

## Incorporación del tratamiento del tabaquismo en las prestaciones del sistema sanitario: Recomendaciones para la administración sanitaria y para otros proveedores de servicios de salud

TERESA SALVADOR LLIVINA

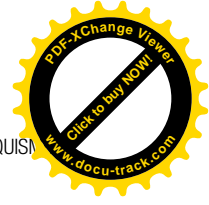
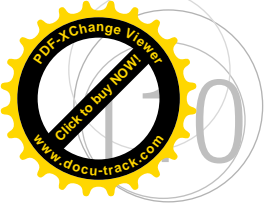
### Resumen

Uno de los valores añadidos de esta segunda actualización de la guía clínica para el tratamiento de la dependencia del tabaco –promovida y financiada por las principales agencias federales de Salud de los Estados Unidos de América– es la ampliación de las recomendaciones propuestas para facilitar la incorporación del tratamiento del tabaquismo en el seno de la política asistencial y el sistema sanitario de los EEUU. Desde este marco, se proponen cinco medidas estratégicas clave: sistematización universal del registro y tratamiento de pacientes que fuman; formación profesional y dotación de recursos clínicos a los equipos de salud; designación de una persona responsable de tabaquismo en cada equipo; promoción de hospitales libres de humo que incluyan en esta política el tratamiento del tabaquismo; y financiación universal del tratamiento por parte los

distintos sistemas sanitarios que conviven en aquel país. Estas recomendaciones están fundamentadas en la valoración del coste-efectividad y grado de evidencia disponible para cada medida propuesta. El presente artículo resume las propuestas presentadas por la guía y concluye con una mención a la situación del tratamiento en España, señalando la oportunidad de valorar estas recomendaciones en el desarrollo –todavía pendiente en nuestro país– de una política efectiva en materia de tratamiento del tabaquismo.

### Introducción

Debido a los efectos del consumo de tabaco sobre numerosas causas de enfermedad y muerte, claramente determinados en las últimas décadas, a comienzos del s. XXI el tabaquismo constituye todavía la causa aislada más importante de morbilidad y morta-



lidad prematura prevenible. En los países desarrollados se ha estimado que un 14,9% del total de muertes registradas durante la última década del s. XX y un 11,7% de los años de vida perdidos ajustados por discapacidad (DALYs) se debieron al consumo de tabaco<sup>1,2,3,4</sup>.

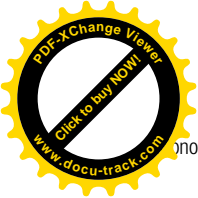
A pesar de esta dimensión epidémica, el tabaquismo es un problema evitable si se aplican determinadas medidas políticas de probada efectividad. El impacto positivo de los distintos elementos que deben constituir las estrategias políticas de prevención y control del problema ha quedado suficientemente demostrado en diversos contextos socioculturales a lo largo del último medio siglo<sup>5,6,7</sup>. En este marco, existe un amplio consenso internacional<sup>7,8</sup>, y también en España<sup>9,10</sup>, en considerar la prestación de tratamiento del tabaquismo como una de estas medidas clave que deben formar parte de las políticas de control del problema.

Desde finales de los años 50 del siglo pasado, se ha desarrollado un intenso trabajo de investigación para medir la eficacia de distintos tipos de intervenciones para dejar de fumar. En los últimos años, la prolífica producción científica en este campo ha permitido la elaboración de importantes trabajos de revisión y síntesis de la información —basada en la evidencia— sobre la eficacia, la efectividad y el coste-efectividad de las intervenciones asistenciales en este campo. Y es a partir de esta evidencia que se ha visto la necesidad de incorporar el tratamiento del tabaquismo como una de las medidas contempladas en el Convenio Marco de la OMS<sup>10</sup> para el Control del Tabaco (CMCT). El CMCT de la OMS establece los principios y el contexto para la formulación de políticas, la planificación de intervenciones y la movilización de recursos políticos y financieros para el control del tabaquismo. Entre las medidas contempladas a lo largo de sus 38 artículos, el CMCT incluye la atención sanitaria de la dependencia del tabaco dentro del sistema sanitario (Artículo 14).

La disponibilidad de esta evidencia ha servido además para el desarrollo, en la práctica, de políticas asistenciales de amplio alcance en algunos países de nuestro entorno, como en el caso del Reino Unido y otros países europeos<sup>11-14</sup>.

Entre otros trabajos de revisión y meta-análisis publicados en las últimas décadas, la guía clínica a la que se dedica el presente monográfico ha constituido, por su calidad y concisión, un punto de referencia internacional para la consideración del tratamiento del tabaquismo como un elemento necesario cuando se aspira a asegurar la mejora de los servicios de salud en general y a reducir las tasas de morbilidad y mortalidad de un país en su conjunto. Se trata de una guía publicada en Estados Unidos de América (E.E.U.U.), promovida y financiada por las principales agencias federales que en ese país se dedican a la protección y la promoción de la salud así como a la investigación sobre las medidas más eficaces para conseguir dichas metas (*Agency for Healthcare Research and Quality, Centers for Disease Control and Prevention, National Cancer Institute, National Heart, Lung, and Blood Institute, y National Institute on Drug Abuse*); contando además con la participación de organizaciones no gubernamentales de amplio y reconocido prestigio (*Robert Wood Johnson Foundation, American Legacy Foundation*), y la *University of Wisconsin School of Medicine and Public Health's Center for Tobacco Research and Intervention*. La guía se publicó por primera vez en 1996<sup>15</sup>, se actualizó en el año 2000<sup>16</sup> y se ha vuelto a actualizar en el 2008<sup>17</sup>.

Como es bien conocido, el sistema sanitario de los E.E.U.U. difiere en mucho de las características que definen las políticas y los sistemas de salud vigentes en Europa, y concretamente en España. Por ello, al revisar las propuestas presentadas por la guía que nos ocupa en lo referido a la mejora de aspectos estratégicos que afectan al sistema sanitario, se hace nece-



saría una adaptación de algunas de sus recomendaciones, que –cuidando de mantener y no desvirtuar el significado último de cada propuesta realizada– facilite una aproximación a lo que dichos planteamientos podrían significar en nuestro contexto. Por este motivo, en este artículo se resumen las evidencias presentadas por los autores de la guía para cada recomendación realizada, optando por transcribir los aspectos estratégicos propuestos, de acuerdo a las diferencias estructurales de los sistemas sanitarios de E.E.U.U. y de España. El artículo concluye con un breve repaso de la situación española en y los retos a afrontar para mejorar y homogeneizar la calidad de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud en el ámbito del tratamiento del tabaquismo.

## Motivos estratégicos para incorporar el tratamiento del tabaquismo en el sistema sanitario

La tercera edición de la guía que nos ocupa contiene nuevas evidencias sobre la eficacia y la conveniencia de incorporar el tratamiento de la dependencia del tabaco en el seno de las políticas y sistemas de atención a la salud. Documentando cómo su inclusión mejora significativamente la probabilidad de que las personas que fuman reciban un tratamiento capaz de ayudarles a abandonar con éxito el consumo de tabaco.

En la guía se señala que los esfuerzos para integrar el tratamiento del tabaquismo como una prestación propia de la asistencia sanitaria habitual, requieren no solo de la participación activa de profesionales de la medicina y otras disciplinas que actúan en el ámbito de la salud, sino también y muy especialmente, de la implicación activa de las administraciones sanitarias y

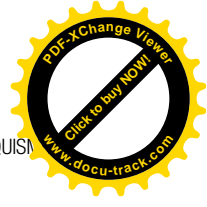
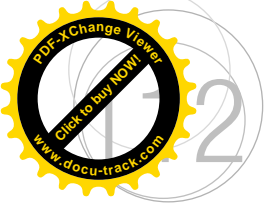
de las distintas instituciones proveedoras de los servicios de salud existentes en Estados Unidos, y por tanto, dependen básicamente del modelo asistencial que éstas adopten.

En contraste con las estrategias que se dirigen sólo a mejorar las actitudes y las actuaciones asistenciales del personal clínico, así como aquellas que aspiran a modificar los estilos de vida de las personas que fuman, las estrategias dirigidas a la mejora del sistema asistencial se centran en asegurar la incorporación ordenada y sistematizada de procedimientos terapéuticos adecuados para promover el abandono del tabaco en cada encuentro clínico al que acude toda persona que fuma, de forma independiente al motivo que ha generado la consulta. Y estas últimas estrategias, que podrían definirse como sistémicas o dicho de otro modo: *“relativas a la organización de los servicios”*, están concebidas para complementar y promover sinergias con las primeras, más orientadas a la modificación de actitudes y conductas personales, ya sea por parte de los distintos colectivos profesionales, como por parte de la población general.

La guía plantea tres razones principales en las que se sustenta la necesidad de que sea la administración sanitaria y, por tanto quienes toman decisiones en materia de política asistencial, quienes introduzcan mejoras clave que garanticen la implantación del tratamiento del tabaquismo en el seno del sistema sanitario:

- **Porque redundan en el aumento de las tasas de abstinencia en población general.** La primera razón es que dichas estrategias disponen del potencial necesario para mejorar de forma significativa las tasas poblacionales de abstinencia, estimando que la generalización universal y sostenida del tratamiento en todo el sistema asistencial podría reducir la prevalencia global del tabaquismo en población general entre un 2 y un 3,5 por ciento<sup>18</sup>.





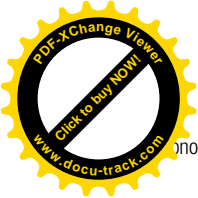
- *Porque incrementan la cobertura asistencial.* La introducción de estas medidas mejora las tasas de intervención clínica en este ámbito, es decir incrementa la cobertura del tratamiento. En especial cuando se adoptan medidas como por ejemplo, la implantación de una formación clínica adecuada, la incorporación generalizada de un sistema de identificación y registro de las personas que fuman en las historias clínicas utilizadas por todos los recursos sanitarios, o la dedicación de personal específico para la dispensación y seguimiento del tratamiento del tabaquismo.

- *Por la capacidad de mejora de las prestaciones asistenciales que poseen quienes toman las decisiones sobre política sanitaria.* Son los agentes clave del sector sanitario (administraciones, servicios asistenciales, aseguradoras, empresas y proveedores de servicios de salud en general) quienes disponen de la capacidad para modelar y aplicar políticas, sistemas de apoyo y mejoras de los protocolos asistenciales necesarios para asegurar la dispensación de tratamiento del tabaquismo a millones de personas en todo el país. Por ejemplo, a través de la adopción sistemática de registros clave en la historia clínica, la aplicación de sistemas de incentiviación y *feedback* dirigidos al personal clínico, el establecimiento de criterios de cobertura, y el desarrollo de estrategias de promoción pública de las prestaciones capaces de incrementar la demanda de servicios asistenciales por parte de la población.

En la guía se reconoce que, a pesar de los importantes avances conseguidos en este terreno desde su primera edición en 1996, todavía no se ha logrado una conciencia general sobre los beneficios derivados del desarrollo de una estrategia global,

integrada, colaborativa y coordinada entre los distintos *stakeholders* (*instituciones, actores, profesionales, etc.*), ya sean públicos (*como Medicare o Medicaid Services*) o privados (los distintos tipos de seguros sanitarios privados que cubren la mayor parte de la oferta sanitaria en E.E.U.U.). El reconocimiento de esta limitación ha llevado al Departamento de Salud de los E.E.U.U. a formular, dentro de la Estrategia "*Healthy People 2010*"<sup>9</sup>, el siguiente objetivo para 2010: "*Incrementar hasta el 100% la cobertura del tratamiento de la dependencia nicotínica basado en la evidencia, por parte de los seguros sanitarios*".

En resumen, sin el despliegue de cambios de organización en el seno de las políticas sanitarias, sin sistemas de soporte y financiación, sin cobertura por parte de las compañías aseguradoras, y sin actuaciones contextuales y de formación, es poco probable que cada profesional clínico pueda valorar y tratar el tabaquismo de forma adecuada y consistente con las necesidades de cada paciente. Por ello, al igual que los profesionales clínicos deben asumir su responsabilidad individual ante sus pacientes que fuman, ofreciéndoles el tratamiento adecuado, las administraciones, las aseguradoras y en definitiva, todos los proveedores de servicios sanitarios, deben asumir la responsabilidad de diseñar políticas, proporcionar recursos y desplegar su liderazgo para asegurar la implantación normalizada del tratamiento del tabaquismo de probada efectividad dentro del sistema sanitario en su conjunto. Sin embargo, los motivos de carácter estratégico no son los únicos a valorar, la guía añade la consideración del coste-efectividad de los tratamientos del tabaquismo como un aspecto clave también a tener en cuenta.



## Motivos de coste efectividad

Además de su efectividad clínica, los tratamientos del tabaquismo son coste-efectivos<sup>8,20-29</sup> incluso teniendo en cuenta, como hacen todos los estudios sobre coste-efectividad, que sólo un porcentaje reducido de las personas tratadas se mantienen abstinentes a largo plazo. Existe un amplio abanico de tratamientos cuya relación coste-efectividad ha sido consistentemente probada, e incluye desde el consejo breve, hasta los programas intensivos, pasando por la prescripción de fármacos. Estos tratamientos también son coste-efectivos cuando se comparan con otras intervenciones asistenciales sistemáticamente aplicadas en el sistema sanitario como por ejemplo: el tratamiento de la hipertensión o de la hiperlipidemia; así como actuaciones de carácter preventivo como la realización periódica de mamografías o el test de frotis de Papanicolau. Por este motivo, en la guía se recuerda que el trata-

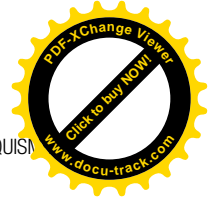
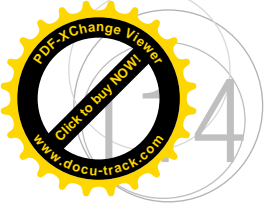
miento del tabaquismo ha sido considerado el “estándar de oro” del coste-efectividad en el ámbito de los servicios de salud<sup>30</sup>.

## Cinco estrategias para la administración sanitaria, aseguradoras y otros proveedores de servicios de salud

En base a los motivos tácticos y de coste-efectividad presentados hasta aquí, en la guía se proponen cinco estrategias destinadas a mejorar la oferta y asegurar la cobertura completa del tratamiento del tabaquismo que deberían adoptar los agentes clave en el campo de la planificación sanitaria y la provisión de servicios de salud:

**Tabla I.- Implementar un sistema de identificación y registro de las personas que fuman en cada contexto clínico del sistema sanitario**

ACCIÓN	ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN
Desarrollar y aplicar en todo el sistema de salud, centro y servicio sanitario, un protocolo integrado, que asegure el registro sistemático del estatus en relación al uso de tabaco de toda persona que acude a consulta.	<b>Modificación de protocolos de registro:</b> Expandir el registro de signos vitales de forma que incluyan el estatus referente al uso de tabaco, o bien implementar un sistema de registro universal alternativo.  <b>Personal responsable:</b> Profesional de enfermería o de medicina, recepcionista, u otro profesional actualmente responsable del registro de los signos vitales básicos. Las personas que desarrollan esta tarea de registro deben recibir la capacitación necesaria para comprender la importancia de esta actuación y asumir un papel modélico en todo lo relacionado con el tabaco.

**Frecuencia de la aplicación:**

En cada visita y para cada paciente, independientemente del motivo de la consulta <sup>a</sup>.

**Pasos para su introducción en el sistema:**

La introducción sistemática de este registro puede garantizarse mediante su inclusión en los protocolos electrónicos o en soporte de papel que sean habituales en cada consulta, tanto para inicio de tratamiento como para seguimiento.

**Ejemplo de registro de Signos Vitales <sup>b</sup>**

Presión arterial: \_\_\_\_\_ Pulso: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

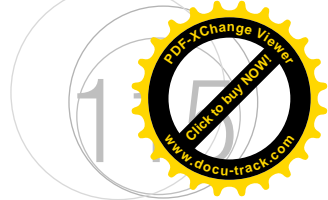
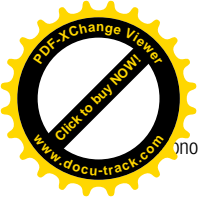
Consumo de tabaco (marcar la opción que corresponda):

Consumo  / Lo dejó  / Nunca ha consumido .

---

<sup>a</sup> No es necesario el registro repetido en caso de personas adultas que nunca hayan consumido tabaco, o que lo dejaran hace muchos años, para quienes esta información estará ya reflejada en su historia clínica.

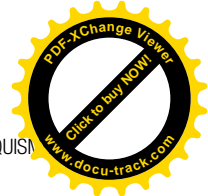
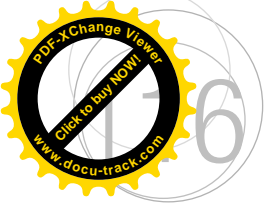
<sup>b</sup> En cada contexto clínico los datos a registrar pueden variar (por ejemplo, pueden incluir también el registro de otras variables como la temperatura, la frecuencia respiratoria, etc.), en cualquier caso el registro sobre el consumo de tabaco, debería incorporarse en todos los contextos asistenciales (urgencias, atención primaria y servicios especializados).



**Tabla II.- Proporcionar educación, recursos y *feedback* para promover la intervención profesional**

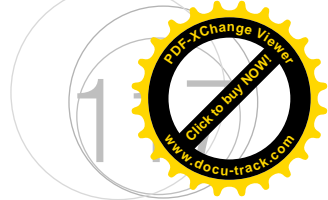
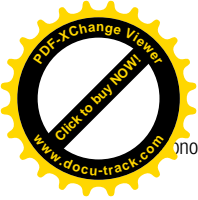
ACCIÓN	ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN
<p>El sistema sanitario y los centros asistenciales deberían asegurar que:</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Los profesionales clínicos disponen de la formación suficiente para tratar la dependencia del tabaco.</li><li><input type="checkbox"/> Tanto clínicos como pacientes disponen de los recursos de apoyo necesarios.</li><li><input type="checkbox"/> Los profesionales clínicos reciben el <i>feedback</i> necesario sobre la adecuación de su práctica asistencial en tabaquismo.</li></ul>	<p><b>Formar al equipo:</b></p> <p>Ofrecer formación regular (por ejemplo: sesiones clínicas, lecturas, seminarios, talleres, etc.) sobre los tratamientos de la dependencia del tabaco. Y proporcionar créditos de formación continuada y/u otros incentivos de participación.</p> <p><b>Proporcionar recursos de apoyo:</b></p> <p>Como por ejemplo acceso a los servicios telefónicos de tratamiento del tabaquismo (quitelines) y otros recursos comunitarios, materiales de auto-ayuda, así como información sobre medicamentos efectivos (ya sea vía fax, correo electrónico, hojas informativas en la sala de espera, etc.).</p> <p><b>Incluir la dispensación del tratamiento del tabaquismo en los informes de actividad:</b></p> <p>Considerándolo como un indicador de calidad, de utilidad para la evaluación institucional, la acreditación, y la práctica profesional.</p> <p><b>Proporcionar <i>feedback</i> a los profesionales:</b></p> <p>Es importante realizar comentarios útiles en relación a su actuación, con la finalidad de que puedan optimizarla. Para ello se pueden utilizar datos recogidos en informes de evaluación, registros electrónicos médicos y asistenciales disponibles, debates en el marco de sesiones clínicas, etc.</p> <p><b>Evaluar:</b></p> <p>Es importante evaluar el grado de implicación de los profesionales clínicos en la identificación, registro, documentación y tratamiento de pacientes que consumen tabaco.</p>





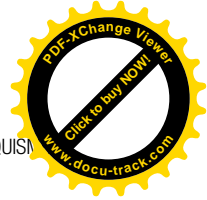
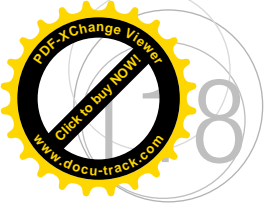
**Tabla III.- Designar a personas concretas del equipo a tareas de aplicación de tratamiento del tabaquismo e incorporar indicadores de actuación en este ámbito a los criterios de evaluación del equipo**

ACCIÓN	ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN
<p>Las instituciones y los centros asistenciales deberían:</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Comunicar a todos los profesionales que integran sus plantillas la importancia de actuar con las personas que consumen tabaco.</li><li><input type="checkbox"/> Designar a una persona de cada equipo para coordinar los tratamientos del tabaquismo. Profesionales no médicos pueden realizar una excelente tarea como proveedores de las intervenciones asistenciales en este campo.</li></ul>	<p>Designar a una persona coordinadora en cada equipo:</p> <p>Para coordinar las intervenciones de tratamiento de la dependencia del tabaco en cada entorno asistencial.</p> <p>Definir las responsabilidades propias de dicha coordinación:</p> <p>Entre ellas:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Asegurar la identificación y registro sistemáticos de las personas que fuman.</li><li>-Supervisión y seguimiento de cada paciente para asegurar que recibe el tratamiento más adecuado a sus necesidades.</li><li>-Fácil contacto y coordinación con los recursos especializados de tratamiento de la dependencia del tabaco (servicios telefónicos, unidades especializadas de tabaquismo, etc.).</li><li>- Programación del seguimiento necesario para cada paciente.</li></ul> <p>Comunicar a cada miembro del equipo sus responsabilidades:</p> <p>Cada institución o centro asistencial debería:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Comunicar a cada miembro del equipo (ej. profesional de enfermería, asistente médico, u otro profesional clínico) las responsabilidades que se esperan de él o de ella en la tarea de ofrecer una atención efectiva y de calidad en tratamiento del tabaquismo.</li><li>- Introducir la formación en este campo del personal que vaya a incorporarse al centro o al equipo.</li></ul>



**Tabla IV.- Promover políticas de hospitales libres de humo, que incluyan la oferta de servicios y recursos de apoyo asistencial para las personas admitidas a tratamiento en el marco hospitalario**

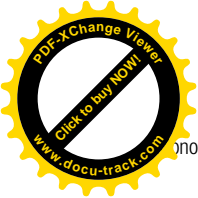
ACCIÓN	ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN
<p>Proporcionar tratamiento de la dependencia del tabaco a toda persona admitida para tratamiento dentro del marco hospitalario</p>	<p><b>Implementar un sistema de identificación y registro:</b> Aplicado de forma sistemática a toda persona hospitalizada o admitida a tratamiento en el marco hospitalario.</p> <p><b>Identificar uno o varios profesionales clínicos para encargarse de la prestación:</b> Deben estar capacitados para la aplicación de tratamiento del tabaquismo adecuado a las necesidades de cada paciente. Y debe considerarse la provisión de un sistema de incentívación.</p> <p><b>Expandir los protocolos de prescripción de fármacos:</b> Cada centro debería incorporar la prescripción y administración de medicación de probada eficacia en tratamiento del tabaquismo.</p> <p><b>Asegurar el cumplimiento de la Ley 28/2005:</b> Por la cual, todas las dependencias del hospital deben ser espacios libres de humo y estar convenientemente señalizadas como tales.</p> <p><b>Formar al personal clínico sobre el uso de medicación adecuada:</b> En especial sobre los medicamentos de primera línea que pueden ser utilizados para reducir los síntomas propios del síndrome de abstinencia a la nicotina, incluso cuando el paciente no se esté planteando dejar de fumar a largo plazo.</p>



**Tabla V.- Incluir los tratamientos de la dependencia del tabaco identificados como efectivos en esta guía (tanto el consejo<sup>a</sup> como la medicación), como servicios financiados que cubran a toda la población atendida en el marco del sistema de salud**

ACCIÓN	ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN
<p>Proporcionar tratamiento de la dependencia del tabaco de efectividad probada (tanto el consejo<sup>a</sup> como la medicación) a toda persona beneficiaria del sistema sanitario, ya sea público o privado.</p>	<p>Cubrir la financiación de los tratamientos:</p> <p>Tanto el consejo comportamental como la medicación, deberían formar parte de las prestaciones básicas del sistema público de salud y de las prestaciones ofrecidas por los seguros privados de asistencia sanitaria.</p> <p>Retirar las barreras que limitan los beneficios de estas prestaciones:</p> <p>Par ello sería preciso eliminar restricciones como la utilización del criterio de financiación restringida exclusivamente a grupos de riesgo, a colectivos módicos, etc.</p> <p>Informar y educar a profesionales y pacientes:</p> <p>Informándoles de los tipos y disponibilidad de tratamientos de la dependencia del tabaco financiados por el sistema sanitario (tanto el consejo comportamental como la medicación), alentando a la población a utilizarlos.</p>

<sup>a</sup> A lo largo de la guía se define el término “consejo” (*counseling*) como una intervención personalizada (cara a cara) de asesoramiento, utilizando pruebas de cribado normalizadas, e instrumentos y herramientas terapéuticos fiables y de adecuada sensibilidad, como es el caso de técnicas comportamentales de resolución de problemas, de entrenamiento en habilidades de afrontamiento, anticipación y control de estímulos, así como técnicas de apoyo social intra-tratamiento. Este consejo puede administrarse de forma individual (*smoking cessation counseling*) o grupal (*group counseling*), con duración que puede oscilar entre 3-10 mi. hasta 60 mi.

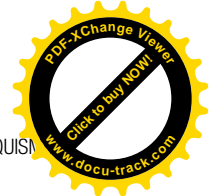
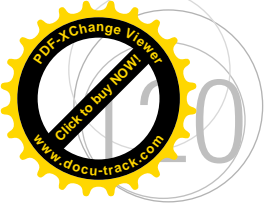


## Recomendaciones y evidencia de la efectividad para cada recomendación

En este apartado la guía presenta cinco recomendaciones basadas en metaanálisis realizados de forma específica para la actualización de la

guía en 2008, o bien actualizaciones de metaanálisis realizados para las ediciones anteriores. A través de este riguroso trabajo de revisión y, en base a los resultados obtenidos, la guía establece la siguiente clasificación sobre la fuerza de la evidencia disponible para cada recomendación realizada:

CLASIFICACIÓN	CRITERIOS
Fuerza de la evidencia = A	Disponibilidad de múltiples ensayos clínicos bien diseñados y randomizados, directamente relevantes y pertinentes para la recomendación, que al ofrecer un patrón consistente de resultados, permiten considerar que la recomendación dispone de una fuerte base en la evidencia.
Fuerza de la evidencia = B	Algunos de los ensayos clínicos randomizados apoyan la recomendación, pero la evidencia científica aportada no es óptima. Por ejemplo, existen pocos ensayos aleatorios, los ensayos existentes son algo inconsistentes, o no son directamente relevantes para la recomendación.
Fuerza de la evidencia = C	Esta opción se reserva para aquellas recomendaciones referidas a situaciones clínicas relevantes sobre las cuales el Panel de expertos ha alcanzado suficiente consenso, aunque no se disponga de ensayos clínicos aleatorios que la sustenten.



## FORMACIÓN DE PROFESIONALES CLÍNICOS E INCORPORACIÓN DE SISTEMAS DE RECUERDO

*Recomendación: Todos los profesionales clínicos, graduados o en formación, deberían recibir formación y entrenamiento sobre estrategias efectivas para ayudar a sus pacientes dispuestos a intentar dejar el uso del tabaco, así como para motivar a quienes no lo estén para que lo intenten. La formación parece ser más eficaz cuando se combina con los cambios en el sistema propuestos en esta guía. (Fuerza de la evidencia = B)*

Sólo dos estudios, algo heterogéneos, cumplían todos los requisitos establecidos para este metaanálisis. Por ello, aunque el análisis mostró un efecto significativo para la introducción de esta recomendación (OR= 2,0 [IC 95%: 1,2 - 3,4] ), el Panel de expertos que redactó la guía decidió asignarle una fuerza de nivel "B".

La formación de los profesionales clínicos y las mejoras en el seno del sistema pretenden mejorar las tasas de registro, valoración e intervención en tratamiento del tabaquismo. Por tanto, se realizaron metaanálisis adicionales para determinar los efectos de los cambios que atañen a la aplicación del modelo de las cinco "As" para: la evaluación clínica del tabaquismo ("Ask"), la provisión de tratamiento ("Assist"), y la planificación del seguimiento ("Arrange"). Los resultados indicaron que la formación incrementa el porcentaje de pacientes que reciben tratamiento (por ejemplo: exploración de obstáculos y beneficios de dejar el tabaco, estrate-

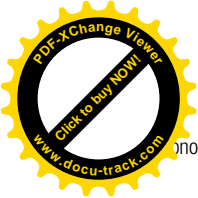
gias para prevenir las recaídas, prescripción de medicación y provisión de apoyo). Cuando la formación se combinaba con la implementación de cambios en el sistema, estos resultados mejoraban significativamente. El metaanálisis indicó que la formación debe dirigirse tanto a profesionales en ejercicio como a estudiantes de pregrado en fase de prácticas. Este tipo de formación se muestra, además, coste-efectivo. Los elementos incluidos en la formación dispensada en los estudios analizados incluía presentaciones didácticas de materiales, trabajo de grupo y entrenamiento de habilidades de afrontamiento en sesiones de *role palying*.

La guía realiza tres propuestas en el ámbito de la formación sobre tratamiento del tabaquismo:

- Incluir la formación teórica y práctica en los currículos obligatorios de todas las especialidades clínicas de las ciencias de la salud.
- Considerar el nivel de conocimientos y habilidades clínicas adquiridos en este campo, como un criterio de evaluación para obtener la graduación en todas las disciplinas clínicas de las ciencias de la salud.
- Requerir a cada miembro de las distintas sociedades científicas, un nivel de competencia estandarizado en materia de tratamiento del tabaquismo.

## COSTE-EFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES

*Recomendación: Los tratamientos de la dependencia del tabaco de probada efectividad (tanto*



*el consejo como la medicación) son altamente coste-efectivos en relación con otros tratamientos financiados por los servicios sanitarios y deberían proporcionarse a todas las personas que fuman. (Fuerza de la evidencia = A).*

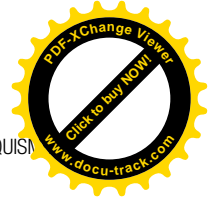
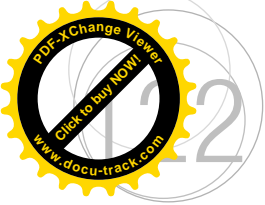
*Recomendación: Deberían asignarse recursos suficientes para asegurar que los sistemas asistenciales de apoyo pueden dispensar tratamientos del tabaquismo eficaces (Fuerza de la evidencia = C).*

Estas dos recomendaciones adquieren especial relevancia cuando se toma en consideración el elevado coste sanitario derivado del tabaquismo. En EEUU se estima que este coste asciende a 96 mil millones de dólares en gastos asistenciales y 97 mil millones en concepto de pérdida de productividad<sup>31</sup>. En España, según estimaciones conservadoras, sólo el gasto sanitario comporta anualmente un coste aproximado de más de 16.000 millones de euros<sup>32</sup>. Esta realidad ha hecho desarrollar una importante línea de investigación centrada en medir el impacto económico, en términos de coste-efectividad, de los tratamientos del tabaquismo.

La relación coste-efectividad puede medirse de diversas formas. Una de ellas es estimando el coste del tratamiento por año de vida ganado (AVG) comparado con otros tratamientos médicos. Los datos referidos a EEUU que presenta la guía lo sitúan en 3.539 US\$ por AVG y por paciente, mientras el coste para el screening de la hipertensión en varones de 45 a 54 años asciende a

5.200 US\$, y el screening anual de cáncer de cérvix en mujeres de 34 a 39 años es de 4.100 US\$. Esta relación puede medirse también estimando el coste de años de vida ganados ajustados por calidad (AVACs), o el coste del tratamiento por cada persona que consigue dejar de fumar, en ambos casos el coste medio estimado oscila entre varios cientos y varios miles de dólares y, en todos los casos, cuando se compara con otras intervenciones médicas, el coste del tratamiento del tabaquismo resulta siempre mucho más modesto.

Al medir el impacto que la dispensación de tratamiento del tabaquismo tiene sobre los costes generales del gasto sanitario, numerosos trabajos coinciden en que: **1)** entre las personas que dejan de fumar, su gasto sanitario se incrementa durante el año en que lo han dejado y luego disminuye paulatinamente, hasta situarse por debajo del de las personas que continúan fumando, este resultado ventajoso se obtiene en un periodo que oscila entre 1 y 10 años tras el abandono del consumo de tabaco; **2)** generalmente el coste sanitario para cada persona que fuma, se eleva justo antes de dejar de fumar; y **3)** el incremento del coste sanitario predice el abandono del tabaquismo, en presencia o no de una enfermedad crónica. Estos datos sugieren que frecuentemente se deja de fumar como respuesta a la existencia de serios y costosos problemas de salud. También que el incremento del coste sanitario –incluida la hospitalización– durante el año que en que se ha dejado de fumar puede ser más bien la causa que la consecuencia del abandono del consumo de tabaco.



Los estudios disponibles muestran que el tratamiento del tabaquismo es especialmente coste-efectivo cuando se aplica a poblaciones específicas, como por ejemplo, personas hospitalizadas o mujeres embarazadas. En pacientes hospitalizados, dejar de fumar no sólo reduce los costes sanitarios generales a corto plazo, sino que también aminora el número de futuras hospitalizaciones. En el caso de mujeres embarazadas, dejar de fumar se traduce en una mejora de la salud de la mujer, así como importantes beneficios para los neonatos (disminución de: bajo peso al nacer, mortalidad perinatal, así como de problemas físicos, cognitivos y conductuales durante la infancia).

#### **TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA DEL TABACO COMO CRITERIO PARA LA EVALUACIÓN DE CALIDAD DEL SISTEMA SANITARIO**

*Recomendación: La provisión de las intervenciones asistenciales presentadas en esta guía debería considerarse como un criterio de calidad en la evaluación de la calidad global del sistema. Estas medidas estandarizadas deberían así mismo incluir indicadores de resultados obtenidos mediante la aplicación del tratamiento del tabaquismo (por ejemplo: uso de tratamiento, tasas de abstinencia a corto y largo plazo, etc.). (Fuerza de la evidencia = C).*

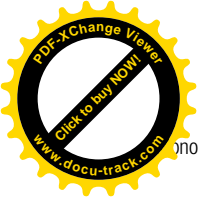
Para operativizar esta recomendación la guía enfatiza la necesidad de: 1) considerar la inclusión de

la oferta de tratamiento del tabaquismo en las memorias anuales que las distintas organizaciones sanitarias deben presentar a los organismos de control del sistema; 2) incorporar la prestación del tratamiento del tabaquismo a los criterios de acreditación utilizados por las agencias federales y otros organismos designados para facilitar las licencias de funcionamiento otorgadas a los centros sanitarios; 3) incrementar la utilización de este criterio en los sistemas de remuneración por rendimiento, existentes en E.E.U.U.

#### **PROVISIÓN DEL TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO COMO UN SERVICIO CUBIERTO POR EL SISTEMA SANITARIO**

*Recomendación: La financiación del tratamiento del tabaquismo (tanto el consejo como la medicación) incrementa la proporción de personas tratadas, la de intentos hechos para dejar de fumar y la de personas que lo consiguen con éxito. Por tanto, la financiación de los tratamientos demostradamente efectivos presentados en esta guía, debería incluirse como parte de las prestaciones incluidas tanto en el sistema asistencial público como en los seguros y otros planes asistenciales privados. (Fuerza de la evidencia = A).*

Numerosos estudios, incluida una revisión Cochrane de 2005, han analizado el impacto de la financiación del tratamiento del tabaquismo, documentando que este factor incrementa tanto la utilización del tratamiento como las tasas de absti-



nencia. El metaanálisis realizado para la revisión de la guía en 2008 ha incluido tres estudios que cumplían con todos los requerimientos definidos por el Panel de expertos. De este metaanálisis se concluye que: 1) la financiación incrementa la tasa de utilización del tratamiento en comparación con la no financiación (OR= 2,3 [IC 95%: 1,8 - 2,9]); 2) la financiación incrementa la tasa de intentos realizados para dejar de fumar (OR=1,3 [IC 95%: 1,01 - 1,5]); y 3) la financiación incrementa la tasa de abstinencia (en la guía no se especifica a qué plazo se ha medido la abstinencia) (OR= 1,6 [IC 95%: 1,2 - 2,2]).

## Recomendaciones sobre prioridades de investigación en este ámbito

Entre las recomendaciones realizadas en este terreno, cabe destacar el estudio de:

- La eficacia de los programas de capacitación para las disciplinas de la Salud distintas a la medicina (enfermería, psicología, odontología, trabajo social, y farmacia).
- Elementos efectivos en los programas de formación de éxito (por ejemplo, formación continuada, componentes interactivos, etc.).
- El efecto combinado de la introducción de varios cambios sistémicos (como: la formación clínica, sistemas de recordatorio y valoración clínica, incorporación de incentivos, colaboración de líderes de opinión, etc.).

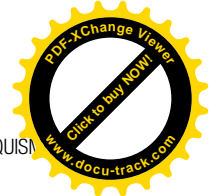
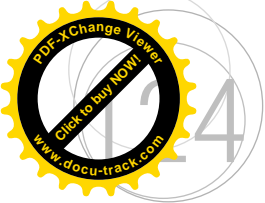
- El coste-eficacia de los distintos tratamientos, a corto y largo plazo.
- Los medios óptimos para eliminar las barreras sistémicas que impiden la incorporación de los tratamientos de la dependencia del tabaco en el sistema sanitario.
- Intervenciones sistémicas pueden fomentar la utilización de los tratamientos, tanto por parte de proveedores de servicios como por parte de pacientes.
- El coste e impacto económico de los diferentes formatos de dispensación de tratamientos efectivos (por ejemplo, asesoramiento telefónico proactivo, cara a cara en contacto, medicación).
- El impacto de la utilización de dispensación del tratamiento del tabaquismo como criterio para valorar la calidad de los servicios y del rendimiento clínico.
- El impacto de medidas de información pública para difundir los beneficios del tratamiento, tanto en términos de mejora de la salud pública como en términos económicos.
- La relación coste-eficacia de los elementos específicos del tratamiento del tabaquismo.

## Avances en España en materia de tratamiento del tabaquismo

España, país que ha suscrito y ratificado el CMCT de la OMS, ha empezado a dar los pri-







meros pasos en materia asistencial, los más significativos son:

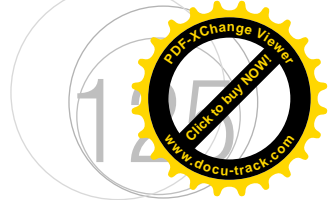
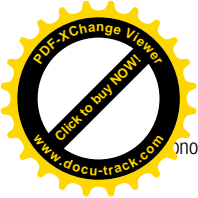
- *Ley 28/2005 de Medidas Sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.* Entre otros avances clave, esta Ley incluye un primer y tímido paso en el ámbito del tratamiento del tabaquismo, señalando la necesidad de avanzar hacia su ordenamiento, pero no aborda en profundidad la forma de desarrollo. Con estas limitaciones, esta Ley constituye el primer texto legal, de ámbito estatal, que señala la necesidad de avanzar en la definición de una política asistencial de forma coordinada con las CCAA.

- *Real Decreto 1030/2006 por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.* Se trata del primer texto legal que contempla la atención al tabaquismo como parte de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS) (Boletín Oficial del Estado, 2006<sup>a</sup> apartado 6.4.4), especificando que dicha atención comprende: la valoración del fumador, la información sobre riesgos, el consejo de abandono y el apoyo sanitario y, en su caso, la intervención con ayuda conductual individualizada.

Además, disponemos de dos documentos editados por instituciones públicas clave que revisan la eficacia de los tratamientos del tabaquismo y constatan tanto su coste-efectividad, como la necesidad de su incorporación en el marco de las

prestaciones del Sistema Nacional de Salud. El primero de ellos es el informe de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) que evalúa la eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos del tabaquismo, además de describir y valorar la situación en España del acceso y uso de los tratamientos y revisar el impacto que tendría la oferta generalizada del tratamiento en términos de disminución de la morbi-mortalidad, así como el impacto económico para el sistema sanitario<sup>9</sup>. En segundo lugar disponemos de un documento de consenso, fruto de un amplio proceso de consenso en el que participaron representantes del Ministerio de Sanidad y Consumo, las Comunidades Autónomas y todas las sociedades científicas integradas en el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT). Este documento constituye un ejercicio de revisión y análisis de situación realizado por primera vez entre las administraciones públicas y la comunidad científica del ámbito de la salud<sup>9</sup> y propone una serie de pasos para avanzar en el establecimiento de una política efectiva de tratamiento del tabaquismo, en total sintonía con lo expuesto en este artículo. Numerosos avances y propuestas en este ámbito se vienen realizando igualmente desde las distintas sociedades científicas y equipos profesionales<sup>33-35</sup>.

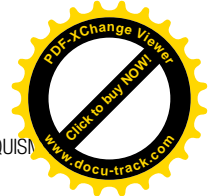
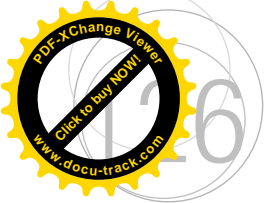
A pesar de todos estos progresos, es preciso señalar que los avances conseguidos son insuficientes, están siendo lentos y se están produciendo de forma desigual en los distintos territorios del Estado. Por ello, las recomendaciones sobre toma de decisiones en materia de política asistencial, realizadas en la guía comentada en este mono-



gráfico, resultan de gran relevancia en nuestro contexto.

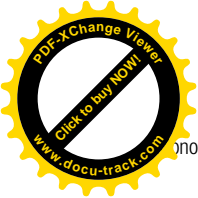
La política asistencial en materia de tabaquismo debe avanzar sensiblemente en nuestro país y debe hacerlo

de forma cohesionada en todo el territorial del Estado, para ello sería deseable que las administraciones central y autonómicas consideraran las recomendaciones basadas en la evidencia como las presentadas en la guía que se comenta en este monográfico.

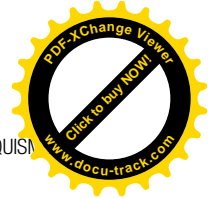
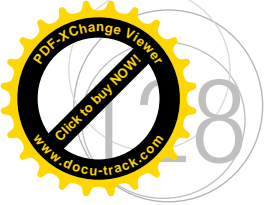


## Bibliografía

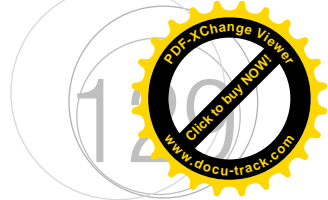
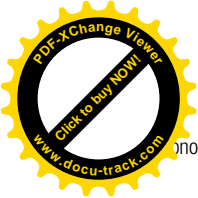
1. Peto R, Lopez A D, Boreham J, Thun M, Heath C. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. *Lancet* 1992; 339:1268-78.
2. Peto R, Lopez A D, Boreham J, Thun M, Heath C. Mortality from smoking in developed countries 1950-2000. Oxford: Oxford University Press, 1994.
3. Peto R, Chen ZM, Boreham J. Tobacco: the growing epidemic. *Nat Med* 1999; 5(1): 15-17.
4. Murray CJ, Lopez A. Global mortality, disability and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349:1436-42.
5. World Bank. Curbing the epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control. World Bank Development in Practice Series. Washington: World Bank, 1999.
6. World Health Organization. Regional Office for Europe. European strategy for tobacco control. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2002
7. Organización Mundial de la Salud. MPOWER: Un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2008. Disponible en: [http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower\\_spanish.pdf](http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_spanish.pdf)
8. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Evaluación de la Eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar. Madrid: AETS, Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de sanidad y Consumo, 2003. Disponible en: <http://www.isciii.es/htdocs/index.jsp>
9. Camarelles Guillem F, Salvador Llivina T, Ramón Torell JM et al. Documento de consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo y Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo, 2008. Disponible en: [http://www.cnpt.es/docu\\_pdf/Doc\\_Trat\\_CNPT\\_08.pdf](http://www.cnpt.es/docu_pdf/Doc_Trat_CNPT_08.pdf)
10. Asamblea Mundial de la Salud. Convenio Marco para el Control del Tabaco. Cuarta sesión plenaria. Resolución de la 56ª Asamblea Mundial de la Salud. WHA56.1, 21 de mayo de 2003. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/sa56r1.pdf>



11. Department of Health. Health reform in England: update and commissioning framework. London: Department of Health, 2006. Disponible en: [http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/Publications-PolicyAndGuidance/DH\\_4137226](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/Publications-PolicyAndGuidance/DH_4137226) 146
12. Department of Health (2007) Commissioning framework for health and well-being. London: Department of Health, 2007. Disponible en: [http://www.dh.gov.uk/en/publicationsandstatistics/publications/publicationspolicyandguidance/DH\\_072604](http://www.dh.gov.uk/en/publicationsandstatistics/publications/publicationspolicyandguidance/DH_072604)
13. NHS Stop Smoking Services: Service and Monitoring Guidance 2009/10. London: Department of Health, 2007. Disponible en: [http://www.scrn.org/policy\\_guidance/Service\\_and\\_Monitoring\\_Guidance\\_2009-10.pdf](http://www.scrn.org/policy_guidance/Service_and_Monitoring_Guidance_2009-10.pdf)
14. World Health Organization Regional Office for Europe. The European Report on Tobacco Control Policy. Review of Implementation of the Third Action Plan for Tobacco-free Europe 1997-2001. Copenhagen: WHO, 2002.
15. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. Smoking cessation. Clinical Practice Guideline No. 18. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. AHCPR Publication No. 96-0692. April 1996.
16. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ. Treating tobacco use and dependence: Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, U.S. Public Health Service, 2000.
17. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline: 2008 Update. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service, 2008. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/path/tobacco.htm#Clinic>
18. Levy DT, Chaloupka F, Gitchell J. The effects of tobacco control policies on smoking rates: a tobacco control scorecard J Public Health Manag Pract 2004;10: 338-53.
19. U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. Healthy People 2010: Understanding and improving health. Disponible en: <http://www.healthypeople.gov/Publications/>
20. Cromwell, Bartosch WJ, Fiore MC, et al. Cost-effectiveness of the clinical practice recommendations in the AHCPR guideline for smoking cessation. JAMA 1997; 278: 1759-66.
21. Wagner EH, Austin BT, Davis C et al. Improving chronic illness care: translating evidence into action. Health Aff (Millwood) 2001; 20: 64-78.
22. Katz DA, Muehlenbruch DR, Brown RL et al. Effectiveness of implementing the agency for health care research and quality smoking cessation clinical practice guideline: a randomized, controlled trial J Natl Cancer Inst 2004; 96: 594-603.



23. Curry SJ, Grothaus LC, McAfee T et al. Use and cost effectiveness of smoking-cessation services under four insurance plans in a health maintenance organization. *N Engl J Med* 1998; 339: 673-9.
24. Kaper J, Wagena EJ, Severens JL et al. Health care financing systems for increasing the use of tobacco dependence treatment. *Cochrane Database Syst Rev* 2005:CD004305.
25. Maciosek MV, Coffield AB, Edwards NM et al. Priorities among effective clinical preventive services: results of a systematic review and analysis. *Am J Prev Med* 2006; 31: 52-61.
26. Shearer J, Shanahan M. Cost effectiveness analysis of smoking cessation interventions. *Aust N Z J Public Health* 2006; 30: 428-34.
27. González Enríquez J, Salvador Llivina T, López Nicolás A, et al. Morbilidad, mortalidad y costes sanitarios evitables mediante una estrategia de tratamiento del tabaquismo en España. *Gac Sanit* 2002; 16(4):308-17.
28. Antoñanzas F, Portillo F. Evaluación económica del empleo de terapias farmacológicas para la cesación en el hábito tabáquico. *Gac Sanit* 2003; 17: 393-403.
29. Fernández de Bobadilla Osorio J, Sánchez-Maestre C, Brosa Riestra M et al. Análisis coste-efectividad de vareniclina (Champix®) en el tratamiento del tabaquismo en España. *An. Med. Interna (Madrid)* 2008; 25 (7):342-348.
30. Eddy DM. David Eddy ranks the tests. *Harv Health Lett* 1992; (special suppl):10-11.
31. Centers for Disease Control and Prevention. Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs-2007. Atlanta, GA: Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2007.
32. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Evaluación del Control del Tabaquismo sobre los costes empresariales y sanitarios. Madrid: CNPT, 2009. Disponible en: [http://www.cnpt.es/docu\\_pdf/Informe\\_fiscalidad\\_01.pdf](http://www.cnpt.es/docu_pdf/Informe_fiscalidad_01.pdf).
33. Jiménez-Ruiz CA, Barrueco M, Solano S, Torrecilla M, Domínguez F, Díaz-Maroto JL, Alonso JA, De la Cruz E, Abengoza R. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo. Documento de Consenso. *Arch Bronconeumol* 2003; 39 (1):35-41.
34. Jiménez-Ruiz CA, Riesco Miranda JA, Ramos Pinedo A, Barrueco Ferrero M, Solano Reina S, de Granda Oribe JI, Grávalos Guzmán J, Ramos Casado L, Pérez Trullén A y Fagerström KO. Recomendaciones para el tratamiento farmacológico del tabaquismo. Propuestas de financiación. *Arch Bronconeumol* 2008; 44: 213 - 219.



35. Cabezas C, grupos de expertos del PAPPs. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Atención Primaria 2005; 36 (2):27-46.
36. Mataix Sancho J, Cabezas Peña C, Lozano Fernández J, Camaralles Guillem F, Ortega Cuelva G y Grupos de Abordaje del Tabaquismo (GAT) de semFYC y de Educación para la Salud del PAPPs-semFYC. Guía para el tratamiento del tabaquismo activo y pasivo. SEMFYC Ediciones: Barcelona, 2008.