

ORIGINAL

Trabajando con nuestros pacientes fumadores en atención primaria. Un análisis de coste-efectividad[☆]

Xulio Castañal-Canto^a, María Victoria Martín-Miguel^{b,*}, Cristina Hervés-Beloso^c, Santiago Pérez-Cachafeiro^d, María Mercedes Espinosa-Arévalo^e y José Luis Delgado-Martín^e

^a Centro de Saúde de Gondomar, Xerencia de Atención Primaria de Vigo, Servizo Galego de Saúde, Vigo, España

^b Centro de Saúde de Matamá, Xerencia de Atención Primaria de Vigo, Servizo Galego de Saúde, Vigo, España

^c Punto de Atención Continuada de Cangas. Xerencia de Atención Primaria de Vigo, Servizo Galego de Saúde, Vigo, España

^d Xerencia de Atención Primaria de Pontevedra-Norte y Fundación para a Investigación, Desenvolvimento e Innovación do Complexo Hospitalario de Pontevedra, Servizo Galego de Saúde, Pontevedra, España

^e Centro de Saúde de Sárdoma, Xerencia de Atención Primaria de Vigo, Servizo Galego de Saúde, Vigo, España

Recibido el 12 de junio de 2011; aceptado el 14 de febrero de 2012

Disponible en Internet el 15 de junio de 2012

PALABRAS CLAVE

Tabaquismo;
Coste-efectividad;
Intervención;
Eficiencia

Resumen

Objetivo: El objetivo de este trabajo es realizar una evaluación económica de las intervenciones sobre tabaquismo en atención primaria.

Diseño: Análisis de coste-efectividad (ACE) comparando 2 estrategias de intervención: intensiva y breve.

Emplazamiento: Pacientes de una consulta de medicina de familia en un centro de salud (CS) periorurbano.

Participantes: Todas las historias con etiqueta de fumadores; 235 y 37 en el grupo de intervención breve e intensiva, respectivamente.

Intervenciones: La intervención breve (IB) se realizó en el contexto de otro motivo de consulta (1-5 min). La intervención intensiva (II) fue exclusivamente para tabaquismo (10-15 min).

Mediciones principales: Los datos de efectividad son obtenidos de la evaluación de la intervención sobre los fumadores de dicha consulta después de 6 años. Empleamos costes sanitarios directos. Excluimos fármacos, costes no sanitarios e indirectos. Aplicamos la tasa de coste-efectividad incremental (ICER) de las intervenciones breve, intensiva y total (breve + intensiva), comparando no intervenir con cada tipo de intervención e II respecto a la IB y análisis probabilístico para tratar la incertidumbre.

[☆] Este trabajo ha sido presentado en: Lisboa-Portugal, 23-25 mayo 2009. 2.^o Congreso Ibérico de Tabaquismo. Internacional. Un análisis de coste-efectividad en una consulta de atención primaria. ¿Resultan económicamente rentables nuestras intervenciones con los fumadores de nuestro cupo? Ourense, 15-16 de mayo de 2009. XIV Xornadas de Medicina Familiar e Comunitaria AGAMFEC. Autonómico. Análise de custe-efectividade nunha cota de Atención Primaria.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Maravictoria.Martin.Miguel@sergas.es (M.V. Martín-Miguel).

Resultados: El coste por paciente abstinente, globalmente, fue 406,74 €. Para la IB fue de 129,83 € y para la II, 1.034,99 €.
ICER intervención total = 498,87 €/paciente que deja de fumar.
ICER IB = 235,32 €/paciente que deja de fumar.
ICER II = 1.232,85 €/paciente que deja de fumar.
ICER II/IB = 7.772,25 €/paciente que deja de fumar.

Conclusiones: Las intervenciones sobre tabaquismo en AP son eficientes. Una propuesta para el abordaje del tabaquismo en AP, desde una perspectiva coste-efectiva, podría ser la IB sobre todos los fumadores e II sobre aquellos con más dificultad para abandonar.

© 2011 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Smoking;
Cost-effectiveness;
Intervention;
Efficiency

Working with our smoker patients in primary care. Analysis of cost-effectiveness

Abstract

Objective: The aim of this work is to realize an economic evaluation of the smoking interventions in Primary Care (PC).

Design: Cost-Effectiveness Analysis comparing two intervention strategies; intensive and brief.

Setting: Patients in a general practitioner's list in a peri-urban Health Centre.

Participants: All the medical histories labelled as smokers; 235 and 37 in the group of brief and intensive intervention respectively.

Interventions: The brief intervention (BI) was made in the context of consultation for another purpose (1-5 minutes). The intensive intervention (II) was exclusively for smoking consultation (10-15 minutes).

Main measurements: The effectiveness data are obtained by the evaluation of intervention for smokers, in a general practitioner's list, after 6 years. We employ direct sanitary costs. We exclude drugs, non-sanitary and indirect costs. We apply the valuation of incremental cost-effectiveness ratio (ICER) of the brief interventions, intensive and total (brief + intensive) to compare not taking part with each type of intervention and II with regard to BI and probabilistic analysis to treat the uncertainty.

Results: The total cost per abstinent patient was 406,74 €: 129,83 € for BI and 1.034,99 € for I.I.

ICER Total intervention = €498,87/patient who stops smoking.

ICER BI = €235,32/patient who stops smoking.

ICER II = €1.232,85/patient who stops smoking.

ICER II/BI = €7.772,25/patient who stops smoking.

Conclusions: Smoking interventions in PC are efficient. A proposal for smoking intervention in PC from an effective cost perspective could be an BI for smokers and an II on those who find more difficult to leave the habit.

© 2011 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El tabaquismo es la primera causa de muerte prevenible en nuestro medio. La relación entre el consumo de tabaco y las principales enfermedades crónicas está plenamente establecida y también que su abandono disminuye significativamente el riesgo de muerte por estas enfermedades, igualando en 10-15 años al de no fumadores¹⁻⁵.

El «Documento técnico de Consenso sobre la Atención Sanitaria del Tabaquismo en España» recomienda que la estrategia global de la asistencia sea en atención primaria (AP) por ser puerta de entrada al sistema, accesible y dar continuidad en la atención a los fumadores^{6,7}. La AP trabaja con una elevada presión asistencial que requiere dirigir los esfuerzos a intervenciones eficientes.

Clínicos, investigadores, gestores y responsables políticos precisan evaluaciones económicas sobre las intervenciones en salud, incluidas las preventivas, para racionalizar la toma de decisiones cuando los recursos son limitados, mejorando la eficiencia del sistema⁸.

Los análisis de coste efectividad/minimización de costes (ACE/AMC) son herramientas para la evaluación económica de una intervención o tecnología sanitaria. Evalúan los resultados, tanto en unidades clínicas intermedias (milímetros de mercurio de presión arterial, cesación tabáquica, etc.), como medidas de resultado final (muertes evitadas)⁷. Comparan la intervención a evaluar con otra ya conocida o con no actuar⁹.

El objetivo de este trabajo es realizar una evaluación económica, que aporte datos sobre impacto, viabilidad y relación coste efectividad, de las posibles intervenciones

sobre los fumadores, desde la realidad del día a día, en una consulta de AP.

Material y métodos

Medida de efectividad

Estudio transversal para evaluar la efectividad de la intervención sobre el tabaquismo en una consulta de AP realizada de forma habitual, en el trabajo diario del médico de familia (MF) y analizada tras 72 meses, se utilizó el esquema de intervención de las «5 A» (Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange). En el primer contacto del paciente se pregunta por su consumo tabáquico y se registra en la historia si fuma actualmente, es ex fumador o nunca fumó. Se aconseja a los fumadores dejar el tabaco y se investiga la disposición para hacerlo. Se trabaja con los dispuestos en lo que denominamos intervención breve (IB), ofreciendo apoyo más adelante a los no preparados. Se incluyen en intervención intensiva (II) aquellos que persisten fumando y tienen disponibilidad para acudir a más visitas. No hay diferencias de edad, inicio del tabaquismo, paquetes/año y tiempo ex fumador entre los 2 grupos, hay más visitas por tabaquismo en el grupo de intensiva y tienen menos apoyo laboral y social.

Se examinaron las historias de todos los pacientes, mayores de 14 años, que acudieron alguna vez a consulta desde enero de 2000 hasta enero de 2006, ambos incluidos, por cualquier motivo y con etiqueta de fumadores activos o abstinentes (entre 12 y 60 meses), 1.300 tarjetas sanitarias y 272 fumadores registrados.

Modelo

Aplicamos un modelo de árbol de decisiones basado en el sugerido por Parrott y Godfrey¹⁰. Se diseñó con Microsoft Excel 2003®.

Las características, asunciones y explicación de nuestro modelo son las siguientes (véase el esquema general del estudio):

- 1) Nuestros resultados se consiguieron después de 6 años de intervención, se consideró ex fumador a la persona que lleva un año o más sin fumar, las recaídas y las pérdidas de seguimiento se consideran como fumadores sin especificar.
- 2) Consideramos que hay pacientes fumadores que no acudieron nunca a consulta en los 6 años de estudio y por tanto no están incluidos en la evaluación.
- 3) La tasa de cese del consumo de tabaco espontáneamente (sin intervención) la recogimos de la literatura médica. En la Guía Americana se indica que este porcentaje varía del 3 al 5%⁷. Nosotros hemos tomado el 4,7%¹¹, tasa que aunque se obtiene después de una mínima intervención está incluida en los límites publicados y permite comparar nuestros resultados con la mayor ventaja para la no intervención.
- 4) Asumimos que la atención al número total de pacientes en todo el período y la tasa de efectividad al final del seguimiento se distribuyeron uniformemente en cada año.

- 5) No se aplicó tasa de descuento a los resultados.
- 6) Utilizamos la tasa de coste-efectividad incremental (ICER) para comparar las intervenciones, calculando las diferencias de efectividad y de costes entre las ramas comparadas. Los costes y beneficios incrementales se combinan mediante la siguiente fórmula: $ICER = \frac{\text{incremento de costes}}{\text{incremento de beneficios}}$. Se interpreta como el beneficio marginal obtenido con la última unidad monetaria invertida¹².

Costes

Aplicamos costes sanitarios directos, excluimos gastos en fármacos, costes no sanitarios e indirectos.

Para obtener los costes, identificamos como unidad natural la consulta sucesiva en AP porque la IB se realizó de forma oportunista, en consulta originada por otro motivo con un tiempo estimado entre 1 y 5 min, la consulta para la II fue exclusivamente dedicada al tabaquismo y la duración se estimó entre 10 y 15 min. Teniendo en cuenta que se produjeron 913 consultas de intervención breve y 217 de intensiva, el tiempo dedicado al tabaquismo por consulta, de forma global, oscila entre 2 y 7 min (intervención total) y esto consideramos que tiene un coste de oportunidad de una consulta sucesiva en AP. Sobre esta base, asumimos que la consulta breve tiene un coste de 0,5 de la consulta de intervención total y la de intervención intensiva, el doble.

La cuantificación monetaria se calculó a partir de las tarifas aplicables para facturación de los servicios sanitarios prestados en AP en centros dependientes del SER-GAS, Decreto 164/2008, del 17 de julio, DOGA de 5 de agosto de 2008. La tarifa aplicable a una consulta sucesiva en AP es de 30,70 € sin pruebas y sin cuidados de enfermería.

Estos costes se deflactaron al año 2006 aplicando el IPC global correspondiente, publicado por el Instituto Nacional de Estadística para España y resultando una actualización a fecha de 2006 de 28,61 € y a partir de aquí, sucesivamente, cada año hasta 2000, aplicando el IPC correspondiente a cada período.

Análisis de sensibilidad

Para tratar de controlar la incertidumbre de determinados parámetros del modelo se efectuó un análisis de sensibilidad probabilística con Microsoft Excel 2003®; 2.000 simulaciones aleatorias teniendo en cuenta las siguientes distribuciones:

- Tamaño poblacional: distribución uniforme con un mínimo de 100 y un máximo de 10.000.
- Efectividad de las distintas intervenciones: distribución normal con una media (X) de 0,29 y una desviación estándar (DE) de 0,0704 para la II; (X) de 0,26 y DE de 0,0280 para IB y (X) de 0,26 y DE de 0,0260 para la intervención total.
- Número de visitas en las distintas intervenciones: distribución uniforme con un mínimo de 3 y un máximo de 8 para la II, un mínimo de 1 y máximo de 3 para la IB y un mínimo de 1 y máximo de 8 para la intervención total.

Tabla 1 Coste-efectividad de las intervenciones respecto a no intervención y de intervención intensiva/intervención breve

	Costes totales	Beneficios totales	Diferencia de costes	Diferencia de beneficios	ICER
No intervención	0,00€	13			
Intervención total	29.692,15	73	29.692,15	60	494,87
Intervención breve	13.883,69	72	13.883,69	59	235,32
Intervención intensiva	83.833,97	81	83.833,97	68	1.232,85
Intervención intensiva/breve			69.950,28	9	7.772,25

Los costes se expresan en € y el ICER en €/paciente que deja de fumar.

- Duración de las visitas en las distintas intervenciones: distribución uniforme con mínimo de un módulo y un máximo de 4 para la II, un mínimo de 0,1 y un máximo de 1 para la IB y entre uno y 4 para la total.

La expresión gráfica de estas simulaciones son las curvas de aceptabilidad que representan el porcentaje de ser aceptada la intervención, por un político sanitario/servicios centrales, respecto al «deseo de pagar» (coste por paciente que deja de fumar) que se esté dispuesto a asumir.

Resultados

Alcanzamos una cobertura del 79,3% a los 6 años, calculada sobre la prevalencia de tabaquismo en España 2001¹³.

La tasa de abstinencia de forma global a los 6 años es de 26,8%; siendo de 26,4% para la IB y de 29,7% para la II. Las tasas anuales son 4,46; 4,4 y 4,95%, respectivamente.

El coste por paciente que deja de fumar desde una perspectiva global es de 406,74 €. Si consideramos las intervenciones por separado cada unidad de efectividad cuesta 192,83 € para IB y 1.034,99 € para II.

Los ICER o costes por cada unidad adicional de efectividad de las intervenciones global, breve e intensiva respecto a no intervenir y de II respecto a IB se muestran en la tabla 1.

El resumen expresado mediante promedio, DE, máximo y mínimo de los resultados de las simulaciones del análisis de sensibilidad para las comparaciones anteriores se exponen en la tabla 2. En las figuras 1–4 se representan las curvas de aceptabilidad.

Tabla 2 Análisis de sensibilidad

	Costes no intervención	Beneficios no intervención	Costes totales	Beneficios totales	Diferencias de costes	Diferencia beneficios	ICER
<i>IT</i>							
P	0,00	243	1.055,99	1.391	1.055.990,29	1148	959,09
DE	0,00	141	1.226.668,97	806	1.226.668,97	671	854,79
Mí	0,00	1	31,11	3	31,11	2	0,04
Má	0,00	600	7.533.260,04	3.185	7.533.260,04	2681	4.604,31
<i>I</i>							
P	0,00	238	94.654,48	1.333	94.654,48	1095	89,03
DE	0,00	140	111.412,06	788	111.412,06	655	80,76
Mí	0,00	0	1,84	1	1,84	1	0,02
Má	0,00	559	679.948,91	3.143	679.948,91	2669	518,00
<i>II</i>							
P	0,00	237	1.075.183,24	1.494	1.075.183,24	1285	938,93
DE	0,00	139	1.254.203,45	949	1.254.203,45	829	1.000,36
Mí	0,00	0	42,65	2	42,65	2	0,15
Má	0,00	576	7.595.641,09	5.699	7.595.641,09	5283	14.454,34
	Costes Breve	Beneficios Breve	Costes Intensiva	Beneficios Intensiva	Diferencias de Costes I/B	Diferencia Beneficios I/B	ICER
<i>I/B</i>							
P	94.654	1.333	1.075.183	1.494	980.529	161	664
DE	111.412	788	1.254.203	949	1.256.615	1.227	40.621
Mí	2	1	43	2	-527.645	-2.744	-729.436
Má	679.949	3.146	7.595.641	5.699	7.593.851	5.596	1.540.708

Los costes se expresan en € y el ICER en €/paciente que deja de fumar.

IT: intervención total; IB: intervención breve; II: intervención intensiva; I/B: intensiva vs. breve; P: promedio; DE: desviación estándar; Mí: mínimo; Ma: máximo.

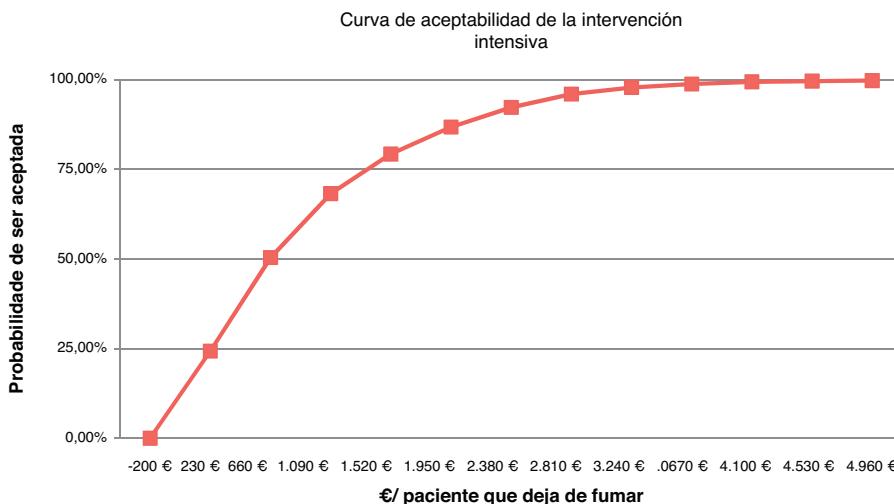


Figura 1 Curva de aceptabilidad de la intervención intensiva.

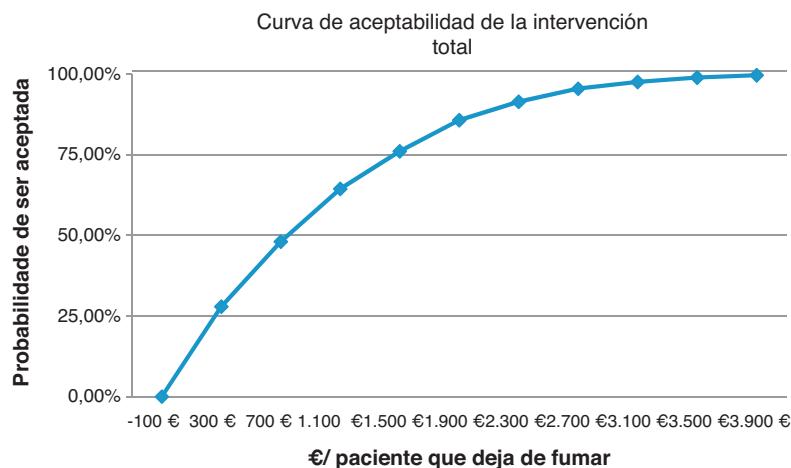


Figura 2 Curva de aceptabilidad de la intervención total.

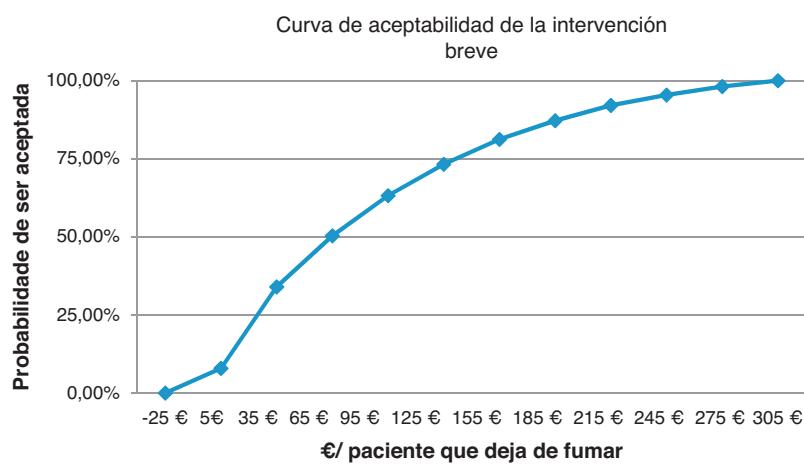


Figura 3 Curva de aceptabilidad de la intervención breve.

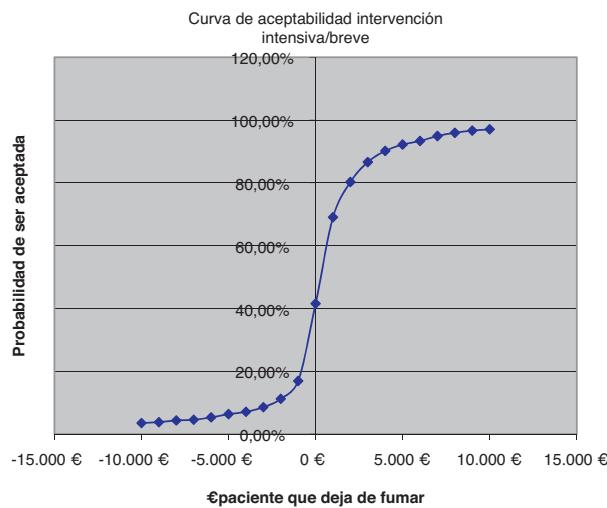
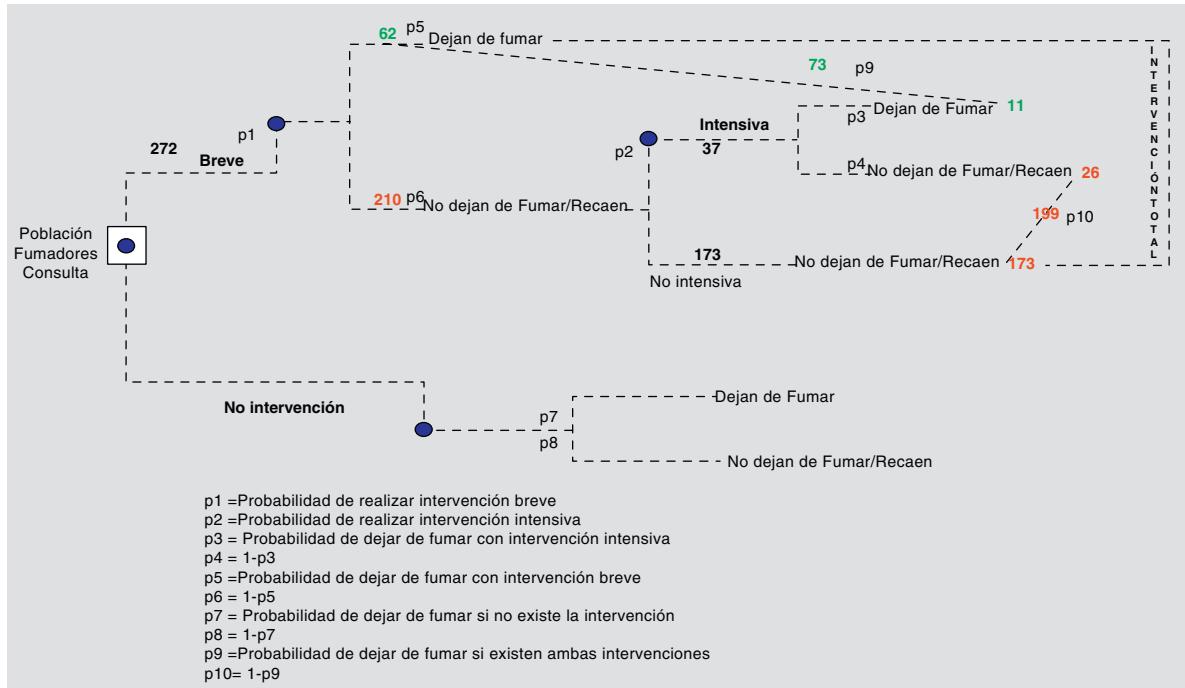


Figura 4 Curva de aceptabilidad de la intervención intensiva/breve.

así como el impacto en salud y económico, del cese del tabaquismo⁴⁻⁷.

Nuestra perspectiva es sanitaria considerando solo los costes sanitarios directos, no incluimos el gasto en fármacos, pues en este período y en nuestro ámbito recae íntegramente sobre los pacientes. Otras comunidades autónomas financian fármacos según distintas fórmulas¹⁴.

Nuestras tasas de abstinencia coinciden con las de Comas et al.¹⁵, son superiores a las de González et al.¹⁶ e inferiores a las de Grandes et al.¹¹, quizás en relación con la inclusión de las recaídas en nuestras cifras y mayor tiempo de seguimiento. Nebot et al.¹⁷ obtienen tasas de 5,3% de abstinencia al año de intervención. Martín Cantera del 18,1% a los 2 años¹⁸. Existe disparidad en este sentido y Nice según el proyecto de la Unión Europea PESCE (*General Practitioners and the Economics of Smoking Cessation in Europe*) que incluye una revisión bibliográfica de las publicaciones en la Unión Europea, sitúa la efectividad de las intervenciones del médico de familia en tabaquismo entre un 3 y 15%¹⁹. Estas discrepancias pueden atribuirse a desigualdad en la estructura etaria de las muestras^{1,11,13}, diferencias entre



Esquema general del estudio

Discusión

La evaluación económica aplicada al ámbito sanitario utiliza la investigación de resultados para responder a las preguntas siguientes: ¿qué tratamos?, ¿cómo lo tratamos? y ¿cuál es la mejor manera de tratarlo?

Uno de nuestros objetivos es aportar una valoración de la estrategia más eficiente para tratar a los fumadores dentro de la consulta del médico de familia.

Utilizamos como medida de resultados el cese del consumo de tabaco porque es una medida clínica, fácil de obtener, permite comparar las intervenciones a estudio y los efectos del tabaco sobre la salud están demostrados,

terapeutas y al tiempo de seguimiento pues las tasas de cesación disminuyen con el tiempo debido a los fumadores más perseverantes y a las recaídas tardías.

Consideraremos una base sólida, a la hora de extrapolar nuestros resultados, disponer de datos de la práctica clínica en situación real, con población general y seguimiento a 6 años a diferencia de los ensayos clínicos o con grupos de fumadores motivados para dejar el tabaco⁹.

En nuestros resultados la IB es la más eficiente, sin embargo, considerando que el criterio de inclusión para II fue la dificultad para el abandono del tabaco y que el coste por unidad de resultado de la intervención total es de 406,74 € y el ICER de 494,87 €, parece que la intervención total resulta razonablemente coste-efectiva. Los efectos de

este estudio podrían ser más favorables ya que tomamos una tasa de cesación muy alta para la no intervención (4,7%)^{7,11}.

Nuestros datos coinciden con los publicados por Parrott; describe el consejo breve, de 3 min y oportunista, como la intervención más rentable con un coste de 248 £ (285 €) por año de vida ganado y a pesar de que las intensivas son también coste-efectivas por valor de 1.002 £ (1.150 €) descontados ambos al 6%¹⁰.

Mongthuong et al.²⁰ obtienen un coste por cesación tabáquica de 236 \$ (166 €) para la intervención simple frente a la cesación autodirigida en farmacias comunitarias de Virginia.

Alonso-Pérez et al.²¹ analizan el coste-efectividad de 3 tratamientos psicológicos para dejar de fumar: consejo breve, 19 €, autoayuda con seguimiento telefónico, 42 €, y tratamiento psicológico intensivo, 142 € (20 min), aplicados en un contexto de AP.

Butler et al.²² comparan la intervención motivacional con consejo breve en AP. El ICER es de 450 £ (516 €).

McAlister et al.²³ analizan el consejo telefónico con un año de seguimiento tras la cesación. El coste por unidad de efectividad es de 1.300 \$ (916 €).

Para estimar la trascendencia de la cesación tabáquica utilizamos las repercusiones finalistas publicadas. González et al. en España, utilizando el modelo HECOS adaptado, para una eficacia de la intervención del 4%, muy similar a la nuestra, una cobertura del programa del 37%, en nuestro caso 79%, a un horizonte temporal de 20 años valoran que las consecuencias serían: 4.106 muertes evitadas, 34.863 años de vida ganados, 10.630 casos de enfermedades evitados y 172,2 millones € en costes asistenciales directos evitados¹⁶.

La NICE muestra que en Reino Unido una reducción del tabaquismo de un 3% produciría en 2 años una reducción de la incidencia de cáncer de pulmón, enfermedad coronaaria, ACV y EPOC de 1.876 casos, con 182 muertes evitadas. La reducción de costes sanitarios sería de 6,47 millones €, el valor de muertes evitadas 11,8 millones €, ausencia por enfermedad 20,95 millones € y total de beneficios 46,42 millones €. Este modelo, aplicado a otros 9 países, mostró también importantes beneficios sanitarios y económicos con 4.112 muertes menos y 166,34 millones € de ahorro por enfermedad a los 25 años¹⁹.

Sacristán et al. concluyen, revisando evaluaciones económicas en España, que hasta 30.000 € por año de vida ganados se aconseja la intervención, entre 30.000 y 120.000 € no se formula ninguna recomendación y solo por encima de esa cifra, claramente, se desaconseja utilizarlas²⁴. Nuestro análisis de sensibilidad muestra que la IB para un coste de 5 € ya ofrece un 10% de intervenciones coste-efectivas y con 275 € el 98%. La intervención total a un coste asumido de 300 € aporta una probabilidad de 28,9% y a 3.100 € el 97,55%. La II con 230 € aportaría el 24,3% de intervenciones coste-efectivas y con 3.670 € el 98,8%. Comparando las intervenciones intensiva y breve para un coste de 500 € la probabilidad es del 63,65% y del 95,59% para un coste de 7.000 €. Económicamente la intervención sobre el tabaquismo en nuestras consultas es rentable, en cualquier caso.

La factibilidad de implementación de las intervenciones sobre el tabaquismo depende de las condiciones de trabajo del médico de familia. Otros factores estructurales son el

propio estatus del médico (como fumador) y su actitud en relación con el consejo; según que los pacientes presenten problemas de salud o síntomas relacionados o sean mujeres embarazadas o fumen mucho; el tiempo disponible en consulta; el entrenamiento o la formación sobre el tema y el reembolso económico de las actividades de consejo. No hay un factor único que explique las diferencias de implicación entre médicos²⁵.

Grandes et al.¹¹ señalan que la identificación, el consejo a los fumadores y el tratamiento de los motivados logra importantes éxitos sin incrementar excesivamente las cargas de trabajo habituales.

Finalmente, nosotros hemos estimado una cobertura del 79% en 6 años, creemos que es difícil alcanzar un 100%, aunque la asignación de pacientes permanezca cerrada, porque un grupo de pacientes no suelen acudir a la consulta. Con el tiempo persisten los fumadores más complejos, sobre éstos se requeriría la intervención intensiva que, según nuestros resultados, mantiene la efectividad.

Conclusiones

Las intervenciones sobre tabaquismo en AP son eficientes.

La IB es más coste-efectiva que la II y puede recomendarse de forma generalizada y universal en las consultas del médico de familia.

Como propuesta para el abordaje del tabaquismo en AP, desde una perspectiva coste-efectiva, podría plantearse una IB sobre todos los fumadores y una II sobre aquellos con más dificultad para el abandono.

Puntos clave

Lo conocido sobre el tema

- El tabaquismo es la primera causa de muerte prevenible en nuestro medio.
- El «Documento técnico de Consenso sobre la Atención Sanitaria del Tabaquismo en España» recomienda que la estrategia global de la asistencia sea en AP.
- Cualquier intervención en salud, también las preventivas, precisa ser evaluada económicamente, para decidir si es recomendable a nivel general.

Qué aporta este estudio

- Datos de efectividad de la intervención sobre el tabaquismo desde la realidad de una consulta de AP en España. La tasa de abstinencia, de forma global, a los 6 años es de 26,8%.
- Un análisis económico, de coste-efectividad, de dicha intervención. El coste por paciente que deja de fumar desde una perspectiva global es de 494,87 €, 235,31 € en IB y 1.232,85 € en II.
- Una comparación económica de 2 tipos de intervención en AP: el ICER de la II respecto a la IB es de 7.772,25 €/paciente que deja de fumar.

Bibliografía

1. Diez-Gañán L, Banegas Banegas JR. Epidemiología del tabaquismo. Morbi-mortalidad. En: Jiménez-Ruiz CA, Fagerström KO, editores. Tratado de tabaquismo. 2^a ed. Madrid: Ergón; 2007. p. 11-26.
2. U.S. Department of Health and Human Services. Reducing The health consequences of Smoking: 25 years of. Progress. A report of De Surgeon General. USDHHS. Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health: 1989; DHSS Publication No. (CDC) 89-8411.
3. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years observations on male British doctors. *BMJ*. 2004;328:1519.
4. U.S. Department of Health and Human Services. The health benefits of Smoking cessation U.S. A report of De Surgeon General. USDHHS. Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1990; DHSS Publication No. (CDC)90-8416.
5. Critchley JA, Capewell S. Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease. *JAMA*. 2003;290:86-97.
6. Comité Nacional Para La Prevención Del Tabaquismo (CNPT). Documento técnico de Consenso sobre la Atención Sanitaria del Tabaquismo en España. Observatorio para la prevención del tabaquismo. España: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
7. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz N, Curry SJ, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville. MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service; 2008. Edición en castellano en: Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. SEPAR. Mayo 2010.
8. Esperato A, García-Altés A. Prevención en salud: ¿inversión rentable? Eficiencia económica de las intervenciones preventivas en España. *Gac Sanit* [revista en Internet]. Abril 2007 [citado 26 Nov 2010];21:150-61. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext
9. Oliva J, Llano JE, Sacristán JA. La Evaluación económica de tecnologías sanitarias en España: situación actual y utilidad como guía en la asignación de recursos sanitarios. *Información Comercial Española*. 2003;804:155-68.
10. Parrott S, Godfrey C. Economics of smoking cessation. *BMJ*. 2004;328:947-9.
11. Grandes G, Cortada JM, Arrazola A. ¿Podemos ayudar a nuestros pacientes a dejar de fumar? *Gac Sanit*. 2001;15:312-9.
12. Drummond MF, Sculpher MJ, Torrance GW, O'Brien BJ, Stoddart GL. Methods for economic health evaluation of health care programmes. 3.^a ed. Oxford GB: Oxford University Press; 2005.
13. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 2001 [monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001. 309 p. [citado 26 Nov 2010]. Disponible en: http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/para_imprimir.pdf
14. Azagra MJ, Echauri M, Pérez Jaruta MJ, Marín P. Financiación pública de los fármacos para dejar de fumar: utilización y coste en Navarra (1995-2007). *Gac Sanit*. 2010;24:428-30.
15. Comas A, Suárez R, López ML, Cueto A. Coste-efectividad del consejo sanitario antitabaco en atención primaria de salud. *Gac Sanit*. 1998;12:126-32.
16. González J, Salvador T, López A, Antón de las Heras E, Musín A, Fernández E, et al. Morbilidad, mortalidad y costes sanitarios evitables mediante una estrategia de tratamiento del tabaquismo en España. *Gac Sanit*. 2002;4:308-17.
17. Nebot-Adeell M, Soler-Vila M, Martín-Cantera C, Birulés-Pons M, Oller-Colom M, Sala-Carbonell E, et al. Efectividad del consejo médico para dejar de fumar: evaluación del impacto al año de la intervención. *Rev Clin Esp*. 1989;184:201-5.
18. Martín-Cantera C, Córdoba-García R, Jane-Julio C, Nebot-Adell M, Galán-Herrera S, Aliaga M, et al. Evaluación a medio plazo de un programa de ayuda a los fumadores. *Med Clin*. 1997;109:744-8.
19. General Practitioners and the Economics of Smoking Cessation in Europe (PESCE Project). [monografía en Internet]. Tabac & Liberté; Mayo 2008 [citado 26 Nov 2010]. Disponible en: <http://www.saveva.com/domamPlus/pub/depsalut/html/en/dir213/pesceang.pdf>
20. Mongthon T, David A, Daniel T, Ralph E. Modeling the cost-effectiveness of a smoking cessation Program in Community Pharmacy practice. *Pharmacotherapy*. 2002;22:1621-3.
21. Alonso-Pérez F, Scades-Villa R, Duarte G. ¿Son eficientes los tratamientos psicológicos para dejar de fumar? *Trastornos Adictivos*. 2007;9:21-30.
22. Butler C, Rollnick S, Cohen D, Bachmann M, Russell I, Stott N. Motivational consulting versus brief advice for smokers in general practice: A randomized trial. *Br J Gen Pract*. 1999;49:616.
23. McAlister AL, Rabius V, Geiger T, Glynn TJ, Huang P, Todd R. Telephone assistance for smoking cessation: one year cost effectiveness estimations. *Tob Control*. 2004;13:85-6.
24. Sacristán JA, Oliva J, Del Llano J, Prieto L, Pinto JL. ¿Qué es una tecnología sanitaria eficiente en España? *Gac Sanit*. 2002;16:334-43.
25. Stead M, Angus K, Holme I, Cohen D, Tait G, the PESCE European Research Team. Factors influencing European GPs' engagement in smoking cessation: a multi-country literature review. *Br J Gen Pract*. 2009;59:682-90.