



**UNIVERSIDAD MAYOR REAL Y PONTIFICIA DE
SAN FRANCISCO XAVIER
DE CHUQUISACA**

**RELACIÓN ENTRE PERCEPCIÓN Y ACTITUDES
FRENTE A LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE
PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO, SEGÚN LA LEY
N° 1280, PERSONAL MÉDICO, INSTITUTO
NACIONAL DE TÓRAX, LA PAZ, GESTIÓN 2025**

FELIPE IGNACIO ÁVILA MOLINA

TUTOR: MsC. Alvaro Boris Martinez Aguilar

Maestría en salud publica

2025

Declaración de originalidad y derechos de autor

Como autor(a) declaro que el presente trabajo académico es original, excepto donde he reconocido la información generada por otros autores por medio de citas en el estilo requerido.

En caso de existir información confidencial (e.g., información proveniente de reportes gubernamentales, institucionales, privados o similares, personas naturales, etc.), manifiesto que he obtenido el permiso por escrito para incluir esa información en este trabajo académico.

Autorizo a las instancias competentes de la Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca (USFX) someter este trabajo académico a una evaluación de integridad académica por medio de una herramienta establecida para este propósito.

Autorizo a la USFX hacer de este trabajo académico un documento disponible para su lectura en el repositorio institucional.

Finalmente, manifiesto mi consentimiento para que este trabajo académico pueda ser publicado, total o parcialmente, respetando la propiedad intelectual del autor.

FELIPE IGNACIO ÁVILA MOLINA

2025

Dedicatoria:

Dedico este trabajo primeramente A Dios, por darme la fortaleza y la claridad necesarias para culminar esta etapa.

A mi familia, cuyo apoyo incondicional, paciencia y comprensión fueron fundamentales durante todo este proceso. A mis docentes, quienes sembraron en mí la vocación por la investigación en salud.

Agradecimientos:

Agradezco profundamente a la Universidad Mayor, Real y Pontificia San Francisco Xavier de Chuquisaca y al CEPI por brindarme las herramientas necesarias para continuar mi formación profesional.

A mi tutor, por su guía, rigurosidad y compromiso. A los médicos del Instituto Nacional de Tórax, La Paz, quienes participaron generosamente en esta investigación y compartieron sus experiencias para hacer posible este estudio.

Finalmente, agradezco a mi familia por su constante apoyo y motivación.

Contenido

Declaración de originalidad y derechos de autor	I
Dedicatoria	II
Agradecimientos.....	III
Contenido.....	IV
Lista de tablas.....	VI
Lista de gráficos	VIII
Lista de abreviaturas y símbolos	X
Resumen.....	XI
Abstract.....	XII
1. Introducción	1
1.1. Antecedentes	2
1.2. Problema de investigación.....	5
1.3. Justificación	7
1.4. Pregunta de investigación.....	10
1.5. Objetivos	10
1.5.1. Objetivo general.....	10
1.5.2. Objetivos específicos	10
1.6. Hipótesis	11
1.7. Contribución al estado del conocimiento.....	11
1.8. Organización de la tesis.....	12
2. Marco teórico contextual.....	13
2.1. Marco teórico	13
2.1.1. Estado del arte	13
2.1.2. La situación del tabaquismo en Bolivia	18
2.1.3. Marco regulatorio del tabaco en Bolivia.....	20
2.1.4. Ley 1280 de prevención y control al consumo de productos de tabaco	22
2.1.5. Políticas públicas para el control del tabaquismo.....	23

2.1.6. Evidencia científica sobre políticas públicas antitabaco en América Latina y Bolivia.....	24
2.1.7. Impacto del tabaquismo en la salud pública: costos sanitarios y sociales	25
2.1.8. Efectividad de las políticas de control del tabaco en la reducción de morbilidad y mortalidad	26
2.1.9. Conceptualización del tabaquismo y su impacto en la salud pulmonar	29
2.1.10. Factores de riesgo y determinantes sociales del tabaquismo	30
2.1.11. Factores socioculturales que condicionan el éxito de las políticas antitabaco	31
2.1.12. Perspectiva y actitudes del personal de salud sobre la implementación de políticas antitabaco	31
2.1.13. Programas y estrategias de cesación del tabaquismo	33
2.1.14. Desafíos y barreras para la implementación efectiva de políticas de control del tabaco en Bolivia	34
2.1.15. Definiciones de percepción	35
2.1.16. Definición de actitudes.....	37
2.2. Marco contextual	38
2.2.1. Ciudad de la Paz Bolivia	38
2.2.2. Instituto Nacional de Tórax	39
3. Marco metodológico	40
3.1. Enfoque de Investigación	40
3.2. Tipo y diseño de la Investigación	40
3.3. Métodos de Investigación	41
3.3.1. Métodos Teóricos.....	41
3.3.2. Métodos Empíricos	42
3.4. Técnicas, instrumentos y procedimientos de investigación	42
3.5. Población y muestra.....	44
3.6. Criterios de inclusión y exclusión	45
3.6.1. Criterios de Inclusión	45
3.6.2. Criterios de Exclusión.....	45

3.7. Identificación de Variables	46
3.7.4. Operacionalización de Variables	46
3.8. Procesamiento y análisis de los resultados.....	47
3.9. Aspectos Éticos	48
4. Análisis y discusión de resultados	49
4.1. Discusión de resultados	68
5. Propuesta	72
Conclusiones y recomendaciones	88
Conclusiones:.....	88
Recomendaciones:.....	90
Referencias bibliográficas	91
Bibliografía	97
Anexos	98

Lista de tablas

TABLA 1. Población en estudio según: Edad. Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025	49
TABLA 2. Población en estudio según: Sexo. Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025	50
TABLA 3. Población en estudio según: Años de experiencia profesional. Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025	51
TABLA 4. Población en estudio según: Hábito de Fumar Cigarrillos. Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025	52
TABLA 5. Percepción del personal Médico sobre la efectividad de la Ley 1280. Según ítems. Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025	53
TABLA 6. Percepción del personal Médico sobre la efectividad de la Ley 1280. Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025	54

TABLA 7. Percepción del personal Médico sobre la implementación de la ley 1280 Según Ítems. Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025	55
TABLA 8. Percepción del personal Médico sobre la implementación de la ley 1280. Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025	56
TABLA 9. Percepción del personal Médico sobre el impacto de la ley 1280 en la salud pública. Según Ítems. Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025	57
TABLA 10. Percepción del personal Médico sobre el impacto de la ley 1280 en la salud pública. Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025	58
TABLA 11. Percepción general del personal Médico sobre las políticas públicas de prevención del tabaquismo, según la ley 1280. Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025	59
TABLA 12. Actitudes del personal Médico sobre la efectividad de la Ley 1280. Según ítems. Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025	60
TABLA 13. Actitud del personal Médico sobre la efectividad de la Ley 1280. Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025	61
TABLA 14. Actitud del personal Médico sobre la implementación de la ley 1280 Según Ítems. Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025	62
TABLA 15. Actitud del personal Médico sobre la implementación de la ley 1280. Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025	63
TABLA 16. Actitud del personal Médico sobre el impacto de la ley 1280 en la salud pública. Según Ítems. Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025	64
TABLA 17. Actitud del personal Médico sobre el impacto de la ley 1280 en la salud pública. Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025	65
TABLA 18. Actitud general del personal Médico sobre las políticas públicas de prevención del tabaquismo, según la ley 1280. Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025	66
TABLA 19. Relación entre percepción y actitudes del personal Médico sobre las políticas públicas de prevención del tabaquismo, según la ley 1280. Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025	67

Lista de gráficos

GRÁFICO 1. Población en estudio según: Edad. Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025	49
GRÁFICO 2. Población en estudio según: Sexo. Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025	50
GRÁFICO 3. Población en estudio según: Años de experiencia profesional. Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025	51
GRÁFICO 4. Población en estudio según: Hábito de Fumar Cigarrillos. Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025	52
GRÁFICO 5. Percepción del personal Médico sobre la efectividad de la Ley 1280. Según ítems. Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025	53
GRÁFICO 6. Percepción del personal Médico sobre la efectividad de la Ley 1280. Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025	54
GRÁFICO 7. Percepción del personal Médico sobre la implementación de la ley 1280 Según Ítems. Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025	55
GRÁFICO 8. Percepción del personal Médico sobre la implementación de la ley 1280. Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025	56
GRÁFICO 9. Percepción del personal Médico sobre el impacto de la ley 1280 en la salud pública. Según Ítems. Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025	57
GRÁFICO 10. Percepción del personal Médico sobre el impacto de la ley 1280 en la salud pública. Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025	58
GRÁFICO 11. Percepción general del personal Médico sobre las políticas públicas de prevención del tabaquismo, según la ley 1280. Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025	59
GRÁFICO 12. Actitudes del personal Médico sobre la efectividad de la Ley 1280. Según ítems. Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025	60

GRÁFICO 13. Actitud del personal Médico sobre la efectividad de la Ley 1280. Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025	61
GRÁFICO 14. Actitud del personal Médico sobre la implementación de la ley 1280 Según Ítems. Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025	62
GRÁFICO 15. Actitud del personal Médico sobre la implementación de la ley 1280. Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025	63
GRÁFICO 16. Actitud del personal Médico sobre el impacto de la ley 1280 en la salud pública. Según Ítems. Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025	64
GRÁFICO 17. Actitud del personal Médico sobre el impacto de la ley 1280 en la salud pública. Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025	65
GRÁFICO 18. Actitud general del personal Médico sobre las políticas públicas de prevención del tabaquismo, según la ley 1280. Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025	66

Lista de abreviaturas y símbolos

(OMS): Organización Mundial de la Salud.

(CMCT): Convenio Marco para el Control del Tabaco.

(NIT): Número de Identificación Tributaria.

(EPOC): Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

(RAE): La Real Academia Española.

Resumen

El estudio se desarrolló en la ciudad de La Paz, durante la gestión 2025 y tiene como objetivo: Determinar la relación entre la percepción y las actitudes frente a las políticas públicas de prevención del tabaquismo, según la Ley N° 1280, del personal médico del Instituto Nacional de Tórax de la ciudad de La paz durante la gestión 2025.

El diseño de la presente investigación es de tipo no experimental, correlacional, de corte transversal, con enfoque cuantitativo, donde se aplicó como técnicas de investigación la encuesta y como instrumentos dos cuestionarios tipo Likert, el primero para identificar las percepciones y el segundo para identificar las actitudes.

Los datos finales, se procedieron a ponderar los resultados para asignar frecuencias y porcentajes, tanto para las percepciones como para las actitudes según la escala de Bueno, Regular, Malo.

La población de estudio estuvo conformada por todo el personal médico que trabaja en el Instituto Nacional de Tórax de la ciudad de La Paz, durante la gestión 2025, llegando a ser según registros del departamento de recursos humanos del Hospital 64 médicos.

Dentro de las conclusiones se pudo establecer que relacionando la percepción y las actitudes frente a las políticas públicas de prevención del tabaquismo, según la Ley N 1280, del personal médico del Instituto Nacional de Tórax, se observa que existe asociación significativa entre ambas variables, ya que el p valor, del estadístico tau b de Kendall es = 0.001 por lo que se acepta la hipótesis planteada por el investigador encontrando asociación entre la percepción y las actitudes del personal Médico sobre las políticas públicas de prevención del tabaquismo, existiendo una correlación moderada $t=0.388$.

Palabra clave: Percepción y actitudes frente a las políticas públicas de prevención del tabaquismo, Ley N°1280.

Abstract

The study was developed in the city of La Paz, during the 2025 administration and aims to: Determine the relationship between the perception and attitudes towards public smoking prevention policies, according to Law No. 1280, of the medical staff of the National Thorax Institute of the city of La Paz during the 2025 administration.

The design of this research is non-experimental, correlational, cross-sectional, with a quantitative approach, where the survey was applied as research techniques and two Likert-type questionnaires were applied as instruments, the first to identify perceptions and the second to identify attitudes.

Once the final data was obtained, the results were weighted to assign frequencies and percentages, both for perceptions and attitudes according to the scale of Good, Fair, Bad.

The study population was made up of all the medical personnel working at the National Thorax Institute of the city of La Paz, during the 2025 administration, reaching 64 doctors according to records of the Hospital's human resources department.

Among the conclusions it was possible to establish that by relating the perception and attitudes towards public policies for the prevention of smoking, according to Law No. 1280, of the medical staff of the National Thorax Institute, it is observed that there is a significant association between both variables, since the p value of Kendall's tau b statistic is $= 0.001$, so the hypothesis posed by the researcher is accepted, finding an association between the perception and attitudes of the Medical staff regarding public policies for the prevention of smoking. there being a moderate correlation $t=0.388$.

Keyword: Perception and attitudes towards public policies for the prevention of smoking, Law No. 1280.

1. Introducción

El tabaquismo continúa siendo uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, y Bolivia no es la excepción. A pesar de los esfuerzos normativos orientados a la prevención y control del consumo de tabaco, el impacto en la salud pulmonar de la población sigue siendo preocupante.

El tabaquismo es uno de los principales factores de riesgo prevenibles de enfermedades y muertes a nivel global. “En el año 2022, aproximadamente 1.300 millones de personas en el mundo eran usuarias de productos de tabaco, con una prevalencia global del 21.7 % entre adultos: 36.7 % en hombres y 7.8 % en mujeres” (1).

En el contexto nacional, Bolivia presenta una prevalencia de tabaquismo menor al promedio regional y global, pero aún significativa. La mortalidad atribuible al consumo de tabaco en la Región representa el 15% de las defunciones por enfermedades cardiovasculares, el 24% por cáncer y 45% por enfermedades crónicas respiratorias (1).

En este contexto, las políticas públicas de salud juegan un rol fundamental, no solo en la formulación de estrategias de prevención, sino también en su implementación efectiva y sostenida. Sin embargo, persiste una brecha considerable entre lo que estas políticas proponen y los resultados reales observados en la práctica.

“En Bolivia, existe un marco normativo para combatir el tabaquismo, que incluye la Ley N.º 1280” (2) ley de prevención y control al consumo de los productos de tabaco, la regulación de la publicidad y la promoción, y el control del acceso, pero su aplicación enfrenta desafíos estructurales, económicos, institucionales y culturales.

La situación es especialmente relevante en el departamento de La Paz, donde la alta densidad poblacional, las desigualdades sociales y las limitaciones en los sistemas de salud pública, complican la efectividad de las acciones preventivas.

Comprender cómo perciben y que actitudes tienen ante estas políticas de prevención del tabaquismo, el personal de salud del Instituto Nacional de Tórax, resulta crucial para evaluar la eficacia y pertinencia de la Ley N°1280.

Esta evaluación se realiza considerando no solo la percepción de quienes implementan dichas políticas, desde el punto de vista operativo, sino también de las actitudes frente a las condiciones contextuales que influyen en su ejecución y resultados contribuyendo de esta manera en el fortalecimiento de las políticas públicas preventivas de la salud en Bolivia.

1.1. Antecedentes

El tabaco ha sido durante el siglo XX uno de las mayores causas de mortalidad en los países industrializados. Las agresivas campañas publicitarias de las tabacaleras consiguieron asociar los cigarrillos con valores socialmente reconocidos como la independencia, la madurez o la libertad, lo que popularizó enormemente su consumo, primero entre los hombres y posteriormente también entre las mujeres (3).

Sin embargo, paulatinamente la sociedad ha ido adquiriendo conciencia de las enormes afecciones a la salud que ocasiona el tabaco, emprendiéndose desde diversos sectores sociales e institucionales una batalla contra el consumo del mismo.

En los últimos años, esta lucha contra el tabaquismo se ha intensificado mediante una legislación más restrictiva “en los espacios donde se permite fumar y agresivas campañas publicitarias que evidencian las consecuencias negativas del tabaco” (4).

Estos esfuerzos están dando sus frutos puesto que ha conseguido reducirse el número de fumadores y, lo que es más importante, se ha instalado en la conciencia colectiva de la sociedad la idea de que el tabaco es muy perjudicial para la salud, algo reconocido incluso por los propios fumadores.

El consumo de tabaco en América Latina posee una larga trayectoria cultural y social. En Bolivia, se comenzó a reconocer como un problema de salud pública desde mediados del siglo XX. “El país dio un paso importante en 2003 con la firma del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT), el cual fue ratificado en 2005 a través de la Ley N.º3029” (1).

Esta ratificación marcó el inicio de un compromiso formal para implementar políticas integrales de control del tabaco. Sin embargo, la implementación efectiva de estas políticas

ha enfrentado obstáculos estructurales e institucionales, como la falta de capacidad fiscalizadora, escaso financiamiento y débil articulación intersectorial.

La Ley N.º 1280 de Prevención y Control al Consumo de Productos de Tabaco, promulgada el 13 de febrero de 2020, “se establece para limitar la exposición al tabaco y sus derivados, proteger la salud pública y regular la industria” (5).

Esta ley prohíbe el consumo de tabaco y nicotina en espacios 100% libres de humo, así como la venta a menores de 18 años, y establece prohibiciones sobre la publicidad y el patrocinio de productos de tabaco (5).

A pesar de estos avances, el cumplimiento de la ley sigue siendo parcial y heterogéneo, esta brecha entre el diseño normativo y su aplicación efectiva justifica la necesidad de evaluar críticamente las políticas antitabaco actuales.

Se pudo observar que a lo largo de los años no se realizaron estudios sobre las políticas de prevención del tabaquismo en Bolivia, solo se limitaron a realizar análisis de su ineficacia para la aplicación, pero con otro tipo de objetivo que no fue trascendente para la salud pública en Bolivia.

En otros contextos internacionales se realizaron estudio sobre el tema, con diferentes enfoques, como por ejemplo el publicado por Chen et al. (6) el año 2023 en Rusia Titulado: “Impacto de la política nacional de control del tabaco en las tasas de hospitalización por neumonía: cuando el cumplimiento importa”. Evaluó los efectos de la implementación de la legislación nacional de control del tabaco en las tasas de hospitalización por neumonía en Rusia entre 2005 y 2019.

Este estudio utilizó un diseño de series temporales interrumpidas y un modelo de regresión de Poisson para comparar los períodos antes y después de la adopción de las medidas de control en 2013. Concluyó que la implementación de la política nacional de control del tabaco en Rusia se asoció con una reducción significativa en las tasas de hospitalización por neumonía (6).

Otro estudio publicado en otra región del mundo, como es Arabia Saudita el año 2023 por Alqahtani et al. (7)., Titulado “Implementación de políticas de control del tabaco y la incidencia futura de cáncer de pulmón en Arabia Saudita”.

Tuvo como objetivo estimar la reducción potencial de la incidencia futura de cáncer de pulmón en Arabia Saudita si se implementara el nivel más alto de las políticas de control del tabaco del paquete MPOWER de la OMS (7).

El mencionado estudio de Alqahtani et al. A través de un modelo poblacional predictivo, concluyó que una implementación integral de políticas antitabaco podría evitar hasta el 22% de los futuros casos de cáncer pulmonar en Arabia Saudita (7).

Por su parte, Gravely et al. (8). desarrollaron un estudio titulado “Intervenciones para Ambientes Libres de Humo en Siete Países de América Latina”, del año 2020, con el objetivo de evaluar el impacto potencial en salud y costos que tendría la implementación de políticas de ambientes libres de humo en siete países de América Latina, en el cual utilizaron simulaciones de Monte Carlo para estimar el impacto de políticas de ambientes 100% libres de humo.

Concluyeron que la implementación completa de medidas para ambientes libres de humo en dichos países, durante un período de 10 años, resultaría en una reducción significativa de muertes prematuras y eventos relacionados con enfermedades derivadas del tabaquismo, además de generar ahorros sustanciales en los costos de atención médica (8).

En Bolivia sobre el tema se desarrollaron estudios, como, por ejemplo, el realizado por Herrera et al (9). El año 2023, Titulado. “Evaluación de la efectividad fiscal para reducir el consumo de cigarrillos en contextos de bajo gasto en tabaco: una aplicación al caso de Bolivia”, del año 2023, Tuvo por objetivo evaluar la efectividad de un aumento progresivo del impuesto específico al tabaco en Bolivia.

Fue un estudio que en su metodología aplicó modelos económicos de simulación adaptados al mercado boliviano, en sus conclusiones, estimó que un incremento del 75% en el impuesto al tabaco podría reducir el consumo en un 19% y evitar cientos de muertes al año (9).

Es destacable contar con diversos estudios internacionales y regionales como antecedente, que respaldan la importancia de implementar políticas públicas sólidas para la prevención del tabaquismo y la mejora de la salud pulmonar.

Estos antecedentes fortalecen la necesidad de analizar el impacto de las políticas públicas de salud en el Departamento de La Paz, Bolivia, durante la gestión 2025, para proteger la salud pulmonar de la población.

Es importa la progresiva concienciación ciudadana sobre los efectos perversos del tabaco y por ende la continua reducción del número de fumadores, sin embargo, no está siendo acompañada de una menor tasa de iniciación de la población.

El fracaso en las políticas destinada a prevenir el inicio del consumo de tabaco, tiene una importancia crucial en la prevención general del tabaquismo, puesto que es precisamente el personal de salud, los que tienen que apoyar y practicar este tipo de medidas preventivas.

1.2. Problema de investigación

El tabaquismo continúa siendo una de las principales amenazas para la salud pública en Bolivia. Su impacto trasciende lo individual y se convierte en una carga colectiva que afecta al sistema sanitario, a la economía nacional y a la calidad de vida de miles de personas.

Esta problemática cobra aún mayor relevancia por su fuerte asociación con enfermedades pulmonares como la Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el cáncer de pulmón, las infecciones respiratorias y otras afecciones respiratorias graves.

Pese a los esfuerzos legislativos realizados en las últimas décadas, los resultados obtenidos no han sido proporcionales a las necesidades del país. Normativas como la Ley N.º 3029 (2005), que ratifica el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, y la Ley N.º 774 (2016), que regula la publicidad y el consumo de productos de tabaco, han tenido una implementación desigual y, en muchos casos, limitada.

La persistencia del consumo de tabaco y la aparición de nuevas formas de consumo, como los cigarrillos electrónicos o productos de tabaco calentado, evidencian que las medidas tomadas no han sido suficientemente eficaces para frenar la adicción ni para generar

conciencia masiva sobre sus efectos negativos en la salud pulmonar. Además, se observa una notable falta de control sobre la comercialización, distribución y promoción de estos productos.

Uno de los factores más críticos que explican esta situación es la brecha existente entre la formulación normativa y su ejecución en los territorios. En muchos municipios del departamento de La Paz, las autoridades de salud enfrentan limitaciones estructurales, presupuestarias y logísticas que impiden la aplicación efectiva de las políticas públicas antitabaco. Esto genera un desfase entre lo que se establece en papel y lo que se vive en la práctica cotidiana del sistema de salud.

A ello se suma una débil fiscalización por parte de las instancias correspondientes, lo que favorece el incumplimiento de la normativa. La escasa vigilancia en espacios públicos, instituciones educativas o medios de comunicación, permite que continúe la exposición al humo de tabaco o la publicidad encubierta de productos relacionados, vulnerando los derechos de los no fumadores y exponiendo especialmente a niños, adolescentes y adultos mayores.

Por otro lado, se identifica una insuficiente capacitación del personal de salud en programas de prevención y cesación tabáquica, así como una limitada asignación de recursos humanos y financieros para implementar intervenciones sostenidas. Esta situación reduce la capacidad del primer nivel de atención para asumir un rol proactivo en la lucha contra el tabaquismo.

En el plano sociocultural, también influyen creencias arraigadas, la normalización del consumo en determinados grupos sociales, y la baja percepción del riesgo. Muchos sectores de la población siguen considerando el tabaco como una práctica social aceptable, lo cual dificulta la instalación de una cultura preventiva y saludable.

Esta percepción errónea se ve reforzada por la interferencia de la industria tabacalera, que constantemente adapta sus estrategias de marketing para captar nuevos consumidores, especialmente entre los jóvenes. Las consecuencias de esta situación son múltiples y graves.

Por un lado, se registra un incremento sostenido de enfermedades pulmonares crónicas que afectan principalmente a poblaciones vulnerables. Por otro lado, el sistema sanitario experimenta una creciente presión, tanto en términos de demanda como de costos, lo que limita su capacidad para responder a otras necesidades de salud pública. A largo plazo, esto implica pérdidas económicas, mayor mortalidad evitable y una calidad de vida disminuida (60).

Este escenario configura un círculo vicioso: la débil implementación de políticas públicas facilita la continuidad del consumo de tabaco; a su vez, este consumo prolongado agrava los daños a la salud y refuerza las dificultades institucionales para controlarlo. Así, el problema no solo se mantiene, sino que tiende a perpetuarse y adaptarse a nuevos contextos sociales y comerciales.

En este marco, se vuelve urgente realizar un análisis integral de la percepción y actitudes sobre las políticas públicas de prevención del tabaquismo. Esta evaluación no debe limitarse a los resultados epidemiológicos, sino que debe incluir la percepción y experiencia de los actores clave encargados de su implementación, en especial del personal de salud que trabaja en una institución muy ligada a este tipo de patologías, como es el Instituto Nacional de Tórax de la ciudad de La Paz, quienes se enfrentan directamente a los desafíos estructurales, culturales y normativos de esta problemática.

1.3. Justificación

En el departamento de La Paz, que concentra una alta densidad poblacional, así como una gran diversidad cultural y socioeconómica, el análisis de las políticas de prevención contra el tabaquismo, cobra especial importancia. Comprender cómo se aplican, cuáles son sus limitaciones, y qué impactos reales han tenido sobre la salud pulmonar, permitirá identificar varios críticos en la gestión pública de la salud.

Además, ayudara a visibilizar la voz de los profesionales en salud, como son los médicos del Instituto Nacional de Tórax de la ciudad de La Paz, posibilitando formular propuestas concretas para fortalecer la implementación de políticas más eficaces, adaptadas al contexto local, sostenibles en el tiempo y centradas en la prevención, la educación y la promoción de estilos de vida saludables.

Además, los hallazgos permitirán formular recomendaciones prácticas orientadas al fortalecimiento de los mecanismos de formulación, fiscalización y evaluación de dichas políticas, beneficiando personal de salud que es parte de la administración del Instituto Nacional de Tórax de la ciudad de La Paz, en la toma de decisiones como a la población en general.

En este sentido, la investigación no solo contribuirá al ámbito académico y científico, sino que también aspira a tener un impacto tangible en la salud pública boliviana. La diseminación de los resultados contempla diversas estrategias, desde publicaciones especializadas hasta materiales accesibles para la sociedad civil, garantizando así la apropiación social del conocimiento generado.

La importancia del estudio radica en la capacidad para generar evidencia empírica y actualizada sobre el funcionamiento real de las políticas antitabaco en Bolivia, así como en su potencial para identificar debilidades, fortalezas, oportunidades y amenazas, dentro del marco normativo existente.

La presente investigación es de suma importancia debido a la persistencia del tabaquismo como un problema crítico de salud pública en Bolivia, a pesar de la existencia de normativas destinadas a su control.

Esta realidad evidencia una brecha significativa entre la formulación de las políticas públicas y su implementación efectiva en el terreno. Evaluar esta brecha permitirá no solo comprender las deficiencias en la ejecución de las medidas existentes, sino también proponer mejoras que contribuyan al bienestar colectivo, con un enfoque particular en la salud pulmonar de la población.

Aporte práctico

Con la presente investigación y los resultados, se busca aportar a la reforma de una política pública más eficaz, integral y sostenible en la lucha contra el tabaquismo y en la protección de la salud pulmonar de la población.

Los resultados de este estudio generarán conocimiento empírico actualizado sobre el funcionamiento real de las políticas de control del tabaco en el contexto boliviano. Este

conocimiento será aplicable no solo a nivel nacional, sino también a contextos regionales con características similares, donde las estructuras sanitarias enfrentan limitaciones institucionales, económicas y culturales.

Así, se aportarán recomendaciones prácticas, fundamentadas en evidencia científica, que fortalezcan la reformulación, fiscalización y evaluación de las políticas públicas antitabaco, contribuyendo a mejorar la efectividad y alcance.

Aporte teórico

Desde el punto de vista académico, la investigación busca producir un análisis evaluativo y crítico capaz de identificar fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas, evaluando las percepciones y las actitudes, dentro del marco normativo vigente. Esto enriquecerá el cuerpo teórico sobre políticas públicas de salud en Bolivia, particularmente en el ámbito del control del tabaquismo, y servirá de referencia para futuros estudios en el área.

Aporte social

Los beneficiarios directos serán los responsables de formular e implementar políticas públicas, como el Ministerio de Salud y Deportes y los gobiernos municipales, que tienen competencias en la regulación de espacios públicos.

Entre los beneficiarios indirectos se encuentran profesionales de la salud, del Instituto Nacional de Tórax de la ciudad de La Paz, docentes, instituciones educativas, organizaciones no gubernamentales de salud pública y, en última instancia, la población boliviana, especialmente los jóvenes y las personas expuestas al humo de segunda mano.

Aporte metodológico

La estrategia metodológica del estudio, basada en un enfoque cuantitativo, permitirá obtener una comprensión profunda y contextualizada de las percepciones y actitudes de los responsables de salud en la implementación de las políticas antitabaco en el Instituto Nacional de Tórax de la ciudad de La Paz.

Esta aproximación metodológica aportará un valor diferencial al permitir captar aspectos que los estudios cualitativos suelen omitir, facilitando así un análisis integral y orientado a la realidad local.

1.4. Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación entre la percepción y las actitudes frente a las políticas públicas de prevención del tabaquismo, según la Ley N°1280, del personal médico del Instituto Nacional de Tórax de la ciudad de La paz durante la gestión 2025?

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo general

Determinar la relación entre la percepción y las actitudes frente a las políticas públicas de prevención del tabaquismo, según la Ley N°1280, del personal médico del Instituto Nacional de Tórax de la ciudad de La Paz durante la gestión 2025.

1.5.2. Objetivos específicos

- Caracterizar los factores socio laborales del personal médico del Instituto Nacional de Tórax de la ciudad de La Paz durante la gestión 2025.
- Identificar la percepción sobre las políticas públicas de prevención del tabaquismo, según la efectividad, implementación e impacto de la Ley N°1280, del personal médico del Instituto Nacional de Tórax.
- Evaluar las actitudes frente a las políticas públicas de prevención del tabaquismo, según la efectividad, implementación e impacto de la Ley N°1280 del personal médico del Instituto Nacional de Tórax.
- Elaborar estrategias de fortalecimiento a la normativa de prevención y control al consumo de tabaco, ley 1280, para el personal médico del Instituto Nacional de Tórax, La Paz Bolivia.

1.6. Hipótesis

HI: Existe relación entre la percepción y las actitudes frente a las políticas públicas de prevención del tabaquismo, según la Ley N°1280, del personal médico del Instituto Nacional de Tórax de la ciudad de La Paz durante la gestión 2025.

HO: No existe relación entre la percepción y las actitudes frente a las políticas públicas de prevención del tabaquismo, según la Ley N°1280, del personal médico del Instituto Nacional de Tórax de la ciudad de La Paz durante la gestión 2025.

1.7. Contribución al estado del conocimiento

El presente estudio sobre la percepción y actitudes del personal médico hacia las políticas de prevención del tabaquismo y la salud pulmonar, contribuiría al conocimiento al identificar barreras y facilitadores para la implementación de dichas políticas, permitiendo diseñar intervenciones más efectivas y mejorar el rol del personal de salud como promotor de ambientes libres de humo y estilos de vida saludables.

Esta investigación ofrecería información valiosa para ajustar la formación médica, diseñar programas de educación continua y fortalecer la aplicación de políticas de control de tabaco en la comunidad.

De igual manera se podrá identificar brechas entre conocimientos y prácticas lo cual ayudaría a entender si el personal médico tiene el conocimiento sobre las políticas de control de tabaco, pero carece de la actitud o las herramientas para aplicarlas efectivamente en su práctica clínica diaria.

Se podrá detectar necesidades de formación ya que revelaría la necesidad de mejorar la formación académica en el pregrado y posgrado sobre prevención y tratamiento del tabaquismo, así como programas de educación continua más sólidos para los profesionales en ejercicio.

Aportará en la comprensión del rol del médico, aclarando el papel del personal médico como agente de cambio y modelo de comportamiento para sus pacientes y para la comunidad en general, en la lucha contra el tabaquismo.

Los resultados proporcionarían datos clave para el diseño de estrategias de salud pública más específicas y efectivas, que fortalezcan la implementación de políticas de control de tabaco y promuevan estilos de vida saludables.

La información obtenida podría ser utilizada para revisar y actualizar los contenidos curriculares en las facultades de medicina y otras carreras de la salud posibilitando el diseño de programas de educación continua más adecuados a las necesidades reales de los profesionales de la salud en el control del tabaquismo, fortaleciendo las políticas públicas de prevención del tabaquismo, asegurando su cumplimiento y efectividad en los diferentes entornos de atención.

1.8. Organización de la tesis

El presente trabajo de investigación se organiza de acuerdo al formato presentado por el Centro de Estudios e Investigación de la Universidad San Francisco Xavier de Chuquisaca, comenzando con una portada, dedicatoria, agradecimientos, resumen (abstract) y un índice para luego avanzar hacia la introducción, que justifica la investigación.

Se describe el problema de investigación y sus objetivos, desarrollando un marco teórico y metodológico, y presentación de los resultados, debatidos en la discusión.

Se presenta una sección de propuesta, donde se plantea una posible solución al problema con base a los resultados obtenidos, estando entre sus características principales establecer las bondades de los programas de seguimiento a las políticas públicas de prevención del Tabaquismo en Bolivia.

Por último, se describe las conclusiones y recomendaciones en base a los resultados alcanzados y los hallazgos obtenidos, los cuales responden a los objetivos del tema de estudio de forma clara y concisa.

2. Marco teórico y contextual

2.1. Marco teórico

2.1.1. Estado del arte

En Bolivia, el tabaquismo va más allá de un problema de salud, Contamina el ambiente, debilita las instituciones y alimenta economías ilegales, está influenciado por diversos factores determinantes, incluyendo aspectos sociales, económicos, regionales y las políticas públicas vigentes.

El tabaco constituye una de las principales causas de mortalidad prematura y evitable en el país. Según el Ministerio de Salud y Deportes (10), aproximadamente 4.600 personas fallecen cada año por enfermedades relacionadas con su consumo.

En este contexto, resulta fundamental identificar la percepción y actitudes ante la ley de tabaquismo, con el fin de orientar acciones eficaces de prevención y promoción de la salud pública.

El IV Estudio Nacional de Prevalencia y Características del Consumo de Drogas en Hogares Bolivianos presenta datos relevantes sobre el consumo de tabaco en el país (11). Con una muestra de 12.298 personas, basada en el Censo 2012 y proyectada al año 2023, se determinó que la prevalencia de vida del consumo de tabaco alcanzó el 32,8%, siendo mayor en hombres (46,6%) que en mujeres (21,7%).

En cuanto a los grupos etarios, las tasas más altas se registraron entre los 25 a 34 años (42,5%) y los 45 a 54 años (40,4%). A nivel departamental, Tarija (45,1%), La Paz (44,5%) y Oruro (41,1%) presentaron los porcentajes más elevados (11).

Por otro lado, el estudio reveló los patrones de compra de cigarrillos en las ciudades de La Paz, Santa Cruz y Cochabamba. Los resultados indican que el 60% de las adquisiciones se realizaron por unidad o “raleo” una práctica prohibida por la Ley N.º 1280, artículo 12 (5), mientras que solo el 40% se compraron por cajetilla. Asimismo, se identificó que el 51% de los cigarrillos vendidos contenían cápsulas saborizadas, el 36% eran tradicionales y el 14% presentaban un sabor añadido sin cápsula.

El estudio destaca estos datos debido a que los cigarrillos con cápsulas saborizadas o sabores añadidos resultan particularmente perjudiciales para la salud. Además, su sabor suave enmascara el gusto natural del tabaco, lo que puede facilitar e incentivar el consumo temprano, especialmente entre adolescentes y jóvenes.

Si bien Bolivia forma parte del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco (1) y ha implementado diversas acciones alineadas con este instrumento como la inclusión de advertencias sanitarias gráficas en las cajetillas de cigarrillos, la accesibilidad y disponibilidad de productos derivados del tabaco continúa siendo un desafío crítico.

El análisis actual sobre las políticas públicas orientadas a la prevención del tabaquismo y su impacto en la salud pulmonar, revela un cuerpo creciente de literatura científica que aborda la complejidad de este problema desde múltiples enfoques.

A nivel global y regional, se ha evidenciado que la efectividad de dichas políticas no depende únicamente de su existencia normativa, sino de factores como la capacidad institucional, la voluntad política, el contexto sociocultural, el cumplimiento y fiscalización efectiva, así como la participación de los actores sociales involucrados.

Esta iniciativa ha sido respaldada por numerosos estudios que destacan su potencial impacto positivo. Levy et al. (12) por ejemplo, señalan que la implementación adecuada del condigo de control del tabaco, puede contribuir significativamente a la disminución de enfermedades pulmonares obstructivas crónicas y el cáncer de pulmón, en tanto se mantenga un control sostenido sobre la industria tabacalera.

Esta posición es respaldada por Martínez et al. (13), quienes en una revisión sistemática concluyen que la legislación libre de humo ha tenido un impacto significativo en la reducción de hospitalizaciones por enfermedades respiratorias.

En Uruguay se desarrolló un estudio por: Abascal Winston, Lorenzo Ana. (14) Titulado: Impacto de la política de control de tabaco en población adolescente en Uruguay, donde se pudo observar un descenso en el consumo de cigarrillos a 30 días en población de 13 a 15 años: de 20.2% en 2007 a 8.2% en 2014. No se encontraron diferencias significativas entre

los sexos. La susceptibilidad de convertirse en fumador en el próximo año se redujo de 25.8% en 2007 a 16.6% en 2014.

En conclusión, se estableció que la implementación, en forma simultánea, de medidas contenidas en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco es una estrategia eficaz para alcanzar los objetivos de reducción de la prevalencia del consumo (14).

Un estudio publicado por Marques de Oliveira Renata, Ferreira Santos Jair Lício, Ferreira Furegato Antonia Regina (15). En Brasil titulado: Opinión y percepción de las actitudes relacionadas con el tabaquismo y su prohibición en servicios de salud mental.

Tuvo como objetivo comparar las opiniones de la población psiquiátrica y de la población general en relación a la prohibición de fumar, en los servicios de salud mental, así como comparar la percepción que tienen de las actitudes de profesionales de salud mental, en relación al tabaquismo; Identificar la asociación entre variables personales y clínicas con las opiniones y percepciones de las actitudes (15).

Este estudio epidemiológico brasileño de corte transversal fue realizado en Ambulatorio de Salud Mental (n=126), en Hospital psiquiátrico (n=126) y en Unidad Básica de Salud (n=126). Fueron realizadas entrevistas individuales usando un cuestionario.

La mayoría de los participantes cree que los síntomas psiquiátricos pueden agravarse con la prohibición de fumar. Al comparar las respuestas de la población psiquiátrica con la población general, se observó que los dos grupos tienen opiniones similares acerca de los efectos del tabaco en los síntomas psiquiátricos y en el comportamiento.

La población internada en el hospital psiquiátrico fue la que más concordó con las afirmaciones relacionadas a las actitudes de los profesionales que trabajan en los servicios de salud mental, en relación al tabaquismo, posiblemente debido a las situaciones que experimentan en el hospital psiquiátrico (15).

Entre las variables personales y clínicas, los analfabetos y los que estudiaron hasta la enseñanza fundamental fueron los que más concordaron que la prohibición de fumar puede agravar los síntomas psiquiátricos.

En conclusión, este estudio establece para la práctica de la enfermería psiquiátrica, al revelar las opiniones y percepciones de actitudes relacionadas al tabaquismo, en los servicios de salud mental.

Las opiniones y percepciones de las actitudes asociadas al uso de tabaco, en diferentes períodos históricos y poblaciones, muestran la complejidad del asunto. La polémica prohibición de fumar en locales públicos hace necesario discutir las opiniones y percepciones de las actitudes acerca del tabaquismo, debido a que entra en conflicto con la historia y la cultura del tabaquismo.

Para esto, es necesario comprender las opiniones y las percepciones de las actitudes relacionadas a la prohibición de fumar, contribuyendo a comprender la dificultad del cumplimiento de la legislación, en esos servicios. Es importante destacar que las Leyes y Decretos imponen restricciones al uso del tabaco; sin embargo, existe una falta de control de su real cumplimiento.

En Colombia se desarrolló un estudio por Becerra Nelci, Robayo González Claudia Ximena, De la Asunción Ramírez Diana, Sánchez Marcela, Helena Alba Luz, titulado: Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el tabaquismo en un grupo de médicos de Bogotá, Colombia, (16) tuvo como objetivo Identificar comportamientos, actitudes y prácticas sobre tabaquismo en un grupo de médicos en Bogotá (Colombia).

El estudio fue descriptivo transversal mediante la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Estudiantes de Profesiones de la Salud aplicada a médicos en formación de una institución de educación superior y médicos graduados de una institución prestadora de servicios de salud.

Se aplicó la encuesta a 200 sujetos, con una participación del 80 %. El 72,5 % correspondió a mujeres; el 68,1 %, a médicos graduados, y el 31,9 %, a médicos en formación. Se encontró un nivel mayor de conocimiento sobre el abordaje del tabaquismo en médicos en formación en comparación con los médicos graduados (96,1 % versus 70,6 %; $p < 0,01$) (16).

El entrenamiento en cesación fue mayor en médicos en formación (82,4 % versus 55,0 %; $p = 0,001$). La percepción de los médicos como modelos para sus pacientes fue mayor en los médicos graduados (78,9 % versus 62,7 %; $p = 0,04$).

Las prevalencias de consumo de tabaco y cigarrillo electrónico fueron más altas en médicos en formación. Indagar sobre conocimientos, actitudes y prácticas en médicos amplía la comprensión de su rol en el control y abordaje del tabaquismo. Es importante revisar los contenidos curriculares y reforzar la educación continua en tabaquismo.

En Bolivia según Tamayo Caballero Carlos, Alejo Pocomá Jimmy L, Chambi Huanaco Ivar, (17) establecen en su trabajo de investigación que se logró avances significativos respecto a la reglamentación, por ser parte de los convenios internacionales ante el consumo de tabaco, de conformidad al artículo 59 de la constitución política del estado Plurinacional boliviano, que se ratifica el "Convenio Marco Para El Control Del Tabaco", adoptado en Ginebra -Suiza.

La normativa busca proteger a la población generando estilos de vida saludables libre del consumo de tabaco en sus múltiples formas y maneras, protección contra la exposición al humo de tabaco; reglamentación del contenido de los productos de tabaco, reglamentación de la divulgación de información sobre los productos de tabaco y otros.

Concluyen estableciendo que existe una alta prevalencia de consumo de tabaco en el personal de salud, vinculado al estrés. Es evidente la diferencia de condiciones de tabaquismo y estrés valorados por razón de género y ocupación (17).

De acuerdo a estos antecedentes se puede decir que la percepción del personal de salud sobre el tabaquismo en Bolivia, está ligada al reconocimiento de sus graves daños a la salud, aunque algunos estudios señalan que en ciertas áreas como la educación se necesita profundizar el conocimiento sobre sus riesgos.

La actitud es de preocupación por ser un problema de salud pública y una causa de enfermedades no transmisibles como el cáncer, problemas cardiovasculares y respiratorios. No obstante, un estudio en estudiantes de medicina y odontología mostró una prevalencia

de consumo del 33.3% y 43.6% respectivamente, evidenciando que incluso entre el personal de salud existe este hábito y una necesidad de intervenciones.

El personal de salud percibe el tabaquismo como un problema de salud pública que requiere atención, por lo que es fundamental continuar y reforzar la educación sobre los daños del tabaquismo en todos los niveles, incluyendo el personal de salud y los estudiantes.

En síntesis, el estado del arte sugiere que existe un consenso teórico y normativo respecto al potencial de las políticas antitabaco para mejorar la salud pulmonar. No obstante, la brecha entre la formulación de políticas y su implementación real continúa siendo un obstáculo crítico, particularmente en contextos como el boliviano, donde convergen limitaciones institucionales, intereses comerciales, escasa fiscalización y barreras socioculturales.

2.1.2. La situación del tabaquismo en Bolivia

En 2021, la Organización Mundial de la Salud publicó un Informe mundial sobre las tendencias y prevalencia del uso de tabaco entre 2000 y 2025 (18). En el mismo se estima que en Bolivia el 20% de los hombres y el 5% de las mujeres mayores de 15 años fumaban productos de tabaco para el 2020, contrastado con 19% de los hombres y 10% de las mujeres para el conjunto de las Américas en la misma fecha.

Esto significa que, para los hombres, la tasa de fumadores se acerca al promedio regional, mientras que en Bolivia las mujeres fuman significativamente menos.

A lo largo del tiempo, la proporción de fumadores se ha reducido regularmente y se prevé que esta tendencia continúe: en el año 2000, 39% de los hombres fumaban, contra un 19% previsto para el 2025, una reducción del más del 50%, y un 28% de las mujeres fumaban en el año 2000 mientras que se proyecta una tasa de fumadoras del 3% para 2025, una reducción del 88% (18).

Si bien esta tendencia a la baja es alentadora, el tabaquismo se mantiene como un flagelo para la sociedad boliviana. El estudio de Pichon Rivière et al. (19) de los costos asociados

al tabaquismo para 2015 estima que al tabaquismo en Bolivia se le puede atribuir el 8% de las muertes y más de 25,000 eventos de enfermedad al año.

En el mismo estudio, se estima que los costos médicos directos atribuibles al tabaquismo alcanzan los 250 millones de dólares anuales, o 11% del gasto médico total del país, y que los impuestos al tabaco solo logan recaudar un 6% del total de este costo médico asociado al tabaquismo. Este 6% representa la tasa de recuperación del gasto médico mediante impuestos más baja de la región.

Las dos medidas con mayor avance en Bolivia son, en primer lugar, una estricta protección legal a espacios libres de humo, incluidos en todos los espacios públicos y laborales cerrados, salvo centros de entretenimiento para mayores de 18 años.

La Ley no autoriza la posibilidad de áreas designadas para fumadores, y en todos los espacios públicos cerrados debe figurar una señalética con el mensaje “Ambiente 100% libre de humo de tabaco” (5).

En segundo lugar, la segunda política con el cumplimiento más avanzado se refiere al uso de advertencias sanitarias estandarizadas que cubren por lo menos el 60% del frente y el respaldo de las cajetillas de cigarrillos. Estas advertencias son diseñadas por el Ministerio de Salud y Deportes e incluyen pictogramas diseñados para ser impactantes por mostrar fotografías de personas aquejadas por alguna enfermedad relacionada al tabaquismo (5).

Concluimos que la adopción de medidas de prevención del consumo del tabaco ha dado pasos muy importantes, pero que se mantiene parcial. Si bien ha habido importantes avances relacionados a la generalización de los espacios públicos libres de humo y en cuanto a advertencias sanitarias impresas sobre las cajetillas, aún se presentan grandes oportunidades de reforma para la eliminación del tabaco en términos de campañas masivas de información, programas de cesación y, sobre todo, reformas al régimen tributario aplicado a los cigarrillos.

La gran ventaja de la reforma tributaria sobre las políticas comunicacionales y de programas de cesación, es que la reforma tributaria es una política mucho más costo-efectiva, (20) y que representa importantes entradas tributarias adicionales para el Estado.

En un contexto de ralentización de la economía boliviana, y sobre todo de aceleración del déficit fiscal, una política de recaudaciones más ambiciosa representa una doble ventaja sanitaria y fiscal.

2.1.3. Marco regulatorio del tabaco en Bolivia

La normativa sobre consumo de tabaco en Bolivia se basa principalmente en tres Leyes actualmente vigentes: La Ley de Reforma Tributaria de 1986 que define un Impuesto al Consumo Específico a productos de tabaco; La Ley que ratifica el Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS de 2005 y La Ley de Prevención y Control del uso del Tabaco de 2020. Cada una de estas Leyes se encuentra debidamente reglamentada por decretos que las acompañan (21).

La Ley de Reforma Tributaria de 1986 marca un hito trascendental en la historia fiscal de Bolivia. En efecto, la crisis fiscal y la consiguiente hiperinflación y colapso económico de Bolivia en la primera mitad de la década de los ochenta se tradujo en uno de los ajustes estructurales más drásticos en la historia económica moderna (21).

En efecto, el espíritu de la Ley es el de la consolidación fiscal más que el de la prevención de consumo de productos nocivos para la salud. En esta Ley, los cigarrillos y todo tipo de producto elaborado con tabaco están sujetos desde 1986 a una alícuota porcentual del 50% sobre el precio de fábrica.

La normativa más significativa en cuanto a una política activa de prevención del consumo al tabaco es la ratificación del Convenio Marco de Control del Tabaco (CMCT), en 2005. Esta Ley es reglamentada mediante Decreto Supremo No. 29376 en 2007 y este Decreto refleja el espíritu de las medidas (22).

En particular, se establecen los ambientes en los cuales se prohíbe fumar, incluyendo establecimientos de salud y educativos, en lugares en los cuales estén presentes materiales inflamables, y en ambientes cerrados, salvo en domicilios particulares y centros de entretenimiento para mayores de 18 años.

El decreto impone también la obligatoriedad del uso de advertencias sanitarias para los consumidores en los envases de productos de tabaco, y el cumplimiento de normas sanitarias, incluidas certificaciones de salubridad y el detalle de los componentes y agentes químicos de los productos al ministerio de Salud.

El decreto reglamenta la información que debe figurar en las cajetillas, incluido el país de fabricación, el nombre del productor o importador y el Número de Identificación Tributaria (NIT) registrado en Bolivia.

Además, se prohíbe la publicidad de productos de tabaco por medios de comunicación masiva o carteles en la vía pública, además de prohibirse el uso de la palabra “light”, “suaves” u otros parecidos. Finalmente, el Decreto Supremo No. 29376 menciona la intención de adoptar o mejorar medidas de cesación, educación, investigación y recaudación tributaria relativas a políticas de control del tabaco, sin precisar las políticas específicas a ser adoptadas (22).

En reacción a estas brechas de cumplimiento es que en 2020 se aprueba la Ley No 1280 de Prevención y Control al Consumo del Tabaco. Se elevan los contenidos del Decreto de 2007 a Ley y se profundizan las disposiciones sobre ambientes libres de tabaco, sobre advertencias sanitarias y sobre prohibición de publicidad (5).

Más significativamente, se asignan responsabilidades sobre medidas de prevención del consumo del tabaco a nivel del Gobierno Central, de los Gobiernos Autónomos Departamentales, de los Gobiernos Autónomos Municipales, y de las Autonomías Indígenas Originarias Campesinas.

La Ley determina que los recursos necesarios a su financiamiento provendrán del Presupuesto Institucional del Ministerio de Salud y que se conformará una Comisión Técnica Interinstitucional para el seguimiento al cumplimiento de los objetivos del Convenio Marco del Control del Tabaco.

En resumen, la Ley No. 1280 ratifica el compromiso del Convenio Marco y busca mejorar la coordinación a los diferentes niveles del Estado; sin embargo, nuevamente omite medidas específicas sobre cuestiones tributarias, educativas o de cesación.

El decreto No. 4972 de 2023, que reglamenta esta Ley establece la obligatoriedad de la inclusión de programas educativos en la curricular, define a las entidades participantes de la Comisión Técnica Institucional, que incluye únicamente a Ministerios, y define sanciones para las contravenciones (5).

2.1.4. Ley 1280 de prevención y control al consumo de productos de tabaco

En Bolivia, la ley 1280 del 13 de febrero 2020, de prevención y control al consumo de productos de tabaco, establece: (5).

artículo 1. “La presente ley tiene como objeto establecer el marco normativo sobre las medidas que permitan proteger a la persona, familia y a la comunidad contra las consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco (5).

artículo 2 “La presente ley tiene la finalidad de precautelar el derecho a la salud de las generaciones presentes y futuras de las bolivianas y bolivianos, protegiéndolas de las consecuencias sanitarias sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco” (5).

artículo 4 “Las disposiciones contenidas en la ley son de aplicación a todas las personas naturales y jurídicas, públicas y privadas, bolivianas y extranjeras que se encuentren en territorio boliviano” (5).

Si bien la Ley de 2020 asigna responsabilidades específicas a los diferentes niveles del estado, las medidas se mantienen muy cercanas a aquellas del decreto de 2007 de aplicación de la ratificación del Convenio Marco.

Sí bien el Estado Plurinacional de Bolivia ha manifestado de varias maneras su disposición a adherirse a los principios con el Convenio Marco para el Control del Tabaco, la normativa es todavía insuficiente para constituirse en un compromiso completo.

En particular, se mantienen espacios de mejora importantes en cuanto a programas educativos y de apoyo a la cesación a productos de tabaco, pero por sobre todo existe una importante oportunidad para reformar el régimen tributario del tabaco.

La efectividad de la Ley 1280 para prevenir el tabaquismo en Bolivia aún está en proceso de evaluación, ya que su reglamentación es reciente y requiere un seguimiento continuo.

Sin embargo, su marco legal establece medidas sólidas y progresistas basadas en estrategias de salud pública internacionalmente reconocidas, por lo que la efectividad dependerá en gran medida de su implementación, fiscalización y de la participación coordinada de los diferentes ministerios y actores sociales.

2.1.5. Políticas públicas para el control del tabaquismo

Las políticas públicas para el control del tabaquismo constituyen “un conjunto de medidas legislativas, regulatorias y educativas diseñadas para reducir la prevalencia del consumo de tabaco y minimizar su impacto en la salud pública” (23).

La Organización Mundial de la Salud (22) ha promovido el Convenio Marco para el Control del Tabaco, adoptado en 2003, como el principal instrumento internacional que guía la formulación y aplicación de estas políticas a nivel global.

Entre las políticas más efectivas se encuentran el aumento de impuestos al tabaco, la prohibición de publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco, la implementación de ambientes 100% libres de humo y el empaquetado genérico con advertencias sanitarias gráficas.

Estas intervenciones, cuando se aplican de forma conjunta y sostenida, han demostrado reducir significativamente el consumo y la exposición al humo de segunda mano (24). Los impuestos elevados incrementan el precio del tabaco, disminuyendo su accesibilidad, especialmente entre jóvenes y personas de bajos ingresos.

La evidencia muestra que un aumento del 10% en el precio puede reducir el consumo en aproximadamente un 4% en países de ingresos altos y hasta un 8% en países de ingresos bajos y medianos (24).

Las leyes de ambientes libres de humo protegen a la población no fumadora y generan un cambio cultural que desnormaliza el tabaquismo. Asimismo, el empaquetado genérico con advertencias sanitarias visibles y explícitas tiene un impacto directo en la percepción de riesgo y en la reducción del atractivo del tabaco.

En América Latina, la implementación del Convenio Marco para el Control del Tabaco, ha avanzado de forma desigual. Algunos países han desarrollado marcos normativos robustos, mientras que otros enfrentan dificultades en la aplicación y fiscalización debido a limitaciones institucionales y presiones de la industria tabacalera (22).

2.1.6. Evidencia científica sobre políticas públicas antitabaco en América Latina y Bolivia

La evidencia científica sobre la efectividad de las políticas públicas antitabaco en América Latina muestra resultados variados, reflejando diferencias en el grado de implementación, cumplimiento y contexto socioeconómico de cada país.

Estudios realizados en la región han demostrado que la adopción integral de medidas conforme al Convenio Marco para el Control del Tabaco, ha logrado disminuir la prevalencia del consumo y mejorar indicadores de salud (25).

Por ejemplo, países como Uruguay, Chile y México han reportado reducciones significativas en la tasa de fumadores tras implementar leyes estrictas de ambientes libres de humo, aumento de impuestos y empaquetado genérico. Estas experiencias validan la eficacia de las políticas públicas robustas y la necesidad de un compromiso político sostenido (26).

En Bolivia, la evidencia es más limitada pero preocupante. Estudios recientes indican que, a pesar de contar con normativa antitabaco desde 2005, la implementación y fiscalización

son deficientes, lo que limita el impacto de estas políticas en la reducción del tabaquismo. La prevalencia se mantiene estable, y la exposición al humo de segunda mano sigue siendo elevada, afectando especialmente a mujeres y niños (27).

La falta de datos epidemiológicos actualizados y sistemas de monitoreo efectivos en Bolivia también dificulta la evaluación de los resultados, lo que subraya la necesidad de fortalecer la investigación y vigilancia en el país para orientar mejor las intervenciones.

Diversos informes y estudios evidencian que la fiscalización es débil, con escasa capacidad institucional y falta de sanciones efectivas para los infractores. Esto ha permitido que el consumo y la exposición al humo ambiental sigan siendo elevados, limitando los beneficios esperados (28).

Además, la interferencia de la industria tabacalera y la falta de coordinación intersectorial dificultan la implementación efectiva. La limitada inversión en programas de prevención y cesación también afecta los resultados.

La realidad del control del tabaco en Bolivia refleja la necesidad de fortalecer la capacidad operativa, mejorar la educación y sensibilización, y aumentar el compromiso político para cerrar la brecha entre la legislación y la práctica, garantizando así un impacto positivo en la salud pública.

2.1.7. Impacto del tabaquismo en la salud pública: costos sanitarios y sociales

El tabaquismo constituye uno de los principales factores de riesgo prevenibles a nivel mundial, con un impacto profundo en la salud pública y en la economía de los países. El consumo de tabaco está estrechamente asociado con enfermedades no transmisibles como el cáncer de pulmón, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas y complicaciones perinatales, las cuales generan una elevada carga de enfermedad y muerte prematura (29).

En términos económicos, el tabaquismo produce costos directos e indirectos significativos. Los costos sanitarios directos incluyen gastos en atención médica, hospitalizaciones, medicamentos y tratamientos para enfermedades relacionadas con el tabaco. Estos costos suelen representar entre el 6% y el 15% del gasto total en salud en países de ingresos medios y bajos, afectando la sostenibilidad de los sistemas de salud pública (30).

Los costos indirectos comprenden la pérdida de productividad laboral debido a ausentismo, discapacidad y mortalidad prematura, lo que repercute negativamente en la economía nacional. En el caso de Bolivia, aunque no existen datos nacionales precisos sobre el costo económico total del tabaquismo, estimaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) indican que las enfermedades atribuibles al tabaco generan un gasto que supera los 100 millones de dólares anuales, sumado a pérdidas económicas por productividad que podrían ser considerablemente mayores (31).

Desde un enfoque social, el tabaquismo perpetúa las desigualdades en salud, ya que tiene una mayor prevalencia en grupos socioeconómicos bajos, quienes además enfrentan barreras para acceder a servicios de salud y a programas de cesación. Esto implica que las poblaciones más vulnerables son las más afectadas, creando un ciclo de pobreza y enfermedad.

Además, la exposición al humo de segunda mano afecta a no fumadores, incluyendo niños, embarazadas y personas con enfermedades crónicas, lo que amplía el impacto negativo del tabaco más allá del consumidor directo. Esta exposición pasiva se ha relacionado con un aumento en el riesgo de enfermedades respiratorias, cardiovasculares y cáncer en estos grupos (31).

2.1.8. Efectividad de las políticas de control del tabaco en la reducción de morbilidad y mortalidad

Las políticas públicas dirigidas al control del tabaco han demostrado un impacto positivo y significativo en la reducción de la prevalencia del consumo, así como en la disminución de la morbilidad y mortalidad asociadas a enfermedades vinculadas al tabaquismo.

Numerosos estudios internacionales han documentado cómo la aplicación de estrategias integrales incluyendo la prohibición de publicidad, el aumento de impuestos, la implementación de ambientes 100% libres de humo, y campañas educativas, contribuye a la mejora de indicadores de salud a nivel poblacional (32).

Un análisis del Global Burden of Disease (GBD) en el año 2019 reveló que las intervenciones basadas en políticas antitabaco explicaron una caída sustancial en la incidencia y mortalidad por enfermedades respiratorias crónicas, enfermedades cardiovasculares y cáncer de pulmón en varios países de América Latina que implementaron estas medidas de manera rigurosa (32).

Por ejemplo, Uruguay, uno de los países pioneros en la región, logró una reducción del 23% en la mortalidad atribuible al tabaco en una década tras la adopción de una ley integral de control del tabaco que incluye empaquetado genérico, prohibición estricta de publicidad y aumento significativo de impuestos.

De manera similar, estudios en países europeos han reportado que las leyes que regulan los espacios libres de humo se asocian con una disminución entre 10% y 20% en las hospitalizaciones por exacerbaciones de EPOC y ataques de asma, reflejando un impacto directo en la salud respiratoria de la población (33). Además, estas políticas contribuyen a la reducción de la exposición pasiva al humo, protegiendo especialmente a niños y no fumadores.

La efectividad de estas políticas radica en su abordaje multisectorial y en la aplicación simultánea de varias medidas, dado que ninguna estrategia aislada produce un impacto sustancial. La evidencia científica indica que el aumento de impuestos sobre los productos de tabaco es la intervención más costo-efectiva para reducir el consumo, mientras que las campañas educativas y el apoyo para la cesación aumentan la tasa de abandono entre fumadores (34).

En Bolivia, aunque las políticas antitabaco existen formalmente, su aplicación es parcial y poco sistematizada, lo que limita el impacto en la reducción de enfermedades atribuibles

al tabaco. La falta de programas estructurados de cesación y la deficiente fiscalización de espacios libres de humo dificultan replicar los éxitos observados en otros países.

La evidencia acumulada en las últimas décadas respalda con contundencia la efectividad de las políticas integrales de control del tabaco en la reducción significativa de la morbilidad y mortalidad asociadas al consumo y exposición al humo. Estas políticas, cuando se implementan de manera simultánea y sostenida, generan un efecto sinérgico que maximiza su impacto en la salud pública (34).

Estudios longitudinales en diversos países demuestran que la introducción de medidas como el aumento sustancial de impuestos, la prohibición total de publicidad, el establecimiento de ambientes 100% libres de humo y el empaquetado genérico, contribuyen a la disminución sostenida de la prevalencia del tabaquismo.

Este descenso se traduce en una reducción de la incidencia de enfermedades respiratorias crónicas, cánceres relacionados con el tabaco y eventos cardiovasculares, con un efecto positivo notable en la esperanza de vida de la población (35).

Por ejemplo, en Australia y Canadá, la implementación rigurosa de estas políticas condujo a una disminución anual de entre 3% y 5% en la mortalidad atribuible al tabaco, lo que representa miles de vidas salvadas cada año.

En América Latina, países como Uruguay y Chile han documentado resultados similares, con reducciones claras en hospitalizaciones y muertes por enfermedades vinculadas al tabaquismo tras la aplicación de políticas estrictas (35).

Además, la reducción de la exposición al humo de segunda mano protege especialmente a no fumadores, incluidos niños y mujeres embarazadas, disminuyendo la incidencia de problemas respiratorios y cardiovasculares en estos grupos vulnerables. Este beneficio indirecto también contribuye a la disminución general de la carga de enfermedad.

No obstante, la efectividad de estas políticas depende del compromiso político, la aplicación rigurosa, la fiscalización constante y la ausencia de interferencia de la industria

tabacalera. En contextos donde estas condiciones no se cumplen, la efectividad disminuye y el impacto en la salud pública es limitado.

2.1.9. Conceptualización del tabaquismo y su impacto en la salud pulmonar

El tabaquismo se define como el consumo habitual de productos derivados del tabaco, principalmente cigarrillos, que contienen nicotina, una sustancia altamente adictiva. Esta adicción física y psicológica hace que el consumo se mantenga a pesar de las consecuencias negativas para la salud (23).

El tabaquismo constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad prevenible a nivel mundial, siendo responsable de aproximadamente 8 millones de muertes anuales según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (22).

El humo del tabaco contiene más de 7,000 sustancias químicas, de las cuales al menos 70 son cancerígenas. La inhalación de estos compuestos genera un daño progresivo en las vías respiratorias y el parénquima pulmonar, promoviendo inflamación crónica, alteración de la función mucociliar, estrés oxidativo y daño genético, lo que incrementa el riesgo de enfermedades pulmonares crónicas como la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), el cáncer de pulmón y la neumonía.

El impacto del tabaquismo en la salud pulmonar no solo afecta al fumador activo sino también a quienes están expuestos al humo de segunda mano. Esta exposición pasiva contribuye a un aumento en la incidencia de infecciones respiratorias, asma, y exacerbaciones de enfermedades crónicas, especialmente en niños y adultos vulnerables (36).

La prevención y control del tabaquismo es, por tanto, una prioridad de salud pública mundial y regional, dado que la interrupción del consumo y la reducción de la exposición al humo de tabaco pueden prevenir o retrasar la aparición de enfermedades pulmonares y mejorar la supervivencia y calidad de vida de la población (36).

2.1.10. Factores de riesgo y determinantes sociales del tabaquismo

El consumo de tabaco está influenciado por una compleja interacción de factores individuales, sociales, culturales y económicos que determinan el inicio y la persistencia del hábito tabáquico. Reconocer estos determinantes es fundamental para diseñar estrategias de prevención y control efectivas (37).

A nivel individual, la adicción a la nicotina es el principal motor que perpetúa el consumo, generando dependencia física y psicológica. Sin embargo, otros factores como la edad de inicio, nivel educativo, y la percepción del riesgo también juegan un papel importante. Se ha observado que el inicio del consumo en edades tempranas incrementa la probabilidad de dependencia severa y una mayor duración del hábito (38).

En el ámbito social, la influencia del entorno familiar y de pares es crucial. La exposición a familiares o amigos fumadores aumenta significativamente la probabilidad de que un individuo comience a fumar, especialmente durante la adolescencia. Asimismo, las normas sociales que normalizan o incluso valoran el consumo de tabaco pueden dificultar la prevención y el abandono del hábito.

Los factores culturales y económicos también determinan patrones de consumo. En muchas comunidades, especialmente en contextos rurales o indígenas, el tabaco puede estar asociado a tradiciones o rituales, complicando la implementación de políticas de control. Además, la disponibilidad y el precio del tabaco influyen en la accesibilidad; los impuestos bajos y la venta de cigarrillos sueltos facilitan el consumo, particularmente en poblaciones con menores ingresos.

El marketing y la publicidad de la industria tabacalera, dirigida frecuentemente a jóvenes y grupos vulnerables, es otro factor determinante que refuerza la imagen positiva del consumo y dificulta su reducción (38).

Por último, las desigualdades sociales impactan directamente en la prevalencia de tabaquismo, siendo más elevada en grupos con menor nivel socioeconómico, lo que contribuye a la brecha en salud y la perpetuación de ciclos de pobreza y enfermedad.

2.1.11. Factores socioculturales que condicionan el éxito de las políticas antitabaco

Los factores socioculturales juegan un papel determinante en la aceptación, cumplimiento y efectividad de las políticas públicas antitabaco. En contextos donde el consumo de tabaco está arraigado en tradiciones, costumbres o prácticas sociales, las políticas pueden enfrentar resistencia y escasa adherencia (39).

En Bolivia, la diversidad cultural y la presencia de comunidades indígenas con usos tradicionales del tabaco representan un desafío para la aplicación homogénea de las normativas. El tabaco puede tener significados rituales y simbólicos que requieren un enfoque intercultural en las estrategias de control.

Además, las normas sociales que normalizan el consumo en ciertos grupos, la percepción de bajo riesgo y la falta de información adecuada influyen negativamente en la prevención y cesación. La presión social, especialmente entre jóvenes, y las desigualdades sociales también condicionan la efectividad de las políticas (39).

2.1.12. Perspectiva y actitudes del personal de salud sobre la implementación de políticas antitabaco

La percepción de los responsables de salud es fundamental para entender los desafíos y oportunidades en la aplicación de políticas antitabaco. Estudios cualitativos realizados en Bolivia y otros países latinoamericanos reflejan que estos actores reconocen la importancia de dichas políticas para mejorar la salud pública, pero enfrentan limitaciones operativas y contextuales que dificultan su efectividad (40).

Entre las barreras mencionadas se encuentran la falta de recursos humanos capacitados, insuficiencia de financiamiento para campañas y fiscalización, y la interferencia de la industria tabacalera. Además, algunos responsables expresan que la normativa no siempre es adecuada para las realidades socioculturales del país, lo que limita su aceptación y cumplimiento (40).

Por otro lado, estos actores identifican como facilitadores el apoyo político, la colaboración interinstitucional y la sensibilización comunitaria como elementos claves para mejorar la implementación. La capacitación continua y el fortalecimiento de capacidades institucionales son demandas recurrentes para potenciar los resultados.

Según la teoría de Gestalt en la psicología social fundamenta estudios de Asch (1946), donde han sido ligados la percepción social, percepción de personas y percepción de objetos, que para diferentes autores de siglo XX, la percepción es un proceso fundamental para la actividad mental y suponen que las actividades psicológicas como el aprendizaje, la memoria, el pensamiento, entre otros, dependen del adecuado funcionamiento del proceso de organización perceptual (41).

La percepción de las personas y sus acciones se divide en muchas categorías, donde además se clasifica según su conducta, apariencia y elementos informativos, personas que utilizan un sistema categorial y otras utilizan un sistema más complejo de categorización.

Los profesionales de atención primaria disponen de intervenciones preventivas y de promoción de salud (PPS) efectivas para disminuir la morbilidad y mortalidad de las causas de muerte mencionadas anteriormente.

La Real Academia Española (RAE), define la percepción como: acción y efecto de percibir, sensación interior que resulta de una impresión material producida en los sentidos corporales y la define también como conocimiento e idea (41).

Distintos autores consideran las actitudes de los profesionales sanitarios de atención primaria como uno de los factores determinantes que pueden facilitar u obstaculizar la realización de actividades de PPS (42).

A pesar de ello, se sabe poco sobre las actitudes que estos profesionales tienen ante la PPS y las variables que pueden afectarlas. Por tanto, conocerlas es un aspecto decisivo si pretendemos reducir la distancia entre las recomendaciones clínicas basadas en la evidencia y su aplicación por los profesionales sanitarios de atención primaria.

A partir de estos datos y de su interpretación, desde la TCP mejoraremos nuestra comprensión de los factores que determinan el comportamiento de estos profesionales y se podrán definir intervenciones que ayuden a modificarlo (43).

2.1.13. Programas y estrategias de cesación del tabaquismo

La cesación del tabaquismo es una de las intervenciones más efectivas para reducir la morbilidad y mortalidad asociadas al consumo de tabaco. Los programas de cesación incluyen un conjunto de estrategias que combinan apoyo psicológico, farmacoterapia y seguimiento clínico para facilitar el abandono del hábito tabáquico (44).

Entre las estrategias más utilizadas se encuentran las terapias conductuales, que ayudan a modificar patrones de comportamiento relacionados con el consumo, y el uso de medicamentos como los sustitutos de nicotina, bupropión y vareniclina, que reducen los síntomas de abstinencia y la ansiedad asociada al abandono.

La Organización Mundial de la Salud recomienda integrar los servicios de cesación en el sistema de salud pública, asegurando que sean accesibles, gratuitos o de bajo costo, y adaptados a las necesidades culturales y sociales de la población (33). Además, la capacitación del personal de salud es fundamental para brindar asesoramiento efectivo y apoyo continuo.

Los programas que incluyen seguimiento prolongado y apoyo grupal han demostrado mayores tasas de éxito a largo plazo. Sin embargo, en muchos países de ingresos bajos y medianos, la cobertura de estos servicios es limitada, afectando negativamente la reducción global del tabaquismo.

En Bolivia, la disponibilidad y acceso a programas de cesación aún son insuficientes, especialmente en áreas rurales y comunidades indígenas. Esto evidencia la necesidad de fortalecer estos servicios mediante políticas públicas integrales que promuevan su expansión y sostenibilidad.

La evidencia señala que la cesación temprana puede revertir parcialmente el daño pulmonar y reducir significativamente el riesgo de enfermedades relacionadas con el tabaco, subrayando la importancia de estas estrategias para mejorar la salud pública (45).

2.1.14. Desafíos y barreras para la implementación efectiva de políticas de control del tabaco en Bolivia

A pesar de la existencia de un marco normativo que respalda el control del tabaquismo en Bolivia, la implementación efectiva de estas políticas enfrenta una serie de desafíos y barreras estructurales, institucionales y sociales que dificultan su pleno cumplimiento y limitan el impacto en la salud pública (46).

Uno de los principales obstáculos es la falta de recursos financieros y humanos destinados a la fiscalización y vigilancia de las normativas. Las instituciones responsables carecen de personal capacitado y de mecanismos adecuados para monitorear el cumplimiento, lo que permite la persistencia de prácticas prohibidas como la venta de cigarrillos sueltos y el consumo en espacios públicos cerrados.

La fragmentación institucional también dificulta la coordinación intersectorial necesaria para un abordaje integral. Las responsabilidades en materia de control del tabaco están distribuidas entre diferentes niveles de gobierno y ministerios, pero sin un sistema articulado que asegure la ejecución homogénea y el seguimiento efectivo de las políticas (46).

Además, la interferencia y presión de la industria tabacalera constituye una barrera significativa. La industria utiliza estrategias como el lobby, campañas de desinformación y litigios para debilitar leyes, retrasar su promulgación y obstaculizar la fiscalización. Esta interferencia ha sido documentada por la OMS y la OPS como una de las principales amenazas para el éxito de las políticas antitabaco (47).

Otro desafío es la cultura social en torno al consumo de tabaco, que en algunas comunidades está arraigada y es socialmente aceptada, lo que dificulta la percepción del riesgo y la motivación para el abandono del hábito. En poblaciones indígenas y rurales, el uso tradicional del tabaco presenta un reto adicional para la implementación de políticas uniformes.

Finalmente, la ausencia de programas accesibles y sostenibles de cesación del tabaquismo limita las oportunidades para que los fumadores abandonen el consumo, perpetuando la alta prevalencia y las consecuencias negativas para la salud pública.

2.1.15. Definiciones de percepción

La noción de percepción deriva del término latino perceptio, y describe tanto a la acción como a la consecuencia de percibir (es decir, de tener la capacidad para recibir mediante los sentidos las imágenes, impresiones o sensaciones externas, o comprender y conocer algo) (48).

Antes de definir este concepto se puede decir, que para conocer el mundo interior o exterior se necesita realizar un proceso de decodificación de los mensajes que se reciben a través de todo el cuerpo.

Se define como percepción al proceso cognoscitivo a través del cual las personas son capaces de comprender su entorno y actuar en consecuencia a los impulsos que reciben; se trata de entender y organización los estímulos generados por el ambiente y darles un sentido, de este modo lo siguiente que hará el individuo será enviar una respuesta en consecuencia (48).

La percepción puede hacer mención también a un determinado conocimiento, a una idea o a la sensación interior que surge a raíz de una impresión material derivada de nuestros sentidos, para la psicología, la percepción consiste en una función que le posibilita al organismo recibir, procesar e interpretar la información que llega desde el exterior valiéndose de los sentidos.

El término comenzó a captar la atención de los estudiosos durante el siglo XIX. (49). Los primeros modelos que vinculaban la magnitud de un estímulo físico con la del episodio percibido posibilitaron la aparición de la denominada psicofísica donde los especialistas aseguran que la percepción es el primer procedimiento cognoscitivo, que permite al sujeto capturar la información del medio que lo rodea a través de la energía que llega a los sistemas sensoriales.

Este procedimiento posee carácter inferencial y constructivo. En este contexto, la representación interior de lo que ocurre afuera surge a modo de hipótesis. Los datos que captan los receptores se analizan de modo paulatino, junto a la información que recoge la memoria y que contribuye al procesamiento y a la creación de dicha representación.

Mediante la percepción, la información es interpretada y se logra establecer la idea de un único objeto. Esto significa que es factible experimentar diversas cualidades de una misma cosa y fusionarlas a través de la percepción, para comprender que se trata de un único objeto (49).

La percepción en el ámbito de la salud se refiere al proceso mediante el cual un individuo interpreta y asigna significado a las señales sensoriales relacionadas con su estado de salud, emociones y entorno. Este proceso influye en la forma en que una persona reconoce y reacciona ante síntomas, factores de riesgo, y las recomendaciones médicas, entre otros aspectos. La percepción de la salud es la forma en que una persona evalúa su propio estado de bienestar, que puede no coincidir necesariamente con una evaluación objetiva o clínica. Este concepto involucra la autopercepción de los síntomas, el bienestar físico, y la calidad de vida, los cuales son fundamentales para la adopción de conductas de salud preventivas o curativas (50).

2.1.16. Definición de actitudes

Las actitudes son disposiciones mentales o estructuras psicológicas que influyen en la manera en que una persona percibe, evalúa y responde a objetos, personas, eventos o situaciones (51). Se componen de tres componentes principales: cognitivos (creencias y pensamientos), afectivos (emociones y sentimientos), y conductuales (tendencias a comportarse de una determinada manera).

Las actitudes son evaluaciones generales que una persona hace sobre un objeto, fenómeno o conducta, y que son positivas, negativas o neutras. Estas evaluaciones afectan las decisiones y comportamientos de las personas en situaciones cotidianas.

Desde la perspectiva de la teoría de la acción razonada, las actitudes son evaluaciones de un comportamiento específico, influenciadas por las creencias sobre los resultados de dicho comportamiento. Las actitudes afectan la intención de una persona de realizar una acción en particular (51).

Las actitudes en el contexto de la salud se definen como las predisposiciones psicológicas y emocionales de una persona hacia ciertos comportamientos, situaciones o creencias relacionadas con la salud.

Estas actitudes influyen en la forma en que los individuos interpretan y responden a los aspectos de su bienestar físico y mental, como el cuidado preventivo, el tratamiento médico, el autocuidado, y la adopción de hábitos saludables.

Las actitudes pueden ser positivas o negativas, y están determinadas por factores cognitivos, emocionales, sociales y culturales, lo que hace que la actitud hacia un comportamiento de salud sea un predictor importante de las conductas relacionadas con la salud (52).

Las actitudes son importantes porque no solo afectan la percepción que una persona tiene sobre su salud, sino que también influyen en la adopción de prácticas preventivas o en la respuesta a las enfermedades, y pueden ser un factor clave en la adherencia a tratamientos médicos o en la prevención de enfermedades crónicas.

2.2. Marco contextual

2.2.1. Ciudad de La Paz Bolivia

La Paz, oficialmente Nuestra Señora de La Paz, es la sede de gobierno de Bolivia y la capital del departamento de La Paz. Ejerce como capital de facto por albergar a los órganos ejecutivo, legislativo y electoral (53).

La ciudad es la metrópoli más alta del mundo, con una topografía accidentada ofrece vistas únicas de la cordillera Real. Debido a su elevación, tiene un clima subtropical de altura, con veranos lluviosos e inviernos secos.

La Paz es el centro político, financiero, social, académico y cultural más importante del país, además de ser la ciudad con mayor nivel de desarrollo sostenible en Bolivia. Según el censo 2024 de Bolivia, el municipio de La Paz tiene una población de 755 732 habitantes, siendo el tercer municipio más poblado del país.

Es parte del área metropolitana de La Paz con una población que asciende a 1.5 millones de habitantes, junto con la ciudad vecina de El Alto y otros municipios como Viacha y Achocalla (53).

Actualmente, La Paz es un importante centro político, administrativo, económico y financiero de América Latina; responsable de generar el 27 % del producto interno bruto del país (PIB), además de ser la sede central de la mayoría de bancos, empresas e industrias bolivianas.

La Paz posee un PIB nominal de 6543 millones de dólares estadounidenses, un PIB per cápita nominal de USD 3506 y un PIB PPA per cápita de USD 7971. Es considerada una ciudad tipo "Gamma", por el GaWC. Asimismo, desde el 7 de diciembre de 2014, la ciudad es catalogada como una de las nuevas siete ciudades maravillas del mundo (54).

2.2.2. Instituto Nacional de Tórax

Desde su pleno funcionamiento en abril de 1960, el Instituto Nacional de Tórax ha contribuido importantemente al país, en su calidad de único establecimiento público de tercer nivel, especializado en la atención clínica y quirúrgica de pacientes con patología cardiaca, torácica y vascular (54).

En su ya dilatada existencia, nuestro Instituto ha tenido diferentes etapas de fortalecimiento y desarrollo, vinculadas tanto a factores externos o del propio país, como a factores propios, que innegablemente han originado claro oscuros en el trabajo integral institucional.

Es un hospital de tercer nivel que oferta servicios integrales con alta tecnología en las especialidades de Cardiología, Neumología, Cirugía Torácica y Terapia Intensiva, al mismo tiempo se realizan tareas de educación e investigación, con el propósito de contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad de las enfermedades torácicas y cardiovasculares en el Municipio de La Paz y en nuestro país.

Los cambios en mediano y largo plazo que permitirán cumplir adecuadamente la Misión y alcanzar la Visión, necesariamente deben resultar de actividades y procesos para: mejora continua en la prestación de servicios especializados, mejora continua en el área administrativo financiera, progresos en los ámbitos de capacitación e investigación, realización de acciones de mercadeo social y acciones en el ámbito de la gestión pública.

De esta manera se busca proporcionar a la población asistencia en salud integral, oportuna y de calidad, ejercitar capacitación y formación, además de investigación y proyección a la comunidad. Sin embargo, junto a la suma de voluntades para alcanzar estas metas, es indispensable contar con pleno apoyo del Ministerio de Salud, de la Gobernación, del Servicio Departamental de Salud y del Gobierno Municipal, porque no se puede intentar ofertar calidad y oportunidad, únicamente sobre la base del esfuerzo de funcionarias y funcionarios, cuando la responsabilidad integral se encuentra en los estamentos de gobierno mencionados.

3. Marco metodológico

3.1. Enfoque de Investigación

La investigación tiene un enfoque cuantitativo, porque se aplicó una metodología de investigación que utilizó datos numéricos y análisis estadísticos para describir, explicar, predecir y controlar fenómenos, basándose en la medición rigurosa y la comprobación de hipótesis.

El objetivo de aplicar un enfoque cuantitativo fue cuantificar variables para extraer resultados objetivos y generalizables, utilizando instrumentos estandarizados y un proceso secuencial de recolección, análisis e interpretación de datos sobre las opiniones y percepciones de los responsables de la salud, sobre el impacto de las políticas públicas dirigidas a la prevención del tabaquismo, y la salud pulmonar de la población del departamento de La paz.

3.2. Tipo y diseño de la Investigación

La investigación es de tipo correlacional y de corte trasversal, con un diseño no experimental, ya que el estudio midió y describió las relaciones estadísticas entre dos o más variables en un momento específico, sin manipularlas ni establecer causalidad directa. En el estudio, el investigador se limitó a no intervenir ni controlar las variables, solo se procedió a identificar si las variables cambian conjuntamente, sin que una cause la otra.

Es un diseño no experimental, porque no hubo manipulación de variables por parte del investigador.

Es correlacional, porque el objetivo fue encontrar la relación o asociación estadística entre dos o más variables, como es la relación entre la percepción y las actitudes frente a las políticas públicas de prevención del tabaquismo, y salud pulmonar, del personal médico.

Es trasversal, porque se recogieron los datos en un único punto en el tiempo, como una "fotografía", sin hacer seguimiento a lo largo del tiempo.

3.3. Métodos de Investigación

3.3.1. Métodos Teóricos

Dentro de los métodos teóricos que se utilizaron en el desarrollo del estudio están:

Método Análisis-Síntesis. Permitió desglosar la información obtenida de diversas fuentes bibliográficas como ser artículos científicos, libros, informes de organismos de salud sobre las políticas públicas de prevención del tabaquismo, y salud pulmonar

Método de Análisis Documental. Este método permitió derivar en conjunto un análisis de textos, libros, documentos sobre el problema de estudio y extraer conclusiones que sirvan para cumplir el objetivo de la investigación. Su objetivo fue transformar la información contenida en documentos primarios en un formato que sea más fácil de entender y usar, sirviendo como puente entre el investigador y el conocimiento.

Método Hipotético Deductivo. Este método buco explicar los fenómenos mediante la formulación de una hipótesis (una suposición inicial) y su posterior verificación a través de la deducción de consecuencias y la contrastación con la experiencia.

Este método combina la reflexión racional y la empírica, ya que parte de una suposición para luego someterla a prueba con datos observables, permitiendo así corrobora o refutar la hipótesis.

Método Inductivo-Deductivo. El método inductivo va de lo particular a lo general, partiendo de observaciones específicas para formular una conclusión o ley general, con un enfoque exploratorio y de probabilidad.

En contraste, el método deductivo va de lo general a lo particular, partiendo de una teoría o principio para llegar a una conclusión específica y concluyente, con un objetivo de confirmación o prueba. Se aplico para realizar un razonamiento inductivo al partir de observaciones particulares para llegar a generalizaciones sobre la relación entre variables

Método Histórico-Lógico. El método histórico lógico es una herramienta de investigación que combina el análisis cronológico de los hechos históricos con la interpretación lógica de sus causas, efectos y patrones de desarrollo, permitiendo comprender la evolución de fenómenos complejos y cómo estos influyen en el presente.

Su objetivo es encontrar la esencia del objeto de estudio, reproduciéndola en un plano teórico a través de la investigación de los datos históricos y su análisis racional. Ayudo a comprender la evolución del problema de investigación a lo largo del tiempo, así como a analizar la secuencia lógica de eventos y conceptos relacionados con las políticas preventivas sobre el tabaquismo.

3.3.2. Métodos Empíricos

Método de la Medición. Este método se empleó para recolectar datos que permitieron cuantificar o cualificar un fenómeno, objeto o proceso, utilizando herramientas técnicas y apoyándose en principios científicos y teóricos, con datos numéricos y análisis estadísticos, que capturan experiencias y reflexiones, Permitió medir las variables del estudio y asignarles valores numéricos, para llegar a las conclusiones del estudio.

Método Estadístico. El método estadístico, es una secuencia de procedimientos para recopilar, organizar, analizar e interpretar datos cuantitativos, con el fin de simplificar el estudio de fenómenos complejos y facilitar la toma de decisiones informadas.

Este método permitió organizar, sistematizar, caracterizar y analizar la información recabada durante la recolección de datos, para luego elaborar estadística descriptiva e inferencial.

3.4. Técnicas, instrumentos y procedimientos de investigación

3.4.1. Técnicas e instrumentos

En la presente investigación se aplicó como técnica la encuesta y como instrumentos dos cuestionarios tipo Likert, el primero para identificar las percepciones (**Anexo 1**) y el segundo para identificar las actitudes (**Anexos 2**) sobre las políticas públicas de prevención

del tabaquismo, según la Ley N°1280, del personal médico del Instituto Nacional de Tórax de la ciudad de La paz.

Los instrumentos se elaboraron en base a los objetivos del estudio, siguiendo los siguientes pasos: En primer lugar se definió los objetivos del cuestionario, se realizó la revisión de la literatura sobre el tema, después se definió las variables y dimensiones, la escala de medición adecuada, de igual forma se realizó un pre-test con un grupo pequeño, para luego realizar la validación de los cuestionarios y el plan de análisis de datos, describiendo en una primera parte, preguntas sobre aspectos sociolaborales del personal médico, para después proponer en cada instrumento tanto de percepción y de actitudes, 15 Ítems repartidos en tres dimensiones como ser: Efectividad, implementación e impacto de las políticas publica de prevención del tabaquismo.

Los dos instrumentos tienen 5 opciones de respuesta a los cuales se asignó valores como ser: 5= Totalmente de acuerdo, 4 = De acuerdo, 3 =Indiferente, 2 = En desacuerdo y 1 = Totalmente en desacuerdo.

Los niveles de percepción y actitudes están en relación directa con los puntajes obtenidos por cada médico, sumando en primera instancia los puntajes por dimensiones, donde se clasifico la dimensión de efectividad en: Percepción o actitud Mala: De 4 a 9 puntos, Percepción o actitud Regular: De 10 a 15 puntos y Percepción o actitud Buena: De 16 a 20 puntos, la dimensión de implementación se clasifico en: Percepción o actitud Mala: De 6 a 14 puntos, Percepción o actitud Regular: De 15 a 23 puntos y Percepción o actitud Buena: De 24 a 30 puntos y la dimensión de impacto se clasifico en: Percepción o actitud Mala: De 5 a 11 puntos, Percepción o actitud Regular: De 12 a 18 puntos y Percepción o actitud Buena: De 19 a 25 puntos, para después clasificarlos de forma general en: Percepción o actitud Mala: De 15 a 35 puntos, Percepción o actitud Regular: De 36 a 56 puntos y Percepción o actitud Buena: De 57 a 75 puntos.

La validez de los instrumentos fue realizados a través de juicio de 5 expertos, demostrando un resultado entre “excelente” y “bueno” en los dos instrumentos, sobre la congruencia de ítems, amplitud de contenido, redacción de los ítems, claridad y precisión y pertinencia; demostrando una validez óptima para su uso (**Anexos 3**).

Al respecto de la confiabilidad, de los instrumentos fue sometido a la prueba de alfa de Cronbach, con 10 médicos, obteniendo como resultado para el instrumentó de percepción un valor de 0.911 (**Anexo 4**) y para el instrumentó de actitudes un valor de 0.802, lo que demuestra una alta confiabilidad para su aplicación (**Anexos 5**).

Para realizar el trabajo de campo se presentó la solicitud correspondiente a la dirección del Instituto Nacional de Tórax de la ciudad de La Paz, (**Anexos 6**) para la respectiva acreditación como tesistas.

Posteriormente se realizó la solicitud respectiva a la dirección del Instituto Nacional de Tórax de la ciudad de La Paz, para establecer un día y hora específica para proceder a realizar el trabajo de campo, del mismo modo, se realizó la solicitud verbal a cada profesional médico para establecer el orden en la recolección de datos considerando el día y hora para la aplicación de los instrumentos.

3.5. Población y muestra

3.5.1. Población

La población de estudio para la presente investigación está determinada por todo el personal médico que trabaja en el Instituto Nacional de Tórax de la ciudad de La Paz durante la gestión 2025, llegando a ser según registros del departamento de recursos humanos del Hospital 64 médicos.

3.5.2. Muestra

En la presente investigación no se tomó muestra de la población de estudio, trabajando con el total de los médicos que cumplen funciones en el Instituto Nacional de Tórax de la ciudad de La Paz durante la gestión 2025, 64 médicos.

La decisión de centrar la investigación únicamente en el personal médico del Instituto Nacional de Tórax, se basa en varios factores clave. En primer lugar, el personal médico desempeña un papel fundamental en la implementación y promoción de las políticas públicas de prevención del tabaquismo, ya que son ellos quienes, en su rol de proveedores de atención en salud, tienen la responsabilidad directa de orientar a los pacientes sobre los

riesgos del tabaquismo, aplicar las políticas de prevención y asegurar la adherencia a las pautas establecidas por la Ley N°1280.

Además, el personal médico tiene un contacto más cercano y directo con los pacientes que otros miembros del personal, lo que les otorga una influencia significativa sobre las actitudes y percepciones de los pacientes hacia las políticas de prevención. Dado que la investigación busca determinar la relación entre la percepción y las actitudes frente a las políticas de prevención del tabaquismo, es lógico enfocarse en el personal médico, ya que su interacción con los pacientes es crucial para el éxito de estas políticas.

3.6. Criterios de inclusión y exclusión

3.6.1. Criterios de Inclusión

- Personal médico designado por la gobernación de la ciudad de La Paz o por el ministerio de salud y deportes.
- Personal médico con o sin especialidad, que trabaja en el Instituto Nacional de Tórax de la ciudad de La Paz durante la gestión 2025.
- Personal médico que haya trabajado por más de 6 meses en el Instituto Nacional de Tórax de la ciudad de La Paz durante la gestión 2025.
- Personal médico que brinde su consentimiento informado para participar del estudio (**Anexo 7**).
- Personal médico tanto asistencial como administrativo.

3.6.2. Criterios de Exclusión

- Personal Médico que trabaje como apoyo, sin ninguna relación laboral contractual con el Instituto Nacional de Tórax de la ciudad de La Paz.
- Personal médico extranjero.
- Personal médico que no se encuentre presente en el momento del estudio por vacación o baja médica.

3.7. Identificación de Variables

3.7.1. Variable Independiente

Percepción del personal médico.

Actitudes del personal médico.

3.7.2. Variable Dependiente

Políticas públicas de prevención del tabaquismo, según la Ley N°1280.

3.7.3. Variables intervinientes

- Factores socio laborales del personal médico. Edad, Sexo, Años de experiencia profesional, Fuma.

3.7.4. Operacionalización de Variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala
Percepción del personal médico	Proceso cognitivo y subjetivo mediante el cual los profesionales de la salud interpretan, organizan y dan significado a los estímulos e información relacionados con su entorno laboral, sus pacientes, sus colegas y las condiciones institucionales en las que ejercen su labor.	Percepción del personal médico sobre las políticas de prevención del tabaquismo según efectividad implementación e impacto	Efectividad, de las políticas públicas de prevención del tabaquismo.	Políticas públicas de prevención efectivas La reglamentación tuvo resultados satisfactorios Lineamientos efectivos de capacitación Investigación de forma efectiva	ORDINAL Percepción Mala: De 4 a 9 puntos, Regular: De 10 a 15 puntos Buena: De 16 a 20
			Implementación de las políticas públicas de prevención del tabaquismo	Implementación de manera efectiva Campañas visibles Cumplimiento de disposiciones Prohíbe fumar en espacios públicos cerrados Inspecciones o controles regulares Sanciones visibles	ORDINAL Percepción Mala: De 6 a 14 puntos, Regular: De 15 a 23 puntos Buena: De 24 a 30 puntos
			Impacto de las políticas públicas de prevención del tabaquismo	Disminución del consumo Exposición al humo Riesgos del tabaquismo. Rol activo en la prevención Impacto positivo en la salud pulmonar	ORDINAL Percepción Mala: De 5 a 11 puntos, Regular: De 12 a 18 puntos Buena: De 19 a 25

Actitudes del personal médico	Predisposición aprendida y relativamente estable que influyen en la forma en que los profesionales de la salud piensan, sienten y actúan frente a situaciones, personas o contextos dentro del ámbito médico	Actitud del personal médico sobre las políticas de prevención del tabaquismo según efectividad implementación e impacto	Efectividad, de las políticas pública de prevención del tabaquismo.	Apoyar de forma efectiva Cesación tabáquica Vigilancia del cumplimiento de la Ley Investigaciones	ORDINAL Actitud Mala: De 4 a 9 puntos, Regular: De 10 a 15 puntos Buena: De 16 a 20 puntos
			Implementación de las políticas pública de prevención del tabaquismo	Riesgos del consumo de tabaco Acciones de prevención del tabaquismo. Apoyo políticas libres de humo Capacitaciones Ley fundamentada en evidencia científica Reformas a la ley 1280	ORDINAL Actitud Mala: De 6 a 14 puntos, Regular: De 15 a 23 puntos Buena: De 24 a 30 puntos
			Impacto de las políticas pública de prevención del tabaquismo	Ley relevante Fiscalización del cumplimiento La publicidad de tabaco Las sanciones establecidas Apoyo a la ley	ORDINAL Actitud Mala: De 5 a 11 puntos, Regular: De 12 a 18 puntos Buena: De 19 a 25 puntos
Factores socio laborales del personal médico	Características o elementos propios que incluye tanto aspectos sociales como relacionados al trabajo del personal de salud.	Características del personal de salud que considere su edad, sexo años de Experiencia profesional al momento de la encuesta.	Edad	Años cumplidos al momento de la encuesta	ORDINAL 25 – 30 31 – 40 41 – 50 51 a más años
			Sexo	Hombre y / o mujer encuestada	NOMINAL Hombre Mujer
			Años de experiencia profesional	Tiempo de trabajo desde que ejerció como médico	ORDINAL Menos de un año De 1 a 5 años Más de 5 años
			Hábito de Fumar Cigarrillos	Personal médico que tiene el hábito de fumar	NOMINAL DICOTÓMICA SI NO

3.8. Procesamiento y análisis de los resultados

Una vez obtenidos los datos finales, se procedió a ponderar los resultados para asignar frecuencias y porcentajes, tanto para las percepciones como para las actitudes según la escala de Bueno, Regular, Malo.

El análisis de los datos se realizó a través del empleo de medidas estadísticas en los paquetes informáticos Excel y SPSS 24, plasmando mediante la sumatoria de puntajes asignados para cada respuesta dentro de cada dimensión propuesta, en las dos encuestas

el primero para identificar las percepciones y el segundo para identificar las actitudes sobre las políticas públicas de prevención del tabaquismo, según la Ley N°1280, del personal médico del Instituto Nacional de Tórax de la ciudad de La paz.

Para realizar la correlación de las variables en estudio, se utilizará el estadístico de Tau-b de Kendall, que es una medida no paramétrica de asociación para variables ordinales o de rangos. El signo del coeficiente indica la dirección de la relación y su valor absoluto indica la magnitud de la misma, de tal modo que los mayores valores absolutos indican relaciones más fuertes. Los valores posibles van de -1 a 1, pero un valor de -1 o +1 sólo se puede obtener a partir de tablas cuadradas, también proporciona valores de significancia que ayudan a aceptar o rechazar la hipótesis planteada según el valor de $p=0.05$. **(Anexo 8)**

3.9. Aspectos Éticos

En la presente investigación se consideró aspectos éticos basados en los tres principios Universales de investigación que son: Respeto por las personas, Beneficencia y Justicia. Todos los involucrados podrán comprender los principios de la ética de la investigación y su aplicación como ser:

Respeto por las personas, referidos a que todo personal médico que participa del estudio será tratado como un ser autónomo, permitiendo decidir por sí mismos, en este principio se aplicó a través de la obtención de consentimiento informado, los sujetos de investigación serán capaces de tomar decisiones sobre sí mismos, asegurando su comprensión de la información proporcionada.

Principio de beneficencia, que se aplicó precautelando la integridad del personal médico, partiendo del principio de no hacer daño (no maleficencia), minimización del daño y maximización de beneficios, analizando los riesgos y los beneficios de los sujetos, asegurándose que exista una tasa riesgo/beneficio favorable hacia el sujeto de investigación.

Principio de justicia, que se aplicó en la distribución de los sujetos de investigación, de tal manera que el diseño del estudio de investigación permita que las cargas y los beneficios estén compartidos en forma equitativa entre los grupos de sujetos de investigación.

4. Análisis y discusión de resultados

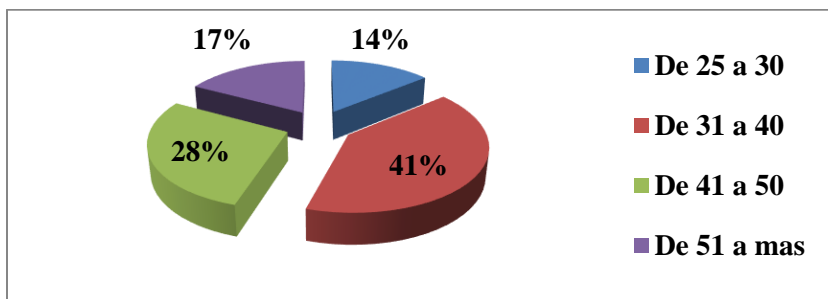
A continuación, se presentará los resultados de la aplicación de los instrumentos de investigación:

TABLA 1. Población en estudio según: Edad. Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025

Edad	Frecuencia	Porcentaje
De 25 a 30 Años	9	14.1
De 31 a 40 Años	26	40.6
De 41 a 50 Años	18	28.1
De 51 a más Años	11	17.2
Total	64	100,0

Fuente: Elaboración Propia

GRAFICO 1. Población en estudio según: Edad. Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025



Fuente: Elaboración Propia

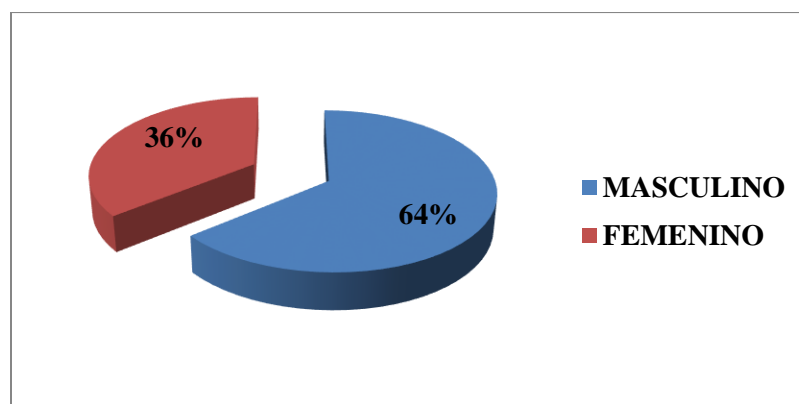
En el gráfico se observa que la distribución del personal de salud según su edad, donde predomina el grupo de edad de 31 a 40 años con el 40.6% seguido del grupo de 41 a 50 años con el 28.1%, ya que en el instituto nacional de tórax se cuenta con personal con mucha experiencia, considerando que muchos médicos desde que empezaron su profesión entraron a trabajar al instituto de tórax de la ciudad de La Paz.

**TABLA 2. Población en estudio según: Sexo. Instituto Nacional de Tórax. La Paz.
2025**

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	23	35.9
Masculino	41	64.1
Total	64	100,0

Fuente: Elaboración Propia

GRAFICO 2. Población en estudio según: Sexo. Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025



Fuente: Elaboración Propia

En el gráfico se observa que la distribución del personal de salud según el sexo, donde predomina el grupo de hombres con el 64.1% seguido de las mujeres con el 35.9% siendo el grupo más reducido.

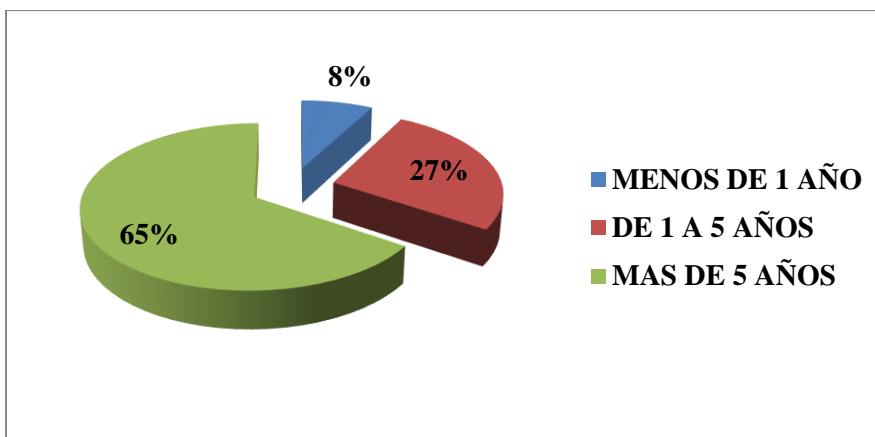
Según estos datos se puede observar que trabajan en el instituto nacional de tórax más profesionales médicos varones que mujeres.

TABLA 3. Población en estudio según: Años de experiencia profesional. Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025

Años de experiencia	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 1 año	5	7.8
De 1 a 5 años	17	26.6
Más de 5 años	42	65.6
Total	64	100,0

Fuente: Elaboración Propia

GRAFICO 3. Población en estudio según: Años de experiencia profesional. Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025



Fuente: Elaboración Propia

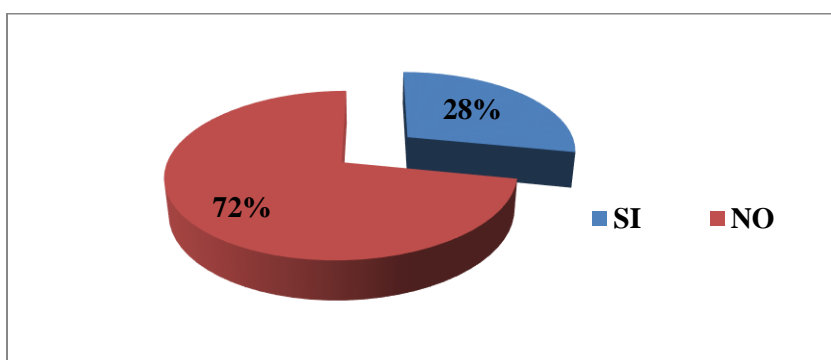
En el gráfico se observa al personal de salud distribuido según sus años de experiencia dentro del instituto nacional de tórax, donde el 65.6% trabajan más de 5 años en la institución, el 26.6% trabaja entre 1 a 5 años ya que en los últimos años se incorporó personal médico para la atención de los pacientes y el 7.8% trabajan menos de 1 año ya que en la presente gestión se realizó una reestructuración del instituto, donde se llamaron a especialistas en el área que estaban trabajando en primer nivel.

TABLA 4. Población en estudio según: Hábito de Fumar Cigarrillos. Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025

Hábito de Fumar Cigarrillos	Frecuencia	Porcentaje
SI	18	28.1
NO	46	71.9
Total	64	100,0

Fuente: Elaboración Propia

GRAFICO 4. Población en estudio según: Hábito de Fumar Cigarrillos. Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025



Fuente: Elaboración Propia

Como una interrogante que va relacionada con el estudio, se preguntó si tenían el hábito de fumar cigarrillos y se identificó que el 28.1% si tiene el hábito de fumar, aun trabajando en una institución que se dedica exclusivamente a la identificación y tratamiento de patologías pulmonares, que muchas son a causa del hábito de fumar cigarrillos, pero se observa de igual manera que el 71.9% no tiene el hábito de fumar respetando los principios de la institución.

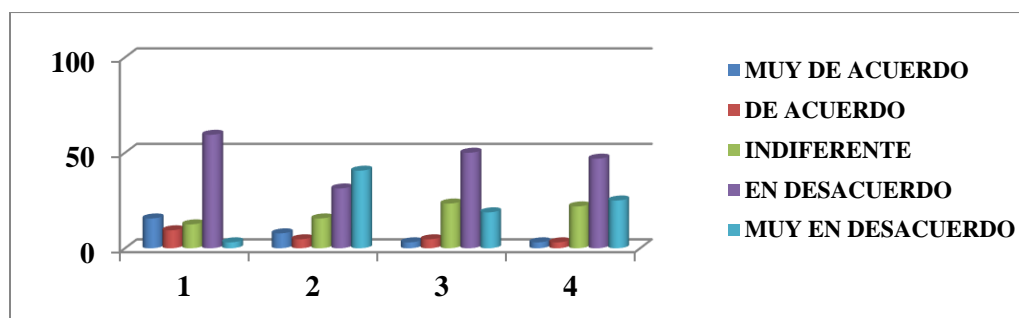
PERCEPCIÓN SOBRE LAS POLÍTICAS DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE TABACO EN BOLIVIA

**TABLA 5. Percepción del personal Médico sobre la efectividad de la Ley 1280.
Según ítems. Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025**

N°	ÍTEMS	MUY DE ACUERDO		DE ACUERDO		INDIFERENTE		EN DESACUERDO		MUY EN DESACUERDO		TOTAL	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1	Usted cree que las políticas públicas de prevención son efectivas en la población	10	15,6	6	9,4	8	12,5	38	59,4	2	3,1	64	100
2	Usted cree que la reglamentación Decreto Supremo N°4972 tuvo resultados satisfactorios	5	7,8	3	4,7	10	15,6	20	31,3	26	40,6	64	100
3	Usted cree que la Ley 1280 brinda lineamientos efectivos	2	3,1	3	4,7	15	23,4	32	50,0	12	18,8	64	100
4	Usted cree que la ley N.º 1280 fomenta la investigación de forma efectiva	2	3,1	2	3,1	14	21,9	30	46,9	16	25,0	64	100

Fuente: Elaboración propia

**GRAFICO 5. Percepción del personal Médico sobre la efectividad de la Ley 1280.
Según ítems. Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025**

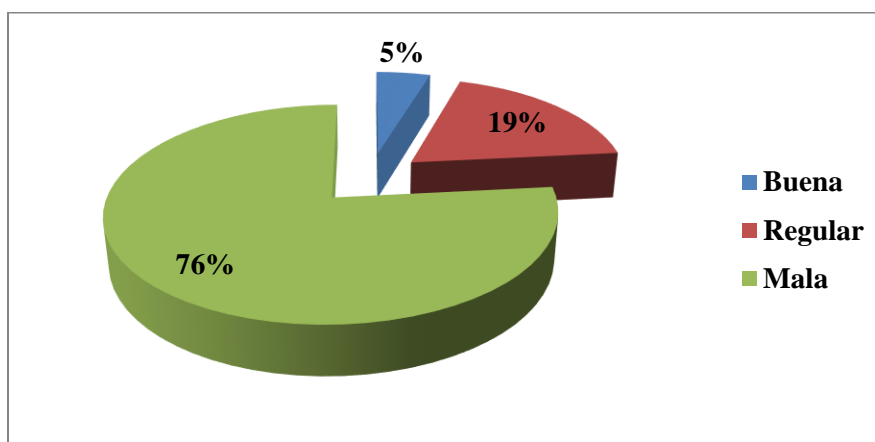


Fuente: Elaboración propia

En el gráfico se observa la percepción del personal médico sobre la efectividad de la Ley 1280. Según ítems, donde predominan las respuestas en desacuerdo y muy en desacuerdo, ya que no están de acuerdo con efectividad de la política de prevención, porque no tuvo resultados satisfactorios ni tampoco brinda lineamientos efectivos o acciones que fomente la investigación de forma efectiva.

TABLA 6. Percepción del personal Médico sobre la efectividad de la Ley 1280.**Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025**

Efectividad	Frecuencia	Porcentaje
Buena	3	4.7
Regular	12	18.7
Mala	49	76.6
Total	64	100,0

Fuente: Elaboración Propia**GRAFICO 6. Percepción del personal Médico sobre la efectividad de la Ley 1280.****Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025****Fuente: Elaboración Propia**

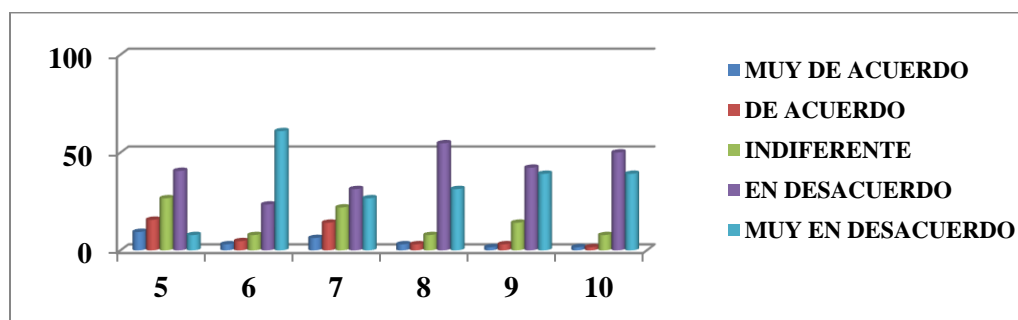
De acuerdo a los 4 ítems propuestos para evaluar la percepción sobre la efectividad de la Ley 1280, se observa que tiene una percepción mala la mayoría 76.6% ya que perciben que la ley no es efectiva para la prevención del consumo del tabaco y el cuidado de la salud pulmonar de la población, son muy pocos que tienen una percepción buena 4.7% o percepción regular 18.7% ya que según ellos no es efectiva para su propósito.

TABLA 7. Percepción del personal Médico sobre la implementación de la ley 1280
Según Ítems. Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025

N°	ÍTEMS	MUY DE ACUERDO		DE ACUERDO		INDIFERENTE		EN DESACUERDO		MUY EN DESACUERDO		TOTAL	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
5	La Ley 1280 está siendo implementada de manera efectiva en el país	6	9,4	10	15,6	17	26,6	26	40,6	5	7,8	64	100
6	Existen campañas visibles de prevención	2	3,1	3	4,7	5	7,8	15	23,4	39	60,9	64	100
7	Los establecimientos de salud cumplen con las disposiciones de la Ley	4	6,3	9	14,1	14	21,9	20	31,3	17	26,6	64	100
8	Se prohíbe adecuadamente fumar en espacios públicos cerrados	2	3,1	2	3,1	5	7,8	35	54,7	20	31,3	64	100
9	Se realizan inspecciones o controles regulares según la Ley N° 1280	1	1,6	2	3,1	9	14,1	27	42,2	25	39,1	64	100
10	Hay sanciones visibles para quienes incumplen la normativa	1	1,6	1	1,6	5	7,8	32	50,0	25	39,1	64	100

Fuente: Elaboración propia

GRAFICO 7. Percepción del personal Médico sobre la implementación de la ley 1280. Según Ítems. Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025

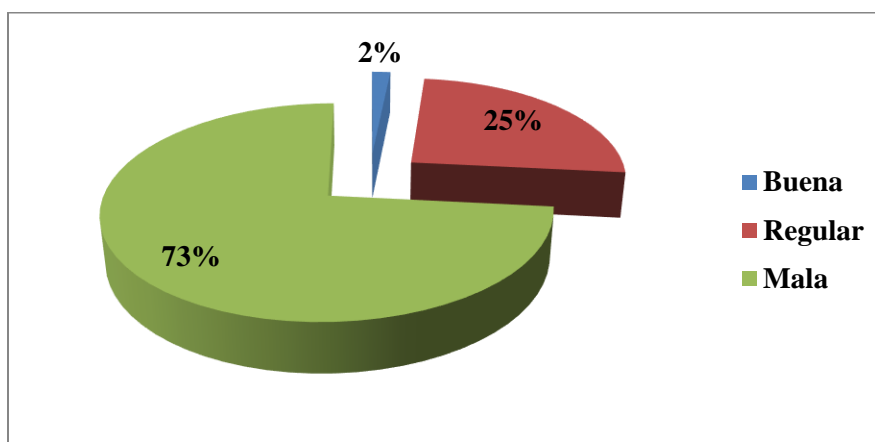


Fuente: Elaboración propia

En el gráfico se observa la percepción del personal médico sobre la implementación de la Ley 1280. Según ítems, donde predominan las respuestas en desacuerdo y muy en desacuerdo, ya que no están de acuerdo con su implementación, argumentando que no se la desarrolla de una manera adecuada, porque no está siendo implementada de manera efectiva en el país, sin realizar inspecciones o controles regulares según la Ley N° 1280, incumpliendo la normativa.

TABLA 8. Percepción del personal Médico sobre la implementación de la ley 1280.**Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025**

Implementación	Frecuencia	Porcentaje
Buena	1	1.6
Regular	16	25.0
Mala	47	73.4
Total	64	100,0

Fuente: Elaboración Propia**GRAFICO 8. Percepción del personal Médico sobre la implementación de la ley 1280. Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025****Fuente: Elaboración Propia**

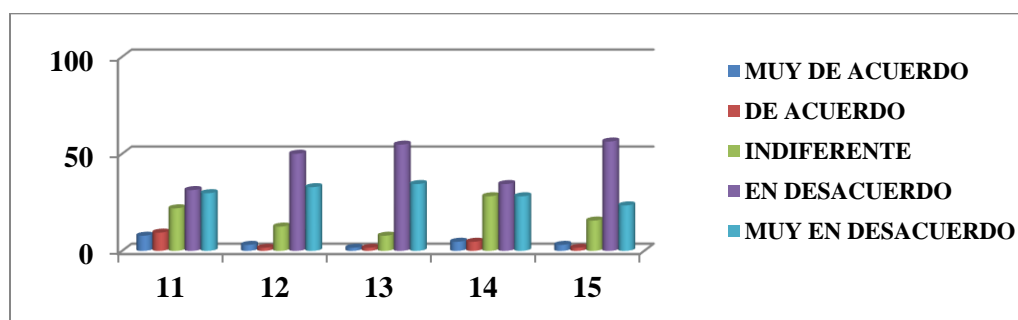
De acuerdo a los 6 ítems propuestos para evaluar la implementación de la Ley 1280, se observa que tienen una percepción mala la mayoría 73.4% ya que perciben que la ley no fue implementada de una forma adecuada, existiendo falencias en la prevención del consumo del tabaco y el cuidado de la salud pulmonar de la población, son muy pocos que tienen una percepción buena 1.6% o percepción regular 25.0% ya que según ellos no se la aplico de una forma correcta y efectiva su implementación.

TABLA 9. Percepción del personal Médico sobre el impacto de la ley 1280 en la salud pública. Según Ítems. Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025

N°	ÍTEMS	MUY DE ACUERDO		DE ACUERDO		INDIFERENTE		EN DESACUERDO		MUY EN DESACUERDO		TOTAL	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
11	La Ley 1280 ha contribuido a disminuir el consumo de tabaco	5	7,8	6	9,4	14	21,9	20	31,3	19	29,7	64	100
12	Se ha reducido la exposición al humo	2	3,1	1	1,6	8	12,5	32	50,0	21	32,8	64	100
13	Los pacientes están más conscientes de los riesgos	1	1,6	1	1,6	5	7,8	35	54,7	22	34,4	64	100
14	El personal de salud tiene un rol activo en la prevención	3	4,7	3	4,7	18	28,1	22	34,4	18	28,1	64	100
15	La ley ha tenido un impacto positivo en la salud pulmonar	2	3,1	1	1,6	10	15,6	36	56,3	15	23,4	64	100

Fuente: Elaboración propia

GRAFICO 9. Percepción del personal Médico sobre el impacto de la ley 1280 en la salud pública. Según Ítems. Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025



Fuente: Elaboración propia

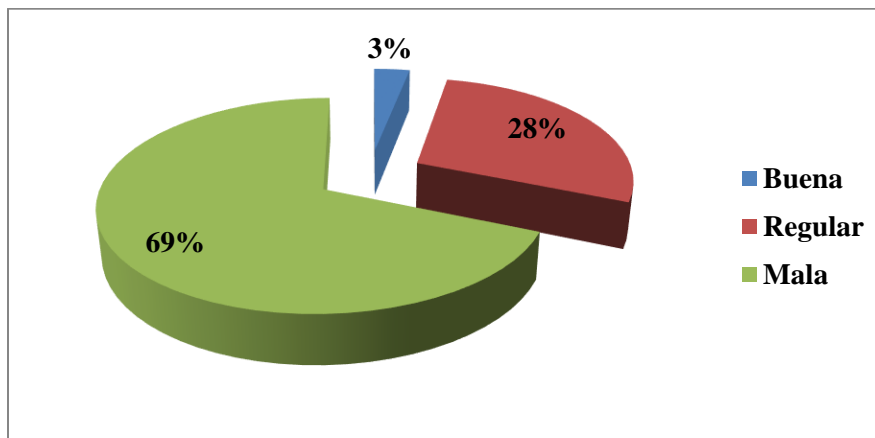
En el gráfico se observa la percepción del personal médico sobre el impacto de la ley 1280 en la salud pública, donde predominan las respuestas en desacuerdo y muy en desacuerdo, ya que según los médicos no se ha reducido la exposición al humo, sino que el personal de salud no tiene un rol activo en la prevención del tabaquismo, por lo que no tuvo un impacto positivo en la salud pulmonar de la población.

TABLA 10. Percepción del personal Médico sobre el impacto de la ley 1280 en la salud pública. Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025

Impacto	Frecuencia	Porcentaje
Buena	2	3.1
Regular	18	28.1
Mala	44	68.8
Total	64	100,0

Fuente: Elaboración Propia

GRAFICO 10. Percepción del personal Médico sobre el impacto de la ley 1280 en la salud pública. Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025



Fuente: Elaboración Propia

De acuerdo a los 5 ítems propuestos para evaluar el impacto de la ley 1280 en la salud pública, se observa que tiene un percepción mala la mayoría 68.8% ya que perciben que la ley no tiene un impacto positivo, porque no se la aplica de forma efectiva, por lo que no se previene patologías pulmonares relacionadas con el consumo de tabaco en Bolivia, son muy pocos que tienen una percepción buena 3.1% o percepción regular 28.1% ya que según ellos no tiene un impacto positivo en la salud pulmonar de la población.

TABLA 11. Percepción general del personal Médico sobre las políticas públicas de prevención del tabaquismo, según la ley 1280. Instituto Nacional de Tórax. La Paz.

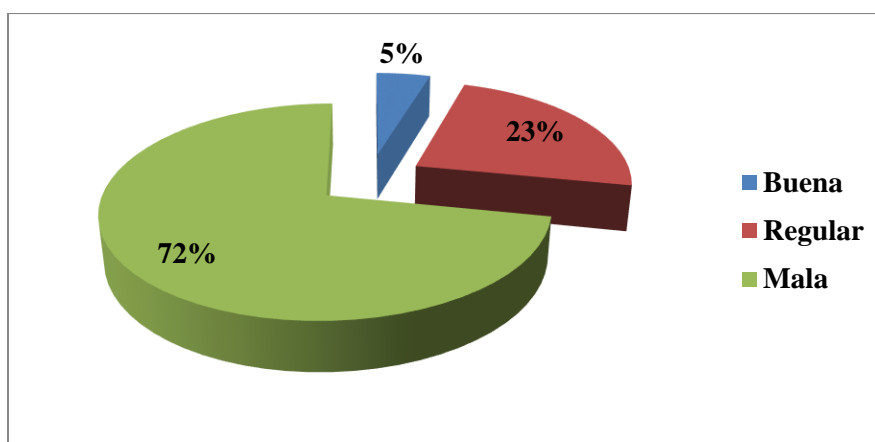
2025

Percepción general	Frecuencia	Porcentaje
Buena	3	4.7
Regular	15	23.4
Mala	46	71.9
Total	64	100,0

Fuente: Elaboración Propia

GRAFICO 11. Percepción general del personal Médico sobre las políticas públicas de prevención del tabaquismo, según la ley 1280. Instituto Nacional de Tórax. La

Paz. 2025



Fuente: Elaboración Propia

De acuerdo a los 15 ítems propuestos para evaluar la percepción general del personal Médico sobre las políticas públicas de prevención del tabaquismo, según la ley 1280, se observa que tiene un percepción mala la mayoría 71.9% ya que perciben que la ley no es efectiva y se la aplica de una forma inadecuada, por lo que no tiene un impacto positivo en la prevención de patologías pulmonares relacionadas con el consumo de tabaco, son muy pocos que tienen una percepción buena 4.7% o percepción regular 23.4%.

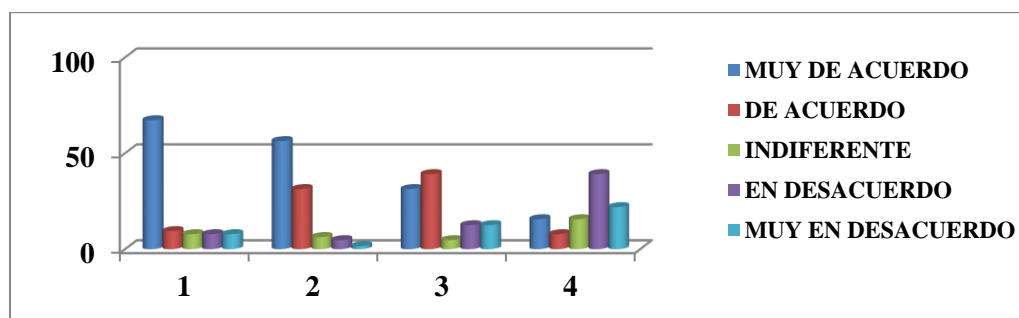
ACTITUDES SOBRE LAS POLÍTICAS DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE TABACO EN BOLIVIA

**TABLA 12. Actitudes del personal Médico sobre la efectividad de la Ley 1280.
Según ítems. Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025**

N°	ÍTEMES	MUY DE ACUERDO		DE ACUERDO		INDIFERENTE		EN DESACUERDO		MUY EN DESACUERDO		TOTAL	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1	Es necesario apoyar de forma efectiva las políticas públicas	43	67,2	6	9,4	5	7,8	5	7,8	5	7,8	64	100
2	Promuevo la cesación tabáquica entre mis pacientes fumadores	36	56,3	20	31,3	4	6,3	3	4,7	1	1,6	64	100
3	Realizo la vigilancia del cumplimiento de la Ley 1280 de forma efectiva	20	31,3	25	39,1	3	4,7	8	12,5	8	12,5	64	100
4	Realizo investigaciones que fortalezca los conocimientos sobre la prevención del tabaquismo	10	15,6	5	7,8	10	15,6	25	39,1	14	21,9	64	100

Fuente: Elaboración propia

**GRAFICO 12. Actitudes del personal Médico sobre la efectividad de la Ley 1280.
Según ítems. Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025**

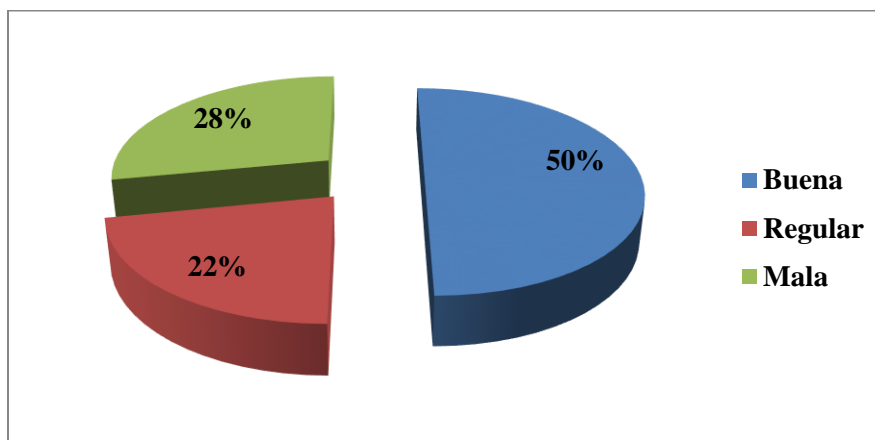


Fuente: Elaboración propia

En el grafico se observa la actitud del personal médico sobre la efectividad de la Ley 1280. Según ítems, donde predominan las respuestas de muy de acuerdo o de acuerdo ya que consideran que es necesario apoyar de forma efectiva las políticas públicas, promoviendo la cesación tabáquica entre sus pacientes fumadores, apoyando la vigilancia del cumplimiento de la Ley 1280 de forma efectiva y realizando investigaciones que fortalezca los conocimientos sobre la prevención del tabaquismo.

TABLA 13. Actitud del personal Médico sobre la efectividad de la Ley 1280.**Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025**

Efectividad	Frecuencia	Porcentaje
Buena	32	50.0
Regular	14	21.9
Mala	18	28.1
Total	64	100,0

Fuente: Elaboración Propia**GRAFICO 13. Actitud del personal Médico sobre la efectividad de la Ley 1280.****Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025****Fuente: Elaboración Propia**

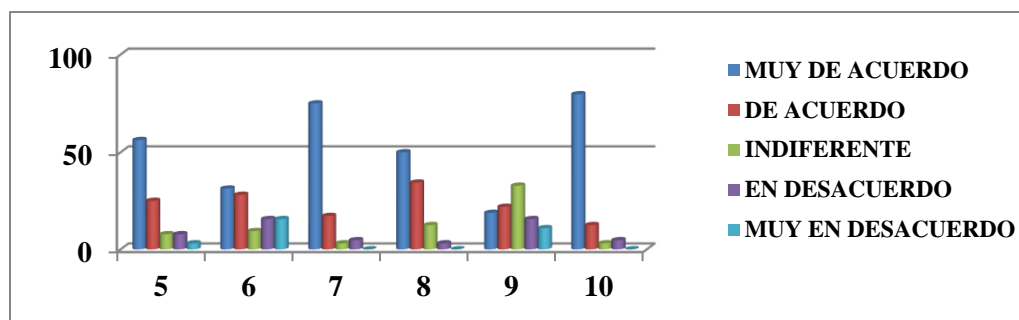
De acuerdo a los 4 ítems propuestos para evaluar las actitudes sobre la efectividad de la Ley 1280, se observa que tiene una actitud buena la mayoría 50.0% ya que están de acuerdo en promover la efectividad de la ley, con acciones asistenciales y promocionales para la prevención del consumo del tabaco y el cuidado de las salud pulmonar de la población, son muy pocos que tienen una actitud mala 28.1% o actitud regular 21.9 % ya que según ellos se tiene que apoyar de forma efectiva la prevención del tabaquismo.

TABLA 14. Actitud del personal Médico sobre la implementación de la ley 1280
Según Ítems. Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025

N°	ÍTEMS	MUY DE ACUERDO		DE ACUERDO		INDIFERENTE		EN DESACUERDO		MUY EN DESACUERDO		TOTAL	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
5	Hablo con mis pacientes sobre los riesgos del consumo de tabaco	36	56,3	16	25,0	5	7,8	5	7,8	2	3,1	64	100
6	Me interesa participar activamente en acciones de prevención	20	31,3	18	28,1	6	9,4	10	15,6	10	15,6	64	100
7	Apoyo la implementación de políticas libres de humo	48	75,0	11	17,2	2	3,1	3	4,7	0	0,0	64	100
8	Es importante participar de capacitaciones	32	50,0	22	34,4	8	12,5	2	3,1	0	0,0	64	100
9	Considero que la Ley 1280 está bien fundamentada en evidencia científica	12	18,8	14	21,9	21	32,8	10	15,6	7	10,9	64	100
10	Es necesario realizar reformas a la ley 1280 para su implementación	51	79,7	8	12,5	2	3,1	3	4,7	0	0,0	64	100

Fuente: Elaboración propia

GRAFICO 14. Actitud del personal Médico sobre la implementación de la ley 1280.
Según Ítems. Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025

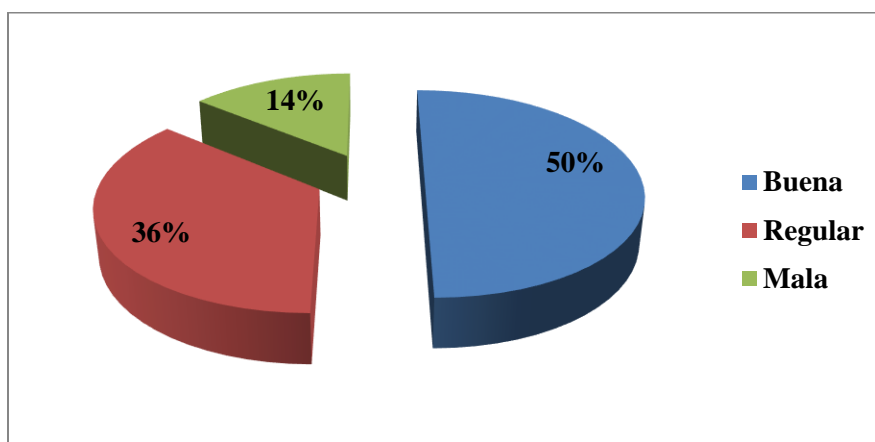


Fuente: Elaboración propia

En el gráfico se observa la actitud del personal médico sobre la implementación de la Ley 1280. Según ítems, donde predominan las respuestas muy de acuerdo y de acuerdo, ya que la implementación debe partir de ellos hablando con los pacientes sobre los riesgos del consumo de tabaco y participando activamente en acciones de prevención, apoyando la implementación de políticas libres de humo, donde es necesario participar de capacitaciones argumentando que es necesario realizar reformas a la ley 1280 para su implementación.

TABLA 15. Actitud del personal Médico sobre la implementación de la ley 1280.**Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025**

Implementación	Frecuencia	Porcentaje
Buena	32	50.0
Regular	23	35.9
Mala	9	14.1
Total	64	100,0

Fuente: Elaboración Propia**GRAFICO 15. Actitud del personal Médico sobre la implementación de la ley 1280.****Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025****Fuente: Elaboración Propia**

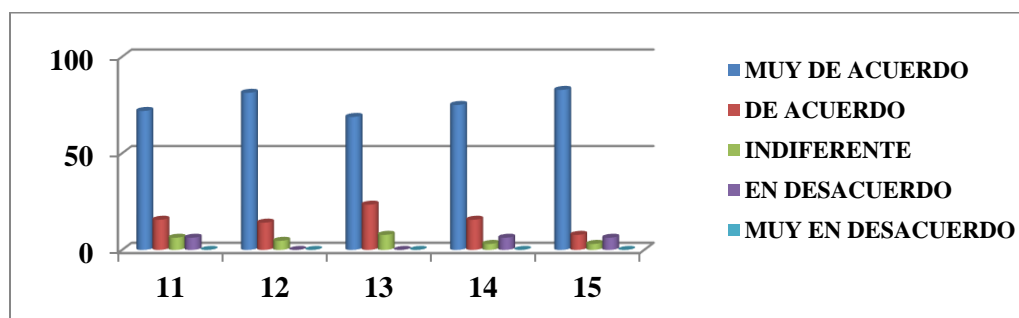
De acuerdo a los 6 ítems propuestos para evaluar la actitud sobre la implementación de la Ley 1280, se observa que tienen una actitud buena la mayoría 50.0% ya que argumentan que es necesario apoyar la implementación de políticas libres de humo, realizando reformas a la ley 1280 para su implementación, son muy pocos que tienen una actitud mala 14.1% o actitud regular 35.9% ya que según ellos es importante participar activamente en acciones de prevención.

TABLA 16. Actitud del personal Médico sobre el impacto de la ley 1280 en la salud pública. Según Ítems. Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025

N°	ÍTEMS	MUY DE ACUERDO		DE ACUERDO		INDIFERENTE		EN DESACUERDO		MUY EN DESACUERDO		TOTAL	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
11	La Ley 1280 es relevante para el contexto boliviano y debería aplicarse	46	71,9	10	15,6	4	6,3	4	6,3	0	0,0	64	100
12	Se debería aumentar la fiscalización del cumplimiento de la Ley	52	81,3	9	14,1	3	4,7	0	0,0	0	0,0	64	100
13	La publicidad de tabaco aún está presente y debería ser controlada	44	68,8	15	23,4	5	7,8	0	0,0	0	0,0	64	100
14	Las sanciones establecidas por la ley no son suficientes para disuadir el consumo.	48	75,0	10	15,6	2	3,1	4	6,3	0	0,0	64	100
15	El personal del instituto debería apoyar La ley para tener un impacto positivo	53	82,8	5	7,8	2	3,1	4	6,3	0	0,0	64	100

Fuente: Elaboración propia

GRAFICO 16. Actitud del personal Médico sobre el impacto de la ley 1280 en la salud pública. Según Ítems. Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025



Fuente: Elaboración propia

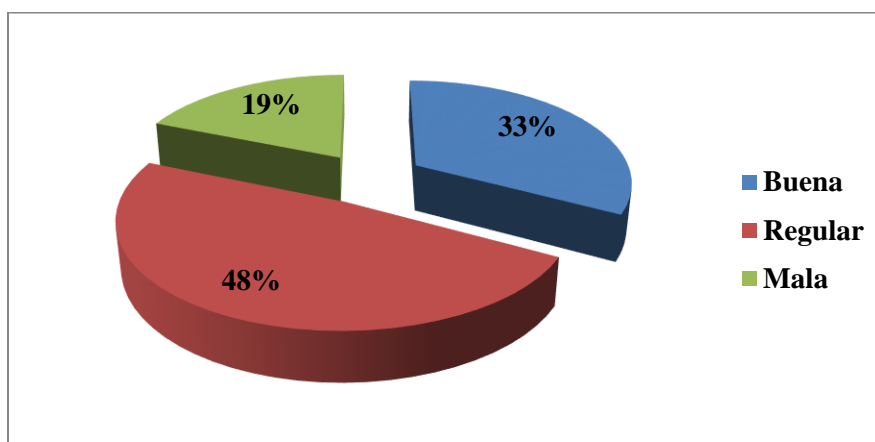
En el gráfico se observa las actitudes del personal médico sobre el impacto de la ley 1280 en la salud pública, donde predominan las respuestas muy de acuerdo y de acuerdo, ya que, según los médicos, se debería aumentar la fiscalización del cumplimiento de la Ley, controlar la publicidad de tabaco y realizar las sanciones establecidas por la ley que no son suficientes para disuadir el consumo, por lo que el personal del instituto debería apoyar la ley para tener un impacto positivo.

TABLA 17. Actitud del personal Médico sobre el impacto de la ley 1280 en la salud pública. Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025

Impacto	Frecuencia	Porcentaje
Buena	21	32.8
Regular	31	48.4
Mala	12	18.8
Total	64	100,0

Fuente: Elaboración Propia

GRAFICO 17. Actitud del personal Médico sobre el impacto de la ley 1280 en la salud pública. Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025



Fuente: Elaboración Propia

De acuerdo a los 5 ítems propuestos para evaluar la actitud sobre el impacto de la ley 1280 en la salud pública, se observa que tiene una actitud regular la mayoría 48.4% ya que argumentan que el personal del instituto debería apoyar la ley para tener un impacto positivo en la salud pública de la población, son muy pocos que tienen una percepción mala 18.8% o actitud buena 32.8% ya que según ellos el impacto positivo en la salud pulmonar de la población es muy importante por lo que se debería apoyar a que tenga un impacto real y positivo en las personas.

TABLA 18. Actitud general del personal Médico sobre las políticas públicas de prevención del tabaquismo, según la ley 1280. Instituto Nacional de Tórax. La Paz.

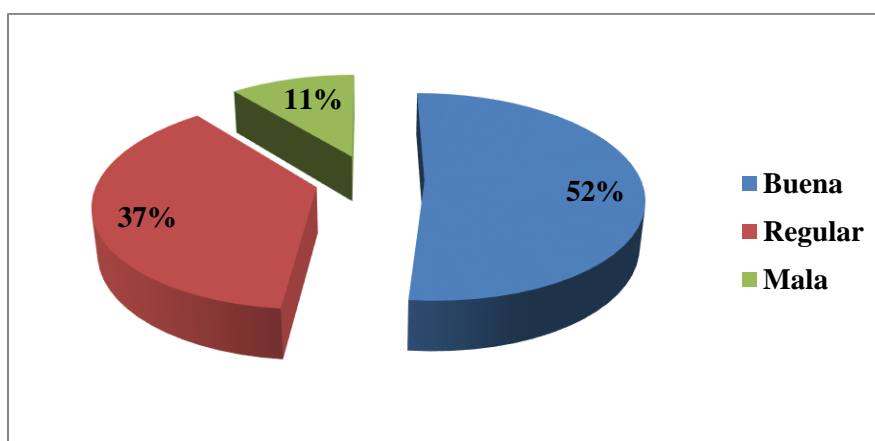
2025

Actitud general	Frecuencia	Porcentaje
Buena	33	51.6
Regular	24	37.5
Mala	7	10.9
Total	64	100,0

Fuente: Elaboración Propia

GRAFICO 18. Actitud general del personal Médico sobre las políticas públicas de prevención del tabaquismo, según la ley 1280. Instituto Nacional de Tórax. La Paz.

2025



Fuente: Elaboración Propia

De acuerdo a los 15 ítems propuestos para evaluar las actitudes de forma general del personal Médico sobre las políticas públicas de prevención del tabaquismo, según la ley 1280, se observa que tienen una actitud buena la mayoría 51.6% ya que argumentan que es importante y necesario apoyar la implementación de forma efectiva, para que tenga un impacto positivo en la población, son muy pocos que tienen una actitud mala 10.9% o una actitud regular 37.5%.

TABLA 19. Relación entre percepción y actitudes del personal Médico sobre las políticas públicas de prevención del tabaquismo, según la ley 1280. Instituto Nacional de Tórax. La Paz. 2025

Percepción general	Actitud general			Total
	Buena	Regular	Mala	
Buena	3	0	0	3
	4,7%	0,0%	0,0%	4,7%
Regular	12	3	0	15
	18,8%	4,7%	0,0%	23,4%
Mala	18	21	7	46
	28,1%	32,8%	10,9%	71,9%
Total	33	24	7	64
	51,6%	37,5%	10,9%	100,0%

Fuente: Elaboración Propia

		Percepción general	Actitud general
tau_b de Kendall	Percepción general	Coefficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	,001
		N	64
	Actitud general	Coefficiente de correlación	,388**
		Sig. (bilateral)	,001
		N	64

Según los valores del estadístico tau b de Kendall se observa que el p valor, de significancia bilateral = 0.001 es menor a 0.05 por lo que se acepta la hipótesis planteada por el investigador encontrando asociación entre la percepción y las actitudes del personal Médico sobre las políticas públicas de prevención del tabaquismo, según la ley 1280.

Lo que queda evidenciado con el valor del coeficiente de correlación $t=0.388$ el cual se interpreta como una correlación moderada entre las variables mencionadas.

4.1. Discusión de resultados

El tabaquismo continúa siendo una de las principales amenazas para la salud pública en Bolivia. Su impacto trasciende lo individual y se convierte en una carga colectiva que afecta al sistema sanitario, a la economía nacional y a la calidad de vida de miles de personas.

La persistencia del consumo de tabaco y la aparición de nuevas formas de consumo evidencian que las medidas tomadas no han sido suficientemente eficaces para frenar la adicción ni para generar conciencia masiva sobre sus efectos negativos en la salud pulmonar. Además, se observa una notable falta de control sobre la comercialización, distribución y promoción de estos productos.

Tomando en cuenta que la normativa sobre consumo de tabaco en Bolivia se basa principalmente en tres Leyes actualmente vigentes: la Ley de Reforma Tributaria de 1986 La Ley que ratifica el Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS de 2005 y la Ley de Prevención y Control del uso del Tabaco de 2020 donde cada una de estas Leyes se encuentra debidamente reglamentada por decretos que las acompañan, es necesario hacer cumplir la ley.

Paulatinamente la sociedad ha ido adquiriendo conciencia de las enormes afecciones a la salud que ocasiona el tabaco, emprendiéndose desde diversos sectores sociales e institucionales una batalla contra el consumo del mismo.

Es en este sentido que es necesario evaluar la percepción y actitudes de los actores como son los médicos del Instituto Nacional de Tórax, los cuales atiende a una gran cantidad de pacientes como efecto del consumo de tabaco en Bolivia.

Según los resultados del estudio se pudo evidenciar que el personal médico del Instituto Nacional de Tórax, que atiende pacientes con patologías pulmonares por lo general, se caracteriza por encontrarse en una edad de 31 a 40 años y ser de sexo masculino, con una experiencia en el trabajo de la institución de más de 5 años, teniendo algunos el hábito de fumar cigarrillos.

Considerando la percepción del personal médico del Instituto Nacional de Tórax sobre las políticas públicas de prevención del tabaquismo, según la ley 1280, se observa que tiene una percepción mala la mayoría 71.9% ya que perciben que la ley no es efectiva y se la aplica de una forma inadecuada, por lo que no tiene un impacto positivo en la prevención de patologías pulmonares relacionadas con el consumo de tabaco.

Las actitudes del personal médico del Instituto Nacional de Tórax sobre las políticas públicas de prevención del tabaquismo, según la ley 1280 se observa que tienen una actitud buena la mayoría 51.6% ya que argumentan que es importante y necesario apoyar la implementación de forma efectiva, para que tenga un impacto positivo en la población, son muy pocos que tienen una actitud mala 10.9% o una actitud regular 37.5%.

Según los valores del estadístico tau b de kendall se observa que existe asociación entre la percepción y las actitudes del personal Médico sobre las políticas públicas de prevención del tabaquismo, según la ley 1280. Existe una correlación $t=0.388$ moderada entre las variables mencionadas.

Estos resultados se los puede comparar con algunos estudios que se publicaron sobre el tema como por ejemplo el publicado por Chen et al. (6) el año 2023 en Rusia Titulado: “Impacto de la política nacional de control del tabaco en las tasas de hospitalización por neumonía: cuando el cumplimiento importa”. Concluyó que la implementación de la política nacional de control del tabaco en Rusia se asoció con una reducción significativa en las tasas de hospitalización por neumonía (6).

Lo cual no se asemeja a los resultados de las políticas implementadas en Bolivia, ya que estas según nuestra investigación no fueron efectiva ni tuvieron un impacto positivo en la salud de la población como ocurrió en Rusia.

Otro estudio publicado en Arabia Saudita el (7)., Titulado “Implementación de políticas de control del tabaco y la incidencia futura de cáncer de pulmón en Arabia Saudita”, concluyó que una implementación integral de políticas antitabaco podría evitar hasta el 22% de los futuros casos de cáncer pulmonar en Arabia Saudita (7).

Se observa de igual manera que en caso anterior, las políticas públicas implementadas en otros países dieron resultados positivos, pero no así en Bolivia, ya que se tiene que aplicar reformas para que realmente tenga un impacto en la salud pulmonar de la población.

Las opiniones y percepciones de las actitudes asociadas al uso de tabaco, en diferentes períodos históricos y poblaciones, muestran la complejidad del asunto. La polémica prohibición de fumar en locales públicos hace necesario discutir las opiniones y percepciones de las actitudes acerca del tabaquismo, debido a que entra en conflicto con la historia y la cultura del tabaquismo.

En Colombia se desarrolló un estudio titulado: Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el tabaquismo en un grupo de médicos de Bogotá, Colombia, (16) tuvo como objetivo Identificar comportamientos, actitudes y prácticas sobre tabaquismo en un grupo de médicos en Bogotá (Colombia).

Tomando en cuenta los factores contextuales, se puede decir que los estudios de Chen et al. en Rusia y el de Arabia Saudita (7) muestran resultados positivos derivados de la implementación de políticas públicas más estrictas contra el tabaquismo. En estos países, se observa una reducción significativa de hospitalizaciones por neumonía y una disminución potencial de casos de cáncer de pulmón gracias a la aplicación de políticas de control del tabaco. Sin embargo, en Bolivia los resultados parecen ser menos satisfactorios, lo que podría estar relacionado con la diferencia en la aplicación efectiva y el cumplimiento de dichas políticas.

Considerando los factores culturales, se puede decir que uno de los factores más relevantes es la cultura del tabaquismo en cada país. El estudio en Colombia sobre los médicos en Bogotá muestra una prevalencia relativamente alta de consumo de tabaco, especialmente entre los médicos en formación, lo que sugiere que la cultura del tabaquismo está más arraigada en ciertos sectores, incluso entre los profesionales de la salud. En Bolivia, la cultura del tabaquismo podría tener una mayor arraigo dentro de la sociedad en comparación con otros países, lo que dificulta la aceptación de políticas más restrictivas.

Haciendo un análisis de los factores Institucionales, se observa que las políticas públicas en diferentes países, muestra que la efectividad de la legislación está fuertemente influenciada por el compromiso institucional. En los casos de Rusia y Arabia Saudita, las políticas de control del tabaco fueron implementadas de manera estricta y respaldadas por campañas educativas y regulaciones en espacios públicos. Sin embargo, en Bolivia, parece que las políticas no cuentan con un respaldo institucional tan sólido, lo que lleva a la falta de cumplimiento y, por lo tanto, a la ineficiencia en la reducción de la prevalencia del tabaquismo.

5. Propuesta

ESTRATEGIAS DE FORTALECIMIENTO A LA NORMATIVA DE PREVENCIÓN Y CONTROL AL CONSUMO DE TABACO, LEY 1280, PERSONAL MEDICO DEL INSTITUTO NACIONAL DE TÓRAX, LA PAZ BOLIVIA

5.1. Introducción de la Propuesta

El consumo de tabaco mata a más de ocho millones de personas cada año (14) y genera una pérdida sustancial de capital económico y humano en todos los países. Si bien existen soluciones eficaces para el control del tabaco desde la oferta, estos enfoques son menos eficaces para promover el abandono entre los fumadores habituales y menos viables de implementar en países con políticas de control del tabaco más débiles.

Sí bien el Estado Plurinacional de Bolivia ha manifestado de varias maneras su disposición a adherirse a los principios con el Convenio Marco para el Control del Tabaco, la normativa es todavía insuficiente para constituirse en un compromiso completo.

Las regulaciones actuales no son efectivas, tienen numerosos niveles de control que no se cumplen y son inconsistentes, según los resultados del estudio, lo que requiere una reforma de la ley. Las amenazas y dificultades significativas para la salud pueden requerir nuevos sistemas legales, y los actores como ser el personal de salud, pueden carecer de la autoridad para cumplir con sus obligaciones de salud pública con éxito.

En este sentido la necesidad de reformar las leyes de prevención de la salud o fortalecerlas, radica en la adaptación a nuevos desafíos, como la mejora del acceso equitativo a la atención, la optimización de recursos y la modernización de los sistemas para incluir la salud digital y la atención primaria.

Estas reformas buscan fortalecer los sistemas para prevenir enfermedades, gestionar mejor los recursos humanos y tecnológicos, y garantizar una atención de calidad y continua, especialmente en zonas rurales y para poblaciones vulnerables.

Por lo tanto, se necesitan soluciones eficaces desde la demanda, fortaleciendo las normas sociales en torno al consumo de tabaco planteando varias estrategias para prevenir el inicio y promover el abandono del consumo de tabaco.

5.2. Justificación de la Propuesta

El consumo de tabaco constituye uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial y nacional, siendo un factor determinante en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, respiratorias y diversos tipos de cáncer.

En Bolivia, a pesar de los avances en la implementación de normativas y políticas de control del tabaco, como la Ley N° 1280 y la reglamentación, aún persisten desafíos significativos en el cumplimiento efectivo, especialmente en el ámbito institucional de salud.

El Instituto Nacional de Tórax, como centro de referencia en enfermedades respiratorias, se encuentra en una posición estratégica para liderar acciones de prevención, control y sensibilización sobre los efectos nocivos del tabaco.

Sin embargo, la eficacia de estas acciones depende en gran medida de la percepción, el conocimiento y las actitudes del personal médico respecto a la normativa vigente y a las medidas de control del consumo de tabaco dentro y fuera del entorno hospitalario.

Evaluar y fortalecer dichas percepciones y actitudes resulta esencial para garantizar una adecuada aplicación de las políticas de prevención, promover entornos hospitalarios 100% libres de humo y consolidar el rol del personal médico como agentes de cambio y modelo de comportamiento saludable ante la población.

Asimismo, la implementación de estrategias de fortalecimiento permitirá identificar vacíos normativos, deficiencias en la aplicación y posibles barreras institucionales que limiten la efectividad de las medidas de control.

Por tanto, este proyecto se justifica en la necesidad de consolidar una cultura institucional coherente con los principios de salud pública y prevención del tabaquismo, contribuyendo al cumplimiento de los compromisos nacionales e internacionales asumidos por Bolivia en el marco del Convenio Marco para el Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Los resultados obtenidos permitirán generar evidencia útil para la toma de decisiones, la actualización de protocolos internos y la promoción de un entorno hospitalario más saludable, libre de exposición al humo del tabaco.

5.3. Objetivos de la propuesta

5.3.1. Objetivo general

Fortalecer la normativa de prevención y control al consumo de tabaco, con el fin de promover el cumplimiento efectivo de la Ley 1280, en el personal médico del Instituto Nacional de Tórax de La Paz, Bolivia.

5.3.2. Objetivos específicos

- Establecer estrategias gerenciales que ayuden a la aplicación efectiva de la ley 1280 de prevención y control al consumo de tabaco.
- Describir componentes estratégicos, para la reforma de legislación del control del tabaco.

5.4. Población beneficiaria

La población beneficiada de forma directa dentro de este proyecto es el personal médico que trabaja en el Instituto Nacional de Tórax de la ciudad de La Paz.

Los beneficiarios indirectos de esta propuesta es la población que acude al Instituto Nacional de Tórax de la ciudad de La Paz, para ser atendida por diferentes patologías pulmonares y la población en general.

5.5. Lineamientos de fortalecimiento

La presente propuesta se enfoca al desarrollo de lineamientos para el fortalecimiento tomando áreas específicas como ser:

- Lineamientos gerenciales para la aplicación efectiva de la Ley 1280.
- Lineamientos técnicos para la reforma a la legislación del control del tabaco.

Estrategias

- Estrategia Informativa.
- Estrategia Educativa Formativa
- Estrategia Asistencial.
- Estrategia Investigación Evaluación.
- Estrategia Legislativa.

Principios fundamentales

- Responde a un compromiso institucional, que estará liderado por las autoridades sanitarias para promover y coordinar todas las acciones que se desarrollen en este campo.
- Participa de las orientaciones y estrategias.
- Cuenta con un enfoque global del problema, promoviendo la colaboración intersectorial y estableciendo medidas graduales para disminuir las desigualdades.
- Pretende promover la salud, la calidad de vida, y la participación social.
- Potenciar la coordinación y la participación.
- Coordinación institucional.
- Coordinación intersectorial
- Participación social.

Estrategias gerenciales que ayuden a la aplicación efectiva de la ley 1280 de prevención y control al consumo de tabaco

Estrategia Informativa
El personal médico difundirá amplia y periódicamente la información sobre la Ley 1280 y los efectos del consumo de tabaco en la salud de la población fumadora voluntaria e involuntaria, y los beneficios de no fumar, promoviendo el uso de las nuevas tecnologías de la información.
El personal médico garantizará una permanente información de la política de prevención y control del tabaquismo, dentro y fuera de la Institución.
El personal médico ampliará y difundirá, exhaustiva y reiteradamente, la información sobre legislación vigente en materia de tabaco Ley 1280.
El personal médico facilitará la información desde un enfoque multidisciplinar, descritos en la Ley 1280 integrándola en las diversas actividades de los servicios sanitarios, de prevención de riesgos laborales, movimientos comunitarios, ONGs, asociaciones de consumidores.
El personal médico realizará una amplia difusión de la Ley 1280, que permita dar a conocer sus objetivos y actuaciones a todos los sectores de la sociedad, tanto a nivel nacional como autonómico y local.
El personal médico canalizará y difundirá la información nacional e internacional sobre políticas de tabaquismo, programas de formación, ayudas y proyectos de investigación, fomentando la participación en los mismos.
El personal médico difundirá información sobre los efectos perniciosos de la exposición pasiva al humo del tabaco, según la Ley 1280 destacando la especial importancia de no fumar durante el embarazo, ni en presencia de niños, ancianos y enfermos.
El personal médico sensibilizará a padres, docentes, sanitarios y líderes sociales del papel modélico que representan la Ley 1280.
La institución con ayuda del ministerio de salud, elaborará materiales de apoyo impresos y audiovisuales, con mensajes adaptados a las características de edad, género y rol, asegurando su distribución periódica y accesibilidad: centros sanitarios, docentes, etc.
El personal médico realizará campañas coordinadas y periódicas.
Potenciará la celebración del Día Mundial Sin Tabaco en todos los ámbitos, instalando mesas informativas en centros de salud y hospitales, realizando mediciones de monóxido de carbono en aire espirado.
La institución brindará teléfonos gratuitos de información sobre prevención del tabaquismo.

La institución facilitara información y normativa al personal médico, sobre espacios sin humo, de forma directa.
La institución desarrollara campañas de información sobre los beneficios que conlleva la creación de ambientes sin humo y los riesgos que provoca el estar en ambientes contaminados por humo de tabaco según la Ley 1280
El personal médico va promover iniciativas que faciliten la información y el respeto por los espacios sin humo
Estrategia Educativa Formativa
Potenciar el desarrollo de programas de prevención del tabaquismo atendiendo a las características de edad, género y rol según la Ley 1280.
Concienciar a padres, docentes, sanitarios y líderes sociales del papel modélico que representan, fomentando su implicación activa.
Diseñar programas de prevención del tabaquismo específicos para colegios.
Facilitar formación a profesionales sanitarios sobre el problema de salud pública que representa el tabaquismo, las tendencias actuales de la edad de inicio y el aumento del consumo en mujeres jóvenes, señalando la importancia de su intervención para evitar la adquisición del hábito en la población no fumadora.
Incentivar la intervención preventiva y educadora de profesionales del instituto, reforzando en la población (jóvenes, mujeres) el comportamiento de no fumar.
Facilitar la formación al personal del Instituto Nacional del Tórax sobre prevención del tabaquismo, y potenciar la integración de la Educación para la Salud.
Introducir la formación específica sobre tabaco/salud y consejo antitabaco, en la formación de profesionales del instituto, prestando especial atención a la problemática del tabaco, y la ley 1280 suministrando materiales de apoyo adecuados.
Formar al personal médico, sobre las ventajas y beneficios de no fumar, la publicidad y las técnicas de resistencia a la presión.
Estrategia Asistencial
Potenciar la intervención de profesionales sanitarios especializados del instituto, facilitando y reforzando el comportamiento de no fumar.
Garantizar el abordaje global y el tratamiento de la dependencia tabáquica mediante su inclusión en las prestaciones sanitarias al Sistema Nacional de Salud.
Impulsar la inclusión en la historia de consumo de tabaco en la historia clínica y la aplicación y registro sistemático.
Incentivar prioritariamente la intervención de los profesionales sanitarios, consiguiendo hacer realidad que los centros sanitarios sean espacios sin humo.
Facilitar la intervención de distintos profesionales, potenciando las actitudes saludables y facilitando los recursos para saber resistir a la presión de grupo, de la industria tabaquera, y de la publicidad.

Estrategia Investigación Evaluación
Fomentar la investigación sobre la motivación, causas del inicio y la consolidación, del hábito de fumar, atendiendo a la edad y género, entre el personal del Instituto Nacional de Tórax.
Realizar estudios epidemiológicos y encuestas que faciliten información sobre las causas que motivan el consumo de tabaco.
Capacitar al personal médico en sistemas de información y monitorización que permitan la evaluación de las actuaciones.
Establecer un sistema de información que permita evaluar estas actuaciones, cambio de actitudes, de percepción del riesgo, de cumplimiento de las normas, y de tramitación y resolución de las denuncias.
Promover la investigación y estudios epidemiológicos acerca del tabaquismo involuntario y su repercusión en la salud de la población.
Fomentar los estudios sobre la toxicidad del aire contaminado por humo de tabaco.
Fomentar la investigación en el abandono de la dependencia tabáquica, atendiendo a las características por grupos etáreos y de género.
Realizar estudios que permitan conocer los factores que influyen en el abandono, según edad y género.

Estrategias técnicas para fortalecer la legislación del control del tabaco

Estrategia Legislativa
Reforzar el conocimiento y cumplimiento de la legislación respecto a la prohibición de vender tabaco a los menores de 18 años entre el personal del Instituto Nacional del Tórax
Restringir la accesibilidad y disponibilidad del tabaco, unificando en todo el territorio nacional la prohibición de venta de tabaco a la población menor de 18 años.
Ampliar el marco legislativo estatal implantando de modo gradual la prohibición de la publicidad directa e indirecta, la promoción y el patrocinio de los productos del tabaco.
Promover la supresión de las máquinas expendedoras de tabaco (que no distinguen la edad del comprador), delimitando la venta personalizada como forma principal de adquisición de estos productos.
Establecer medidas fiscales nacionales de aumento del precio del tabaco.
Garantizar el cumplimiento de la legislación vigente sobre limitaciones de la venta y consumo de tabaco.

Promover la acreditación como Espacios Sin Humo de aquellos locales donde se realicen actividades de ocio para jóvenes y adolescentes.
Fomentar iniciativas y participación en proyectos de ámbito nacional e internacional que permitan el intercambio de conocimientos y estrategias de prevención del inicio (Clases Sin Humo, etc.).
Obtener el compromiso de autoridades, personalidades y otros líderes sociales, de no fumar en actos públicos.
Convocar anualmente subvenciones a proyectos y actividades de prevención del tabaquismo, promovidos sin ánimo de lucro, por colectivos de jóvenes y ONGs.
Incluir la vigilancia del cumplimiento de la normativa vigente en materia de venta y consumo de tabaco entre las competencias de los distintos órganos inspectores implicados (consumo, trabajo, educación, salud pública, etc.).
Ampliar el marco legislativo estatal implantando de modo gradual la prohibición total de la publicidad directa e indirecta, la promoción y el patrocinio de los productos del tabaco.
Promover la inclusión del humo ambiental del tabaco en el listado de sustancias nocivas ambientales.
Favorecer la creación de una medida comunitaria para clasificar el humo ambiental del tabaco, como agente carcinógeno del lugar de trabajo, a través de la Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo.
Al no existir un nivel seguro de exposición al humo ambiental del tabaco, no se aceptarán las estrategias de regulación de ventilación, diseño del espacio, etc., que se alegan para evitar el tabaquismo involuntario.
Facilitar los cambios legislativos necesarios para que toda persona vea respetado su derecho a respirar un aire sin humo de tabaco en todos los espacios públicos.
Velar por el cumplimiento de la normativa sobre espacios sin humo en los centros sanitarios, docentes, sociales, de atención al público, y en el ámbito de las administraciones públicas.
Promover las medidas legislativas necesarias para que se establezcan espacios libres de humo en las empresas.
Potenciar una señalización adecuada en todos los espacios sujetos a regulación (prohibición de fumar o zonas para fumadores).
Establecer los niveles de responsabilidad en la vigilancia de la normativa sobre espacios sin humo, diseñando mecanismos ágiles de inspección y respuesta a reclamaciones.
Promover los cambios legislativos para que en el sector de hostelería y restauración se establezcan zonas diferenciadas y limitación del número de plazas para fumadores.
Promover que las entidades locales establezcan y hagan cumplir normas reguladoras sobre limitaciones del consumo de tabaco en espacios públicos.
Establecer los requisitos mínimos de los espacios habilitados para fumar

Mantener informada a la población de la normativa vigente.
Cumplir la legislación actual y ampliar el marco legislativo progresivamente.
Facilitar mecanismos ágiles de consulta, inspección y sanción.
Promover la armonización en el conjunto del Estado de la normativa existente sobre tabaco.
Garantizar el seguimiento y cumplimiento de la normativa vigente, potenciando un sistema ágil y eficaz en los procedimientos de inspección, control, y sanción.
Buscar la colaboración y apoyo en el cumplimiento de la legislación vigente, y en la elaboración de nuevas propuestas.
Participar y apoyar las orientaciones legislativas de la Organización Mundial de la Salud y de la Unión Europea.
Exponer las medidas legislativas y sus objetivos como instrumentos necesarios de protección de la salud.
Buscar el apoyo en el cumplimiento de la normativa vigente.
Elaborar y distribuir materiales de apoyo sobre la legislación y los mecanismos para hacer eficaz su cumplimiento.

Estas acciones se podrán lograr con la participación social la cual se enmarca en:

- Apoyar las intervenciones que desde las organizaciones ciudadanas se desarrollan en este tema.
- Establecer una política gradual de espacios sin humo (ámbito público, laboral, social y de ocio), hasta conseguir la totalidad de los espacios libres de humo de tabaco.
- Incluir en la cartera de servicios de Atención Primaria el tratamiento de la dependencia tabáquica, asignando los recursos humanos y económicos específicos.
- Promover la participación en programas de intervención comunitaria
- Fomentar iniciativas de colectivos comunitarios que promuevan el derecho de no fumar obligadamente.
- Buscar alianzas entre políticos y líderes de opinión, para que se manifiesten a favor de una sociedad libre de tabaco.
- Potenciar que todos los actos en lugares cerrados promovidos o subvencionados por la administración pública, sean declarados sin humo.
- Potenciar las actividades de promoción de espacios sin humo.
- Promover la participación de los sindicatos, unidades de prevención de riesgos laborales y colectivos sanitarios, en las políticas de espacios laborales sin humo.

- Proponer a las asociaciones empresariales que consideren la provisión de espacios sin humo para la población trabajadora y clientes, como criterio de calidad en sus empresas.
- Promover el establecimiento de zonas diferenciadas para población fumadora y no fumadora en los establecimientos de restauración y hoteleros.
- Promocionar con motivo del Día Mundial Sin Tabaco, los reconocimientos a las tareas de personas o entidades, que se han distinguido por la promoción de los espacios sin humo.
- Afianzar el liderazgo de la Administración Sanitaria dentro del conjunto de las Administraciones Públicas, en la prevención y control del tabaquismo.
- Desarrollar como principio fundamental de la Ley 1280, la coordinación e integración de todas las acciones dentro de este marco general de actuación.
- Establecer la coordinación con el Plan Nacional sobre Drogas y sus correspondientes Planes Autonómicos, estableciendo canales de diálogo permanentes con otros Departamentos y entidades de ámbito nacional, implicados en la prevención y control del tabaquismo.
- Garantizar el intercambio de información y experiencias, manteniendo un contacto directo y permanente.
- Contemplar los distintos niveles de desarrollo de las políticas de prevención y control del tabaquismo en los respectivos ámbitos geográficos, potenciando aquellas con menor nivel de desarrollo.
- Incentivar programas formativos y actividades promovidos por colectivos sociales.
- Promover la participación y el compromiso de autoridades, personalidades y otros líderes sociales, en las actuaciones de prevención y control del tabaquismo.

CONFORMACIÓN DE GRUPOS DE APOYO Y GRUPOS DE CESACIÓN TABÁQUICA

GRUPO	ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACCIONES	RESULTADOS ESPERADOS
GRUPOS DE APOYO	Fomentar la creación de redes de apoyo entre personas que desean dejar de fumar	Ofrecer un espacio de apoyo emocional y social para quienes están dejando de fumar	Realizar reuniones periódicas (presenciales o virtuales) para compartir experiencias. Asignar un mentor o líder de grupo para facilitar el proceso. Establecer actividades de refuerzo positivo (reconocimiento de logros).	Aumento de la motivación y el compromiso con la cesación. Reducción de la sensación de soledad en el proceso de abandono del tabaquismo. Mayor adherencia al plan de cesación tabáquica a través del apoyo social.
GRUPOS DE APOYO PSICOLÓGICO	Proveer terapia cognitivo-conductual (TCC) para el manejo de desencadenantes emocionales	Ayudar a los participantes a identificar y modificar patrones de pensamiento y comportamiento relacionados con el tabaquismo	Realizar sesiones individuales o grupales de TCC. Proporcionar técnicas para manejar el estrés, ansiedad y otros desencadenantes emocionales.	Mejora en el manejo de las emociones que inducen al tabaquismo. Disminución de la recurrencia del hábito de fumar debido al control emocional.

<p>GRUPOS DE CESACIÓN TABÁQUICA</p>	<p>Uso de terapias farmacológicas y/o alternativas para dejar de fumar (como parches de nicotina, goma de nicotina, etc.)</p>	<p>Reducir la dependencia física de la nicotina y facilitar el proceso de cesación</p>	<p>Ofrecer información sobre los diferentes métodos farmacológicos para dejar de fumar. Supervisar el uso adecuado de los productos de reemplazo de nicotina. Integrar asesoramiento médico para ajustar tratamientos según la respuesta de los participantes.</p>	<p>Reducción significativa de los síntomas de abstinencia de nicotina. Aumento en el número de personas que dejan de fumar con éxito.</p>
<p>GRUPOS DE CESACIÓN TABÁQUICA - INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINARIA</p>	<p>Combinación de estrategias farmacológicas y de apoyo conductual para la cesación del tabaquismo</p>	<p>Ofrecer un enfoque integral para maximizar la efectividad de la cesación del tabaquismo</p>	<p>Coordinar el trabajo de médicos, psicólogos, y especialistas en salud para crear un plan personalizado. Proporcionar seguimiento semanal con apoyo psicológico y revisión de uso de terapias farmacológicas.</p>	<p>Aumento de la tasa de éxito en la cesación a largo plazo. Reducción de recaídas a través de un enfoque integral y personalizado.</p>

Evaluación de las estrategias de fortalecimiento

Evaluar las estrategias de fortalecimiento a la normativa de prevención y control del consumo de tabaco, específicamente la Ley 1280 en el contexto del Instituto Nacional de Tórax de La Paz, Bolivia, es un proceso integral que involucra varios aspectos tanto cualitativos como cuantitativos.

A continuación, se describe los procesos de evaluación:

Revisión de la normativa vigente (Ley 1280)

Objetivo: Entender completamente la Ley 1280 en su contexto, incluyendo las modificaciones o actualizaciones que haya podido recibir.

Acción: Revisa la legislación y las normativas asociadas para asegurarte de que todas las áreas de la ley estén implementadas adecuadamente en el Instituto Nacional de Tórax. Esto incluye la prohibición del consumo en espacios públicos, restricciones de publicidad, etiquetado de productos, entre otros.

Identificación de las estrategias implementadas

Objetivo: Describir las acciones, programas o estrategias específicas implementadas en el hospital para cumplir con la Ley 1280.

Acción: Recolecta información sobre las políticas, programas y actividades puestas en marcha. Esto podría incluir:

- Talleres de sensibilización para el personal médico y pacientes.
- Programas de cesación de tabaquismo dirigidos a pacientes.
- Control y supervisión de los ambientes libres de humo.
- Capacitación continua del personal médico sobre el impacto del tabaco y las mejores prácticas de tratamiento.

Encuestas y entrevistas a los involucrados

Objetivo: Obtener la perspectiva del personal médico y otros trabajadores sobre la efectividad de las estrategias de prevención.

Acción: Realiza encuestas o entrevistas cualitativas a médicos, Preguntar sobre:

- Su conocimiento y capacitación sobre la ley y el control del tabaco.
- Cómo implementan las estrategias de prevención en su práctica diaria.
- Obstáculos que enfrentan para aplicar las normativas.
- Opiniones sobre la eficacia de las iniciativas de la Ley 1280 dentro del instituto.

Análisis de los datos de consumo y resultados de salud

Objetivo: Medir el impacto real de las estrategias en términos de reducción del consumo de tabaco y mejora en la salud.

Acción: Analiza los registros médicos de los pacientes, buscando patrones en el consumo de tabaco antes y después de la implementación de las estrategias de control. Algunas métricas clave pueden ser:

- Número de pacientes que dejan de fumar después de recibir tratamiento.
- Tasas de admisión relacionadas con enfermedades vinculadas al tabaquismo (como EPOC, cáncer de pulmón, etc.).
- Frecuencia de consultas o visitas relacionadas con enfermedades respiratorias vinculadas al tabaco.

Observación y monitoreo de la implementación en el entorno del hospital

Objetivo: Evaluar la implementación física de las políticas de control de tabaco en el hospital.

Acción: Realiza observaciones directas sobre si las áreas libres de humo están correctamente implementadas, si se respeta la normativa sobre publicidad y promoción, y si los pacientes reciben la información adecuada en sus consultas. Esto incluye:

- Supervisar si los carteles de "No fumar" están visibles y si las áreas están libres de humo.
- Comprobar si los profesionales de la salud están ofreciendo recomendaciones y seguimiento a los pacientes que son fumadores.

Evaluación de la capacitación del personal médico

Objetivo: Verificar si el personal médico del Instituto Nacional de Tórax tiene la formación adecuada para aplicar las normativas de la Ley 1280 y sus estrategias de prevención.

Acción: Realiza una evaluación de las sesiones de formación, verificando si los temas son adecuados, actualizados y pertinentes. Algunas preguntas clave son:

- ¿Cuántas sesiones de formación se han impartido sobre el tabaquismo?
- ¿Qué herramientas utilizan los médicos para tratar a los pacientes fumadores?
- ¿Existen programas de formación continua para el personal?

Evaluación de la colaboración interinstitucional

Objetivo: Examinar si hay cooperación efectiva entre diferentes entidades gubernamentales, ONGs, o instituciones sanitarias que refuercen el cumplimiento de la Ley 1280.

Acción: Analiza cómo el Instituto Nacional de Tórax interactúa con otros actores como el Ministerio de Salud, las autoridades locales de control del tabaco y organizaciones que luchan contra el tabaquismo. Esto puede incluir la coordinación de campañas de sensibilización o eventos de prevención.

8. Indicadores de éxito

Objetivo: Definir los indicadores clave para evaluar si las estrategias están siendo efectivas.

Acción: Utiliza indicadores como:

- Reducción en la prevalencia del consumo de tabaco entre los pacientes.
- Aumento en la cantidad de pacientes que participan en programas de cesación del tabaquismo.
- Mejora en las tasas de detección temprana de enfermedades relacionadas con el tabaco.
- Feedback positivo del personal médico y pacientes respecto a las estrategias implementadas.

Este proceso puede llevar un tiempo considerable, pero al final proporcionará una visión integral de la efectividad de las políticas implementadas y los posibles puntos de mejora.

Cronograma de ejecución

ACTIVIDADES	TERCER TRIMESTRE 2025	TERCER TRIMESTRE 2025	CUARTO TRIMESTRE 2025	PRIMER TRIMESTRE 2026	SEGUNDO TRIMESTRE 2026
VALIDACIÓN DE LA PROPUESTA					
SOCIABILIZACIÓN DE LA PROPUESTA					
IMPLEMENTACIÓN DE LA PROPUESTA					
EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA					

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones:

De acuerdo a los resultados del estudio se llegó a las siguientes conclusiones:

- Los factores socio laborales del personal médico del Instituto Nacional de Tórax, se caracteriza por encontrarse en una edad de 31 a 40 años y ser de sexo masculino, con una experiencia en el trabajo de la institución de más de 5 años, teniendo algunos el hábito de fumar cigarrillos, a pesar de ser profesionales de la salud que están constantemente expuestos a información sobre los riesgos del tabaquismo y la importancia de la prevención. Este dato resulta particularmente significativo, ya que los médicos tienen un rol crucial en la promoción de conductas saludables y en la implementación de políticas de prevención de enfermedades relacionadas con el tabaco, tanto en los pacientes como en sus propios hábitos, lo cual refleja la discrepancia entre la formación en salud de los médicos y el hábito de fumar.
- La percepción sobre las políticas públicas de prevención del tabaquismo, según la efectividad, es mala, ya que perciben que la ley no es efectiva para la prevención del consumo del tabaco y el cuidado de la salud pulmonar de la población. Considerando su implementación se observa que tienen una percepción mala, ya que argumentan que la ley no fue implementada de una forma adecuada, existiendo falencias en la prevención del consumo del tabaco y el cuidado de la salud pulmonar de la población.
- Tomando en cuenta el impacto de la Ley N°1280, en la salud pública de la población, se observa que tienen una percepción mala, ya que perciben que la ley no tiene un impacto positivo, por lo que no se previene patologías pulmonares relacionadas con el consumo de tabaco en Bolivia.
- Tomando en cuenta las tres dimensiones y los 15 ítems propuestos para evaluar la percepción general del personal Médico sobre las políticas públicas de prevención del tabaquismo, según la ley 1280, se observa que tienen una percepción mala, ya que perciben que la ley no es efectiva y se la aplica de una forma inadecuada, por lo que no tiene un impacto positivo en la prevención de patologías pulmonares.

- Evaluando las actitudes frente a las políticas públicas de prevención del tabaquismo, según la efectividad, se observa que tienen una actitud buena, ya que están de acuerdo en promover la efectividad de la ley con acciones asistenciales y promocionales para la prevención del consumo del tabaco.
- Considerando la implementación de la Ley N°1280 tienen una actitud buena, ya que argumentan que es necesario apoyar la implementación de políticas libres de humo, realizando reformas a la ley 1280 para su implementación.
- Tomando en cuenta el impacto de la Ley N°1280 en la salud pública, se observa que tienen una actitud regular, ya que argumentan que el personal del instituto debería apoyar la ley para tener un impacto positivo en la salud pública de la población.
- Tomando en cuenta las tres dimensiones y los 15 ítems propuestos para evaluar la actitud general del personal Médico sobre las políticas públicas de prevención del tabaquismo, según la ley 1280, se observa que tienen una actitud buena, ya que argumentan que es importante y necesario apoyar la implementación de forma efectiva, para que tenga un impacto positivo en la salud pulmonar de la población.
- Relacionando la percepción y las actitudes frente a las políticas públicas de prevención del tabaquismo, según la Ley N°1280, del personal médico del Instituto Nacional de Tórax, se observa que existe asociación significativa entre ambas variables, ya que el p valor, del estadístico tau b de kendall es = 0.001 por lo que se acepta la hipótesis planteada por el investigador encontrando asociación entre la percepción y las actitudes del personal Médico sobre las políticas públicas de prevención del tabaquismo, existiendo una correlación moderada $t=0.388$.
- Como una posible solución a la problemática planteada se propone estrategias de fortalecimiento a la normativa de prevención y control al consumo de tabaco, ley 1280, para el personal médico del Instituto Nacional de Tórax, La Paz Bolivia.

Recomendaciones:

De acuerdo a las conclusiones del estudio se puede realizar las siguientes recomendaciones:

- Realizar estudios en otras instituciones en salud de otros departamentos del país que estén relacionadas con la salud pulmonar de la población, donde se tome otro tipo de población que no sea solamente médicos para complementar los resultados del presente estudio.
- Realizar evaluaciones periódicas sobre la implementación de la ley 1280, entre el personal del Instituto Nacional de Tórax, ya que en las últimas gestiones no se tomaron en cuenta estudios sobre los conocimientos, actitud y prácticas, referidas a la ley 1280 que es la ley con la cual el personal del Instituto debería regirse para la prevención y promoción de las patologías pulmonares.
- Realizar estudios referidos a las actitudes frente al consumo de cigarrillos en el personal del Instituto Nacional de Tórax, ya que se observa que existe un porcentaje que tienen el hábito de fumar, lo cual es contradictorio, ya que deberían ser los primeros en dar el ejemplo para que los pacientes que acuden a esta Institución sigan las recomendaciones que brinda el personal de salud.
- Realizar el mismo estudio, pero en una población que este conformada por autoridades de salud especialmente del ministerio de salud, para identificar su percepción y actitud para la aplicación adecuada de la ley, ya que son ellos los que deberían promover su adecuado cumplimiento mediante el sistema de salud de Bolivia.
- Gestionar y sociabilizar la propuesta planteada en la presente investigación mediante plenarias, donde se re planteen las modificaciones a la ley, según las estrategias que se presentan en la propuesta del estudio, ya que son la base para que se pueda fortalecer la aplicación de la ley tomando en cuenta el trabajo del personal del Instituto Nacional de Tórax.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Control del tabaco; 2025. [citado, 2025 Oct 10]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/control-tabaco>.
2. Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. Informe Nacional de Control de Tabaco. La Paz; 2022.
3. Minguijón Pablo Jaime. Análisis de la percepción y actitudes frente al consumo de tabaco en adolescentes. MILENIUM, Servicios de Gestión del Conocimiento, S.L. Resumen ejecutivo. Universidad de Zaragoza; España: 2020.
4. GBD Tobacco Collaborators. Trends and association between smoking and the socio-demographic index among 11 South American countries, 1990–2019. *Lancet Glob Health*. 2019;7(11):e1374–e1382.
5. Estado Plurinacional de Bolivia. Ley N.º 1280: Ley de prevención y control al consumo de los productos de tabaco. Sistema de Información Legislativa del Estado Plurinacional. 2020. https://www.silep.gob.bo/norma/15818/ley_actualizada
6. Chen Z, Zhang Y, Wang L, et al. Impact of national tobacco control policy on rates of hospital admission for pneumonia: When compliance matters. *Chest*. 2023;163(1):165-174.
7. Alqahtani JS, Alghamdi SM, Aldhahir AM, et al. Tobacco control policies implementation and future lung cancer incidence in Saudi Arabia: A population modeling study. *Cancer Epidemiol*. 2023; 86:102572.
8. Gravely S, Giovino GA, Craig L. Smoke-free air interventions in seven Latin American countries: A simulation modeling study. *Tob Control*. 2020;29(5):528–535.
9. Herrera S, Vargas M, Montañó A. Assessing cigarette reduction tax-effectiveness in low tobacco expenditure contexts: An application to Bolivia. *Rev. Panam Salud Publica*. 2023; 47:e42.
10. Ministerio de Salud y Deportes. (2023, 30 de mayo). Auza: Cada año más de 4.600 bolivianos mueren por enfermedades relacionadas al consumo de tabaco. <https://www.minsalud.gob.bo/5627-auza-cada-ano-mas-de-4-600-bolivianos-mueren-por-enfermedades-relacionadas-al-consumo-de-tabaco>

11. Ministerio de Gobierno del Estado Plurinacional de Bolivia. IV Estudio nacional de prevalencia y características del consumo de drogas en hogares bolivianos de nueve ciudades capitales de departamento más la ciudad de El Alto. Observatorio Boliviano de Seguridad Ciudadana y Lucha Contra las Drogas 2024. (OBSCD). <https://obsacd.mingobierno.gob.bo/>
12. Levy DT, Yuan Z, Li Y, et al. The role of public policies in reducing tobacco use and improving lung health. *Am J Respir Crit Care Med.* 2020;202(8):1068-1077.
13. Martínez C, Martínez-Sánchez JM, Fu M, et al. Impact of smoke-free legislation on hospital admissions for respiratory diseases: A systematic review. *Respir Med.* 2019;151:19-26.
14. Abascal Winston, Lorenzo Ana. Impacto de la política de control de tabaco en población adolescente en Uruguay. *Salud pública Méx [revista en la Internet].* 2017 [citado 2025 Oct 10] ; 59(Suppl 1): 40-44. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342017000700040&lng=es. <https://doi.org/10.21149/8051>.
15. Marqués de Oliveira Renata, Ferreira Santos Jair Lício, Ferreira Furegato Antonia Regina. Opinión y percepción de las actitudes relacionadas con el tabaquismo y su prohibición en servicios de salud mental. *Enferm. glob. [Internet].* 2022 [citado 2025 Oct 10] ; 21(65): 380-432. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412022000100380&lng=es. Epub 28-Mar-2022. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.484561>.
16. Becerra Nelci, Robayo González Claudia Ximena, De la Asunción Ramírez Diana, Sánchez Marcela, Helena Alba Luz. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el tabaquismo en un grupo de médicos de Bogotá, Colombia. *Univ. Med. [Internet].* 24 de mayo de 2021 [citado 2025 Oct 10];62(2). Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vnimedica/article/view/32367>
17. Tamayo Caballero Carlos, Alejo Pocoma Jimmy L, Chambi Huanaco Ivar. Relación entre estrés y hábito de fumar en personal de salud, ciudad de La Paz Bolivia, 2014. *Cuad. - Hosp. Clín. [Internet].* 2015 [citado 2025 Oct 10] ; 56(1): 27-35. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762015000100004&lng=es.

18. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic. 2021.
19. Pichon-Riviere A, Alcaraz A, Palacios A, et al. The health and economic burden of smoking in 12 Latin American countries and the potential effect of increasing tobacco taxes: An economic modelling study. *Rev. Lancet Glob Health*. 2020 Oct;8(10):e1282-e1294. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30311-9.
20. Agostini C, M. Jorratt. Política tributaria para mejorar la inversión y el crecimiento en América Latina, 2013. serie Macroeconomía del Desarrollo, N° 130 (LC/L.3589), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). de: https://www.researchgate.net/publication/265233317_Politica_Tributaria_para_Mejorar_la_Inversion_y_el_Crecimiento_en_America_Latina.
21. Milenio. (2023, 27 enero). Coy 436 - La reforma tributaria en Bolivia - Fundación Milenio. Fundación Milenio. <https://fundacion-milenio.org/coy-436la-reforma-tributaria-en-bolivia/>
22. Organización Mundial de la Salud. MPOWER: Un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. 2018.
23. World Health Organization. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: WHO; 2013.
24. World Health Organization. MPOWER: Six Policies to Reverse the Tobacco Epidemic. Geneva: WHO; 2019.
25. Blecher E, Liber AC, Ross H. The impact of tobacco control measures on smoking prevalence in Latin America: a systematic review. *Prev Med*. 2019;1 29:105882.
26. Ugalde M, Mendoza S. Impacto de la ley antitabaco en Uruguay: análisis y perspectivas. *Rev. Latinoam Salud Pública*. 2019;18(4):200-210.
27. Pérez LM, Martínez J. Análisis del impacto de las políticas antitabaco en Bolivia: una revisión crítica. *Bol J Public Health*. 2022;10(1):75-83.
28. Rojas-Benítez J, Paniagua S, Montero C. Evaluación del cumplimiento normativo antitabaco en espacios públicos bolivianos. *Rev. Bol Salud Pública*. 2023;39(2):110–117.
29. López M, Contreras A. Impacto de la legislación antitabaco en Uruguay: una década de avances. *Rev. Salud Pública Am*. 2020;12(3):115-124.

30. European Respiratory Society. Impact of smoke-free laws on respiratory health. *Eur Respir J*. 2018;51(3):1702100.
31. World Health Organization. Tobacco Fact Sheet. Geneva: WHO; 2023.
32. Ministerio de Salud y Deportes. Reglamento de control de ambientes libres de humo de tabaco. Decreto Supremo N.º 29376. La Paz: Gobierno del Estado Plurinacional; 2018.
33. World Health Organization. Tobacco Industry Interference with Tobacco Control Policies. Geneva: WHO; 2019.
34. Smith CJ, Perfetti TA, Garg R, Hansch C. Handbook of tobacco-related carcinogens. In: Neurath AR, editor. *Tobacco and the Lung*. Amsterdam: Elsevier; 2019. p. 345–367.
35. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;1(1):CD009329.
36. Öberg M, Jaakkola MS, Woodward A, Peruga A, Prüss-Ustün A. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis. *Lancet*. 2017;370(9590):2213-2220.
37. Levy DT, Tam J, Kuo C, Fong GT, Chaloupka FJ. The impact of tobacco control policies on smoking prevalence and related deaths in 204 countries. *PLoS One*. 2020;15(8):e0236917.
38. Frazer K, Callinan JE, McHugh J, et al. Legislative smoking bans for reducing secondhand smoke exposure, smoking prevalence and tobacco consumption. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;2(2):CD005992.
39. Mamani P, Quispe M. Consumo tradicional del tabaco en comunidades indígenas bolivianas: retos para el control. *Rev Soc Bol Antropol*. 2020;15(2):45-53.
40. Torres J, Siles A. Perspectiva de responsables de salud sobre políticas antitabaco en Bolivia. *Bol J Public Health*. 2022;11(3):140-148.
41. Nebot M, Cabezas C, Marqués J, Bimbela JL, Robledo T, Megido X. Prioridades en promoción de la salud según los profesionales de atención primaria: un estudio Delphi. *Atón Primaria*. 2017; 39:285–288. doi: 10.1157/13106280
42. Paniagua Urbano D, Pérula de Torres LA, Ruiz del Moral R, Gavilán Moral E. Grado de implementación de actividades preventivas por parte de los médicos residentes de

- Medicina Familiar y Comunitaria en las consultas de Atención Primaria. *Atón Primaria*. 2020; 42:514–519. doi: 10.1016/j.aprim.2019.10.016
43. Godin G, Bélanger-Gravel A, Eccles M, Grimshaw J. Intenciones y comportamientos de los profesionales sanitarios: Una revisión sistemática de estudios basados en teorías sociocognitivas. *Implement Sci*. 2018; 16:3–36. doi: 10.1186/1748-5908-3-36.
 44. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating tobacco use and dependence: 2018 update. Clinical practice guideline. Rockville, MD: US Dept of Health and Human Services; 2018.
 45. Stevens S. Interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;1(1).
 46. IARC. Evaluating the effectiveness of smoke-free policies. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2019.
 47. Smith KE, Savell E, Gilmore AB. What is known about tobacco industry efforts to influence tobacco control policy? A systematic review. *Tob Control*. 2021;30(6):608-615.
 48. Rosales sánchez, Juan J. (2015). Percepción y Experiencia. *EPISTEME*, 35(2), 21-36. Recuperado en 13 de febrero de 2026, de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-43242015000200002&lng=es&tlng=es.
 49. Link BG, Phelan JC. Social conditions as fundamental causes of disease. *J Health Soc Behav*. 1995;35(Extra Issue):80-94.
 50. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992;30(6):473-483.
 51. Gochman DS. *Health Behavior*. 2nd ed. New York: Springer; 1997.
 52. Ajzen I, Fishbein M. *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1980.
 53. Archivo Histórico Digital - Gobierno Autónomo Municipal de La Paz. Gobierno Municipal de La Paz. Archivado desde el original el 5 de agosto de 2015. Consultado el 25 de agosto de 2025. <https://archivohistorico.lapaz.bo/>

54. Instituto Nacional de Tórax. Audiencia pública. Sedes La paz Bolivia 2020.
https://www.sedeslapaz.gob.bo/wp-content/uploads/2024/09/AUDIENCIA-PUBLICA_2020-INICIAL-INSTITUTO-TORAX.pdf

Bibliografía

- Gómez J, Torres L. Fiscalización y cumplimiento de políticas antitabaco en México. *Salud Pública Mex.* 2021;63(2):150-157.
- Jiménez S, Rojas B. Programas de cesación tabáquica en Bolivia: diagnóstico y perspectivas. *Bol J Health Promot.* 2023;7(1):20-28.
- Mamani P, Quispe M. Consumo tradicional del tabaco en comunidades indígenas bolivianas: retos para el control. *Rev Soc Bol Antropol.* 2020;15(2):45-53.
- Ministerio de Salud Pública de Bolivia. Normativas para ambientes libres de humo. La Paz; 2022.
- Organización Panamericana de la Salud. Coordinación multisectorial en control del tabaco. Washington, D.C.: OPS; 2021.
- Organización Panamericana de la Salud. Fortalecimiento de la fiscalización en control del tabaco. Washington, D.C.: OPS; 2020.
- Pan American Health Organization. Estrategias de educación y sensibilización para la prevención del tabaquismo. Washington, D.C.: PAHO; 2021.
- Pizarro A, Sánchez P. Avances y desafíos en la legislación antitabaco chilena. *Rev Med Chil.* 2020;148(12):1605-1613.
- Ugalde M, Mendoza S. Impacto de la ley antitabaco en Uruguay: análisis y perspectivas. *Rev. Latinoam Salud Pública.* 2019;18(4):200-210.

ANEXOS

ANEXOS 1

CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN MÉDICA SOBRE LAS POLÍTICAS DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE TABACO EN BOLIVIA

Lea cuidadosamente cada afirmación y marque la opción que mejor represente su grado de acuerdo. Use la siguiente escala:

Edad: _____ Sexo: _____ Años de experiencia profesional: _____ Fuma: _____

N°	AFIRMACIONES	TD	D	I	ED	TED
PERCEPCIÓN SOBRE LA EFECTIVIDAD DE LA LEY 1280						
1	Usted cree que las políticas públicas de prevención del tabaquismo, según la Ley N°1280 son efectivas en la población	5	4	3	2	1
2	Usted cree que la reglamentación (Decreto Supremo N°4972 de 2023) de la ley N.º 1280 tuvo resultados satisfactorios	5	4	3	2	1
3	Usted cree que la Ley 1280 brinda lineamientos efectivos de capacitación para el personal de salud	5	4	3	2	1
4	Usted cree que la ley N.º1280 fomenta la investigación de forma efectiva entre el personal médico del instituto que fortalezca los conocimientos	5	4	3	2	1
PERCEPCIÓN SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY 1280						
5	La Ley 1280 está siendo implementada de manera efectiva en el país	5	4	3	2	1
6	Existen campañas visibles de prevención del tabaquismo de acuerdo a la ley N.º 1280	5	4	3	2	1
7	Los establecimientos de salud cumplen con las disposiciones de la Ley 1280.	5	4	3	2	1
8	Se prohíbe adecuadamente fumar en espacios públicos cerrados según la Ley N°1280	5	4	3	2	1
9	Se realizan inspecciones o controles regulares para asegurar el cumplimiento según la Ley N°1280	5	4	3	2	1
10	Hay sanciones visibles para quienes incumplen la normativa antitabaco según la Ley N°1280	5	4	3	2	1
PERCEPCIÓN SOBRE EL IMPACTO EN SALUD PÚBLICA						
11	La Ley 1280 ha contribuido a disminuir el consumo de tabaco	5	4	3	2	1
12	Se ha reducido la exposición al humo de segunda mano en espacios públicos.	5	4	3	2	1
13	Los pacientes están más conscientes de los riesgos del tabaquismo.	5	4	3	2	1
14	El personal de salud tiene un rol activo en la prevención del tabaquismo.	5	4	3	2	1
15	La ley ha tenido un impacto positivo en la salud pulmonar de la población.	5	4	3	2	1

ANEXOS 2

CUESTIONARIO DE ACTITUDES SOBRE LAS POLÍTICAS DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE TABACO EN BOLIVIA

Lea cuidadosamente cada afirmación y marque la opción que mejor represente su grado de acuerdo.

Use la siguiente escala:


Nº	AFIRMACIONES	TD	D	I	ED	TED
ACTITUD SOBRE LA EFECTIVIDAD DE LA LEY 1280						
1	Es necesario apoyar de forma efectiva las políticas públicas para reducir el tabaquismo.	5	4	3	2	1
2	Promuevo la cesación tabáquica entre mis pacientes fumadores de forma efectiva	5	4	3	2	1
3	Realizo la vigilancia del cumplimiento de la Ley 1280 de forma efectiva entre mis pacientes.	5	4	3	2	1
4	Realizo investigaciones que fortalezca los conocimientos sobre la prevención del tabaquismo en cumplimiento de la Ley 1280	5	4	3	2	1
ACTITUD SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY 1280						
5	Hablo con mis pacientes sobre los riesgos del consumo de tabaco	5	4	3	2	1
6	Me interesa participar activamente en acciones de prevención del tabaquismo.	5	4	3	2	1
7	Apoyo la implementación de políticas libres de humo en hospitales y clínicas.	5	4	3	2	1
8	Es importante participar de capacitaciones sobre el contenido de la Ley 1280.	5	4	3	2	1
9	Considero que la Ley 1280 está bien fundamentada en evidencia científica para su aplicación	5	4	3	2	1
10	Es necesario realizar reformas a la ley 1280 para su implementación	5	4	3	2	1
ACTITUD SOBRE EL IMPACTO EN SALUD PÚBLICA						
11	La Ley 1280 es relevante para el contexto boliviano y debería aplicarse de mejor manera	5	4	3	2	1
12	Se debería aumentar la fiscalización del cumplimiento de la Ley 1280.	5	4	3	2	1
13	La publicidad de tabaco aún está presente y debería ser controlada más estrictamente.	5	4	3	2	1
14	Las sanciones establecidas por la ley no son suficientes para disuadir el consumo.	5	4	3	2	1
15	El personal del instituto debería apoyar La ley para tener un impacto positivo en la salud pulmonar de la población.	5	4	3	2	1

ANEXOS 3

INSTRUMENTO PARA JUICIO DE EXPERTOS

Ítems	Claridad de la redacción		Coherencia interna		Inducción la respuesta		Lenguaje adecuado		Mide los que pretende		Observaciones
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	✓		✓		✓		✓		✓		
2	✓		✓		✓		✓		✓		
3	✓		✓		✓		✓		✓		
4	✓		✓		✓		✓		✓		
5	✓		✓			✓	✓		✓		
6	✓		✓			✓	✓		✓		
7	✓		✓		✓		✓		✓		
8	✓		✓		✓		✓		✓		
9	✓		✓		✓		✓		✓		
10	✓		✓		✓		✓		✓		
11	✓		✓		✓		✓		✓		
12	✓		✓		✓		✓		✓		
13	✓		✓			✓	✓		✓		
14	✓		✓		✓		✓		✓		
15	✓		✓			✓	✓		✓		




 Dr. Juan Manuel Chirio Morales
 CH 899.
 Agosto 20

ANEXOS 4

CONFIABILIDAD, DEL INSTRUMENTO DE PERCEPCIÓN

Alfa de Cronbach

Estadísticas de fiabilidad

	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	
Alfa de Cronbach		N de elementos
,911	,901	15

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Item1	17,40	10,400	,798	,991
Item2	18,50	31,300	,898	,991
Item3	16,60	11,300	,798	,991
Item4	15,60	11,300	,898	,991
Item5	14,20	12,700	,807	,899
Item6	16,00	12,500	,874	,997
Item7	16,10	12,200	,844	,899
Item 8	14,70	11,300	,898	,891
Item 9	16,00	13,700	,849	,996
Item 10	16,10	11,700	,887	,899
Item11	17,60	12,400	,898	,991
Item12	17,60	11,300	,898	,891
Item13	15,60	11,300	,898	,891
Item14	15,60	11,300	,898	,891
Item15	14,20	12,700	,807	,899

ANEXO 5

CONFIABILIDAD, DEL INSTRUMENTO DE ACTITUDES

Alfa de Cronbach

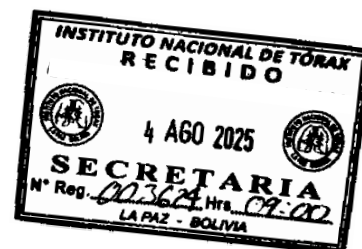
Estadísticas de fiabilidad

	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	
Alfa de Cronbach	N de elementos	
,802	,814	15

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Item 1	15,20	11,400	,806	,800
Item 2	14,40	12,300	,808	,811
Item 3	17,60	11,100	,805	,805
Item 4	16,50	11,200	,802	,815
Item 5	15,20	12,500	,807	,809
Item 6	17,00	12,500	,804	,817
Item 7	17,10	11,100	,804	,809
Item 8	15,70	14,300	,804	,801
Item 9	16,00	12,700	,807	,816
Item 10	16,10	14,700	,807	,809
Item 11	16,60	12,400	,878	,801
Item 12	16,60	12,300	,898	,801
Item 13	15,60	12,300	,898	,801
Item 14	14,60	11,200	,898	,801
Item 15	14,20	12,500	,807	,809

ANEXO 6

**SOLICITUD A LA DIRECCIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DEL TÓRAX DE
LA CIUDAD DE LA PAZ**



SEÑOR. -

Dr. Marco García Choque

Director a.i. Instituto Nacional de Tórax

PRESENTE. -

De mi mayor consideración:

Mediante la presente, me permito solicitar respetuosamente la autorización para realizar mi estudio de investigación titulado:

“Relación entre percepción y actitudes frente a las políticas públicas de prevención del tabaquismo, según la Ley N°1280, en el personal médico del Instituto Nacional de Tórax, La Paz, gestión 2025”,
el cual forma parte de los requisitos para optar al **grado de Máster en Salud Pública.**

La información obtenida será utilizada exclusivamente con fines académicos y de investigación, garantizando en todo momento la confidencialidad, anonimato y protección de la identidad de los participantes, cumpliendo las normas éticas vigentes.

Agradezco de antemano su atención y colaboración. Quedo a su disposición para brindar cualquier información adicional o presentar documentación complementaria que considere necesaria.

Sin otro particular, me despido con las consideraciones más distinguidas.

Atentamente,

Dr. Felipe Avila Molina
NEUMOLOGÍA
M.M.S. A.-578381

DR FELIPE IGNACIO AVILA MOLINA

MEDICO NEUMOLOGO - INT

ANEXO 7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tengo a bien informarle que mi persona Dr. Felipe Ignacio Ávila Molina, está realizando un trabajo de investigación como parte de la maestría en salud pública en la Universidad de San Francisco Xavier de Chuquisaca, para lo cual le pido su apoyo participando de la investigación si usted así lo desea.

El título del trabajo de investigación es “Relación entre la percepción y las actitudes frente a las políticas públicas de prevención del tabaquismo, según la Ley N° 1280, del personal médico del Instituto Nacional del Tórax de la ciudad de La paz durante la gestión 2025”

Su participación no le llevara más de 15 min respondiendo a dos cuestionarios:

“Yo.....
certifico que (me han leído y explicado) este documento sobre consentimiento informado que contiene información sobre el propósito y beneficio de la investigación que realiza el Dr. Felipe Ignacio Avila Molina, su interpretación, sus limitaciones, riesgo y que entiendo su contenido.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la revisión que se me realizara es de forma voluntaria que puedo retirar mi consentimiento en todo momento.

Fui Informado (a) de las medidas que se tomaran para proteger la confidencialidad de los resultados.

Fecha:...../...../.....

Código de Usuario (a).....Firma de Usuario
(a).....

ANEXO 8

SALIDA ESTADÍSTICA

132841	36	0F	0No	0	27	1No	0No	03.9	0no	0no	0III	
81862	53	1F	0Si	4	20	0Supra	2No	03.3	0no	0no	0III	
133267	17	0F	0Si	4	33.3	2No	0No	0	2	0no	0I	
115286	24	0F	0No	0	25.2	1No	0No	0	2	0no	0I	
134232	40	0M	1No	0	23	0no	0no	0	5	2si	1no	0III
127924	26	0F	0si	4	25	1no	0no	0	3	0no	0no	0II
134253	42	0F	0No	0	22	0No	no	06.5	2Si	1No	III	
134085	53	1F	0no	0	23	0No	No	03.5	0no	no	II	
134184	41	0M	1No	0	37	2No	No	0	4	2Si	1No	IV
133630	44	0M	1Si	4	24	0No	No	0	4	2no	Si	1I
84249	46	0F	0Si	4	20.8	0No	No	03.6	no	no	III	
134275	59	1F	0Si	4	25	1Infra	1NO	0	5	2no	no	II
134278	79	1M	1Si	4	20.8	0No	No	06.1	2Si	1No	III	
132919	32	0F	0No	0	27	1Supra	2no	04.2	2No	No	III	
132577	59	1M	1Si	4	29	2No	No	06.3	2No	No	IV	
134015	29	0F	0No	0	29.9	2no	no	0	4	2No	No	I
111588	34	0F	0No	0	34	2Infra	1no	0	4	2no	No	I
124042	22	0F	0No	0	27.4	1Infra	1no	0	5	2No	Si	1II
123206	44	0M	1No	0	25	1no	no	0	4	2No	No	II
134277	23	0M	1Si	4	25.6	1No	no	04.5	2no	no	II	
116964	85	1F	0no	0	29	2No	no	0	3	no	no	I
134182	14	0F	0no	0	20	no	no	0	1	no	no	I
134245	50	1M	1Si	4	31	2Supra	2no	0	4	2no	no	IV
110276	30	0F	0No	0	27.5	2supra	2no	0	1	no	no	I
128979	24	0M	1no	0	24.4	No	no	0	3	no	no	I
133980	25	0F	0Si	4	26.2	1no	no	0	5	2no	no	II
121853	56	1F	0No	0	34	2no	no	0	1	no	no	IV

Correlaciones

			Percepcion general	Actitud general
tau_b de Kendall	Percepcion general	Coeficiente de correlación	1,000	,388**
		Sig. (bilateral)	.	,001
		N	64	64
	Actitud general	Coeficiente de correlación	,388**	1,000
		Sig. (bilateral)	,001	.
		N	64	64

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

ANEXO 9 FOTOS DEL ESTUDIO

