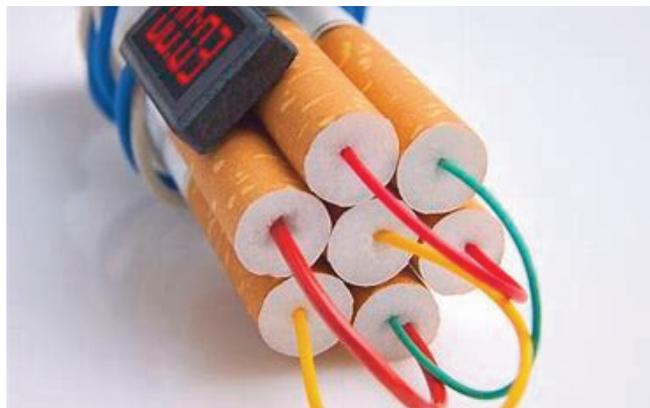




**Escuela Nacional de Salud Pública**  
**Maestría Economía de la Salud**

**COSTOS INSTITUCIONALES DE LA ATENCIÓN A  
LA SALUD DE LOS FUMADORES.  
ÁREA DE SALUD 8. CAONAO.  
CIENFUEGOS. 2018**



**MSc. Lic. Bernarda María Caro Hernández**  
**Dra. C. Nery Suárez Lugo**  
**MSc. Lic. José Luis Montes de Oca Montano**  
**Lic. Aliuska Tamayo Verdecia**

**LIBRO DE TEMA ESPECIALIZADO, BASADO EN UNA MEMORIA ESCRITA  
PRESENTADA EN OPCIÓN AL TÍTULO DE MÁSTER EN ECONOMÍA DE LA SALUD**

**Cienfuegos 2019**

Copy right: COLECTIVO DE AUTORES / EDITORIAL MÉDICA JIMS, S. L.  
Reservados todos los derechos.

ISBN: 978-84-120487-0-4

Queda prohibida, salvo excepciones previstas en la Ley,  
toda forma de reproducción, distribución, comunicación pública  
y transformación de esta obra sin la autorización  
de los titulares de la propiedad intelectual.  
La infracción de los derechos mencionados puede ser  
constitutiva de delito contra la propiedad intelectual.

## **COLECTIVO DE AUTORES**

**MSc. Lic. Bernarda María Caro Hernández**

Licenciada en Enfermería. Máster en Economía de la Salud.  
Diplomado en Gerencia en Salud. Profesor Asistente de la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.  
Miembro de la Sociedad Cubana de Enfermería.

**Dra. C. Nery Suárez Lugo**

Doctora en Ciencias Económicas y Profesora Titular de la Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana. Cuba.

**MSc. Lic. José Luis Montes de Oca Montano**

Tecnólogo de la Salud. Perfil: Gestión de Información en Salud.  
Diplomado en Capacitación y Desarrollo.  
Master en Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología.  
Profesor Asistente de la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.  
Miembro de la Unión de Informáticos de Cuba (UIC).

**Lic. Aliuska Tamayo Verdecia**

Licenciada en Higiene y Epidemiología. Profesora Instructor del Departamento de Higiene y Epidemiología. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba.

**EDITORIAL MÉDICA JIMS, S. L.**

## CONTENIDO

|  |    |
|--|----|
| <b>Introducción</b> .....  | 1  |
| Problema práctico .....  | 10 |
| Problema científico .....  | 10 |
| Preguntas de investigación .....   | 10 |
| Objetivos .....  | 10 |
| Método general .....   | 11 |
| Actualidad y novedad .....   | 11 |
| Aportes científicos y resultados de la investigación .....   | 11 |
| Estructura de la tesis .....   | 12 |
| <b>Capítulo I. Fundamento teórico metodológico</b> .....   | 13 |
| El tabaco. Su origen y componentes. ....   | 13 |
| El tabaquismo y la salud .....   | 13 |
| El tabaquismo en Cuba .....  | 16 |
| Economía de la salud y tabaquismo .....  | 18 |
| Los costos del tabaquismo y su medición .....  | 20 |
| Costos institucionales del tabaquismo en la Atención Primaria de Salud. ....   | 22 |
| Niveles de prevención .....  | 23 |
| <b>Capítulo II. Material y métodos</b> .....   | 25 |
| Contexto. ....   | 25 |
| Diseño general del estudio. ....   | 25 |
| Población y muestra. ....  | 25 |
| Operacionalización de variables según objetivos de la investigación. ....  | 26 |
| Métodos empleados en la investigación .....  | 29 |
| Métodos del nivel teórico .....  | 29 |
| Técnicas y procedimientos para la obtención de información. ....   | 30 |
| Técnicas y procedimientos para el procesamiento y análisis de la información. ...  | 33 |
| Alcance y limitaciones .....   | 34 |
| Principios éticos .....  | 34 |
| <b>Capítulo III: Análisis y discusión de los resultados.</b> .....   | 36 |
| Objetivo 1. Caracterizar la población fumadora del Área de Salud 8,<br>del Consejo Popular Caonao, del Municipio Cienfuegos, según variables<br>sociodemográficas y de salud. .... | 36 |

## Costos institucionales de la atención a la salud de los fumadores.

### Área de salud 8. Caonao. Cienfuegos 2018

---

|  |    |
|--|----|
| Objetivo 2. Describir la morbilidad y mortalidad relacionadas con el tabaquismo de la población del Área de Salud 8, del Consejo Popular Caonao del Municipio Cienfuegos. ....                         | 39 |
| Objetivo 3. Identificar la utilización de los servicios de salud por los fumadores del Área de Salud 8, del Consejo Popular Caonao del Municipio Cienfuegos. ....                                      | 44 |
| Objetivo 4. Estimar los costos institucionales ocasionados por el tabaquismo para los servicios de salud en la atención primaria del Área 8, del Consejo Popular Caonao del Municipio Cienfuegos. .... | 47 |
| <b>Conclusiones</b> .....  | 53 |
| <b>Recomendaciones</b> .....   | 54 |
| <b>Referencias bibliográficas</b> .....  | 55 |
| <b>Anexos</b> .....  | 63 |

## **RESUMEN**

Estudio de evaluación económica parcial, tipo descripción de costos; observacional descriptivo, corte longitudinal retrospectivo, enfoque mixto. Información procesada con el programa SPSS, versión 15.0, ofrece tablas de contingencia, bidireccionales y multidireccionales con frecuencias absolutas, relativas, porcentuales y proporcionales, medidas de resumen y de tendencia central. Se consideraron los principios éticos establecidos para este tipo de estudio. Los objetivos son: caracterizar la población fumadora según variables sociodemográficas; describir morbilidad y mortalidad relacionadas con el tabaquismo; identificar utilización de servicios de salud por los fumadores y estimar costos institucionales ocasionados por el tabaquismo para los servicios de salud en la atención primaria del Área 8, Consejo Popular Caonao, municipio Cienfuegos. Los principales resultados son: la población fumadora es similar a la del área de salud en estudio, la morbilidad y mortalidad por enfisema pulmonar, hipertensión y diabetes; el Cuerpo de Guardia el servicio de salud más utilizado. Las crisis hipertensivas ocupan el primer lugar en ingresos en salas de observación, el asma bronquial la de mayor cantidad de tratamientos farmacológicos y el Consultorio Médico de la Familia presenta el mayor costo unitario. Se concluye que morbilidad y mortalidad se encuentran en correspondencia con la situación de salud del territorio; la elevada utilización para su atención del Cuerpo de Guardia, se encuentran en correspondencia con las características de las patologías de mayor frecuencia e igual comportamiento de la misma a nivel nacional y los problemas de salud de mayor utilización de los servicios y mayor costo institucional, tienen comprobada relación con el tabaquismo.

## INTRODUCCIÓN

El hábito de fumar surgió entre los nativos americanos y los colonizadores europeos que lograron verlos aspirar el humo de hojas encendidas, pertenecientes a una planta llamada cohíba, oriunda del sur de América, que fue conocido por la civilización occidental desde finales del siglo XV. Fueron los conquistadores españoles los que le dieron el nombre de tabaco.

El tabaco es una de las mayores amenazas para la salud pública que ha tenido que enfrentar el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>(1)</sup>, esta adicción es la primera causa de invalidez y muerte prematura en el mundo. Mata a más de siete millones de personas al año, de las cuales más de seis millones son consumidores directos y alrededor de 890.000 son no fumadores expuestos al humo ajeno. En Europa el tabaquismo provoca cada año 1,2 millones de muertes; es uno de los desafíos de salud pública más importante en la Región de las Américas, ya que provoca al menos 845.000 fallecimientos por año. Está relacionado con la aparición de 29 enfermedades, de las cuales 10 son diferentes tipos de cáncer y de más de la mitad de las enfermedades cardiovasculares<sup>(2)</sup>.

En 2008, la propia organización adoptó un conjunto de medidas prácticas y costo-eficaces, a fin de intensificar la aplicación de las principales disposiciones en materia de reducción de la demanda del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) de la OMS, MPOWER-OMS (por sus siglas en inglés) que consiste en un plan de medidas con el objetivo de retroceder la epidemia del tabaquismo.

De manera general establece vigilar el consumo de tabaco y las políticas de prevención; proteger a la población del humo de tabaco; ofrecer ayuda para dejar el tabaco; advertir sobre sus peligros; hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco; así como aumentar los impuestos sobre el tabaco<sup>(3)</sup>. Cada una corresponde por lo menos a una disposición del CMCT.

En 2012, la prevalencia de tabaquismo entre los hombres fue mayor que para las mujeres en todo el mundo, excepto en Suecia. Más del 50% de los varones fuman todos los días en países como Rusia, Indonesia, Armenia y Timor Leste. En el caso de las mujeres, la prevalencia fue superior al 25% en Austria, Chile y Francia, pero el país con más fumadoras resultó ser Grecia, con más de un 30%. Los lugares con menores tasas de tabaquismo para los hombres son Antigua y Barbuda, Santo Tomé y Príncipe y Nigeria, mientras que Eritrea, Camerún y Marruecos presentan los mejores resultados para las mujeres. El número de cigarrillos fumados en el mundo se situó en más de seis billones y los fumadores consumieron un promedio de más de 20 cigarrillos por día en 75 países<sup>(4)</sup>.

## Costos institucionales de la atención a la salud de los fumadores.

### Área de salud 8. Caonao. Cienfuegos 2018

---

Las muertes prematuras también constituyen un importante costo social y económico para las familias y para los sistemas médicos gubernamentales. Por ejemplo, se estima que la mitad de todos los fumadores crónicos de los países desarrollados que murieron en 1998 perdieron anticipadamente de 20 a 25 años de vida en promedio<sup>(5)</sup>.

Al costo en enfermedades y muertes, hay que agregarle el importante gasto que deben afrontar los sistemas sanitarios para la atención de las enfermedades provocadas por el tabaco. También es un obstáculo para el desarrollo económico de los países porque afecta a trabajadores en edad productiva, lo cual reduce su capacidad de trabajo, aumenta el tiempo que están enfermos o simplemente los mata<sup>(6)</sup>.

A escala nacional, en Cuba, según la última información disponible de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo<sup>(7)</sup> del año 2010, se estimó que fumaban el 23,7% de la población de 15 años y más. Fuman el 16% de las mujeres y el 31% de los hombres. El 74,8% de los fumadores se inició antes de los 20 años de edad, aproximadamente uno de cada 10 fumadores antes de los 12 años de edad y cuatro de cada diez entre 12 y 16 años. Mientras la exposición al humo de tabaco ajeno en el hogar, se encontró que globalmente el 41% de los adultos cubanos declaró vivir en hogares en los que se fuma.

La adicción tabáquica afecta el desarrollo económico, al permitir que se generen gastos a la atención médica de enfermedades por este concepto. A este se le relacionan pagos de pensiones y de periodos de incapacidad, pérdida de productividad, muerte prematura de personas, daños a la economía familiar y afectaciones al medio ambiente<sup>(8)</sup>.

En el año 2017 en Cuba se reportan 106.948 defunciones, 7.560 más que en el 2016. La tasa de mortalidad general es de 9,5 defunciones superior en 8,0% a la del año anterior, la tasa ajustada por edad es de 4,7, una décima mayor. Según clasificación en tres grupos de causas de muerte, la tasa de mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles es la más elevada, 782,3 defunciones por cada 100.000 habitantes. La tasa de mortalidad por tipo de cáncer más elevada en ambos sexos, corresponde a los tumores malignos de tráquea, bronquios y pulmón<sup>(9)</sup>.

Varios proyectos de intervención se han realizado en el municipio Cienfuegos. El llamado Proyecto Global Cienfuegos<sup>(10)</sup> en la década de 1990, y desde el comienzo de este siglo, por una iniciativa de varios países que integran la Organización Panamericana de la Salud, OPS, sobre enfermedades crónicas no transmisibles (ENT), Proyecto CARMEN (Conjunto de Acciones para Reducir Multifactorialmente las Enfermedades No Transmisibles)<sup>(11)</sup>. Mediante estas iniciativas, también se ha recogido información sobre la prevalencia de factores de riesgo asociados con varias ENT en este municipio, entre estos, la prevalencia de tabaquismo.

Lo anterior denota que en la provincia Cienfuegos y el municipio capital, se ha seguido de cerca el comportamiento de las ENT y sus factores de riesgo, entre ellos el tabaquismo, para lo cual se utilizan las encuestas periódicas realizadas con la metodología del proyecto CARMEN.

En el municipio Cienfuegos, se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en el año 2000, para determinar el comportamiento del tabaquismo y el alcoholismo en el Área de Salud 4, del Consejo Popular Pueblo Griffo. En este estudio se realizó un mayor énfasis en el consumo de tabaco<sup>(12)</sup>.

## Costos institucionales de la atención a la salud de los fumadores.

### Área de salud 8. Caonao. Cienfuegos 2018

---

Las estadísticas obtenidas por profesionales de la salud en Cienfuegos, ratifican con todo rigor, que el tabaquismo constituye un problema de salud en el territorio. De acuerdo con la referida encuesta nacional del año 2010, en la provincia, el 23% de los mayores de 17 años fuma diariamente; el 78% se inició antes de los 20 años; desean dejarlo seis de cada 10 de los fumadores; el 65% ha hecho algún intento para dejarlo; uno de cada 20 fumadores declara haber pedido ayuda para abandonar la adicción, y sólo uno de 10 declara que ha recibido ayuda<sup>(13)</sup>.

Como parte del proyecto CARMEN, se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal en 2010–2011 en la ciudad de Cienfuegos<sup>(11)</sup> en el que el 25% de la población encuestada fumaba. Esta cifra resulta superior al estimado nacional de ese mismo periodo<sup>(7)</sup>.

El primer encuentro del Polo Científico Productivo en Cienfuegos en el 2017, organizado y conducido por el Ministerio de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente en el Territorio (CITMA), estuvo dedicado al tabaquismo, como tema de atención medioambiental y problema de salud. Glorias deportivas de la provincia, acompañados por directivos del Instituto Nacional de Deportes, Educación Física y Recreación (INDER), estuvieron presentes en la cita, para exponer sus experiencias sobre el tema y se hizo patente cuánto pueden hacer los deportistas en la lucha contra el tabaquismo, en tanto son modelos imitativos para las jóvenes generaciones<sup>(14)</sup>.

Un estudio realizado entre los meses de septiembre a diciembre de 2009, en el Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, del municipio Cienfuegos, con el objetivo de determinar la prevalencia de fumadores en los trabajadores, evidenció una baja percepción de riesgo, incluso en aquellos que son portadores de enfermedades crónicas no transmisibles<sup>(15)</sup>. Un estudio de serie de casos, empleando los instrumentos del proyecto CARMEN, sobre tabaquismo, fue realizado en dicha institución, específicamente en las salas de Medicina Interna, en el período comprendido de septiembre de 2017 a enero de 2018<sup>(16)</sup>.

El Área de Salud 8 del Consejo Popular Caonao, del Municipio Cienfuegos, no está ajena a este problema, pues en un estudio realizado en el curso escolar 2016-2017 por el Departamento Docente y Salud Mental, con los estudiantes de medicina, detectó 982 fumadores que representan el 9,41% de prevalencia en la población, lo que pone en evidencia que la incidencia apunta a que se mantenga elevada la prevalencia.

En estudio anterior realizado por la autora Bernarda María Caro Hernández, en esa misma área de salud, a adolescentes de los Consultorios del Médico y Enfermera de la Familia 1, 2, 3 y 6, se encontró que aproximadamente el 30% de los encuestados eran fumadores, de ellos el 60% correspondió al sexo masculino y el 40 % al femenino. Se pudo apreciar que el grado escolar donde existe mayor adicción tabáquica corresponde al grupo de noveno grado (9,2%). La edad de comienzo es a partir de los 13 años y son considerados fumadores leves.

Fuman en el horario de la mañana, coincidente con el receso escolar y declaran que con mayor frecuencias en las fiestas, con desconocimiento de sus padres. Lo que más motiva a estos adolescentes a fumar es la seducción para ambos sexos, seguido de la tradición familiar para el sexo masculino y mejorar la personalidad para el sexo femenino. El 100% conoce los daños que ocasiona el tabaquismo y a pesar de ello este mismo porcentaje desea continuar sus prácticas lo que denota una muy pobre percepción del riesgo. Todo ello hace pensar, que no

## **Costos institucionales de la atención a la salud de los fumadores.**

### **Área de salud 8. Caonao. Cienfuegos 2018**

---

solo es alta la prevalencia de fumadores en el territorio, sino que la incidencia del tabaquismo conllevará a que continúe o aumente<sup>(17)</sup>.

#### **Problema práctico**

A pesar de la elevada prevalencia de tabaquismo y la morbilidad y mortalidad relaciona con el mismo en el territorio, en la actualidad se desconoce la repercusión económica del tabaquismo sobre los Servicios de Salud del Área 8, del Consejo Popular Caonao, del Municipio Cienfuegos, que se deriva del número presumiblemente importante de usuarios, por concepto de atención a las enfermedades relacionadas con esta adicción.

No se ha determinado con precisión los servicios de salud que desde el punto de vista económico están siendo afectados, y no se conocen los costos institucionales del tabaquismo para los servicios de salud del área.

#### **Problema científico**

No existen estudios actuales que aborden la problemática a nivel local. No se dispone de una metodología adecuada para realizar una investigación, que permita, con enfoque científico, dar respuesta al problema expuesto del Área de Salud 8, Consejo Popular Caonao, Municipio Cienfuegos, y que con posterioridad pueda ser empleada en otras instancias. Por lo antes expresado esta investigación se orienta hacia la solución de las siguientes preguntas para dar respuesta al problema científico y práctico.

#### **Preguntas de investigación**

- ¿Cuáles son los rasgos sociodemográficos que caracterizan a la población fumadora seleccionada en la presente investigación?
- ¿Cuál es la morbilidad y mortalidad causadas por el tabaquismo en la población sujeta a estudio?
- ¿Cuáles son los servicios de salud más utilizados por la población fumadora sujeta a análisis?
- ¿Cuáles son los costos institucionales ocasionados por el tabaquismo a los servicios de salud de la atención primaria del Área de Salud 8, del Consejo Popular Caonao del municipio Cienfuegos?

#### **Objetivos**

1. Caracterizar la población fumadora del Área de Salud 8, del Consejo Popular Caonao del municipio de Cienfuegos, según variables sociodemográficas.
2. Describir la morbilidad y mortalidad relacionadas con el tabaquismo de la población del Área de Salud 8, del Consejo Popular Caonao del municipio Cienfuegos.
3. Identificar la utilización de los servicios de salud por los fumadores del Área de Salud 8, del Consejo Popular Caonao del municipio Cienfuegos.

4. Estimar los costos institucionales ocasionados por el tabaquismo para los servicios de salud en la atención primaria del Área de Salud 8, del Consejo Popular Caonao del municipio Cienfuegos.

### **Método general**

Se realizó un estudio de evaluación económica parcial: tipo descripción de costos; observacional descriptivo, de corte longitudinal retrospectivo, tipo mixto. Constituye una investigación de desarrollo porque produce nuevos conocimientos y sirve de instrumento para la toma de decisiones.

La tesis esta insertada en un Proyecto Ramal denominado **Fortalecimiento de las capacidades en economía de la salud en el contexto de la actualización del modelo económico cubano**, perteneciente al Programa 2: Organización, eficiencia y calidad en los servicios.

### **Actualidad y novedad**

El estudio de los costos institucionales del tabaquismo para los servicios de salud de un área de salud, de elevada prevalencia, es un tema necesario de particular vigencia en la actualidad, en momentos que el país está realizando un proceso de actualización del modelo económico y un proceso de transformación del Sistema Nacional de Salud como prioridades del estado cubano, lo que conlleva a la necesidad de asignar importantes cantidades de recursos humanos, materiales y financieros que deben usarse de una forma racional y eficiente de acuerdo a lo establecido en los Lineamientos Económicos del VI Congreso del Partido Comunista de Cuba, en particular en los lineamientos 115, 123 y 127 de la Política Social<sup>(18)</sup>.

Además, está en consonancia con los objetivos de trabajo, números 1, 4 y 6 del Ministerio de Salud Pública, MINSAP, que prioriza el programa por la eficiencia, uso racional de recursos, implementación de costos y creación de una cultura económica adecuada, entre otros aspectos de importancia que permitirán continuar el mejoramiento del estado de salud de la población<sup>(19)</sup>.

Este tema aporta luz en la toma de decisiones y facilita la divulgación, a través de los líderes formales de la comunidad y del equipo de salud, de los perjuicios y daños que ocasiona el tabaquismo, a la economía personal y familiar de los fumadores.

Pone en conocimiento a las principales autoridades del equipo básico de salud los resultados de la presente investigación, y fomentaría una mayor utilización de la consulta de deshabitación tabáquica, guiada por un equipo multidisciplinario, con prioridad en la atención de adolescentes adictos al tabaquismo, para facilitar el cese de la adicción en los fumadores interesados o remitidos por su médico de familia.

### **Aportes científicos y resultados de la investigación**

Este estudio brinda aportes desde varias vertientes fundamentales:

## **Costos institucionales de la atención a la salud de los fumadores.**

### **Área de salud 8. Caonao. Cienfuegos 2018**

---

Desde la economía de la salud, permite conocer los costos institucionales del tabaquismo sobre los servicios de salud, permitiendo la comparación de los costos inherentes al enfrentamiento de las diferentes enfermedades asociadas al tabaquismo y los distintos tipos de recursos que se ponen a disposición para enfrentar tales dolencias.

En lo metodológico, brinda técnicas que faciliten la realización de próximos estudios en otras instituciones de salud.

Desde el punto de vista docente, presenta utilidad como base material de estudio para diferentes modalidades formativas del ámbito postgradual, tales como: Diplomado y Maestría de Economía de la Salud, Especialidad de Administración en Salud que ofrece la Escuela Nacional de Salud Pública; cursos de preparación con los cuadros y directivos del SNS, talleres docentes con los profesionales del equipo básico de salud, entre otros.

Desde el punto de vista investigativo, constituye una fuente de nuevos conocimientos y podrá ser empleada en proyectos e intervenciones en la comunidad para propiciar que la familia juegue un rol importante en la prevención y control del tabaquismo.

Desde el punto de vista práctico, servirá para llevar a cabo una planificación adecuada y por tanto un mejor control y ahorro de los recursos, tanto financieros como humanos, así como la posibilidad de incidir en la toma oportuna de decisiones.

Pondrá a disposición de las autoridades sanitarias, información que permitirá accionar de manera particular a través de los programas de salud, principalmente sobre las enfermedades no transmisibles.

La dirección del Programa Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo, podrá disponer de información de relevancia para la estrategia de comunicación general y para la implementación de investigaciones y acciones a nivel local.

### **Estructura de la tesis**

La estructura de este trabajo, además de la Introducción, incluirá tres capítulos: Fundamento teórico metodológico, Material y métodos, Análisis y discusión de resultados, así como las Conclusiones y Recomendaciones y la Bibliografía consultada. También cuenta con anexos con información sobre los instrumentos empleados y expertos consultados.

La realización de la investigación permitió ampliar los conocimientos generales de la repercusión del mismo, como parte de la Economía de la Salud, además de un conjunto de Anexos con evidencias de los resultados obtenidos.

## CAPÍTULO I. FUNDAMENTO TEÓRICO METODOLÓGICO

### El tabaco. Su origen y componentes

El tabaco es el nombre común de dos plantas de la familia de las solanáceas cultivadas por sus hojas que, una vez curadas, se fuman, se mascan o se aspiran en forma de rapé (café con hielo cubierto de espuma elaborado a partir de café instantáneo). La especie más cultivada alcanza entre uno y tres metros de altura y produce de 10 a 20 hojas anchas alternas que brotan de un tallo central. Contiene un alcaloide, la nicotina, la cual constituye una sustancia tóxica que puede producir alteraciones en el aparato circulatorio y los pulmones del ser humano, así como diversas afectaciones de la salud en otros animales, razón por la cual ha sido utilizado como insecticida<sup>(20)</sup>.

El hábito de fumar apareció, entre los indígenas americanos y los colonizadores europeos que pudieron verlos aspirar el humo de hojas encendidas, pertenecientes a una planta llamada cohíba.

Denominaban tabaco a un tubito utilizado para inhalar el polvo de las hojas de cohíba. En Francia, llamaron rapé a este polvo que fue introducido en ese país por Jean Nicot en 1559. Se denominó nicotina a un alcaloide venenoso que, en baja proporción, se encuentra formando parte de la elaboración del tabaco comercial. Por su parte, el corsario Francis Drake llevó a Inglaterra la costumbre de fumar en pipa, que había aprendido de los indios llamados *pieles rojas* de Virginia en Estados Unidos. Los europeos adoptaron rápidamente este vicio que, según sus declaraciones, ya no podrían abandonar, y que con el tiempo sentaría las bases para el surgimiento de una industria gigantesca capaz de generar altos dividendos a costa de la salud de la población<sup>(21)</sup>.

El humo del tabaco contiene alquitrán y los gases venenosos monóxido de carbono y óxido de nitrógeno. El ingrediente que produce el efecto que las personas buscan es la nicotina, una droga adictiva y uno de los químicos más fuertes encontrados en el humo del tabaco. Las hojas de tabaco usadas para hacer los cigarrillos y los puros contienen materiales radiactivos; la cantidad depende de la tierra y los fertilizantes usados durante el crecimiento de las plantas. Es así que el humo también contiene pequeñas cantidades de sustancias radiactivas que los fumadores introducen a sus pulmones a medida que inhalan el humo. Estas partículas con radiación se acumulan en los pulmones, y con el tiempo pueden conformar una gran dosis radiactiva. Este puede ser otro factor clave en fumadores que llegan a tener cáncer de pulmón<sup>(22)</sup>.

### El tabaquismo y la salud

El tabaquismo es la adicción a una droga, que produce una serie de afecciones ampliamente conocidas provocadas por su consumo y también, aún sin consumir, por el hecho de respirar

## Costos institucionales de la atención a la salud de los fumadores. Área de salud 8. Caonao. Cienfuegos 2018

---

en ambientes con humo producido por los fumadores. Este fenómeno de tolerancia se observa con respecto a los efectos iniciales adversos, que ocurren frecuentemente al fumar los primeros cigarrillos, pero también se acostumbran a las concentraciones sanguíneas de nicotina, que se alcanza al fumar; lo que conduce a la necesidad de un incremento progresivo del consumo, para poder obtener los mismos efectos<sup>(23)</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), manifiesta que ... *el tabaquismo es la causa de morbilidad y mortalidad más importante que se puede prevenir*. Esta entidad internacional recomienda ... *contar con información relativa al consumo de tabaco para planificar y supervisar los programas de acción*. Resulta evidente la necesidad de ... *desarrollar materiales y programas educativos apropiados y difundirlos ampliamente*<sup>(24)</sup>.

En la 56ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en mayo de 2003, se adopta el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) de la OMS, que representa una iniciativa pionera para el progreso de la acción nacional, regional e internacional y de la cooperación mundial, encaminada a proteger la salud humana de los efectos devastadores del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco, y consciente de que debe prestarse una atención especial a la situación particular de los países en desarrollo y aquellos con economías en transición<sup>(25)</sup>.

En los años transcurridos, el CMCT ha recibido el reconocimiento y se ha integrado a numerosos documentos internacionales relacionados con las enfermedades no transmisibles (ENT) y, más recientemente, con el desarrollo sostenible; muchas de sus medidas se están considerando en relación con otros factores de riesgos de las ENT.

El control del tabaco es una pieza fundamental para el control de las ENT, las cuales constituyen uno de los mayores desafíos para la salud y el desarrollo en el presente siglo como las enfermedades cardiovasculares, los diferentes tipos de cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias. Las consecuencias humanas, sociales y económicas de las ENT afectan a todos los países, pero son especialmente devastadoras en las poblaciones más vulnerables<sup>(26)</sup>.

Casi mil millones de hombres fuman en el mundo (35% de los hombres en países de altos recursos, y 50% de los hombres en países en desarrollo). En general, los hombres con mayor educación están dejando de fumar, quedando el consumo para los hombres más pobres y con menos educación. Aproximadamente 250 millones de mujeres alrededor del mundo fuman a diario; el 22% de estas viven en países de altos recursos y el 9% en países de medianos y bajos recursos.

Aunque el consumo de cigarrillos en las mujeres está disminuyendo en la mayoría de los países de altos recursos, especialmente en Australia, Canadá y el Reino Unido, las tasas de consumo femenino de cigarrillos en varios países del Sur, Centro y Este de Europa se mantienen estables. El aumento del consumo de tabaco entre las mujeres jóvenes de países en desarrollo es clave para la evolución de la epidemia. El consumo en mujeres argentinas aparece como número 18 en el ranking de mayor número de mujeres fumadoras. Los tres países con mayor consumo en mujeres son China, Estados Unidos e India<sup>(27)</sup>.

## Costos institucionales de la atención a la salud de los fumadores. Área de salud 8. Caonao. Cienfuegos 2018

---

El consumo de tabaco es la causa principal de muerte evitable y se calcula que cada año mata a más de cinco millones de personas en el mundo y la mitad de estas muertes ocurren entre los 30 y 69 años, perdiéndose más de 20 años de esperanza de vida. Cada cigarrillo consumido acorta en siete minutos la vida del fumador.

La mayor parte de estas muertes ocurren en países de ingresos bajos y medianos. En el siglo XX ocasionó 100 millones de muertes. De persistir las tendencias actuales, en 2030 el tabaco mataría a más de ocho millones de personas por año y el 80% de esas muertes prematuras serían en los países de ingresos bajos y medianos. El consumo de tabaco es un factor de riesgo de seis de las ocho principales causas de mortalidad en el mundo. Es el único producto de consumo que daña a todas las personas expuestas a él y mata a la mitad de los que lo consumen<sup>(28)</sup>.

Las tendencias indican que para el año 2020, más de 10 millones de personas morirán a causa del tabaco, la mitad de ellas, durante la madurez productiva, con una pérdida individual de 10 a 20 años de vida. Para el 2030, siete de cada 10 de las defunciones ocurrirán en países en vías de desarrollo.

El tabaquismo ocasiona el 12% de la mortalidad adulta mundial, se relaciona con el 33% de las defunciones por todos los cánceres, con 80 a 90% por cáncer de pulmón, con el 25% de las cardiopatías isquémicas y el 75% del enfisema pulmonar y la bronquitis crónica<sup>(29)</sup>.

En la Unión Europea, el consumo de tabaco es la causa más importante de enfermedad y muerte, matando a unos 650.000 europeos cada año, cifra superior a la población total de Malta o Luxemburgo<sup>(30)</sup>. El consumo de tabaco causa más problemas de salud que, por ejemplo, la suma de los que causan juntos el alcohol, las drogas ilegales, la hipertensión arterial, la obesidad o el colesterol.

El tabaquismo pasivo es una de las principales causas de enfermedades en los no fumadores sanos, encontrándose tasas de mortalidad y morbilidad 30% más altas en ellos<sup>(31)</sup>. Aumenta el riesgo de padecer cáncer de pulmón en 20 a 30% y de enfermedades cardiovasculares en 25%. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) calcula que cada año al menos 200.000 trabajadores mueren a causa del tabaquismo involuntario en su lugar de trabajo.

En los niños fumadores pasivos causa incremento de la frecuencia de bronquitis, otitis, asma, y del síndrome de muerte súbita del lactante, contribuye también a la enfermedad cardiovascular en la edad adulta. Si la embarazada es fumadora activa o pasiva puede tener un aborto espontáneo, parto prematuro o presentar el feto disminución del crecimiento intrauterino, entre otros daños<sup>(29)</sup>.

En México, el tabaquismo es uno de los más importantes factores de riesgo de la carga de la enfermedad, el 8,4% de la mortalidad total (43.246 muertes) se atribuyen al tabaquismo; dado principalmente por las enfermedades cardiovasculares (11.469 muertes), las enfermedades respiratorias crónicas (10.664 muertes), cáncer de pulmón (6.035 muertes) y las enfermedades cerebrovasculares (3.218 muertes). Esto tiene un impacto negativo en la mortalidad y en la calidad de vida causando de manera directa la pérdida de más de un millón de años de vida saludable<sup>(32)</sup>.

En México, respecto a la edad de inicio en el consumo de cigarrillos entre la población urbana de acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones 2002, en la población de 12 a 65 años, se ubicó entre 15 y 17 años. Entre la población masculina joven (12 a 17 años) residente en áreas urbanas, el 10% comenzó a fumar antes de los 11 años de edad, situación que no se observó entre las mujeres. La edad de inicio del tabaquismo ha mostrado, comparativamente, una reducción notable, mientras que en la Encuesta Nacional de Adicciones de 1988 la edad promedio de inicio se ubicaba en los 21 años, en la encuesta del 2002, se ubica en los 15 a 17 años. Lo anterior revela un inicio cada vez más temprano en la población mexicana<sup>(5)</sup>.

### El tabaquismo en Cuba

El análisis de estudios realizados antes de 1970 en Cuba sobre la prevalencia del hábito de fumar, indicó cifras superiores al 60% en la población total. Así mismo, en 1978 y 1980, encuestas sobre la prevalencia realizadas por el Ministerio de Comercio Interior y el Instituto Cubano de Investigaciones y Orientación de la Demanda Interna, respectivamente, arrojaron que continuaba fumando el 68,9% de la población mayor de 17 años; mientras que en el segundo año estudiado la prevalencia era de 52,9%; resultados que fueron considerados como la primera fase de la epidemia en Cuba. La segunda fase tuvo lugar en los años 1984, 1988 y 1995; al comprobarse una prevalencia de 42,2%, 40,1% y 36,8%, respectivamente. De estos, se estableció que el 47,3% y el 48,1 % fueron hombres, mientras que el 25,5% y 26,3% recayó sobre las mujeres, evidenciándose que, a pesar de realizarse acciones para combatirla, no se lograron los resultados esperados<sup>(33)</sup>.

Un cambio significativo y positivo resultó el estudio realizado en el año 2001, estimándose un decrecimiento al existir 2.047.714 fumadores mayores de 15 años, representando el 31,9%, siendo el 41,4% son hombres y el 23,0% mujeres<sup>(23)</sup>.

El tabaquismo en Cuba continúa siendo un serio problema de salud, de las diez primeras causas de muerte, ocho están relacionadas con esta adicción. Entre los países de América, en ese momento, ocupa el quinto lugar en prevalencia de tabaquismo, con un 23,7%. La mayoría de los fumadores inician la adicción antes de los 20 años. En el 2010 el 9,7% de los estudiantes de 7mo. y 9no. grado eran fumadores activos, el 24,6% habían fumado alguna vez y el 10,2% eran susceptibles a iniciarse. Desean dejar de fumar el 61% y lo han tratado de abandonar el 57%. El 59% de los adolescentes son fumadores pasivos en el hogar y fuera del mismo<sup>(7)</sup>.

De lo aquí referido se puede inferir el terrible impacto y las afectaciones provocadas por el hábito de fumar en lo que respecta al desarrollo social y económico de todo un país, problemática esta que solo puede enfrentarse desde un enfoque intersectorial, que haga posible el desarrollo de estrategias que contemplen un conjunto de actividades con la participación masiva de la población y de tantos sectores como sean necesarios, en fuerte imbricación con el área de salud, sus decisores y demás profesionales.

En el año 2013 la mortalidad por cáncer de pulmón continuó su comportamiento ascendente, registrándose 5.212 fallecidos. En el caso de las mujeres fue superior a las muertes por cáncer de mama y por cáncer de útero y cuello de útero. Los datos de ese año sobre mortalidad

## Costos institucionales de la atención a la salud de los fumadores.

### Área de salud 8. Caonao. Cienfuegos 2018

---

asociada al consumo de tabaco en Cuba muestran que, como consecuencia del tabaquismo, fallecieron 13.303 cubanos.

Esta elevada mortalidad, junto con la alta prevalencia, convierte al tabaquismo en una enfermedad crónica que debe ser especialmente considerada por todos los profesionales de la salud. La intervención continúa y sistemática sobre el tabaquismo es una de las medidas más eficientes para ayudar a que los fumadores dejen de consumir tabaco<sup>(9)</sup>.

Con una prevalencia de tabaquismo del 31,9%, Cuba ocupa el tercer lugar en América, precedido por Chile con el 42,4% y Perú con el 33,8%, a pesar de los logros que exhibe en la medicina preventiva. También el tercer lugar en adolescentes fumadores pasivos en el hogar, con el 59,6%, precedido por Argentina con el 69,9 % y Uruguay con el 62,6%. Asimismo, están expuestos al humo ambiental de tabaco en los hogares el 54% de las familias, 55% de los niños y niñas, 51% de las embarazadas y el 60% de los adolescentes entre 7mo y 9no grado.

Entre los 18 países de América que informan sobre la prevalencia de tabaquismo en profesionales sanitarios, Cuba pasa a ocupar el noveno lugar, con el 25% (solo médicos), en tanto que Estados Unidos tiene el 3,3%<sup>(23)</sup>.

En la menor de las Antillas se ha evidenciado un incremento en los niveles de consumo y una ligera disminución de la edad en que se inicia, especialmente en los jóvenes universitarios. Los resultados de las investigaciones destacan que el sexo, el centro de educación superior o la propia facultad donde estudian comienzan a ser elementos pocos diferenciadores<sup>(34)</sup>.

Un estudio realizado en el municipio Playa en La Habana<sup>(35)</sup> en el 2007, con una muestra representativa, mostró que existía una prevalencia de 38,2 %, cifra similar a la del año 2001. Solo en el año evaluado, en el país murieron 15.083 personas por causas atribuibles al tabaquismo, lo que significó dos fallecidos cada hora. Por tanto, se hace visible la morosidad en función de prevenir, erradicar y controlar la prevalencia, lo cual condiciona riesgos para la salud de las personas, al provocarles factores de riesgos en enfermedades cardiovasculares, respiratorias y los diferentes cánceres diagnosticados<sup>(36)</sup>.

En el año 2010, un estudio determinó que 32 de cada 100 personas mayores de 17 años consume productos del tabaco, ubicando a Cuba entre los 3 primeros lugares de América Latina. El informe de la OMS expresó que los adultos presentaban una prevalencia diaria de 23,7% en consumo de tabaco y 22,1 % de cigarrillos; además es uno de los principales países al exponer a niños y adultos al humo tabáquico de fumadores en centros laborales y hogares. En los jóvenes, el 17,1% es consumidor del tabaco con y sin humo y el 10,6% de cigarrillos<sup>(37)</sup>.

El Instituto Cubano de Investigaciones y Orientación de la Demanda Interna informó prevalencias de tabaquismo en la población mayor de 17 años en la provincia de Cienfuegos de 43,6% en 1984, 45,5% en 1988 y 40,3% en 1989; todas estas tasas estuvieron por encima de los promedios nacionales.

El primer informe del Proyecto Global Cienfuegos, realizado en 1991-1992, reportó una prevalencia de 33% (IC 95% 30,7-35,3) en la población con edad mayor de 15 años en la ciudad capital de la provincia.

## **Costos institucionales de la atención a la salud de los fumadores.**

### **Área de salud 8. Caonao. Cienfuegos 2018**

---

Desde entonces, en el municipio de Cienfuegos (160.000 habitantes en 2012) se han realizado sistemáticamente, proyectos de investigación–acción, primero con el Proyecto Global Cienfuegos en la década de 1990, y desde el comienzo de este siglo, por una iniciativa de varios países de la Organización Panamericana de la Salud, otro sobre enfermedades crónicas no transmisibles (ENT), denominado proyecto CARMEN por sus siglas (Conjunto de Acciones para Reducir Multifactorialmente las Enfermedades No Transmisibles). A través de esta iniciativa, también se han recogido cuantiosos datos sobre la prevalencia de factores de riesgo asociados con varias ENT en este municipio. La prevalencia de tabaquismo en Cienfuegos se ha seguido de cerca y es uno de los temas más estudiados en toda la provincia, para lo cual se utilizan las encuestas periódicas realizadas con la metodología del proyecto CARMEN<sup>(38)</sup>.

### **Economía de la salud y tabaquismo**

En las políticas públicas la economía y la salud pública en muchos casos entran en contraposición debido a intereses, en ocasiones de trasnacionales y en otras del propio estado, lo que hace más complejo, más que el análisis, la solución de las contradicciones que se presentan.

Un ejemplo de ello<sup>(23)</sup> es el tema del tabaquismo y su repercusión, positiva y negativa en la economía y la sociedad. Es por ello que la discusión sobre la relación entre los costos y los beneficios del tabaco es un punto que aparece con frecuencia en las agendas de discusión de economistas de la salud. Este es un tema con una connotación ética, ya que consumir productos del tabaco tiene beneficios aparentes, básicamente para el que lo consume, pues de no ser así cabría suponerse que no fumarían.

Por otro lado, también contribuye a la economía mediante la creación de empleos y la recaudación de impuestos. Sin embargo, esta argumentación es anulada a partir de los costos que el tabaquismo supone para la economía familiar, la salud pública, el medio ambiente y las economías nacionales.

La economía y el tabaquismo de un país guardan una estrecha relación. Tal es así, que hoy día constituye el principal obstáculo para la implementación de programas locales y más aún, para la aplicación en toda su magnitud del Convenio Marco para el Control del Tabaquismo, primero de esta naturaleza a nivel mundial auspiciado por la OMS.

Si bien el control del tabaquismo tiene algunos efectos económicos negativos a corto plazo, sus ventajas serán un beneficio más grande a largo plazo para la economía. Para muchos países productores de tabaco y fabricantes de cigarrillos, como China, India, Indonesia, Brasil y Cuba, entre otros, el tabaquismo es valorado más como un problema económico que de salud pública.

Sin embargo, existen razones también económicas para que los gobiernos controlen tanto la oferta como el consumo de tabaco, ya que hay costos externos de atención médica relacionados con los efectos negativos del tabaquismo y el humo de segunda mano para la salud, así como pérdidas económicas, no sólo a los fumadores sino también a los no fumadores y a la sociedad en general, que pueden ser consideradas como externalidades negativas.

## Costos institucionales de la atención a la salud de los fumadores.

### Área de salud 8. Caonao. Cienfuegos 2018

---

El tabaco también genera costos a la salud de los agricultores, que por lo general no se investigan y tampoco se atienden con frecuencia. Dentro de los problemas medio ambientales también el cultivo de tabaco trae aparejado costos que no se exponen lo suficiente. Ambos deben contar con una mayor presencia en las agendas públicas de los países productores.

Los gastos que generan en la familia los fumadores, tanto por lo que consumen de cigarrillos como por la atención a su salud y su repercusión en los presupuestos familiares, tienen estrecha relación con el tema de la pobreza y sus consecuencias sociales. Aspecto este que tampoco cuenta con la visibilidad requerida en las estrategias de comunicación social.

El tabaquismo genera costos para la sociedad, en términos de enfrentamiento desde los servicios de salud a las más diversas enfermedades relacionadas con este nefasto hábito, además de la incapacidad, la pérdida de años potenciales vividos en la población; así como las muertes relacionadas con el tabaquismo pueden afectar las economías de los países, entra en franco contraste con lo expresado por la agenda mundial para el desarrollo de la Organización de Naciones Unidas (ONU) y en especial con su Objetivo 8; cuyo fin primordial es *promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos*<sup>(39)</sup>.

Según estudios realizados en Estados Unidos, el impacto del tabaquismo en la sociedad en términos de costo de morbilidad y mortalidad es muy alto. Cada año, más de 96.000 millones de dólares del total de lo que se gasta en cuidados médicos en Estados Unidos se pueden atribuir directamente a los efectos del tabaco. Sin embargo, no todo está incluido en estos gastos. Además de lo que cuesta directamente la atención médica, hay que añadir otros gastos suplementarios por la disminución en la productividad debido a los efectos del tabaco (97.000 millones de dólares anuales), así un país como Estados Unidos gasta alrededor de 193.000 millones de dólares<sup>(40)</sup>.

El consumo de tabaco no reconoce fronteras socioeconómicas y se ha demostrado el elevado costo que representa para todos los estratos de la sociedad. El costo directo que pesa sobre los sistemas de salud de América Latina por causas atribuibles al tabaquismo es de aproximadamente US\$ 33 mil millones, equivalente a 0,5 % del producto interno bruto (PIB) de la Región y a 7 % de todo lo que Latinoamérica gasta en salud al año. Entre los países más afectados figuran Chile (0,86 % del PIB), Bolivia (0,77 % del PIB) y Argentina (0,70 % del PIB)<sup>(41)</sup>.

En México, datos del pasado 2015 revelan que el tabaquismo genera un costo anual para el sector salud de 61 mil millones de pesos que corresponde al 1 % del producto interno bruto (PIB) y al 11 % del presupuesto anual en salud<sup>(26)</sup>.

El costo económico del consumo de tabaco es muy alto e incluye los elevados gastos de salud pública relacionados con el tratamiento de las enfermedades que causa, la mortalidad en personas en la cúspide de su vida productiva, privación a las familias de su sustento y a las naciones de una fuerza de trabajo sana, además de que los consumidores de tabaco son menos productivos durante su vida debido a su mayor vulnerabilidad a las enfermedades<sup>(8)</sup>.

En Cuba, frente a la problemática actual de la salud pública, en el que la demanda de los servicios es cada vez mayor y reclama poner en juego el uso de recursos cuya disponibilidad

está limitada, se requiere la máxima racionalización en la utilización de los mismos. Por esta razón la visión económica representa una opción de respuesta más organizada, para adecuar el uso de los recursos a la constante redefinición de las necesidades de salud<sup>(32)</sup>.

### **Los costos del tabaquismo y su medición**

La evaluación económica puede contribuir a decidir sobre estos escasos recursos, como importante apoyo en el proceso de toma de decisiones<sup>(42)</sup>. En Cuba se han realizado diversos estudios sobre tabaquismo, más los elementos económicos han sido poco tratados.

Varios autores cubanos reconocen los altos costos asociados al consumo del tabaco, descritos se encuentran entre ellos la atención médica y muertes prematuras. No obstante las enfermedades relacionadas con el tabaquismo pueden resultar a largo plazo insostenibles para los sistemas de salud y para aquellas naciones donde dicho hábito adquiera carácter epidémico; según estudios realizados que se expresan en términos de costos directos<sup>(8, 43)</sup>.

Estudiosos del tema de economía de la salud refieren que *...la discusión sobre la relación entre los costos y los beneficios del tabaquismo, es un punto que aparece con frecuencia en las agendas de discusión de economistas de la salud. Este es un tema con una connotación ética, ya que consumir productos del tabaco tiene beneficios aparentes (básicamente para el que lo consume, pues de no ser así cabría suponerse que no fumarían). Además, el tabaco «moviliza dinero». Productores de tabaco afirman que el consumo del tabaco contribuye a la economía mediante la creación de empleos y la recaudación de impuestos. Sin embargo, esta argumentación se anula a partir de los costos que el tabaquismo supone para la economía familiar, la salud pública, el medio ambiente y las economías nacionales<sup>(44)</sup>.*

Al evaluar costos y beneficios asociados al tabaquismo, el investigador se encuentra con barreras que le impiden establecer objetivamente una decisión. Por ejemplo, ¿cómo valorar la satisfacción del fumador con el tabaquismo, las molestias que causa el humo o los efectos sobre la salud del fumador y de los expuestos al humo? ¿Cuál es la diferencia entre los costos que asume el Sistema Nacional de Salud en fumadores y no fumadores?

Los referidos autores también plantean que *si el costo promedio mensual en las instituciones de salud provocado por los fumadores del país en el 2008, fuera similar al de los fumadores de este estudio, representaría una afectación de aproximadamente 99 millones de pesos al año, es decir, el 1,38 % del presupuesto de salud que fue asignado para dicho año. Este costo promedio mensual representa un 0,16% del producto interno bruto (PIB).*

Esta cifra se pudiera tomar como una cota inferior de lo que realmente tiene que asumir el Estado Cubano por concepto de tabaquismo, ya que habría que contabilizar además las bajas laborales de los pacientes, los años de vida perdidos por productividad, y otros servicios asumidos por asistencia social para la protección de estos. Los costos institucionales estimados a partir de este estudio dan una medida de la carga que representa el tabaquismo para la sociedad<sup>(45)</sup>.

Un conjunto de factores perfilan la situación inherente a los costos asociados al tabaquismo; los esfuerzos del Estado Cubano en la universalización de los servicios sanitarios y la gratuidad

de estos, han hecho posible que los mismos se encuentren disponibles para todos por igual. Por otro lado, el alto nivel de instrucción social ganado por el pueblo cubano, ha sido suficiente como para entender y comprender los altos riesgos asociados al consumo de cigarrillos.

No obstante, la poca percepción individual del riesgo de consumo de cigarrillos o tabacos; la disponibilidad de los servicios sanitarios ante cualquier circunstancia que lo requiera; el arraigo sociocultural de consumo de cigarrillos o tabacos; el alto nivel de permisividad social ante el consumo; el desconocimiento cuantificado de los costos tangibles del tabaquismo; y el peso de la industria tabacalera en la economía nacional; han hecho que, pese a la existencia de las restricciones legales ante el consumo, y los altos niveles de impuestos ante la comercialización minorista de cigarrillos y tabacos, la sociedad cubana se mantiene con un alto índice de consumo de cigarrillos y tabacos<sup>(46)</sup>.

Los autores de la presente investigación, asumen como costos tangibles, *aquellos que pueden ser valorados a través del sistema de precios de mercado (como los de mano de obra, consumos, suministros, los bienes y servicios, los desplazamientos, las intervenciones, las consultas, las visitas, los procedimientos diagnósticos, los tratamientos, los apoyos domiciliarios, entre otros)*; los cuales pueden clasificarse en directos e indirectos<sup>(47)</sup>.

Todo lo anteriormente expuesto ofrece a los investigadores una idea del grado de complejidad que adquiere la realización de cualquier estudio dirigido a calcular el costo económico del tabaquismo sobre los servicios de salud.

En el normal desempeño de toda institución de salud se incurre en múltiples y variados costos. Algunos inherentes a los tratamientos aplicados, a la utilización de disímiles pruebas diagnósticas, entre muchos otros factores a considerar. Para poder determinar el monto total de estos proceder es preciso tener una amplia información referente a dichos costos. Con la finalidad de poder recoger esta información y poder clasificarlos e imputarlos convenientemente a los procesos que los han generado, se pasa a explicar algunos de sus conceptos.

Costos directos: pueden atribuirse directa y específicamente a un producto o a un grupo definido de productos. Entran en esta categoría todos los reactivos utilizados para la determinación de los diferentes parámetros que constituyen el catálogo de pruebas y servicios del laboratorio. En su mayoría tienen el carácter de costes variables, pero también pueden tener carácter de fijos, ya que la amortización de la tecnología y los contratos de mantenimiento de determinados aparatos pueden adjudicarse a un producto o conjunto limitado de productos del laboratorio y su consumo no aumenta proporcionalmente a la actividad<sup>(47)</sup>.

Como se ha podido constatar en la literatura sobre el tema, determinar los costos que el tabaquismo ocasiona en los servicios de salud resulta complejo, más aun en el caso de Cuba con la universalidad en el acceso a los mismos y las posibilidades de acudir a toda institución sanitaria del país de un paciente que lo requiere. A ello se unen las diversas enfermedades que la adicción provoca, escasos estudios que brinden la información sobre los costos de las enfermedades la poca experiencia en herramientas para el cálculo de los costos de la enfermedad en el nivel primario de salud a pesar de la importante carga económica para los sistemas sanitarios y la sociedad.

### **Costos institucionales del tabaquismo en la Atención Primaria de Salud**

El concepto de Atención Primaria de Salud (APS, por sus siglas en español) se encuentra influenciado por los antecedentes históricos, sociales, epidemiológicos, políticos, culturales, y económicos del sistema de salud de cada país, lo cual ha generado algunas distorsiones de la concepción original establecida en la Conferencia de Alma-Ata. En el desarrollo histórico de los servicios de salud, se observa que el alcance y contenido de esta estrategia ha experimentado cambios en función del grado de disponibilidad de recursos del país donde se implementa<sup>(48)</sup>.

Los servicios de salud primarios permiten afrontar la mayor parte de los problemas de salud de la población. Técnicamente, son el fruto de múltiples experiencias en el terreno, combinadas con una investigación operacional intensa en los últimos años, que les otorga verdadera credibilidad<sup>(49)</sup>.

La ampliación de los servicios que se prestan en la comunidad abarcan: la rehabilitación integral, electrocardiografía de urgencia y electivo, rayos x, ultrasonido, optometría, oftalmología, endoscopia, apoyo vital y trombolisis, traumatología, laboratorio clínico, laboratorio de alergia, drenaje biliar, regulación menstrual, planificación familiar, esterilización, estomatología, atención integral a la mujer y al niño, inmunización, atención integral al paciente diabético, atención integral al paciente con cáncer, atención integral al adulto mayor, cirugía menor y mayor, quimioterapia, áreas intensivas municipales, audiometría, salón de partos, sala para ingreso, box de extracción de sangre y genética. Además, con toda esta nueva proyección, se convierte en el escenario principal de formación de los recursos humanos para el sector salud, donde se estudian las carreras de medicina, estomatología, psicología, enfermería y tecnologías de la salud, y se combinan a este nivel la docencia, la atención y la investigación.

El llamado a retomar la APS como base de los sistemas de salud que garantice acceso universal, que sitúe el individuo como centro de la atención, y que desde ahí emanen las acciones o políticas a realizar, con la participación activa de la comunidad, y el desarrollo de recursos humanos capacitados y preparados para brindar este servicio con calidad, con una adecuada distribución de recursos financieros, y que a su vez constituya el eje integrador de las demás estructuras que componen los diferentes sistemas de salud del mismo, fue otro reclamo unánime de varios países presentados en el proyecto de resolución **Atención primaria de salud, incluido el fortalecimiento de los sistemas de salud** presentado en la LXII Asamblea Mundial de la Salud para ser aprobado en la LXIII sesión de esta organización<sup>(50)</sup>.

La APS recibe sobre sí misma el efecto negativo que generan las enfermedades asociadas al hábito tabáquico, entre sus funciones se encuentra la de contribuir a reducir las demandas sobre otros niveles de mayor complejidad del sistema, los cuales presentan mayor costo, como es el caso de la atención hospitalaria, nivel que ... *concentra la mayor parte de los recursos materiales y tecnológicos del sistema de salud*<sup>(51)</sup>. A los servicios de salud en el nivel primario les corresponde ofrecer una atención preventiva vinculada al tabaquismo, que permita reducir la carga que induce a la sociedad este comportamiento no saludable.

En Cuba, el Programa del Médico y la Enfermera de la Familia ha constituido un ejemplo a seguir en todas las latitudes. Una de las excepciones donde la medicina familiar ha estado ligada al desarrollo de su sistema sanitario y ha garantizado el cumplimiento de su encargo social, im-

## Costos institucionales de la atención a la salud de los fumadores.

### Área de salud 8. Caonao. Cienfuegos 2018

---

plementando un grupo de programas destinados a lograr un estado de salud en la población que se corresponda con la prioridad y voluntad política establecida en el país.

Estos programas, se han desarrollado en la APS, debido a que su objetivo es promover salud, prevenir y controlar riesgos, enfermedades y daños, ejecutándose la mayor parte de estas acciones por los prestadores de servicios a ese nivel. Entre ellos destacan el programa de atención materno-infantil, el de prevención y control de enfermedades infecciosas, el de control de las enfermedades no transmisibles, el de atención al adulto mayor, el de atención estomatológica integral, entre otros<sup>(52)</sup>.

En lo que respecta al Programa de Enfermedades Crónicas no Transmisibles, el mismo se complementa con el Programa para la prevención y el control del tabaquismo, quien a su vez se propone como objetivo general **reducir la prevalencia del tabaquismo en la población cubana en un 1% anual**<sup>(53)</sup>.

En lo que atañe al Policlínico y en específico a sus Consultorios Médicos de la Familia; en este nivel de intervención se centran las acciones de promoción de salud y prevención del tabaquismo que se desarrollan principalmente por el Equipo Básico de Salud, dirigidas a la población sana y de riesgo, teniendo en cuenta los conceptos básicos de promoción y prevención. A tenor de lo aquí planteado y en función del enfrentamiento al hábito tabáquico, se enuncian los siguientes conceptos:

- Promoción de salud: *es un proceso que da a la población, los medios para ejercer un mayor control sobre su propia salud, y de mejorarla. Implica a la población sana en su conjunto y en el contexto de su vida diaria, utiliza una variedad de estrategias complementarias en distintos ámbitos y que están dirigidas a diferentes grupos poblacionales.*
- Prevención: *medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.*

### Niveles de prevención

- Primaria: prevenir el consumo evitando los factores de riesgos y desarrollando factores protectores. Dirigida a individuos y grupos de riesgo.
- Secundaria: identificar oportunamente el consumo inicial e intervenir para evitar las consecuencias. Dirigida a individuos y grupos posiblemente enfermos.
- Terciaria: se centra en el tratamiento y la rehabilitación. Dirigida a enfermos en riesgo de complicaciones y muerte<sup>(52)</sup>.

En un estudio realizado, en el cual fueron seleccionadas áreas de salud y consultorios, se muestra que los costos institucionales expresaron diferencias marcadas en las cohortes, con mayor peso en la de fumadores, cuyo exceso de costos al comparar con los no fumadores fue del 79%. Los fumadores provocaron significativamente más gastos a las instituciones de salud que los no fumadores, además demandaron servicios más complejos, los gastos medios de bolsillo de los fumadores fueron más altos en todos los rubros analizados. También se observaron mayores ausencias laborales en los pacientes fumadores<sup>(8)</sup>.

## Costos institucionales de la atención a la salud de los fumadores.

### Área de salud 8. Caonao. Cienfuegos 2018

---

Desde el punto de vista económico, el Ministerio de Salud Pública cubano, por medio de su Programa para la Prevención y el Control del Tabaquismo, se propone ... *mantener una política de precios a los productos manufacturados del tabaco, acorde a los objetivos de prevención y control del tabaquismo, así como ... insistir en los aspectos negativos, en el orden económico, que representa fumar, tanto individual como familiar y socialmente y ofrecer opciones que motiven al fumador a dejar de serlo*<sup>(53)</sup>.

Ante la problemática actual de la salud pública en un marco en el que la demanda de los servicios es cada vez mayor y reclama poner en juego el uso de recursos cuya disponibilidad está limitada, se requiere la máxima racionalización en la utilización de estos. Por esta razón la visión económica representa una opción de respuesta más organizada, para adecuar el uso de los recursos a la constante redefinición de las necesidades de salud<sup>(54)</sup>.

Es opinión de la presente investigadora, que todo programa o estrategia exitosa dirigida a la reducción del hábito tabáquico en la población cubana, propenderá a una proporcional disminución en la aparición de aquellas enfermedades directamente asociadas a la adicción, lo cual debería generar cierta reducción de los costos por concepto de gastos de salud y se evitaría así que las epidemias de tabaquismo neutralicen las ganancias obtenidas por concepto de comercialización del tabaco.

Desde el punto de vista económico, es de considerar, que de todos los factores de riesgo, es el tabaquismo el que con menor esfuerzo, puede producir mayores resultados, esto es, con la inversión de menor cantidad de recursos se puede producir un mayor impacto. Esto justifica la actual voluntad política de combatir el tabaquismo, independientemente de las razones económicas que se puedan encontrar asociadas a la producción y exportación del producto<sup>(36)</sup>.

La importancia que tiene el nivel primario de atención, desde la concepción de salud universal, reclama el análisis de la utilización de estos servicios por los fumadores, dado que a la vez, la presencia de la dispensarización de los mismos, facilita la obtención de datos de esa población para el estudio desde la perspectiva de análisis institucional, referente a los gastos correspondientes al SNS.

Cada país de acuerdo a sus condiciones debe investigar para presentar evidencias específicas a los encargados de establecer políticas, que permitan demostrar los impactos que a corto y largo plazo se derivan del control del tabaquismo por los beneficios que representa mejorar la salud de la población.

## CAPÍTULO II. MATERIAL Y MÉTODOS

### Contexto

El Área de Salud 8 Fabio D´Celmo, del Consejo Popular Caonao, enclavada en el municipio Cienfuegos, está dividida en tres consejos populares: Caonao, Guaos y Pepito Tey. Esta área dispone de un total de 96 Comités de Defensa de la Revolución (CDR), así como 96 delegaciones de la Federación de Mujeres Cubanas (FMC) y tres Centros de la Policía Nacional Revolucionaria (PNR). La población del Consejo Popular Caonao es de 10.434 habitantes; 5.333 hombres y 5.101 mujeres, de los cuales 2.170 se encuentran diagnosticados con tabaquismo: 1.235 hombres y 935 mujeres, lo que representa una prevalencia del 20,79%.

Los consultorios que son objeto del presente estudio, en específico los CMF 1, 2, 3 y 6, comprenden una población de 5.948 habitantes, de los cuales 1.618 están diagnosticados con tabaquismo; para una prevalencia de 27,20%.

El Área de Salud aporta a su comunidad un conjunto de servicios médicos básicos y departamentos que velan por indicadores claves de salud según programas nacionales.

### Diseño General del Estudio

El diseño del estudio se sustenta en un enfoque mixto, con predominio del enfoque metodológico cuantitativo, en el cualitativo se utiliza la entrevista a profundidad y la consulta a expertos. Este enfoque permite obtener resultados con mayor profundidad y alcance, al emplear la triangulación de la información obtenida.

**Tipo de estudio:** evaluación económica parcial del tipo descripción de costos; observacional descriptivo, de corte longitudinal retrospectivo. Se desarrolló desde el punto de vista de la perspectiva de análisis institucional, ya que solamente se analizaron los gastos correspondientes al SNS. Horizonte temporal de un año (2018) en el seguimiento del tabaquismo en la población durante el período comprendido entre enero de 2018 y marzo del mismo año.

### Población y Muestra

**Población:** totalidad de los pacientes fumadores con patologías estrechamente asociadas al tabaquismo, pertenecientes al Área de Salud 8 Fabio D´Celmo, Consejo Popular Caonao, Consultorios Médicos de la Familia 1, 2, 3 y 6; atendidos durante el período enero a marzo de 2018,

## Costos institucionales de la atención a la salud de los fumadores. Área de salud 8. Caonao. Cienfuegos 2018

por el médico de la familia, el especialista de medicina interna, los especialistas del cuerpo de guardia, o el Equipo Multidisciplinario que tiene a su cargo la consulta de deshabituación tabáquica, entre otros posibles servicios receptores de tales casos.

Los Consultorios Médicos de la Familia que aquí se refieren, fueron seleccionados a efectos del presente estudio por ser ellos en los que se concentra la mayor densidad poblacional del consejo así como la mayor prevalencia e incidencia de individuos con hábito tabáquico, según plantea el estudio realizado por la autora a la cual se hizo referencia en páginas anteriores.

Esta problemática es igualmente reflejada en el Informe Anual del Análisis de la Situación de Salud del Policlínico y en el Resumen de Dispensarización del Departamento de Estadística del Área, correspondiente al Consejo Popular Caonao, ambos documentos pertenecientes al cierre del año 2017, donde dicho consejo se encuentra referido como el de mayor incidencia y prevalencia de pacientes con hábito tabáquico.

No se emplearon técnicas de muestreo, dado que resultaba factible identificar de forma intencional tanto el contexto como la población sujeta a estudio.

**Criterios de inclusión.** Todos aquellos pacientes, pertenecientes al Área de Salud 8 Fabio D' Celmo, del Consejo Popular Caonao, Consultorios Médicos de la Familia 1, 2, 3 o 6, fumadores con patologías estrechamente asociadas al tabaquismo, que hayan sido atendidos durante el período enero a marzo de 2018, por el médico de la familia, el especialista de medicina interna, los especialistas del cuerpo de guardia, o el equipo multidisciplinario que tiene a su cargo la consulta de deshabituación tabáquica.

**Criterios de exclusión.** Aquellos pacientes que, a pesar de cumplir con los criterios de inclusión ya establecidos, permanezcan ingresados en algún nivel de atención secundaria o terciaria durante el período sujeto a estudio, ya sea por patologías asociadas al hábito tabáquico o no.

### Operacionalización de variables según objetivos de la investigación

Para el desarrollo del estudio fue necesario obtener la información de las variables correspondiente a ese año y sus respectivas fuentes de información.

A continuación se relacionan las variables establecidas para la obtención de información, de cada uno de los objetivos y su correspondiente operacionalización, que incluye tipo, definición y escala de medición (cuadros 1, 2, 3 y 4).

#### CUADRO 1. Objetivo 1: variables sociodemográficas.

**Variable.** Sexo.

**Tipo.** Cualitativa nominal dicotómica.

**Definición.** Según sexo biológico y anatómico del paciente

**Escala.** Masculino. Femenino.

**Variable.** Edad.

**Tipo.** Cuantitativa continua.

**Definición.** Número de años cumplidos a la fecha del estudio.

**Escala.** 0-4; 5-9; 10-14; 15-19; 20-24; 25-29; 30-34; 35-39; 40-44; 45-49; 50-54; 55-59; 60-64; 65-69; 70-74; 75 ó más.

**Variable.** Nivel de escolaridad.

**Tipo.** Cualitativa nominal politómica.

**Definición.** Ultimo nivel de escolaridad vencido por el paciente.

**Escala.** Primaria. Secundaria. Obrero no calificado. Obrero calificado. Nivel medio básico. Nivel medio. Nivel medio superior. Nivel universitario. Ninguno.

**Variable.** Labor que realiza.

**Tipo.** Cualitativa nominal politómica.

**Definición.** Labor productiva formal que desempeña.

**Escala.** Ama de casa. Agricultor. Ingeniero. Maestro. Médico. Enfermero. Constructor. Trabajador por cuenta propia. Otras labores.

---

#### CUADRO 2. **Objetivo 2: variables morbilidad y mortalidad.**

**Variable.** Morbilidad.

**Tipo.** Cualitativa nominal politómica.

**Definición.** Enfermedades referidas en el Modelo 54-50-02.

**Escala.** Asma bronquial. Hipertensión arterial. Diabetes mellitus. Cardiopatía isquémica. EPOC. Cáncer de pulmón. Otros problema de salud.

**Variable.** Mortalidad.

**Tipo.** Cualitativa nominal politómica.

**Definición.** Muertes ocurridas en el periodo sujeto a estudio, según modelo 8111-18-39-03.

**Escala.** Asma bronquial. Hipertensión arterial. Diabetes mellitus. Alcoholismo. Cardiopatía isquémica. EPOC. Cáncer de pulmón. Otras neoplasias. Insuficiencia respiratoria aguda. Otros problemas de salud.

---

#### CUADRO 3. **Objetivo 3: variables utilización servicios de salud.**

**Variable.** Seguimiento médico

**Tipo.** Cualitativa nominal dicotómica.

**Definición.** Actividad de seguimiento médico de que es objeto el paciente en el Consultorio Médico de la Familia.

**Escala.** Si; No.

**Variable.** Seguimiento de Enfermería.

**Tipo.** Cualitativa nominal dicotómica.

**Definición.** Actividad de seguimiento de enfermería de que es objeto el paciente en el Consultorio Médico de la Familia.

**Escala.** Si; No.

**Costos institucionales de la atención a la salud de los fumadores.**  
**Área de salud 8. Caonao. Cienfuegos 2018**

---

**Variable.** Interconsulta Especialista de Medicina Interna.

**Tipo.** Cualitativa nominal dicotómica.

**Definición.** Actividad de Interconsulta del Especialista de Medicina Interna de que es objeto el paciente en el Consultorio Médico de la Familia.

**Escala.** Si; No.

**Variable.** Interconsulta de Psicología.

**Tipo.** Cualitativa nominal dicotómica.

**Definición.** Interconsulta de Psicología de que es objeto el paciente en el Consultorio Médico de la Familia.

**Escala.** Si; No.

**Variable.** Consulta de Psicología.

**Tipo.** Cualitativa nominal dicotómica.

**Definición.** Consulta de que es objeto el paciente en el área de salud.

**Escala.** Si; No.

**Variable.** Consulta de Fisiatría.

**Tipo.** Cualitativa nominal dicotómica.

**Definición.** Consulta de que es objeto el paciente en el área de salud.

**Escala.** Si; No.

**Variable.** Consulta de Fisioterapia.

**Tipo.** Cualitativa nominal dicotómica.

**Definición.** Consulta de que es objeto el paciente en el área de salud.

**Escala.** Si; No.

**Variable.** Consulta de Fisioterapia.

**Tipo.** Cualitativa nominal dicotómica.

**Definición.** Consulta de que es objeto el paciente en el área de salud.

**Escala.** Si; No.

**Variable.** Consulta de MNT.

**Tipo.** Cualitativa nominal dicotómica.

**Definición.** Consulta de que es objeto el paciente en el área de salud.

**Escala.** Si; No.

**Variable.** Consulta de Acupuntura.

**Tipo.** Cualitativa nominal dicotómica.

**Definición.** Consulta de que es objeto el paciente en el área de salud.

**Escala.** Si; No.

**Variable.** Consulta Defectología.

**Tipo.** Cualitativa nominal dicotómica.

**Definición.** Consulta de que es objeto el paciente en el área de salud.

**Escala.** Si; No.

**Variable.** Promoción de Salud.

**Tipo.** Cualitativa nominal dicotómica.

**Definición.** Actividad de promoción de salud de que es objeto el paciente a nivel de Consultorio Médico de la Familia

**Escala.** Si; No.

**Variable.** Otro tipo de actividad.

**Tipo.** Cualitativa nominal dicotómica.

**Definición.** Actividad de que pudiera ser objeto el paciente en el área de salud y/ó Consultorio Médico de la Familia, no referida con anterioridad.

**Escala.** Si; No.

#### CUADRO 4. **Objetivo 4: variables costos institucionales servicios de salud APS.**

**Variable.** Ingreso en Sala de Observación.

**Tipo.** Cuantitativa continua.

**Definición.** Costo unitario en CUP según ingresos en sala.

**Escala.** Gastos en CUP, divididos entre el nivel de actividad.

**Variable.** Traslado a Hospitales.

**Tipo.** Cualitativa nominal dicotómica.

**Definición.** Según traslado del paciente, como parte de la conducta seguida.

**Escala.** Sí; No.

**Variable.** Tratamiento por medicamentos.

**Tipo.** Cuantitativa continua.

**Definición.** Gastos en CUP por tratamiento farmacológico según consumo en el período.

**Escala.** Precio unitario en CUP en unidades multiplicado por consumo en el período.

**Variable.** Otra conducta seguida.

**Tipo.** Cualitativa nominal dicotómica.

**Definición.** Se refiere a la posible adopción de otras conductas.

**Escala.** Sí; No.

---

## **Métodos empleados en la investigación**

### **Métodos del nivel teórico**

**Histórico lógico.** Fue aplicado en la sistematización de los antecedentes del problema de investigación, permitiendo el estudio de investigaciones y experiencias anteriores sobre el tema abordado.

**Analítico sintético.** Fue utilizado en el análisis de la información recopilada de las diferentes fuentes bibliográficas consultadas, unificándose los resultados obtenidos para llegar a conclusiones.

**Inductivo deductivo.** Se utilizó en el análisis del material revisado, como parte de la interpretación de la influencia del tabaquismo sobre la economía de la salud.

### **Técnicas y procedimientos para la obtención de información**

**Análisis de los documentos.** Este método permitió, a través de la recolección de datos, determinar la frecuencia con que se presentan en la población objeto de estudio las enfermedades no transmisibles relacionadas con el tabaquismo y su repercusión sobre los servicios de salud; algunos de estos documentos mostraron también su utilidad en la etapa de fundamentación teórica.

Como resultante del análisis documental, se seleccionó un conjunto de modelos estadísticos que hacen posible, a través de la recolección y análisis de sus datos, determinar la frecuencia con que se expresan en la población objeto de estudio las enfermedades no transmisibles relacionadas con el tabaquismo y su repercusión sobre los servicios de salud.

Los modelos donde se obtienen los datos primarios fueron los siguientes:

- Historias de salud familiar.
- Historia clínica individual.
- Registro diario mensual de la consulta de deshabituación tabáquica.
- Registro diario mensual de la consulta multidisciplinaria de la Especialista en Medicina Interna.
- Registro de casos atendidos en Cuerpo de Guardia.
- Registro de dispensarización del Departamento de Estadística del Área de Salud.
- Análisis de la situación de salud del área.
- Manual de costos de la Institución, presente en el Expediente Único.

A efectos de la recopilación y compilación de los datos presentes en los documentos aquí referidos, se diseñaron los correspondientes formularios, según criterios presentes en el Libro de Informática Médica, Tomo II, página 220<sup>(55)</sup>. Entre otros aspectos se tuvo en cuenta la estandarización de los datos presentes en cada documento, así como la adecuada codificación de cada variable y su normalización, lo cual hizo posible el posterior procesamiento estadístico de forma automatizada.

Formularios creados a efectos del presente estudio (véanse en el anexo 2):

- Formulario según Modelo 54-50-02. Historia de Salud Familiar.
- Formulario según Modelo 18-145-01. Actividades de Medicina Familiar.
- Formulario según Registro Diario / Mensual. Modelo 18-115-1. Consulta de Deshabituación Tabáquica.
- Formulario según Modelo 53-12-02. Registro de Casos Atendidos en Cuerpo de Guardia.

**Entrevista en profundidad y criterio de expertos.** Fueron consultados expertos (anexo 2) para la validación de los formularios citados con anterioridad. Los expertos se seleccionaron considerando su especialidad, área de experticia y años de experiencia.

Se diseñaron cuestionarios para realizar las entrevistas en profundidad, los que también fueron validados por expertos. Dichas entrevistas fueron aplicadas a los siguientes directivos y especialistas del área de salud:

- Vicedirector de Asistencia Médica.
- Jefe del Departamento Económico.
- Jefe del Servicio de Rehabilitación.
- Especialista en Medicina Interna del Grupo Básico de Trabajo.
- Jefe del Servicio de Urgencias.

Para dar respuesta a cada uno de los objetivos se procedió de la forma que a continuación se describe.

**Objetivos 1 y 2.** En consonancia con la aplicación del método analítico sintético, se analizaron los documentos que se relacionan; para algunos de los cuales fueron diseñados los correspondientes formularios, lo que hizo posible la adecuada codificación de cada variable, su normalización y procesamiento estadístico de forma automatizada:

- Registro de Dispensarización. Modelo 241-476-03.
- Historias de salud familiar (Formulario según Modelo 54-50-02).
- Historia clínica individual.
- Registro diario mensual de la consulta de deshabituación tabáquica (Formulario según Registro Diario / Mensual. Modelo 18-115-1).
- Registro diario mensual de la consulta multidisciplinaria de la Especialista en Medicina Interna.
- Registro de casos atendidos en Cuerpo de Guardia (Formulario según Modelo 53-12-02).
- Registro de dispensarización del Departamento de Estadística del Área de Salud.

Para dar salida a los objetivos en cuestión y como parte del análisis documental realizado a efectos del presente estudio, fueron consultados expertos en el tema, y se revisaron fuentes de información, en lo tocante a determinar la incidencia y prevalencia de las enfermedades asociadas al tabaquismo, los problemas de salud relacionados con dicho hábito, así como los grupos etáreos más afectados, entre otros aspectos.

**Objetivo 3.** Se analizaron los siguientes documentos para algunos de los cuales fueron diseñados los correspondientes formularios y analizados con esa perspectiva otros empleados en los objetivos precedentes; lo que hizo posible la adecuada codificación de cada variable, su normalización y procesamiento estadístico de forma automatizada:

- Registro de Dispensarización, Modelo 241-476-03.
- Historias de salud familiar (Formulario según Modelo 54-50-02).
- Historia clínica individual.

## Costos institucionales de la atención a la salud de los fumadores.

### Área de salud 8. Caonao. Cienfuegos 2018

---

- Registro diario mensual de la consulta de deshabituación tabáquica (Formulario según Registro Diario / Mensual. Modelo 18-115-1).
- Registro diario mensual de la consulta multidisciplinaria de la Especialista en Medicina Interna.
- Registro de casos atendidos en Cuerpo de Guardia (Formulario según Modelo 53-12-02).
- Registro de dispensarización del Departamento de Estadística del Área de Salud.

Como parte del análisis documental realizado a efectos del presente estudio, fue consultado un conjunto de fuentes de información, en lo tocante a determinar la conducta a seguir con los pacientes atendidos por afecciones de la salud estrechamente asociadas al hábito tabáquico y sus correspondientes tratamientos, así como procederes de enfermería, médicos y preventivos. Se realizaron entrevistas en profundidad a los directivos y especialistas siguientes:

- Vicedirector de Asistencia Médica.
- Jefe del Servicio de Urgencias.
- Jefe del Servicio de Rehabilitación.

**Objetivo 4.** Se analizaron los siguientes documentos normativos de la Atención Primaria de Salud, propios de la labor económica del Área y declaratorios de los registros contables, de los gastos y estadísticas relacionados con el tabaquismo en el Área de Salud y el Consejo Popular donde se localizan los Consultorios del Médico y Enfermera de la Familia contemplados en el presente estudio:

- Registros contables y de recursos humanos del Área de salud 8, Consejo Popular Caonao. Provincia de Cienfuegos.
- Manual de instrucción y procedimientos de costos en salud 2012.
- Presupuesto del área de salud 8, Consejo Popular Caonao. Provincia de Cienfuegos.
- Manuales de normas y procedimiento en contabilidad.

Como parte del análisis documental realizado a efectos del presente estudio, fueron consultadas un conjunto de fuentes de información y de la información obtenida en los instrumentos diseñados, ya declaradas en objetivos precedentes, que aportaron el análisis de los centros de costo de los diferentes servicios involucrados en el estudio, el gasto de salario y el marco presupuestal disponible para gastos por concepto de insumos, en estrecha relación con los servicios por donde transitan los pacientes con patologías asociadas al tabaquismo; en lo tocante a determinar la conducta a seguir con estos pacientes y sus correspondientes tratamientos, así como procederes de enfermería, médicos y preventivos.

Se realizaron entrevistas en profundidad a los directivos y especialistas siguientes:

- Vicedirector de Asistencia Médica.
- Jefe del Departamento Económico.
- Jefe del Servicio de Urgencias.

### *Técnicas y procedimientos para el procesamiento y análisis de la información*

**Método estadístico.** Es utilizado en la identificación de la población sujeta a estudio; se emplea además en el procesamiento estadístico de los datos procedentes de los diferentes instrumentos aplicados durante la investigación, así como en el tratamiento de los datos sujetos a diferentes escalas, según han quedado establecidos en dichos instrumentos.

Como herramienta automatizada se recurrió al SPSS en su versión 15.0; programa consistente en un Procesador Estadístico Profesional para las Ciencias Sociales, soportado en Microsoft Windows.

El software aquí referido facilitó la creación de bases de datos independientes para cada formulario, la captación, procesamiento y recuperación de dichos datos, así como la aplicación de los procedimientos de estadística descriptiva. Con la ayuda de este programa se obtuvieron resultados en tablas de frecuencia, de contingencia y otras bidireccionales y multidireccionales para la expresión de frecuencias absolutas, frecuencias relativas porcentuales y proporcionales, así como medidas de resumen y de tendencia central, entre otras.

Las entrevistas fueron analizadas de acuerdo a su contenido y permitieron corroborar y enriquecer los resultados cuantitativos obtenidos.

Los conocimientos adquiridos en las asignaturas de la Maestría de Economía de la Salud, permitieron el análisis de los resultados desde la perspectiva de la economía de la salud y un enfoque salubrista.

A manera de resumen y para facilitar la comprensión, se presentan los métodos y técnica y la finalidad con que fueron empleados para dar respuesta a los objetivos trazados (cuadro 5).

#### CUADRO 5. **Métodos y técnicas empleados y su finalidad.**

**Métodos y técnicas.** Histórico lógico.

**Propósito.** Sistematización de los antecedentes del problema de investigación y permitió el estudio de investigaciones y experiencias anteriores sobre el tema abordado.

**Objetivos.** 1 al 4.

**Métodos y técnicas.** Análisis y síntesis. Inducción y deducción. Métodos: analítico sintético inductivo deductivo.

**Propósito.** A. Análisis de información recopilada de diferentes fuentes bibliográficas consultadas, unificándose los resultados obtenidos para llegar a conclusiones. B. Análisis del material revisado para interpretación de la influencia del hábito sobre la economía de la salud.

**Objetivos.** 1 al 4.

**Métodos y técnicas.** Revisión documental y bibliográfica.

**Propósito.** Crear la base histórica, conceptual y metodológica. Asegurar actualización y evidencia suficiente para la investigación.

**Objetivo.** 1 al 4.

## Costos institucionales de la atención a la salud de los fumadores. Área de salud 8. Caonao. Cienfuegos 2018

---

**Métodos y técnicas.** Entrevista.

**Propósito.** Profundizar en la información obtenida de los formularios.

**Objetivos.** 3 y 4.

**Métodos y técnicas.** Consulta a expertos.

**Propósito.** Validación de formularios y entrevistas a profundidad.

**Objetivos.** 1 al 4.

**Métodos y técnicas.** Método Estadístico. Cálculos estadísticos.

**Propósito.** Identificación población sujeta a estudio, procesamiento estadístico de datos procedentes de instrumentos. Empleo SPSS, versión 15.0, para creación de bases de datos independientes de cada formulario; captación, procesamiento y recuperación de dichos datos, aplicación de los procedimientos de estadística descriptiva. Presentación de resultados: tablas de frecuencia, contingencia, bidimensionales y multidimensionales para expresión de frecuencias absolutas, frecuencias relativas porcentuales y proporcionales, medidas de resumen y de tendencia central.

**Objetivos.** 1 y 3.

---

### Alcance y limitaciones

El estudio tiene alcance local en lo que corresponde a los objetivos 1 y 2 concernientes a la morbilidad y mortalidad relacionadas con el tabaquismo en el Área 8 del Consejo Popular Caonao del Municipio Cienfuegos.

Los objetivos 3 y 4, se corresponden al referido contexto, constituyen un indicativo de la utilización de los servicios de salud por los fumadores y un estimado del costo que representan para la provincia de Cienfuegos y también a nivel nacional.

Los costos en salud constituyen un instrumento metodológico del Sistema Nacional de Salud, la estimación de los mismos se encuentra ajustada y normalizada para tener en cuenta las peculiaridades de las distintas entidades que conforman el sector, de acuerdo a su perfil de trabajo y considerando los aspectos propios de sus singularidades.

No se pudo disponer de la clasificación de la severidad de la adicción, dado que en la dispensarización no se lleva el control de la cantidad de cigarrillos que fuman ni la edad de inicio.

No se pudo medir la variable tratamientos diagnóstico ya que el departamento de Rayos X y el laboratorio clínico no cuentan con esa información.

### Principios éticos

A efectos de la presente investigación fue solicitado el consentimiento informado de los diferentes especialistas de los servicios del Área de Salud, otros trabajadores, directivos y expertos.

## **Costos institucionales de la atención a la salud de los fumadores.**

### **Área de salud 8. Caonao. Cienfuegos 2018**

---

La investigadora realizó la solicitud formal de aquellos documentos oficiales y normativos que resultaron de consulta imprescindible para la realización del estudio.

Ofrecieron su consentimiento informado aquellos especialistas a quienes se les aplicó la entrevista en profundidad; a los cuales se les comunicó de antemano los objetivos de la misma y se les aseguró que no serían divulgados en forma arbitraria ni sus datos individuales ni sus respuestas, criterios u opiniones.

A todos los participantes se les explicó, los motivos del estudio y se les alertó respecto de:

- Los procedimientos a realizar.
- Los beneficios de la investigación.
- Las alternativas de participar o no.
- La confidencialidad de los datos que se obtuvieran.
- Que no estarían expuestos a riesgos adicionales.

## CAPÍTULO III. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

A continuación se presentan, analizan y discuten los resultados obtenidos en el estudio para dar respuesta a cada uno de los objetivos trazados.

### **Objetivo 1. Caracterizar la población fumadora del Área de Salud 8, del Consejo Popular Caonao, del municipio Cienfuegos, según variables sociodemográficas y de salud.**

La caracterización que se presenta corresponde a la población dispensarizada como fumadora que acudió al Consultorio Médico en el primer trimestre del año 2018.

Con relación al sexo, de un total de 374 pacientes, la presencia de la población atendida fue mayor del sexo femenino con 63,10% con respecto al masculino que fue 36,90% (tabla 1).

En la entrevista en profundidad practicada al especialista que tiene a su cargo la consulta de medicina interna, éste manifiesta su impresión de que las mujeres tienen una mayor percepción del riesgo a padecer de enfermedades asociadas al tabaquismo y declaran su temor a que dichas patologías las puedan despojar de su rol en la familia y al cuidado de sus hijos.

**TABLA 1. Distribución de la población según sexo. Área 8, Caonao.  
Área 8 Caonao. Período enero – marzo de 2018.**

| Sexo      | Frecuencia | %      | % acumulado | Proporción | Proporción acumulada |
|-----------|------------|--------|-------------|------------|----------------------|
| Femenino  | 236        | 63,10  | 63,10       | 0,631      | 0,631                |
| Masculino | 138        | 36,90  | 100,00      | 0,369      | 1,000                |
| Total     | 374        | 100,00 |             | 1,000      |                      |

Fuente: Hojas de cargo. Servicios de Salud. Policlínico Fabio D´Celmo. Area 8.

El grupo etáreo con mayor frecuencia absoluta es el de 50 a 54 años, con 55 unidades de análisis para un 14,71%. Los pacientes comprendidos en las edades entre 40 y 64 años de edad, representan el 66,58% (tabla 2).

**Costos institucionales de la atención a la salud de los fumadores.  
Área de salud 8. Caonao. Cienfuegos 2018**

**TABLA 2. Distribución de la población según grupos etáreos.**

| Grupos etáreos | Frecuencia | %      | % acumulado | Proporción | Proporción acumulada |
|----------------|------------|--------|-------------|------------|----------------------|
| 20-24          | 11         | 2,94   | 2,94        | 0,029      | 0,029                |
| 25-29          | 17         | 4,55   | 7,49        | 0,045      | 0,075                |
| 30-34          | 37         | 9,89   | 17,38       | 0,099      | 0,174                |
| 35-39          | 37         | 9,89   | 27,27       | 0,099      | 0,273                |
| 40-44          | 47         | 12,57  | 39,84       | 0,126      | 0,398                |
| 45-49          | 51         | 13,64  | 53,48       | 0,136      | 0,535                |
| 50-54          | 55         | 14,71  | 68,18       | 0,147      | 0,682                |
| 55-59          | 51         | 13,64  | 81,82       | 0,136      | 0,818                |
| 60-64          | 45         | 12,03  | 93,85       | 0,120      | 0,939                |
| 65-69          | 5          | 1,34   | 95,19       | 0,013      | 0,952                |
| 70-74          | 11         | 2,94   | 98,13       | 0,029      | 0,981                |
| 75 o más       | 7          | 1,87   | 100,00      | 0,019      | 1,000                |
| Total          | 374        | 100,00 |             | 1,000      |                      |

Fuente: Hojas de cargo. Servicios de Salud. Policlínico Fabio D´Celmo. Area 8.

En consonancia con estos resultados se encuentra la investigación titulada *Riesgo tabáquico en adultos mayores desde la consulta de cesación*, desarrollada por especialistas de Santa Clara, Las Villas. En la referida investigación ... *predominó el sexo masculino, el 51,2% de los ancianos fumadores que tenían edades comprendidas entre los 60 y 80 años de edad...*, el 78,0% presentó un incremento del riesgo tabáquico, siendo las causas más frecuentes de dicho riesgo: la búsqueda de relajación, el estar ansioso, el hecho de que el paciente se encontrara deprimido y solo<sup>(56)</sup>.

Las elevadas cifras que ostentan los grupos etáreos que abarcan las edades comprendidas entre 40 y 64 años de edad, obedecen a la asiduidad de estos grupos a los servicios de cuerpo de guardia, sala de rehabilitación, consultorio del médico y la enfermera de la familia y servicio de salud mental; los referidos grupos etáreos están constituidos en su mayoría por amas de casa y trabajadores agrícolas, así como por profesores de los centros educacionales de que dispone el consejo popular, tales pacientes se encuentran geográficamente cercanos y accesibles a estos servicios.

Otro factor que favorece la asiduidad de estos pacientes a determinados servicios de salud lo constituye la estabilidad del especialista de medicina interna en el área, así como del equipo básico en los diferentes consultorios.

## Costos institucionales de la atención a la salud de los fumadores. Área de salud 8. Caonao. Cienfuegos 2018

La desviación media para esta serie agrupada de observaciones indica que las edades de los pacientes se alejan, en promedio, aproximadamente unos 10 años de las medidas de tendencia central denominadas media aritmética y mediana<sup>(48)</sup>. Con el objetivo de profundizar en los resultados aquí expresados, se procedió a calcular la desviación típica o estándar lo cual arrojó que, en promedio, la mayoría de los pacientes tratados se aleja de la media en 13 años, como puede apreciarse; la desviación media y la estándar exhiben valores muy cercanos.

La población sujeta a estudio se encuentra compuesta en más de una tercera parte por obreros calificados, con 36,63% de pacientes en esta categoría. Otro subconjunto de esta población cuyo valor porcentual se haya muy próximo al tercio del total de las observaciones, 33,16%, está compuesto por los pacientes con nivel universitario (tabla 3).

**TABLA 3. Distribución de la población según nivel educacional.  
Área 8 Caonao. Período enero – marzo de 2018.**

| Nivel de escolaridad | Frecuencia | %      | % acumulado | Proporción | Proporción acumulada |
|----------------------|------------|--------|-------------|------------|----------------------|
| Primaria             | 7          | 1,87   | 1,87        | 0,019      | 0,019                |
| Secundaria           | 23         | 6,15   | 8,02        | 0,061      | 0,08                 |
| Obrero no calificado | 137        | 36,63  | 44,65       | 0,366      | 0,45                 |
| Nivel medio básico   | 43         | 11,50  | 56,15       | 0,115      | 0,56                 |
| Nivel medio superior | 38         | 10,16  | 66,31       | 0,102      | 0,66                 |
| Nivel universitario  | 124        | 33,16  | 99,47       | 0,332      | 0,99                 |
| Ninguno              | 2          | 0,53   | 100,00      | 0,005      | 1,00                 |
| Total                | 374        | 100,00 |             | 1,000      |                      |

Fuente: Ficha familiar de Consultorios del Médico y la Enfermera de la Familia.

El comportamiento de esta variable en la literatura científica es contradictorio, ya que algunos autores han observado que el consumo de tabaco es significativamente mayor en las personas con altos niveles de escolaridad, mientras otros refieren que las personas con menor educación tienen siete veces más frecuencia de consumir cigarrillos<sup>(57)</sup>.

El total de pacientes atendidos en el período sujeto a estudio, se encuentra compuesto por amas de casa en un 51,60%, con una razón estadística de una fémina atendida en esta categoría por cada paciente asistido perteneciente a cualquier otro subconjunto de la variable en cuestión. La proporción estadística también facilita la comprensión de esta variable, toda vez que de cada 25 pacientes atendidos, 13 de ellos pertenecen al grupo de amas de casa.

El segundo grupo de mayor valor porcentual es el de los agricultores, para un 29,95%. Nótese la ostensible diferencia entre estos dos subconjuntos y las restantes categorías de la variable (tabla 4).

**Costos institucionales de la atención a la salud de los fumadores.  
Área de salud 8. Caonao. Cienfuegos 2018**

**TABLA 4. Distribución de la población según labor que realiza.  
Área 8 Caonao. Período enero – marzo de 2018.**

| Labor que realiza            | Frecuencia | %     | % acumulado | Proporción | Proporción acumulada |
|------------------------------|------------|-------|-------------|------------|----------------------|
| Ama de casa                  | 193        | 51,60 | 51,60       | 0,516      | 0,516                |
| Agricultor                   | 112        | 29,95 | 81,55       | 0,299      | 0,816                |
| Maestro                      | 21         | 5,61  | 87,17       | 0,056      | 0,872                |
| Constructor                  | 19         | 5,08  | 92,25       | 0,051      | 0,922                |
| Ingeniero                    | 11         | 2,94  | 95,19       | 0,029      | 0,952                |
| Trabajador por cuenta propia | 6          | 1,60  | 96,79       | 0,016      | 0,968                |
| Enfermero                    | 3          | 0,80  | 97,59       | 0,008      | 0,976                |
| Otros                        | 9          | 2,41  | 100,00      | 0,024      | 1,000                |

Fuente: Ficha familiar de Consultorios del Médico y la Enfermera de la Familia.

La composición poblacional del Consejo Popular Caonao, responde a una estructura semi-rural, en la cual se encuentran enclavados un conjunto de entidades propias de las actividades agrícolas que allí se desarrollan, tales son los casos de la Empresa de Cultivos Varios, el Centro de Apicultura, la Escuela de Capacitación de la Agricultura, la Empresa de Semillas, entre otras.

En lo que respecta a las amas de casa, este es un sector poblacional con características muy particulares; se distingue por no subordinarse a un horario laboral estricto, lo cual facilita su afluencia a los servicios de salud en los horarios en los que estos se ofrecen, lo cual entra en conjunción con su tendencia a presentar una mayor percepción de los riesgos asociados al tabaquismo, estas mujeres perciben el daño que les ocasiona el hábito de fumar y no desean que el mismo comprometa sus labores de cuidado del hogar, de atención a sus hijos, esposo y restantes familiares que, de una forma u otra, dependen de quehaceres diarios o se encuentran bajo su cuidado.

En un estudio sobre la prevalencia de tabaquismo en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, realizado en el Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos, en las salas de Medicina Interna, durante el período de septiembre de 2017 a enero de 2018, se observó que en las categorías ocupacionales predominaron las amas de casa (87,5%), seguida de los que se mantienen activos laboralmente (24,0%)<sup>(57)</sup>.

**Objetivo 2 Describir la morbilidad y mortalidad relacionadas con el tabaquismo de la población del Área de Salud 8, del Consejo Popular Caonao del municipio Cienfuegos.**

En lo que respecta a la morbilidad, en el sexo femenino, la categoría de mayor frecuencia absoluta es la del enfisema pulmonar para un 59,02%, seguida por la diabetes mellitus con un

**Costos institucionales de la atención a la salud de los fumadores.**  
**Área de salud 8. Caonao. Cienfuegos 2018**

peso porcentual de 17,21%. El subconjunto de pacientes con enfisema exhibe una proporción estadística de 0,590 de lo cual se interpreta que por cada 10 pacientes del sexo femenino, seis de ellos presentan este problema de salud. Los problemas de salud: enfisema pulmonar, diabetes mellitus e hipertensión arterial, en su conjunto, constituyen el 84,43% de las observaciones para el sexo femenino.

En lo que concierne a la morbilidad, la categoría de mayor frecuencia absoluta en el sexo masculino es también el enfisema pulmonar para un 77,88%, seguida por la hipertensión arterial con un peso porcentual de 10,10%. El subconjunto de pacientes con enfisema muestra una proporción estadística de 0,778. Los problemas de salud: enfisema pulmonar, diabetes mellitus e hipertensión arterial, en su conjunto, constituyen el 93,75% de las observaciones para este sexo.

El análisis del total de las observaciones arroja que la categoría de mayor frecuencia absoluta de morbilidad es la del enfisema pulmonar para un 70,91%, seguida por la diabetes mellitus con un peso porcentual de 10,00%. El subconjunto de pacientes con enfisema exhibe una proporción estadística de 0,709 de lo cual se interpreta que por cada 10 pacientes del total, siete de ellos presentan este problema de salud. Los problemas de salud: enfisema pulmonar, diabetes mellitus e hipertensión arterial, en su conjunto, constituyen el 90,30% de las observaciones (tabla 5).

En entrevistas en profundidad aplicadas al Especialista de Medicina Interna (integrante del Grupo Básico de Trabajo), así como al Jefe del Grupo Básico de Trabajo; ambos coincidieron en expresar que el enfisema pulmonar es una patología que se observa con frecuencia en los diferentes servicios, constituyendo el preámbulo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

**TABLA 5. Distribución de los problemas de salud (morbilidad), según sexo.**  
**Área 8 Caonao. Período enero – marzo de 2018.**

| Problemas de Salud    | Sexo       |               |            |              | Total      | %             |
|-----------------------|------------|---------------|------------|--------------|------------|---------------|
|                       | Femenino   | %             | Masculino  | %            |            |               |
| Asma bronquial        | 7          | 6,03          | 3          | 1,39         | 10         | 3,03          |
| Hipertensión arterial | 10         | 8,62          | 21         | 9,72         | 31         | 9,39          |
| Diabetes Mellitus     | 21         | 18,10         | 12         | 5,56         | 33         | 10,00         |
| Cardiopatía Isquémica | 5          | 4,31          | 2          | 0,93         | 7          | 2,12          |
| Enfisema Pulmonar     | 72         | 62,07         | 162        | 75,00        | 234        | 70,91         |
| EPOC                  | 5          | 4,31          | 3          | 1,39         | 8          | 2,42          |
| Cáncer de pulmón      | 2          | 1,72          | 5          | 2,31         | 7          | 2,12          |
| <b>Total</b>          | <b>122</b> | <b>105,17</b> | <b>208</b> | <b>96,30</b> | <b>330</b> | <b>100,00</b> |

Fuente: Ficha familiar de Consultorios del Médico y la Enfermera de la Familia.

**Costos institucionales de la atención a la salud de los fumadores.**  
**Área de salud 8. Caonao. Cienfuegos 2018**

De la totalidad de la población sujeta a estudio, el 75,0% de pacientes del Consultorio 1 presentan enfisema pulmonar, seguido por el Consultorio 2, con un peso porcentual de 72,0% y el Consultorio 6 con 69,32% con igual patología (tabla 6).

En la entrevista en profundidad efectuada al técnico que tiene a su cargo el Departamento de Estadística, manifiesta su opinión de que estos datos están en correspondencia con los resultados de la dispensarización del área.

**TABLA 6. Distribución de los problemas de salud (morbilidad), según Consultorio Médico. Área 8 Caonao. Período enero – marzo de 2018.**

| Problemas de Salud    | CMF 1 | %      | CMF 2 | %      | CMF 3 | %      | CMF 6 | %      |
|-----------------------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|
| Asma bronquial        | 4     | 3,85   | 5     | 6,67   | 5     | 7,69   | 5     | 5,68   |
| Hipertensión arterial | 6     | 5,77   | 4     | 5,33   | 4     | 6,15   | 7     | 7,95   |
| Diabetes Mellitus     | 4     | 3,85   | 2     | 2,67   | 3     | 4,62   | 4     | 4,55   |
| Alcoholismo           | 3     | 2,88   | 4     | 5,33   | 5     | 7,69   | 3     | 3,41   |
| Cardiopatía Isquémica | 3     | 2,88   | 2     | 2,67   | 4     | 6,15   | 4     | 4,55   |
| Enfisema Pulmonar     | 78    | 75,00  | 54    | 72,00  | 41    | 63,08  | 61    | 69,32  |
| EPOC                  | 2     | 1,92   | 3     | 4,00   | 3     | 4,62   | 2     | 2,27   |
| Cáncer de pulmón      | 4     | 3,85   | 1     | 1,33   | 0     | 0,00   | 2     | 2,27   |
| Total                 | 104   | 100,00 | 75    | 100,00 | 65    | 100,00 | 88    | 100,00 |

Fuente: Ficha familiar de Consultorios del Médico y la Enfermera de la Familia.

Referente a la EPOC, debe señalarse que existen factores genéticos como el enfisema hereditario, debido a la deficiencia de alfa-1-antitripsina, siendolos principales factores de riesgo de esta enfermedad el tabaquismo activo y pasivo, la contaminación del aire, tanto en espacios cerrados como en el exterior, y la inhalación de partículas de polvo y sustancias químicas en el lugar de trabajo, así como la tuberculosis pulmonar.

En investigaciones recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se explicita un aumento de esta enfermedad en los últimos años, lo cual se basa en una cifra de 210 millones de personas con EPOC en todo el mundo en el 1990, con incremento hasta la cantidad de 328 615 000 (168 millones en varones y 160 millones en mujeres)<sup>(58)</sup>.

## Costos institucionales de la atención a la salud de los fumadores. Área de salud 8. Caonao. Cienfuegos 2018

---

En Cuba, en estudios realizados al respecto, se encontró que 8,0% de los pacientes que acuden a consultas de medicina general y 35,0% a consulta de neumología, son por una EPOC. Su prevalencia es de 3,0%, pero en mayores de 65 años aumenta hasta un 20,0%. El 13,0% de la población cubana en ese momento del estudio, estaba compuesta por ancianos, lo cual aporta una idea de la magnitud del problema en la actualidad.

La situación aquí descrita involucra a un gran número de enfermos, lo que implica un costo económico elevado, motivado por la necesidad de llevar a cabo un conjunto de estrategias terapéuticas, esto da lugar a una serie de ingresos hospitalarios y bajas laborales, lo que torna imprescindible el máximo aprovechamiento de los recursos existentes<sup>(59)</sup>.

Según muestran artículos ya algo distantes en el tiempo (1992 y 2010 respectivamente), varios autores coinciden con que *...el tabaquismo aumenta la presión arterial de individuos normotensos*". Gropelli y otros<sup>(60)</sup> llevaron a cabo el monitoreo ambulatorio de la presión arterial de fumadores normotensos durante 8 horas (9,00 a 17,00), mientras fumaban un cigarrillo cada 30 minutos y lo compararon con un período idéntico sin fumar, tras lo cual se pudo apreciar *... niveles de presión persistentemente más elevados mientras los individuos fumaban, se produjo un aumento inmediato y persistente de aproximadamente 12 mmHg en la presión sistólica y 15 mmHg en la diastólica después de fumar el primer cigarrillo*. De Cesaris encontró ese aumento persistente y continuo en hipertensos, cuando el individuo para de fumar, ya que es posible observar en la primera semana disminución de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial<sup>(61)</sup>.

En relación con las cardiopatías, *la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia y el tabaquismo explican más del 80% de los riesgos para desarrollar las enfermedades cardiovasculares; es la hipertensión, el factor de riesgo que con más peso, se asocia al 62% de los accidentes cerebrovasculares y al 49% de la cardiopatía isquémica*, según plantea el artículo titulado *Prevalencia de hipertensión arterial en el Área I del municipio Cienfuegos*, el cual exhibe datos provenientes de la segunda medición del Proyecto CARMEN en el Área I del referido municipio.

La segunda medición del Proyecto CARMEN señala que *... la asociación del tabaquismo con la hipertensión arterial es potencialmente aterogénica, e influye negativamente en la evolución clínica de la enfermedad cardiovascular. Situación que se presenta en el 32,7% de los hipertensos de nuestro estudio*, estos autores hacen alusión al vínculo de este fenómeno con el *... aumento de las cifras de tensión arterial por estímulo simpático que conduce a vasoconstricción, y como consecuencia se produce una elevación de dicha tensión arterial, lo que se traduce en menores posibilidades de control de la misma*. En el estudio aquí referido, *el 55% de los hipertensos eran diabéticos contra un 32,6% en los no diabéticos. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas, observando que en los diabéticos la hipertensión arterial suele presentarse con una prevalencia dos veces mayor que en los no diabéticos...*<sup>(62)</sup>.

Según causas de defunción, el Consultorio 3 es el de mayor número de fallecidos en el período estudiado, siendo la mitad de ellos por cardiopatía; los restantes Consultorios tienen igual cantidad, pero con distribución diferente (tabla 7).

**Costos institucionales de la atención a la salud de los fumadores.**  
**Área de salud 8. Caonao. Cienfuegos 2018**

**TABLA 7. Fallecidos por Consultorio Médico según causas de defunción.**  
**Área 8 Caonao. Período enero – marzo de 2018.**

| Causas de defunción              | CMF 1 | CMF 2 | CMF 3 | CMF 6 | Total | %      |
|----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| Neoplasia de colon               | 0     | 1     | 0     | 0     | 1     | 25,00  |
| Cardiopatía                      | 1     | 0     | 1     | 0     | 2     | 50,00  |
| Insuficiencia respiratoria aguda | 0     | 0     | 1     | 0     | 1     | 25,00  |
| Total                            | 1     | 1     | 2     | 0     | 4     |        |
| %                                | 25    | 25    | 50    | 0     | 100   | 100,00 |

Fuente: Certificado Médico de defunción. Dpto. de Estadística del Policlínico.

Las causas de defunción que aquí se expresan, se encuentran en consonancia con el actual escenario cienfueguero. Según el Anuario Estadístico de Salud en el año 2017 se reportó un total de 3 889 defunciones, continua siendo el grupo de edad de 65 años y más el que más aporta. La tasa de mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles es la más elevada. Las principales causas de muerte por todas las edades son: las enfermedades del corazón (1019) y tumores malignos (909), seguidas de las enfermedades cerebrovasculares (340).

Según cifras oficiales, el 66,0% de las muertes por enfermedades del corazón ocurre por enfermedades isquémicas, de ellas, el 44,4% por infarto agudo de miocardio. Se presenta sobremortalidad femenina, para la insuficiencia cardíaca y para las enfermedades reumáticas crónicas del corazón.

Con respecto al cáncer, el documento refiere que la tasa de mortalidad por tipo de cáncer más elevada, corresponde a los tumores malignos de tráquea, bronquios y pulmón, seguida de la tasa de mortalidad por tumores malignos del intestino, excepto el recto, y de otros tumores del tejido linfático y de los órganos hematopoyéticos.

Tanto para hombres como para mujeres la tasa de mortalidad más elevada, corresponde al tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón; en los hombres le sigue, en orden decreciente, el tumor maligno de próstata, el de intestino, excepto el recto, el de laringe y vías urinarias, y en las mujeres, el de mama, de intestino, excepto el recto, y el de otras partes del útero y las no especificadas, todos con tasas superiores a 11 por cada 100 000 habitantes<sup>(9)</sup>.

Estudios recientes en Europa, manifiestan que ....*existen 1,2 millones de muertes causadas por el tabaquismo, relacionado a la aparición de 29 enfermedades, de ellas 10 prevalecen en tipos de cáncer y una cifra mayor de 50% a enfermedades cardiovasculares, siendo responsable de aproximadamente el 90% de las muertes por cáncer de pulmón; en España, fallecen al año más de 50 000 personas a causa de esta adicción*<sup>(63)</sup>.

**Costos institucionales de la atención a la salud de los fumadores.  
Área de salud 8. Caonao. Cienfuegos 2018**

**Objetivo 3. Identificar la utilización de los servicios de salud por los fumadores del Área de Salud 8, del Consejo Popular Caonao del Municipio Cienfuegos.**

La distribución de pacientes atendidos en los Consultorios Médicos, en el período sujeto a estudio, ofrece porcentajes muy cercanos, a excepción del Consultorio 1 que presenta la menor proporción (0,195) (tabla 8).

| TABLA 8. Distribución de la población atendida según Consultorio Médico.<br>Área 8 Caonao. Período enero – marzo de 2018. |            |       |                |            |                         |
|---|------------|-------|----------------|------------|-------------------------|
| Consultorios  | Frecuencia | %     | %<br>acumulado | Proporción | Proporción<br>acumulada |
| Ama de casa   | 193        | 51,60 | 51,60          | 0,516      | 0,516                   |
| Agricultor  | 112        | 29,95 | 81,55          | 0,299      | 0,816                   |
| Maestro   | 21         | 5,61  | 87,17          | 0,056      | 0,872                   |
| Constructor   | 19         | 5,08  | 92,25          | 0,051      | 0,922                   |
| Ingeniero   | 11         | 2,94  | 95,19          | 0,029      | 0,952                   |
| Trabajador por<br>cuenta propia   | 6          | 1,60  | 96,79          | 0,016      | 0,968                   |
| Enfermero   | 3          | 0,80  | 97,59          | 0,008      | 0,976                   |
| Otros   | 9          | 2,41  | 100,00         | 0,024      | 1,000                   |

Fuente: Hojas de cargo. Servicios de Salud. Policlínico Fabio D´Celmo. Area 8.

La cifra de pacientes se encuentra en correspondencia con la activa participación de su equipo básico de salud, que hace énfasis en los pilares fundamentales de la medicina familiar, como son la prevención y la promoción de salud, así como la identificación de los factores de riesgo asociados a las enfermedades no trasmisibles, para lograr estilos de vida saludables en la población.

Según la Carpeta Metodológica de Atención Primaria de Salud y Medicina Familiar: *El equipo básico de salud de la APS es responsable de su paciente en cualquier lugar del sistema al que este sea referido. La unidad emisora debe estar capacitada para instaurar el manejo inicial además de ser el responsable de la evaluación periódica del estado de salud de los pacientes. De igual forma, la unidad ejecutora es responsable de hacer llegar la información necesaria a la unidad emisora de las acciones realizadas y sus resultados. Oportunidad: El paciente debe ser referido directamente y sin obstáculos al nivel que necesite la solución de su problema, teniendo en cuenta lo establecido en la regionalización de los servicios de urgencia<sup>(64)</sup>.*

De la población identificada a efectos del presente estudio, la mayoría de estos pacientes fueron atendidos en el cuerpo de guardia para un 62,83%, seguido, con bastante diferencia por el 28,88% atendido en la consulta de actividades de la medicina familiar.

**Costos institucionales de la atención a la salud de los fumadores.**  
**Área de salud 8. Caonao. Cienfuegos 2018**

La menor cifra de pacientes atendidos en el período sujeto a estudio corresponde a la consulta de deshabituación tabáquica, para un 8,29%. A efectos de una mejor comprensión, es posible acudir a la razón estadística presente entre este servicio de salud y los restantes aquí referidos, toda vez que por cada paciente que fue atendido en la consulta de deshabituación, otros 11 fueron atendidos en alguno de los servicios restantes (tabla 9).

**TABLA 9. Distribución de la población atendida según servicios de salud.**  
**Área 8 Caonao. Período enero – marzo de 2018.**

| Servicios de salud                           | Frecuencia | %      | % acumulado | Proporción | Proporción acumulada |
|--|------------|--------|-------------|------------|----------------------|
| Cuerpo de guardia                            | 235,00     | 62,83  | 62,83       | 0,63       | 0,63                 |
| Consulta actividades de la medicina familiar | 108,00     | 28,88  | 91,71       | 0,29       | 0,92                 |
| Consulta deshabituación tabáquica            | 31,00      | 8,29   | 100,00      | 0,08       | 1,00                 |
| Total  | 374,00     | 100,00 |             | 1,00       |                      |

Fuente: Hojas de cargo. Servicios de Salud. Policlínico Fabio D´Celmo. Área 8.

El elevado número de pacientes atendidos en este servicio se encuentra en consonancia con las cifras aportadas por el Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, cuando plantea que *...más de 1 millón de habitantes cada año son atendidos en cuerpo de guardia* lo cual constituye la tercera causas de Cuba por atenciones de urgencia<sup>(65)</sup>.

El Especialista encargado de la consulta de deshabituación tabáquica, en entrevista a profundidad, manifestó que a pesar de ser esta la consulta en la que se coordinan las acciones de promoción, prevención, asistenciales y de rehabilitación para el control del tabaquismo; la modesta cifra de pacientes atendidos en el período sujeto a estudio constituye un reflejo de la falta de voluntad de algunos pacientes para abandonar el hábito tabáquico, a pesar de los daños que este ocasiona a su salud y a su calidad de vida, se aprecia además la falta de conciencia del daño aquí referido, lo cual se traduce en una pobre percepción del riesgo.

De la totalidad de la población sujeta a estudio, 32,40% de los pacientes fueron atendidos en cuerpo de guardia por hipertensión arterial. Las categorías más cercanas a esta cifra fueron las de asma bronquial con un 30,73% y el enfisema pulmonar para un 13,41%.

Por su parte, la consulta de deshabituación tabáquica atendió a un total de siete pacientes con hipertensión arterial, 30,43%, mientras que las restantes categorías con valores próximos a los aquí referidos, son el asma bronquial y la cardiopatía isquémica, para un 21,74%.

A nivel de consulta de actividades de la medicina familiar, donde interviene además el Es-

**Costos institucionales de la atención a la salud de los fumadores.**  
**Área de salud 8. Caonao. Cienfuegos 2018**

pecialista de Medicina Interna; se pudo apreciar que el enfisema pulmonar aportó el mayor número de casos atendidos en el período sujeto a estudio para un 30,15%, seguida de la diabetes mellitus con 24,26% y la hipertensión arterial con 22,79% del total.

Del total de pacientes atendidos en los servicios de salud aquí referidos, las tres más altas cifras hacen referencia a la hipertensión arterial con una frecuencia relativa del 35,16%, en segundo lugar al asma bronquial para un 25,64% y a la diabetes mellitus con 15,02% pacientes atendidos por esta causa (tabla 10).

**TABLA 10. Distribución de la población atendida según servicios y problemas de salud. Área 8 Caonao. Período enero – marzo de 2018.**

| Problemas de Salud    | Cuerpo de guardia | %            | Consulta des-habitación tabáquica | %            | Consulta actividad medicina familiar | %            | Total      | %            |
|-----------------------|-------------------|--------------|-----------------------------------|--------------|--------------------------------------|--------------|------------|--------------|
| Hipertensión Arterial | 58                | 32,40        | 7                                 | 30,43        | 31                                   | 22,79        | 96         | 28,92        |
| Asma bronquial        | 55                | 30,73        | 5                                 | 21,74        | 10                                   | 7,35         | 70         | 21,08        |
| EPOC                  | 22                | 12,29        | 3                                 | 13,04        | 8                                    | 5,88         | 33         | 9,94         |
| Cardiopatía isquémica | 12                | 6,70         | 5                                 | 21,74        | 7                                    | 5,15         | 24         | 7,23         |
| Diabetes Mellitus     | 7                 | 3,91         | 1                                 | 4,35         | 33                                   | 24,26        | 41         | 12,35        |
| Enfisema pulmonar     | 24                | 13,41        | 2                                 | 8,70         | 35                                   | 30,15        | 61         | 18,37        |
| Cáncer de pulmón      | 1                 | 0,56         | 0                                 | 0,00         | 6                                    | 4,41         | 7          | 2,11         |
| <b>Total</b>          | <b>179</b>        | <b>100,0</b> | <b>23</b>                         | <b>100,0</b> | <b>136</b>                           | <b>100,0</b> | <b>332</b> | <b>100,0</b> |

Fuente: Hojas de cargo. Servicios de Salud. Policlínico Fabio D´Celmo. Area 8.

En lo que respecta a las especialidades, la categoría de mayor porcentaje es Medicina Interna para un 67,25%, seguida por Psicología con un peso porcentual de 18,34% (tabla 11).

En la entrevista en profundidad con el especialista que lleva a cargo la consulta de deshabitación y Medicina Interna nos comenta que resulta importante incluir este tema en todos los escenarios viables en la comunidad, así como la divulgación del servicio y el análisis de los resultados en reuniones con el equipo básico de salud e impulsar la remisión de casos a través del binomio médico y enfermera de la familia.

**Costos institucionales de la atención a la salud de los fumadores.  
Área de salud 8. Caonao. Cienfuegos 2018**

**TABLA 11. Distribución de la población atendida según consultas de Especialidades.  
Área 8 Caonao. Período enero – marzo de 2018.**

| <b>Especialidades</b> | <b>Consultas</b> | <b>Porcentaje</b> |
|-----------------------|------------------|-------------------|
| Medicina Interna      | 154              | 67,25             |
| Fisiatría             | 33               | 14,41             |
| Psicología            | 42               | 18,34             |
| Total                 | 229              | 100,00            |

Fuente: Dpto. de Estadística. Policlínico Fabio D’Celmo. Área 8 Hoja de Cargo. Consulta Especialistas.

Según muestra el Programa para la Prevención y el Control del Tabaquismo en Cuba, ... *en todo nivel de atención, el consejo médico al paciente fumador, constituye un elemento vital para motivarlo a dejar de fumar, facilitando a la vez las condiciones para la realización de acciones comunitarias que ayuden al desarrollo y formación de hábitos de consumo y estilos de vida saludables, es sabido que esta acción educativa médico-paciente, es más efectiva que cualquier tratamiento; por tal razón, resulta imprescindible crear las condiciones que permitan ejercer estas acciones, de bajo costo y de gran impacto.*

Con respecto a la rehabilitación que ...*constituye un elemento significativo en el control del tabaquismo, dada la alta recaída de fumadores que abandonan el hábito por sí mismos, autoayuda o tratamiento, y un componente seguimiento y apoyo para los exfumadores, y debe ser orientada en los diferentes niveles de la atención a la salud*<sup>(36)</sup>.

**Objetivo 4. Estimar los costos institucionales ocasionados por el tabaquismo para los servicios de salud en la atención primaria del Área 8, del Consejo Popular Caonao del municipio Cienfuegos.**

De los ingresos en observación, resalta el número de admitidos con crisis hipertensiva para un 40,63% y una frecuencia relativa proporcional de 0,406; lo cual permitió determinar que de cada cinco pacientes ingresados en el período sujeto a estudio, dos de ellos fueron admitidos por causas inherentes a la hipertensión arterial.

En lo que respecta a tratamientos farmacológicos, las cifras más elevadas pertenecen al asma bronquial con un 31,91%. La razón estadística asociada a estos valores permite determinar que por cada dos pacientes que reciben otros tratamientos, existe otro paciente tratado por crisis asmática.

Una situación muy semejante se observa en lo tocante a las crisis hipertensivas con un 27,66%, toda vez que la razón estadística demuestra que por cada dos pacientes que tributan a otros tratamientos, existe un paciente tratado por causas relativas a la hipertensión arterial (tabla 12).

**Costos institucionales de la atención a la salud de los fumadores.  
Área de salud 8. Caonao. Cienfuegos 2018**

**TABLA 12. Problemas de salud según conducta seguida.  
Área 8 Caonao. Período enero – marzo de 2018.**

| Problemas de Salud    | Ingreso en observac. | %     | Traslado Hospital | %     | Tratamiento Farmacológico | %     |
|-----------------------|----------------------|-------|-------------------|-------|---------------------------|-------|
| Enfisema Pulmonar     | 2                    | 6,25  | 0                 | 0,00  | 5                         | 10,64 |
| Diabetes Mellitus     | 0                    | 0,00  | 0                 | 0,00  | 0                         | 0,00  |
| Hipertensión arterial | 13                   | 40,63 | 0                 | 0,00  | 13                        | 27,66 |
| Asma bronquial        | 2                    | 6,25  | 0                 | 0,00  | 15                        | 31,91 |
| Cardiopatía Isquémica | 7                    | 21,88 | 2                 | 66,67 | 7                         | 14,89 |
| EPOC                  | 8                    | 25,00 | 1                 | 33,33 | 5                         | 10,64 |
| Cáncer de pulmón      | 0                    | 0,00  | 0                 | 0,00  | 2                         | 4,26  |
| Total                 | 32                   | 100,0 | 3                 | 100,0 | 47                        | 100,0 |

Fuente: Hojas de cargo. Consulta de Urgencias. Dpto. de Estadística.  
Policlínico Fabio D´Celmo. Area 8.

La literatura especializada refiere al humo del tabaco como uno de los principales factores desencadenantes o alérgenos, declarándose al asma como una patología que debe llevar un tratamiento farmacológico de largo plazo.

Especialistas cubanos llaman la atención con respecto al tabaquismo como factor de riesgo de la hipertensión arterial, así como su estrecho vínculo con la cardiopatía isquémica, en este ámbito surgen aseveraciones del siguiente tipo: *El diagnóstico y el tratamiento oportunos evitarán complicaciones y mantendrá al paciente compensado. No cabe dudas que una HTA mal controlada disminuye la calidad de vida del paciente, y además, puede llevarlo a la muerte. Sin embargo, el comportamiento de las personas puede desempeñar un papel importante en esa evolución, ya que podrían, incluso, alargar su vida, aquellos que se adhieran adecuadamente a la terapéutica y regímenes de vida que esta enfermedad exige.*

Autores cubanos convocan a prestar especial atención en lo tocante al tabaquismo como factor de riesgo de la hipertensión arterial, y con estrecha relación a la cardiopatía isquémica<sup>(66)</sup>.

En lo concerniente al consumo de medicamentos por concepto de asistencia a la población sujeta a estudio, los valores más elevados según frecuencia absoluta corresponden a la dipirona (108), la nifedipina (51) y el captopril (48) (tabla 13).

**Costos institucionales de la atención a la salud de los fumadores.  
Área de salud 8. Caonao. Cienfuegos 2018**

**TABLA 13. Medicamentos administrados en Cuerpo de Guardia según consumo y gasto.  
Área 8 Caonao. Período enero – marzo de 2018.**

| <b>Medicamentos</b>    | <b>Forma de presentación</b> | <b>Precio unitario por unidades<br/>\$</b> | <b>Consumo en el período<br/>\$</b> | <b>Gasto según consumo<br/>\$</b> |
|------------------------|------------------------------|--|-------------------------------------|-----------------------------------|
| Aminofilina            | Ámpulas de 250 mg            | 1,36                                       | 31                                  | 42,16                             |
| Hidrocortizona         | Bulbos de 100 mg             | 0,36                                       | 25                                  | 9,00                              |
| Hidrocortizona         | Bulbos de 500 mg             | 1,12                                       | 40                                  | 44,80                             |
| Salbutamol             | Frascos de 5 ml al 0,5%      | 3,04                                       | 10                                  | 30,40                             |
| Dipirona               | Ámpulas de 600 mg            | 0,04                                       | 108                                 | 4,32                              |
| Difenhidramina         | Ámpulas de 20 mg             | 0,97                                       | 36                                  | 34,92                             |
| Dimenhidrinato         | Ámpulas de 50 mg             | 0,97                                       | 43                                  | 41,71                             |
| Penicilina Benzatínica | Bulbos de 1200 000 UI        | 0,19                                       | 10                                  | 1,90                              |
| Diclofenaco de sodio   | Ámpulas de 75mg/3ml          | 1,02                                       | 15                                  | 15,30                             |
| Cloruro de Sodio       | Frasco de 1000 ml al 0,09%   | 0,54                                       | 17                                  | 9,18                              |
| Cloruro de Sodio       | Frasco de 500 ml al 0,09%    | 0,53                                       | 21                                  | 11,13                             |
| Dextrosa               | Frasco de 500 ml al 5%       | 0,97                                       | 24                                  | 23,28                             |
| Captopril              | Tabletas de 25 mg            | 0,11                                       | 48                                  | 5,28                              |
| Agua destilada         | Litros                       | 0,050                                      | 15                                  | 0,75                              |
| Nifedipina             | Tableta de 10 mg             | 0,40                                       | 51                                  | 20,40                             |
| Epinefrina             | Ampulas de 1mg/ml            | 0,97                                       | 15                                  | 14,55                             |
| <b>Total</b>           |                              |  |                                     | <b>309,08</b>                     |

Fuente: Hoja de estadística del Dpto. de Medicamentos y Formulario de existencias de productos en Almacén. Policlínico Fabio D´Celmo. Area 8.

En la entrevista en profundidad realizada al Jefe de Servicio de Urgencias, el especialista refirió que entre las complicaciones más frecuentes observadas durante la atención a estos pacientes, figuran las bacterianas inherentes a variados trastornos respiratorios, lo cual justifica la aplicación de antibioticoterapia y de medicamentos con efecto antipirético, como es el caso de la penicilina benzatínica y la dipirona.

## Costos institucionales de la atención a la salud de los fumadores. Área de salud 8. Caonao. Cienfuegos 2018

---

La población contemplada en el presente estudio, se debió someter a tratamiento a un subconjunto de 13 pacientes que presentaron crisis hipertensivas y fueron admitidos en la Sala de Observación, para un 40,63% del total de problemas de salud reportados según conducta seguida.

Es esta la razón fundamental que permite explicar el elevado consumo de medicamentos tales como la nifedipina y el captopril. Resultados similares que acusan el amplio uso de estos fármacos se encuentran en el estudio titulado *Comportamiento de las crisis hipertensivas en el Área Intensiva Municipal de Centro Habana*, en el cual sus autores refieren que *...la modalidad de crisis hipertensiva que más se presentó fue las Urgencias Hipertensivas, y el medicamento de mayor uso como tratamiento fue el captopril en tableta* <sup>(67)</sup>.

El análisis del costo unitario de los distintos servicios, permitió determinar que la Consulta de Deshabitación Tabáquica presenta el mayor costo unitario (\$ 77,73), seguido de los Consultorios Médicos de la Familia (\$ 13,25). Estas cifras obedecen a la amplia variedad de profesionales que atendieron a estos casos sujetos a estudio en las dos modalidades de servicios aquí referidas.

En entrevista a profundidad con el especialista que dirige la consulta de Deshabitación Tabáquica, este plantea que los casos aquí atendidos deben ser remitidos por el Médico y la Enfermera de la Familia, a través de sus acciones de promoción y prevención para el control del tabaquismo.

En relación a la atención médica, la mayor cifra perteneció al Especialista de Medicina General Integral, esto obedeció al seguimiento ofrecido a los pacientes, con el objetivo de lograr en ellos no solo el abandono del hábito tabáquico, sino un mejoramiento de su estado de su salud y de su calidad de vida en general.

En entrevista a profundidad con la jefa del departamento de contabilidad, expone, que en relación al comportamiento de la ejecución del presupuesto por elementos de gastos el incremento del mismo se encuentra en medicamentos material gastable y reactivo; así como gasto de personal.

La EPOC constituye una enfermedad cuyo tratamiento significa un costo económico muy alto, debido, entre otros factores, a la subestimación del problema a causa de la ausencia de síntomas en etapas tempranas. Al respecto se plantea que *la EPOC es la cuarta causa de muerte en USA y España (después de las cardiovasculares el cáncer y las cerebrovasculares)*. La autora refiere que *... en 1990, la EPOC se situó en el XII lugar de las enfermedades; para el 2020 se proyecta en el V lugar a nivel mundial* <sup>(68)</sup>.

El mayor número de ingresos reportados durante el período sujeto a estudio tuvo lugar durante el mes de enero para un 43,75%, con una proporción estadística de 0,437; lo cual permitió determinar que de cada 25 ingresos efectuados, 11 de ellos ocurrieron en el mes que aquí se refiere.

Los autores de la presente investigación consideran relevante señalar que, según razón estadística calculada para el citado mes: por cada un paciente ingresado en los meses de febrero y marzo, existe otro cuyo ingreso se produjo en enero de 2018.

**Costos institucionales de la atención a la salud de los fumadores.  
Área de salud 8. Caonao. Cienfuegos 2018**

**TABLA 14. Estimación del costo unitario según servicios y atención médica.  
Área 8 Caonao. Período enero – marzo de 2018.**

| Servicios                               | Atención Médica                 | %             | Costo unitario \$ |       |
|---|---------------------------------|---------------|-------------------|-------|
| Cuerpo de Guardia                       | 540                             | 23,73         | 9,28              |       |
| Consultorios Médicos<br>1, 2, 3 y 6     | 864                             | 37,96         | 13,25             |       |
| Consulta<br>Des-habitación<br>Tabáquica | Medicina Interna                | 173           | 7,60              | 9,25  |
|   | Fisiatría                       | 164           | 7,21              | 9,15  |
|   | Psicología                      | 171           | 7,51              | 4,39  |
|   | Enfermería                      | 155           | 6,81              | 5,42  |
|   | Especialidad Cultura Física     | 73            | 3,21              | 10,27 |
|   | Especialidad Promoción de Salud | 113           | 4,96              | 6,64  |
|   | Especialidad Defectología       | 23            | 1,01              | 32,61 |
| <b>Total</b>                            | <b>2276</b>                     | <b>100,00</b> |                   |       |

Fuente: Hojas de cargo. Consultas de especialidades. Dpto. de Estadística.  
Registro de prenomas del Dpto. de Recursos Humanos. Policlínico Fabio D´Celmo. Área 8.

El análisis de los datos contenidos en el presente cuadro estadístico, hizo posible determinar el costo unitario de los ingresos reportados en la Sala de Observación, el cual ascendió a \$ 28,31 (tabla 15).

**TABLA 15. Ingresos en Sala de Observación según meses.  
Área 8 Caonao. Período enero – marzo de 2018.**

| Meses        | Número de Ingresos en Sala de Observación | Porcentaje    | Costo unitario \$ |
|--------------|---|---------------|-------------------|
| Enero        | 14  | 43,75         | 6,62              |
| Febrero      | 11  | 34,38         | 8,42              |
| Marzo        | 7   | 21,88         | 13,27             |
| <b>Total</b> | <b>32</b>                                 | <b>100,00</b> | <b>28,31</b>      |

Fuente: Hojas de cargo del Servicio de Cuerpo de Guardia. Dpto. de Estadística.  
Informe mensual del Dpto. de Medicamentos. Policlínico Fabio D´Celmo. Área 8.

## Costos institucionales de la atención a la salud de los fumadores. Área de salud 8. Caonao. Cienfuegos 2018

---

Cabe destacar que ... *los costos son una importante herramienta que posibilita la toma de decisiones tanto en la práctica asistencial diaria como en la elección de la mejor de las alternativas investigativas para obtener los mejores resultados con los recursos disponibles, y... si se toman todas las precauciones y se crean las condiciones requeridas por el sistema de costos, es realmente factible su aplicación para alcanzar la debida correspondencia entre los recursos con los cuales se cuenta y los volúmenes de servicios prestados y, por supuesto, para contribuir al mejoramiento de la calidad*<sup>(69)</sup>.

Como parte de la conducta seguida es significativo señalar la presencia de tres traslados al Hospital Provincial de Cienfuegos durante el período en el que se enmarca el presente estudio, de ellos dos fueron remitidos con cardiopatía isquémica y uno de ellos sufría de EPOC descompensado con un gasto total de \$ 115,35 que recae a un costo unitario de \$ 38,45.

El Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT) en España afirma que .... *la insuficiencia cardiaca consume una gran cantidad de fondos económicos.. y ... la EPOC es una enfermedad altamente consumidora de recursos; la misma significa el 10 a 15% de las consultas en atención primaria, del 35 al 40% de las consultas de neumología, y el 8% de los ingresos hospitalarios*<sup>(70)</sup>.

De la totalidad de costos unitarios aquí reflejados, resalta por su magnitud el servicio de Consulta de Deshabitación Tabáquica, que totaliza un costo de \$ 77,73.

La estimación de los costos institucionales ocasionados por atender a los fumadores que acudieron a los servicios de salud en la atención primaria del Área 8, del Consejo Popular Caonao del Municipio Cienfuegos, en un periodo de tres meses, constituyen un indicativo de los gastos que ocasiona el tabaquismo en ese nivel de atención, a los que hay que añadir lo que representan los medicamentos, material gastable y reactivos empleados.

Vale destacar que no fue posible cuantificar los gastos en que se incurre con el empleo de los medios diagnósticos, donde los relacionados con imagenología y laboratorio clínico, tienen un gran peso en patología relacionados a la mayor morbilidad encontrada.

A la vez, en el periodo de tres meses se atendieron en la APS el 23% de los pacientes fumadores dispensarizados en los consultorios estudiados. Queda la posibilidad que otros pacientes fumadores fueren atendidos en cuerpos de guardia de otras aéreas de salud u hospitales, por lo que esos gastos no han sido cuantificados en la presente investigación.

Aunque resulta elevado el costo unitario de la consulta de deshabitación tabáquica, al ser gratuita, como todo servicio de salud en Cuba, es expresión del interés en ofrecer la opción de terminar con la adicción de los fumadores en aras de mejorar su salud y calidad de vida. No obstante, la poca utilización que se realiza de la misma, hace pensar en la necesidad que los médicos de familia, encargados de hacer las remisiones a este servicio, promuevan la misma con los fumadores e involucren la familia para motivarlos en la cesación tabáquica, que también genera gastos a la economía familiar.

La elevada prevalencia de fumadores en el área de estudio y los resultados obtenidos en los costos institucionales, aun con las limitaciones por falta de información disponible, ponen de manifiesto la repercusión económica que tiene en el SNS del territorio.

## **CONCLUSIONES**

- La población estudiada se caracteriza por predominio del sexo femenino, en edades de 40 a 64 años, amas de casa y trabajadores agrícolas, obreros no calificados y universitarios, siendo el Consultorio 2 el de mayor afluencia de pacientes.
- Las causas de morbilidad y mortalidad se encuentran en correspondencia con la situación de salud local, municipal, provincial y nacional. El enfisema pulmonar, preámbulo del EPOC, se presenta como la patología de mayor morbilidad, la cual se encuentra de forma comprobada asociada al tabaquismo.
- La elevada utilización del Cuerpo de Guardia, se encuentra en correspondencia con las características de las patologías de mayor frecuencia en la situación de salud del territorio y el comportamiento a nivel nacional. Llama la atención el poco uso de los servicios de deshabituación tabáquica en la población fumadora del área de salud.
- El mayor costo unitario del Consultorio del Médico y Enfermera de la Familia, se corresponde con la resolutivez que le concierne el SNS.
- El asma bronquial, como patología que requiere tratamiento farmacológico de largo plazo, constituye un importante problema de salud a atender, por su comprobada relación con el tabaquismo pasivo y las consecuencias a la calidad de vida de las personas y los gastos que genera al sistema de salud.
- Los resultados presentados se limitan a los costos institucionales generados por los fumadores pertenecientes a solo cuatro consultorios médicos en un periodo de tres meses y resultan elevados, aunque no resultó factible incluir todos por no disponer de los datos. Ello hace pensar en la importancia que tiene realizar su cuantificación a mayor escala y con mayor precisión para poder ofrecer información a las autoridades del MINSAP al respecto.

## **RECOMENDACIONES**

Utilizar la información obtenida para fundamentar, desde la perspectiva economía de la salud, la propuesta de acciones para fortalecer el Programa para el Control y Prevención del Tabaquismo en la APS hasta el nivel del consultorio médico de familia.

Propiciar el uso de los servicios de cesación tabáquica por los fumadores interesados en dejar la adicción.

Tomando como base la utilización de los servicios de salud, elaborar un plan de acciones que permita ayudar y apoyar en la toma de decisiones en cuanto al manejo y distribución adecuada de los recursos para la atención de pacientes con enfermedades asociadas al tabaquismo en la APS.

Aplicar la metodología empleada para realizar estudios con mayor precisión del tabaquismo y otros factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Tabaco [Internet]. Sitio web mundial OMS; 2018 [citado 22 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
2. López Brito G. Un enemigo fatal [Internet]. Visión tunera; 2018 [citado 12 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://www.visiontunera.icrt.cu/un-enemigo-fatal/>
3. Red informática de medicina avanzada. El tabaco causa 7 millones de muertes al año: casi un millón son fumadores pasivos [Internet]. rima.org; 2017 [citado 12 feb de 2019]. Disponible en: <https://www.rima.org/Noticia.aspx?IdNota=3790>
4. Epocsite. Todo sobre la EPOC. Si los fumadores con Epoc dejas en el tabaco ahorrarían más de 12 millones de euros a la Sanidad en cinco años [Internet]. Epocsite.net; 2014 [citado 12 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://epocsite.net/tag/estudios/page/3/>
5. Valdés Salgado R, Hernández Avila M, Sepúlveda Amor J. El consumo de tabaco en la Región Americana: elementos para un programa de acción. Rev Salud Pública de México [Internet]. 2002 ene [citado 12 feb de 2019];44(1). [aprox. 3 p.]. Disponible en: [scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0036-36342002000700018&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0036-36342002000700018&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
6. Fundación de Educación para la Salud. Gastos del sistema sanitario en la atención a enfermedades provocadas por el tabaco [Internet]. Hospital Clínico San Carlos - Universidad Complutense de Madrid; 2016 [citado 10 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://www.atlasdelasalud.org/seccion.aspx?idbloque=7a>
7. Bonet Gorbea M, Varona Pérez P, Chang La Rosa M, García Roche RG, Suárez Medina R, Arcia Montes de Oca N, et. al. III Encuesta de factores de riesgo y actividades preventivas de enfermedades no transmisibles. Cuba 2010-2011. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014 [citado 23 Ener 2015]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/libros/encuesta\\_nacional\\_riesgo/encuesta\\_nacional\\_completo.pdf](http://www.bvs.sld.cu/libros/encuesta_nacional_riesgo/encuesta_nacional_completo.pdf)
8. Varona Pérez P. Costos de atención a la salud de fumadores y no fumadores desde una perspectiva social. Santiago de Cuba y Ciudad de La Habana. 2000-2001. Informe Técnico [Internet]. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología; 2002 [Citado 22 Jun 2017]. Disponible en: <http://files.sld.cu/antitabaquica/files/2013/04/costo-de-atencion-a-la-salud2001.pdf>

9. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de salud 2017 [Internet]. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2018 [citado 19 feb de 2019]. Disponible en: [//files.sld.cu/dne/files/2018/04/Anuario-Electronico-Espa%C3%B1ol-2017-ed-2018.pdf](http://files.sld.cu/dne/files/2018/04/Anuario-Electronico-Espa%C3%B1ol-2017-ed-2018.pdf)
10. Espinosa Roca A, Espinosa Brito A. Factores de riesgo asociados en los fumadores: Resultados de la Medición inicial del Proyecto Global de Cienfuegos. *Rev Cubana de Medicina*. 2001 sep; 40(3): 162-8.
11. Bonet Rodríguez M, Morejón Giraldoni A, Espinosa Brito A, Landrove Rodríguez O, Peraza Alejo D, Orduñez García P. Factores de Riesgo para Enfermedades Crónicas en Cienfuegos, Cuba 2010. Resultados preliminares de CARMEN II. *MediSur*. 2010 abr; 8(2): 56-9.
12. Bonet M, Espinosa A, Morejón A, Díez E, Landrove O, Ordúñez PO. La prevalencia de tabaquismo en la ciudad de Cienfuegos, Cuba. *MEDICC Review* [Internet]. 2014 [citado 20 nov de 2018]; Selecciones 2014. [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://mediccreview.org/la-prevalencia-de-tabaquismo-en-la-ciudad-de-cienfuegos-cuba/>
13. Giraldoni AFM, Alpízar ER, García VS, Rodríguez MB. Prevalencia del fenotipo hipertrigliceridemia cintura abdominal alterada: resultados de la segunda medición de la iniciativa CARMEN. *Rev Finlay* [Internet]. 2014 dic [citado 22 feb de 2019]; 4(4). [aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/321>
14. Chaviano Álvarez M. Acciones de la ciencia contra el tabaquismo en Cienfuegos. 5 de Septiembre [Internet]. 28 feb de 2017; *Ciencia* [citado 14 feb de 2019]; Disponible en: <http://www.5septiembre.cu/acciones-de-la-ciencia-contra-el-tabaquismo-en-cienfuegos/>
15. Rodríguez Rodríguez T, Pomares Ávalos A. Prevalencia del hábito de fumar en trabajadores del Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. *Rev. Finlay* [Internet]. 2014 [citado 14 Feb de 2019]; 4(1):[aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/266>
16. Rivero González G. Factores asociados al mal pronóstico de los pacientes con EPOC al ingresar en el hospital. *Arch Bronconeumol* [Internet]. 2008 ago [citado 27 feb de 2019];44(8):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.archbronconeumol.org/es-factores-asociados-al-mal-pronostico-articulo-S0300289608721124>
17. Caro Hernández BM. Comportamiento del tabaquismo en el Consejo Popular Caonao. Año 2017 [libro electrónico]. Barcelona: Editorial Médica JIMS, S.L.; 2018 [citado 10 ene de 2019]. 6-16 p. Disponible en: <http://jimsmedica.com/wp-content/uploads/2018/12/18.-COMPORTAMIENTO-DEL-TABAQUISMO-EN-EL-CONSEJO-POPULAR-CAONAO.-A%C3%91O-2017.pdf>
18. Partido Comunista de Cuba, Asamblea Nacional del Poder Popular. Actualización de los lineamientos de la política económica y social del Partido y la Revolución para el período 2016 - 2021 [Internet]. Partido Comunista de Cuba; 2016 [citado 2 ene de 2019]. Disponible en: <http://www.granma.cu/file/pdf/gaceta/01Folleto.Lineamientos-4.pdf>

**Costos institucionales de la atención a la salud de los fumadores.**  
**Área de salud 8. Caonao. Cienfuegos 2018**

---

19. Ministerio de Salud Pública. Objetivos de trabajo del Ministerio de Salud Pública para el año 2018 [Internet]. MINSAP; 2017 [citado 14 feb de 2019]. Disponible en: <http://files.sld.cu/editorhome/files/2018/01/OBJETIVOS-DE-TRABAJO-DEL-MINISTERIO-DE-SALUD-P%C3%9ABLICA-PARA-EL-A%C3%91O-2018.pdf>
20. De la Barca SA, García García A. Un problema actual: El consumo de alcohol y tabaco en jóvenes [Internet]. *democracia-trespuntocero.org*; 2019 [citado 2 feb de 2019]. Disponible en: <http://www.democracia-trespuntocero.org/index.php/es/noticias/economia/498-comision-especial-de-cuentas-2015.html>
21. Pérez Cruz N, Pérez Cruz H, Fernández Manchón EJ. Nicotina y adicción: un enfoque molecular del tabaquismo. *Rev haban cienc méd* [Internet]. 2007 marzo [citado 19 feb de 2019];6(1). [aprox. 5 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1729-519X2007000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1729-519X2007000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
22. UMAI. Licenciatura en Gerontología. El cigarrillo, un catálogo de venenos [Internet]. Universidad Maimónides. Ciencias del Envejecimiento: Gerontología; 2014 [citado 19 feb de 2019]. Disponible en: <https://gerontologia.maimonides.edu/2014/06/el-cigarrillo-un-catalogo-de-venenos/>
23. Suárez Lugo N. El tabaquismo. Paradojas, controversias, mitos y realidades. 2ª Ed. La Habana: Editora Política; 2015.
24. Grupo de Vías Respiratorias de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Tabaquismo. Papel del Pediatra de Atención Primaria [Internet]. *aepap.org*; 2013 [citado 15 ene de 2019]. Disponible en: [https://www.aepap.org/sites/default/files/gvr/dt-gvr-8\\_tabaco.pdf](https://www.aepap.org/sites/default/files/gvr/dt-gvr-8_tabaco.pdf)
25. Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco [libro electrónico]. Ginebra: Biblioteca de la OMS; 2005 [citado 19 feb de 2019]. 1-3 p. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42813/9243591010.pdf;jsessionid=77A57EB784E7051AFAB218F691E774F1?sequence=1>
26. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas, 2018 [libro electrónico]. Washington: OPS. Publicaciones Generales; 2018 [citado 2 feb de 2019]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49237/9789275320150-spa.pdf?sequence=10&isAllowed=y>
27. Fundación Colombiana del Corazón. La cultura del cuidado. Cuidado del corazón. Tabaquismo [Internet]. <http://corazonesresponsables.org>; 2018 [citado 15 ene de 2019]. Disponible en: <http://corazonesresponsables.org/cuidado-corazon/tabaquismo/>
28. Secretaría de Gobierno de Salud. Argentina. Tabaco. Prevalencia mundial [Internet]. Programa Nacional de Control del Tabaco; 2015 [citado 7 feb de 2019]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/tabaco/index.php/informacion-para-profesionales/tabaquismo-en-el-mundo-generalidades/prevalencia-mundial>

29. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo [libro electrónico] La Habana: Ed. Lazo Adentro; 2016 [citado 7 de noviembre de 2018]. 9-11 p. Disponible en: <http://files.sld.cu/bvscuba/files/2018/01/Manual-de-prevencion-y-tratamiento-2016-Cuba-.pdf>
30. Eriksen M, Mackay J, Schlugel N, Gomeshtapeh FI, Drope J. The Tobacco Atlas. Fifth Edition. USA: American Cancer Society; 2015.
31. García Rueda M. Tabaquismo y calidad de vida relacionada con la salud. [Internet] [Tesis Doctoral]. Málaga: Universidad de Málaga; 2016 [citado 17 feb de 2019]. Disponible en: <https://docplayer.es/95854660-Esta-obra-esta-bajo-una-licencia-de-creative-commons-reconocimiento-nocomercialsinobraderivada-4.html>
32. Regueiro Suárez DA, Morales Espinosa N, Hernández Leiva AM, González Soto YM. Tabaquismo. *Mediciego* [Internet]. 2012 [citado 18 feb de 2019];18 (No. Esp.) Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol\\_18noesp\\_2012/rev/t-32.html](http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol_18noesp_2012/rev/t-32.html)
33. Suárez Lugo N. Paradojas, controversias, discurso y realidad del tabaquismo en Cuba. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2011 marzo [citado 19 feb de 2019];37(1). [aprox 5 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0864-34662011000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-34662011000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
34. Fernández-Castillo E, Molerio Pérez O, López Torres L, Cruz Peña A, Grau R. Percepción de riesgo respecto al consumo de tabaco en jóvenes universitarios cubanos. *Rev Cubana de Medicina General Integral*. 2016 jun; 32(2): 140-52.
35. Suárez LN, Campos PE. Prevalencia y percepción del riesgo del tabaquismo. Área de salud del Policlínico Dr. Jorge Ruiz Ramírez. Ciudad de La Habana, 2007. *Rev Cubana de Salud Pública*. [Internet]. 2010 [Citado 21 Sep de 2017];36(2). [aprox 7 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662010000200005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000200005)
36. Varona Pérez P, Acosta Cabrera OS, Bonet Gorbea M, Safora Romay F, Caraballoso Hernández M, Suárez Lugo N, et al. Programa Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo [Internet]. MINSAP. Área de Higiene y Epidemiología; 2010 [citado 2 feb de 2019]. Disponible en: <http://files.sld.cu/antitabaquica/files/2012/04/programa-pct20104.pdf>
37. Organización Mundial de la Salud. Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes [Internet]. [medios.presidencia.gub.uy](http://medios.presidencia.gub.uy); 2015 5 [citado 11 feb de 2019]. Disponible en: [https://medios.presidencia.gub.uy/tav\\_portal/2015/noticias/NO\\_P581/EncuestaTabaco.pdf](https://medios.presidencia.gub.uy/tav_portal/2015/noticias/NO_P581/EncuestaTabaco.pdf)
38. Bonet M, Espinosa A, Morejón A, Díez E, Landrove O. Smoking Prevalence in Cienfuegos City, Cuba. *MEDICC Review* [Internet]. 2014 oct [citado 20 feb de 2019];16(4). Disponible en: [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/medicc/v16n3-4/v16n3-4a04.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/medicc/v16n3-4/v16n3-4a04.pdf)
39. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Proyecto de Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019 [Internet]. 52 Consejo Directivo; 2013 [citado 27 feb de 2019]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/4034/OD345-1-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

40. Grupo francés Figaro CCM Benchmark. Consecuencias del tabaco en la salud [Internet]. Communitic International - CCM.net; 2017 [citado 2 feb de 2019]. Disponible en: <https://salud.ccm.net/contents/481-consecuencias-del-tabaco-en-la-salud>
41. Blanco A, Sandoval RC, Martínez-López L, Caixeta R de B, Blanco A, Sandoval RC, et al. Diez años del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco: avances en las Américas. Rev Salud Pública de México [Internet]. 2017 [citado 20 feb de 2019];59. [aprox. 7 p.]. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0036-36342017000700117&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0036-36342017000700117&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
42. Plá García A, Elizarde Gálvez MG, Cárdenas Frieria E, Solares Carreño JC, Nieves Sardiñas BN. Tabaquismo: valores e integralidad. Rev Médica Electrónica. 2016 jun; 38(3): 460-9.
43. Varona Pérez P, Herrera Travieso D, García Roche RG, Bonet Gorbea M, Romero Pérez T, Venero Fernández SJ. Mortalidad atribuible al tabaquismo en Cuba. Rev Cubana de Salud Pública [Internet]. 2009 junio [citado 20 feb de 2019];35(2). [aprox. 5 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0864-34662009000200015&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-34662009000200015&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
44. Suárez Lugo N. Mercado y consumo de cigarrillos en Cuba y la decisión entre tabaco o salud. Rev Cubana de Salud Pública [Internet]. 2014 sep [citado 20 feb de 2019];40(3). [aprox. 2 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0864-34662014000300003&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-34662014000300003&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
45. López M, Javier C. Los gastos indirectos asociados a las enfermedades: qué enfoque utilizar. Cofin Habana [Internet]. 2016 junio [citado 21 feb de 2019];10(1). [aprox. 5 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2073-60612016000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2073-60612016000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
46. Suárez Lugo N. Consumo, precio y segmentación del mercado de cigarrillos. Cuba, 2017. Rev Cubana de Salud Pública [Internet]. 2018 [citado 20 feb de 2019]; 44(4):e1356 . Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_serial&pid=0864-3466&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_serial&pid=0864-3466&lng=es&nrm=iso)
47. Eugenia Elorza M, Sylvania Moscoso N, Pablo Lago F. Delimitación conceptual de la atención primaria de salud. Rev Cubana de Salud Pública [Internet]. 2017 abr [citado 2 feb de 2019];43(3). [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/rt/printerFriendly/836/886>
48. Perrin P, le Guillouzic H. Los servicios de salud en el nivel primario [Internet]. Comité Internacional de la Cruz Roja; 2006 [citado 11 feb. de 2019]. Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/desastres/los\\_servicios\\_de\\_salud\\_y\\_el\\_nivel\\_primario.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/desastres/los_servicios_de_salud_y_el_nivel_primario.pdf)
49. Marimón Torres N, Martínez Cruz E. Atención primaria de salud, vía para enfrentar los efectos de la crisis económica en salud. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2010 sep [citado 21 feb de 2019];26(3). [aprox. 3 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0864-21252010000300010&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21252010000300010&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

50. Organización Mundial de la Salud. Proyecto de Resolución EB124.R8. Atención Primaria de Salud. 62 Asamblea Mundial de la Salud [Internet]. apps.who.int; 2009 mayo. [citado 17 feb de 2019] Disponible en: [http://apps.who.int/gb/s/s\\_wha62.html](http://apps.who.int/gb/s/s_wha62.html) Consultado, 28 de mayo de 2010
51. González G, Ana M. Economía de la salud en el contexto de la salud pública cubana. Rev Cubana de Salud Pública [Internet]. 2003 dic [citado 21 ene de 2019];29(4). [aprox. 13 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0864-34662003000400011&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-34662003000400011&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
52. Placeres Hernández JF, Martínez Abreu J. El Programa del Médico y la Enfermera de la Familia a treinta años de su inicio. Rev Médica Electrónica. 2014 abr; 36(2): 124-6.
53. Ministerio de Salud Pública. Programa para la prevención y el control del tabaquismo en Cuba [Internet]. Sld.cu; 2016 [citado 10 feb de 2019]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/luchantitabaquica/progtabaquismo.pdf>
54. Quintero RSG, Ruiz RL, Legrá MN, Lores CMQ. Elementos característicos de costos relacionados con la salud pública de Cuba. Revista Información Científica. 2017; 96(4): 786-97.
55. Torres Delgado JA, Rubén Quesada M, Bayarre Veá H, Garriga Sarría EP, Pría Borrás M del C, Gran Álvarez M, et al. Informática médica. Bioestadística. Vol 2.1ra ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004. 220 p.
56. Cuéllar Álvarez J, Fuentes Martínez AZ, Rodríguez Méndez L, Iglesias López P. Riesgo tabáquico en adultos mayores desde la consulta de cesación. Publicación Periódica de Gerontología y Geriatria [Internet]. 2017 [citado 7 febo de 2019];12(2). 1-18 p. Disponible en: <http://files.sld.cu/gericuba/files/2018/01/Tabaquismo.pdf>
57. Pomares Ávalos A, Vázquez Nuñez MA, Ruíz Domínguez ES, Chaviano Rodríguez A. Prevalencia de tabaquismo en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Cienfuegos, 2017- 2018. Medisur [Internet]. 2018 [citado 4 feb de 2019];1(2). [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/rt/printerFriendly/21/2672>
58. Miravitles M, Soler Cataluña JJ, Calle M, Molina J, Almagro P, Quintano JA, et al. Guía española de la EPOC [Internet]. GesEPOC; 2014 ene [Citado 25 ene. 2015]. Disponible en: <http://www.archbronconeumol.org/es/guia-espanola-epoc-gesepoc-actualizacion/articulo/90268739/>
59. Pérez Pérez R, Fajardo Pérez M. La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica: un desafío para la atención primaria de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. [Internet] 2003 Jun [Citado 25 ene 2015];19(3). [aprox. 9 p.]. Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252003000300009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000300009)
60. Galán Morillo M, Campos Moraes Amato M, Pérez Cendon Filha S. Efectos del tabaquismo sobre la presión arterial de 24 h - evaluación mediante monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA). Rev cubana med [Internet]. 2004 dic [citado 18 feb de 2019];43(5-6). [aprox.

11 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-75232004000500009&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-75232004000500009&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

61. De Cesaris R, Ranieri G, Andriani A. Effects of cigarette-smoking on blood pressure and heart rate. *Journal of Hypertension* [Internet]. 1991 [citado 11 nov de 2018];9(Sup 6). [aprox. 3 p.]. Disponible en: [https://journals.lww.com/jhypertension/Citation/1991/12006/Effects\\_of\\_cigarette\\_smoking\\_on\\_blood\\_pressure\\_and.45.aspx](https://journals.lww.com/jhypertension/Citation/1991/12006/Effects_of_cigarette_smoking_on_blood_pressure_and.45.aspx)
62. Delgado Acosta H, Lastre Navarro K, Valdés Gómez M, Benet Rodríguez M, Morejón Giraldoni AF, Zerquera Rodríguez J. Prevalencia de hipertensión arterial en el Área I del municipio Cienfuegos. Segunda medición de la iniciativa CARMEN: cifras alarmantes. *Rev Finlay* [Internet]. 2015 marzo [citado 18 feb de 2019];5(1). [aprox. 11 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2221-24342015000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2221-24342015000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
63. Asociación Española contra el Cáncer (AECC). Tabaquismo y cáncer en España [Internet]. Observatorio del Cáncer de la AECC; 2018 [citado 27 feb de 2019]. Disponible en: <https://www.aecc.es/sites/default/files/content-file/Informe-tabaquismo-cancer-20182.pdf>
64. Ministerio de Salud Pública. Carpeta metodológica de atención primaria de salud y medicina familiar [Internet]. VII Reunión Metodológica del MINSAP; [citado 25 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://files.sld.cu/aps/files/2010/08/carpeta-metodologica-aps.pdf>
65. INHEM. Estadísticas globales de asma en cuba 2013 [Internet]. Infomed. Instituciones. Inhem. 2014 [citado 4 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://instituciones.sld.cu/inhem/estadisticas-globales-de-asma-en-cuba-global-statistics-of-asthma-in-cuba-2013/>
66. González Rodríguez R, Martínez Cruz M, Castillo Silva D, Rodríguez Márquez O, Hernández Valdés J. Caracterización clínico-epidemiológica de la hipertensión arterial en adultos mayores. *Rev Finlay* [Internet]. 2017 jun [citado 6 feb de 2019];7(2). [aprox. 3 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2221-24342017000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2221-24342017000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
67. Naranjo Casañas EA, Fernández Arias MA, Espín Falcón JC. Comportamiento de las crisis hipertensivas en el Área Intensiva Municipal de Centro Habana. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2014 jun [citado 8 feb de 2019];30(2). [aprox. 8 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0864-21252014000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21252014000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
68. Carreras Corzo L. Guía práctica clínica de EPOC [Internet]. Hospital Neumológico Jurídico; 2015 [citado 9 feb de 2019]. Disponible en: <http://www.socune.sld.cu/biblio/epoc/guia-pract.pdf>
69. George Quintero RS, Ruiz RL, Legrá MN, Quintero Lores CM. Elementos característicos de costos relacionados con la salud pública de Cuba. *Rev Información Científica* [Internet]. 2017 [citado 8 feb de 2019];96(4). [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/1198>

**Costos institucionales de la atención a la salud de los fumadores.**  
**Área de salud 8. Caonao. Cienfuegos 2018**

---

70. La Vanguardia. Coste sanitario de pacientes de EPOC supera los 2.150 millones euros/año. La Vanguardia [Internet]. 2016; Redacción [citado 11 feb de 2019]. Disponible en: <https://www.lavanguardia.com/local/sevilla/20160310/40341406691/coste-sanitario-de-pacientes-de-epoc-supera-los-2-150-millones-euros-ano.html>

## ANEXO 1. EXPERTOS CONSULTADOS

**Experto: A.**

**Especialidad docente:** Medicina Interna.

**Categoría docente:** Profesor Instructor.

**Años de experiencia:** 22.

**Experto: B.**

**Especialidad docente:** Medicina General Integral.

**Categoría docente:** Profesor Instructor.

**Años de experiencia:** 26.

**Experto: C.**

**Especialidad docente:** Terapia Física y Rehabilitación.

**Categoría docente:** Profesor Instructor.

**Años de experiencia:** 14.

**Experto: D.**

**Especialidad docente:** Enfermería.

**Categoría docente:** Profesor Instructor.

**Años de experiencia:** 27.

**Experto: E**

**Especialidad docente:** Economía.

**Años de experiencia:** 7.

## ANEXO 2. INSTRUMENTOS

### Entrevista en profundidad a Especialistas del Policlínico Fabio D'Celmo. Área VIII. Provincia Cienfuegos.

A: Vicedirector de Asistencia Medica.

Estimado profesional de la salud:

La presente entrevista va dirigida a caracterizar las principales causas de morbilidad y mortalidad relacionadas con el tabaquismo, así como los servicios de salud más estrechamente vinculados con el enfrentamiento a este hábito, en lo que se circunscribe a la población del Consejo Popular Caonao.

Le pedimos que aborde los siguientes tópicos y responda a las preguntas que puedan surgir, con toda la sinceridad y amplitud posibles; sintiéndose libre para añadir cuantos elementos considere pertinentes.

Tenga en cuenta que sus respuestas no serán calificadas en términos de correctas o incorrectas, como tampoco se divulgarán en forma arbitraria sus datos individuales.

Fecha de aplicación de la entrevista: Día \_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_

### DATOS DEL ESPECIALISTA ENTREVISTADO

1. Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

2. Cargo que ocupa en la entidad: \_\_\_\_\_

3. Profesión del especialista: \_\_\_\_\_

4. Años de experiencia como trabajador en el Área de Salud: \_\_\_\_\_

5. ¿En su opinión, cuáles son las patologías directamente asociadas al tabaquismo que se presentan con más frecuencia en la consulta de urgencia?

Enfisema pulmonar \_\_\_\_ EPOC: \_\_\_\_ Cáncer de pulmón: \_\_\_\_

Crisis de Asma Bronquial: \_\_\_\_ Neumonías: \_\_\_\_ Cáncer de laringe: \_\_\_\_

Cáncer de esófago: \_\_\_\_ Cáncer bucal: \_\_\_\_ Otras patologías: \_\_\_\_

**Costos institucionales de la atención a la salud de los fumadores.**  
**Área de salud 8. Caonao. Cienfuegos 2018**

---

¿Cuáles?: \_\_\_\_\_

Amplíe su respuesta si lo desea: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. En su opinión, ¿cuáles son los medicamentos que más se utilizan en la atención a los pacientes con patologías directamente asociadas al tabaquismo?

Agua destilada: \_\_\_\_ Hidrocortisona en bulbos: \_\_\_\_ Aminofilina en ampulas: \_\_\_\_

Frasco de cloruro de sodio al 0.9%: \_\_\_\_ Frasco de dextrosa al 5%: \_\_\_\_

Salbutamol en gotas: \_\_\_\_ Amplíe su respuesta si lo desea: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Basado en su experiencia, refiera usted: ¿cuáles son los servicios de salud más estrechamente relacionados con el enfrentamiento al hábito tabáquico?

Consultorio del Médico de la Familia: \_\_\_\_

Consulta de la Especialista en Medicina Interna: \_\_\_\_

Sala de Rehabilitación: \_\_\_\_ Servicios de Urgencia: \_\_\_\_

Servicios de Estomatología: \_\_\_\_

Otros servicios: \_\_\_\_ ¿Cuáles?: \_\_\_\_\_

Amplíe su respuesta si lo desea: \_\_\_\_\_

8. Según su experiencia, ¿cuáles son las principales causas de mortalidad que aquejan a los pacientes atendidos en esta consulta? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Entrevista en profundidad a Especialistas del Policlínico Fabio D´Celmo.**  
**Área VIII. Provincia Cienfuegos.**

A: Jefe Departamento Económico

Estimado profesional de la salud:

La presente entrevista va dirigida a identificar los costos institucionales ocasionados por el tabaquismo a los servicios de salud, en lo que se circunscribe a la población del Consejo Popular Caonao.

Le pedimos que aborde los siguientes tópicos y responda a las preguntas que puedan surgir, con toda la sinceridad y amplitud posibles; siéntase libre de añadir cuantos elementos considere pertinentes.

**Costos institucionales de la atención a la salud de los fumadores.  
Área de salud 8. Caonao. Cienfuegos 2018**

---

Tenga en cuenta que sus respuestas no serán calificadas en términos de correctas o incorrectas, como tampoco se divulgarán en forma arbitraria sus datos individuales.

Fecha de aplicación de la entrevista: Día \_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_

**DATOS DEL ESPECIALISTA ENTREVISTADO**

1. Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

2. Cargo que ocupa en la entidad: \_\_\_\_\_

3. Profesión del especialista: \_\_\_\_\_

4. Años de experiencia como trabajador en el Área de Salud: \_\_\_\_\_

5. En su opinión, ¿cuáles son los insumos que mayores gastos generan, en lo concerniente a la atención a los pacientes con patologías directamente asociada al tabaquismo?

Energía eléctrica: \_\_\_\_ Agua potable: \_\_\_\_ Materiales de limpieza: \_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_

Reactivos de laboratorio: \_\_\_\_ Reactivos para examen simple de tórax: \_\_\_\_

Reactivos para examen contrastado: \_\_\_\_ Modelaje en CMF: \_\_\_\_

Modelaje en aervicio de urgencias: \_\_\_\_ Modelaje en consulta externa: \_\_\_\_

Otros insumos: \_\_\_\_ ¿Cuáles?: \_\_\_\_\_

Amplíe su respuesta si lo desea: \_\_\_\_\_

6. ¿En su criterio, cuáles son los recursos humanos que generan los mayores gastos por concepto de atención a los pacientes con patologías directamente asociadas al tabaquismo?

Especialista en MGI: \_\_\_\_ Licenciado en Imagenología: \_\_\_\_ Residente de MGI: \_\_\_\_

Técnico en Farmacia: \_\_\_\_ Licenciado en Enfermería: \_\_\_\_

Enfermero Jefe de Cuerpo de Guardia: \_\_\_\_

Licenciado en Bioanálisis Clínico: \_\_\_\_ Estudiantes de Medicina: \_\_\_\_

Licenciado en Terapia Física y Rehabilitación: \_\_\_\_ Especialista en Medicina Interna: \_\_\_\_

Licenciado en Psicología: \_\_\_\_ Educador para la Salud: \_\_\_\_

Enfermera diplomada en MNT: \_\_\_\_ Fisiatra: \_\_\_\_ Médico Especialista en MNT: \_\_\_\_

Licenciada en Defectología: \_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_

Otros recursos humanos: \_\_\_\_ ¿Cuáles?: \_\_\_\_\_

Amplíe su respuesta si lo desea: \_\_\_\_\_

**Costos institucionales de la atención a la salud de los fumadores.  
Área de salud 8. Caonao. Cienfuegos 2018**

---

**Entrevista en profundidad a Especialistas del Policlínico Fabio D´Celmo.  
Área VIII. Provincia Cienfuegos.**

A: Jefe del Servicio de Rehabilitación.

Estimado profesional de la salud:

La presente entrevista va dirigida a determinar los servicios de salud más estrechamente relacionados con el enfrentamiento a la morbilidad y mortalidad generada por el tabaquismo, en lo que se circunscribe a la población del Consejo Popular Caonao.

Le pedimos que aborde los siguientes tópicos y responda a las preguntas que puedan surgir, con toda la sinceridad y amplitud posibles; siéntase libre de añadir cuantos elementos considere pertinentes.

Tenga en cuenta que sus respuestas no serán calificadas en términos de correctas o incorrectas, como tampoco se divulgarán en forma arbitraria sus datos individuales.

Fecha de aplicación de la entrevista: Día \_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_

**DATOS DEL ESPECIALISTA ENTREVISTADO**

1. Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

2. Cargo que ocupa en la entidad: \_\_\_\_\_

3. Profesión del especialista: \_\_\_\_\_

4. Años de experiencia como trabajador en el Área de Salud: \_\_\_\_\_

5. Basado en su experiencia, responda: ¿Qué rasgos caracterizan a los pacientes que son atendidos en la consulta de deshabituación tabáquica? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Según su experiencia, ¿cuáles son las principales causas de morbilidad que aquejan a los pacientes atendidos en esta consulta? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7.-¿Que estructuras del Área de Salud se vinculan directamente a la incorporación de nuevos pacientes al Servicio de Consulta de Deshabituación Tabáquica?

Consultorio médico de la familia: \_\_\_\_ Servicio de urgencias: \_\_\_\_

Consultas multidisciplinarias: \_\_\_\_ Servicios de estomatología: \_\_\_\_

Otros estructuras: \_\_\_\_ ¿Cuáles?: \_\_\_\_\_

Amplíe su respuesta si lo desea: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Costos institucionales de la atención a la salud de los fumadores.  
Área de salud 8. Caonao. Cienfuegos 2018**

---

**Entrevista en profundidad a Especialistas del Policlínico Fabio D´Celmo.  
Área VIII. Provincia Cienfuegos.**

A: Especialista en Medicina Interna. Integrante del Grupo Básico de Trabajo.

Estimado profesional de la salud:

La presente entrevista va dirigida a caracterizar las principales causas de morbilidad y mortalidad relacionadas con el tabaquismo, en lo que se circunscribe a la población del Consejo Popular Caonao.

Le pedimos que aborde los siguientes tópicos y responda a las preguntas que puedan surgir, con toda la sinceridad y amplitud posibles; siéntase libre de añadir cuantos elementos considere pertinentes.

Tenga en cuenta que sus respuestas no serán calificadas en términos de correctas o incorrectas, como tampoco se divulgarán en forma arbitraria sus datos individuales.

Fecha de aplicación de la entrevista: Día \_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_

**DATOS DEL ESPECIALISTA ENTREVISTADO**

1. Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

2. Cargo que ocupa en la entidad: \_\_\_\_\_

3. Profesión del especialista: \_\_\_\_\_

4. Años de experiencia como trabajador en el Área de Salud: \_\_\_\_\_

5. En su opinión, ¿son suficientes los servicios de que dispone el Área de Salud para la atención a los pacientes con patologías asociadas al tabaquismo? Sí: \_\_\_\_ No: \_\_\_\_

Amplíe su respuesta si lo desea: \_\_\_\_\_

6. En su opinión ¿cuáles son las fuentes de información básica para el control del tabaquismo?

El Médico de Familia \_\_\_\_ La Enfermera de Familia \_\_\_\_

El Policlínico y otros Servicios de Salud \_\_\_\_

Las organizaciones políticas y de masas \_\_\_\_ La familia \_\_\_\_ Los hospitales \_\_\_\_

Los documentos básicos del Consultorio Médico de la Familia: \_\_\_\_

Otras fuentes: \_\_\_\_ ¿Cuáles?: \_\_\_\_\_

Amplíe su respuesta si lo desea: \_\_\_\_\_

**Costos institucionales de la atención a la salud de los fumadores.  
Área de salud 8. Caonao. Cienfuegos 2018**

---

**Entrevista en profundidad a Especialistas del Policlínico Fabio D'Celmo.  
Área VIII. Provincia Cienfuegos.**

A: Jefe del Servicio de Urgencias.

Estimado profesional de la salud:

La presente entrevista va dirigida a determinar los servicios de salud más estrechamente relacionados con el enfrentamiento a la morbilidad y mortalidad generada por el tabaquismo, en lo que se circunscribe a la población del Consejo Popular Caonao.

Le pedimos que aborde los siguientes tópicos y responda a las preguntas que puedan surgir, con toda la sinceridad y amplitud posibles; siéntase libre de añadir cuantos elementos considere pertinentes.

Tenga en cuenta que sus respuestas no serán calificadas en términos de correctas o incorrectas, como tampoco se divulgarán en forma arbitraria sus datos individuales.

Fecha de aplicación de la entrevista: Día \_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_

**DATOS DEL ESPECIALISTA ENTREVISTADO**

1. Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

2. Cargo que ocupa en la entidad: \_\_\_\_\_

3. Profesión del especialista: \_\_\_\_\_

4. Años de experiencia como trabajador en el Área de Salud: \_\_\_\_\_

5. ¿Cuáles son los procedimientos de enfermería que se realizan con más frecuencia en patologías asociadas al tabaquismo, en el Servicio de Urgencias?

Aerosolterapia: \_\_\_\_ Oxigenoterapia: \_\_\_\_ Tratamiento farmacológico: \_\_\_\_

Otros procedimientos: \_\_\_\_ ¿Cuáles?: \_\_\_\_\_

Amplíe su respuesta si lo desea: \_\_\_\_\_

6. En lo que respecta al seguimiento estadístico del Dpto. de Enfermería, responda: ¿Son estadísticamente contempladas las patologías que tienen relación directa con el tabaquismo?

Sí: \_\_\_\_ No: \_\_\_\_

Amplíe su respuesta si lo desea: \_\_\_\_\_

Formulario según Modelo 54-50-02. Ministerio de Salud Pública.  
Historia Clínica (Ficha Familiar).

**HISTORIA DE SALUD FAMILIAR**

Nombre: \_\_\_\_\_ Consultorio: \_\_\_\_\_

Sexo: Femenino: \_\_\_\_\_ Masculino: \_\_\_\_\_

**Edad: años**

0-4: \_\_\_\_\_

5-9: \_\_\_\_\_

10-14: \_\_\_\_\_

15-19: \_\_\_\_\_

20-24: \_\_\_\_\_

25-29: \_\_\_\_\_

30-34: \_\_\_\_\_

35-39: \_\_\_\_\_

40-44: \_\_\_\_\_

45-49: \_\_\_\_\_

50-54: \_\_\_\_\_

55-59: \_\_\_\_\_

60-64: \_\_\_\_\_

65-69: \_\_\_\_\_

70-74: \_\_\_\_\_

75- más: \_\_\_\_\_

**Nivel de escolaridad (grados terminados):**

Primaria: \_\_\_\_\_

Secundaria: \_\_\_\_\_

Obrero no calificado: \_\_\_\_\_

Obrero calificado: \_\_\_\_\_

Nivel medio básico : \_\_\_\_\_

Nivel medio: \_\_\_\_\_

Nivel medio superior \_\_\_\_\_

Nivel universitario \_\_\_\_\_

Ninguno: \_\_\_\_\_

**Labor que realiza:**

Ama de casa: \_\_\_\_\_

Agricultor: \_\_\_\_\_

Ingeniero: \_\_\_\_\_

Maestro: \_\_\_\_\_

Medico: \_\_\_\_\_

Enfermero: \_\_\_\_\_

Constructor: \_\_\_\_\_

Trabajador cuenta propia: \_\_\_\_\_

Otras labores: \_\_\_\_\_

**Problema de Salud:**

Asma bronquial: \_\_\_\_\_

Hipertensión arterial: \_\_\_\_\_

Diabetes mellitus: \_\_\_\_\_

Enfisema pulmonar: \_\_\_\_\_

Cardiopatía isquémica: \_\_\_\_\_

EPOC: \_\_\_\_\_

Cáncer de pulmón: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

Formulario según Modelo 18-145-01. Ministerio de Salud Pública.

ACTIVIDADES DE MEDICINA FAMILIAR

Nombre: \_\_\_\_\_ Consultorio: \_\_\_\_\_

Sexo: Femenino: \_\_\_\_\_ Masculino: \_\_\_\_\_

| <b>Edad: años</b> | <b>Problema de Salud:</b>             |
|-------------------|---------------------------------------|
| 0-4: _____        | Hipertensión arterial: _____          |
| 5-9: _____        | Enfisema pulmonar: _____              |
| 10-14: _____      | Diabetes mellitus: _____              |
| 15-19: _____      | Asma bronquial: _____                 |
| 20-24: _____      | Cardiopatía isquémica: _____          |
| 25-29: _____      | EPOC: _____                           |
| 30-34: _____      | Cáncer de pulmón: _____               |
| 35-39: _____      |                                       |
| 40-44: _____      | <b>Tipo de actividad:</b>             |
| 45-49: _____      | Seguimiento médico: _____             |
| 50-54: _____      | Interconsulta psicología: _____       |
| 55-59: _____      | Tratamiento farmacológico: _____      |
| 60-64: _____      | Seguimiento de enfermería: _____      |
| 65-69: _____      | Interconsulta medicina interna: _____ |
| 70-74: _____      | Otros: _____                          |
| 75- más: _____    |                                       |

**Lugar:**  
Consultorio: \_\_\_\_\_  
Policlínico: \_\_\_\_\_  
Sala de Rehabilitación: \_\_\_\_\_  
Otros: \_\_\_\_\_

Formulario según Modelo 53-12-02. Ministerio de Salud Pública.

**REGISTRO DE CASOS ATENDIDOS EN CUERPO DE GUARDIA**

Nombre: \_\_\_\_\_ Consultorio: \_\_\_\_\_

Sexo: Femenino: \_\_\_\_\_ Masculino: \_\_\_\_\_

| <b>Edad: años</b> | <b>Problema de Salud:</b>           |
|-------------------|-------------------------------------|
| 0-4: _____        | Hipertensión arterial: _____        |
| 5-9: _____        | Enfisema pulmonar: _____            |
| 10-14: _____      | Diabetes mellitus: _____            |
| 15-19: _____      | Asma bronquial: _____               |
| 20-24: _____      | Cardiopatía isquémica: _____        |
| 25-29: _____      | EPOC: _____                         |
| 30-34: _____      | Cáncer de pulmón: _____             |
| 35-39: _____      | Otros: _____                        |
| 40-44: _____      |                                     |
| 45-49: _____      | <b>Conducta seguida:</b>            |
| 50-54: _____      | Seguimiento sala observación: _____ |
| 55-59: _____      | Traslado hospital provincial: _____ |
| 60-64: _____      | Administración medicamentos: _____  |
| 65-69: _____      | Otros: _____                        |
| 70-74: _____      |                                     |
| 75- más: _____    |                                     |

Formulario según Registro Diario / Mensual. Modelo 18-115-1.  
Ministerio de Salud Pública.

**CONSULTA DE DESHABITUACION TABÁQUICA**

Nombre: \_\_\_\_\_ Consultorio: \_\_\_\_\_

Sexo: Femenino: \_\_\_\_\_ Masculino: \_\_\_\_\_

**Tratamiento:**

Fisioterapia respiratoria: \_\_\_\_\_  
Tratamiento farmacológico: \_\_\_\_\_  
Tratamiento psicológico: \_\_\_\_\_  
MNT: \_\_\_\_\_  
Promoción para la salud: \_\_\_\_\_  
Defectología: \_\_\_\_\_  
Tratamiento rehabilitador: \_\_\_\_\_  
Otros: \_\_\_\_\_

**Edad: años**

10-14: \_\_\_\_\_  
15-19: \_\_\_\_\_  
20-24: \_\_\_\_\_  
25-29: \_\_\_\_\_  
30-34: \_\_\_\_\_  
35-39: \_\_\_\_\_  
40-44: \_\_\_\_\_  
45-49: \_\_\_\_\_  
50-54: \_\_\_\_\_  
55-59: \_\_\_\_\_  
60-64: \_\_\_\_\_  
65-69: \_\_\_\_\_  
70-74: \_\_\_\_\_  
75- más: \_\_\_\_\_

**Diagnósticos:**

Hipertensión arterial: \_\_\_\_\_  
Enfisema pulmonar: \_\_\_\_\_  
Diabetes mellitus: \_\_\_\_\_  
Asma bronquial: \_\_\_\_\_  
Cardiopatía isquémica: \_\_\_\_\_  
EPOC: \_\_\_\_\_  
Cáncer de pulmón: \_\_\_\_\_

**Lugar:**

Sala de rehabilitación: \_\_\_\_\_  
Policlínico: \_\_\_\_\_  
CMF: \_\_\_\_\_  
Otros: \_\_\_\_\_

Formulario según Modelo 8111 (18-39-03). Ministerio de Salud Pública.

**CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Consultorio:** \_\_\_\_\_

**Sexo:** Femenino: \_\_\_\_\_ Masculino: \_\_\_\_\_

**Edad: años**

0-4: \_\_\_\_\_

5-9: \_\_\_\_\_

10-14: \_\_\_\_\_

15-19: \_\_\_\_\_

20-24: \_\_\_\_\_

25-29: \_\_\_\_\_

30-34: \_\_\_\_\_

35-39: \_\_\_\_\_

40-44: \_\_\_\_\_

45-49: \_\_\_\_\_

50-54: \_\_\_\_\_

55-59: \_\_\_\_\_

60-64: \_\_\_\_\_

65-69: \_\_\_\_\_

70-74: \_\_\_\_\_

75- más: \_\_\_\_\_

**Nivel de escolaridad (grados terminados):**

Primaria: \_\_\_\_\_

Secundaria: \_\_\_\_\_

Obrero calificado: \_\_\_\_\_

Preuniversitario: \_\_\_\_\_

Técnico medio : \_\_\_\_\_

Nivel universitario: \_\_\_\_\_

Ninguno: \_\_\_\_\_

**Causas de muerte:**

Asma bronquial: \_\_\_\_\_

Hipertensión arterial: \_\_\_\_\_

Diabetes mellitus: \_\_\_\_\_

Alcoholismo: \_\_\_\_\_

Cardiopatía isquémica: \_\_\_\_\_

EPOC: \_\_\_\_\_

Cáncer de pulmón: \_\_\_\_\_

Otras neoplasias: \_\_\_\_\_

Insuficiencia respiratoria aguda: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

**Labor que realiza:**

Ama de casa: \_\_\_\_\_

Agricultor: \_\_\_\_\_

Ingeniero: \_\_\_\_\_

Maestro: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Enfermero: \_\_\_\_\_

Cuenta propista: \_\_\_\_\_

Otras labores: \_\_\_\_\_