

Propuestas para una adecuada organización de la atención al tabaquismo y financiación de su tratamiento farmacológico

El tabaquismo es una enfermedad crónica causada por un trastorno adictivo que, en la actualidad, supone la principal causa de enfermedad y muerte prevenible en los países desarrollados¹. Cada año mueren en España cerca de 54.000 personas por enfermedades producidas directamente por el consumo de tabaco² y éste se relaciona con, al menos, 25 enfermedades³. Además, el tabaquismo pasivo es la tercera causa de mortalidad evitable en países desarrollados y se ha estimado que al año mueren en España por esta causa más de 6.300 personas⁴. Según la encuesta nacional de salud de 2006, el 29,9% de la población mayor de 15 años es fumadora.

El beneficio individual de la persona que deja de fumar, en cuanto a la expectativa y calidad de vida, genera un enorme beneficio en términos de salud pública medida como disminución de la morbilidad y sus costes derivados, y es extremadamente superior a otras intervenciones llevadas a cabo en nuestro sistema de salud y que son, hoy día, incuestionables⁵. Los fumadores presentan, como media, un 25% más de gasto sanitario, por lo que es fácil deducir que, en un determinado plazo, los que dejen de fumar, además de mejorar su salud y evitar muertes y sufrimiento, van a contribuir a una contención del gasto⁶.

La detección y el tratamiento de la dependencia a la nicotina se consideran una referencia frente a otras intervenciones preventivas y asistenciales, e incluso su tratamiento ha llegado a considerarse como el «estándar oro» de las intervenciones preventivas. Entre las intervenciones clínicas útiles para ayudar a dejar de fumar destacan la intervención breve, la intensiva y la especializada, en las que se combinan tratamientos psicológicos y farmacológicos. Las principales diferencias entre las intervenciones breves e intensivas son la duración total y el número de sesiones, y entre las intensivas y especializadas son la cualificación de los profesionales que la desarrollan, la intensidad del tratamiento psicológico y los fumadores a los que van dirigidas. Un aspecto importante a tener en cuenta es que el consenso actual estima que, en referencia al conjunto de los fumadores, como más se consigue maximizar el beneficio social y poblacional es mediante intervenciones de duración limitada.

Una asistencia adecuada del consumo de tabaco consiste en ofrecer al menos desde cualquier ámbito asistencial, pero especialmente desde la atención primaria por ser donde

más variedad y cantidad de pacientes se atiende, intervenciones breves (que tienen como objetivos: detectar a todos los fumadores, ayudar a los que quieran dejar de fumar y motivar para que hagan un intento de abandono a los que no estén dispuestos a dejarlo) y, además, poder ofertar en las consultas programadas de la atención primaria, tanto médicas como de enfermería, un tratamiento más intensivo por la clara relación dosis-respuesta existente⁷. La tasa anual mínima de fumadores que consiguen dejar el tabaco por sí mismos es del 1% (del 7% si se consideran los intentos de los pacientes que lo intentan durante varios años) y con la ayuda específica se pueden alcanzar tasas anuales comprendidas entre el 15 y el 30% como media, por lo que resulta difícil entender que no se realicen todos los esfuerzos necesarios para facilitarla.

Actualmente todavía existen notables deficiencias en nuestro sistema sanitario público en la atención al fumador, que dan como resultado un alto coste sanitario directo que se ha estimado que en España puede llegar a los 3.644 millones de euros (a los que habría también que sumar los costes sociales por bajas laborales, invalidez y muerte prematura) según un estudio realizado por el Centro de Investigación de Economía de la Salud y el Departamento de Economía y Empresa de la Universitat Pompeu Fabra de Barcelona.

En nuestro sistema sanitario, son las comunidades autónomas las que tienen que adoptar las medidas necesarias para la atención más adecuada a los fumadores. Y aunque la prevención y control del tabaquismo ya viene desarrollándose en todas ellas, esto sucede de forma más o menos dispersa y con desigual cobertura, lo que ocasiona falta de homogeneidad y de equidad.

Para los grandes factores de riesgo, como hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes o alcoholismo, existen fármacos financiados. En cambio, el tabaquismo está claramente discriminado en este sentido, y se necesitan cambios en esta situación, sobre todo, si se tiene en cuenta que el tratamiento del tabaquismo resulta 4 veces más coste-efectivo que el de la hipertensión arterial y 13 veces más coste-efectivo que el de la hipercolesterolemia⁸.

Las terapias farmacológicas de efectividad probada para ayudar a dejar de fumar son altamente coste-efectivas, pero hay que tener en cuenta que son eficaces como parte de una estrategia para promover el abandono del hábito de fumar

en la que también se incluya el resto del conjunto de intervenciones (consejo sanitario, materiales de autoayuda, «asesoramiento» individual o en grupo, asesoramiento telefónico, herramientas psicológicas, etc.) que han demostrado su efectividad y su coste-efectividad para ayudar a dejar de fumar con un alto nivel de evidencia⁷.

Una manera de aumentar el uso de los tratamientos farmacológicos para dejar de fumar podría ser su financiación a través de los sistemas de asistencia sanitaria. Existen pruebas de que estos sistemas de financiación dirigidos a todos los fumadores pueden aumentar las tasas de abstinencia autorreferidas con costes relativamente bajos⁹.

Ya existen antecedentes en España: desde el año 2003 en la Comunidad Foral de Navarra y más recientemente en La Rioja¹⁰, donde se establecieron las condiciones para la prestación farmacológica de ayuda a dejar de fumar a la población general, garantizando su financiación y priorizando el ámbito de la intervención de la atención primaria sobre la atención hospitalaria, por ser la puerta de entrada al sistema sanitario público, por su accesibilidad y permitir el seguimiento a largo plazo y por poseer sus profesionales un alto grado de sensibilidad para el desarrollo de las actividades preventivas⁵. En este mismo sentido se pronuncia la ley 28/2005, de 26 de diciembre, «de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco» en la que, en su artículo 12, al hablar de los programas de deshabituación tabáquica, se dice que: «las administraciones públicas competentes promoverán el desarrollo de programas sanitarios para la deshabituación tabáquica en la red asistencial sanitaria, en especial en la atención primaria».

Resulta menos adecuada la organización de la atención al tabaquismo centralizada en unidades especializadas, como algunas voces interesadas se empeñan en promulgar, ya que terminan funcionando como compartimentos estancos y alejados de la población que sólo ofrecen cobertura a una mínima parte de los fumadores. Y también es menos adecuada la organización en consultas específicas de tabaquismo o «dispensarizadas», llevadas sólo por alguno o algunos profesionales sanitarios de cada centro de salud ya que, además de ser incoherentes con los elementos conceptuales de la atención primaria (p. ej., el abordaje integral), su creación contribuye a mantener la actual falta de implicación de todavía un número importante de profesionales sanitarios en la ayuda para que las personas dejen de fumar.

En este contexto, resulta necesario definir estrategias para promover la definición de los criterios de organización de la atención al tabaquismo y de la financiación y dispensación de su tratamiento farmacológico, siendo necesario tener en cuenta, además de todas las consideraciones anteriores, las suficientes precauciones para prevenir que esta financiación conduzca a un uso irracional de los fármacos para ayudar a dejar de fumar, teniendo en cuenta que sólo deben prescribirse a aquellos fumadores que tienen una elevada motivación para dejar de fumar, es decir, los que muestran su com-

promiso y disposición a hacer un serio intento de abandono en el mes siguiente.

Todas las administraciones sanitarias tienen que incluir y/o mantener, como una prioridad en sus agendas, el establecimiento de una adecuada organización de la asistencia a todos los fumadores; para ello es necesario tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. Definir a la atención primaria como el eje del sistema sanitario para la captación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de todos los fumadores.
2. Incluir en todas las carteras de servicios de atención primaria la intervención breve e intensiva (con formato individual o grupal) en el tabaquismo, para que se defina como un problema de salud integrado en la práctica asistencial diaria de todos los profesionales sanitarios.
3. Seguir ayudando, con un mayor compromiso del demostrado hasta ahora, a desplegar el programa de atención primaria sin humo de la semFYC¹¹, que tiene como principal objetivo ayudar y complementar en todas las comunidades autónomas la sensibilización, formación y actualización de los profesionales sanitarios hacia el control del tabaquismo. Esto permitiría el cumplimiento de una de las lecciones aprendidas en la experiencia inglesa de la puesta en marcha de los servicios para el tratamiento de los fumadores, es decir, homogeneizar y aumentar la formación en este campo¹².
4. Crear unidades especializadas para el tratamiento del tabaquismo, al menos una por departamento de salud y que por razones de eficiencia sólo atiendan a fumadores disonantes con alta dependencia y/o características especiales⁵: a) con varios intentos de abandono (al menos tres) supervisados sanitariamente; b) presencia de serios problemas de salud relacionados o no con el uso del tabaco, y en quienes el consumo de tabaco entraña un riesgo muy relevante de morbilidad o muerte; c) presencia de comorbilidad psiquiátrica mayor (sobre todo trastornos psicóticos); d) presencia de otras adicciones activas (es preferible tratar éstas primero), y e) mujeres embarazadas. Estas unidades deben estar integradas por profesionales que tengan formación específica en conductas adictivas y esencialmente en el abordaje del tabaquismo, y es imprescindible al menos que cuenten con un médico y un psicólogo. Su labor, además de asistencial, tiene que ser docente, investigadora y, sobre todo, de coordinación y seguimiento de la puesta en marcha de la atención al tabaquismo en su área de influencia.
5. Financiar públicamente los tratamientos farmacológicos para dejar de fumar en las comunidades en las que las personas beneficiarias participan económicamente en el precio de los fármacos en una cuantía similar a la aportación establecida para otras prestaciones farmacéuticas y que la prescripción a la población se haga fundamentalmente desde la atención primaria (puede desarrollarse para este fin un protocolo de prescripción farmacológica que sea imprescindible cumplir, como ya se ha hecho en algunas comunidades autónomas de España)¹⁰.

6. Dar prioridad, si es necesario como paso previo a su extensión a la población general, a los siguientes colectivos para que inicialmente se financien públicamente los tratamientos farmacológicos para dejar de fumar en ellos: *a)* fumadores con enfermedades secundarias al tabaquismo o agravadas por éste y cuya historia natural sea susceptible de revertirse o detenerse cuando se deja de fumar; *b)* fumadores que tienen una mayor dificultad para controlar su consumo (con alta dependencia, presencia de varios intentos previos de abandono y/o comorbilidad psiquiátrica), y *c)* fumadores que desarrollen profesiones que actúan como modelos a seguir (esencialmente sanitarios y docentes), por la influencia que su profesión ejerce sobre las conductas de la población.

Todas las consideraciones anteriores deberían guiar, o seguir guiando, la puesta en marcha de la organización de la atención al tabaquismo y la financiación de su tratamiento farmacológico en todas las comunidades autónomas de España, ya que permitirán garantizar una atención a los fumadores apoyada en criterios de coste-efectividad, adaptada a la estructura de nuestro sistema sanitario y, sobre todo, más centrada en los beneficios de los pacientes y no tanto en los intereses personales o de algunos colectivos.

Javier Mataix Sancho

Coordinador del GAT de la semFYC. Responsable del Equipo Coordinador de la Atención al Tabaquismo (ECAT). Departamento de Salud Número 9. Comunidad Valenciana. España.

Bibliografía

1. Peto R, López AD, Boreham J, Thun M. Mortality from smoking in developed countries 1950-2000. Oxford; Oxford University Press, 1994.
2. Banegas JR, Díez Ganan L, González Enríquez J, Villar Álvarez F, Rodríguez-Artalejo F. La mortalidad atribuible al tabaquismo comienza a descender en España. *Med Clin (Barc)*. 2005;124: 769-71.
3. World Health Organization. Tobacco or health: a global status report. Ginebra; WHO: 1997.
4. Smoke Free Partnership. Levantar la cortina de humo: 10 razones para una Europa sin humo del tabaco. Smoke Free Partnership 2006. Disponible en: http://dev.ersnet.org/uploads/Document/3c/WEB_CHEMIN_1552_1173100211.pdf
5. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Evaluación de la eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar. Informe n.º 40. Madrid: Septiembre de 2003. Disponible en: <http://www.isciii.es/htdocs/index.jsp>
6. Antoñanzas F, Portillo F. Evaluación económica de terapias farmacológicas para la cesación en el hábito tabáquico. *Gac Sanit*. 2003;17:393-403.
7. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service, May 2008. Disponible en: http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use08.pdf
8. Plans-Rubio P. Cost-effectiveness of cardiovascular prevention programs in Spain. *Intern J Technol Assess Health Care*. 1998;14: 320-30.
9. Kaper J, Wagena EJ, Severens JL, Van Schayck CP. Sistemas de financiación de la asistencia sanitaria para aumentar el uso del tratamiento del tabaquismo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 1. Oxford: Update Software Ltd.; 2007. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
10. Del Pozo J, Esteban A, Nuez C, González A. Tratamiento del tabaquismo en la Comunidad Autónoma de La Rioja. *Trastornos Adictivos*. 2007;9:6-13.
11. Mataix J, Lozano J. Programa Atención Primaria Sin Humo: mucho más que centros sin humo. *Aten Primaria*. 2006;37:183-4.
12. Raw M, McNeill A, Coleman T. Lessons from the English smoking treatment services. *Addiction*. 2005;100(Suppl 2):84-91.