes resultados:

- La meta de impacto asociada a disminuir la prevalencia de consumo de tabaco se estaría cumpliendo, sin embargo, los grupos de edad más jóvenes aún presentan un alto consumo, moldeando sus conductas y riesgos futuros. De todas formas, es en ellos donde se ven las reducciones más importantes, manteniéndose las prevalencias relativamente estables en grupos de 25 años y más.
- La prevalencia es mayor en hombres que en mujeres, sin embargo, son estas últimas quienes fuman más cigarrillos en promedio. Asimismo, las mujeres en edad joven de 15-24 años son quienes presentan un mayor consumo de cigarrillos mentolados y clic.
- El grupo de edad de 25 a 44 años son quienes reportan la mayor prevalencia de tabaquismo, seguidas por el grupo de 45 a 64 años. Este último sería también el grupo etáreo con mayor voluntad de dejar de fumar, sin embargo, es el grupo donde menos se realiza la consejería breve, lo cual puede estar determinado por que, en esta etapa de la vida, los controles de salud tienden a ser menos en relación a los grupos mayores de edad, donde la presencia de morbilidad predispone a una mayor asistencia a los centros de salud.

- El 70% de los adolescentes a los 17 años ya ha consumido tabaco, lo cual indica que los esfuerzos en esta etapa del ciclo vital siguen siendo insuficientes. Sin embargo, la prevalencia de jóvenes entre 15 y 19 años que nunca han consumido tabaco en la vida ha aumentado entre la encuesta 2009-2010 y 2016-2017 lo que muestra algunos cambios importantes en este grupo de edad.
- En cuanto al indicador de fiscalización de establecimientos, este se estaría cumpliendo. El reporte de este dato está fuertemente documentado al ser un indicador de desempeño del Ministerio de Salud
- De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud, aproximadamente la mitad de los fumadores estarían recibiendo consejería, principalmente en edades más avanzadas.
- En cuanto al REM, sólo fue posible extraer datos de la consejería a través del programa dental y de la detección de tabaquismo a través de EMPA, el cual refleja que la consejería se estaría realizando, siendo aquella más prevalente en embarazadas y mujeres entre 20 y 64 años. Para los hombres, las consejerías son más frecuentes en el grupo de 65 años y más, lo cual es consistente con el mayor acercamiento de este grupo al sector salud en ese rango de edad.

#### *Análisis de la Planificación Operativa Anual (POA).*

El objetivo de este componente fue analizar la tendencia de las acciones del sector en cuanto a la temática tabaco, a partir de la planificación operativa. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- Existe una tendencia del sector al mayor desarrollo de acciones orientadas a dar cumplimiento al Resultados Esperado “Fomentar el cese del consumo de tabaco en población general” y un menor desarrollo del resultado esperado “Aumentar la fiscalización a restaurantes código ciu 552010”.
- Las acciones están concentradas en capacitar a los equipos de APS y realizar auditorías a la ejecución de consejerías anti tabáquicas, siendo este último punto donde más nodos críticos se detectaron, los que se asociaron especialmente a falencias en la referencia y contrarreferencia de pacientes fumadores.
- Con respecto a las capacitaciones a los funcionarios de salud, se desconoce el alcance de los contenidos entregados y el impacto que este tendría en la población ya que no existe documentación que dé cuenta de dicha información.

- En cuanto a las actividades de fiscalización, estas se orientan hacia el monitoreo, entendiéndose éste como el reporte de establecimientos fiscalizados por sobre el total de establecimientos en la región o país. Se desconoce si los datos corresponden al cumplimiento de fiscalización en establecimientos nuevos, que nunca han sido fiscalizados, o la actividad es al azar, es decir, incluye también a aquellos locales que han sido fiscalizados en años anteriores.

#### *Revisión de Literatura*

En esta instancia, el objetivo propuesto es realizar una síntesis de la literatura disponible para distintas intervenciones, en este tema en particular correspondería a aquellas orientadas a disminuir el consumo de tabaco en población de 12 a 64 años. Dada la solidez de la evidencia científica en cuanto a las medidas más efectivas para reducir el consumo de tabaco es que en este análisis crítico este paso no se realizó, pasando directamente a la etapa de análisis comparativo.

#### *Análisis Comparativo*

El objetivo de este componente fue establecer la correspondencia entre las intervenciones realizadas en el sector, identificadas a partir de los POA 2016-2018, las identificadas en la revisión de la literatura, y aquellas que muestran respaldo de la evidencia a nivel mundial y local, de modo de establecer la brecha existente.

Se observó que la mayoría de las actividades de la planificación operativa relacionadas a fomentar el uso del tabaco se encuentran dirigidas a capacitar el personal de salud a través de cursos disponibles en la Red, campañas comunicacionales de concientización, auditorías a la ejecución de consejerías anti tabáquicas y fiscalización de diferentes establecimientos para observar en terreno el cumplimiento de la ley. La estrategia MPOWER, un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo desarrollada por la Organización Mundial de la salud, establece que las medidas efectivas para reducir el consumo de tabaco son aquellas dirigidas a aumentar los impuestos y precios; prohibir la publicidad, la promoción y el patrocinio; proteger a la gente del humo de segunda mano, advertir a todos acerca de los peligros del tabaco; ofrecer ayuda a quienes quieran abandonar el tabaco, y vigilar atentamente la epidemia y las medidas de prevención. De acuerdo a los hallazgos, el sector está trabajando activamente en crear conciencia acerca del tabaco, asistir en la cesación del tabaco y proteger del humo de segunda mano a través

de la fiscalización, sin embargo, no existe documentación en la planificación operativa que nos oriente acerca del impacto, la calidad y el contenido de la información entregada en estas intervenciones.

De acuerdo a los hallazgos obtenidos, se propone entonces para el análisis de efectividad de intervenciones, explorar la siguiente pregunta: “¿Es efectiva la capacitación en consejería, dirigida a los profesionales de salud, para incentivar la cesación del hábito tabáquico en la población?”.

## **2. Principales Conclusiones y Recomendaciones**

El trabajo realizado en este análisis crítico evidenció la necesidad de incluir el Tema Consumo de tabaco en la formulación de la Estrategia Nacional de Salud 2021-2030, considerando su alta prevalencia y la alta morbi-mortalidad que le es asociada, especialmente por ser factor de riesgo común en la aparición de las enfermedades de mayor mortalidad en el país (Cáncer, Enfermedades Cardiovasculares, Enfermedades Respiratorias Crónicas, entre otras). Los indicadores actualmente presentes, si bien lograron dar respuesta en su momento a algunos aspectos relevantes de la Ley del Tabaco, en la actualidad no permitirían recoger las necesidades observadas en este análisis crítico. Algunos indicadores que podrían reflejar de mejor manera los avances en la temática podrían estar relacionados con el desempeño del sistema de atención (identificación de fumadores en la consulta y de nivel de dependencia y motivación, derivación a consejería anti tabáquica, tasa de éxito de cesación) y el desempeño en prevención (acceso de niños, adolescente y población general a programas educativos en prevención del tabaquismo). En cuanto a los logros asociados al tema, respecto del indicador de impacto, se observa que las prevalencias de consumo en el último mes de productos de tabaco, en la población de 12 a 64 años se encontraría en estado de cumplimiento. Los hombres serían quienes más reportan consumo actual y de último mes, sin embargo, las mujeres fumarían mayor cantidad, reportan mayor dependencia al tabaco y menor intención de dejar de fumar. Los grupos de edad más jóvenes son quienes reportan mayor intención de dejar el hábito, sin embargo, son quienes menos recibirían consejería.

Además, se observó que es necesario realizar una evaluación de la calidad y registro de las consejerías que ya se realizan en la red, considerando que sólo un pequeño porcentaje de aquellos que abandonaron refieren que dicha intervención fue una de las principales razones de cesación. En cuanto a la fiscalización, ésta estaría cumpliéndose a nivel país y en la mayoría de

las regiones, lo que estaría contribuyendo a aumentar los espacios libres de humo de tabaco para la población y prevenir la exposición a éste de forma secundaria.

## I. INTRODUCCIÓN

Los sistemas de salud son entidades complejas en las que coexisten múltiples actores distribuidos en distintos niveles y con diferentes funciones, que atienden a poblaciones con un sinnúmero de necesidades de prevención y control de enfermedades, y con la esperanza de vivir el mayor tiempo posible en las mejores condiciones. Aunado a lo anterior, existen escenarios de desempeño para estos sistemas, en el que los recursos suelen ser insuficientes para enfrentar todas esas necesidades. De esta manera, cuando los países buscan obtener el mayor nivel de salud posible con los recursos con que cuentan, desarrollan acciones de planificación sanitaria que permitan la coordinación de esfuerzos, la eficiencia en el gasto y la efectividad en las intervenciones de salud que se priorizan.

En Chile, la experiencia de planificación sanitaria es de larga data, sin embargo, desde el año 2000, se ha realizado, estableciendo objetivos sanitarios explícitos y a nivel nacional, considerando una década como período para el desarrollo de estrategias que promuevan su alcance, así como la evaluación de sus resultados. El Plan Nacional de Salud 2011 – 2020 es la estrategia actualmente vigente y en proceso de evaluación. El Análisis Crítico de temas priorizados hace parte de la evaluación de final de período y, además, tiene el propósito de entregar insumos al Plan que regirá para el período 2021- 2030.

El presente documento da cuenta del análisis crítico realizado al problema de salud Tabaco, con el fin de evaluar la posible relación entre resultados alcanzados en los diferentes niveles programáticos, con los avances en la salud de la población respecto de este tema. Cabe señalar que éste análisis no pretende ser una evaluación del programa en sí mismo ni una evaluación final de la década, sino que debe considerarse como un estado de situación del tema hasta la fecha de disponibilidad de los datos que en éste documento se reporta.



## II. MARCO CONCEPTUAL

### 1. La Estrategia Nacional de Salud

El Plan Nacional de Salud es la carta de navegación del sector salud. En él, están expuestos los principales desafíos que tiene el país en materia de salud y se plantean las alternativas estratégicas que permitirán asumir estos retos, con el fin último de mejorar la calidad de la vida de las personas (1,2).

El Plan Nacional de Salud 2011-2020<sup>1</sup>, es el recurso orientativo bajo el cual en la actualidad se establece el quehacer del sector. Este, no abarca la totalidad de las necesidades en salud que tiene la población en Chile, sin embargo, considera una priorización de temas y de líneas de trabajo para poder abordarlos, con base en el establecimiento de una serie de logros definidos colectivamente y que se espera alcanzar en distintos niveles programáticos (1,2). Este, cuenta con 48 temas de salud, dispuestos en 9 ejes estratégicos, siendo los logros en cada tema promovidos a partir de una estrategia de gestión conocida como Gestión Basada en Resultados (GBR). Cada tema en salud cuenta con una *cadena de resultados* en la que se establece, con una lógica causal, aquello que es necesario alcanzar para que se generen los avances que se propusieron, y en donde, la participación de todos los actores, garantiza que sus procesos, productos y servicios contribuyen al logro de estos resultados (3,4).

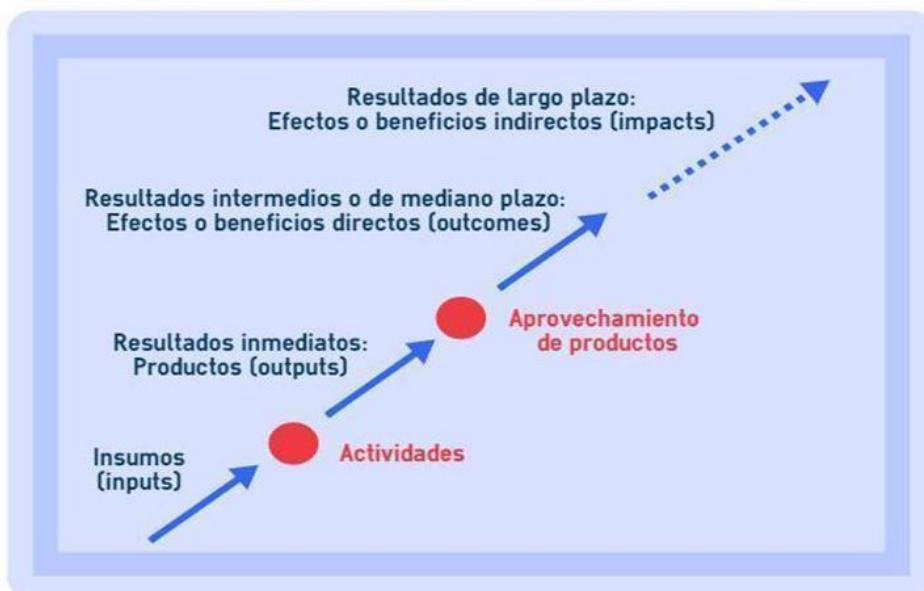
De esta manera, los resultados están organizados en niveles, los que se corresponden con distintos cambios esperables, según la forma y temporalidad de los mismos; existiendo además una lógica agregativa entre ellos, en donde lo logrado en un nivel, contribuye indefectiblemente al logro de lo planteado en el nivel subsiguiente (Figura 1). De acuerdo a esto, en el nivel superior se encuentran los Objetivos de Impacto (OI), que dan cuenta de cambios relevantes en la salud de las personas, los que tienden a ser de largo plazo y de mayor estabilidad en el tiempo; en el segundo nivel se encuentran los Resultados Esperados (RE), asociados al nivel de salud de las personas, sus factores de riesgo o determinantes, siendo más cercanos a intervenciones sanitarias específicas. Por último, en el tercer nivel se ubican los Resultados Inmediatos (RI), que

---

<sup>1</sup> Corresponde a la versión actualizada de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020-Metas Elige Vivir Sano.

se asocian directamente a los resultados de productos y servicios, que ejecuta cada nivel de responsabilidad en el sector salud.

Figura 1: Modelo de cadena de resultado de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020.



Fuente: Tomado de ILPES / CEPAL (4).

Por otro lado, dado que la GBR es un proceso continuo de Hacer, Aprender y Mejorar, su incorporación en la Estrategia Nacional de Salud se expresa funcionalmente en un ciclo de vida que involucra el desarrollo de tres procesos clave: *planificación, seguimiento y evaluación*. Es así como, en la *planificación* se ha determinado *el qué y el cómo* de lo que se quiere alcanzar en el plan, de modo tal, que ocurriese una complementariedad entre el componente estratégico (prioridades y definiciones estratégicas) y operativo (acciones) de la misma. En este sentido, la planificación estratégica alude al proceso de establecimiento de los cursos de acción para alcanzar los objetivos propuestos a mediano y largo plazo (Resultado Esperado, Impacto, Sanitarios de la Década) mientras que, en la Planificación Operativa Anual, los organismos implicados especifican cada año, las actividades programadas y los recursos asignados para tales efectos.

Bajo esta perspectiva, la Planificación Operativa Anual es un componente vital dentro del Plan Nacional de Salud, toda vez que a través de ella se organizan y explicitan los pasos y procesos necesarios, relacionados a las actividades que han de ser ejecutadas por parte de los equipos de salud para la implementación de las estrategias diseñadas (1,2). Como principal instrumento de gestión, este proceso considera el Plan Operativo Anual (POA), cuya elaboración es de resorte de todos los estamentos de la organización, en este caso, del Ministerio de Salud.

El POA corresponde, a las acciones necesarias y suficientes para alcanzar los resultados inmediatos. Su elaboración contempla un ciclo de *Preparación, Formulación, Ejecución, Monitoreo y Evaluación*, que se realiza usando el Sistema Informático para la Planificación Operativa (SIMPO), y con la coordinación del Departamento de Estrategia Nacional de Salud. El SIMPO funciona como repositorio de información desde el año 2016 a la fecha, y en él, es posible observar el curso de las intervenciones implementadas desde el sector, en pro del alcance de los resultados propuestos.

Por otro lado, a partir de los procesos de *seguimiento y evaluación*, el Plan Nacional actual ha podido ser modificado en base a lecciones aprendidas, mientras que el Nuevo Plan es construido en base a dichas lecciones. Lo anterior haciendo uso de procedimientos y herramientas, tales como la evaluación de mitad de periodo, el sistema de monitoreo de indicadores, el análisis crítico de temas y la evaluación final de período.

El Análisis Crítico, surge en el marco del proceso de formulación de los Objetivos Sanitarios de la próxima Década, a partir de la necesidad de realizar para cada tema en salud, una evaluación detallada del desempeño de la gestión basada en resultados. Esto, con el fin de determinar su efectividad y suficiencia para el cumplimiento de los objetivos planteados. De esta manera éste análisis crítico se constituye como un importante insumo; punto de partida de la evaluación final de periodo, y de la etapa de preparación en la elaboración del plan de la próxima década.

Dado lo acotado de los tiempos, los temas de la Estrategia Nacional de Salud que hacen parte de dicho análisis, son aquellos que resultaron favorecidos a través de la realización de un proceso de priorización, o fueron indicados directamente por la autoridad. El tema consumo de tabaco dispuesto en la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, cumple esta primera condición, toda vez que a partir de su seguimiento se evidenció un avance discreto de la meta y una alta carga de enfermedad tanto en Chile como en el mundo.

## 2. Consumo de Tabaco

El tabaquismo es la principal causa prevenible de muerte y enfermedad en el mundo. Cada año, más de ocho millones de muertes son atribuibles al consumo de cigarrillos y alrededor de 1,2 millones de muertes se producen en no fumadores expuestos al humo ajeno. Su consumo está creciendo en forma constante, sobre todo entre los más pobres, las mujeres y los jóvenes. Los consumidores de tabaco que mueren prematuramente privan a sus familias de ingresos, aumentan el costo de la atención sanitaria y dificultan el desarrollo económico (5).

La prevalencia de consumo de cigarrillos ha disminuido notablemente en Chile durante los últimos 10 años. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, un 32,5% de las personas mayores de 15 años son fumadores, una disminución con respecto al 40% reportado en la misma encuesta realizada el 2009-2010. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos del gobierno y la sociedad civil, el consumo de tabaco sigue siendo un problema de salud de primer orden. Se estima que el tabaquismo produce unas 16.000 muertes cada año en Chile (6). Específicamente, el Ministerio de Salud (2013) (7) estima que aproximadamente un 90% de las muertes por cáncer de pulmón, un 84% de las muertes por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), un 55% de la enfermedad cerebrovascular y un 45% de las muertes por infartos, serían atribuibles al tabaco. Es por lo anterior que existe la necesidad urgente de proteger a las futuras generaciones de las devastadoras consecuencias del consumo y exposición al humo de tabaco.

Si bien, durante el período transcurrido entre el 2000 y 2005 no se verificó una reducción significativa en los índices de prevalencia de consumo en el país, se han logrado cambios legislativos fundamentales como son la ratificación del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) de la OMS (8) y la modificación de la Ley N°19.419 (9), que incorpora numerosas propuestas del CMCT generando un escenario favorable que hace ver con optimismo los desafíos propuestos como sector salud.

Actualmente, Chile cuenta con un conjunto de políticas públicas que permiten proteger de mejor forma a los habitantes del país de los daños a la salud derivados del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco ambiental. La Ley N.º 19.419, conocida como la Ley del Tabaco, fue modificada a través de la Ley N.º 20.105, introduciendo un nuevo articulado que incluye prohibición de fumar en todos los espacios cerrados de libre acceso al público, prohibición absoluta de la publicidad dentro del país y advertencias de los productos de tabaco (10).

El control del tabaco es un tema prioritario para el Ministerio de Salud. La Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, que establece los objetivos sanitarios de la década, apuntando a mejorar la salud de la población, disminuir las inequidades, aumentar la satisfacción y asegurar la calidad de las prestaciones de salud, incluye el tema Consumo de Tabaco. Este, contiene indicadores asociados a la prevalencia proyectada de consumo de tabaco, porcentaje de recintos cerrados de uso público que son fiscalizados y porcentaje de atenciones de salud con consejería breve en tabaco en establecimientos de Atención Primaria de Salud (APS), dispuestos en una cadena de resultados (impactos, intermedios e inmediatos) con una secuencia lógica causal (2).

## **2.1 Historia Natural de la Enfermedad**

El tabaquismo es una enfermedad crónica que se caracteriza por ser una drogodependencia; la nicotina, principio activo del tabaco, es una droga adictiva y como tal tiene las características de generar dependencia física y psicológica. La adicción a la nicotina del tabaco obliga a los fumadores a mantener el consumo de tabaco y, de esta forma, suprimir o evitar los síntomas de privación, derivados del descenso de los niveles de nicotina en el organismo. Esto genera que las personas se vean obligadas a mantener y aumentar progresivamente su consumo. El humo que respiran los fumadores activos y pasivos contiene más de 4.000 sustancias con propiedades tóxicas y carcinogénicas que van produciendo un efecto acumulativo conducente a enfermedades (11). Cuando se inhala el humo del tabaco, las estructuras que eliminan la mucosidad y la suciedad de las vías respiratorias quedan paralizadas, lo que permite que las sustancias tóxicas en el humo del tabaco penetren en los pulmones más fácilmente. Los efectos nocivos del humo del tabaco sobre los pulmones son casi inmediatos (12).

Existen relaciones causales establecidas entre el tabaquismo y una amplia gama de efectos nocivos y otras situaciones de salud que se siguen agregando a la lista. Esta lista es tan extensa que es complejo abarcar todo en este documento, sin embargo, en la lista siguiente se mencionan una serie de enfermedades específicas, y otros efectos adversos para la salud que se han documentado como consecuencia del consumo activo de tabaco (13–16):

- Enfermedad cardiovascular: Entre los efectos en la salud cardiovascular tenemos enfermedad coronaria (infarto agudo de miocardio, enfermedad isquémica, angor y muerte súbita), ataque cerebrovascular, enfermedad vascular periférica y aneurisma de la aorta abdominal.

- Cáncer: Cáncer de boca, labios, lengua, laringe y faringe, estómago, esófago, páncreas, vejiga, riñón, cuello de útero, colon y recto, hígado, mama, de la cavidad nasal, de ovario y ciertas formas de leucemia y pulmón principalmente.
- Daños a la piel: La piel sufre las consecuencias, no sólo con enfermedades como el cáncer, sino también arrugas prematuras, cabello reseco y piel seca ya que provoca deshidratación y al disminuir el nivel de oxigenación en los tejidos altera la cicatrización.
- Daños odontológicos: Las complicaciones en la boca incluyen: manchas en los dientes, caries, halitosis (mal aliento), enfermedad periodontal que ocasiona la pérdida de los dientes, palatinitis nicotínica (mancha blanca en el paladar blando y parte posterior de paladar duro, con pequeños puntos rojos), leucoplasia (mancha blanca que no se desprende al raspado) y cáncer de cavidad oral.
- Cataratas: Existe un 60% más de riesgo de tener cataratas entre los fumadores. Se estima que el 20% de todas las cataratas están relacionadas con el consumo de tabaco.
- Diabetes: El consumo de tabaco predispone a la intolerancia a la glucosa tanto en fumadores, ex fumadores y fumadores pasivos.
- Daños osteoarticulares: Mayor riesgo de sufrir fracturas, osteoporosis y esguinces
- Enfermedades respiratorias: El tabaquismo ha sido asociado desde 1918 a un mayor riesgo de tuberculosis y ha sido vinculado con la neumonía, el enfisema pulmonar obstructivo crónico, la bronquitis crónica y empeora los síntomas del asma en adultos y niños.
- Daños a la salud sexual y reproductiva: Aumenta en los hombres el riesgo de infertilidad e impotencia ya que se dañan las arterias que irrigan al pene y en las mujeres hay alteraciones del ciclo menstrual, la fecundidad, alteraciones durante el embarazo y en la menopausia.
- Úlcera péptica: La relación entre fumar y las tasas de muerte por úlcera péptica está confirmada desde 1967.

Algunos de los componentes tóxicos de los cigarrillos están presentes de manera natural en la planta del tabaco, sin embargo, la mayoría son aditivos. Los aditivos son sustancias que se añaden, durante el proceso de la elaboración a las hojas de tabaco, esto puede ser de manera intencional o no intencional (derivados de los procesos de cultivo o manufactura). Sin embargo, en general se utilizan aditivos de manera intencional con el objetivo de ser mejor aceptados entre los consumidores e incrementar las ventas (17).

Dentro de los aditivos conocidos, el mentol ha cobrado especial relevancia por los efectos que genera. A diferencia de otros aditivos, el mentol se ha utilizado en esta industria desde el año 1920 (18). Una de las finalidades de este producto es atraer a nuevos fumadores, de diferentes grupos de edad (19) generando un efecto analgésico, lo que permite una inhalación más profunda y por ende, una mayor ingesta de nicotina y adicción (17,20). Además del mentol, se ha generado una gama de aditivos saborizantes como chocolate, vainilla y caramelo. La presentación también se ha diversificado. Actualmente tenemos cigarros, cigarrillos, tiparillo, tabaco sin humo (se usa por otros medios p.ej. inhalado), kretek (cigarrillos mezcla de tabaco, clavo y otros sabores), bidis (cigarrillo indio), tabaco de pipa de agua, los cigarrillos con cápsulas (mentol u otros sabores) chicles y pastillas (caramelos, sin tabaco, pero con nicotina) (17,19). Más recientemente se han incorporado productos de tabaco sin combustión o por calentamiento conocidos en Chile como snus. Estos últimos son calentados en vez de tener combustión lo que produce aerosoles que contienen sustancias químicas además de nicotina y varios aditivos. Debido a la novedad de este producto, existe poca información con respecto a los daños a la salud que puede generar, sin embargo, se observa que su composición es similar al cigarro convencional (21,22).

No existe ningún nivel de exposición al humo del tabaco sin riesgo. La mejor medida para prevenir las enfermedades respiratorias y mejorar la salud pulmonar a nivel mundial es reducir el consumo de tabaco y la exposición al humo del tabaco. El tabaco de segunda mano, es decir, aquel humo inhalado por personas no fumadoras también se ha descrito como perjudicial para la salud, pudiendo causar múltiples enfermedades (23), entre otros: daños respiratorios, efectos sobre el desarrollo, cancerígenos y cardiovasculares, como se muestra en el Anexo 1 (24,25). La OMS estima que casi la mitad de los niños (700 millones) del mundo están expuestos al humo de tabaco, de estos más de 40% tienen al menos un progenitor que fuma y en 2004 las muertes de niños atribuibles al humo de segunda mano representaron un 31% de los 6 millones de muertes por esta causa (24).

La evidencia muestra que existe diferencia entre géneros en cuanto a la cantidad y motivos del consumo. Entre los fumadores diarios, se plantea que las mujeres fuman menos cigarros por día y tienen menos dependencia, lo cual podría estar relacionado con las diferencias motivacionales del consumo. Por ejemplo, el consumo de las mujeres tiende a estar ligado a estímulos no nicotínicos como la reducción del estrés y el control de peso, mientras que los hombres tienden a fumar para mantener los niveles de nicotina (26,27). Las diferencias de género también aparecen en los resultados de cesación del consumo donde las mujeres tienen tasas de cesación más bajas

(28). Sin embargo, estos patrones no son los mismos para los fumadores ocasionales (no diarios) por lo que las intervenciones de cesación no pueden ser igual para ambas poblaciones (29).

Aunque el 70% de los fumadores desean dejar de fumar, de ellos sólo el 3% por año lo logran sin ayuda (30).

Cuando se les informa de los riesgos, la mayoría quieren dejar el hábito, pero pocos obtienen ayuda y apoyo para superar la dependencia. Todos los fumadores que abandonan el tabaco obtienen beneficios inmediatos y a largo plazo (31):

- A los 20 minutos, disminuye el ritmo cardiaco y baja la tensión arterial.
- Dentro de las 12 horas siguientes, el nivel de monóxido de carbono en sangre disminuye hasta valores normales.
- Después de 2-12 semanas, mejora la circulación sanguínea y aumenta la función pulmonar.
- En 1-9 meses, disminuye la tos y la dificultad para respirar.
- En 1 año, el riesgo de cardiopatía coronaria es un 50% inferior al de un fumador.
- En 5 años, el riesgo de ataque cerebrovascular corresponde al de un no fumador.
- En 10 años, el riesgo de cáncer de pulmón disminuye hasta ser el 50% del de un fumador, y disminuye también el riesgo de cáncer de boca, de garganta, de esófago, de vejiga y de páncreas.
- En 15 años, el riesgo de cardiopatía coronaria es el de un no fumador.
- Hacia los 30 años de edad: se ganan casi 10 años de esperanza de vida.
- Hacia los 40 años de edad: se ganan 9 años de esperanza de vida.
- Hacia los 50 años de edad: se ganan 6 años de esperanza de vida.
- Hacia los 60 años de edad: se ganan 3 años de esperanza de vida.
- Después de haberse declarado una enfermedad potencialmente mortal: beneficio rápido; las personas que dejan de fumar después de haber sufrido un ataque cardiaco tienen una probabilidad un 50% inferior de sufrir otro ataque cardiaco.

Los sistemas de atención de la salud tienen la responsabilidad principal de tratar la dependencia del tabaco y los programas deberían incluir asesoramiento sobre cómo dejar el tabaco en los servicios de atención primaria de salud, así como prever servicios telefónicos gratuitos de ayuda y acceso a medicamentos de bajo costo.



## 2.2 Consumo de Tabaco en la Estrategia Nacional de Salud

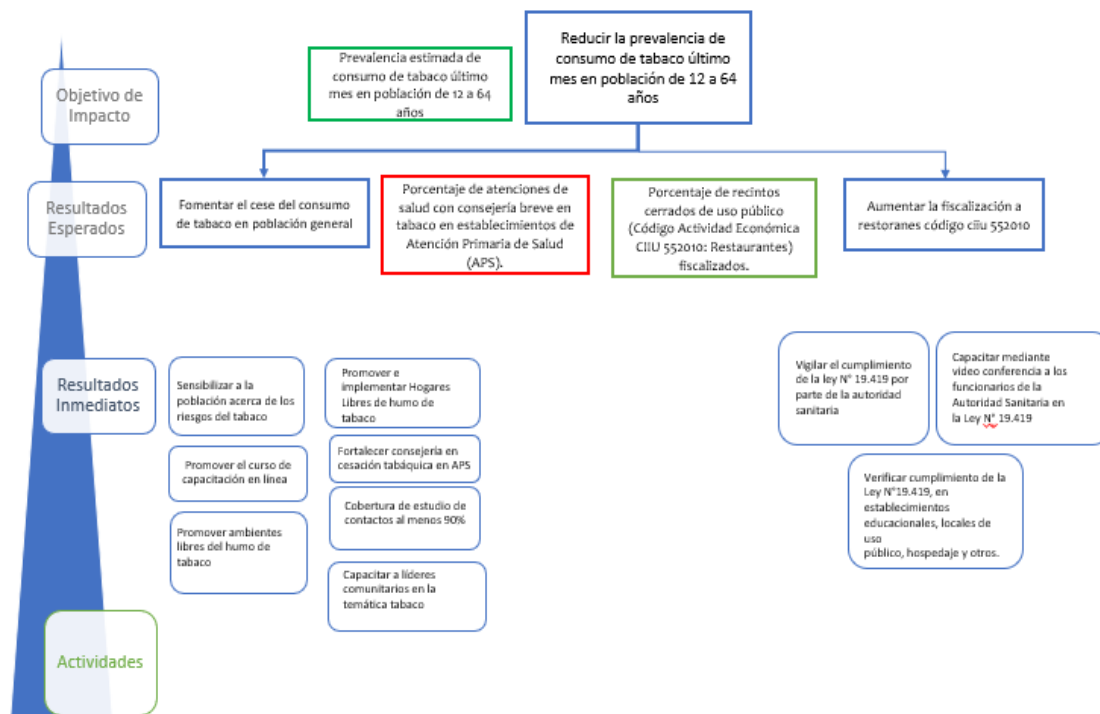
La Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 (1), fue formulada para dar alcance a los objetivos sanitarios de la década, apuntando a i) mejorar la salud de la población, ii) disminuir las inequidades, iii) aumentar la satisfacción de la población y iv) asegurar la calidad de las prestaciones de salud. En razón de ello, cada problema sanitario incorporado contiene una definición de alcances a través de su cadena de resultados, así como una jerarquía de indicadores que dan cuenta de los eventos necesarios de ocurrir para obtener el impacto planificado.

Teniendo en cuenta la prevalencia y la alta carga de enfermedad del consumo de tabaco, este tema de salud fue priorizado en la Estrategia como parte del Eje Estratégico “Hábitos de vida”, contando con un marco de trabajo orientado a reducir el consumo de tabaco en personas de 12 a 64 años. Considerando el curso de la adicción y las recomendaciones para reducirla fueron definidos los siguientes resultados:

- **Objetivo de impacto:** Reducir la prevalencia proyectada de consumo de tabaco de último mes en población entre 12 a 64 años.
- **Resultados Esperado 1:** Fomentar el cese del consumo de tabaco en población general.
- **Resultados Esperado2:** Aumentar y optimizar la fiscalización a restaurantes código ciu 552010.
- **Resultados Inmediatos:** a)Sensibilizar a la población acerca de los riesgos del tabaco en la salud a través de campaña comunicacional, promover curso de capacitación en línea, promover ambientes libres del humo de tabaco, b)promover e implementar Hogares Libres de humo de tabaco de acuerdo a orientaciones técnicas, c)fortalecer consejería en cesación tabáquica, d)capacitar a líderes comunitarios en la temática, e)vigilar el cumplimiento de la ley N° 19.419 por parte de la autoridad sanitaria, f)capacitar a los funcionarios de la Autoridad Sanitaria en la Ley N°19.419, g) verificar cumplimiento de la Ley N°19.419, en establecimientos educacionales, locales de uso público, hospedaje y otros.

La relación causal de resultados para el tema, se resume en la Figura 2.

Figura 2: Cadena de resultados para problema de salud consumo de tabaco.



Fuente: Elaboración propia Departamento Estrategia Nacional de Salud, MINSAL.

### III. OBJETIVOS

#### 1. Propósito

Realizar un Análisis Crítico de los temas incluidos en la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, generando insumos para la toma de decisiones y procesos de priorización en la formulación de los objetivos sanitarios de la próxima década.

#### 2. Objetivo General

Determinar el estado de situación del tema consumo de tabaco en el marco de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020.

### **3. Objetivos Específicos**

- Identificar y analizar indicadores nacionales e internacionales en el tema tabaco.
- Analizar la situación epidemiológica del tabaco en Chile y sus regiones.
- Determinar a partir de la planificación operativa si las acciones implementadas desde el sector contribuyen al logro de los objetivos planteados para el tema.
- Establecer la relación de las acciones priorizadas en los planes operativos y la evidencia disponible.
- Identificar posibles factores que expliquen el estado de cumplimiento de los objetivos del tema en la Estrategia Nacional de Salud.

## **IV. METODOLOGÍA**

El proceso de Análisis Crítico del tema Tabaco, es un trabajo desarrollado desde la División de Planificación Sanitaria (DIPLAS), liderado por el Departamento de Estrategia Nacional de Salud (DENS) y con participación del Departamento de Estadística e Información en Salud (DEIS) y Evaluación de Tecnologías Sanitarias Basadas en Evidencia (ETESA).

Dicho proceso, inició con la instalación de una mesa de trabajo que sesionó semanalmente y en donde se establecieron los énfasis del análisis a partir de lo dispuesto en la Cadena de Resultados (CDR) para el tema. Esta, contó además en forma ocasional con la participación de los referentes técnicos centrales en la medida que fue necesario aclarar situaciones operativas o de disponibilidad de información.

Teniendo en cuenta la gran calidad de la evidencia disponible en cuanto a las intervenciones efectivas para reducir el consumo de tabaco, se decidió dirigir y concentrar los esfuerzos de este análisis en la constitución de la cadena de resultados y sus indicadores. Lo anterior, bajo la premisa de que, es necesario mirar la problemática de tabaco desde la mirada del accionar del sector ya que se encuentran bien establecidos los lineamientos para combatir el tema tabaco.

El proceso de análisis crítico, fue completado en un lapso de 8 semanas y desarrollado a partir de 4 componentes, cada uno con la correspondiente ejecución de procedimientos específicos y que son descritos a continuación.

## 1. Análisis de Indicadores y Epidemiológico.

### Metodología Análisis de Indicadores.

Se revisaron los actuales indicadores que forman parte de la cadena de resultados de la estrategia, indicadores existentes a nivel internacional y potenciales indicadores que podrían surgir a partir del desarrollo en el tiempo de la adicción y los procesos de atención.

Se revisaron además los indicadores de la Organización Mundial de la Salud (OMS) establecidos en su convenio marco para el control de tabaco (CMCT).

### Metodología Análisis Epidemiológico.

Para los análisis por consumo de tabaco se utilizó la metodología descrita a continuación:

- Para todas las mediciones se utilizaron los datos de SENDA (32,33) y Encuesta Nacional de Salud. SENDA desde el 2008 a través del Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile y el mismo Estudio en Población Escolar. Encuesta Nacional de Salud en sus versiones 2009-2010 y 2016-2017 (34,35).
- Para SENDA se realiza entrevista a población de ambos sexos de entre 12 y 64 años de edad en todas las regiones del país. En ésta se registra consumo de tabaco entre otras sustancias (prevalencias, edad de inicio, incidencia, frecuencia, entre otras). En Población Escolar se consideran colegios y alumnos que se encuentran cursando Octavo Básico, Primero Medio, Segundo Medio, Tercero Medio y Cuarto Medio. Ambas mediciones, población general y escolar, se realizan en años pares e impares respectivamente.
- La Encuesta Nacional de Salud es una encuesta poblacional de tipo transversal en población de 15 años y más. En ella, en el módulo tabaco, se pueden extraer datos variados en cuanto a prevalencia, edad de inicio, consejería antitabáquica, motivación para dejar de fumar, cesación, dependencia y exposición al humo de segunda mano.
- Para el análisis de consumo de tabaco actual se utilizaron datos de la Encuesta Nacional de Salud extraídos de la pregunta “¿Actualmente Ud. fuma cigarrillos?” Y se consideraron a aquellos que contestaron afirmativamente a las alternativas 1 y 2 “Si, uno o más cigarrillos al día” y “Si, ocasionalmente”. En cuanto a tabaco diario se utilizó sólo la pregunta 1 y lo proporcionado por SENDA en sus informes.

- En cuanto al indicador de consumo de tabaco vida se extrajo el dato de dos preguntas de la Encuesta Nacional de Salud; 1. “¿Ha fumado por lo menos 100 cigarrillos en toda su vida?” y 2. “¿Actualmente fuma Ud. Cigarrillos?” Si bien la primera va en línea con lo establecido en la OMS, donde una persona que “no ha fumado nunca» o «no fumador» puede definirse como «una persona que no fuma en la actualidad y que ha fumado menos de 100 cigarrillos o el tabaco equivalente en toda su vida», se decidió explorar la información de aquellos que sí han fumado, pero menos de 100 cigarrillos y aquellos que nunca han fumado, especialmente en los más jóvenes, que sería el grupo de interés para observar los cambios de comportamiento en torno al inicio del tabaquismo. La segunda pregunta evaluada nos permite conocer el porcentaje de personas que alguna vez ha consumido productos de tabaco, sin que necesariamente exista un consumo actual. Este es un indicador relativamente estático, ya que registra un consumo en cualquier punto de la vida y esperaríamos que la respuesta no debiese variar entre mediciones.
- La precocidad en la Encuesta Nacional de Salud se calculó tomando en cuenta aquellos que refirieron haber iniciado tabaco (sólo probar o continuar consumiendo) antes de los 15 años. En SENDA se extrajo este dato de la información publicada por ellos en sus informes.
- A fin de conocer el tipo de tabaco consumido por la población, se calculó la proporción de personas que declararon consumir cigarrillos de fábrica en la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 a nivel país y por sexo. Asimismo, se analizó la prevalencia de personas que reportaron consumir cigarrillos de fábrica mentolados y con clic de manera habitual en ambos sexos y por grupos de edad.
- Con la finalidad de estimar el promedio de cigarrillos consumidos por los fumadores que declararon fumar “uno o más cigarrillos al día” se calculó la media del consumo reportado tanto para hombres como para mujeres.
- Para efectos de clasificar la intensidad del hábito tabáquico, se decidió realizar el corte en 10 cigarrillos, tomando en cuenta que, de acuerdo a la literatura, los fumadores entre 1 y 10 cigarrillos diarios, se encuentran en un elevado de riesgo de desarrollar cáncer y se verían altamente beneficiados con la cesación.
- Para efectos de la Encuesta Nacional de Salud se definió como “alta dependencia” a aquel encuestado que declara fumar antes de los 60 minutos después de despertar, de acuerdo a los lineamientos del Test de Fagestrom (36).

- La intención de dejar de fumar se midió a través de la Encuesta de Salud considerando a los que respondieron “sí” a la pregunta “En los últimos 12 meses, ¿ha tratado de dejar de fumar?”.
- Para determinar el acceso a consejería antitabáquica se consideró a quienes respondieron “sí” a la pregunta “¿En los últimos 12 meses, le han aconsejado que deje de fumar en alguna visita al médico u otro profesional de la salud?”
- Con el fin de determinar las posibles diferencias en el acceso a consejería antitabáquica de acuerdo a la previsión en salud, se realizó un cuadro comparativo con la prevalencia de consejerías a fumadores en el sistema público y en ISAPRES.
- El cese del hábito tabáquico, se obtuvo a través de la pregunta “¿cuándo fue la última vez que fumó, es decir desde cuándo no fuma por lo menos un cigarrillo diariamente?”
- Para objetivar las principales razones para dejar de fumar, se obtuvo el dato de la Encuesta Nacional de Salud a través de la pregunta “¿Cuál fue la razón principal por la que Ud. Dejo de fumar?” En ella se le pide a los encuestados que marquen hasta 3 opciones en orden de importancia.
- Para obtener datos de la fiscalización a los restaurantes se utilizó catastro realizado por la SEREMI a finales de cada año.
- Para obtener datos con respecto a la consejería antitabáquica en el sector salud, se utilizaron los Registros Estadístico Mensuales (REM) del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), siendo posible sólo determinar la cobertura en el programa odontológico. Se utilizó como numerador el número de consejerías y en el denominador el total de consultas odontológicas realizadas. También se reportaron los EMPA realizados y cuántos de ellos presentaban tabaquismo como factor de riesgo. Se realizó análisis del 2017 por lo definitivo de los datos en comparación al 2018.
- En cuanto a la experiencia con el humo de segunda mano, se recogieron datos a través de la siguiente pregunta “la última vez que asistió a un café, restaurant, bar, pub, discoteque o casino, ¿vio a alguien fumando al interior del local?” Solo existe información para 2016-2017 a través de la Encuesta Nacional de Salud.

## **2. Análisis de la Planificación Operativa.**

Análisis descriptivo a partir de las actividades dispuestas en los POA 2016, 2017 y 2018. Esto, con el fin de: a) identificar la tendencia de las intervenciones realizadas durante el periodo, b) conocer las características y alcances de dichas intervenciones, c) identificar posibles causas que expliquen los hallazgos encontrados.

Para esto se descargaron desde el SIMPO las planillas Excel que contenían las actividades planificadas e informadas (Plan Real) filtrando a partir de Eje Estratégico “Hábitos de vida” y objetivo de impacto “Disminuir la prevalencia de consumo de tabaco en la población de 12 a 64 años”, estableciendo la distribución de actividades según Resultado Esperado (RE) las que, además, fueron categorizadas según el fin perseguido, en relación con acciones propias de autoridad sanitaria.

Posteriormente, con foco en los Resultados Esperados “Aumentar la fiscalización a restaurantes código ciu 552010” y “Fomentar el cese del consumo de tabaco en población general” se seleccionaron para cada uno los tres resultados inmediatos más prevalentes y se revisaron 3 actividades al azar con sus respectivos medios de verificación (MV). Lo anterior con el fin de realizar una descripción y determinar algunas características de la orientación de las actividades.

## **3. Revisión de la Literatura.**

Dada la solidez de la evidencia científica en cuanto a las medidas más efectivas para reducir el consumo de tabaco es que en este análisis crítico este paso no se realizó, pasando directamente a la etapa de análisis comparativo.

## **4. Análisis Comparativo.**

Análisis de correspondencia entre las intervenciones que son actualmente realizadas en el sector, identificadas a partir de los POA 2016-2018 y aquellas que muestran respaldo de la evidencia, de acuerdo al marco conceptual acordado y con el fin de visibilizar las brechas existentes entre ellas. Se identifica, además, aquella intervención que primando entre las acciones del sector no cuenta con evidencia suficiente para garantizar su impacto en el marco de los alcances propuesto para el tema. Esto, con el fin de que en un momento posterior sea sometida a un análisis de efectividad, el que se espera sea realizado en una fase adicional al actual proceso.

## **5. Limitaciones.**

El proceso de análisis crítico del tema Tabaco, contó con limitaciones asociadas a:

- Representatividad de la información a partir de la planificación operativa anual, toda vez que a pesar de las mejoras incorporadas año a año en cuanto a la planificación, estos aún no contienen la totalidad de las actividades que realizan los organismos. Esto debido a que algunas SEREMIs y Servicios de Salud, sólo incluyen en su planificación las actividades con financiamiento o aquellas que han sido priorizadas dentro del año, por lo que el uso del POA en la red no es homogéneo ni representativo del quehacer del sector.
- Representatividad en cuanto a las actividades de consejería antitabaco en atención primaria en Salud. Dado a problemas de registro sólo fue posible mostrar información con respecto a consejería antitabaco en programa dental.
- Existe un desfase entre el período de tiempo reportado y analizado en este documento y el año de publicación del análisis crítico. Esto debido a la latencia en la disponibilidad de información y revisiones del documento antes de ser socializado. Por ello los hallazgos deben interpretarse como un estado de situación hasta el año de disponibilidad de datos.



## V. RESULTADOS

### 1. Análisis de Situación.

#### 1.1 Análisis de Indicadores.

##### **-Indicadores actuales de la Estrategia Nacional de Salud.**

El tema Tabaco se encuentra incorporado en el Eje Estratégico 3 de hábitos de vida. Su objetivo de impacto es “disminuir la prevalencia de consumo de tabaco en la población de 12 a 64 años”. Este dato se obtiene a través del Estudio Nacional de Drogas en Población general de Chile, encuesta base poblacional, realizada por el Servicio Nacional de Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) cada dos años.

Luego son dos los objetivos a nivel de resultados esperados, vinculados a la fiscalización y el fomento del cese del hábito tabáquico. La Tabla 1 se muestran los resultados esperados con sus indicadores.

Tabla 1: Resultados Esperados e indicadores para Tabaco.

Resultados Esperados	Indicador
Aumentar la <b>fiscalización a restaurantes código ciuu 552010</b>	1. Porcentaje de recintos cerrados de uso público (restaurantes código Clasificación Industrial Internacional Uniforme - ciuu 552010) fiscalizados
Fomentar el cese del consumo de tabaco en población general	2. Porcentaje de atenciones de salud con consejería breve en tabaco en establecimientos de Atención Primaria de Salud (APS)

Fuente: Elaboración propia Departamento de Estrategia Nacional de Salud con base en la Estrategia Nacional de salud 2011-2020

El indicador asociado a la fiscalización de recintos cerrados de uso público intenta dar cuenta de la exposición de la población al humo de tabaco ajeno y al cumplimiento de las leyes que rigen el consumo de este producto en Chile. Este dato se obtiene del Sistema de Información y Apoyo a la Gestión de las SEREMI de Salud (RAKIN) y reportes emanados hacia el nivel central, considerando el número de locales fiscalizados por sobre el universo de locales existentes en el país y regiones.

El segundo indicador trata de medir la exposición de las personas a una intervención destinada a reducir el consumo de tabaco, en consonancia con lo establecido en las directrices del Plan de Medidas para hacer Retroceder la Epidemia de Tabaquismo (MPOWER) de la OMS. Este es un plan integral que contiene las seis medidas más importantes y eficaces de control del tabaco: aumentar los impuestos y precios; prohibir la publicidad, la promoción y el patrocinio; proteger a la gente del humo de segunda mano, advertir a todos acerca de los peligros del tabaco; ofrecer ayuda a quienes quieran abandonar el tabaco, y vigilar atentamente la epidemia y las medidas de prevención (37). El dato del indicador se obtiene de los REM del DEIS.

### **-Indicadores Internacionales.**

El CMCT de la OMS, con el objetivo de facilitar la recopilación de datos y la vigilancia epidemiológica del consumo de tabaco y los indicadores sociales, económicos y de salud relacionados al tabaco, publica un compendio de indicadores (38) en el año 2015, el cual es utilizado por los países adheridos a dicho convenio, entre ellos Chile. En la Tabla 2, se muestran estos objetivos y sus respectivos indicadores:

Tabla 2. Resumen de Indicadores del Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco.

<b>Área</b>	<b>Medición</b>	<b>Componente</b>
Prevalencia del consumo de tabaco en la población adulta	Porcentaje de fumadores actuales	Fumador diario y fumador ocasional o no diario
	Porcentaje de fumadores diarios	Fumador diario de cualquier producto de tabaco al menos una vez al día
	Porcentaje de fumadores ocasionales	Fumador no diario. Incluyen reductores*, ocasionales continuos** y experimentadores***
	Porcentaje de antiguos fumadores	Adultos que fumaban y que no han fumado en un periodo determinado antes de la Encuesta
	Porcentaje de personas que nunca han fumado	Personas que no han fumado ningún producto de tabaco en su vida.
	Promedio del producto de tabaco para fumar más consumido al día entre los fumadores diarios	Promedio total del producto de tabaco para fumar más consumido al día notificado por todos los fumadores diarios del producto de tabaco en cuestión en la población adulta encuestada
Prevalencia del consumo de tabaco entre los jóvenes	Porcentaje de fumadores jóvenes actuales	Joven fumador diario y fumador ocasional o no diario
	Porcentaje de consumidores jóvenes actuales de tabaco sin humo	Joven fumador diario de cualquier producto de tabaco al menos una vez al día

Exposición al humo de tabaco en la población adulta y jóvenes	Porcentaje de adultos y jóvenes expuestos al humo del tabaco en el hogar	Jóvenes adultos que están expuestos al humo de tabaco en sus hogares por cien de la población adulta.
	Porcentaje de adultos expuestos al humo de tabaco en el lugar de trabajo	Número de adultos que están expuestos al humo de tabaco en sus lugares de trabajo por cien de la población adulta
	Porcentaje de adultos expuestos al humo del tabaco en el transporte público	Número de adultos que están expuestos al humo de tabaco en el transporte público por cien de la población adulta
	Porcentaje de jóvenes expuestos al humo de tabaco en lugares públicos	Número de jóvenes expuestos al humo de tabaco ajeno en lugares públicos por cien de la población joven del país
Mortalidad relacionada con el Tabaco	Número total estimado de muertes atribuibles al consumo de tabaco	Proporción de muertes de adultos (30 años de edad y mayores) atribuibles al consumo de tabaco debidas a las principales causas transmisibles y no transmisibles (de acuerdo a listado predeterminado de patologías)
Costos de consumo de Tabaco	Costos directos e indirectos	Costos de morbilidad, mortalidad, años de vida ajustados por discapacidad, atención sanitaria
Suministro de tabaco y productos de tabaco	Volumen total de las ventas libres de impuestos de productos del tabaco	Los productos de tabaco libres de impuesto son aquellos que se venden en zonas francas de aeropuertos
	Volumen total de la producción nacional de tabaco y productos de tabaco	El tabaco y los productos de tabaco es aquel cultivado o fabricado dentro del país.
	Volumen de las exportaciones de tabaco y productos de tabaco	Las exportaciones corresponden al tabaco que se resta de a la producción nacional por ser enviado al extranjero
	Volumen de las importaciones de tabaco y productos de tabaco	Las importaciones corresponden al tabaco que se ingresa a las existencias nacionales
Incautaciones de producto de tabaco	Cantidad de productos de tabaco ilícitos incautados	Corresponde a la confiscación de tales productos por orden de derecho legal. La definición de comercio ilícito está definida en el artículo 1 del CMCT de la OMS.
	Porcentaje de productos de tabaco ilícitos en el mercado nacional	Proporción que representan los productos ilícitos de tabaco en el total de productos de tabaco del país.
Cultivo del tabaco	Número de trabajadores dedicados al cultivo de tabaco	Recuentos de trabajadores o unidades de trabajo anuales

	Proporción del valor de la producción de hoja de tabaco en el producto interior bruto nacional	El producto interior bruto a los precios de compra es la suma del valor bruto agregado a la economía por todos los productores residentes más todos los impuestos sobre los productos y menos los subsidios no incluidos en el valor de los productos.
Tributación de los productos de tabaco	Proporción del precio de venta de la marca más vendida de productos de tabaco que consiste en impuestos.	Contribución exacta de todos los impuestos en el precio de la categoría de precio más popular de los productos de tabaco.
	Impuestos específicos al consumo	Impuestos que grava la venta o producción para la venta de un producto específico dentro de un país, pero, por lo general, no los productos producidos en un país para su venta en el extranjero (exportados).
	Derecho de importación	Es un impuesto sobre un bien seleccionado importado a un país para ser consumido en dicho país.
	Impuestos específicos al consumo	impuesto que grava la venta o producción para la venta de un producto específico dentro de un país, pero, por lo general, no los productos producidos en un país para su venta en el extranjero (exportados).
	Impuesto al consumo ad valorem	Los impuestos ad valorem son un porcentaje del valor base (precio de venta al por menor o el precio del fabricante o el precio de coste).
	Derecho de importación	Es un impuesto sobre un bien seleccionado importado a un país para ser consumido en dicho país
	IVA/IBS/impuesto sobre las ventas	<p>“El IVA o IBS es un impuesto aplicado a una amplia variedad de productos que se basa en el valor añadido en cada etapa de la producción o distribución”.</p> <p>“El IVA es un impuesto «de varias etapas» que se describe como un impuesto deducible, ya que los productores no suelen tener que pagar al gobierno el monto total del impuesto que cobran a sus clientes, ya que se les permite deducir la cantidad de impuestos facturados de sus propias compras de bienes o servicios destinados a un consumo intermedio o a la formación de capital fijo”.</p>
	Asignación de cualquier porcentaje de los ingresos fiscales para la financiación del control del tabaco	“La asignación de cualquier porcentaje de ingresos fiscales para la lucha contra el tabaco indica si el país ha dedicado o no impuestos de cualquier intervención fiscal para influir en el cambio de comportamiento a través de la recaudación de fondos de sensibilización, programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, servicios para dejar de fumar, actividades alternativas económicamente viables al cultivo de tabaco y la financiación de estructuras adecuadas para el control del tabaco”.
Precio de los productos de tabaco	Marcas más vendidas de productos de tabaco para fumar o sin humo	Marca del producto de tabaco para fumar y sin humo más vendida determinada a nivel nacional por la información nacional de la cuota de mercado.

	Precio de venta de un paquete de la marca más vendida	El precio de venta (incluidos todos los impuestos y en moneda local siempre que sea posible) es el precio del producto comprado en una tienda o supermercado de la capital
--	---	--

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de CMCT.

En Chile, a través de SENDA, Encuesta Nacional de Salud y la Encuesta Mundial de Tabaquismo en jóvenes (39), se realiza la medición de las prevalencias de consumo, exposición al humo de tabaco, tipos de productos más consumidos, promedio de cigarrillos y exposición al humo de tabaco en población desde los 12 años. Para los otros indicadores existen diversas fuentes de datos a nivel nacional que podrían dar cuenta de los resultados.

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) utiliza dos indicadores relacionados con tabaco en su análisis del desempeño de los sistemas de salud. El primer indicador corresponde a la prevalencia en mayores de 15 años de fumadores diarios y el segundo a la proporción de individuos de 15 años que fuman a lo menos una vez a la semana. En el análisis del 2017, ninguno de los indicadores fue reportado por Chile (40).

## 1.2 Análisis Epidemiológico.

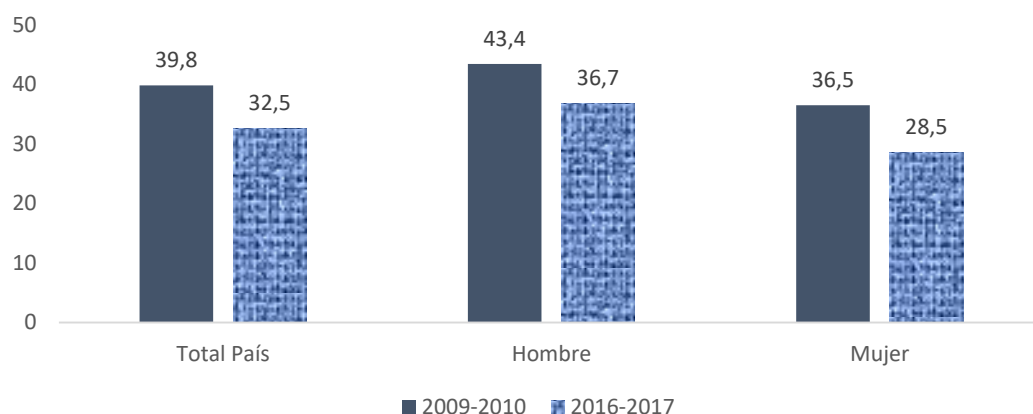
### **-Tabaco actual y diario**

La prevalencia de tabaquismo actual de cualquier producto de tabaco entre los adultos es un indicador importante que se debe utilizar al calcular la carga sanitaria y económica del consumo del tabaco para la sociedad, y también es importante para contribuir al proceso de elaboración de políticas y fundamentar la necesidad de actuar.

#### **a. Consumo actual. Encuesta Nacional de Salud 2009-2010 y 2016-2017. Población 15 a 64 años.**

De acuerdo a la Encuesta 2009-2010 y 2016-2017, en cuanto al consumo actual, se observa una disminución en las prevalencias para el país, en hombres y mujeres (Gráfico 1). Las diferencias serían estadísticamente significativas en el descenso total país y en mujeres al comparar datos de las encuestas 2009-2010 y 2016-2017. Asimismo, la menor prevalencia de consumo de tabaco en mujeres versus hombres es estadísticamente significativa (34,35).

Gráfico 1. Prevalencia (%) de consumo de cigarrillo “actual” total país y sexo. Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, 2016-2017.



Fuente: Elaboración propia en base a Datos publicados de la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010 y 2016-2017.

En cuanto a las regiones, Atacama es la que presenta una mayor prevalencia de consumo de tabaco en la población de 15 y 64 años con un 40,5%; cifra superior a la prevalencia país de 32,5%. En todas las regiones, a excepción del Maule y Tarapacá, la prevalencia es mayor en hombres que en mujeres, esta diferencia es más notoria en las regiones de Bio Bio, la Araucanía y los Ríos donde la prevalencia en hombres casi dobla a la de las mujeres (Tabla 3).

Tabla 3. Prevalencia de consumo actual de Tabaco por sexo y regiones. Población 15 a 64 años. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017.

Región	Hombre		Mujer		Ambos	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Arica y Parinacota	27,8	(19,3-38,1)	24,0	(17,6-31,9)	25,9	(20,5-32,2)
Tarapacá	28,7	(17,2-43,9)	30,0	(24,2-36,6)	29,3	(22,1-37,7)
Antofagasta	36,5	(27,6-46,5)	23,7	(16,9-32,2)	30,5	(24,8-36,8)
Atacama	43,7	(34,6-53,2)	37,1	(26,6-49)	40,5	(34,3-47,1)
Coquimbo	36,1	(25,3-48,5)	27,5	(20,2-36,1)	31,7	(25,4-38,8)
Valparaíso	34,6	(26,7-43,5)	33,2	(26,6-40,6)	33,9	(28,8-39,4)
Metropolitana	39,1	(32,3-46,5)	31,1	(26-36,8)	35	(30,8-39,4)
O'Higgins	42	(31,5-53,4)	34,5	(27,7-42)	38,3	(32,4-44,4)
Maule	24,2	(15,2-36,2)	35,3	(24,7-47,7)	29,8	(22,9-37,8)
Bio-Bío	37,7	(29,9-46,2)	19,1	(14,2-25,2)	28,2	(23,4-33,5)
Araucanía	34,7	(24,3-46,7)	16,3	(10,4-24,5)	25,2	(18,8-33,0)
Los Ríos	30,7	(21,9-41,2)	16,9	(11,6-24,1)	23,8	(18,4-30,2)
Los Lagos	35,4	(25,8-46,3)	23,3	(16,5-31,8)	29,3	(22,9-36,7)
Aysén	36,9	(28-46,8)	32,4	(23,2-43,2)	34,8	(27,7-42,6)

<b>Magallanes</b>	37,0 (27,1-48,1)	34,4 (26,4-43,5)	35,7 (29,2-42,9)
<b>Chile</b>	36,7 (33,3 -40,1)	28,5 (25,8 -31,3)	32,5 (30,4-34,6)

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, Departamento de Epidemiología, MINSAL.

En cuanto a la prevalencia de consumo actual de tabaco por rango de edad, en el año 2016-2017, ésta sería mayor en los grupos de 25-44 años (42,7%) y 45-64 años (30,6%), tanto a nivel país como para hombres y mujeres, a diferencia de la medición 2009-2010 donde el consumo se concentraba entre los 15 a 24 y 25 a 44 años. Asimismo, podemos ver una reducción en la prevalencia de consumo en todos los grupos de edad y en hombres y mujeres. Esta disminución sería mucho más notoria en los grupos de 15-24 años de edad (45,4% a 30%), probablemente asociado a un retraso en el inicio del consumo de tabaco y con ello un retraso en la manifestación de patrones de adicción reflejados en el consumo diario y ocasional de tabaco (ver Tabla 4).

Tabla 4. Prevalencia de consumo actual de tabaco según grupo de edad y sexo. Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, 2016-2017.

	2009-10		2016-17	
	%	IC 95%	%	IC 95%
<b>Hombres</b>	43,4	(39,8-47,1)	36,7	(33,3% -40,1%)
<b>Mujeres</b>	36,5	(33,7-39,4)	28,5	(25,8% -31,3%)
<b>Ambos sexos</b>	39,9	(37,6-42,2)	32,5	(30,4%-34,6%)
<b>15 -24 años</b>	45,4	(40,4-50,4)	30,0	(25,5% - 35%)
<b>25 - 44 años</b>	48,9	(44,7-53,1)	42,7	(38,6% - 46,8%)
<b>45 - 64 años</b>	35,1	(31,3-39)	30,6	(26,7% - 34,7%)
<b>65 + años</b>	12,3	(9,4-16,1)	11,9	(9,1% - 15,4%)

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, Departamento de Epidemiología, MINSAL.

Al mirar más detenidamente el comportamiento de consumo en hombres y mujeres se puede observar una disminución del consumo en todos los grupos de edad, a excepción del grupo de hombres de 65 años y más, donde la prevalencia de consumo aumentó de 10,8% a 15,7%, invirtiéndose la relación observada en el 2009-2010 para este grupo, donde el mayor consumo se visualizaba en mujeres. Sin embargo, no existirían diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de edad, a excepción de aquellos de 15 a 24 años, donde se observa una reducción de un 33% en hombres y un 35% en mujeres (ver Tabla 5).

Tabla 5. Prevalencia de consumo de tabaco actual según sexo y grupo de edad., Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, 2016-2017.

Edad	2009-2010		2016-2017	
	Hombre % (IC 95%)	Mujer % (IC 95%)	Hombre % (IC 95%)	Mujer % (IC 95%)
15-24	48,2 (40,6-55,8)	42,5 (36,3-49,1)	32,5 (25,9-39,9)	27,5 (21,4-34,6)
25-44	54,0 (47,7-60,1)	43,8 (38,5-49,2)	49,5 (43,2-55,8)	35,7 (30,8-40,9)
45-64	36,8 (30,9-43,2)	33,4 (29-38,1)	31,3 (25,5-37,7)	29,8 (25,3-34,8)
65 +	10,8 (6,9-16,6)	13,5 (9,6-18,6)	15,7 (10,9-22,1)	9,0 (6,4-12,7)

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, Departamento de Epidemiología, MINSAL.

#### b. Tabaco diario. Servicio Nacional de Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA). Población 12 a 64 años.

Con respecto a la prevalencia de uso diario de tabaco en población general, se observa entre 2008 y 2012 una tendencia a la baja, que luego se estabiliza en los años 2014 al 2016. Al comparar por tramos de edad se aprecia un descenso en adolescentes con respecto al año 2014, siendo este grupo el que mantiene menores prevalencias al compararlos con el resto de la población general. Esto indicaría que la reducción en el consumo estaría dada principalmente por los más jóvenes.

Al igual que la Encuesta Nacional de Salud en su consumo actual, las prevalencias de consumo diario son mayores en hombres que en mujeres y las mayores cifras se concentran en los grupos de 26 a 44 años (ver Tabla 6).

Tabla 6. Prevalencia de uso diario de tabaco según grupo de edad y sexo. SENDA 2008 al 2016.

Año	Sexo			Tramos de edad				
	Hombre %	Mujer %	Ambos sexos %	12-18 (%)	19-25 (%)	26-34 (%)	35-44 (%)	45-64 (%)
2008	29,9	26,5	28,2	12,7	31,8	33,2	30,9	30
2010	26,4	22,8	24,5	11,1	27,4	29	27,4	26,4
2012	23,8	20,1	21,9	6,4	21	25,6	26,7	26,1
2014	23,2	22,2	22,7	8,4	18,9	25,3	26,5	26,3
2016	22,7	19,7	21,2	5,5	16,5	25,6	27,2	24,3

Fuente: Elaboración propia en base a datos SENDA.



Con el fin de comparar lo obtenido en SENDA en cuanto a la prevalencia de consumo diario de tabaco, se realizó una homologación de los datos, seleccionando para este análisis a aquellas personas que contestaron “sí, uno o más cigarrillos al día” a la pregunta “¿Actualmente usted fuma cigarrillos?”. Nuevamente, encontramos una mayor prevalencia de uso diario de tabaco en los grupos de 25 a 44 y 45 a 64 años (ver Tabla 7). Ambos datos son bastante similares y reflejarían una consistencia en las prevalencias reportadas por ambos instrumentos.

Tabla 7. Prevalencia de uso de tabaco diario por sexo y grupos de edad. Población 15 a 64 años, ENS 2016-2017.

<b>2016-2017</b>			
<b>Edad</b>	<b>Hombre</b>	<b>Mujer</b>	<b>Ambos sexos</b>
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
<b>15-24</b>	22,8 (17-29,9)	14,0 (10-19,2)	18,5 (14,8-22,8)
<b>25-44</b>	36,6 (30,8-42,8)	27,2 (22,5-32,5)	31,9 (28-36,1)
<b>45-64</b>	26,6 (21,2-32,9)	24,3 (20,3-28,9)	25,4 (21,9-29,3)
<b>65+</b>	13,9 (9,2-20,3)	6,7 (4,6-9,8)	9,8 (7,2-13,2)
<b>Chile</b>	28,2 (25,1-31,5)	20,9 (18,5-23,6)	24,5 (22,5-26,6)

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, Departamento de Epidemiología, MINSAL.

**c. Prevalencia Tabaco diario Población Escolar 8°básico a 4° medio. Servicio Nacional de Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA).**

En población escolar, (entre Octavo básico y Cuarto medio), es decir entre 13 a 17 años aproximadamente, de acuerdo al MINEDUC (41), la prevalencia de consumo diario de cigarrillos desciende desde 12,7% en 2009 a 4,3% en 2017. Por sexo, de igual manera que en el estudio anterior, se observan descensos significativos tanto en hombres como en mujeres respecto a la medición previa, llegando a 3,9% y 4,8%, respectivamente. La diferencia observada entre hombres y mujeres en el año 2017 es estadísticamente significativa (32). En el grupo de octavo básico, la prevalencia alcanza a un 1%, aumentando progresivamente en la medida que se avanza en el grupo de edad o y/o curso hasta alcanzar un 8,8% en cuarto medio o 17 años (ver Tabla 8).

Tabla 8. Prevalencia de consumo de tabaco diario, por curso (grupo de edad) y sexo.

Año	Sexo			Curso (edad)				
	Hombre %	Mujer %	Ambos Sexos %	8° (1 a) %	1° (14 a) %	2° (15 a) %	3° (16 a) %	4° (17 a) %
2009	11,6	13,9	12,7	4,3	9,8	14,1	17,9	19,4
2011	7,5	8,7	8,1	2,7	7	9,3	11,2	13,8
2013	7,1	7,5	7,3	2,6	5,9	8	10,5	10,8
2015	5,5	6,5	6,0	1,7	4,2	5,5	9,1	10,8
2017	3,9*	4,8*	4,3*	1,0*	2,7*	3,9*	6,1*	8,8*

\* Variación estadísticamente significativa con respecto al estudio anterior.

Fuente: Elaboración propia en base a datos SENDA.

a=años

### **-Tabaco Vida, edad de inicio y precocidad**

#### **a. Prevalencia de consumo de Tabaco Vida. Encuesta Nacional de Salud 2009- 2010, 2016-2017.**

Al comparar los datos 2009-2010 y 2016-2017, en el grupo de 15 a 24 años, podemos ver una disminución de un 56,3% a un 41,6% en la prevalencia de consumo de tabaco en la vida, la mayor reducción en cuanto a grupos de edad (ver Tabla 9). A nivel país se ve una disminución de un 62,9% a un 57,8%, mucho más significativa en hombres que en mujeres (reducción en hombres de un 16%, reducción en mujeres de un 10%).

Tabla 9. Prevalencia de tabaco vida. Encuesta Nacional de Salud 2009- 2010, 2016-2017. Población 15 a 64 años, pregunta "¿Actualmente usted fuma cigarrillo?", Respuesta sí a "diario, ocasionalmente y he dejado de fumar".

	2009-2010		2016-2017	
	Prevalencia %	IC 95%	Prevalencia %	IC 95%
<b>Hombres</b>	69,0	(65,7-72,1)	64,2	(60,9-67,4)
<b>Mujeres</b>	57,2	(54,3-60)	51,5	(48,5-54,5)
<b>Ambos sexos</b>	62,9	(60,7-65,1)	57,8	(55,5-60)
<b>15-24 años</b>	56,3	(51,3-61,2)	41,6	(36,8-46,5)
<b>25-44 años</b>	68,8	(65,1-72,4)	66,3	(62,5-69,8)
<b>45 a 64 años</b>	66,3	(62,6-69,7)	60,7	(56,7-64,5)
<b>65 años +</b>	48,1	(42,7-53,6)	50,2	(46,1-54,4)

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, Departamento de Epidemiología, MINSAL.

Con respecto al segundo escenario, también se observa una disminución en las prevalencias de consumo de tabaco en la vida al comparar las encuestas 2009-2010 y 2016-2017. Por grupos de

edad se observa que la disminución más importante está en los grupos de 15 a 24 años (35% de disminución), mientras que los otros grupos experimentaron disminuciones más discretas, a excepción del grupo de 65 y más que presenta un alza con respecto a encuesta anterior (Tabla 10).

Tomando como referencia los 100 cigarrillos establecidos por la OMS para el consumo de tabaco vida surge la interrogante de lo que ocurre con aquellos jóvenes que nunca han consumido tabaco en su vida y aquellos que han consumido cigarrillos y que presentan consumo esporádico o por su edad no han podido completar la cuota de 100 cigarrillos. En la tabla 10 se observa que, en ambas mediciones de la encuesta, los adolescentes entre 15 a 19 años, que nunca han probado tabaco aumentó de un 54,7% a un 68,4%, así como también aumentó la cantidad de jóvenes que refiere haber consumido menos de 100 cigarrillos en su vida. Lo anterior es consistente con lo evidenciado en los grupos más jóvenes (Tabla 11).

Tabla 10. Prevalencia de tabaco vida Encuesta Nacional de Salud 2009- 2010, 2016-2017. Población 15 a 64 años, que responde “sí” a pregunta “¿Ha fumado por lo menos 100 cigarrillos en toda su vida?”

	2009-2010		2016-17	
	Prevalencia %	IC 95%	Prevalencia%	IC 95%
<b>Hombres</b>	59,7	(56,2-63,1)	55,2	(51,8-58,5)
<b>Mujeres</b>	46,9	(44,0-49,9)	39,4	(36,4-42,4)
<b>Ambos sexos</b>	53,2	(50,9-55,5)	47,1	(44,9-49,3)
<b>15-24 años</b>	43,1	(38,1-48,1)	28,0	(23,7-32,7)
<b>25-44 años</b>	59,9	(55,8-63,8)	54,6	(50,6-58,6)
<b>45 a 64 años</b>	57,1	(53,2-61,0)	51,3	(47,4-55,1)
<b>65 años +</b>	40,7	(35,3-46,4)	43,5	(39,2-47,9)

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, Departamento de Epidemiología, MINSAL.

Tabla 11. Prevalencia de tabaco vida Encuesta Nacional de Salud 2009- 2010, 2016-2017. Población 15 a 19 años que nunca ha consumido tabaco en la vida y aquellos que han consumido menos de 100 cigarrillos diarios.

	2009-10		2016-17	
	Prevalencia %	IC 95%	Prevalencia%	IC 95%
<b>Tabaco nunca en la vida</b>	54,7	(47,6-61,5)	68,4	(61,2-74,7)
<b>Han fumado menos de 100 cigarrillos</b>	70,7	(63,7-76,8)	83,2	(77,4-87,8)

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, Departamento de Epidemiología, MINSAL.

**b. Prevalencia Tabaco Vida Población general. Servicio Nacional de Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA).**

Similares resultados se pueden observar en lo reportado por SENDA, donde, al 2016, un 64,1% de las personas entre 12 a 64 años habían probado tabaco alguna vez en su vida. Entre los 12 y los 18 años, la prevalencia disminuyó de un 48,4% en el 2008 a un 31,9% en el 2016. Desde los 26 a los 64 las prevalencias se mantienen relativamente estables (ver Tabla 12).

Tabla 12. Prevalencia de tabaco vida. SENDA 2008 a 2016. Población 12 a 64 años.

Año	Sexo		Ambos sexos %	Tramos de edad				
	Hombre %	Mujer %		12-18	19-25	26-34	35-44	45-64
2008	73,7	64,0	68,8	48,4	77,2	75,4	68,7	71,7
2010	62,1	54,3	58,2	31,8	67,1	67,2	61,6	61,2
2012	61,0	54,9	57,9	29,2	60,0	69,7	64,3	62,9
2014	66,5	62,4	64,4	33,1	67,1	71,9	68,3	69,1
2016	66,2	62,0	64,1	31,9	63,1	73,5	73,1	68,1

Fuente: Elaboración propia en base a datos SENDA.

**c. Prevalencia Tabaco Vida Población Escolar. Servicio Nacional de Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA).**

De acuerdo a la Encuesta en Población Escolar 2017, en cuarto medio, el 70,1% de los estudiantes reporta haber probado tabaco alguna vez en la vida. Esta cifra es menor a la reportada en el 2009, con una diferencia de un 11,6%. Por otra parte, todos los cursos muestran una disminución con respecto al 2009, especialmente aquellos en Octavo básico, llegando de 51,2% en 2009 a 27,4 en 2017 (ver Tabla 13).

Tabla 13. Prevalencia tabaco vida. Población escolar. Octavo a Cuarto medio. SENDA.

Año	Sexo		Ambos sexos %	Tramos de edad				
	Hombre %	Mujer %		8° (13a)	1° (14a)	2° (15a)	3° (16 a)	4° (17a)
2009	65,2	71,4	68,2	51,2	64,3	72,6	76,4	79,3
2011	53,9	60,3	57,2	40,9	53,6	62,9	67,1	69,8
2013	54,6	61,5	58,1	39,5	57,4	60,8	68	68,4
2015	53,7	60,6	57,2	37,6	52	61,6	69,4	69,2
2017	46,3	54,7	50,6	27,4	43,9	54	62,4	70,1

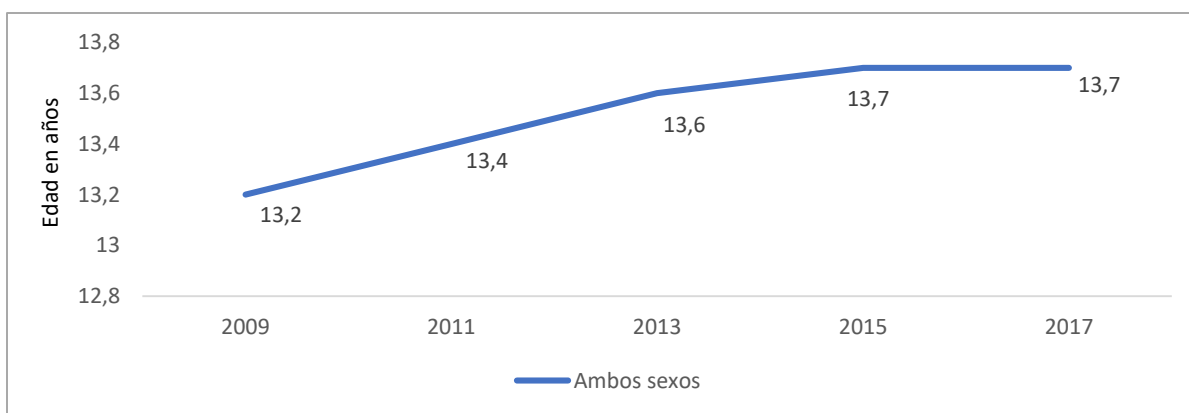
Fuente: Encuesta Nacional de Salud, Departamento de Epidemiología, MINSAL.  
a=años

## **-Edad de Inicio Consumo de Tabaco**

### **a. Servicio Nacional de Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA). Edad de inicio consumo de tabaco Población Escolar.**

Según datos del Octavo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar, la edad promedio de inicio del consumo de tabaco es 13,7 años en mujeres y 13,9 años en varones al 2017. Con respecto a la tendencia, se observa un aumento significativo de la edad de inicio al comparar el año 2009 y 2017, pasando de 13,2 a 13,8 años respectivamente (ver Gráfico 2).

Gráfico 2. Edad de inicio consumo de tabaco. Poblacion Escolar. SENDA 2009 a 2017.



Fuente: Elaboración propia en base a datos SENDA.

### **b. Edad de inicio consumo de tabaco Población 15 a 64 años. Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, 2016-2017.**

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud, la edad promedio de inicio de consumo estaría en los 17 años de edad. Esta diferencia con SENDA podría deberse a tres fenómenos; el primero relacionado con un sesgo de memoria donde la población entrevistada, especialmente en grupos de mayor edad podría tener errores en sus respuestas relacionados a fallas de memoria, un sesgo de supervivencia, donde se realizan conclusiones en base a los sobrevivientes ignorando a quienes fallecieron. En este caso, podemos estar observando una mayor edad de inicio en la muestra simplemente porque, aquellas personas con más inicios precoces de consumo de tabaco ya fallecieron a causa de patologías asociadas al tabaco. El tercer fenómeno podría estar relacionado a un real retraso de la edad de inicio del tabaquismo. Es por lo anterior que se armaron 4 categorías de edad; la primera de 15 a 24 años que representaría a los nacidos en la era de la ley antitabaco, 25 a 34 años era pre ley antitabaco y 35 a 44 años y 45 años y más representando

a aquellos nacidos en era pre ley antitabaco y que, además, en promedio llevarían más de 20 años de hábito (Tabla 14). En el primer grupo de 15 a 24 años el promedio de edad es de 15,5 años, aumentando progresivamente hasta los 18,9 años en los de 45 y más. Esto efectivamente podría dar cuenta del fenómeno antes descrito y la muestra estar dejando fuera a aquellos fallecidos con inicios en edades menores.

Tabla 14. Edad promedio de inicio de consumo de tabaco según generación. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017.

Grupo de edad	Ambos sexos
	Promedio de edad
15-24	15,5
25-34	16,6
35-44	17,5
45 +	18,9

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, Departamento de Epidemiología, MINSAL.

### **-Precocidad**

#### **a. Precocidad de inicio en Población Escolar. Servicio Nacional de Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA).**

En cuanto a la precocidad, entendida como la proporción de estudiantes que inician el consumo (sólo probar, ser fumador ocasional o habitual) antes de los 15 años, ésta llega a un 65,3% en 2017 (66,7% en 2015), estabilizándose respecto a las mediciones anteriores que habían mostrado descensos importantes desde 2011. A pesar de que no se observa una variación a nivel global, existe un descenso estadísticamente significativo en hombres (65,2% en el 2015 a 61,2% en el 2017) (ver Tabla 15).

Con respecto a las regiones, se observa una tendencia al aumento de la precocidad en la medida que se avanza hacia el sur de Chile, presentando la tasa más baja en la región de Arica y Parinacota (59%) y la más alta en la región de Magallanes (72%) (ver Tabla 16).

Tabla 15. Prevalencia de precocidad según sexo y año. SENDA, Encuesta en población escolar 2009 al 2017.

Año	Sexo		
	Hombre	Mujer	Ambos sexos
2009	75,2	78,6	77
2011	72,8	74,7	73,5
2013	67,6	70,2	69
2015	65,2	68	66,7

2017 61,2 68,6 65,3

Fuente: Elaboración propia en base a datos SENDA.

Tabla 16. Prevalencia de precocidad por región. Año 2017. SENDA Encuesta en población escolar.

Región	Precocidad (%)
Arica y Parinacota	59,0
Tarapacá	62,8
Antofagasta	62,4
Atacama	64,3
Coquimbo	64,2
Valparaíso	65,7
Metropolitana	65,1
O'Higgins	65,9
Maule	61,9
Bío-Bío	65,0
Araucanía	66,0
Los Ríos	71,1
Los Lagos	68,5
Aysén	71,2
Magallanes	72,0

Fuente: Elaboración propia en base a datos SENDA.

#### b. Edad de inicio consumo de tabaco y precocidad. Población 15 a 64 años. Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, 2016-2017.

La precocidad en la Encuesta Nacional de Salud se calculó tomando en cuenta aquellos que refirieron haber iniciado tabaco antes de los 15 años. No se observan grandes diferencias entre hombres y mujeres y entre los años medidos. La prevalencia para ambos sexos es similar, solo con diferencias en su intervalo de confianza. Al realizar la desagregación por grupos de edad, volvemos a encontrar un mayor reporte de precocidad en grupos de edad más jóvenes (Ver Tabla 17 y 18).

Tabla 17. Prevalencia de precocidad por sexo. Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, 2016-2017.

Edad	Precocidad 2009-2010		Precocidad 2016-2017	
	%	IC 95%	%	IC 95%
Hombre	40,1%	(34,5-46,1)	39,4%	(35,1-43,8)
Mujer	36,3%	(31,8-41)	37%	(33,1-41,1)
Ambos sexos	38,3 %	(34,6-42,2)	38,3%	(35,5-41,2)

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, Departamento de Epidemiología, MINSAL.

Tabla 18. Prevalencia de precocidad según sexo y generación que reporta. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017.  
2016-2017

<b>Edad</b>	<b>Hombre</b>	<b>Mujer</b>	<b>Ambos sexos</b>
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
<b>15-24</b>	51,7 (40,4-62,9)	49,4 (38,5-60,3)	50,6 (42,6-58,6)
<b>25-34</b>	35,5 (26,9-45,2)	43,1 (33,5-53,4)	38,7 (31,9-45,9)
<b>35-44</b>	37,0 (27,5-47,7)	33,7 (25,2-43,5)	35,5 (29,1-42,4)
<b>45 +</b>	38,8 (33,1-44,8)	31,8 (27,0-37,0)	35,6 (31,9-39,5)
<b>Chile</b>	39,4 (35,1-43,8)	37,0 (33,1-41,1)	38,3 (35,5-41,2)

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, Departamento de Epidemiología, MINSAL.

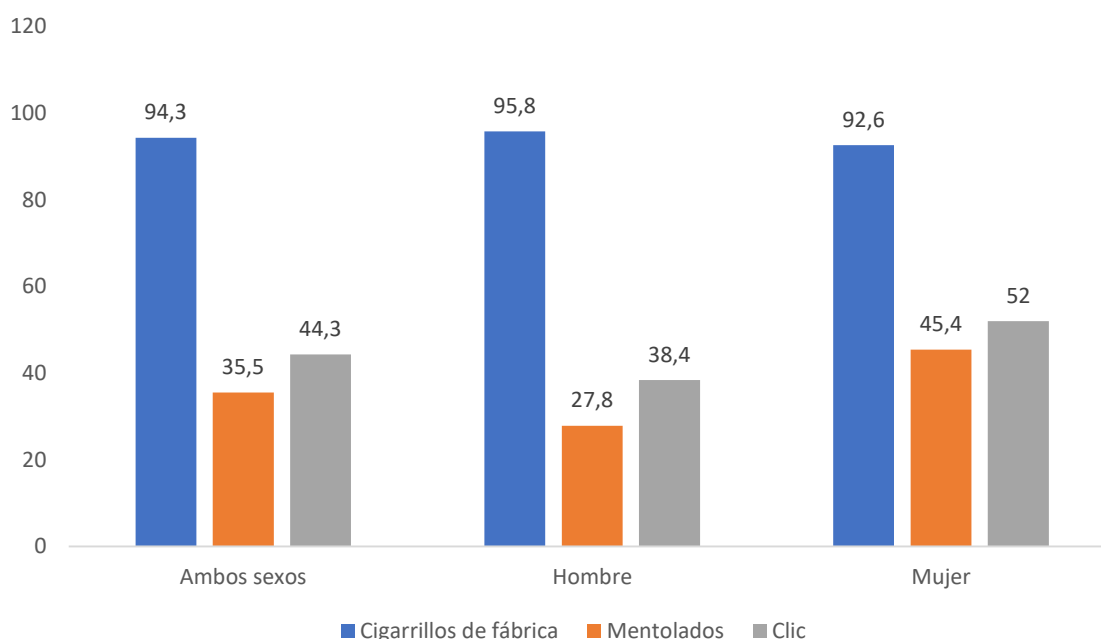
### **-Tipo de Tabaco. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017**

El aditivo de mentol permite disfrazar el olor y sabor del tabaco, activa receptores de frío a nivel neuronal que provocan efectos refrescantes y analgésicos, reduciéndose la irritación de la faringe (42). Esto posibilita a los consumidores realizar inhalaciones más profundas elevándose la incorporación y acumulación de sustancias tóxicas y los niveles de nicotina en el organismo. Los cigarrillos con mentol elevan la dependencia al consumo de tabaco, especialmente en mujeres, jóvenes y población vulnerable (43).

Como resultado se observa que un 94,3% de los fumadores consume cigarrillos de fábrica, y de éstos un 35,5% consume habitualmente mentolados, especialmente las mujeres con un 45,4% (Gráfico 3). En cuanto a los cigarrillos clic, un 44,3% declara consumirlos habitualmente y nuevamente las mujeres son quienes presentan una mayor prevalencia con un 52% (ver Tabla 19).



Gráfico 3. Prevalencia (%) de consumo de cigarrillos de fábrica, mentolados y clic. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, Departamento de Epidemiología, MINSAL.

Tabla 19. Prevalencia (%) de consumo de cigarrillos clic según grupos de edad y sexo. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017.

Edad	Hombre		Mujer		Ambos sexos	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
15-24	58,1	(43,3-71,6)	77,8	(63,7-87,5)	66,7	(55,8-76,1)
25-44	46,0	(37,5-54,6)	56,6	(47,1-65,7)	50,3	(43,8-56,7)
45-64	14,7	(9,4-22,1)	35,3	(26,9-44,4)	24,8	(19,5-31,1)
65 +	17,1	(7,9-33,3)	33,8	(9,9-17,6)	24,3	(14,2-38,3)
Chile	38,4	(32,7-44,3)	52,0	(45,8-58,2)	44,3	(39,9-48,8)

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, Departamento de Epidemiología, MINSAL.

El comportamiento de consumo del cigarrillo mentolado por sexo y grupo de edad sería consistente con lo descrito en la literatura; entre los 15 y 24 años se concentra el mayor consumo de mentolados con un 60,2%, disminuyendo progresivamente con la edad hasta llegar a un 16,9% en el grupo de 65 y más. En cuanto al sexo, las mujeres consumen más cigarrillos mentolados que los hombres, especialmente en el grupo de edad de 15 a 24 años donde alcanzan una

prevalencia de 78,6%. En los grupos de 45 a 64 y 65 y más las mujeres doblan a los hombres en el consumo (ver Tabla 20).

Tabla 20. Prevalencia de consumo de mentolados según grupos de edad y sexo. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017.

Edad	Hombre		Mujer		Ambos sexos	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
15-24	46	(32,6-60,1)	78,6	(65,1-87,8)	60,2	(49,5-70)
25-44	32,2	(24,7-40,8)	50,6	(41,3-59,8)	39,7	(33,4-46,3)
45-64	11,1	(6,4-18,4)	23,6	(17,7-30,8)	17,3	(13,2-22,4)
65 +	7,1	(3,1-15,3)	30,0	(16,4-48,4)	16,9	(9,4-28,5)

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, Departamento de Epidemiología, MINSAL.

### **-Promedio de cigarrillos fumados último mes. Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, 2016-2017**

Para el año 2016-2017 se observa que los hombres declararon haber consumido 11,9 cigarrillos promedio en el último mes y las mujeres 13,6 cigarrillos. El promedio de cigarrillos diarios para ambos sexos fue de 12,7. Estos resultados presentan una variación con respecto al 2009-2010 donde el consumo era mayor para hombres que mujeres y el promedio para ambos sexos era de 10,8, casi 2 menos que para la siguiente medición. Este aumento está dado principalmente por el aumento de consumo en las mujeres (ver Tabla 21).

Tabla 21. Promedio de cigarrillos diarios por sexo. ENS 2009-2010 y 2016-2017.

Sexo	2009-2010	2016-2017
	Promedio de cigarrillos diarios	Promedio de cigarrillos diarios
Hombres	11,7	11,9
Mujeres	10,0	13,6
Ambos sexos	10,8	12,7

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, Departamento de Epidemiología, MINSAL.

### **-Intensidad del hábito tabáquico en fumadores diarios**

Un 29,1% de la población fumadora entrevistada reporta haber consumido 10 o más cigarrillos al día el último mes, con una mayor prevalencia en mujeres (31,1%) que en hombres (27,5%) (Tabla 22). En cuanto a grupos de edad el consumo más intenso se registra en el grupo de 45 a 64 años, grupo con la mayor dependencia y mayor prevalencia de fumadores diarios. En mujeres se mantendría esta tendencia mientras que para hombres el consumo más intenso estaría en el grupo de 65 y más (Tabla 23).

Tabla 22. Consumo de cigarrillos según intensidad y sexo. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017.

Edad	Hombre		Mujer		Ambos sexos	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
<b>1 a 10 cigarrillos</b>	72,5	(66,0-78,2)	68,9	(62,1-74,9)	70,9	(66,2-75,2)
<b>&gt; 10 cigarrillos</b>	27,5	(21,8-34)	31,1	(25,1-37,9)	29,1	(24,8-33,8)

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, Departamento de Epidemiología, MINSAL.

Tabla 23. Prevalencia de fumadores de 10 o más cigarrillos según grupo de edad y sexo. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017.

Edad	Hombre		Mujer		Ambos sexos	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
<b>15-24</b>	25,8	(15-40,7)	23,1	(11,6-40,7)	24,8	(16,3-35,9)
<b>25-44</b>	25,7	(17-37)	30,8	(21,3-42,2)	27,9	(21,1-35,9)
<b>45-64</b>	30,4	(21,9-40,4)	34,8	(26,6-44,1)	32,5	(26,2-39,6)
<b>65 +</b>	32,5	(16,7-53,6)	28,3	(14,5-47,9)	30,8	(20,2-44)
<b>Chile</b>	27,5	(21,8-34)	31,1	(25,1-37,9)	29,1	(24,8-33,8)

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, Departamento de Epidemiología, MINSAL.

### **-Alta Dependencia de Consumo de Tabaco**

La mayor dependencia se observa entre los 45-64 años tanto para hombres como para mujeres, probablemente por las características de drogodependencia y la creciente necesidad de consumo. En los grupos de edad de 25-44 años y 65 años y más, las mujeres superan a los hombres en alta dependencia (ver Tabla 24). Asimismo, se observa una tendencia al alza sostenida en la dependencia de las mujeres en la medida que avanza en edad.

Tabla 24. Prevalencia de alta dependencia al tabaco (fuma antes de los 60 minutos de despertar) por grupo de edad y sexo. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017.

Edad	Hombre		Mujer		Ambos	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
15-24	19,2	(11,1-31,1)	9,4	(4,5-18,5)	14,8	(9,4-22,5)
25-44	17,1	(12-23,8)	22,7	(14,8-33,2)	19,4	(14,6-25,4)
45-64	35,5	(26,5-45,6)	27,8	(20,8-36,1)	31,6	(25,7-38,2)
65 +	19,8	(9,9-35,6)	28,8	(16,2-45,9)	23,7	(15,9-33,7)

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, Departamento de Epidemiología, MINSAL.

### **-Intención de dejar de fumar**

En hombres, quienes más reportan haber intentado dejar de fumar son aquellos en el grupo de 25-44 años, mientras que en las mujeres es el grupo de 15 a 24 años. A nivel nacional, la mayor prevalencia de intención de dejar de fumar se encuentra entre los grupos de 15-24 y 25-44 años. En mujeres el intento de dejar de fumar disminuye con la edad mientras que en hombres existe un aumento de la intención en el grupo de 65 y más (ver Tabla 25).

Tabla 25. Prevalencia de Intención de dejar de fumar según sexo y grupo de edad. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017.

Edad	Hombre		Mujer		Ambos sexos	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
15-24	47,2	(34,6-60,2)	53,8	(40,6-66,5)	50,2	(40,9-59,4)
25-44	55,3	(46,6-63,4)	48,1	(39,2-57,1)	52,3	(45,9-58,6)
45-64	44,3	(33,8-55,3)	47,6	(38,9-56,5)	45,9	(38,8-53,3)
65 +	49,6	(30,1-69,3)	42,4	(28,1-58,1)	46,5	(34,2-59,3)
> 15 años	50,7	(44,9-56,5)	48,7	(43,1-54,3)	49,8	(45,6-54)

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, Departamento de Epidemiología, MINSAL.

### **-Intención de dejar de fumar con alta dependencia**

De igual forma, al observar la intención de dejar de fumar en aquellos con alta dependencia al tabaco podemos ver que en los hombres existe una mayor prevalencia en el grupo de edad de 45-64 años seguido por los de 15-24 años. En mujeres esto se invierte, presentando una mayor intención de dejar de fumar entre los 15-24 años, seguido de los 45-64 años. En el grupo de 25 a 44 años, donde existe una mayor prevalencia de consumo actual y diario, la intención de dejar de

fumar en personas con alta dependencia sería de un 28,9%, una de las menores después del grupo de 65 años y más (Tabla 26). Esto sería consistente con la literatura, ya que, a mayor dependencia a la nicotina, menores son las probabilidades de motivación para intentar dejar de fumar, especialmente en las mujeres (29,44).

Tabla 26. Prevalencia de intención de dejar de fumar con alta dependencia según sexo y grupo de edad. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017.

Edad	Hombre		Mujer		Ambos sexos	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
15-24	32,0	(11,6-62,9)	50	(19,2-80,8)	37,2	(18,4,-60,8)
25-44	30,5	(17,1-48,3)	27,2	(13,9-46,2)	28,9	(18,8-41,7)
45-64	43,2	(27,9-60)	45,6	(8,2-30,5)	44,3	(32,9-56,3)
65 +	12,6	(3,5-36,5)	29,1	(12-55,2)	21,3	(10,4-38,7)
> 15 años	35,2	(25,4-46,5)	36,3	(25,4-48,9)	35,7	(28,3-43,9)

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, Departamento de Epidemiología, MINSAL.

### **-Consejería anti tabáquica**

#### **a. Consejería anti tabáquica a fumadores en la visita al médico u otro profesional de Salud. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017.**

De acuerdo a la ENS 2016-2017, donde se pregunta a la población fumadora si un médico o profesional de salud en los últimos 12 meses le ha aconsejado dejar de fumar se observa que, para ambos sexos, la consejería aumenta en la medida que se avanza en el grupo de edad, siendo más prevalente la consejería en 65 años y más, tanto en hombres como en mujeres. Tomando en cuenta los datos anteriores; intención de dejar de fumar y alta dependencia, podemos ver que los esfuerzos en fomentar el cese del tabaco se están concentrando en las edades más avanzadas, precisamente donde las posibilidades de éxito son menores y la dependencia es mayor. En mujeres en edad fértil (15 a 44 años), donde la intención de dejar de fumar es alta y la probabilidad de ser atendida por un profesional de la salud aumenta, observamos que la consejería presenta las menores prevalencias (45% y 49,1%). En hombres, la prevalencia de consejería sigue siendo menor que las mujeres, probablemente mediado por la oportunidad de encontrar a este grupo haciendo uso de la red asistencial. Esto se puede notar sobre todo en edades jóvenes y productivas (15 a 44 años). Desde los 45 años y probablemente asociado al diagnóstico de

patologías crónicas, la prevalencia aumenta hasta llegar a un 51,6% en los hombres y un 74,4% de las mujeres mayores de 65 años (ver Tabla 27).

Tabla 27. Prevalencia de consejería antitabáquica a fumadores actuales que han asistido a médico en los últimos 12 meses. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017.

Edad	Hombre		Mujer		Ambos sexos	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
<b>15-24</b>	38,0	(24,8-53,4)	45,0	(30,4-60,6)	41,2	(30,9-52,5)
<b>25-44</b>	34,1	(24,5-45,1)	49,1	(38,9-59,4)	40,6	(33,3-48,4)
<b>45-64</b>	46,9	(35,4-58,7)	62,5	(51,8-72)	55,1	(46,6-63,3)
<b>65 +</b>	51,6	(30,4-72,1)	74,4	(57,1-86,4)	61,7	(44,7-76,2)
<b>Todas las edades</b>	39	(32,3-46,2)	54,1	(47,2-60,9)	46,0	(41,1-51,0)

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, Departamento de Epidemiología, MINSAL.

**b. Consejería anti tabáquica a fumadores en la visita al médico u otro profesional de Salud según Sistema previsional de Salud. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017.**

Con el fin de determinar las posibles diferencias en el acceso a consejería antitabáquica de acuerdo a la previsión en salud, se realizó un cuadro comparativo con la prevalencia de consejerías a fumadores en el sistema público y en ISAPRES. De acuerdo a esto, aproximadamente un 50,2% de los fumadores en FONASA han recibido consejería, y un 29,1% en ISAPRES. Esto refleja que el sistema público estaría realizando esta labor en la población que asiste a consultar, sin embargo, se esperaría que todas las personas que refieren fumar reciban las herramientas para cesar el hábito. En ISAPRE, poco más de un cuarto de los fumadores reciben algún tipo de consejería, lo que dejaría a esta población expuesta a continuar con el hábito y con ello aumentar su dependencia y riesgo de patologías asociadas. Si comparamos hombres y mujeres, son estas últimas las que reciben más consejería, independiente de su sistema previsional (Tabla 28).

Tabla 28. Prevalencia de población que sí reciben consejería según sexo y previsión. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017.

Edad	Hombre		Mujer		Ambos sexos	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
<b>Sistema Público (FONASA)</b>	42,9	(35,5-50,7)	57,1	(50-64)	50,2	(44,9-55,4)
<b>ISAPRE</b>	28,1	(16,4-43,9)	31,4	(16,8-50,9)	29,1	(19,2-41,6)
<b>Otros</b>	29,8	(17-46,8)	55,8	(31,7-77,4)	41,2	(25,5-58,8)

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, Departamento de Epidemiología, MINSAL.

**c. Consejería anti tabáquica a usuarios de la red asistencial. Departamento de Estadísticas e información en Salud (DEIS), Registros Estadísticos Mensuales (REM).**

De acuerdo a DEIS, la consejería breve en tabaco es una intervención simple y corta, de carácter individual, personalizada, de 3 a 5 minutos de duración, destinada a valorar estilos de vida saludables y aconsejar un cambio de conducta, en el caso de detectar el consumo de tabaco como factor de riesgo (45). DEIS actúa como repositorio de variada información de las atenciones en la red, reflejadas principalmente en el registro de estadísticas mensuales. En el caso de tabaco, alberga datos acerca de la detección de tabaquismo a través del Examen de Medicina Preventiva del Adulto (EMPA) y de las consejerías antitabaco realizadas en los diferentes programas ofertados en APS, sin embargo, existen inconvenientes a la hora de procesar y extraer los datos, dada la posible duplicación de la información. Es por lo anterior que se decide analizar sólo las consejerías realizadas en Programa de salud bucal y la detección de tabaquismo en usuarios que se realizan EMPA.

**-Detección de tabaquismo en EMPA**

De acuerdo al REM, durante el 2017 se realizaron casi 1,8 millones de EMPA en el país, principalmente en los mayores de 65 años y entre los 15 a 24 años. La mayor detección de tabaquismo se concentra en el grupo entre 15 y 24 años, seguida por 25 a 44 años. En total, el 17,9% de las personas a quienes se les realizó EMPA consumen tabaco (Tabla 29). No existe registro de las posibles derivaciones realizadas y aplicación de consejerías derivadas de esta detección de riesgo.

Tabla 29. Prevalencia (%) de tabaquismo en la aplicación de Examen de Medicina Preventiva del Adulto (EMPA). 2017.

Grupos de edad	N° de personas con tabaquismo detectado	N° de EMPA realizados	% Tabaquismo detectado EMPA
15 a 24 años	37.560	111.682	33,6
25 a 44 años	34.455	97.529	32,1
45 a 64 años	36.315	109.445	25,2
65 años y más	39.467	816.460	4,8
Total	321.808	1.789.882	17,9

Fuente: DEIS, MINSAL

### **-Consejerías Programa Odontológico**

Durante el año 2017 se realizaron 1.337.188 ingresos a tratamiento de odontología general. De éstos el 18,9% recibió consejería antitabáquica, especialmente las mujeres con un 21,7% y luego los hombres con un 15,1%. A nivel país y por grupo de edad, las embarazadas serian quienes más reciben consejería antitabáquica principalmente dado por la cobertura GES de la salud oral en este grupo (Tabla 30).

Para los hombres, las consejerías son más frecuentes en el grupo de 65 años y más, lo cual es consistente con el mayor acercamiento de este grupo al sector salud en ese rango de edad. En los menores de 15 años se realizaron 74.084 consejerías, lo que equivale a un 16,9% de la población ingresada (Tabla 30).

Tabla 30. Consejería breve en tabaco. Programa odontológico 2017, según REM.

	Total	12-14		15 a 19		20 a 64		65 y más		Embarazadas		
		Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer			
Ingresos a tratamiento odontológico	1.337.188	557.966	779.340	214.863	224.510	64.120	91.414	43.223	21.0597	11.361	21.696	133.989
Consejería breve en tabaco	253.150	84.403	168.747	36.319	37.765	22.775	33.740	19.901	89.301	5.407	7.923	59.319



Prevalencia de consejería	18,9	15,1	21,7	16,9	16,8	35,5	36,9	46,0	42,4	47,6	36,5	44,3
---------------------------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

Fuente: Registro Estadístico Mensual (REM), Departamento de Epidemiología, MINSAL.

### **-Cese hábito tabáquico y razones para cesar**

Con respecto al cese del hábito tabáquico, Se observa que un 12,6% lleva menos de un año y un 77,6% más de un año en la medición 2016-2017. De acuerdo a lo publicado en la Encuesta Nacional de Salud, la diferencia sería estadísticamente significativa para quienes llevan menos de un año sin fumar al comparar los datos del año 2009-2010 (20,9%), lo que parecería indicar que el intento de dejar de fumar estaría siendo más eficiente ya que la proporción de los que llevan más de un año está aumentando (34,35) (Tabla 31).

Tabla 31. Prevalencia de cesación hábito tabáquico (% de ex fumadores). Tiempo desde que dejó de fumar.

Edad	Hombre		Mujer		Ambos sexos	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
<1 año	12,7	(8,8-17,9)	12,5	(8,2-18,5)	12,6	(9,6-16,3)
>1 año	76,7	(70,8-81,8)	78,7	(72,7-83,7)	77,6	(73,6-81,2)
No recuerda/ No está seguro	10,6	(7,5-14,8)	8,8	(6,2-12,4)	9,8	(7,5-12,6)

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, Departamento de Epidemiología, MINSAL.

Por edad, se observa que los grupos de edad más jóvenes son aquellos donde más se concentra la prevalencia de ex fumadores con menos de un año desde que cesaron el hábito, especialmente en hombres. Con respecto a aquellos que cesaron hace más de un año, la mayor prevalencia se encuentra en mujeres entre 25 a 44 años y en los hombres mayores de 65 años. Para ambos sexos la mayor prevalencia se encuentra en la población mayor de 65 años (Tabla 32 y 33).

Tabla 32. Prevalencia de cesación de hábito tabáquico (% de ex fumadores) hace más de un año por grupos de edad y sexo. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017.

Edad	Hombre		Mujer		Ambos sexos	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
15-24	47,3	(27,8-67,7)	27,8	(14,8-46,1)	36,6	(24,7-50,3)
25-44	17,8	(10,1-29,3)	14,1	(7,9-24)	15,9	(10,6-23,2)
45-64	7,4	(3,5-14,9)	13,3	(6,9-24,1)	9,8	(6,1-15,3)
65 +	2,1	(0,7-6,3)	0,9	(0,3-2,5)	1,5	(0,7-3,5)
<b>Todas las edades</b>	<b>12,7</b>	<b>(8,8-17,9)</b>	<b>12,5</b>	<b>(8,2-18,5)</b>	<b>12,6</b>	<b>(9,6-16,3)</b>

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, Departamento de Epidemiología, MINSAL.

Tabla 33. Prevalencia de cesación de hábito tabáquico (% de ex fumadores) hace menos de un año por grupos de edad y sexo.

Edad	Hombre		Mujer		Ambos sexos	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
15-24	51,2	(31-71)	70,1	(52,3-83,4)	61,6	(48-73,6)
25-44	73,8	(61,8-83)	83,1	(73,3-89,7)	78,4	(70,8-84,5)
45-64	80,9	(71,6-87,6)	75,6	(64,8-83,9)	78,8	(72,1-84,2)
65 +	82,5	(75,5-87,9)	79,8	(68,8-87,6)	81,2	(74,9-86,2)
<b>Todas las edades</b>	<b>76,7</b>	<b>(70,8-81,8)</b>	<b>78,7</b>	<b>(72,7-83,7)</b>	<b>77,6</b>	<b>(73,6-81,2)</b>

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, Departamento de Epidemiología, MINSAL.

Otra de las preguntas de la Encuesta guarda relación con las principales razones para dejar de fumar reportadas por los entrevistados. El 19,1% enlistó la “propia voluntad como la principal razón”, un 6,1% por sentir molestias o enfermedades por causa del tabaco” y un 5,1% por que “aumentó su preocupación por los efectos dañinos del tabaco”. Solo un 4,6% reportó que la ayuda o consejo de un profesional contribuyo a dejar de fumar, lo que hace necesario indagar en la calidad de las consejerías que se están entregando a la población (Tabla 34).

Tabla 34. Principales razones para cese del hábito tabáquico. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017.

Razones	%
Propia voluntad	19,1%
Sentía molestias o enfermedades por causa del tabaco	6,1%
Aumento su preocupación por los efectos dañinos del tabaco (riesgo para la salud)	5,1%
Ayuda o consejo de un profesional de la Salud	4,6

Ayuda o consejo de un familiar o persona cercana	3,9%
Por embarazo suyo o de su pareja	2,6%
Elevados precios de los cigarrillos o tabaco	1,9%
Restricción de espacios para fumar	1,0%
Ley que regula el consumo de tabaco	0,3%

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, Departamento de Epidemiología, MINSAL.

### **-Fiscalización Ley del Tabaco**

Uno de los puntos de la Estrategia MPOWER es proteger a la gente del humo de segunda mano. Para ello se realiza fiscalización a los restaurantes en base a catastro realizado por la SEREMI a finales de cada año. El medio oficial de reporte es el sistema RAKIN y en él es donde se registra la información y validación de datos. Este es uno de los indicadores de resultado esperado establecido en la Estrategia Nacional de Salud, el cual estaría en cumplimiento. Una inspección contempla que se visite la instalación para verificar el cumplimiento de la normativa (Ley N.º 19.419); verificar que el local se mantiene en funcionamiento y anotar las observaciones pertinentes de no ser así, verificar la correcta aplicación de la normativa de acuerdo a los criterios establecidos en el Manual de Fiscalización y en el caso de constatar una infracción, la Autoridad Sanitaria debe informar el hecho ante el Juez de Policía Local, según corresponda (46).

De acuerdo a lo reportado por la Oficina de Tabaco de DIPOL, al año 2017, un 22,8% de los recintos cerrados de uso público fueron fiscalizados. En cuanto a las regiones, en el mismo año, Los Ríos tendría la mayor proporción de locales fiscalizados con un 30,3% seguido por Aysén con un 24,8% (47) (Tabla 35). Este indicador presenta la limitación de no especificar si año a año existe una meta de fiscalizar a todos aquellos que no han sido fiscalizados en años anteriores, con el fin de abarcar el 100% de establecimientos o es una actividad azarosa y dependiente de otras variables.

Tabla 35. Porcentaje de recintos cerrados de uso público (Código Actividad Económica ciu 552010: Restaurantes) fiscalizados.

Región	2015	2016	2017
Arica y Parinacota	19,7	22,6	22,0
Tarapacá	20,2	23,2	22,2
Antofagasta	27,9	26,3	23,0
Atacama	22,0	26,5	24,1
Coquimbo	20,5	21,4	24,5

Valparaíso	22,4	22,9	22,8
Metropolitana	20,5	22,5	22,1
O'Higgins	21,3	22,3	22,5
Maule	21,8	24,8	22,4
Bío-Bío	21,0	23,8	22,5
Araucanía	19,2	23,4	21,9
Los Ríos	20,6	24,0	30,3
Los Lagos	21,9	24,1	22,8
Aysén	29,7	24,5	24,8
Magallanes	23,8	26,1	23,5
Chile	21,2	23,2	22,8

Fuente: Oficina de Prevención del Consumo de Tabaco, DIPOL.

A nivel de reporte de la población acerca de su experiencia con el humo de segunda mano, se consultó a través de la Encuesta Nacional de Salud la siguiente pregunta "la última vez que asistió a un café, restaurant, bar, pub, discoteque o casino, ¿vio a alguien fumando al interior del local? El 11,8% refirió haber visto alguien fumar en estos lugares. No fue posible comparar la información con el año 2009-2010, ya que la pregunta no se encuentra incluida.

## 2. Análisis de la Planificación Operativa Anual.

### 2.1 Intervenciones y Estrategias desde el Sistema de Salud.

En Chile se ha implementado una ley bajo el estándar del CMCT de la OMS como también el establecimiento de estrategias específicas para dar cumplimiento a este, asociado a la estrategia MPOWER.

El desarrollo de las intervenciones planteadas respecto de este marco, se traducen, año a año, en actividades formuladas y ejecutadas en todos los niveles del sistema, a través de una POA, que, en el supuesto de su cumplimiento, contribuirán en mayor medida a alcanzar los objetivos planteados. De esta manera, se asegura una relación de tributación entre los objetivos de alto nivel para el país (Objetivos Sanitarios de la Década, Objetivos de Impacto) y los Resultados (Esperados e Inmediatos) y se establece un nexo entre la planificación estratégica y la operativa. Las actividades contenidas en el POA reflejan el actuar de la Autoridad Sanitaria en pro de los alcances establecidos en la Estrategia Nacional de Salud y del desarrollo de las acciones que en

ésta fueron priorizadas y que son de resorte en el nivel central de ambas subsecretarías, y en el nivel regional de las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI) y los Servicios de Salud (SS). La coordinación y seguimiento de la planificación operativa anual es realizada por el Departamento de Estrategia Nacional de Salud (DENS) de la División de Planificación Sanitaria (DIPLAS), el que además tiene entre sus funciones, el monitorear y evaluar las metas sanitarias, a través de sus Indicadores.

De acuerdo con esto, en el ejercicio de las funciones de evaluación y monitoreo de la Estrategia Nacional de Salud, se ha podido establecer un estado de “cumplimiento” a nivel nacional para la meta “disminuir la prevalencia estimada de consumo de tabaco último mes en población de 12 a 64 años”, con un resultado de 33,4% al 2016, siendo las Regiones Metropolitana y Los Lagos (prevalencias de 36,1% y 35,1%, respectivamente) aquellas con peor resultado según último dato disponible. En cuanto al indicador “porcentaje de recintos cerrados de uso público que son fiscalizados”, el país y todas las regiones estaría cumpliendo con un porcentaje entre un 22% y un 22,8% (meta 20%). Los resultados del indicador “porcentaje de atenciones de salud con consejería breve en tabaco en establecimientos de Atención Primaria de Salud (APS)” no estaría disponible de manera completa debido a dificultades para la extracción del dato desde el Registro Estadístico Mensual (REM).

Lo anterior pone de manifiesto la necesidad de indagar sobre la tendencia y alcance de las intervenciones estratégicas implementadas para abordar este tema de salud.

En virtud de la existencia del Sistema Informático para la Planificación Operativa (SIMPO) como recurso para hacer seguimiento de dicho proceso, se realizó un análisis descriptivo a partir de las actividades dispuestas en los POA 2016, 2017 y 2018, con el fin de identificar la tendencia de las intervenciones realizadas, y conocer las características y alcances de dichas intervenciones, intentando establecer además las causas de los hallazgos encontrados. Esto teniendo en cuenta las limitaciones antes descritas para la planificación operativa.

De acuerdo a lo anterior, se descargaron desde el SIMPO las planillas Excel que contenían las actividades ejecutadas (POA Ejecutado) para los años descritos, siendo cada una categorizadas según el fin que perseguía la actividad. De esta manera se revisaron 255 actividades para el período (2016-2018). De las 255 actividades sometidas a análisis para el período, 69 estaban relacionadas con el Resultado Esperado 1 “Aumentar la fiscalización a restaurantes código ciu 552010” y 186 con el Resultado Esperado 2 “Fomentar el cese del consumo de tabaco en

población general”, lo que devela una priorización inclinada hacia intervenciones de cese de consumo (ver Tabla 36).

Tabla 36. Distribución actividades Tema Tabaco.

Categoría	2016	2017	2018	Total Período
Total actividades POA Tema Tabaco	57	95	103	255
Total, actividades asociadas RE Aumentar la fiscalización a restaurantes código ciuu 552010	19	28	22	69
Total, actividades asociadas RE Fomentar el cese del consumo de tabaco en población general	38	67	81	186

Fuente: Elaboración propia Departamento Estrategia Nacional de Salud.

## 2.2 Descripción de Actividades Ejecutadas Según Resultado Esperado (RE).

### Actividades relacionadas con RE 1 “Aumentar la fiscalización a restaurantes código ciuu 552010”

Respecto del Resultado Esperado 1 se pudo establecer que para el periodo 2016-2018, el tipo de actividades que más se planifican y ejecutan son las de 1) “Vigilancia del cumplimiento de la ley 19.419 por parte de la Autoridad Sanitaria, correspondientes al 22% de los recintos de uso público cerrados Código ciuu 552010” y 2) “Verificar el cumplimiento de la normativa de tabaco en establecimientos educacionales, locales de uso público y hospedaje”. Esto va en consonancia con las modificaciones a la Ley 19.419 (9), las cuales establecen diversas directrices estampadas en los articulados correspondientes, y todas ellas tienen como principal objetivo proteger a la población, mediante diversas estrategias. Para la observación del cumplimiento de esta Ley, los equipos encargados de la función fiscalizadora de las SEREMI y los inspectores municipales, deben llevar a cabo la fiscalización sanitaria, la cual es en esencia prevención, componente elemental de la salud pública. Pero ésta, a su vez, controla y exige el cumplimiento de las regulaciones legales, reglamentarias y administrativas.

Como ambos resultados inmediatos lo demuestran en su enunciado, el principal enfoque dado es la supervisión y fiscalización del cumplimiento de la ley en cuanto al uso de tabaco en establecimientos. Por otro lado, las que menos se ejecutan son las relacionadas a la capacitación de los funcionarios en la ley. En la Tabla 37 se puede observar la descripción y enfoque de las actividades en cada uno de ellos.

Tabla 37. Enfoque de actividades RE 1 “Aumentar la fiscalización a restaurantes código ciuu 552010”.

Resultado Esperado	Resultado Inmediato	Descripción	Resultados
Aumentar la fiscalización a restaurantes código ciuu 552010 (N=69).	Vigilar el cumplimiento de la Ley 19.419 por parte de la Autoridad Sanitaria, correspondientes al 22% de los recintos de uso público cerrados.	Principalmente enfocado a supervisar y fiscalizar recintos de uso público cerrado. Medios de verificación se presentan como informes consolidados, actas de fiscalización y programación de SEREMI respecto de lo programado y fiscalizado en un periodo x.	En general se cumple con la ley a lo largo de las regiones (de acuerdo a lo observado en regiones que tienen como medio de verificación este detalle). El resto solo informa porcentaje de fiscalización.
	Verificar el cumplimiento de la normativa de tabaco en establecimientos educacionales, locales de uso público y hospedaje.	Principalmente enfocado en supervisar y fiscalizar recintos en general.	Mayoritariamente sólo se reportan informes consolidados y estadísticas.

Fuente: Elaboración propia Departamento Estrategia Nacional de Salud.

Durante la revisión de los medios de verificación que evidenciaban el nivel de cumplimiento de cada establecimiento, fue posible observar que, la Autoridad Sanitaria, al constatar alguna infracción, denuncia el hecho ante el juez de Policía Local competente de acuerdo a la disposición de la Ley (9). De todas formas, los encargados técnicos refieren que aún existe dificultad en ejecutar las sanciones que existe en la actual ley de tabaco. A pesar de la fiscalización, no sería posible realizar sumario sanitario frente a las infracciones a la ley, perdiendo de esta manera los esfuerzos asociados a esta actividad.

### **Actividades relacionadas con RE 2 “Fomentar el cese del consumo de tabaco en población general”**

Respecto del Resultado Esperado 2 se pudo establecer que para el periodo 2016-2018, el tipo de actividades que más se planifican y ejecutan son: 1) “Sensibilizar a la población acerca de los riesgos del tabaco en la salud, a través de campaña comunicacional”, 2) “Fortalecer consejería en cesación tabáquica en establecimientos de atención primaria de salud” y 3) “Promover el curso de capacitación en línea: “Introducción a la Prevención, Control y Cesación del tabaquismo” alojado en <http://minsal.uvirtual.cl>. En la Tabla 38 se observan los alcances de estas actividades.

Tabla 38. Enfoque de actividades RE 2: "Fomentar el cese del consumo de tabaco en población general".

Resultado Esperado	Resultado Inmediato	Descripción	Resultados
Fomentar el cese del consumo de tabaco en la población (N=186).	Sensibilizar a la población acerca de los riesgos del tabaco en la salud, a través de campaña comunicacional.	Enfocado principalmente a sensibilizar jóvenes; universitarios, escolares y campañas de comunicación con difusión de información de tabaco.	Se desconoce el alcance y contenido entregado en las jornadas con jóvenes. En campañas comunicacionales masivas se delimita mejor el contenido entregado y difundido, (SEREMI Magallanes y Arica y Parinacota).
	Fortalecer consejería en cesación tabáquica en establecimientos de atención primaria de salud.	Se realizan auditorías de fichas clínicas para ver cumplimiento de la consejería breve, jornadas de capacitación a funcionarios, videoconferencias, auditoría de EMPA.	Se detectan fallas en el cumplimiento de la consejería breve asociadas particularmente con fallas en los registros, y falencias en la referencia - contrarreferencia de pacientes fumadores detectados a través del examen de medicina preventiva. En el caso de las capacitaciones se desconoce alcance y temario.
	Promover el curso de capacitación en línea: "Introducción a la Prevención, Control y Cesación del tabaquismo" alojado en <a href="http://minsal.uvirtual.cl">http://minsal.uvirtual.cl</a>	Enfocado a difundir curso de la Universidad Virtual a través de ordinarios y correos.	Autoexplicativo.

Fuente: Elaboración propia Departamento Estrategia Nacional de Salud.

En cuanto a estas actividades, vemos que existe un esfuerzo de parte de los organismos de realizar acercamientos a la población escolar y adulto joven con el fin de disminuir y/o evitar el consumo, sin embargo, el impacto de estas campañas no ha sido reportada hasta el momento como parte de un ciclo de monitoreo y evaluación. Asimismo, no se observa seguimiento de la aplicación de consejería breve en los funcionarios para determinar cuánto de lo aprendido en las capacitaciones y cursos se aplica y con qué calidad se ejecutan dichas acciones en APS. Asimismo, de acuerdo a lo encontrado en una de las regiones y en el análisis epidemiológico, existirían fallas en la aplicación de consejería breve antitabáquica en la atención primaria, lo que se traduce en que aquellos susceptibles y dispuestos a dejar de fumar no estarían accediendo a uno de los principales componentes del programa MPOWER.



Los grandes nodos críticos reportados por los encargados de tabaco en nivel central son: la pausa en el avance de medidas estructurales que beneficiarían significativamente a disminuir la carga de enfermedad atribuible al tabaquismo, tales como la optimización de la ley de tabaco, adecuándola aún más a lo que establece el Convenio Marco. De igual forma existiría falta de presupuesto para implementar un programa nacional que implique tratamiento psicológico y farmacológico para el cese del tabaco en todo el territorio nacional.

### **2.3 Análisis de resultados a Nivel Regional.**

Respecto al indicador de Resultado Esperado “porcentaje de atenciones de salud con consejería breve en tabaco en establecimientos de Atención Primaria de Salud (APS)”, no es posible obtener los datos regionales ni nacionales tal cual como lo solicita el indicador ya que existen problemas en la extracción de datos desde REM. Los indicadores asociados al Objetivo de Impacto “Prevalencia estimada de consumo de tabaco último mes en población de 12 a 64 años” y el indicador de Resultado Esperado “Porcentaje de recintos cerrados de uso público fiscalizados”, ambos cuentan con información regional y país de acuerdo a lo reportado por SENDA.

En cuanto a la prevalencia de consumo de tabaco, se observa que las regiones Metropolitana y de Los Lagos son las que presentan mayor prevalencia (36,2% y 35,1%) de consumo de tabaco y aquellas con menor prevalencia son las de Arica y Parinacota (21,5%) y Coquimbo (25,2%), de acuerdo a último dato disponible. Todas las regiones se encuentran con tendencia a la baja, a excepción de Los Lagos que ha presentado alzas sostenidas desde el año 2010 (ver Tabla 39).

Teniendo en cuenta que el Convenio Marco y las directrices de la ley del tabaco poseen una estructura operativa que está dispuesta para todo el país de la misma manera, se decidió explorar desde el POA la tendencia de las actividades en dichas regiones intentando explicar las diferencias en el alcance de las metas. Lo anterior, sin dejar de lado que será en la fase final del análisis que esto pueda tener mayor claridad, cuando se involucren los referentes temáticos a nivel central y regional.

En las cuatro regiones seleccionadas, vemos similitudes en cuanto a la elaboración de informes de fiscalización y reportes de cumplimiento de las metas establecidas, así como también en la realización de campañas antitabaco y capacitación. Una diferencia observada es que la región de Arica y Parinacota realiza informes de evaluación de sus actividades de capacitación y campañas comunicacionales y Coquimbo programa reuniones de coordinación de equipo. Esto podría reflejar

un mejor ciclo de monitoreo y evaluación, lo que permitiría reajustar las estrategias para disminuir el consumo de tabaco, sin embargo, estas inferencias debieran ser evaluadas más en profundidad con los encargados técnicos de nivel central y regional.

Tabla 39. Análisis Regional POA tema Tabaco (2016-2018).

<b>Región</b>	<b>Aumentar la fiscalización a restaurantes código ciu 552010</b>	<b>Fomentar el cese del consumo de tabaco en población general</b>
Región Metropolitana	Total Actividades: 4 Enfoque: Actividades de fiscalización, principalmente reporte de cumplimiento de metas establecidas para el año en curso.	Total Actividades: 12. Enfoque: Informes de capacitación a funcionarios, monitoreo de pacientes ingresados a programas antitabaco y reporte de campaña antitabaco realizada.
Los Lagos	Total Actividades: 3 Enfoque: Informe cumplimiento meta fiscalización de establecimientos.	Total Actividades:9 Enfoque: Informe de campaña comunicacional anti tabáquica, promoción de curso Uvirtual, monitoreo de la consejería breve en establecimientos.
Arica y Parinacota	Total de actividades:8 Enfoque: Informe de cumplimiento de fiscalización a restaurantes y establecimientos educacionales. Capacitación a fiscalizadores.	Total de actividades:12 Enfoque: Informe de capacitación a profesionales de la Salud e informes de campañas educacionales.
Coquimbo	Total de actividades:3 Enfoque: Actividades de fiscalización, principalmente reporte de cumplimiento de metas establecidas para el año en curso.	Total de actividades:14 Enfoque: Campañas comunicacionales antitabaco Reuniones de coordinación de equipo.

Fuente: Elaboración propia Departamento Estrategia Nacional de Salud.

### 3. Análisis Comparativo

A partir de la tendencia de las intervenciones priorizadas en el sector respecto del tema de salud tabaco que arrojó el análisis de la planificación operativa y las intervenciones identificadas en la evidencia publicada, se realizó un proceso comparativo entre estas. El que, además, incorporó lo descrito en guías de práctica clínica a nivel nacional e internacional.

El objetivo de este componente fue establecer la correspondencia entre las intervenciones realizadas en el sector, identificadas a partir de los POA 2016-2018, las identificadas en la revisión de la literatura, y aquellas que muestran respaldo de la evidencia a nivel mundial y local, de modo de establecer la brecha existente.

Es así que se observó que la mayoría de las actividades de la planificación operativa relacionadas a fomentar el uso del tabaco se encuentran dirigidas a capacitar el personal de salud a través de

cursos disponibles en la Red, campañas comunicacionales de concientización, auditorías a la ejecución de consejerías anti tabáquicas y fiscalización de diferentes establecimientos para observar en terreno el cumplimiento de la ley. La estrategia MPOWER establece que las medidas efectivas para reducir el consumo de tabaco son aquellas dirigidas a aumentar los impuestos y precios; prohibir la publicidad, la promoción y el patrocinio; proteger a la gente del humo de segunda mano, advertir a todos acerca de los peligros del tabaco; ofrecer ayuda a quienes quieran abandonar el tabaco, y vigilar atentamente la epidemia y las medidas de prevención. De acuerdo a los hallazgos, el sector está trabajando activamente en crear conciencia acerca del tabaco y proteger del humo de segunda mano a través de la fiscalización, sin embargo, no existe documentación en la planificación operativa que nos oriente acerca del impacto, la calidad y el contenido de la información entregada en estas intervenciones. Asimismo, podemos evidenciar una brecha en lo que respecta a asistir a las personas en la cesación del tabaco ya que existen serios nodos críticos en la referencia y contrarreferencia de pacientes fumadores, así como una falente red de apoyo a la cesación a través de programas (48). En la actualidad se está implementando un programa piloto de cesación del hábito tabáquico en la atención primaria en salud, que tiene como propósito implementar acciones sanitarias que refuercen las prestaciones regulares de salud de los establecimientos de atención primaria, para contribuir a la cesación del consumo de tabaco, a través de intervenciones biopsicosociales y tratamiento farmacológico, en el marco del modelo de salud Integral, con enfoque familiar y comunitario. Este programa estará dirigida a usuarios de la red mayores de 18 años, fumadores y que deseen participar de un programa de cesación. El programa de cesación tabáquica será desarrollado en los centros de la Atención Primaria de Salud (APS) correspondientes a los Servicios de Salud Metropolitano Oriente y Occidente. Esta estrategia considera intervenciones médicas, psicosociales (grupales e individuales) y farmacológicas tales como Bupropion y Vareniclina. Asimismo, se realizará seguimiento telefónico por Salud Responde. Este programa se inicia con la aplicación de un instrumento de tamizaje ASSIST, instrumento que levanta información del consumo de tabaco y categoriza el riesgo según su patrón de consumo. Si el patrón de consumo es de riesgo intermedio la actividad indicada es una intervención breve o consejería. Para las personas con un patrón de consumo de alto riesgo de tabaco corresponde la derivación directa al programa de cesación tabáquica. Las personas con patrón de consumo de riesgo moderado también pueden acceder al programa de cesación si manifiestan su motivación para ingresar. En este momento la intervención se encuentra en etapa de evaluación.

En este sentido, y de acuerdo a lo encontrado en la planificación operativa y los documentos, se propone explorar la siguiente pregunta “¿Es efectiva la capacitación en consejería, dirigida a los profesionales de salud, para incentivar la cesación del hábito tabáquico en la población?”. El análisis de efectividad respecto a la pregunta planteada será realizado en un momento posterior al Análisis Crítico, contando con las posibles condiciones que son necesarias para que la intervención sea efectiva. Además, se pretende que ese material pueda aportar como insumo para posibles intervenciones del Plan de la próxima década.

## **VI. CONCLUSIONES**

El tabaquismo es un problema de salud pública en Chile y dada su alta prevalencia sigue siendo un importante desafío para el sector salud, por cuanto se asocia fuertemente a varios de los principales grupos de causas de muerte en el país.

En cuanto a los logros asociados al tema, respecto del indicador de impacto, se observa que las prevalencias de consumo último mes en tabaco, en la población de 12 a 64 años presentan una disminución marcada entre los años 2008 y 2010 para estabilizarse en el 2012 (34%) hasta llegar a un 33,4% el 2016. Tomando en cuenta la meta establecida a inicio de la Estrategia Nacional de Salud, ésta se encontraría en estado de cumplimiento.

Con respecto a las características de los fumadores, podemos ver que la prevalencia es mayor en hombres que en mujeres, sin embargo, son estas últimas quienes fuman más cigarrillos en promedio cuando el consumo reportado es diario. Asimismo, las mujeres en edad joven (15-24 años), son quienes presentan un mayor consumo de cigarrillos mentolados y clic, los cuales está demostrado generan una mayor adicción y dependencia. El grupo de edad de 25 a 44 años son quienes reportan la mayor prevalencia de tabaquismo, seguidas por el grupo de 15 a 24 años. Este último sería también el grupo de edad con mayor voluntad de dejar de fumar, sin embargo, es el grupo donde menos se realiza la consejería breve antitabáquica. A la edad de 17 años, aproximadamente un 70% de los adolescentes ya ha probado tabaco en su vida, lo cual nos indica que estamos llegando tarde o no estamos haciendo de manera suficiente oportuna las intervenciones destinadas a frenar el consumo de esta sustancia.

Existe una tendencia del sector en el mayor desarrollo de acciones orientadas a dar cumplimiento al Resultados Esperado “Fomentar el cese del consumo de tabaco en población general” en contraste con un menor desarrollo de “Aumentar la fiscalización a restaurantes código ciiu 552010”.

En el primero, las acciones están concentradas en capacitar a los equipos de APS a través de cursos disponibles en la Red, campañas comunicacionales de concientización y auditorías a la ejecución de consejerías anti tabáquicas, siendo este último punto donde más nodos críticos se detectaron, especialmente ligado a fallas en los registros y falencias en la referencia y contrarreferencia de pacientes fumadores detectados a través del examen de medicina preventiva. Asimismo, si bien existe un curso disponible en la Universidad Virtual que entrega las herramientas a los profesionales para ser consejeros, se desconoce el impacto que éste tiene en quienes asisten y en los pacientes ya que no existe un adecuado ciclo de monitoreo y evaluación de las estrategias.

En el resultado esperado asociado a fiscalización, el enfoque se encuentra principalmente en reportar el monitoreo de las fiscalizaciones a establecimientos con respecto a la Ley del tabaco, presentando un estado de cumplimiento de la meta al año 2018.

Los indicadores actualmente presentes, si bien lograron dar respuesta en su momento a algunos aspectos relevantes de la Ley del Tabaco, en la actualidad no permitirían recoger las necesidades actuales observadas en este análisis crítico

## **RECOMENDACIONES**

Tomando en consideración los resultados obtenidos en las distintas etapas del proceso de análisis crítico se recomienda incluir el Tema Consumo de Tabaco dentro de la Estrategia Nacional de Salud para la próxima década, esto dada su alta prevalencia y la complejidad que involucra el cambio de conducta en cuanto al cese y a la intención de nunca consumir tabaco en el ámbito vida.

Respecto al análisis epidemiológico, dadas las dificultades encontradas para la medición de algunos indicadores, y la suficiencia de estos para recoger las necesidades del sector con respecto al tema, parece necesario replantearse cómo realizar el monitoreo y la evaluación del desempeño del sistema de salud en el enfrentamiento de la problemática tabaco.

Un marco de evaluación podría establecer indicadores de:

- Desempeño del sistema de atención (identificación de fumadores en la consulta y de su nivel de dependencia y motivación, derivación a consejería antitabáquica, tasa de éxito de cesación).
- Desempeños en prevención (acceso de niños, adolescente y población general a programas educativos en prevención del tabaquismo).

Además, se observó que es necesario realizar una evaluación de la calidad de las consejerías que ya se realizan en la Red, considerando que sólo un pequeño porcentaje de aquellos que abandonaron refieren que dicha intervención fue una de las principales razones de cesación.

Por otro lado, si bien la planificación operativa es una herramienta que permite ordenar y orientar las intervenciones del sector salud, ésta aún no incorpora la totalidad de las acciones que son realizadas. De esta manera, se considera necesario el fortalecimiento constante de la misma, y la incorporación de actividades relacionadas con el quehacer de la Red en la temática, especialmente aquellas orientadas a la educación en los niños y jóvenes, antes que el primer consumo se produzca, es decir, entre los 8 y 13 años, así como también en las acciones de referencia y contrarreferencia de los pacientes con consumo moderado y de riesgo. De acuerdo al trabajo actual de la oficina de tabaco, sería interesante plantear indicadores que tuvieran dicho enfoque en consideración; en este caso potenciar la comunicación de riesgos para la salud y la implementación de entornos libres de humo de tabaco.

## **PRÓXIMOS PASOS**

Los próximos pasos de este Análisis Crítico se orientarán en la exploración y determinación de la efectividad de aquellas intervenciones que estando presentes en el POA y en el análisis inicial de intervenciones, no cuentan con un respaldo claro de la literatura. Lo anterior con el objetivo de determinar si las acciones del sector salud y sus alcances son suficientes para el cumplimiento de las metas en todos los niveles. Es en este sentido que, de acuerdo a lo evidenciado en la búsqueda, nos enfocaremos en responder la siguiente pregunta: ¿Es efectiva la capacitación en consejería, dirigida a los profesionales de salud, para incentivar la cesación del hábito tabáquico en la población? Se espera que esta etapa sea completada durante el primer semestre de 2020. Por último, como componente adicional a este proceso, se pretende realizar un análisis de pertinencia de los hallazgos presentados en este informe, por parte de los referentes temáticos tanto a nivel nacional como regional, además de un grupo de expertos en el tema. Para esto fue elaborado un instrumento de consulta, el que fue sometido a una prueba piloto junto a referentes regionales y de nivel central, de forma tal que se recolectaron las observaciones y se hicieron ajustes en cuanto a pertinencia, coherencia y redacción. Con este paso se pretende resguardar una mirada integral y completa de la problemática expuesta, en miras de realizar una propuesta sólida de mejora para el próximo Plan Nacional de Salud.

## VII. REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2020 [Internet]. 1ª. Santiago: MINSAL; 2016 [cited 2019 Jul 10]. 103 p. Available from: <https://www.smaule.cl/dig/epidemiologia/EPIDEMIOLOGIA/2017/EstrategiaNacionalSalud/PlanSalud2016/Plan%20Nacional%20de%20Salud%202016.pdf>
2. Ministerio de Salud. Metas 2011-2020. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Decada 2011-2020. [Internet]. Santiago: MINSAL; 2011 [cited 2019 May 20]. 426 p. Available from: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>
3. Ministerio de Salud. Unidad 1: Aspectos relevantes de la Planificación Sanitaria en Chile. In: Cápsula Autogestionada: Gestión basada en resultados en la Estrategia Nacional de Salud [Internet]. Santiago: MINSAL; 2019 [cited 2019 Nov 1]. Available from: <http://minsal.uvirtual.cl/>
4. Marianela Armijo. Manual de Planificación Estratégica e Indicadores de Desempeño en el Sector Público (Versión Preliminar) [Internet]. Área de Políticas Presupuestarias y Gestión Pública ILPES/CEPAL; 2009 [cited 2019 Oct 2]. Available from: [https://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/3/38453/manual\\_planificacion\\_estrategica.pdf](https://www.cepal.org/ilpes/noticias/paginas/3/38453/manual_planificacion_estrategica.pdf)
5. Organización Mundial de la Salud. Tabaco [Internet]. OMS. 2019 [cited 2019 Aug 2]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
6. Universidad de la Frontera, Ministerio de Salud, Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria. Radiografía del Tabaquismo en Chile. Muerte, enfermedad y costos atribuibles al tabaco para el año 2013. Santiago de Chile; 2015.
7. Ministerio de Salud. Nueva Ley de Tabaco:Ley 20.660 Publicada en Diario Oficial el 8 de febrero de 2013. Santiago de Chile; 2013.
8. Organización Mundial de la Salud. Contribución de la Secretaría del Convenio. OMS. 2019;
9. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol. Ley N° 19.419. Regula Actividades Relacionadas con el Tabaco [Internet]. Santiago, Chile; [cited 2019 Aug 2]. Available from: <http://www.senda.gob.cl/quienes-somos/normas-vinculadas/ley-no-19-419-regula-actividades-relacionadas-con-el-tabaco/>
10. Ministerio de Salud. Ley N° 20.105. Modifica la Ley N° 19.419, en materias relativas a la publicidad y el consumo del tabaco [Internet]. Santiago, Chile; 2006 [cited 2019 Nov 1]. Available from: <http://bcn.cl/1uwbu>
11. Ministerio de Salud, División de Políticas Públicas y Promoción. Qué es el Tabaquismo [Internet]. 2015 [cited 2019 Aug 2]. Available from: <https://dipol.minsal.cl/oficinas-2/tabaco/que-es-el-tabaquismo/>

12. Organización Mundial de la Salud. No dejes que el Tabaco te quite la respiración. Elige salud no tabaco. 31 de mayo, día mundial sin tabaco. [Internet]. WHO; 2019 [cited 2019 Nov 1]. 11 p. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/world-no-tobacco-day/6188-whontd19-brochure-es-meo20190522.pdf>
13. Ministerio de Salud de Argentina. Programa Nacional de Control del Tabaco. Efectos del tabaco en la salud [Internet]. [cited 2019 Nov 1]. Available from: <http://www.msal.gob.ar/tabaco/index.php/informacion-para-ciudadanos/efectos-del-tabaco-en-la-salud>
14. Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Adicción al tabaco. ¿Cuál es el alcance y el impacto del uso del tabaco? [Internet]. NIH; 2011 [cited 2019 Aug 4]. 11 p. (Serie de Reportes de Investigación). Available from: [https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/rstabaco\\_0.pdf](https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/rstabaco_0.pdf)
15. American Cancer Society. Riesgos para la salud debido al tabaquismo. [Internet]. 2018 [cited 2019 Aug 4]. Available from: <https://www.cancer.org/es/cancer/causas-del-cancer/tabaco-y-cancer/riesgos-para-la-salud-debido-al-tabaquismo.html>
16. Samet JM. Los riesgos del tabaquismo activo y pasivo. Salud Pública México. 2002 Jan;44:s144–60.
17. German Cancer Research Center. Improvement of youth and consumer protection by revision of the EU Tobacco Product Directive 2001/37/EC [Internet]. Heidelberg; 2010 [cited 2019 Aug 4]. 40 p. (Red Series Tobacco Prevention and Tobacco Control; vol. Volume 16). Available from: [https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/RoteReihe/Band\\_16\\_Tobacco\\_Product\\_Directive\\_en.pdf](https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/RoteReihe/Band_16_Tobacco_Product_Directive_en.pdf)
18. Gardiner PS. The African Americanization of menthol cigarette use in the United States. Nicotine Tob Res [Internet]. 2004 [cited 2019 Aug 4]; Available from: [https://academic.oup.com/ntr/article-abstract/6/Suppl\\_1/S55/1124544](https://academic.oup.com/ntr/article-abstract/6/Suppl_1/S55/1124544)
19. World Health Organization. The Scientific Basis of Tobacco Product Regulation [Internet]. Geneva: WHO; 2007 [cited 2019 Aug 4]. Available from: [https://www.who.int/tobacco/global\\_interaction/tobreg/who\\_tsr.pdf](https://www.who.int/tobacco/global_interaction/tobreg/who_tsr.pdf)
20. Garten S, Falkner RV. Role of mentholated cigarettes in increased nicotine dependence and greater risk of tobacco-attributable disease. Prev Med. 2004 Jun 1;38(6):793–8.
21. Unidad de Prevención del Tabaquismo, Ministerio de Sanidad C y BS. Productos de Tabaco por Calentamiento: Consideraciones de tipo sanitario y legal [Internet]. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2019 [cited 2019 Aug 4]. Available from: [http://www.msbs.gob.es/va/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/docs/Informe\\_productos\\_tabaco\\_calentado.pdf](http://www.msbs.gob.es/va/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/docs/Informe_productos_tabaco_calentado.pdf)
22. World Health Organization. Heated tobacco products (HTPs) information sheet [Internet]. World Health Organization; 2018 [cited 2019 Aug 2]. Available from: [https://www.who.int/tobacco/publications/prod\\_regulation/heated-tobacco-products/en/](https://www.who.int/tobacco/publications/prod_regulation/heated-tobacco-products/en/)



23. Centers for Disease Control and Prevention. Health Effects of Secondhand Smoke | CDC [Internet]. CDC; 2018 [cited 2019 Aug 2]. Available from: [https://www.cdc.gov/tobacco/data\\_statistics/fact\\_sheets/secondhand\\_smoke/health\\_effects/index.htm](https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/secondhand_smoke/health_effects/index.htm)
24. Organización Mundial de la Salud. ¿Afecta el humo de tabaco a los no fumadores? [Internet]. World Health Organization; 2012 [cited 2019 Aug 2]. Available from: <https://www.who.int/features/qa/60/es/>
25. Organización Panamericana de la Salud. Exposición al humo de tabaco ajeno en las Américas: Una perspectiva de derechos humanos [Internet]. Washington D.C.: OPS; 2006 [cited 2019 Aug 3]. 51 p. Available from: [https://www.chilelibredetabaco.cl/descargas/centrodoc/Humo\\_ambiental\\_DDHH\\_OPS\\_2006.pdf](https://www.chilelibredetabaco.cl/descargas/centrodoc/Humo_ambiental_DDHH_OPS_2006.pdf)
26. Perkins KA. Smoking cessation in women. Special considerations. *CNS Drugs*. 2001;15(5):391–411.
27. Allen AM, Scheuermann TS, Nollen N, Hatsukami D, Ahluwalia JS. Gender Differences in Smoking Behavior and Dependence Motives Among Daily and Nondaily Smokers. *Nicotine Tob Res*. 2016 Jun;18(6):1408–13.
28. Scharf D, Shiffman S. Are there gender differences in smoking cessation, with and without bupropion: pooled- and meta-analyses of clinical trials of Bupropion SR [Internet]. Centre for Reviews and Dissemination (UK); 2004 [cited 2019 Aug 3]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK70456/>
29. Hyland A, Borland R, Li Q, Yong H-H, McNeill A, Fong GT, et al. Individual-level predictors of cessation behaviours among participants in the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tob Control*. 2006 Jun;15 Suppl 3(Suppl 3):iii83–94.
30. Ministerio de Salud Pública de Uruguay. Manual Nacional de Abordaje del Tabaquismo en el Primer Nivel de Atención [Internet]. 2009 [cited 2019 Aug 3]. 31 p. Available from: <https://www.who.int/fctc/reporting/Annexsixurue.pdf>
31. Organización Mundial de la Salud. OMS | Los efectos benéficos principales de dejar de fumar [Internet]. WHO. [cited 2019 Aug 3]. Available from: <http://www.who.int/tobacco/quitting/benefits/es/>
32. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA). Décimo Segundo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile, 2017. 8º Básico a 4º Medio [Internet]. Santiago, Chile: Observatorio Chileno de Drogas; 2018 [cited 2019 Jul 18]. Available from: <http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2019/01/ENPE-2017.pdf>
33. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA). Décimo Segundo Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2016 [Internet]. Santiago, Chile: Observatorio Chileno de Drogas; 2017 [cited 2019 Jul 18]. Available

from: [http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/media/estudios/PG/2016\\_Estudio\\_Drogas\\_Poblacion\\_General.pdf](http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/media/estudios/PG/2016_Estudio_Drogas_Poblacion_General.pdf)

34. Departamento de Epidemiología, División de Planificación Sanitaria, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 Primeros resultados [Internet]. Santiago de Chile: Ministerio de Salud de Chile; 2017. Available from: [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17\\_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf)
35. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud 2009-2010. [Internet]. MINSAL; 2010 [cited 2019 Jun 27]. Available from: <http://epi.minsal.cl/encuesta-ens-antteriores/>
36. Bello S S, Flores C A, Bello S M, Chamorro R H. Diagnóstico y tratamiento psicosocial del tabaquismo. *Rev Chil Enfermedades Respir*. 2009;25(4):218–30.
37. Organización Mundial de la Salud. MPOWER un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo [Internet]. OMS; 2008 [cited 2019 Aug 3]. 41 p. Available from: [https://www.who.int/tobacco/mpower/mpower\\_spanish.pdf](https://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_spanish.pdf)
38. Organización Mundial de la Salud. CMCT de la OMS. Compendio de indicadores [Internet]. 1ª. 2015 [cited 2019 Aug 3]. Available from: [https://www.who.int/fctc/reporting/who\\_fctc\\_indicator\\_compendium\\_1st\\_edition\\_es.pdf?ua=1](https://www.who.int/fctc/reporting/who_fctc_indicator_compendium_1st_edition_es.pdf?ua=1)
39. Ministerio de Salud. Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes (EMTJ) 2016 [Internet]. 2017 Oct [cited 2019 Aug 3]; Santiago, Chile. Available from: [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/10/EMTJ2016\\_17\\_10\\_2017\\_VF.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/10/EMTJ2016_17_10_2017_VF.pdf)
40. OECD. Health at a Glance 2017: OECD Indicators [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2017 [cited 2019 Aug 28]. 220 p. Available from: [https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017\\_health\\_glance-2017-en#page3](https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017_health_glance-2017-en#page3)
41. Ministerio de Educación. Decreto Exento N° 1126 [Internet]. 2017. Available from: [https://www.ayudamineduc.cl/sites/default/files/decreto\\_exento\\_no\\_1126.pdf](https://www.ayudamineduc.cl/sites/default/files/decreto_exento_no_1126.pdf)
42. U.S. Food and Drug Administration. Preliminary Scientific Evaluation of the Possible Public Health Effects of Menthol Versus Nonmenthol Cigarettes. 2013.
43. Chile Libre de Tabaco, Fundación EPES. Cigarrillos de Mentol: El disfraz del tabaco para crear niños/as y adolescentes adictos. Santiago de Chile; 2011.
44. Acuña A. M, Acuña A. M. El Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud. *Rev Chil Enfermedades Respir*. 2017 Sep;33(3):180–2.
45. Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), División de Planificación Sanitaria, Ministerio de Salud. Manual Series REM 2018. Versión 1.0 [Internet]. 2018 [cited 2019 Aug 4]. Available from: <http://extranet.deis.cl/wp-content/uploads/2018/02/Manual-Series-REM-V1.0-2018.pdf>

46. Ministerio de Salud. Formulario de Indicadores de Desempeño Año 2016 [Internet]. MINSAL; 2016 [cited 2019 Aug 13]. Available from: [http://www.dipres.gob.cl/597/articles-144633\\_doc\\_pdf.pdf](http://www.dipres.gob.cl/597/articles-144633_doc_pdf.pdf)
47. Departamento de Estrategia Nacional de Salud. Resultado Indicadores de Salud - SIMPO [Internet]. 2019 [cited 2019 May 30]. Available from: <http://simpo.minsal.cl/monitoreo/indicadores>
48. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2019. Country profile Chile [Internet]. 2019 [cited 2019 Nov 3] p. 10. Available from: [https://www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country\\_profile/chl.pdf?ua=1](https://www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country_profile/chl.pdf?ua=1)