

PESCE

Los médicos de familia y el coste-beneficio
del abandono del tabaco en Europa
(Acuerdo de subvención UE 200 5319)

Resumen ejecutivo del proyecto

Mayo de 2008

Secretariado del Proyecto PESCE



TABAC & LIBERTÉ, 10 rue des Arts, F-3100 Toulouse
Tel.: + 33 562 88 67 74 Tel. móvil: + 33 6140 85 628
asso.tabac-et-liberte@wanadoo.fr
www.tabac-liberte.com

Este proyecto recibió apoyo financiero del Programa de Salud Pública de la Comisión Europea 2003-2008 (Acuerdo de subvención UE 200 5319). Los autores son los responsables de la información contenida en este documento. La Comisión no se hace responsable de ningún uso que se pudiera dar a la información en él contenida.

Proyecto PESCE

En junio de 2006, la Comisión Europea concedió una subvención de cofinanciación del 60% a PESCE, un proyecto europeo que reunía a 31 socios de 27 países. Se concedió la subvención por el carácter multidisciplinario, multicultural e innovador del proyecto, que enlazaba aspectos sociales y económicos. El proyecto PESCE se ha llevado a cabo desde septiembre de 2006 hasta mayo de 2008, con un presupuesto total de 658.000 €. Quince asociados contribuyeron financieramente y compartieron la responsabilidad científica del proyecto. Otros dieciséis socios colaboradores contribuyeron con su experiencia, como también lo hicieron expertos de alto nivel escogidos por sus conocimientos especializados y su reputación científica.

Tabac & Liberté (Francia), la organización no gubernamental más grande de Europa especializada en la formación de médicos de familia y profesionales de la salud en cuestiones de abandono del tabaco a nivel nacional, inició y coordinó este proyecto a gran escala. El desarrollo del proyecto PESCE con sus socios europeos se basa en cuatro proyectos previos de la UE en relación a los médicos de familia, los profesionales de la salud y el abandono del tabaco que concluyeron entre 1998 y 2006.

Objetivos del proyecto

Los objetivos generales del proyecto PESCE eran el desarrollo de recomendaciones sobre políticas basadas en la evidencia y estrategias de implementación basadas en la práctica, a través de un proceso europeo de consulta a gran escala que tuvo en cuenta especificidades nacionales y culturales:

- Promover un incremento de las intervenciones para ayudar a dejar de fumar por parte de los médicos de familia en Europa abordando el entorno socioeconómico de su práctica profesional;
- Destacar el beneficio económico del aumento de intervenciones para ayudar a dejar de fumar en el presupuesto dedicado a asistencia sanitaria en Europa;
- Motivar a los responsables políticos a tomar medidas para cambiar el entorno de trabajo de los médicos de familia.

Plan de trabajo del proyecto

Para alcanzar estos objetivos, se dividió el proyecto PESCE en diferentes áreas de trabajo que se pusieron en práctica bajo la responsabilidad de uno o más asociados:

- Gestión y coordinación del proyecto;
- Revisión y análisis de la literatura internacional sobre los factores que facilitan e impiden a los médicos de familia realizar intervenciones para ayudar a dejar de fumar, y sobre las intervenciones necesarias para cambiar la actitud de los médicos de familia;
- Un análisis de la literatura gris de 29 países de Europa (UE27, Noruega y Suiza);
- Una estimación de los costes y beneficios de las medidas para que los médicos de familia den más consejos y ayuda para el abandono del tabaco;
- Organización de una reunión de expertos en Varsovia para desarrollar recomendaciones sobre políticas basadas en la evidencia;
- La organización de una conferencia en Barcelona de los grupos interesados para desarrollar estrategias de implementación a nivel europeo e internacional basadas

en las recomendaciones sobre políticas elaboradas en la reunión de expertos de Varsovia;

- Publicación de un informe de proyecto europeo, traducción del resumen ejecutivo a todas las lenguas de la UE y difusión de las recomendaciones sobre políticas a través de Internet y de eventos y ruedas de prensa nacionales;
- Evaluación del proyecto.

Resultados del proyecto

El proyecto PESCE obtuvo los siguientes resultados:

- Un informe sobre costes y beneficios de las medidas para que los médicos de familia den más consejos para el abandono del tabaco;
- Un informe sobre los factores que facilitan e impiden a los médicos de familia realizar intervenciones para ayudar a dejar de fumar, y sobre las intervenciones necesarias para cambiar la actitud de los médicos de familia;
- Un consenso europeo acerca de las recomendaciones sobre políticas basadas en la evidencia y estrategias de implementación para mejorar las intervenciones de los médicos de familia europeos en cuestiones de abandono del tabaco;
- Mejor integración de la prevención en los sistemas sanitarios europeos.

Costes y beneficios de las políticas para reforzar el compromiso de los médicos de familia con sus pacientes fumadores

Prof. David Cohen, Universidad de Glamorgan, Wales

Sabemos desde hace tiempo que las intervenciones de los médicos de familia resultan eficaces para ayudar a los fumadores a dejar de fumar. El proyecto PESCE se ocupa del hecho de que los médicos de familia no ayudan a sus pacientes fumadores en la medida en que sería deseable.

El análisis de la literatura internacional mostró que se puede influir en el comportamiento de los médicos de familia con medidas educativas y de otros tipos, pero la calidad de los datos no permitía predecir la magnitud del cambio que podía conseguirse. Por ello se decidió estudiar los beneficios sanitarios y económicos que podían resultar de un menor número de fumadores, calculando estos beneficios para distintas situaciones de reducción en el número de fumadores.

Durante la vigencia del proyecto PESCE, el Instituto Nacional de Excelencia Clínica y Sanitaria del Reino Unido (NICE) llevó a cabo un nuevo estudio que mostraba que las actividades de consejo y ayuda para dejar de fumar de los médicos de familia eran enormemente rentables. En relación a su coste, los resultados de abandono del tabaco que arrojaban (de entre el 3% y el 15%) los muestran como las intervenciones más rentables de que disponen los servicios sanitarios. Los servicios especializados en el abandono del tabaco fuera del ámbito de la medicina general, pero a la que los médicos de familia pueden remitir, tenían tasas de abandono aún mayores – de hasta un 35%. Este programa de trabajo estudió los beneficios económicos y sanitarios a partir de unas reducciones más modestas del 3% y el 15%.

Se pidió a los investigadores locales de los 27 países que participaban en PESCE que facilitaran datos nacionales sobre el tabaquismo de acuerdo con un conjunto de datos comunes. Se usó un modelo económico (Prevent) para predecir los efectos en la salud y la economía de la reducción del tabaquismo en cada país que proporcionó datos suficientes.

En el caso del Reino Unido, reducciones del tabaquismo del orden de un 3% y un 15% producirían los siguientes resultados:

Reino Unido – Reducción del tabaquismo del 3%				
Año	2010	2020	2030	Total 25 años
<i>Reducción de la incidencia de 4 enfermedades (total de cáncer de pulmón, enfermedad coronaria, ACV y EPOC)</i>	<i>1.876</i>	<i>3.130</i>	<i>3.803</i>	<i>67.583</i>
<i>Total de muertes evitadas</i>	<i>182</i>	<i>848</i>	<i>1.233</i>	<i>17.233</i>
Reducción de los costes sanitarios de 4 enfermedades (mill. €)	6,47	27,25	37,14	541
Valor de las muertes evitadas (mill. €)	11,08	67,13	95,00	1.525
Valor de la ausencia por enfermedad (mill. €)	20,95	19,52	18,18	488
Valor de la reducción de incendios (mill. €)	7,92	7,39	6,88	184
Valor total de los beneficios (mill. €)	46,42	121,28	157,20	2.738

Reino Unido – Reducción del tabaquismo del 15%				
Año	2010	2020	2030	25 años totales
<i>Reducción de la incidencia de 4 enfermedades (total de cáncer de pulmón, enfermedad coronaria, ACV y EPOC)</i>	9.384	15.670	19.079	338.490
<i>Total de muertes evitadas</i>	909	4.250	6.185	86.361
Reducción de los costes sanitarios de 4 enfermedades (mill. €)	32,33	136,42	186,14	2.710
Valor de las muertes evitadas (mill. €)	55,73	336,30	477,22	2.441
Valor de la ausencia por enfermedad (mill. €)	104,75	97,59	90,85	7.648
Valor de la reducción de incendios (mill. €)	39,62	36,91	34,37	923
Valor total de los beneficios (mill. €)	232,43	607,22	788,57	13.722

Los beneficios son claramente considerables. Además, se pueden considerar como estimaciones mínimas, ya que no tienen en cuenta ningún otro de los beneficios que se conocen de un menor tabaquismo, como la reducción de otras enfermedades relacionadas con el tabaco, las beneficios de la salud por el menor tabaquismo pasivo, por una recuperación más rápida después de la cirugía, etc.

Sin embargo, sólo se alcanzará estos beneficios si los médicos de familia hacen más por ayudar a sus pacientes a dejar de fumar. La mayoría de medidas eficaces para cambiar el comportamiento de los médicos de familia consistían en la formación, lo cual tiene un coste – por ejemplo, un estudio calculó un coste de 97 € por cada médico de familia formado. En relación a los beneficios potenciales de un mayor compromiso de los médicos de familia, las políticas dirigidas a fomentar que los médicos de familia ofrezcan ayuda para dejar de fumar también resultan altamente rentables.

La cantidad y calidad de los datos disponibles de los demás países del proyecto era variable. A día de hoy, se pudo aplicar el modelo a 10 países. En todos ellos se vieron importantes beneficios sanitarios y económicos.

Reducciones anuales en las muertes por 4 enfermedades relacionadas con el tabaquismo en 10 países europeos			
Una reducción del tabaquismo del 3% conllevaría la siguiente reducción anual en el número de muertes			
	2010	2020	2030
Austria	10	64	103
Francia	41	314	470
Alemania	83	718	1.110
Países Bajos	20	158	269
Suiza	2	5	7
Irlanda	4	41	73
Polonia	81	488	706
Portugal	6	35	63
Rumanía	6	44	78
Reino Unido	182	848	1.233
Total	435	2.715	4.112

Reducción anual de los costes sanitarios por enfermedades específicas en 10 países europeos			
Una reducción del tabaquismo del 3% conllevaría el siguiente ahorro anual (€)			
	2010	2020	2030
Austria	2.049.000	9.393.000	13.412.000
Francia	2.921.000	18.412.000	33.234.000
Alemania	714.000	4.044.000	7.082.000
Países Bajos	1.325.000	10.392.000	19.673.000
Suiza	132.000	1.560.000	2.218.000
Irlanda	259.000	2.173.000	4.478.000
Polonia	3.628.000	22.721.000	37.950.000
Portugal	339.000	3.687.000	7.466.000
Rumanía	565.000	2.419.000	3.686.000
Reino Unido	6.470.000	27.255.000	37.141.000
Total	18.398.000 €	102.056.000 €	166.340.000 €

Conclusión:

Los cambios en las políticas para aumentar el compromiso de los médicos de familia en el cese del consumo de tabaco se encuentran, claramente, entre las medidas de salud pública más rentables. Si 10 de los 27 países del proyecto pudieran conseguir una reducción del número de fumadores de un 3%, para 2030 habría unas 4.000 muertes menos al año sólo de enfermedad coronaria, EPOC, cáncer de pulmón y ACV. Una reducción de la incidencia de estas 4 enfermedades originaría un ahorro en los servicios sanitarios de la UE de unos 160 millones de euros.

Factores que facilitan e impiden las intervenciones de los médicos de familia en cuestiones de abandono del tabaco

Martine Stead, Centro de Investigación sobre Control del Tabaco, del Centro de Investigaciones del Cáncer del Reino Unido, Universidad de Stirling y Open University, Reino Unido

Se llevó a cabo un estudio de la literatura internacional publicada en 24 países, incluyendo tanto la literatura académica como la literatura gris o no académica y se estableció un protocolo de actuación común para que la estrategia del estudio fuera homogénea en todos los países.

El estudio de la literatura académica incluyó publicaciones de enero de 1990 hasta junio de 2007, principalmente publicaciones inglesas. De las 3.210 referencias identificadas, 100 cumplían los criterios de inclusión. El estudio de literatura gris incluyó publicaciones de enero de 1990 a febrero de 2007. Podían estar escritas en cualquiera de las lenguas de los 29 países participantes (UE27, Noruega y Suiza), y resultó en 540 contactos y 236 referencias identificadas en 26 países. Tras el procedimiento de extracción de los datos, 104 publicaciones de 23 países cumplían los criterios de inclusión. Para elaborar este informe, se tuvieron en cuenta 88 estudios de literatura académica y 100 publicaciones de literatura gris.

La revisión de la literatura internacional mostró que la mayoría de médicos de familia preguntan a sus pacientes nuevos si fuman. Un menor número pregunta de forma sistemática a sus pacientes habituales sobre el consumo de tabaco, y en menor medida todavía, les aconsejan que dejen de fumar.

Factores que influyen en el compromiso de los médicos de familia en cuestión de abandono del tabaco:

- **El comportamiento con respecto al tabaco del propio médico de familia:** por regla general, los médicos fumadores aconsejan dejar de fumar en menor medida que los no fumadores.
- **El interés y la actitud hacia el abandono del tabaco:** algunos médicos creen que no es parte de su trabajo; hay quienes se sienten incómodos o avergonzados al tener que aconsejar al respecto; algunos lo encuentran ingrato y creen que no es eficaz.
- **Preocupación por la relación entre médico y paciente:** existe el miedo de que preguntar sobre el consumo de tabaco puede dañar la relación entre médico y paciente y estar relacionado con menor asistencia a las consultas. A los médicos les preocupa causar sentimiento de culpa, ansiedad, alienación, especialmente con pacientes gravemente enfermos que fuman. También les preocupa el derecho del paciente a la intimidad y a su autonomía.
- **Factores relacionados con los pacientes:** Los médicos son más propensos a aconsejar el abandono del tabaco cuando existen síntomas relacionados con el consumo de tabaco. En general, es más probable que intervengan en grandes fumadores que en fumadores ocasionales; aunque las guías recomiendan intervenir en casos de mujeres embarazadas fumadoras y de padres fumadores con niños pequeños, en la práctica no se suele cumplir.

- **Factores estructurales:** Los médicos perciben que la cuestión del abandono del tabaco lleva demasiado tiempo de dedicación. La falta de formación está asociada a una menor actividad en este campo. Muchos estudios perciben la falta de compensación económica específica para ayudar a dejar de fumar como un obstáculo al compromiso en este tipo de intervenciones.
- **El conocimiento/percepción de los métodos y tratamiento del abandono del tabaco:** a los médicos de familia les falta, a veces, conocimiento de los tratamientos y las técnicas de asesoramiento. Su disposición a usarlas podría estar asociada al conocimiento y la percepción que tienen de la eficacia de las distintas opciones de tratamiento.

Intervenciones que se han puesto en práctica para mejorar el compromiso de los médicos de familia en el abandono del tabaco:

- **Formación y sensibilización:** La formación sobre el modelo de etapas de cambio de un fumador aumentó de manera significativa la frecuencia y calidad del consejo médico, y el asesoramiento para ayudar a dejar de fumar y mejoró los resultados de abandono del tabaco por los pacientes fumadores. Proporcionar un recurso informático aumentó el consejo y asesoramiento de los médicos de familia.
- **Intervenciones económicas:** ofrecer incentivos económicos por registrar el estado de consumo de tabaco de los pacientes y aconsejar el abandono como parte del contrato del médico aumentó la frecuencia con que los médicos hacían ambas cosas. Hacer que las terapias sustitutivas de la nicotina sean gratis para los pacientes con menores ingresos aumentó la frecuencia con que los médicos las prescribían. Ofrecer pequeños incentivos en relación a la tasa de abandono del tabaco de los pacientes resultó ineficaz.
- **Gestión de la información y registro de datos:** aunque sin relación directa con el compromiso de los médicos de familia con el abandono del tabaquismo, se ha apuntado que una buena disciplina en el registro de datos era condición previa o desencadenante del compromiso del médico en el cese del consumo de tabaco.

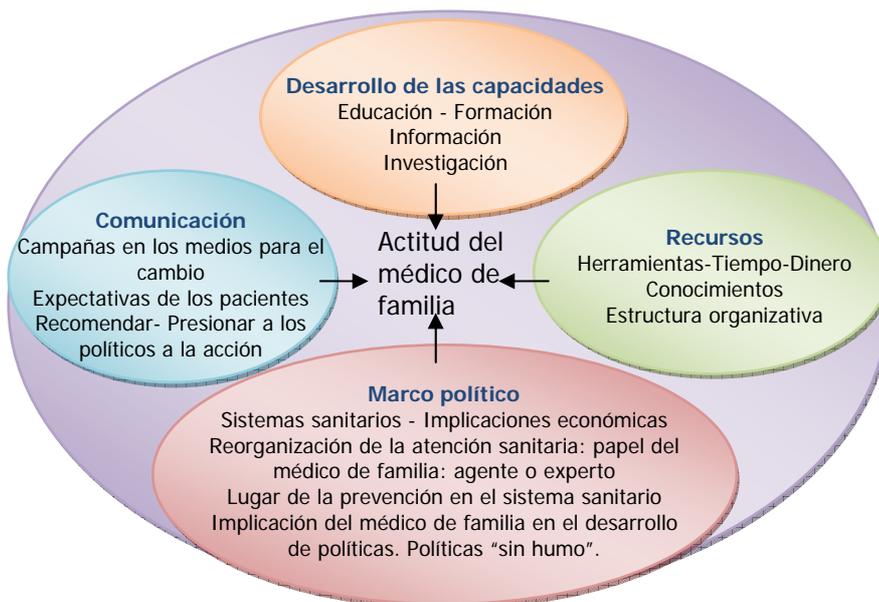
1. ¿Hasta qué punto aconsejan los médicos de familia dejar de fumar?		
<ul style="list-style-type: none"> La mayoría pregunta sobre el consumo de tabaco en los pacientes nuevos. 	<ul style="list-style-type: none"> En menor proporción preguntan de manera regular a sus pacientes sobre el consumo de tabaco o aconsejando de forma sistemática a todos los fumadores que lo dejen. 	<ul style="list-style-type: none"> El tipo de apoyo y tratamiento es distinto en cada país.
2. ¿Qué factores influyen en el compromiso de los médicos en relación al abandono del tabaco?		
<p><i>El propio comportamiento del médico</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Los médicos fumadores aconsejan menos dejar de fumar que los no fumadores. En algunos países, fuman delante de los pacientes. Algunos médicos creen que pedir que dejen de fumar a sus pacientes no forma parte de su trabajo, es incómodo, ingrato e inútil. La preocupación por dañar la relación doctor-paciente disuade de aconsejar dejar de fumar. 	<p><i>Características de los pacientes</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Los médicos de familia tienden a aconsejar más dejar de fumar a los pacientes con síntomas evidentes relacionados con el tabaquismo, y más a grandes fumadores que a fumadores ocasionales. Los médicos no siempre intervienen con mujeres embarazadas o con pacientes con niños pequeños, aun cuando así lo recomiendan las guías nacionales. 	<p><i>Barreras estructurales</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Es más probable que los médicos de familia aconsejen dejar de fumar si han recibido formación específica. Muchos médicos de familia piden más formación e información sobre tabaquismo y métodos y tratamientos para dejar de fumar. La falta de tiempo y de incentivos económicos son vistas como obstáculos por algunos médicos de familia (los porcentajes varían en función del país).
3. ¿Qué intervenciones se han puesto en práctica para mejorar el compromiso de los médicos de familia con el abandono del tabaco?		
<ul style="list-style-type: none"> 26 estudios de intervenciones en 9 países. Los estudios son de calidad variable, a menudo pobre. Muchos no examinan el impacto de una intervención en el compromiso del médico. 		
<p><i>Intervenciones de formación y sensibilización (n=18)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Breve sensibilización y formación general, estrategia de intervención breve, estadio/ciclo de cambio, facilitar información/materiales. 7 de los estudios (3 ensayos clínicos) 	<p><i>Intervenciones económicas (n=3)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Cambios a nivel macro y micro en los sistemas de pago a los médicos de familia para incentivar su compromiso con ayudar a dejar de fumar a sus pacientes. 	<p><i>Gestión de la información y registro de datos (n=2)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Mejoras en las prácticas de registro de datos (podrían ayudar a aumentar el compromiso con la ayuda para dejar de fumar).

<p>aleatorizados, 4 estudios de menor rigor) estudiaron el impacto sobre el compromiso sistemático en el abandono del tabaco.</p>		<p>Otras (n=3) Intervenciones multifacéticas, participación en estudios sobre el abandono del tabaco.</p>
<p>4. ¿Qué eficacia tienen las intervenciones para mejorar el compromiso de los médicos de familia con el abandono del tabaco de sus pacientes?</p>		
<p><i>Intervenciones de formación y sensibilización (n=18):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Formación sobre las etapas de cambio (1 estudio a largo plazo) aumentó la frecuencia y la calidad del consejo médico, y el asesoramiento para ayudar a dejar de fumar, y mejoró los resultados de los pacientes. • Proporcionar un recurso informático (1 estudio a corto plazo) mejoró el consejo médico y el asesoramiento de los médicos de familia en la materia. • Otros estudios descubrieron resultados positivos (estudios de menor calidad, diferencias no siempre significativas). 	<p><i>Intervenciones económicas (n=3):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer incentivos económicos por registrar el consumo de tabaco y aconsejar dejar de fumar aumentó la frecuencia con que se hacían ambas cosas (1 estudio de 15 años de alta calidad). • Ofrecer las terapias sustitutivas de la nicotina gratis para los pacientes con menores ingresos aumentó la frecuencia con que se prescribían (1 estudio amplio) • Ofrecer pequeños incentivos basados en los resultados de los pacientes resultó ineficaz (1 pequeño estudio piloto). 	<p><i>Gestión de la información y registro de datos (n=2):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • La formación y la retroalimentación aumentaron la cantidad de registro de datos y el consejo de dejar de fumar (1 estudio amplio). <p><i>Otras (n=3):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejoras en la confianza en sí mismos y en la frecuencia con que se aconseja dejar de fumar.

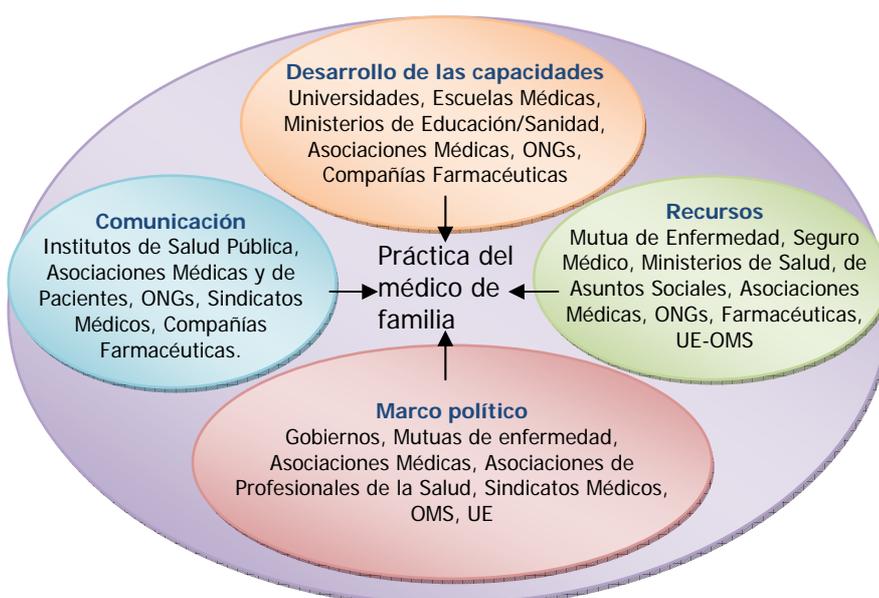
Recomendaciones sobre políticas basadas en la evidencia y estrategias de implementación basadas en la práctica

A partir de las conclusiones del estudio de literatura internacional, los socios del proyecto PESCE, investigadores, expertos y políticos de los 27 países del proyecto han desarrollado 15 recomendaciones sobre políticas basadas en la evidencia y estrategias de implementación orientadas a la práctica para aumentar el compromiso de los médicos de familia en intervenciones relativas al abandono del tabaco. Las recomendaciones se han categorizado en cuatro áreas: Desarrollo de las capacidades, Recursos, Marco político y Comunicación.

Factores que influyen en la actividad de prevención del médico de familia



Agentes que pueden cambiar el entorno de trabajo del médico de familia



DESARROLLO DE LAS CAPACIDADES

1. Con el fin de aumentar la competencia profesional en las intervenciones sobre abandono del tabaco, se necesita formar a los médicos de familia en el tema durante y después de la licenciatura y como desarrollo profesional continuo. Las habilidades específicas en comunicación sobre cesación tabaquica deberían integrarse en los programas de educación y formación de los médicos de familia.

La formación en tabaquismo debería ser obligatoria en las universidades, pregrado y postgrado. Se debería fomentar en el Desarrollo Profesional Continuo. Independientemente de la metodología, habría que incluirla en todos los niveles de aprendizaje.

Los Ministerios de Educación y de la Salud y las Asociaciones de Profesionales Sanitarios deben promover y dar apoyo financiero para el desarrollo de programas de estudios en prevención del tabaquismo y cese del tabaquismo.

Se debería establecer una cátedra de adicción en cada estado miembro de la UE. Esta cátedra cubriría todos los aspectos de la adicción, incluyendo la prevención del tabaquismo, el cese del tabaquismo y la formación, así como políticas de control del tabaquismo.

Se debería difundir ampliamente información sobre programas de formación entre los profesionales de la salud. Habría que identificar a personas clave para que actuaran de mensajeros.

Se deberían fomentar la educación y la formación a través de asociaciones profesionales, en escuelas médicas/universitarias y en guías de práctica clínica.

Los programas de cese del tabaquismo deberían estar disponibles en Internet para permitir a los médicos de familia el acceso a información actualizada, con libertad de elección. Ambos supondrían un ahorro de tiempo y permitiría al personal de enfermería y otros profesionales del equipo integrarse en el esfuerzo contra el tabaquismo.

Se debería establecer un foro para la comunicación entre colegas que permitiera el intercambio regular de experiencias sobre intervenciones relacionadas con el cese del tabaquismo. Este podría tomar la forma de un foro digital en Internet que se gestionara y coordinara con motivo de reuniones o conferencias locales, regionales y nacionales.

2. Se debería fomentar la participación de los médicos de familia en proyectos de investigación como ensayos clínicos y estudios observacionales.

Es necesario mejorar el cuerpo de la evidencia disponible sobre el cese del tabaquismo y sus metodologías, así como encontrar herramientas de investigación estándar adaptadas a las necesidades de los médicos de familia. Se debería consultar e implicar a los médicos de familia desde el principio.

3. Todos los profesionales de la salud fumadores deberían recibir apoyo para dejar de fumar.

Los médicos de familia, para ser creíbles en su relación con los pacientes, no deben ser fumadores. Son un importante modelo de conducta para toda la población.

Deberían desarrollarse programas de abandono del tabaco dirigidos específicamente a los profesionales de la salud, hechos a medida de sus necesidades y del entorno profesional de la práctica de los médicos de familia.

El acceso de los médicos de familia y todos los profesionales de la salud a terapias de abandono del tabaco (consejo y medicación) debe ser gratuito o reembolsable por mutuas de enfermedad o seguros médicos.

Se debería motivar a los médicos de familia a participar en cursos de abandono del tabaco. Debería fomentarse el no fumar como criterio de contratación para el trabajo.

No fumar debería ser una obligación para el personal y los estudiantes de las escuelas médicas. No fumar tendría que ser también un requisito en las normas éticas de la profesión.

RECURSOS

4. Se tendría que proporcionar a los médicos de familia información completa sobre los servicios de abandono del tabaco basados en la evidencia disponibles, incluyendo el tipo de servicio, localización, procedimientos de derivación, coste y datos de contacto.

Las asociaciones de médicos de familia, sociedades científicas, organizaciones no gubernamentales especializadas en algún tipo de enfermedad, mutuas de enfermedad, compañías de seguros médicos y Ministerios de la Salud deberían suministrar de forma regular a todos los proveedores de asistencia sanitaria información sobre servicios de abandono del tabaco y clínicas especializadas, teléfonos de abandono del tabaco, etc. que cumplieran unos criterios de calidad acordados.

Se debería disponer de una base de datos central en Internet que permitiera un fácil acceso a información detallada sobre todos estos servicios.

Sería preciso organizar campañas publicitarias directas con regularidad para recordar a los médicos de familia la disponibilidad de estos servicios.

5. Los servicios externos de abandono del tabaco deberían proporcionar información periódica a los médicos de familia sobre los resultados de abandono del tabaco de los pacientes derivados.

Debería ser una obligación para todos los servicios y líneas de teléfono de abandono del tabaco, el facilitar información a los médicos de familia.

Tendrían que utilizarse sistemas de registro electrónicos para el seguimiento de los pacientes derivados.

Se deberían establecer sistemas de terapia “escalonada” o “en cadena”.

Las vías de comunicación entre los servicios de cesación externos y las prácticas de los médicos de familia deben estar abiertas, y deben existir oportunidades para crear redes que organicen conferencias y reuniones.

6. Los médicos de familia deberían sistemáticamente registrar y monitorizar la condición de fumador de todos sus pacientes, y registrar las acciones subsiguientes en un sistema de registro rutinario integrado.

Las asociaciones de médicos de familia, sociedades científicas, organizaciones no gubernamentales especializadas en algún tipo de enfermedad, mutuas de enfermedad, compañías de seguros médicos y Ministerios de la Salud deberían obligar a incluir datos sobre consumo de tabaco e intervenciones al respecto en sus informes de actividad realizada y en los historiales de sus pacientes.

7. Se debería incorporar un sencillo sistema de registro de intervenciones sobre tabaquismo en los sistemas de información existentes. Éste debería incluir el estatus tabaquico, actividad de abandono y feedback.

Se debería exigir a los proveedores de sistemas de historias clínicas electrónicas existentes, así como a los controladores de calidad, que adaptaran sus programas. Habría que desarrollar herramientas de aviso para los registros electrónicos (flas). Para mejorar la aceptación del sistema, se podrían tomar las siguientes medidas:

- llevar a cabo pruebas piloto o ejemplos a escala nacional
- Identificar a personas clave
- crear un presupuesto según el contexto nacional.

Se tendrían que incluir las intervenciones sobre tabaquismo en el sistema de control de calidad.

8. Se deberían revisar en general las tareas administrativas de los médicos de familia para ahorrar tiempo para las actividades de prevención.

Las asociaciones médicas y sindicatos de médicos de familia deberían plantear la cuestión a Ministerios de la Salud, mutuas de enfermedad, compañías de seguros médicos, así como otros grupos interesados, y revisar los sistemas administrativos actuales para reducir la carga administrativa de los médicos de familia mediante procesos de innovación.

MARCO POLÍTICO

9. Se deberían incluir recursos extra para recompensar determinadas intervenciones sobre tabaquismo en el sistema de retribución de los médicos de familia.

Recoger los datos adecuados para permitir la aplicación del modelo PESCE sobre beneficios económicos y sanitarios de la reducción del tabaquismo a la situación nacional de los países europeos.

Desarrollar herramientas para comparar la rentabilidad de los diferentes métodos de tratamiento. Fomentar el uso de estas herramientas en el proceso de toma de decisiones e nivel regional, nacional y europeo, especialmente en lo referido a esquemas de retribución de las terapias de abandono del tabaco.

Las intervenciones de abandono del tabaco (en concreto) y de prevención (en general) deberían ser parte obligatoria del contrato de los médicos de familia, e ir ligado a sistemas de retribución específicos.

Difundir los resultados del proyecto PESCE a Ministerios de la Salud y de Economía, asociaciones de profesionales de la salud, mutuas de enfermedad, compañías de seguros médicos y otros grupos de interés relevantes.

10. Los médicos de familia deberían tener un papel central en la formulación de guías de práctica clínicas para el abandono del tabaco basadas en la evidencia.

En las guías de práctica clínica, los médicos de familia deberían tener un papel central para identificar, aconsejar, intervenir o remitir pacientes fumadores.

Los Ministerios de la Salud, asociaciones médicas y de profesionales de la salud que planeen desarrollar guías de práctica clínica deberían incluir a los médicos de familia desde el principio. Esto se podría hacer creando grupos de trabajo a nivel regional, nacional y europeo.

Se tendría que hacer un inventario de las guías de práctica clínica existentes para ayudar a dejar de fumar.

Para facilitar el uso de guías de práctica clínicas en la práctica diaria, éstas se deberían traducir a estándares comprensivos y fáciles de entender que encajen en la práctica diaria de los médicos de familia. Habría que publicar información sobre dichas guías en Internet y difundirla sistemáticamente a los médicos de familia en papel.

11. Se deberían establecer y reforzar las políticas “sin humo” en el ámbito de trabajo de los médicos de familia.

Las políticas “sin humo” se deberían implementar de conformidad con el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.

A nivel regional, nacional y europeo se debería establecer una prohibición de fumar en lugares públicos que incluyera todas las instalaciones de asistencia sanitaria, también en las privadas de los médicos de familia y otros profesionales de la salud.

La prohibición de fumar en instalaciones sanitarias debería incluir todo el “campus”.

Los empleadores de médicos de familia y profesionales de la salud deberían obligarlos a ser no fumadores cuando representaran sus instituciones.

COMUNICACIÓN

12. Se debería monitorizar de forma periódica el consumo de tabaco de los médicos de familia y otros profesionales de la salud.

La OMS, la Unión Europea, los Ministerios de la Salud, asociaciones de profesionales de la salud, así como los empresarios del sector sanitario, deberían incluir en sus encuestas de salud el seguimiento del consumo de tabaco entre médicos de familia y profesionales de la salud.

Debería preguntarse a los médicos de familia sobre su consumo de tabaco durante los reconocimientos sistemáticos que los profesionales de la salud tienen que pasar. Una parte del proceso de seguimiento tendrían que ser las mediciones de monóxido de carbono y/o la medida de carboxihemoglobina.

13. Para reducir la aparente falta de aceptación de las intervenciones sobre abandono del tabaco, se debería aumentar la percepción de la gente de los médicos de familia como punto de contacto para el abandono del hábito.

La Unión Europea, los Ministerios de la Salud, asociaciones de profesionales de la salud y la industria farmacéutica deberían financiar campañas de sensibilización que lleguen a una gran audiencia.

Para fomentar el papel de los médicos de familia en el abandono del tabaco, las campañas escolares deberían incluir información sobre éstos como punto de contacto para dejar de fumar, tanto para los estudiantes como para sus padres.

Las etiquetas de advertencia en las cajetillas de tabaco deberían anunciar a los médicos de familia como principal punto de referencia para dejar de fumar.

Se podría crear un premio europeo para las instituciones que hayan tenido mayor protagonismo en el fomento del compromiso de los médicos de familia con el tabaquismo.

14. Se debe sensibilizar a los médicos de familia sobre la importancia para la salud de la población de la prevención del tabaquismo y su abandono.

Los actos y conferencias regionales, nacionales y europeas a las que acudieran los médicos de familia deberían incluir sesiones sobre el coste-efectividad de las terapias para el abandono del consumo de tabaco.

Los medios de comunicación profesionales deberían publicar artículos sobre las terapias para dejar de fumar y su eficacia.

Se ha de fomentar el trabajo en red de asociaciones médicas y no médicas.

Los líderes de los profesionales de la salud deberían subrayar la necesidad de compromiso de los médicos de familia con el abandono del tabaco. Las asociaciones de médicos de familia deberían unirse al movimiento general de control del tabaco.

15. Los médicos de familia y sus asociaciones no deben colaborar con la industria del tabaco de ninguna manera.

Los códigos éticos de las asociaciones de médicos de familia y asociaciones de profesionales de la salud deberían prohibir expresamente cualquier colaboración con la industria tabaquera. Las organizaciones de médicos de familia no deberían establecer vínculos con la industria tabaquera ni con organizaciones o compañías con intereses en ella, o que impidan o influyan en la libertad de elección del tratamiento óptimo de la dependencia al tabaco.

Conclusión

Los participantes en el proyecto PESCE han llegado a la conclusión de que, aunque estamos de acuerdo en unos objetivos comunes y en soluciones eficaces que llevarán a una mejor integración de los médicos de familia en el esfuerzo global por reducir el tabaquismo en Europa, la implementación y el ritmo de las actividades tiene que llevarse a cabo a nivel nacional. El papel y actividades de los médicos de familia tienen que integrarse en el contexto cultural, el marco legislativo, los diferentes sistemas sanitarios, de acuerdo con los recursos financieros disponibles de cada país.

A largo plazo, al dejar que cada país avance hacia un mismo objetivo a su paso, lograremos integrar la prevención en nuestros sistemas de salud para mayor beneficio de los ciudadanos europeos.

El consenso europeo

Responsables políticos, investigadores, especialistas en salud pública, economistas, así como representantes de las organizaciones de médicos de familia y de profesionales de la salud han colaborado en el desarrollo de recomendaciones sobre políticas basadas en la evidencia y estrategias de implementación basadas en la práctica.

En un taller de expertos reunido el 10 de diciembre de Varsovia, las quince recomendaciones sobre políticas arriba descritas las desarrollaron con mayor precisión 33 expertos de 18 países basándose en la evidencia científica reunida en el proyecto. En una conferencia en Barcelona de los grupos interesados, los días 27 y 28 de marzo de 2008, 96 partes interesadas de 23 países (incluyendo participantes de Estados Unidos, Brasil y Uruguay) juntaron su experiencia y sus conocimientos colectivos y sugirieron un catálogo de medidas de apoyo a la implementación de las recomendaciones del PESCE.

Nos gustaría aprovechar la ocasión para dar las gracias a todos los que han contribuido con sus conocimientos y su experiencia al éxito del proyecto PESCE.

SOCIOS DEL PROYECTO PESCE

Líder del proyecto

- Dr. Jean Daver, Presidente, Tabac & Liberté, Francia

Coordinación del proyecto

- D.^a Sibylle Fleitmann, Consultora independiente sobre control del tabaco, Alemania – Coordinadora del proyecto
- D.^a Antonella Cardone, Consultora sobre cuestiones sociales y de salud pública, Italia – Coordinación financiera
- D.^a Marie-Hélène Weber, Asuntos europeos Pierre Fabre, Francia – Logística

Asociados al proyecto

- Dr. Tibor Baska, Facultad Jessenius de Medicina de la Universidad Comenius, Eslovaquia
- Dr.^a Carmen Cabezas Peña, Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya, España
- Prof. Luke Clancy, Instituto de Investigación por una Sociedad Sin Tabaco (RIFTS), Irlanda
- Prof. David Cohen, Escuela de Ciencias de la Atención Sanitaria, Universidad de Glamorgan, Wales
- Dr. Tibor Demjen, Fundación Húngara de Tabaquismo o Salud, Hungría
- Dr. Evangelos Filopoulos, Sociedad Griega del Cáncer, Grecia
- Dr. Giovanni Invernizzi, Escuela Italiana de Medicina General (SIMG), Italia
- Dr. Annelies Jacobs, Centro Médico de la Universidad Radboud, Centro de Investigación de una Atención de Calidad (WOK), Países Bajos
- Prof. Ulrich John y Dr. Sabina Ulbricht, Universidad de Greifswald, Alemania
- D.^a Martine Stead, Centro de Investigación sobre Control del Tabaco, Universidad de Stirling y Open University, Escocia
- Dr. Hans Storm, Sociedad Danesa del Cáncer, Dinamarca
- D.^a Ann Van den Bruel, Universidad Católica de Leuven (KUL), Bélgica

- Prof. Dr. Antonio Vaz Carneiro, Facultad de Medicina, Universidad de Lisboa, Portugal
- Prof. Witold Zatonski y D.^a Marta Porêbiak , Fundación de Promoción de la Salud, Polonia

Socios colaboradores del proyecto

- Prof. Olaf Aasland, Instituto de Gestión Sanitaria y Economía de la Salud, Noruega
- Dr. Andi Aristotelous, Ministerio de la Salud, Chipre
- Dr. Michael Callens, Mutualidad Cristiana de Bélgica, Bélgica
- Dr. Janis Caunitis, Agencia Estatal de Promoción de la Salud, Letonia
- Dr. Jacques Cornuz, Red Suiza de Abandono del Tabaco, Suiza
- Dr. Eirik Boe Larsen, Unión Europea de Médicos de Cabecera (UEMO), Bélgica
- Dr. George Kotarov, Centro Nacional de Protección de la Salud Pública, Bulgaria
- Dr.^a Eva Kralikova, Instituto de Higiene y Epidemiología de la Universidad Charles, República Checa
- Dr. Wilfried Kunstmann, Asociación Médica de Alemania, Alemania
- D. Francis Grogna, Red Europea de Prevención del Tabaquismo, Bélgica
- Prof. Florin Mihaltan, Instituto de Neumología "M.Nasta", Rumanía
- Dr.^a Vera-Kerstin Petric, Ministerio de la Salud, Departamento de Promoción de la Salud y de una Vida Saludable, Eslovenia
- D.^a Christina Dietscher, Instituto Ludwig Boltzmann de Sociología de la Salud y la Medicina, Austria
- D. Patrick Sandström, Instituto Nacionl KTL de Salud Pública, Finlandia
- Prof. Hanne Tonnesen, Hospital Universitario de Bispebjerg, Centro Colaborador de la OMS para la Promoción de la Salud en Hospitales y Servicios Sanitarios, Dinamarca
- Dr. Aurelijus Veryga, Universidad de Medicina de Kaunas, Lituania

Investigadores

- Dr. Joao Costa, Facultad de Medicina, Universidad de Lisboa, Portugal
- Dr. Peter Csepe, Fundación Húngara de Tabaquismo o Salud, Hungría
- D.^a Laura Currie, Instituto de Investigación por una Sociedad Sin Tabaco (RIFTS), Irlanda
- D.^a Inge Haunstrup-Clemmensen, Sociedad Danesa del Cáncer, Dinamarca
- D.^a Helena Koprivnikar, Instituto Nacional de Salud Pública, Eslovenia
- D.^a Sophie Massin, CES-MATISSE, Universidad Paris 1, Facultad de Ciencias Económicas, France
- Dr. Ivo Nagels, Fundación contra el Cáncer, Bélgica
- D.^a Maria Pilali, Sociedad Griega del Cáncer, Grecia
- Dr. Nicolo Seminara, Escuela Europea de Medicina General (SEMG), Italia
- D.^a Kathryn Angus, D.^a Gayle Tait y D.^a Ingrid Holme, Centro de Investigación sobre Control del Tabaco, Universidad de Stirling y Open University, Escocia
- Dr. Fasihul Alam, Dr. Paul Jarvis y Dr. Sam Groves, Unidad de Investifación de la Economía y Política de la Salud, Universidad de Glamorgan, Wales
- D.^a Lotje Van Esch, Centro Médico de la Universidad Radboud, Centro de Investigación de una Atención de Calidad (WOK), Países Bajos
- Dr. Dewi Segaar, STIVORO, Países Bajos

Expertos

- Dr. Francisco Camarelles, Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, España
- Dr. Dongbo Fu, Organización Mundial de la Salud (OMS), Suiza

- Prof. Pierre Kopp, Universidad Paris 1 - Panthéon - Sorbonne, Francia
- Ms. Jennifer Percival, Colegio Real de Enfermería, UK
- Dr. Luis Rebelo, Facultad de Medicina, Universidad de Lisboa, Portugal
- Dr.^a Annie Sasco, INSERM, Francia
- D. Kriztof Prezwosniak, Instituto Centro del Cáncer, Polonia
- Prof.^a Joy Townsend, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Reino Unido

Organismos financiadores

- Comisión Europea, DG SANCO, Programa de Salud Pública, Luxemburgo
- Ministerio de Asuntos Exteriores, Francia
- Misión Interministerial de Lucha contra las Drogas y la Toxicomanía (MILDT), Francia
- Instituto Nacional del Cáncer (INCa), Francia
- Investigación del Cáncer del Reino Unido (CRUK), Reino Unido
- Laboratorios Pierre Fabre, Francia

Toulouse , May 2008