

DISEÑO DE UN PROGRAMA PARA LA CESACIÓN DEL CONSUMO DE TABACO Y ATENCIÓN DEL TABAQUISMO EN JAVESALUD IPS

PRESENTADO POR:

**EDITH ESPERANZA ISEA
INGRID VIVIANA ALFONSO
JENNY CRISTINA NARANJO**

TUTORES DE LA PRÁCTICA:

**DRA. NELCI BECERRA
DR. NELSON ARDON**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y ADMINISTRATIVAS
ESPECIALIZACION GERENCIA HOSPITALARIA
NOVIEMBRE DE 2017**

TABLA DE CONTENIDO

1.	INTRODUCCION	3
2.	JUSTIFICACIÓN.....	5
3.	MARCO TEÓRICO.....	9
3.1.	FACTORES ASOCIADOS AL CONSUMO DEL TABACO	10
3.2.	IMPORTANCIA DE TRATAR EL TABAQUISMO.....	14
3.3.	CONVENIO MARCO DE LA OMS PARA EL CONTROL DEL TABACO	15
3.4.	ESTRATEGIAS MPOWER	16
3.5.	MARCO LEGAL	18
4.	DESCRIPCION GENERAL DEL PROYECTO	22
4.1.	OBJETIVOS.....	24
5.	OBJETIVOS FASE I	25
6.	CRONOGRAMA FASE I	26
7.	METODOLOGÍA FASE I.....	27
8.	RESULTADOS FASE I.....	29
8.1.	ÁRBOL DE CAUSAS.....	29
8.2.	ÁRBOL DE CAUSAS QUE SE PUEDEN INTERVENIR.....	30
	ÁRBOL DE EFECTOS	31
8.3.	ÁRBOL DEL PROBLEMA.....	32
8.4.	ARBOL DE OBJETIVOS.....	33
8.5.	MATRIZ DEL MARCO LÓGICO	36
9.	CONCLUSIONES	59
10.	BIBLIOGRAFÍA.....	60
11.	ANEXOS	62

1. INTRODUCCION

El consumo de tabaco en la actualidad es una problemática que afecta a la población en todo el mundo, cada país ha definido diferentes estrategias para combatir esta problemática, que afecta al ser humano desde varios ámbitos como la salud, el ambiente, su entorno social y cultural. Es por esto que desde la Organización Mundial de la Salud OMS se ha establecido como una de las principales prioridades, para generar estrategias que busquen disminuir el consumo de tabaco y ofrecer a los fumadores intervenciones terapéuticas que permitan mitigar los diversos factores de riesgos asociados.

De acuerdo con el informe de la OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo - 2017, en el último decenio, 121 países que corresponden al 63% de la población mundial, han introducido en sus programas alguna medida MPOWER, enfocadas al control del consumo del tabaco. Cada 2 años aproximadamente 15 países han logrado mejorar el nivel de medidas, lo cual indica que existe alguna protección normativa enmarcada en las mejores prácticas, demostrando el interés de los gobiernos y la sociedad contra la lucha antitabaquica.¹

Sin embargo, 2700 millones de personas siguen sin protección contra las enfermedades, la discapacidad y la muerte que provocan el tabaquismo y la exposición al humo ajeno, o contra los daños económicos, ambientales y sociales. Más de 1000 millones de personas en todo el mundo siguen consumiendo productos de tabaco, y el precio que se paga en enfermedades, muerte y otros daños seguirá siendo enorme, a menos que los países continúen acelerando las estrategias para detener esta problemática. En cuanto a Colombia², el tabaquismo es responsable del 15,9% de todas las muertes que se producen en el país cada año. Esto representa, 26.460 muertes por año que podrían ser evitadas; el mayor peso de

¹ Informe OMS Sobre La Epidemia Mundial De Tabaquismo, 2017

² Ministerio de salud de Colombia (2017). *Programa para la cesación del consumo de tabaco y atención del tabaquismo*. Bogotá, Colombia.

estas muertes está dado por las enfermedades cardiovasculares, la EPOC, el cáncer de pulmón, otros cánceres y el tabaquismo pasivo.

De acuerdo con este contexto, se hace relevante para el país continuar con el fortalecimiento de estrategias que permitan mejorar los resultados en salud de la población, donde se integren los diferentes actores del sistema de salud tales como aseguradores, instituciones prestadoras de servicios y la comunidad en general.

Es así, que se las instituciones de salud deben promover la información sobre los efectos negativos del consumo, los beneficios de dejar de fumar, y proporcionar atención de manera efectiva y oportuna, con el fin de minimizar los riesgos asociados al consumo.

Con el fin de contribuir con la disminución de esta problemática, se considera la necesidad del diseño e implementación de un programa para la cesación del consumo de tabaco y atención del tabaquismo en Javesalud IPS que permitirá aplicar los lineamientos y requerimientos del Ministerio de Salud, en el marco de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) del nuevo Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS). Para ofrecer intervenciones individuales y comunitarias enfocadas a brindar tratamiento basado en la evidencia a las personas identificadas como fumadoras, y prevenir el inicio de consumo en los adolescentes asistentes a los servicios, fortaleciendo los esfuerzos en materia de control de tabaco y atención del tabaquismo que permita aportar a las políticas públicas del país.

2. JUSTIFICACIÓN

El tabaco es la primera causa de discapacidad y muerte por enfermedad crónica prevenible, y es responsable de alrededor de 4,9 millones de muertes cada año a nivel mundial. Se espera que para el año 2020 ocurran 8,4 millones de muertes asociadas a este factor si no se toman medidas para su control; los países en desarrollo soportarán la mayor carga, con más del 70% de las defunciones proyectadas³. En el año 2030, o quizás un poco antes, la proporción será de 1 de cada 6 adultos, lo que equivale a 10 millones de defunciones anuales.⁴

En Colombia, hasta el 2013 no se habían realizado análisis económicos que evaluaran el costo-efectividad y el impacto al presupuesto de salud de las terapias farmacológicas para la cesación del tabaquismo. Los costos al sistema de salud por las enfermedades cardiovasculares como el infarto agudo al miocardio, la enfermedad pulmonar obstructiva, el cáncer de pulmón, entre otras, fueron estimados en \$4,2 billones de pesos, lo que equivale a un 0,6% del producto interno bruto (PIB) de Colombia para el año 2013.⁵

En el año 2013 se realizó el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas y cuyo objetivo general fue “Estimar la magnitud del consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, entre la población de 12 a 65 años de edad” para el cual la población estuvo conformada por la población de 12 a 65 años de edad, de hogares particulares y pertenecientes a los distintos estratos socioeconómicos; para ese año según el Censo General de 2005 el universo que formó parte del Estudio contaba con una población urbana de aproximadamente 23

³ Guindon GE, Boisclair D. 2000, Tendencias pasadas, presentes y futuras del consumo de tabaco. Documento de trabajo de salud, nutrición y población. N° 6 de la serie Aspectos económicos del control del tabaco., Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

⁴ Organización Panamericana de la Salud. La epidemia de tabaquismo. Los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco, 2000, Washington. Recuperado: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/173241/1/La%20Epidemia%20del%20Tabaquismo.pdf>.

⁵ Salazar Fajardo Lida Janeth, Henríquez Mendoza Giana, Instituto nacional de Cancerología ESE, 2016, CESACIÓN TABÁQUICA: Compilación de las recomendaciones actualizadas para Profesionales de la salud en Colombia. Bogotá, D.C.

millones de personas entre las edades establecidas (12 a 65 años) por lo cual se estableció una muestra de 32.605 personas.⁶

Con respecto al consumo de tabaco se obtuvieron los siguientes resultados:⁴

Tabla 1.
Indicadores de consumo de tabaco según sexo

SEXO	PREVALENCIA			INCIDENCIA	
	Vida	Año	Mes	Año	Mes
Hombres	53,61	22,90	18,84	2,84	1,13
Mujeres	31,18	9,89	7,40	1,25	0,54
Total	42,07	16,21	12,95	1,88	0,77

Los datos presentados representan una significativa cantidad de personas de acuerdo a la muestra seleccionada para el estudio y demuestran la importancia de establecer estrategias orientadas a lograr la cesación del tabaco.

Gobierno Nacional de la República de Colombia (2013). Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas. Colombia

Adicionalmente, se conocen los siguientes datos acerca del tabaquismo en Colombia:⁵

En Colombia el tabaquismo ocasiona una importante cantidad de muertes, enfermedades y costos sanitarios. El mayor peso está dado por la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), las enfermedades cardíacas, y cánceres. El impacto del tabaquismo en la mortalidad y en la calidad de vida es responsable en forma directa de la pérdida de 789.587 años de vida cada año y explica el 16,1% de todas las muertes que se producen en el país en mayores de 35 años. Esto representa 32.088 muertes por año que podrían ser evitadas, que representan el 29% del total de muertes por patologías asociadas al tabaquismo en un año en Colombia.⁷

El tabaquismo genera además un costo directo anual de \$4,685 billones (pesos colombianos), lo que equivale al 0,59% de todo el producto bruto interno (PBI) del país y al 8,14% de todo el gasto público en salud anual. El aumento del precio de

⁶ Gobierno Nacional de la República de Colombia (2013). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas*. Colombia

⁷ Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria. El tabaquismo en Colombia. Junio 2017, Buenos Aires, Argentina. Disponible en: www.iecs.org.ar/tabaco

los cigarrillos a través de impuestos es reconocido en el mundo como la medida más costo-efectiva para reducir su consumo, la recaudación impositiva por la venta de cigarrillos (\$477 mil millones anuales) cubre apenas el 10% de los gastos directos que el cigarrillo provoca en el sistema de salud.

Según la OMS el consumo de tabaco produce la muerte de la mitad de las personas que tienen el hábito de fumar, además de esto indican que es la principal causa de empobrecimiento, enfermedad y muerte.⁸

En la Ley 1335 de 2009 de Colombia se establecen políticas públicas para la prevención del consumo del tabaco y acerca de la publicidad y venta de cigarrillos lo cual contribuye a impulsar y fortalecer las estrategias que se utilizan en la Clínica para dejar de fumar.⁹

De acuerdo con el Convenio Marco para el Control de Tabaco CMCT, las enfermedades no transmisibles son el principal factor de muerte global y continúan aumentando de manera importante, siendo el consumo de tabaco el principal factor de riesgo evitable en este tipo de enfermedades, constituyendo un riesgo para la mayoría de las principales causas de muerte en el mundo, como enfermedad coronaria, cerebro vascular, EPOC, tuberculosis, cáncer de tráquea y pulmón. Por tanto, cada país debe adoptar medidas que mitiguen oportunamente el riesgo del consumo de tabaco.¹⁰

No solo basta con las alianzas gubernamentales, el cumplimiento de los compromisos pactados y la implementación de las recomendaciones para la cesación, sino que se requiere que los tomadores de decisiones asignen recursos de forma eficiente, priorizando intervenciones que muestren la mejor relación entre los costos y resultados en salud y que sean viables desde el punto de vista del

⁸ Organización Mundial de la Salud (2017). Nota descriptiva: Tabaco. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>

⁹ Ley 1335. Ley antitabaco. Diario Oficial 47.417 de julio 21 de 2009. Colombia, Julio 2009

¹⁰ Organización Mundial de la Salud (2003). *El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco*. Geneva, Switzerland

presupuesto en salud, teniendo en cuenta los ahorros potenciales que ocurren a largo plazo por beneficios en salud.¹¹

El diseño e implementación de un programa para la cesación del consumo de tabaco y atención del tabaquismo en Javesalud IPS , permite aportar a la comunidad información sobre la importancia de una vida saludable, teniendo como base la prevención del consumo de tabaco en población no fumadora y la cesación del tabaco en las personas que ya tienen este hábito; esto conlleva a la reducción de patologías relacionadas con el consumo de tabaco y con la exposición al humo de tabaco ambiental, y por ende a la promoción de la salud de la población en general, lo cual a su vez contribuye en impacto positivo en el sistema de salud.

Teniendo en cuenta la necesidad de establecer estrategias que mitiguen el riesgo de la enfermedad en Colombia, el Ministerio de Salud crea el Programa para la Cesación del Consumo de tabaco y atención del Tabaquismo¹²; donde se fijaron las siguientes metas: A 2021, se incrementan los servicios de cesación de tabaco en el 80% de los departamentos (Plan decenal de salud Pública de 2012-2021) y disminuir la mortalidad prematura de las enfermedades no transmisibles entre 30-70 años (Plan decenal de salud Pública de 2012-2021).²

El programa es un modelo mediante el cual se desarrollan estrategias dependiendo de la persona a quien se trate: en personas no fumadoras se orienta y realizan asesorías con la finalidad de garantizar que la persona no tome la decisión de iniciar con el hábito del tabaquismo, en personas ya fumadoras se interviene multidisciplinariamente en varias etapas, cada una de las cuales tiene una finalidad específica para llegar a un objetivo común: la cesación del tabaco.¹³

¹¹ Gamboa GOA. 2015, Estudio de costo-efectividad e impacto al presupuesto de las terapias farmacológicas para la cesación del tabaquismo en Colombia. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; Colombia.

¹² Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. PROGRAMA PARA LA CESACIÓN DEL CONSUMO DE TABACO Y ATENCIÓN DEL TABAQUISMO. Colombia, 2017. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/programa-cesacion-tabaco.pdf>

¹³ Becerra, Nelci et al (2011). *Modelo de una clínica para dejar de fumar en la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.*

3. MARCO TEÓRICO

TABAQUISMO

Según Segismundo, Jimenez y Riesco (2012) “Aunque hay autores que aseguran que el tabaco era conocido por los persas y egipcios desde antes del descubrimiento de América, no existe constancia escrita de este hecho. Las primeras noticias sobre el tabaco en el mundo Occidental provienen de 1492, cuando Cristóbal Colón llegó a la isla Guanahaní, en el continente americano, donde los indios lo recibieron ofreciéndole unas hierbas que bien podrían ser tabaco”. Esto indica que el consumo del tabaco data de épocas antiguas evolucionando en forma y presentación con el paso del tiempo, Inicialmente el tabaco era considerado como un hábito desagradable consumido por personas de bajos recursos o pertenecientes a bajas clases sociales; sin embargo, con el paso del tiempo el consumo del tabaco se ha incrementado a nivel mundial.¹³

El consumo de tabaco comenzó desde hace siglos, pero fue hasta el siglo XIX cuando los cigarrillos comenzaron a fabricarse en enormes cantidades lo que contribuyó a la expansión a nivel mundial del hábito del consumo de tabaco, por lo cual, los gobiernos notaron la posibilidad de incrementar ingresos a través de la producción del tabaco dado que su consumo se expandió progresivamente. Debido a que el tabaco además de ser un producto que se consume también representa una fuente de ingresos se ha vuelto complejo el control del consumo a pesar de conocerse las consecuencias y los riesgos a los que están expuestos no solo los consumidores directos sino también las personas que se encuentran a su alrededor y el medio ambiente.¹⁴

En el año 1615 se conocieron referencias acerca de las propiedades terapéuticas del tabaco para tratar cierto tipo de enfermedades principalmente el asma y hacia 1872 se describieron los efectos farmacológicos del tabaco sobre otras patologías del aparato digestivo, sistema nervioso, respiratorio, digestivo entre otros.

¹⁴ Solano Reina, S., Jiménez Ruiz, C. A., & Riesco Miranda, J. A. (2012). *Manual de tabaquismo*. [Barcelona] Elsevier Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica c2012

Según Pérez de los Cobos. et al. (2006) “la adicción al tabaco constituye una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad en los países desarrollados y está constituyendo en el momento actual un problema sanitario de dimensiones dramáticas en los países en vías de desarrollo”. Así mismo, refieren que “De las más de 4000 sustancias identificadas en la planta y humo del tabaco, la nicotina es la responsable de la adicción que produce su consumo, independientemente de otros componentes o de la manipulación industrial que pueda modificar, aumentando su capacidad adictiva. La falta de nicotina produce en el fumador una serie de síntomas y signos que conforman el síndrome de dependencia nicotínica y que cumple los criterios para considerarla como tal y contribuye al problema de salud que supone el tabaquismo”.¹⁵

Debido a que el tabaco además de ser un producto que se consume también representa una fuente de ingresos se ha vuelto complejo el control del consumo a pesar de conocerse las consecuencias y los riesgos a los que están expuestos no solo los consumidores directos sino también las personas que se encuentran a su alrededor y el medio ambiente. La industria tabacalera, en su búsqueda por permanecer posicionada en el mercado, se ha dedicado a ignorar y luchar en contra de la evidencia científica que demuestra los daños personales y colectivos que ocasiona el cigarrillo.¹⁶

3.1. FACTORES ASOCIADOS AL CONSUMO DEL TABACO

Como afirma Segismundo R., Jimenez C. (2012) la OMS calcula que morirán más de 150 millones de personas por la adicción al tabaco en los próximos 25 años; por lo cual dicho hábito se considera la principal causa de muerte prevenible en el mundo y por tanto un problema de salud pública que requiere intervención.

¹⁵ Pérez de los Cobos Peris, J. C. (2006). *Tratado SET de trastornos adictivos*. Madrid, España Colegio Iberoamericano de Trastornos Adictivos SET Editorial Médica Panamericana c2006.

¹⁶ Organización Panamericana de la Salud (2000). *La epidemia del tabaquismo*. [Washington D.C.] The International Bank for Reconstruction

La Sociedad Española de Toxicomanías indica la importancia de conocer los procesos de incidencia, prevalencia y abandono del tabaquismo; refiriendo que la incidencia (o el inicio del hábito) se produce en la mayoría de los casos durante la adolescencia y generalmente viene dado por presiones sociales externas posterior a lo cual lo que inicia como experimento se convierte en un hábito llevando a los adolescentes a ser consumidores habituales. Por otro lado, la prevalencia es el consumo estable en los adultos, es decir, el mantenimiento del hábito tabáquico posterior al inicio del mismo y por último el abandono que es en sí, la cesación del hábito de fumar.

El comienzo de este hábito tiene diversas causas en cada individuo que influyen en la decisión de comenzar a fumar. Los factores de riesgo¹² se describen en la siguiente tabla:

Tabla 1

Factores de riesgo que influyen en la decisión de comenzar a fumar

1. INDIVIDUALES
<p>a. Psicológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Baja autoestima - Bajo rendimiento - Búsqueda de sensaciones
<p>b. Actitud:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rebeldía contra la autoridad - Bajo compromiso en la escuela
<p>c. Comportamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fracaso académico - Experimentación precoz con drogas - Personalidad antisocial
2. FAMILIARES
<p>a. Historia familiar de consumo de drogas</p> <p>b. Problemas de manejo familiar</p> <p>c. Padres tolerantes hacia comportamientos inadecuados</p>

d. Núcleo familiar desorganizado
3. SOCIALES O COMUNITARIOS
a. Privación social y económica
b. Desorganización comunitaria
c. Permisividad ante conductas inapropiadas
d. Disponibilidad de drogas
e. Grupos de amigos consumidores de drogas

Los factores de riesgo involucran condiciones individuales y también colectivas.
Referencia: Solano Reina, S., Jiménez Ruiz, C. A., & Riesco Miranda, J. A. (2012). *Manual de tabaquismo*. [Barcelona] Elsevier Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica 2012.

El tabaquismo es una de las causas de morbi mortalidad prevenible que tiene mayor impacto a nivel mundial, cada día se incrementa el número de fumadores y la edad de inicio de este hábito se ubica alrededor de los 13 años; es por esta razón que la Organización Mundial de la Salud ha trabajado fuertemente en la creación de estrategias de intervención y prevención que conlleven a controlar el consumo del tabaco.

De acuerdo con Pérez de los Cobos Peris, J. C. (2006) “De las más de 4000 sustancias identificadas en la planta y humo del tabaco, la nicotina es responsable de la adicción que produce su consumo, independientemente de otros componentes o de la manipulación industrial que pueda modificar, aumentando su capacidad adictiva. La falta de aporte de nicotina produce en el fumador una serie de síntomas y signos que conforman el síndrome de dependencia nicotínica y que cumple los criterios para considerarla como tal y contribuye al problema de salud que supone el tabaquismo”.

En la tabla que se relaciona a continuación, la cual fue extraída del Tratado SET de trastornos adictivos (2006), se hace mención de algunos de los efectos que ejerce la nicotina sobre el organismo:

Tabla 3.
EFECTOS DE LA NICOTINA SOBRE EL ORGANISMO¹³

Acción de la nicotina sobre el organismo
<p><i>Sistema cardiovascular</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Aumento de frecuencia cardíaca y tensión arterial - Vasoconstricción periférica - Aumento de consumo de oxígeno por el miocardio e incremento del gasto cardíaco. - Descenso del umbral arritmogénico - Miocardiopatía: hipoquinesia del ventrículo izquierdo - Aumento de la viscosidad sanguínea y lesión de la pared vascular, lo que favorece la arteriosclerosis y trombofilia.
<p><i>Sistema gastrointestinal</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Náuseas y vómitos - Diarrea e hipersalivación - Úlcus gastroduodenal
<p><i>Sistema endocrino – metabólico</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Aumentos GH, prolactina, ADH, cortisol - Cambios en el metabolismo lipídico - Aumento del gasto energético - Menopausia precoz - Osteoporosis
<p><i>Sistema nervioso</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensación de placer (reducción de las manifestaciones clínicas del síndrome de abstinencia) - Aumento de la capacidad de concentración - Dependencia y adicción física - Patrón de alerta: Predominio de las ondas beta en el EEG
<p><i>Sistema neuromuscular</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Temblor de manos - Hipotonía muscular
<p><i>Efectos sobre la gestación:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Aborto espontáneo - Prematuridad - Riesgo de embarazo ectópico - Bajo peso al nacer
<p><i>Efectos sobre la coagulación</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Trombocitosis - Aumento de adhesividad plaquetaria - Incremento de tromboxano y fibrinógeno

Pérez de los Cobos Peris, J. C. (2006). *Tratado SET de trastornos adictivos*. Madrid, España Colegio Iberoamericano de Trastornos Adictivos SET Editorial Médica Panamericana 2006

3.2. IMPORTANCIA DE TRATAR EL TABAQUISMO

El tabaquismo está asociado a diversas patologías que ponen en riesgo la vida de las personas; en Colombia, según datos del Ministerio de Salud, en el año 2010 el 83% de la carga de enfermedad en el país estuvo representada por las Enfermedades No Transmisibles, 88 personas mueren diariamente por causas relacionadas al tabaquismo y con respecto a las patologías asociadas a dicho hábito se encuentra que:

- 93.565 personas sufren infarto o son internadas por patologías cardíacas.
- 23.233 personas sufren Accidentes cerebrovasculares.
- 12.513 personas son diagnosticadas con algún tipo de cáncer relacionado directamente con el hábito de fumar.

Estos datos generan un impacto significativo en cuanto al costo por la atención de los pacientes debido a que las patologías asociadas al hábito de fumar son patologías crónicas; adicionalmente, se estima que en general cada año se pierden 789.587 años de vida por muerte prematura o discapacidad lo cual se encuentra estrechamente relacionado a las consecuencias del tabaquismo.⁷

Existen diversas medidas que promueven los tratamientos y los programas para trabajar alineados por la cesación del tabaco, desde la OMS se han realizado múltiples esfuerzos generando estrategias en las cuales se involucren los países y se genere la creación de políticas públicas con la finalidad de poner freno a la epidemia en la cual se ha convertido el tabaquismo.

Se conocen diferentes intervenciones terapéuticas para lograr la cesación del tabaco enfocadas en tratar la triple dependencia del tabaquismo (dependencia física a la nicotina, dependencia psicológica y social), presentes en mayor o menor medida en cada fumador. Los tratamientos conocidos para promover la cesación incluyen desde consejería (corta e intensiva), psicoterapia y terapia farmacológica.¹⁶

¹⁶ Alba LH, Murillo R, Becerra N, et al. (2013). Recomendaciones para la cesación de la adicción al tabaco en Colombia. Biomédica

La consejería breve e intensiva, la terapia de reemplazo nicotínico, el bupropión, la nortriptilina y la vareniclina son eficaces en la cesación de tabaquismo (incrementó 5,1 % a 22,7 % en las tasas de cesación). Los tratamientos alternativos (acupuntura, homeopatía, hipnosis) no tienen eficacia demostrada en la cesación.¹⁷ El uso simultáneo de diferentes formas de terapia de reemplazo nicotínico es la única combinación con eficacia demostrada (OR 1,9; IC95%: 1,3-2,7). Para aplicar la consejería breve e intensiva en Colombia, se deben usar formatos estándar, y de acuerdo con el consenso de expertos, para Colombia se recomienda utilizar el esquema de las 5 Aes.¹⁸

3.3. CONVENIO MARCO DE LA OMS PARA EL CONTROL DEL TABACO

Si bien es cierto que se conocen a nivel mundial los riesgos y consecuencias del consumo del tabaco y la importancia de este hábito en los indicadores de morbimortalidad, se generan dudas a nivel de los gobiernos cuando de controlar la producción y el consumo se refiere; parte de estas dudas son generadas por campañas realizadas por la industria tabacalera quienes se basan en las consecuencias laborales para los empleados de sus empresas si se redujera la producción de cigarrillos.¹⁵

La importancia del control del consumo del tabaco se ve reflejada en los indicadores a nivel mundial de morbilidad y mortalidad, así mismo, la reducción en el consumo del tabaco significaría paralelamente la reducción de patologías asociadas a este hábito lo que se traduce en reducción de costos por atenciones sanitarias para el tratamiento de las mismas.

Dado lo anterior, la OMS creó el Convenio Marco para el control del Tabaco el cual entró en vigencia el 24 de febrero de 2005 siendo uno de los tratados más apoyados y aceptados el cual tiene como objetivo principal la protección de las generaciones

¹⁷ Becerra NA, Alba LH, Castillo JS, Murillo R, Cañas A, García-Herreros P. Alternative therapies for smoking cessation: clinical practice guidelines review. *Gac Med Mex.* 2012 Sep-Oct;148(5):457-66.

¹⁸ Instituto Nacional de Cancerología. CESACIÓN TABÁQUICA: Compilación de las recomendaciones actualizadas para profesionales de la salud en Colombia. 2016.

actuales y futuras contra las consecuencias generadas por el consumo del tabaco y dentro de este Marco se establecen medidas y disposiciones que guían las estrategias para contribuir a la cesación del tabaco y, por ende, a la mejora de la salud colectiva y la prevención de las patologías asociadas a dicho hábito.¹⁰

3.4. ESTRATEGIAS MPOWER¹³

En el año 2008 la OMS con el firme propósito de cooperar con los países firmantes del Convenio Marco estableció la estrategia MPOWER para contribuir con el cumplimiento de los objetivos y las obligaciones pactadas en cuanto a control de tabaquismo.

La estrategia MPOWER es un paquete que involucra 6 medidas específicas enfocadas al control del consumo del tabaco estableciendo actividades específicas que a su vez implican ciertas actividades transversales enfocadas a la disminución del consumo lo cual por ende conlleva a mitigar los riesgos asociados al tabaquismo.

El plan de medidas MPOWER, en grandes rasgos, consiste en:

M- Monitor: Vigilancia del consumo de tabaco

P- Protect: Proteger a la población del humo del tabaco

O- Offer: Ofrecer ayuda para el abandono del hábito de fumar

W- Warn: Advertir acerca de los peligros y riesgos asociados al tabaco

E- Enforce: Hacer cumplir las prohibiciones con respecto a publicidad, promoción y patrocinio relacionadas con el tabaco

R- Raise: Incrementar los impuestos al tabaco

Como se puede observar, es una estrategia que comprende 6 medidas las cuales deben ser aplicadas en su totalidad dado que son complementarias y sinérgicas,

por lo tanto, si no se aplican de forma global con un alto nivel de cubrimiento a la población no presentan suficiente impacto en la reducción del consumo de tabaco.

Según la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), 17 países tienen legislación de ambientes 100 % libres de humo amplia que protege a toda la población. Colombia, Guatemala y Panamá son tres de los siete países en el mundo que el año pasado implementaron leyes nacionales de ambientes 100 % libres de humo incluyendo bares y restaurantes.

Actualmente, 25 de las 100 ciudades más grandes del mundo son libres de humo de tabaco. Entre ellas están Ciudad de México, Sao Paulo, Nueva York, Toronto, Bogotá y Río de Janeiro. El impuesto específico a los cigarrillos aumentará de manera escalonada a 1.400 pesos por cajetilla de 20 unidades en 2017, 2.100 pesos en 2018 y a partir de 2019 este valor se ajustará en función de las variaciones anuales del IPC más 4 puntos porcentuales. Este aumento representa la carga impositiva más alta de los cigarrillos en Colombia desde 1994.

La American Cancer Society a través de la página Web “El Atlas del Tabaco” informa que “la política de control del tabaco es una excelente inversión en la salud de la población de un país. De acuerdo con la OMS, por menos de COL\$210 anual por persona, Colombia tendrá la capacidad de financiar las cuatro políticas de control del tabaco “más económicas”: aumentar los impuestos al tabaco, hacer cumplir una ley integral de espacios libres de humo y una prohibición de publicidad y promoción del tabaco a nivel nacional, y obligar que grandes etiquetas gráficas de advertencia aparezcan en los paquetes de productos de tabaco. Esta pequeña inversión resultará en enormes beneficios para la salud y la prosperidad del país”.

En Colombia, se han implementado políticas que contribuyen al cumplimiento de las estrategias MPOWER establecidas por la OMS, sin embargo, aún falta aumentar la cantidad de actividades propuestas y su implementación con la finalidad de alcanzar los estándares establecidos por la Organización Mundial de la Salud; un ejemplo claro es el incremento que debe realizarse a los cigarrillos: el punto de referencia de la OMS es el 75% mientras que en Colombia se ha incrementado un 30% del precio al por menor en impuesto al tabaco.⁵

En cuanto a la estrategia de advertir acerca de los peligros y riesgos asociados al tabaco, en Colombia se han realizado diversas actividades propuestas por la OMS, de los 9 estándares el país ha cumplido con 8, quedando como pendiente la realización de evaluación de los resultados realizada para evaluar la efectividad.⁵ Colombia fue el quinto país en la región de las Américas en establecer ambientes 100% libres de humo de tabaco en lugares de trabajo y en lugares cerrados a partir de la expedición de la Ley 1335 de 2009, con un importante antecedente en la Resolución 1956 de 2008. Desde el año 2010, todos los empaques de productos de tabaco y sus derivados deben incluir en sus caras principales las imágenes de advertencia sanitaria, las cuales tienen como principal objetivo advertir a la población colombiana de las consecuencias nocivas del consumo de tabaco.¹⁷ Este proyecto responde a una de estas seis estrategias MPOWER de la OMS, específicamente relacionado con la posibilidad de ofrecer tratamiento a los fumadores.

3.5. MARCO LEGAL

Existen normas y leyes creadas con la finalidad de regular no solo el consumo sino también la venta y la publicidad relacionada con productos de tabaco con la finalidad de evitar que las personas sean de cierto modo incitadas a consumir esta sustancia; sin embargo, es importante tener en cuenta que para controlar el consumo es necesario contar tanto con la voluntad como con la disposición de la persona fumadora para iniciar estrategias de intervención que permitan abandonar el hábito de forma total y evitar recaídas posteriores al inicio del manejo.

LEY 1335 DE 2009⁹

Entró en vigencia a partir del 21 de julio de 2009 y mediante la cual se establecen las disposiciones por medio de las cuales se previenen daños a la salud de los

¹⁷ Gaviria Uribe Alejandro, Dávila Guerrero Carmen Eugenia, Correa Serna Luis Fernando, Osorio Saldarriaga Elkin De Jesús, Ángel Urquijo Ricardo, Cruz Rodríguez Catalina María, año 3. no. 1 - marzo de 2017, Dirección de promoción y prevención ministerio de salud y protección social, Bogotá Colombia. Recuperado: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/boletin-pyp-No.1-2017.pdf>

menores de edad, la población no fumadora y se estipulan políticas públicas para la prevención del consumo del tabaco y el abandono de la dependencia del tabaco del fumador y sus derivados en la población colombiana; a través de esta el Congreso de Colombia decreta: “El objeto de la presente ley es contribuir a garantizar los derechos a la salud de los habitantes del territorio nacional, especialmente la de los menores de 18 años de edad y la población no fumadora, regulando el consumo, venta, publicidad y promoción de los cigarrillos, tabaco y sus derivados, así como la creación de programas de salud y educación tendientes a contribuir a la disminución de su consumo, abandono de la dependencia del tabaco del fumador y se establecen las sanciones correspondientes a quienes contravengan las disposiciones de esta ley.”

Consta de IX capítulos y 39 artículos a través de los cuales se establece la normativa correspondiente a:

-Derechos de los no fumadores, los cuales están conformados por el derecho a respirar aire libre de humo de tabaco lo cual conlleva a la prohibición de consumir productos de tabaco en áreas cerradas de los lugares de trabajo o espacios públicos y se establece que los propietarios, encargados y administradores de lugares como bares, restaurantes, discotecas, tiendas deben velar por el cumplimiento de este punto en particular.

Se establecen las disposiciones relacionadas con la publicidad y el etiquetado de las cajetillas de productos de tabaco para lo cual se especifica que se deben colocar advertencias en cuanto a su consumo y que se debe evitar la publicidad engañosa y que incite al consumo de este tipo de productos; se prohíbe explícitamente la realización de promoción de cigarrillos en eventos deportivos y en vallas publicitarias.

- En el capítulo II (disposiciones para prevenir el consumo de tabaco y sus derivados en menores de edad y población no fumadora) se establece el compromiso del Ministerio de Protección Social y de Educación Nacional en cuanto a la formulación y aplicación de estrategias que promuevan la cesación del tabaco con la finalidad de proteger a la población de los daños que ocasiona tanto el consumo como la exposición al mismo. En este capítulo se hace mención al diseño e incorporación

por parte del Ministerio de Protección social de las estrategias y acciones incluidas en el Plan Nacional de Salud Pública que conlleven a promover la atención y la demanda de servicios que ofrezcan servicios de curación, cesación y rehabilitación de la población fumadora que haya desarrollado patologías relacionadas con el tabaquismo.⁵

RESOLUCIÓN 1841 DE 2013. ADOPTA EL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2012 – 2021¹⁸

Entró en vigencia el 04 de junio de 2013 y por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y “plantea las metas y estrategias para atender los problemas y necesidades de salud relacionadas con las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo, como el tabaquismo. Entre las metas, asociadas se encuentran el disminuir la prevalencia y la oferta del consumo de tabaco e incrementar los servicios cesación del tabaquismo en el territorio nacional”. Así como también se establece que debe realizarse Monitoreo, seguimiento y evaluación del Plan Decenal de Salud Pública.

DECRETO 1072 DE 2015¹⁹

Este decreto entró en vigencia a partir del 26 de Mayo de 2015 y se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo, se establece el desarrollo de programas de prevención y acciones preventivas; adicionalmente indica el compromiso que debe tener la Administradora de riesgos laborales en cuanto a la intervención de condiciones de riesgo una vez se identifiquen en el trabajador.

RESOLUCIÓN 3202 DE 2016²⁰

Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud —PAIS y se dictan otras disposiciones. Entró en vigencia a partir del 25 de Julio de 2016 y se

establece la obligatoriedad de contar Rutas Integrales en las cuales se incluyan: una Ruta de prevención y mantenimiento de salud, una Ruta de Atención de trastornos asociados al consumo de sustancias psicoactivas dentro de la cual se incluyen las intervenciones necesarias para la cesación del consumo de tabaco.

LEY 30 DE 1992²¹

"Por la cual se organiza el servicio público de la educación superior". Entró en vigencia a partir del 28 de Noviembre de 1992; en esta se define que las instituciones de educación superior deben destinar por o menos el 2% de su presupuesto a atender de forma adecuada el bienestar universitario.

PLAN NACIONAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO²²

Mediante la Resolución Número 06045 del 30 de diciembre del 2014 el Ministerio de Trabajo de Colombia adoptó el Plan Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo 2013-2021 mediante el cual se establece que debe fortalecerse la promoción de la seguridad y la salud de los trabajadores, así como también la prevención de los riesgos laborales de los mismos.

4. DESCRIPCION GENERAL DEL PROYECTO

DISEÑO DE PROGRAMA PARA LA CESACIÓN DEL CONSUMO DE TABACO Y ATENCIÓN DEL TABAQUISMO EN JAVESALUD IPS

Se ha definido diseñar un programa de Clínica de Cesación de Tabaco, con alcance de la población asignada a Javesalud mayor de 12 años, donde se garantice el acceso para una intervención terapéutica que disminuya la actividad tabáquica y sus consecuencias, de acuerdo con los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud

El alcance del presente proyecto está determinado por la realización de la planeación e identificación de los recursos necesarios para la implementación de un Programa de Clínica de cesación de tabaco y atención al tabaquismo en Javesalud, con líneas de intervención a nivel preventivo y terapéutico.

A través de la metodología del marco lógico se definirán los aspectos clave para dicho proceso; se definen las causas, efectos del problema identificado y se definen los objetivos que serán las bases para el desarrollo del proyecto.

El diseño de un programa para la cesación del consumo de tabaco y atención del tabaquismo en Javesalud IPS se ha estructurado mediante la realización de 4 fases, las cuales corresponden a:

Fase I: Con la metodología de marco lógico, se diseña el programa para la cesación del consumo de tabaco y atención del tabaquismo en Javesalud, se definirán las causas, efectos, indicadores y actividades requeridas para el diseño del programa de acuerdo con los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud de Colombia. En esta fase se pretende explicar en qué consiste el programa para la cesación del consumo de tabaco, sus beneficios y propósitos, se realizará la descripción de los objetivos, las actividades que lo componen y necesidades esenciales que se prepararán en cada momento con las herramientas de medición definidas para las siguientes fases.

Fase II: En esta fase se caracterizará la población asignada a Javesalud a través de la aplicación de herramientas de identificación (cuestionarios, encuestas o entrevistas), buscando identificar la necesidad sentida y percibida por los usuarios, frente a la posibilidad de tener un programa de cesación de tabaco. Adicionalmente se diseñará la herramienta que se incluirá en la Historia Clínica para la identificación sistemática de los pacientes fumadores que asistan a cualquiera de los servicios ofrecidos en Javesalud IPS.

Fase III: En esta fase se definirán y establecerán las intervenciones necesarias para estructurar el programa de atención en tabaquismo, en los componentes de atención básico, intermedio, avanzado y comunitario, siguiendo los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud de Colombia, en el marco de las RIAS, además de definir el grupo de intervenciones en el ámbito individual y comunitario, en la población objeto de la IPS Javesalud que tenga los criterios para ingreso al programa de cesación de tabaco.

Fase IV: En esta fase se realizará el análisis costo-beneficio, requerido para la implementación del programa para la cesación del consumo de tabaco y atención del tabaquismo en Javesalud y su impacto a nivel económico contrastando con los resultados para la población. Adicionalmente, se diseñará la matriz de necesidades en entrenamiento y capacitación al personal de Javesalud en cuanto al programa para la cesación del consumo de tabaco y atención del tabaquismo en Javesalud para culminar con la implementación del mismo de acuerdo con los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud de Colombia.

Se presentan a continuación los objetivos generales del proyecto, los cuales contemplan las 4 fases anteriormente descritas.

4.1. OBJETIVOS DEL PROYECTO GENERAL

OBJETIVO GENERAL

Diseñar el Programa de Clínica de cesación de tabaco y atención al tabaquismo en Javesalud, con líneas de intervención a nivel preventivo y terapéutico, para la población asignada mayor de 12 años, a partir de los lineamientos de las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS) del Ministerio de Salud y Protección social de Colombia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar los requerimientos necesarios para la implementación del programa, a partir de los lineamientos nacionales.
2. Establecer las intervenciones necesarias para estructurar el programa de atención en tabaquismo, en los componentes de atención básico, intermedio, avanzado y comunitario, siguiendo los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud de Colombia.
3. Definir el grupo de intervenciones en el ámbito individual y comunitario, en la población objeto de la IPS Javesalud que tenga los criterios para ingreso al programa de cesación de tabaco.
4. Explorar la necesidad sentida y percibida por los usuarios de Javesalud frente a la posibilidad de tener un programa de cesación de tabaco.
5. Realizar la planeación de costos y gastos, requeridos para la implementación del programa de cesación de tabaco y atención del tabaquismo en Javesalud IPS.

Para efecto del desarrollo de la fase I del proyecto, se definieron los objetivos que contemplan esta fase, los cuales responden al primer objetivo específico del proyecto general, anteriormente enunciado, y que se relacionan a continuación:

5. OBJETIVOS FASE I

Objetivo general Fase I

Identificar la problemática y alternativas de solución, a partir de la metodología del marco lógico, que permita analizar la situación existente para generar una matriz del plan operativo y selección de las estrategias y actividades requeridas para realizar el diseño de las intervenciones de los componentes del programa según los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social (Programa Nacional de cesación de Tabaco y Atención al Tabaquismo).

Objetivos específicos Fase I

1. Construir el marco teórico y legal para dar sustento al diseño del Programa para la cesación del consumo de tabaco y atención del tabaquismo en Javesalud.
2. Aplicar la metodología de marco lógico, en la cual se definen causas, efectos (árbol problema) y objetivos (árbol de objetivos) para el diseño e implementación del programa.
3. Elaborar un plan operativo a partir de la matriz de marco lógico, como base para la implementación del programa para la cesación del consumo de tabaco y atención del tabaquismo en Javesalud.
4. Describir las actividades a realizar en las etapas del proceso para la implementación de la Clínica de Cesación de Tabaco.

6. CRONOGRAMA FASE I

SEMANA	ACTIVIDADES
4 a 10 de septiembre 2017	Definición de objetivos, metodología.
11 a 17 de septiembre 2017	
18 a 24 de septiembre 2017	Búsqueda de información para desarrollo de marco teórico y legal.
25 de septiembre a 1 de octubre 2017	
2 a 8 de octubre 2017	
9 a 15 de octubre 2017	
16 a 22 de octubre 2017	- Desarrollo de metodología de marco lógico. -Establecer las actividades y los indicadores para la implementación del Programa de Clínica de cesación de tabaco
23 a 29 de octubre 2017	
30 de octubre a 5 de noviembre 2017	
5 a 12 de noviembre 2017	
13 a 19 de noviembre 2017	
20 a 30 de noviembre 2017	Elaboración de informe final de la práctica

7. METODOLOGÍA FASE I

Marco lógico

Ortegón, Pacheco y Prieto (2005) definen la metodología de marco lógico como “una herramienta para facilitar el proceso de conceptualización, diseño, ejecución y evaluación de proyectos. Su énfasis está centrado en la orientación por objetivos, la orientación hacia grupos beneficiarios y el facilitar la participación y la comunicación entre las partes interesadas. Puede utilizarse en todas las etapas del proyecto: En la identificación y valoración de actividades que encajen en el marco de los programas país, en la preparación del diseño de los proyectos de manera sistemática y lógica, en la valoración del diseño de los proyectos, en la implementación de los proyectos aprobados y en el Monitoreo, revisión y evaluación del progreso y desempeño de los proyectos”.

Esta metodología tiene características que contribuyen a estructurar los proyectos de forma tan que se eviten las ambigüedades que se pueden generar durante la realización de los mismos al mismo tiempo que proporciona formatos que aportan a la formulación de objetivos concretos para definir el curso y la finalidad del proyecto a realizar.

Dado lo anterior, se selecciona este tipo de metodología con la finalidad de definir de forma clara y concisa las causas y efectos de la ausencia de programas para la cesación de tabaco de las cuales se desprenden los objetivos y las guías que encaminan el curso de la práctica.

Ortegón et al. (2005) mencionan que esta metodología está compuesta por 2 etapas²³:

1. *Identificación del problema y alternativas de solución*: En la que se analiza la situación existente para crear una visión de la situación deseada y

²³ Ortegón E, Pacheco J, Prieto A, (2005). Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES).

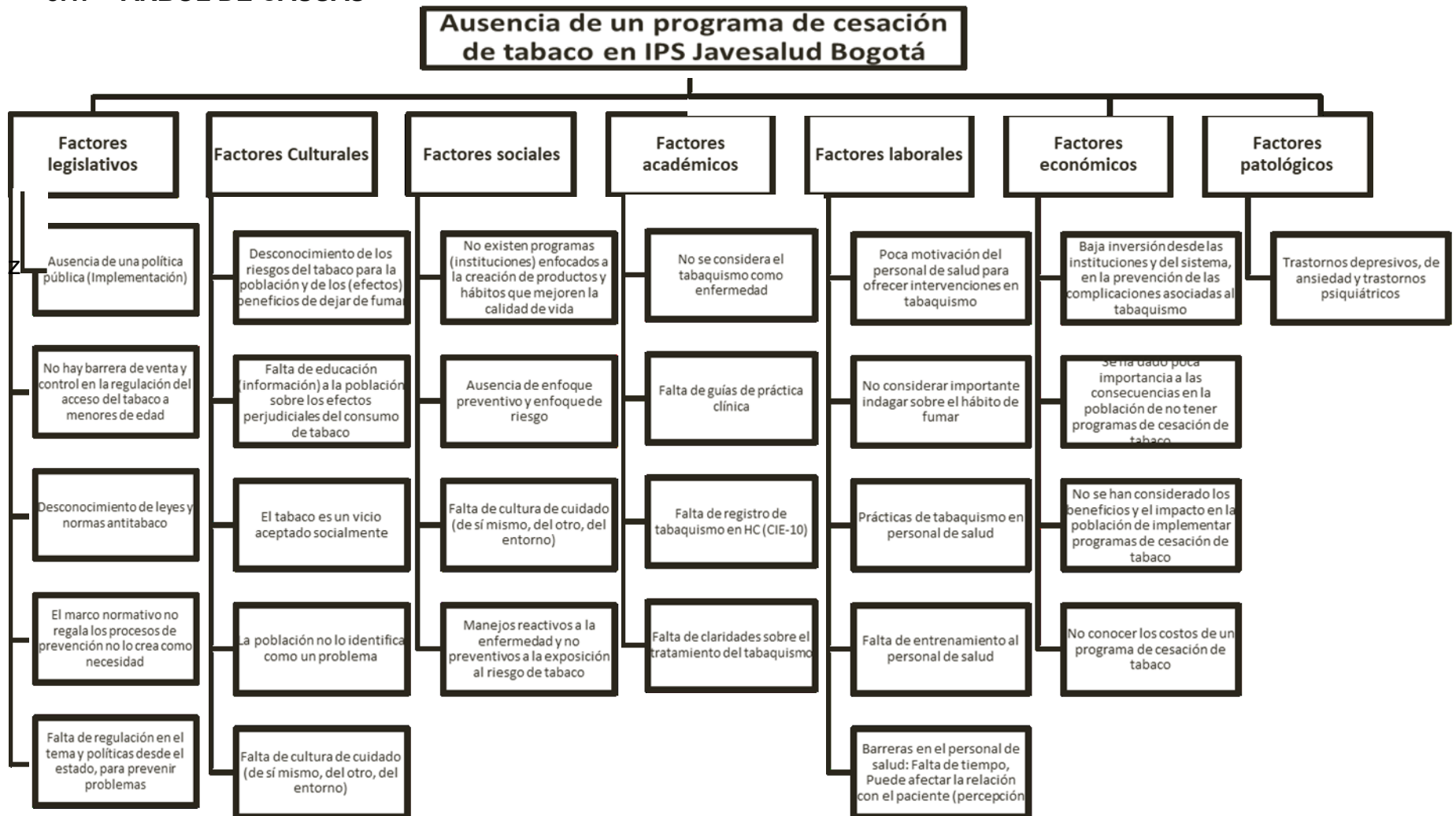
seleccionar las estrategias que se aplicarán para conseguirla. La idea central consiste en que los proyectos son diseñados para resolver los problemas a los que se enfrentan los grupos meta o beneficiarios, incluyendo a mujeres y hombres, y responder a sus necesidades e intereses. Existen cuatro tipos de análisis para realizar: el análisis de involucrados, el análisis de problemas (imagen de la realidad), el análisis de objetivos (imagen del futuro y de una situación mejor) y el análisis de estrategias (comparación de diferentes alternativas en respuesta a una situación precisa).

2. *La etapa de planificación*, en la que la idea del proyecto se convierte en un plan operativo práctico para la ejecución. En esta etapa se elabora la matriz de marco lógico. Las actividades y los recursos son definidos y visualizados en cierto tiempo.

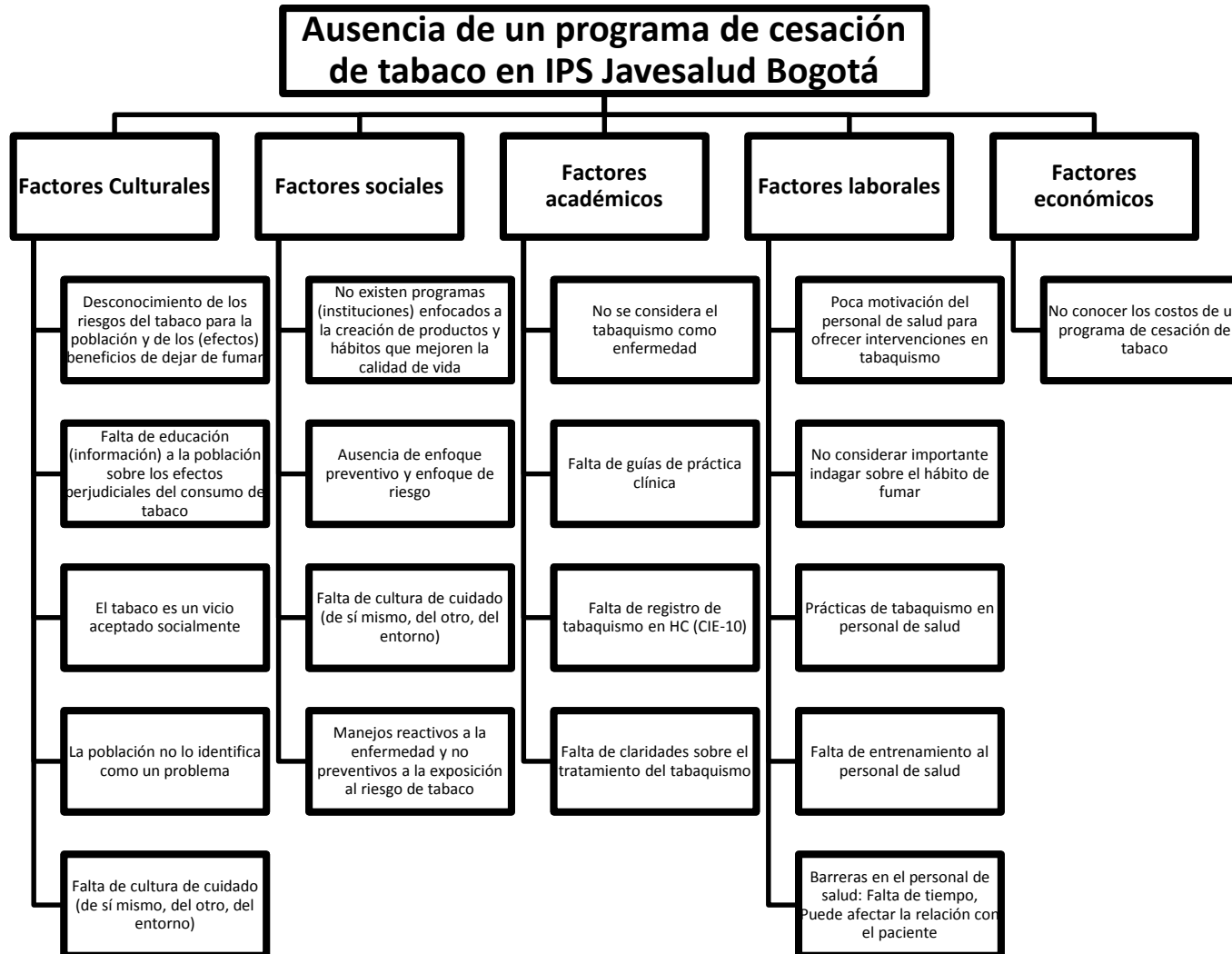
A continuación, se relaciona el árbol problema, en el cual se representan las principales causas frente al problema: Ausencia de un programa de cesación de tabaco en IPS Javesalud.

8. RESULTADOS FASE I

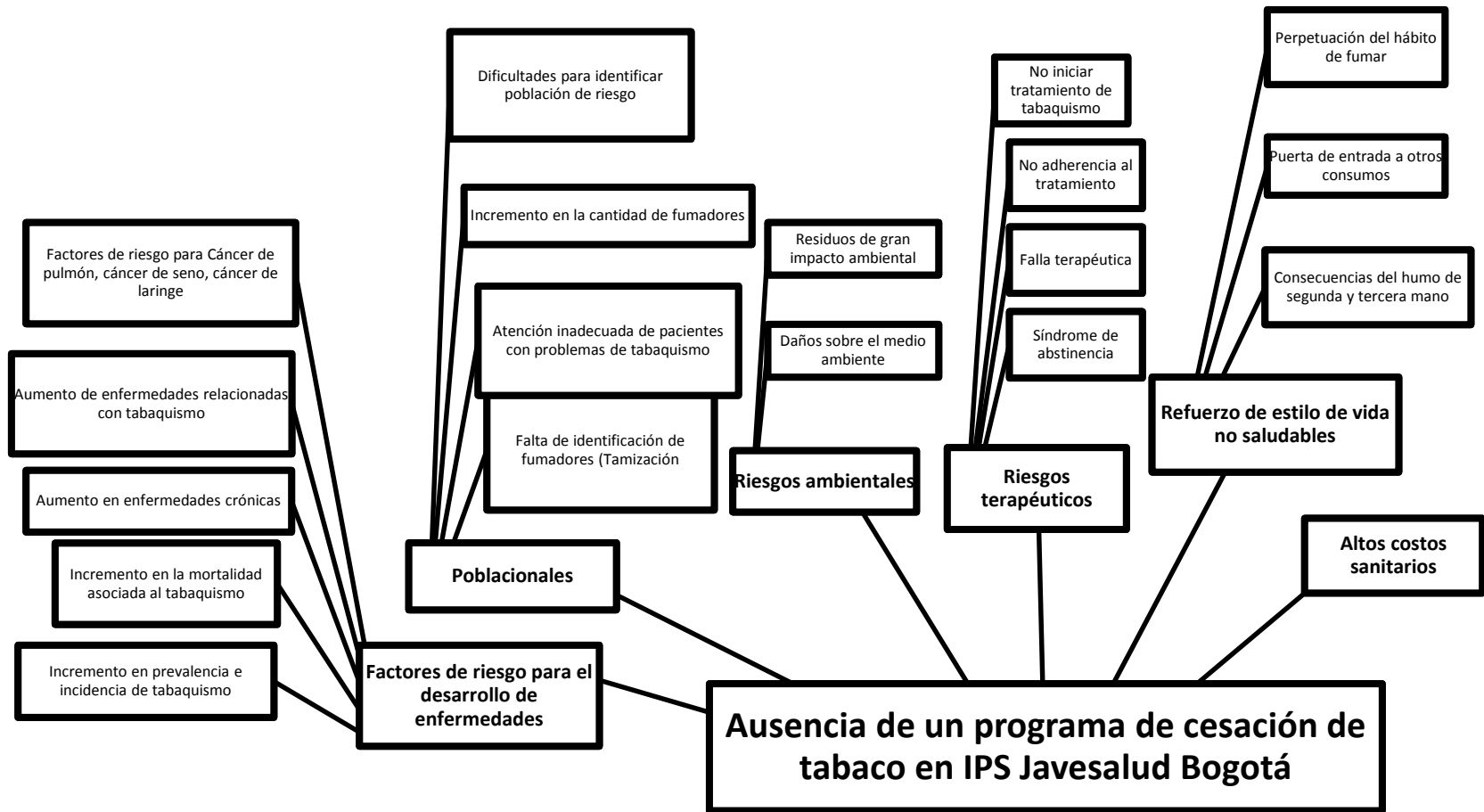
8.1. ÁRBOL DE CAUSAS



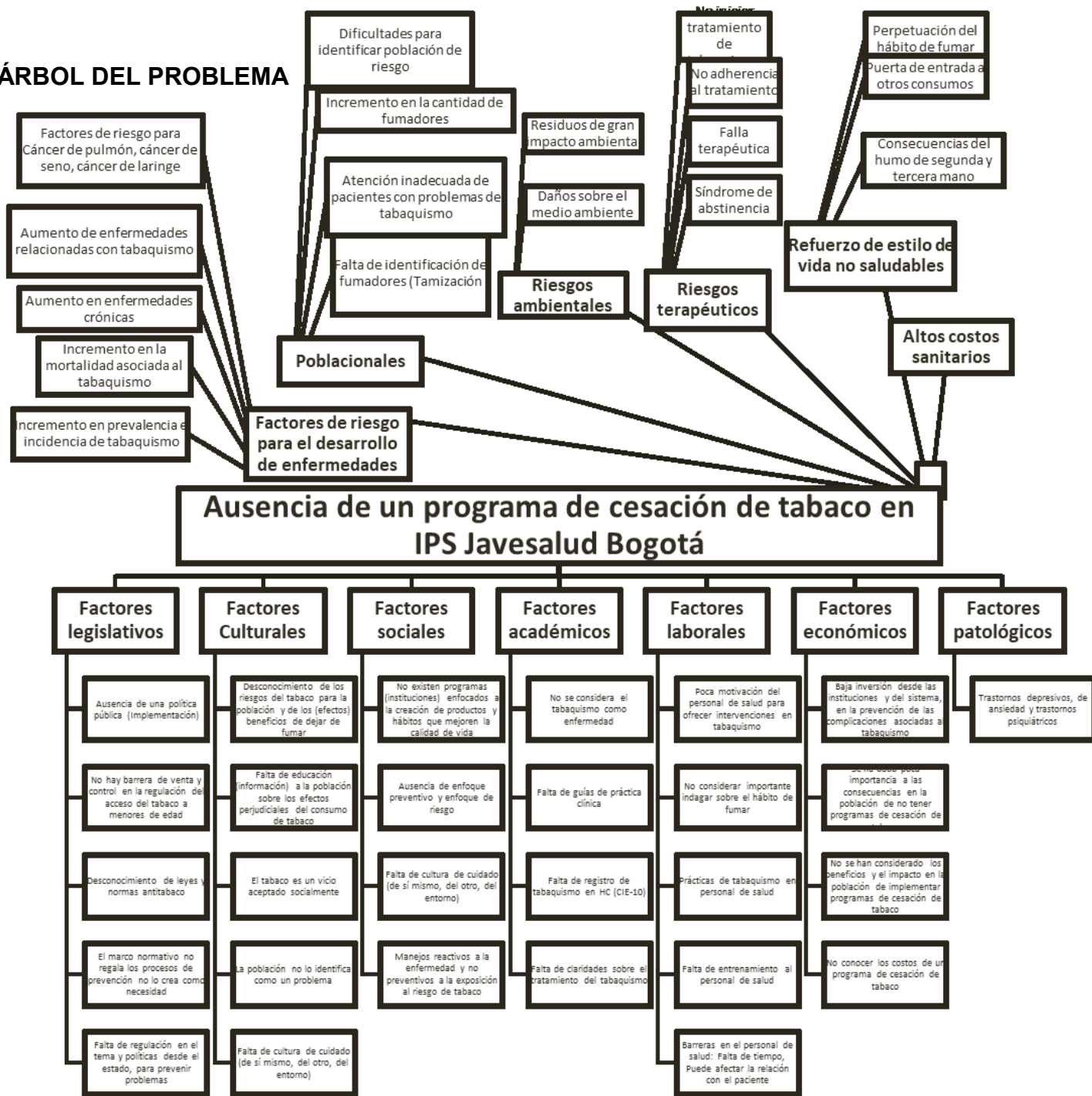
8.2. ÁRBOL DE CAUSAS QUE SE PUEDEN INTERVENIR



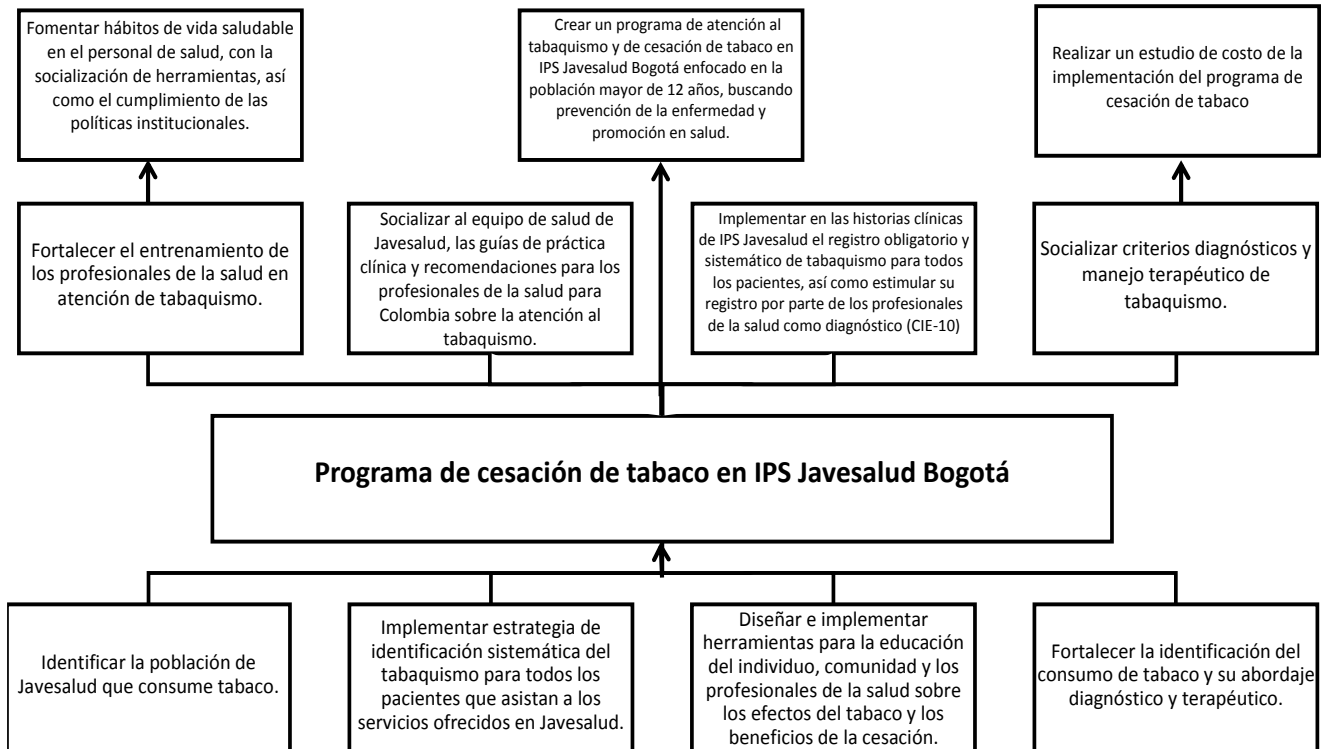
ÁRBOL DE EFECTOS



8.3. ÁRBOL DEL PROBLEMA



8.4. ARBOL DE OBJETIVOS



Con base en lo anterior, se generan los siguientes objetivos de acuerdo con las causas y efectos derivados de la ausencia de un programa de cesación de tabaco en IPS Javesalud:

CAUSAS	OBJETIVOS DERIVADOS DE LAS CAUSAS
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Desconocimiento de los riesgos del tabaco para la población y de los (efectos) beneficios de dejar de fumar ➤ Falta de educación (información) a la población sobre los efectos perjudiciales del consumo de tabaco ➤ El tabaco es aceptado socialmente ➤ La población no lo identifica como un problema ➤ Falta de cultura de cuidado (de sí mismo, del otro, del entorno) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificar la población de Javesalud que consume tabaco. ➤ Implementar estrategia de identificación sistemática del tabaquismo para todos los pacientes que asistan a los servicios ofrecidos en Javesalud. ➤ Diseñar e implementar herramientas para la educación del individuo, comunidad y los profesionales de la salud sobre los efectos del tabaco y los beneficios de la cesación. ➤ Fortalecer la identificación del consumo de tabaco y su abordaje diagnóstico y terapéutico.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ No existen programas (instituciones) enfocados a la creación de productos y hábitos que mejoren la calidad de vida 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Crear un programa de atención al tabaquismo y de cesación de tabaco en IPS Javesalud Bogotá enfocado en la población mayor de 12 años, buscando prevención de la

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ausencia de enfoque preventivo y enfoque de riesgo ➤ Falta de cultura de cuidado (de sí mismo, del otro, del entorno) ➤ Manejos reactivos a la enfermedad y no preventivos a la exposición al riesgo de tabaco. 	<p>enfermedad y promoción en salud.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ No se considera el tabaquismo como enfermedad ➤ Falta de guías de práctica clínica. ➤ Falta de registro de tabaquismo en HC (CIE-10) ➤ Falta de claridades sobre el tratamiento del tabaquismo 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fortalecer el entrenamiento de los profesionales de la salud en atención de tabaquismo. ➤ Socializar al equipo de salud de Javesalud, las guías de práctica clínica y recomendaciones para los profesionales de la salud para Colombia sobre la atención al tabaquismo. ➤ Implementar en las historias clínicas de IPS Javesalud el registro obligatorio y sistemático de tabaquismo para todos los pacientes, así como estimular su registro por parte de los profesionales de la salud como diagnóstico (CIE-10) ➤ Socializar criterios diagnósticos y manejo terapéutico de tabaquismo.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Poca motivación del personal de salud para ofrecer intervenciones en tabaquismo 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fomentar hábitos de vida saludable en el personal de salud, con la socialización de

<ul style="list-style-type: none"> ➤ No considerar importante indagar sobre el hábito de fumar. ➤ Prácticas de tabaquismo en personal de salud. ➤ Falta de entrenamiento al personal de salud. ➤ Barreras en el personal de salud: Falta de tiempo, Puede afectar la relación con el paciente. 	<p>herramientas, así como el cumplimiento de las políticas institucionales.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ No conocer los costos de un programa de cesación de tabaco 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizar un estudio de costo de la implementación del programa de cesación de tabaco

8.5. MATRIZ DEL MARCO LÓGICO

La Matriz de Marco Lógico presenta en forma resumida los aspectos más importantes del proyecto.

A continuación, se presentará la matriz del marco lógico para cada uno de los objetivos identificados a partir del árbol de objetivos, presentando el fin, propósito, resultados, indicadores de medición y actividades propuestas para la ejecución del proyecto.

OBJETIVO No. 1 CREAR UN PROGRAMA DE ATENCIÓN AL TABAQUISMO Y DE CESACIÓN DE TABACO EN IPS JAVESALUD BOGOTÁ ENFOCADO EN LA POBLACIÓN MAYOR DE 12 AÑOS, BUSCANDO PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y PROMOCIÓN EN SALUD.

RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS		INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN	Ofrecer intervenciones terapéuticas a la población usuaria de Javesalud identificada como fumadora. Ofrecer intervenciones preventivas a la comunidad general enfocada a prevenir el inicio del consumo de tabaco y evitar la exposición al humo de segunda mano, de acuerdo con las rutas de atención Integral en Salud (RIAS) del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.	Proporción de personas mayores de 12 años de Javesalud IPS que consumen tabaco: Número de personas mayores de 12 años que consumen tabaco/ Total de personas que recibieron consulta médica por 100 (%). Periodicidad: Mensual	Registro en historia clínica: fuente numerador: Z720 Problemas relacionados con el uso de tabaco. Fuente denominador: Consulta descrita como global o de primera vez; Consulta de control o de seguimiento programa de cesación de tabaco.	Inexperiencia para intervenir a nivel preventivo y terapéutico; de acuerdo con las rutas de atención Integral en Salud (RIAS) del Ministerio de salud y protección social de Colombia. Que si no se realiza un adecuado proceso de capacitación puede derivar en costos disipados.
PROPÓSITO	Incrementar los servicios de cesación de tabaco y disminuir la mortalidad prematura de las enfermedades crónicas asociadas al consumo de tabaco brindando una atención oportuna,	Proporción de personas identificadas como fumadoras independientes de presentar o no patología crónica.	Registro en historia clínica: Fuente numerador: Pacientes con CIE 10 I10X, I250, E119, I633, I64, C00, C10, C16, C34, C50, C56;	Limitada calidad en la información por subregistros que no permitan identificar la disminución de la mortalidad prematura de las enfermedades crónicas

	<p>accesible e integral a las personas consumidoras de tabaco, para que dejen este hábito y mantengan la abstinencia prolongada.</p>	<p>Proporción de personas con patología crónica (diabetes, cardiovascular, cáncer, EPOC) que son identificados como fumadores usuarios de Javesalud IPS: Número de personas consumidoras de tabaco con patología crónica/ Total de personas con patología crónica por 100 (%). Periodicidad: Mensual</p> <p>Proporción de personas con patología crónica (diabetes, cardiovascular, cáncer, EPOC) que son identificados como fumadores usuarios de Javesalud IPS que fallecieron que se</p>	<p>J449 y Z720, Z716. Fuente denominador: Z720 Problemas relacionados con el uso de tabaco. Registro en SIVIGILA de mortalidad por epidemiología.</p>	<p>asociadas al consumo de tabaco.</p>
--	--	---	---	--

		<p>encontraban en intervención por el programa: Número de personas consumidoras de tabaco con patología crónica que fallecieron que se encontraban en intervención por el programa / Total de personas con patología crónica que fallecieron por 100 (%).</p> <p>Periodicidad: Mensual</p>		
COMPONENTES (RESULTADOS)	<p>Formación del equipo de intervención interdisciplinario para la prestación de un servicio integral a las personas paciente mayor de 12 años en Javesalud que consume tabaco. Componentes para la prestación de un servicio integral: consejería breve, consejería intensiva, terapia farmacológica.</p>	<p>Proporción de médicos generales de Javesalud IPS que asistieron a capacitación de protocolos de atención en intervenciones a realizar a pacientes que consumen tabaco: Número de médicos generales de Javesalud IPS que asistieron a</p>	<p>Registro en control de asistencia a capacitaciones: Fuente numerador: Formato asignado para el control de asistencia. Fuente denominador: Número total de médicos generales activos en Javesalud IPS.</p>	<p>Restricción en los recursos para formación del equipo de intervención interdisciplinario para la prestación de un servicio integral a las personas paciente mayor de 12 años en Javesalud que consume tabaco.</p>

		capacitación/ Total de médicos generales de Javesalud IPS por 100 (%). Periodicidad: Anual.		
ACTIVIDADES	Identificar los usuarios de Javesalud IPS en la historia clínica consumidores de tabaco que requieren algún tipo de intervención: Consejería breve, intervención intensiva o tratamiento farmacológico.	Proporción de personas consumidoras de tabaco que reciben consejería breve: Número de personas consumidoras de tabaco que reciben consejería breve/ Total de personas consumidoras de tabaco por 100 (%). Periodicidad: Mensual. Proporción de personas consumidoras de tabaco que dejaron de fumar con consejería breve: Número de personas consumidoras de tabaco que dejaron de fumar con consejería breve/	Registro en historia clínica: fuente numerador: Z716 Consulta para asesoría por abuso de tabaco. Fuente denominador: Z720 Problemas relacionados con el uso de tabaco. Registro en historia clínica: fuente numerador: Z716 Consulta para asesoría por abuso de tabaco Z50.8 Atención por otros procedimientos de rehabilitación (Rehabilitación por uso de tabaco). Fuente denominador: Z720 Problemas	No adherencia a los protocolos institucionales que delimiten identificar los usuarios mayores de 12 años de Javesalud IPS en la historia clínica.

		<p>Total de personas consumidoras de tabaco por 100 (%). Periodicidad: Mensual. Proporción de personas consumidoras de tabaco que reciben tratamiento farmacológico: Número de personas consumidoras de tabaco que reciben tratamiento farmacológico/ Total de personas consumidoras de tabaco por 100 (%). Periodicidad: Mensual. Proporción de personas consumidoras de tabaco que dejaron de fumar con tratamiento farmacológico: Número de personas consumidoras de tabaco que dejaron</p>	<p>relacionados con el uso de tabaco Registro en historia clínica: fuente numerador: F171 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco: uso nocivo. Fuente denominador: Z720 Problemas relacionados con el uso de tabaco. Registro en historia clínica: fuente numerador: F171 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco: uso nocivo Z50.8 Atención por otros procedimientos de rehabilitación (Rehabilitación por uso de tabaco). Fuente denominador: Z720</p>	
--	--	--	--	--

		<p>de fumar con tratamiento farmacológico/ Total de personas consumidoras de tabaco por 100 (%). Periodicidad: Mensual. Proporción de personas consumidoras de tabaco que reciben consejería intensiva: Número de personas consumidoras de tabaco que reciben consejería intensiva/ Total de personas consumidoras de tabaco por 100 (%). Periodicidad: Mensual. Proporción de personas consumidoras de tabaco que dejaron de fumar con consejería intensiva: número de personas consumidoras de tabaco que dejaron</p>	<p>Problemas relacionados con el uso de tabaco. Registro en historia clínica: fuente numerador: F172 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco: síndrome de dependencia. Fuente denominador: Z720 Problemas relacionados con el uso de tabaco. Registro en historia clínica: fuente numerador: F172 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco: síndrome de dependencia Z50.8 Atención por otros procedimientos de rehabilitación (Rehabilitación por</p>	
--	--	---	--	--

		<p>de fumar con consejería intensiva/ total de personas consumidoras de tabaco por 100 (%). Periodicidad: Mensual. Proporción de personas consumidoras de tabaco que dejaron de fumar con consejería intensiva más tratamiento farmacológico: número de personas consumidoras de tabaco que dejaron de fumar con consejería intensiva más tratamiento farmacológico/ total de personas consumidoras de tabaco por 100 (%). Periodicidad: Mensual.</p>	<p>uso de tabaco). Fuente denominador: Z720 Problemas relacionados con el uso de tabaco. Registro en historia clínica: fuente numerador: F173 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco: estado de abstinencia Z50.8 Atención por otros procedimientos de rehabilitación (Rehabilitación por uso de tabaco). Fuente denominador: Pacientes con registro de diagnósticos Z720.</p>	
--	--	---	--	--

OBJETIVO No. 2 IDENTIFICAR LA POBLACIÓN DE JAVESALUD QUE CONSUME TABACO

RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS		INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN	Categorizar la población capitada a Javesalud IPS que tenga hábito de fumar	Número de personas encuestadas que consumen tabaco/Número de personas encuestadas x 100	Herramienta de sistematización de los resultados obtenidos en las encuestas aplicadas a la muestra	Se conocerá la cantidad total de fumadores capitados a Javesalud IPS
PROPOSITO	Estimar la cantidad de fumadores que se encuentran capitados en Javesalud IPS.	Número de personas que consumen tabaco/población capitada x 100		Prestar servicios a los fumadores que se encuentran capitados a Javesalud IPS a través del Programa de cesación de Tabaco
COMPONENTES (RESULTADOS)	<ul style="list-style-type: none"> - Estimar la población a la cual va dirigido el programa de Cesación del tabaco. - Generar mecanismos de identificación sistemática de los fumadores que asistan a los servicios de consulta programada en Javesalud 	<p>Número de personas encuestadas que consumen tabaco/Número de personas encuestadas x 100</p> <p>Número de personas que consumen tabaco/población capitada x 100</p>		Establecer los beneficios de la Implementación del programa para cesación de tabaco
ACTIVIDADES	- Realización de encuestas para caracterización de la población fumadora.	Número de encuestas diligenciadas apropiadamente/Numero	Encuestas realizadas	Se obtendrán los datos verídicos y necesarios para

	<ul style="list-style-type: none"> -Generar mecanismos de identificación sistemática de los fumadores que asistan a los servicios de consulta programada en Javesalud a través del formato de historia clínica electrónica - Sistematizar los resultados obtenidos en las encuestas. - Analizar los datos obtenidos. 	de encuestas realizadas x 100		obtener la información precisa acerca de la cantidad de fumadores.
--	---	-------------------------------	--	--

OBJETIVO No. 3 DISEÑAR E IMPLEMENTAR HERRAMIENTAS PARA LA EDUCACIÓN DEL INDIVIDUO, COMUNIDAD Y LOS PROFESIONALES DE LA SALUD SOBRE LOS EFECTOS DEL TABACO Y LOS BENEFICIOS DE LA CESACIÓN.

RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS		INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN	Educar a la población objeto de la prestación de servicios de salud de Javesalud IPS y a los profesionales de salud que laboran en la misma	Cantidad de pacientes que reciben educación/número de atenciones x 100	Listas de asistencia a las actividades realizadas para educación de la población y profesionales de salud	Se educará al 100% de la población atendida en Javesalud y al 100% de los profesionales de salud vinculados laboralmente a dicha IPS
PROPÓSITO	Proporcionar información a las personas atendidas en Javesalud IPS y a los profesionales de salud acerca de los efectos del tabaco (directos y de segunda mano) y los beneficios de la cesación	Cantidad de profesionales de salud vinculados a Javesalud que reciben educación/		Disminución de la cantidad de pacientes fumadores
COMPONENTES (RESULTADOS)	- Educar a todo el personal vinculado laboralmente a Javesalud acerca de los efectos del tabaco y los beneficios de la cesación.			Proporcionar atención a los pacientes fumadores enfocadas a la cesación del hábito de fumar
ACTIVIDADES	Programación de charlas educativas realizadas en la sala de espera de las sedes de la IPS. -Diseño de material dirigido a los pacientes y a la	Cantidad de charlas realizadas/Cantidad de charlas programadas x 100		Realizar la totalidad de las sesiones programadas

	<p>comunidad en general (entornos educativos, laboral) sobre los beneficios de dejar de fumar.</p> <p>-Programación de Jornadas educativas dirigidas a los profesionales de salud que laboran en Javesalud acerca de los efectos del tabaco y entrenamiento en cesación de tabaco.</p>			
--	--	--	--	--

OBJETIVO No. 4 FORTALECER LA IDENTIFICACIÓN DEL CONSUMO DE TABACO Y SU ABORDAJE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO.

RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS		INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN	Realizar un adecuado abordaje diagnóstico y terapéutico a los pacientes fumadores que son atendidos en Javesalud. Proporcionar tratamiento la población fumadora que asiste a recibir servicios de salud en Javesalud.	Cantidad de pacientes fumadores identificados en consulta/Número de atenciones x 100		
PROPÓSITO	Realizar intervenciones que contribuyan a la cesación a pacientes fumadores que asisten a consulta -	Cantidad de pacientes que dejan de fumar posterior a la intervención/Cantidad de pacientes fumadores identificados en consulta x 100	Base de datos para registro de pacientes fumadores identificados en consulta Base de datos de asistentes a la Jornada de sensibilización	Con el entrenamiento realizado los profesionales de salud que vinculados a Javesalud IPS serán capaces de identificar pacientes fumadores durante la realización de la consulta
COMPONENTES (RESULTADOS)	Lograr la identificación de los pacientes fumadores que asisten a consulta independientemente del motivo de consulta.	Cantidad de pacientes fumadores identificados en consulta/Número		

	-Incrementar el registro de los códigos diagnósticos CIE-10 relacionados con tabaquismo.	o de atenciones x 100		
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> - Diseñar una base de datos de los pacientes fumadores que se identifican en consulta, a partir de la implementación de un instrumento de identificación obligatoria en el formato de historia clínica electrónica - Realizar Jornadas de sensibilización a los profesionales de salud que laboran en Javesalud acerca de la importancia de la identificación de dichos pacientes. - Realizar entrenamiento al personal en cuanto a estrategias de comunicación asertiva para obtener información acerca de hábitos tabáquicos - Realizar capacitaciones al personal acerca de los beneficios de la cesación y de ofrecer intervenciones de cesación a la población atendida. 	Cantidad de profesionales que asisten a la jornada/Cantidad de profesionales de salud vinculados laboralmente a Javesalud x 100		

	<p>Realizar capacitaciones a los profesionales de Javesalud acerca de las intervenciones para la cesación del tabaco.</p> <p>Entrenamiento a todos los profesionales de la salud para la identificación sistemática del tabaquismo en todos los pacientes atendidos y canalización hacia los componentes básico, intermedio y avanzado del programa de cesación de tabaco.</p>			
--	--	--	--	--

OBJETIVO No. 5 FORTALECER EL ENTRENAMIENTO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN ATENCIÓN DE TABAQUISMO / SOCIALIZAR AL EQUIPO DE SALUD DE JAVESALUD, LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA Y RECOMENDACIONES PARA LOS PROFESIONALES DE LA SALUD PARA COLOMBIA SOBRE LA ATENCIÓN AL TABAQUISMO.

RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS		INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN	Fortalecer el ejercicio de los profesionales para una atención integral al paciente mayor de 12 años en Javesalud que consume tabaco con el fin de intervenir a nivel preventivo y terapéutico; de acuerdo con las rutas de atención Integral en Salud (RIAS) del ministerio de salud y protección social de Colombia.	Proporción de profesionales que generan atención en el programa de cesación de tabaco a pacientes mayores de 12 años de Javesalud IPS que consumen tabaco de acuerdo con las rutas de atención Integral en Salud (RIAS) del ministerio de salud y protección social de Colombia: Adherencia a las guías de práctica clínica superior al 90%. Periodicidad: Mensual	Evaluación del 10% de registros en historia clínica por médico de acuerdo con las rutas de atención Integral en Salud (RIAS) del ministerio de salud y protección social de Colombia. (Auditorías de historias clínicas).	Satisfacer las necesidades de los pacientes mayores de 12 años de Javesalud IPS que consumen tabaco en intervención a nivel preventivo y terapéutico.
PROPÓSITO	Aumentar calidad de la atención en los servicios de cesación de tabaco.	Proporción de personas consumidoras de tabaco que dejaron de fumar con intervención a través del programa: Número de personas	Registro en historia clínica: fuente numerador: F171 Trastornos mentales y del comportamiento	No tener registros de calidad que limiten el análisis y el seguimiento en calidad.

		<p>consumidoras de tabaco que dejaron de fumar/ Total de personas consumidoras de tabaco por 100 (%). Periodicidad: Mensual.</p>	<p>debidos al uso de tabaco: uso nocivo Z50.8 Atención por otros procedimientos de rehabilitación (Rehabilitación por uso de tabaco). Fuente denominador: Z720 Problemas relacionados con el uso de tabaco.</p>	
COMPONENTES (RESULTADOS)	<p>Capacitaciones socializadas y evaluadas de las rutas de atención Integral en Salud (RIAS) del ministerio de salud y protección social de Colombia</p>	<p>Proporción de médicos generales de Javesalud IPS que asistieron a capacitación de protocolos de atención en intervenciones a realizar a pacientes que consumen tabaco: Número de médicos generales de Javesalud IPS que asistieron a capacitación/ Total de médicos generales de Javesalud IPS por 100</p>	<p>Registro en control de asistencia y evaluaciones: Fuente numerador: Formato asignado para el control de asistencia. Fuente denominador: Número total de médicos generales activos en Javesalud IPS.</p>	<p>Altos costos en el desarrollo de educación continua. Limitación recursos y herramientas para educación.</p>

		(%). Periodicidad: Anual. Proporción de médicos generales de Javesalud IPS que aprobaron la evaluación de protocolos de atención en intervenciones a realizar a pacientes que consumen tabaco: Número de médicos generales de Javesalud IPS que aprobaron la evaluación/ Total de médicos generales evaluados de Javesalud IPS por 100 (%). Periodicidad: Anual.		
ACTIVIDADES	Cronograma de capacitación, socialización y evaluación de acuerdo con los lineamientos generados por el Ministerio de Salud, a partir de las RIAS.	Proporción de cumplimiento en el cronograma de capacitaciones en protocolos de atención en intervenciones a realizar a pacientes que consumen tabaco: Número de	Registro de capacitaciones realizadas de acuerdo con el cronograma identificadas con el control de asistencia y evaluaciones:	No cumplimiento de las capacitaciones proyectadas. Por inasistencia o contingencias.

	<p>Crear un grupo de expertos encargado del análisis y seguimiento a los casos de los pacientes que requieren intervenciones en el componente avanzado de la atención en tabaquismo (staff terapéutico)</p>	<p>capacitación, socialización y evaluación realizadas según el cronograma/ Total de capacitaciones programadas por 100 (%). Periodicidad: Anual.</p>	<p>Fuente numerador: Formato asignado para el control de asistencia. Fuente denominador: cronograma de capacitación.</p>	
--	---	---	--	--

OBJETIVO No. 6 IMPLEMENTAR EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE JAVESALUD IPS EL REGISTRO OBLIGATORIO Y SISTEMÁTICO DE TABAQUISMO PARA TODOS LOS PACIENTES, ASÍ COMO ESTIMULAR SU REGISTRO POR PARTE DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD COMO DIAGNÓSTICO (CIE-10).

RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS		INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN	Identificación oportuna de los pacientes que consumen tabaco, que permita al profesional brindar información sobre la cesación del consumo.	Número de personas identificadas que consumen tabaco/ Total de pacientes atendidos	Registros de historia clínica.	Disminución de los riesgos asociados al consumo de tabaco.
PROPÓSITO	Lograr la identificación oportuna de los pacientes que consumen tabaco, para ofrecer intervención.	Porcentaje de casos que se realiza		Brindar información oportuna a los pacientes, sobre los beneficios de la cesación de tabaco.
COMPONENTES (RESULTADOS)	Formación a los profesionales sobre la importancia del registro.	intervención / Número de atenciones.		Direccionar al paciente que consume tabaco, al programa de cesación.
ACTIVIDADES	Implementación del campo de registro de identificación en historia clínica. Capacitación a los profesionales para el registro.			Baja adherencia por parte de los profesionales a los protocolos institucionales que limiten identificación los usuarios.

OBJETIVO No. 7 SOCIALIZAR CRITERIOS DIAGNÓSTICOS Y MANEJO TERAPÉUTICO DE TABAQUISMO

RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS		INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN	Brindar información a los profesionales de salud, sobre la importancia de cesación de tabaco, para generar intervenciones de tipo preventivo y terapéutico.	Proporción de profesionales con formación para el manejo de terapéutico del tabaquismo/ Total de profesionales de la institución	Registros de formación y capacitación de la institución.	Intervención oportuna y efectiva para los pacientes fumadores.
PROPÓSITO	Profesionales con alto grado de conocimiento, para el manejo de intervenciones en pacientes fumadores.			Fortalecimiento de la atención primaria en salud, a partir de la prevención y educación, sobre la cesación de tabaco en Colombia, teniendo como base los lineamientos del Ministerio de Salud.
COMPONENTES (RESULTADOS)	Profesionales con formación en el abordaje del paciente fumador.			Generación de conocimiento con los profesionales de salud, en cesación de tabaco.
ACTIVIDADES	Realizar capacitación en abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo, en los niveles básico, intermedio, avanzado y comunitario. Evaluar adherencia a la formación.			Satisfacción de necesidades de los pacientes atendidos.

OBJETIVO No. 8 FOMENTAR HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE EN EL PERSONAL DE SALUD, CON LA SOCIALIZACIÓN DE HERRAMIENTAS, ASÍ COMO EL CUMPLIMIENTO DE LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES

RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS		INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN	Generar en los profesionales de salud, sensibilización sobre la importancia de tener hábitos de vida saludables.	Número de actividades realizadas/ Actividades programadas.	Registros de actividades realizadas.	Personal de salud con hábitos saludables. Limitación en los recursos asignados. Baja adherencia a las actividades.
PROPÓSITO	Incentivar en el personal de salud, hábitos de vida saludables. Fortalecimiento de estrategias de información y comunicación.			
COMPONENTES (RESULTADOS)	Incremento de adherencia a los hábitos de saludables.			
ACTIVIDADES	Realizar campañas de sensibilización. Medir la adherencia a las actividades.			

OBJETIVO 9. REALIZAR UN ESTUDIO DE COSTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE CESACIÓN

RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS		INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN	Evaluar la factibilidad de implementar un programa para la cesación de tabaco en Javesalud.	Proyección de costos y gastos para ejecución del programa.	Plan de costos y gastos.	La inversión en el proyecto permitirá reducir los costos en el sistema de salud asociados al consumo de tabaco. Recursos limitados para la implementación del programa.
PROPÓSITO	Identificar los recursos económicos necesarios para la implementación del programa.			
COMPONENTES (RESULTADOS)	Viabilidad económica para ejecutar el proyecto			
ACTIVIDADES	Establecer los rubros que se requieren para la implementación. Realizar análisis de factibilidad.			

9. CONCLUSIONES

- La implementación de un programa de cesación de tabaco le permitirá a Javesalud alinearse con los lineamientos y requerimientos por parte del Ministerio de Salud para la aplicación de intervenciones individuales y comunitarias enfocadas a ofrecer tratamiento basado en la evidencia a las personas identificadas como fumadoras, y prevenir el inicio de consumo en los adolescentes asistentes a los servicios, fortaleciendo los esfuerzos en materia de control de tabaco y atención del tabaquismo que permita aportar a las políticas públicas del país, así como disminuir los riesgos asociados al consumo de tabaco de la población atendida en Javesalud.

- La metodología de marco lógico permite facilitar el proceso de conceptualización, diseño, ejecución y evaluación del proyecto. Se logró identificar las causas, consecuencias, fines, propósitos y las actividades necesarias para la ejecución del proyecto.

- Se construye el marco teórico y legal, donde se evidencia la importancia de diseñar el programa para la cesación del consumo de tabaco y atención del tabaquismo, alineado con las políticas del Ministerio de Salud.

10. BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Informe OMS Sobre La Epidemia Mundial De Tabaquismo, 2017
- ² Ministerio de salud de Colombia (2017). *Programa para la cesación del consumo de tabaco y atención del tabaquismo*. Bogotá, Colombia.
- ³ Guindon GE, Boisclair D. 2000, Tendencias pasadas, presentes y futuras del consumo de tabaco. Documento de trabajo de salud, nutrición y población. N° 6 de la serie Aspectos económicos del control del tabaco., Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- ⁴ Organización Panamericana de la Salud. La epidemia de tabaquismo. Los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco, 2000, Washington. Recuperado:<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/173241/1/La%20Epidemia%20del%20Tabaquismo.pdf>.
- ⁵ Salazar Fajardo Lida Janeth, Henríquez Mendoza Giana, Instituto nacional de Cancerología ESE, 2016, CESACIÓN TABÁQUICA: Compilación de las recomendaciones actualizadas para Profesionales de la salud en Colombia. Bogotá, D.C.
- ⁶ Gobierno Nacional de la República de Colombia (2013). Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas. Colombia
- ⁷ Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria. El tabaquismo en Colombia. Junio 2017, Buenos Aires, Argentina. Disponible en: www.iecs.org.ar/tabaco
- ⁸ Organización Mundial de la Salud (2017). Nota descriptiva: Tabaco. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>
- ⁹ Ley 1335. Ley antitabaco. Diario Oficial 47.417 de julio 21 de 2009. Colombia, Julio 2009.
- ¹⁰ Organización Mundial de la Salud (2003). *El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco*. Geneva, Switzerland
- ¹¹ Gamboa GOA. 2015, Estudio de costo-efectividad e impacto al presupuesto de las terapias farmacológicas para la cesación del tabaquismo en Colombia. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; Colombia.
- ¹² Becerra, Nelci et al (2011). Modelo de una clínica para dejar de fumar en la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

¹³ Solano Reina, S., Jiménez Ruiz, C. A., & Riesco Miranda, J. A. (2012). *Manual de tabaquismo*. [Barcelona] Elsevier Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica c2012

¹⁴ Pérez de los Cobos Peris, J. C. (2006). *Tratado SET de trastornos adictivos*. Madrid, España Colegio Iberoamericano de Trastornos Adictivos SET Editorial Médica Panamericana c2006.

¹⁵ Organización Panamericana de la Salud (2000). *La epidemia del tabaquismo*. [Washington D.C.] The International Bank for Reconstruction

¹⁶ Alba LH, Murillo R, Becerra N, et al. (2013). Recomendaciones para la cesación de la adicción al tabaco en Colombia. *Biomedica*

¹⁷ Gaviria Uribe Alejandro, Dávila Guerrero Carmen Eugenia, Correa Serna Luis Fernando, Osorio Saldarriaga Elkin De Jesús, Ángel Urquijo Ricardo, Cruz Rodríguez Catalina María, año 3. no. 1 - marzo de 2017, Dirección de promoción y prevención ministerio de salud y protección social, Bogotá Colombia. Recuperado: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/boletin-pyp-No.1-2017.pdf>

¹⁸ Resolución 1841 de 2013. Diario Oficial 48811 de junio 4 de 2013. Colombia. Junio 2013.

¹⁹ Decreto 1072 de 2015. Decreto Diario Oficial No. 49523 del 26 de mayo de 2015. Colombia. Mayo de 2015

²⁰ Resolución 3202 de 2016. Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS. Julio 2016

²¹ Ley 30 de 1992. Por la cual se organiza el servicio público de la educación superior. Colombia. Noviembre 1992

²² Resolución Número 06045 del 30 de diciembre del 2014. Plan Nacional de Seguridad y salud en el trabajo. Ministerio de Trabajo de Colombia

²³ Ortigón E, Pacheco J, Prieto A, (2005). *Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas*. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES).