

# ARTÍCULOS ORIGINALES

## TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS PARA LA REDUCCIÓN DE LA ADICCIÓN AL TABACO: ANÁLISIS DE COSTO-EFECTIVIDAD

### *Pharmacological Treatments to Reduce Tobacco Addiction: Cost-Effectiveness Analysis*

Ignacio Drake,<sup>1</sup> Evangelina Martich<sup>2</sup>

**RESUMEN. INTRODUCCIÓN:** El tabaquismo es la principal causa prevenible de morbi-mortalidad. Produjo cerca de 6 millones de muertes en 2014, además de enfermedades y discapacidades derivadas de su consumo. Entre las diferentes estrategias para reducir el consumo están los tratamientos farmacológicos. En Argentina, hay poca información sobre su efectividad y financiamiento. **OBJETIVOS:** Determinar cuáles son las intervenciones más costo-efectivas para disminuir el consumo de tabaco en Argentina. **MÉTODOS:** Se realizó un estudio cuantitativo, utilizando el modelo de análisis de costo-efectividad. Se calcularon costos de los tratamientos recomendados en la *Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco*, para la población fumadora de 15 años en adelante, sin cobertura explícita de salud y con un intento de cesación con método farmacológico en los últimos 12 meses. Se construyeron indicadores de años de vida saludable y se estimaron los costos necesarios para la atención médica de patologías asociadas al tabaquismo. **RESULTADOS:** La inversión en cesación tabáquica genera un ahorro de \$779,5 millones de pesos en los costos de atención médica de las patologías seleccionadas. Por cada peso invertido en tratamientos farmacológicos se ahorran \$26,4. **CONCLUSIONES:** Una intervención centrada en la provisión gratuita de tratamientos farmacológicos para la cesación tabáquica demuestra ser costo-efectiva.

**ABSTRACT. INTRODUCTION:** Smoking is the most preventable cause of morbidity and mortality. In 2014 there were about 6 million tobacco-related deaths, and diseases and disabilities caused by its consumption. Among the different strategies to reduce tobacco consumption, there are drug treatments. Argentina has little information on their effectiveness and financing. **OBJECTIVES:** To determine the most cost-effective interventions to reduce tobacco consumption in Argentina. **METHODS:** A quantitative study was performed, using cost-effectiveness analysis. The cost of treatments found in the *National Smoking Cessation Guide* were calculated, considering smoking population of 15 years or older without health coverage and with one attempt to quit smoking in the last 12 months using medication. Indicators of healthy life years were built, estimating the costs of medical healthcare for smoking-related diseases. **RESULTS:** The investment in smoking cessation saves 779.5 million pesos in healthcare costs related to the selected diseases. For each peso invested in drug treatments, \$26.4 are saved. **CONCLUSIONS:** The intervention focused on providing free drug treatment for smoking cessation proves to be cost-effective.

**PALABRAS CLAVE:** Política de Salud - Costo-Efectividad - Cese del Uso de Tabaco

**KEY WORDS:** Health Policy - Cost-Effectiveness - Tobacco Use Cessation

<sup>1</sup> Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

<sup>2</sup> Universidade Federal Fluminense, Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.

**FUENTE DE FINANCIAMIENTO:** Beca "Carrillo-Oñativia", otorgada por la Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

**FECHA DE RECEPCIÓN:** 23 de julio de 2015

**FECHA DE ACEPTACIÓN:** 18 de marzo de 2016

**CORRESPONDENCIA A:** Ignacio Drake  
Correo electrónico: ignacio.drake@gmail.com

ReNIS N°: IS000799

### INTRODUCCIÓN

El tabaquismo es reconocido como una enfermedad crónica generada por la dependencia a la nicotina. Es la principal causa de enfermedades evitables y muertes prematuras. Provoca aproximadamente 5,4 millones de muertes anuales, cifra que podría aumentar de forma significativa hacia 2030 y alcanzar los 8 millones de óbitos anuales, de los cuales el 80% serían en países en desarrollo.<sup>1</sup>

El tabaco mata más que la tuberculosis, el VIH/sida y la malaria juntos.<sup>2</sup> Las muertes causadas por su consumo se dan principalmente en el grupo de 35 a 69 años, es decir, en gran parte de la población activa, lo que afecta además el desempeño de la economía y de los sistemas de protección social. Mientras la epidemia parece disminuir en los países más desarrollados debido a la implementación de campañas educativas y programas de control, se expande en los países

menos desarrollados y en los estratos sociales de menores ingresos, reflejando una relación entre tabaquismo y pobreza.

Los costos ligados al consumo de tabaco provocan pérdidas cercanas a los 500 billones de dólares al año (por reducción en la productividad, enfermedades y muertes prematuras).<sup>1</sup> En el mundo hay alrededor de 1 300 millones de fumadores. Según un estudio llevado a cabo por Dórea y Botelho,<sup>3</sup> el 70% de ellos desearía dejar el hábito. Sin embargo, sin apoyo, pocos lo consiguen.

El tabaquismo requiere de un tratamiento multidisciplinario, que en algunos casos incluye medicación. El éxito del tratamiento es variable, aunque hay sólidas evidencias científicas de que las intervenciones farmacológicas para el cese tabáquico son altamente costo-efectivas<sup>4,5</sup> si se comparan con los gastos generados en la atención de las enfermedades derivadas del consumo. Según un estudio realizado en Estados Unidos, el costo por año de vida salvado por el tratamiento del tabaquismo se calcula en U\$S 3 539, valor menor al que se necesita para la hipertensión arterial en hombres de 45-54 años (U\$S 5 200 dólares) o para exámenes preventivos de cuello de útero en mujeres de 34-39 años (U\$S 4 100 dólares).<sup>6</sup>

Existen varios modelos de tratamiento. La elección del más adecuado para un determinado paciente depende de la evaluación inicial. Cualquiera sea la elección, la meta más difícil consiste en alcanzar y mantener la abstinencia. Los métodos preconizados como de primera línea son: terapia de reemplazo nicotínico (TRN), utilización de bupropión y terapia breve en grupo o individual. La combinación de métodos mejora la efectividad del tratamiento.<sup>6,7</sup> Las tasas de abstinencia aumentan cuando se introducen medicamentos al tratamiento. Existen también combinaciones de tratamientos farmacológicos (por ejemplo, la asociación de los inhibidores de la nicotina y bupropión, única combinación aprobada por la *Food and Drug Administration* de los EE.UU.).<sup>6</sup>

Argentina cuenta con una *Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco* elaborada por el Ministerio de Salud de la Nación en 2011,<sup>8</sup> que fue desarrollada en el Marco de la Estrategia Nacional de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles y de los lineamientos del Programa Nacional de Garantía de la Atención Médica. Su objetivo general es que el equipo de salud cuente con recomendaciones sobre los tratamientos para ayudar a dejar de fumar, considerando un enfoque interdisciplinario y la realidad sanitaria nacional. La guía propone 49 recomendaciones basadas en evidencias científicas y dirigidas a distintos grupos poblacionales: adolescentes, embarazadas, personas con enfermedades psiquiátricas, internados, pacientes cardiológicos, oncológicos, con cirugías, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y VIH. Las orientaciones abarcan desde la evaluación del estatus del fumador y el tratamiento farmacológico para la cesación tabáquica (R17 a 28) hasta aspectos relacionados con la cesación, e incluso tratamientos no avalados.

Este artículo presenta parte de los resultados de una investigación cuyo objetivo fue investigar cuál es el tratamiento farmacológico más costo-efectivo para reducir la

adicción al tabaco y qué tratamientos deberían ser cubiertos para mejorar los resultados y los gastos en salud.

El objetivo fue costear cada uno de los tratamientos farmacológicos de primera línea recomendados para la cesación tabáquica y determinar cuáles son las intervenciones más costo-efectivas para reducir el consumo de tabaco en Argentina.

## MÉTODOS

La metodología utilizada fue cuantitativa y descriptiva. Se usó como eje el modelo de análisis de costo-efectividad, que permite comparar recomendaciones de tratamientos farmacológicos para el cese tabáquico, junto con las consecuencias sanitarias y económicas.

Se trató de un estudio contrafáctico de estimación de las posibles consecuencias de una determinada intervención en comparación con los costos de la atención médica. Se propuso un procedimiento alternativo al que se realiza en los estudios clásicos de carga de enfermedad,<sup>9,10</sup> donde es necesario contar con datos desagregados de sexo, edad, prevalencias, mortalidad y coeficientes de discapacidad de cada una de las patologías seleccionadas. A los datos agregados de la población objetivo se aplicaron los valores poblacionales, las prevalencias y coeficientes de referencia de cada una de las patologías seleccionadas, para calcular las estimaciones de calidad de vida de esa población.

El ámbito de estudio fue la Argentina. Los datos epidemiológicos y económicos correspondieron a diferentes fuentes nacionales,<sup>11-14</sup> junto con la base en línea *K@yros* y una revisión sistemática sobre tratamientos farmacológicos para la cesación tabáquica.<sup>15</sup>

Fueron abordadas tres dimensiones: el costeo de los tratamientos farmacológicos para la cesación tabáquica, una estimación de efectividad y la estimación del gasto que se ahorraría en atención médica si cierta población dejara de consumir tabaco.

Para la primera dimensión se seleccionaron los tratamientos recomendados en la *Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco*.<sup>8</sup>

Se relevaron los precios de mercado de los principios activos para calcular el costo de los tratamientos. La selección incluyó:

- TRN: parches de nicotina, 7, 14 o 21 mg/24 horas; chicles de nicotina, 2 y 4 mg; spray nasal de nicotina, 1 mg por dosis; comprimidos dispersables de nicotina, 2 y 4 mg.
- Drogas de primera línea: bupropión de liberación prolongada, 150 y 300 mg/día; vareniclina, 0,5, 1 y 2 mg.

No se consideraron los principios activos de segunda línea (nortriptilina y clonidina).

Se realizó una búsqueda sistemática de trabajos epidemiológicos a través de PubMed, que aportó datos poblacionales sobre tasas de cesación tabáquica existentes en diferentes países.<sup>15-18</sup> La mayoría de los trabajos encontrados hacen mención a los métodos analizados en esta investigación, pero no como tasa de cesación, sino como razón de posibilidades (*odds ratio*) entre métodos. También aluden a las consecuencias sobre mortalidad y calidad de vida. Para

los objetivos de esta investigación se optó por utilizar el trabajo más actual, que además presentaba como resultado la proporción de cesación de cada método analizado. Así, a partir de la revisión de Cahill,<sup>15</sup> se utilizó una tasa de cesación tabáquica de 19,1% para bupropión, de 27,6% para vareniclina y de 17,6% para la TRN; con las tasas de utilización de fármacos provenientes del estudio EMTA 2012,<sup>12</sup> se calculó un promedio del 21% de cesación tabáquica para los tres métodos combinados.

Para calcular el costo total de los tratamientos de la población objetivo —el numerador principal de esta investigación— se utilizaron cantidades anualizadas según las recomendaciones de la *Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco*,<sup>8</sup> junto con una distribución proporcional del total de métodos, también en base a las tasas de utilización de fármacos provenientes del estudio EMTA 2012.<sup>12</sup> Se obtuvo así la cantidad total de cada uno de los tratamientos, y a esas cantidades se le multiplicaron los precios unitarios extraídos de la base de datos de *K@yros*.

Cabe aclarar que este tipo de intervenciones busca el éxito de toda la población que realiza un intento por dejar de fumar a través de algún método farmacológico, pero que en la práctica no todos alcanzan la cesación. Por lo tanto, el costo de los tratamientos se financia para toda la población, aunque las consecuencias derivadas (sanitarias y/o económicas) se calculan sólo sobre aquellas personas que efectivamente dejan de fumar.

Para medir la efectividad, se utilizaron los conceptos de carga de enfermedad desarrollados por la Organización Mundial de la Salud<sup>9</sup> y por Murray y Lopez.<sup>10</sup> Estos indicadores consideran los años de vida perdidos, tanto por muerte como por discapacidad, desagregados para cada una de las patologías. Se construyó un indicador de calidad de vida denominado años de vida saludables (AVISA), que se desagrega en dos componentes principales: años de vida perdidos por muerte prematura (AVPMP) y años de vida con discapacidad (AVD), con la siguiente fórmula resultante: AVISA = AVPMP + AVD.

Dado que esta investigación se centró en analizar los costos de los tratamientos farmacológicos para reducir la adicción al tabaco, se seleccionaron las patologías más asociadas a su consumo:<sup>13,14</sup> cáncer de pulmón, EPOC, enfermedad cardiovascular (EC) y accidente cerebrovascular (ACV)(ver Tabla 1).

En relación con el gasto de salud (beneficio) de las cuatro patologías seleccionadas, se consideraron los resultados del Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS),<sup>13</sup> que aplicando una metodología de microcosteo<sup>19</sup> estableció los costos globales generados por el tabaquismo en Argentina. A partir del mencionado trabajo se elaboró un cuadro donde se consignaron los costos de atención médica de las patologías analizadas. Para asignar su distribución en la población que dejaría de fumar, se tomaron como referencia los valores de incidencia del trabajo de Borrueal (ver Tabla 2).<sup>15</sup>

A partir de las proyecciones para 2013 del Instituto Na-

cional de Estadística y Censos (INDEC), se determinó la población objetivo: fumadores, sin cobertura explícita de salud (33,4%), con una edad de 15 años o más (25,1%), con un intento por dejar de fumar durante los últimos 12 meses (48,6%) y con algún tratamiento farmacológico (4,1%). Esto dio como resultado una población total de 52 527 personas.

Para recoger los datos, se consolidaron diversas fuentes de información y de metodologías. Para el costo de los tratamientos farmacológicos destinados a reducir la adicción al tabaco se utilizó, por un lado, el *Manual Farmacoterapéutico de alfaBETA.net* disponible en Argentina y, por el otro, las presentaciones comerciales de la base en línea de *K@yros*. Se conformó una matriz de datos para el mes de junio de 2013 con la siguiente información: laboratorio, nombre comercial, presentación, unidades, potencia y precio. Luego se procedió a calcular el precio unitario de los fármacos. Para construir los indicadores de efectividad, se utilizó información proveniente del estudio encabezado por Borrueal.<sup>14</sup> Esa investigación utiliza la metodología sobre carga de enfermedad,<sup>9-10</sup> a partir del procesamiento y análisis de todas las muertes de 2005 asociadas a cada una de las patologías, que explican el 85% de la carga de enfermedad en Argentina.

Para calcular la cobertura de salud del país, se utilizó la información proveniente del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas de 2010, también para una edad de 15 años o más. Las fuentes de información sobre prevalencia de consumo de tabaco, intentos de dejar de fumar en los últimos 12 meses y utilización de farmacoterapia para la cesación tabáquica correspondieron a la Tercera Encuesta

**TABLA 1.** Número de muertes por patologías asociadas a tabaquismo y porcentaje atribuible al tabaquismo, por categorías, 2013.

Grupo de patologías asociadas al tabaquismo	Total de muertes	Muertes atribuibles al tabaquismo	
	N	N	%
Enfermedad cardiovascular	73 297	9 710	13,2
Accidente cerebrovascular	18 810	2 587	13,8
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	10 561	7 882	74,6
Neumonía	18 788	2 967	15,8
Cáncer de pulmón	9 031	7 447	82,5
Otros cánceres	15 793	5 329	33,7
Tabaquismo pasivo y otras causas	4 670	4 670	100
Total de muertes por patologías asociadas al tabaquismo	150 950	40 592	26,9
Total de muertes en Argentina	298 937	40 592	13,6

Fuente: Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS), 2013.

**TABLA 2.** Costo de la atención médica para las patologías asociadas al tabaquismo, en AR\$.

Patología asociada al tabaquismo	AR\$
Enfermedad cardiovascular	52 558
Accidente cerebrovascular	43 580
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	36 415
Neumonía	1 640

Fuente: IECS, 2013.

Nacional de Factores de Riesgo (2013) y a la Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos (2012).<sup>11,12</sup>

La información relacionada con el gasto de salud en las cuatro patologías seleccionadas se obtuvo del documento técnico N° 7 (Carga de Enfermedad Atribuible al Tabaquismo en Argentina), realizado por el IECS.<sup>13</sup> El mencionado trabajo construyó un modelo económico sanitario (HEM, por sus siglas en inglés) de microsimulación, basado en el consenso de cómo utilizar evidencia interna y externa vinculada a los efectos del consumo de tabaco, como también los requisitos presupuestarios asociados a la utilización de intervenciones para disminuir el consumo de tabaco (SCI, por sus siglas en inglés).<sup>19</sup>

La investigación propuso una adaptación de la metodología sobre carga de enfermedad,<sup>9,10</sup> que se aplicó a los datos del trabajo realizado para Argentina en 2005.<sup>14</sup>

Dado que esta investigación no contó con datos desagregados por sexo y edad, muertes o discapacidad, se realizó una adaptación de la metodología para obtener los datos necesarios que permitieran calcular la efectividad potencial sobre la población objetivo. Para ello, se recurrió a la tabla de AVPMP por sexo y edad construida para calcular la carga de enfermedad de las distintas patologías. Se aplicaron las incidencias de cáncer de pulmón, EPOC, EC y ACV. Con eso se determinó la cantidad de muertes y la cantidad de personas con algún tipo de discapacidad. Finalmente, se calcularon los AVISA para la población analizada. Aunque la adaptación responde a la lógica del cálculo de carga de enfermedad, no es estrictamente comparable con los valores obtenidos en este tipo de estudios, sino más bien una aproximación cuantificable de lo que sucedería en la población objetivo si se aplicaran, *ceteris paribus*, los mismos valores de los estudios de carga de enfermedad. Es por ello que en la tabla elaborada en la presente investigación se analizan estos indicadores, pero aclarando que no es posible una comparación *vis a vis*.

La información obtenida fue considerada en base al modelo de los análisis de costo-efectividad. Mediante una fórmula matemática se calcularon los coeficientes de costo-efectividad

y de costo-beneficio. En el numerador se ubicaron los costos de los tratamientos farmacológicos para la reducción de la adicción al tabaco en la población elegible; en uno de los denominadores se colocaron los AVISA y en el otro, los costos asociados a la atención médica de las patologías seleccionadas.

## RESULTADOS

El tamaño de la población objetivo fue de 52 527 personas. En función de ella se consideró la inversión necesaria para obtener un determinado resultado en salud, las consecuencias sanitarias de dicha intervención y, finalmente, las repercusiones económicas. Para proveer a esta población los tratamientos de cese tabáquico, sería necesario invertir alrededor de AR\$ 29,5 millones. Este valor contempla las tres variantes recomendadas por el Ministerio de Salud de la Nación:<sup>8</sup> bupropión, vareniclina y TRN. Si se los considera por separado, los valores para cada uno de los productos recomendados serían: AR\$17,6 millones para bupropión, AR\$51,1 millones para vareniclina y AR\$35,9 millones para TRN (ver Tabla 3).

Otra forma de evaluar una intervención sanitaria es en relación con el gasto/ahorro que se generaría en términos económicos para el sistema de salud. En la Tabla 3 también se presenta el ahorro en los costos de atención médica para las patologías seleccionadas asociadas al tabaquismo, que resultaría si dejara de fumar un porcentaje de la población que recibe un tratamiento farmacológico.

Si se consideran los tres tratamientos recomendados en la Guía Nacional, se generaría un ahorro de AR\$779,5 millones. Este valor incluye todos los cuidados asociados a cada una de las patologías seleccionadas para el estudio. Abarca desde recursos humanos, internación, tratamientos, insumos y cirugías hasta la propia rehabilitación, dado el caso. Además, la tabla consigna los ahorros para cada uno de los tratamientos si se los financiara por separado (AR\$653,1 millones para bupropión, AR\$708,8 millones para vareniclina y AR\$1 024,2 millones para TRN).

En la Tabla 4 se presentan las cuatro patologías seleccionadas para el estudio y los indicadores de vida.

**TABLA 3.** Costo de los tratamientos farmacológicos para cesación tabáquica y de la atención médica de patologías asociadas al tabaquismo, en AR\$.

	Total	Bupropión	Tratamientos Vareniclina	TRN*
Costo de tratamientos farmacológicos para cesación tabáquica	29 503 105	17 600 356	51 182 444	35 959 897
Costo de atención médica	779 587 852	653 155 083	708 821 710	1 024 265 926

\* Terapia de reemplazo nicotínico

Fuente: Elaboración propia en base a *Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco* (2011) e IECS (2013).]

**TABLA 4.** Indicadores de calidad de vida según patologías seleccionadas generados a partir de metodología adaptada a datos agregados.

Patologías	Indicadores de calidad de vida								
	AVPMP*			AVD <sup>†</sup>			AVISA <sup>‡</sup>		
	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer	Total
C. pulmón <sup>§</sup>	6 230	2 143	8 372	618	195	813	6 848	2 337	9 185
EPOC <sup>  </sup>	2 204	888	3 091	4 401	3 381	7 782	6 604	4 269	10 873
IAM <sup>¶</sup>	9 969	883	10 852	290	115	404	10 259	998	11 257
ACV**	7 523	7 352	14 874	3 447	2 676	6 124	10 970	10 028	20 998
Total	25 925	11 265	37 190	8 756	6 367	15 123	34 681	17 632	52 313

\* Años de vida perdidos por muerte prematura; <sup>†</sup>Años de vida con discapacidad; <sup>‡</sup>Años de vida saludables; <sup>§</sup>Cáncer de Pulmón; <sup>||</sup> Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica;

<sup>¶</sup> Infarto Agudo de Miocardio; \*\* Accidente Cerebro Vascular. Fuente: Elaboración propia en base a Borruel, *et al.* (2010).

Si se invirtiera en una intervención dirigida a proveer tratamientos farmacológicos a la población que quiere dejar de fumar haciendo uso de este tipo de métodos, se ahorrarían 52 313 años de vida. Por las características de las patologías asociadas al tabaquismo, el mayor impacto se generaría en el componente de AVPMP, con 37 190. La mayor carga de enfermedad la provocan los ACV, las EC y el cáncer de pulmón. En cuanto a los AVD, el ahorro es menor (15 123), con el aporte principal generado por EPOC.

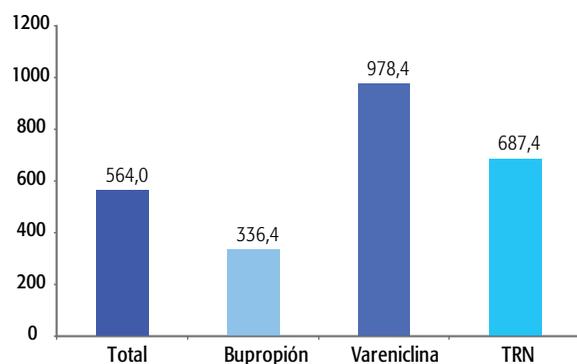
A partir de los valores anteriores, se aplicaron las fórmulas matemáticas dirigidas a definir los coeficientes de costo-efectividad y de costo-beneficio para relacionar los distintos tipos de consecuencias sanitarias y económicas.

Se calcularon los coeficientes de costo-efectividad del total de tratamientos recomendados y de cada uno en particular, si se financiara de manera separada. En el caso del total, para obtener un solo AVISA a través de una intervención de estas características, es necesario invertir AR\$ 564 en financiamiento de los tratamientos farmacológicos. Para cada uno de los tratamientos, si se los financiara por separado, el valor sería: AR\$ 336,4 para bupropión, AR\$ 978,4 para vareniclina y AR\$ 687,4 para TRN (ver Gráfico 1).

Tomando en cuenta otros valores de referencia, según la Encuesta Permanente de Hogares del INDEC, el promedio de ingreso de la ocupación principal en el segundo trimestre de 2013 anualizado era de AR\$ 51 888 y el del ingreso *per cápita* familiar de AR\$ 36 684. En términos comparativos, el costo de generar un AVISA es 92 veces menor al promedio de ingreso de la ocupación principal y 65 veces menor al ingreso *per cápita*.

En cuanto al costo-beneficio, para el total de los tratamientos recomendados en la Guía Nacional, por cada peso invertido en tratamientos farmacológicos se ahorran AR\$ 26,4 en todo lo referido a la atención médica. Para cada uno de los tratamientos, si se los financiara por separado, el ahorro por cada peso invertido sería: AR\$ 37,1 para bupropión, AR\$ 13,8 para vareniclina y AR\$ 28,5 para TRN. (ver Gráfico 2).

**GRÁFICO 1.** Relación costo/efectividad, costo para obtener un AVISA (Año de Vida Saludable)



Fuente: Elaboración propia en base a *Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco* (2011), K@yros (2013) y Borruel, et al. (2010).

## DISCUSIÓN

La prevalencia de consumo de tabaco en Argentina continúa siendo una de las más elevadas de la región. Según la Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, el 48,6% de los fumadores de 15 años o más había intentado dejar el hábito. Frente a este dato, es fundamental que el sistema esté preparado para acompañarlos en su proceso de la forma más adecuada.

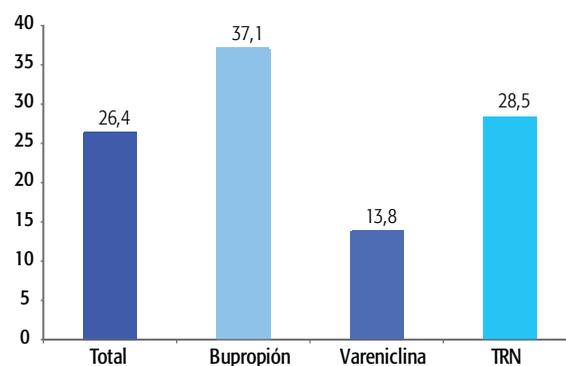
Son pocas las personas que consiguen dejar de fumar y mantener la abstinencia sin ayuda. Las recomendaciones apuntan a la necesidad de contar con equipos de salud, apoyo psicológico y tratamientos farmacológicos. El elevado costo de estos últimos genera una importante barrera: se estima que apenas el 14% de la población mundial tiene acceso a ellos.<sup>20</sup>

Esta investigación se centró en identificar los tratamientos farmacológicos más costo-efectivos para reducir el tabaquismo. Si se consideran los tratamientos propuestos en la guía de 2011, puede inferirse que una estrategia de provisión gratuita tendría un significativo impacto sanitario, tanto en términos de calidad de vida como económicos. En los resultados se presentan indicadores que sustentan esta afirmación.

Al establecer la relación entre los costos de los tratamientos farmacológicos recomendados, con los gastos de la atención médica para las patologías asociadas al consumo de tabaco, resultó manifiesta la importancia de invertir en prevención y en estrategias que favorezcan la disminución del consumo. En términos comparativos, obtener un año más de vida saludable a partir de la provisión gratuita de estos tratamientos resulta altamente redituable, dado que el costo es muy inferior a lo que generaría una persona si se mantuviera activa como trabajadora dentro del sistema productivo.

Si bien señalan las consecuencias económicas y/o sanitarias, y remarcan la importancia de fomentar estrategias para la reducción del tabaquismo, otros estudios sobre esta problemática no analizan específicamente la relación

**GRÁFICO 2.** Relación costo/beneficio.



Fuente: Elaboración propia en base a *Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco* (2011), K@yros (2013) y Borruel, et al. (2010).

entre los costos de los tratamientos y las consecuencias sanitarias del tabaquismo.

### RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

El combate contra el tabaquismo requiere de políticas públicas interdisciplinarias, capaces de abordar la dimensión sanitaria, económica y social. Se espera que la información aportada por este trabajo contribuya a tomar decisiones adecuadas en pos de la provisión gratuita de tratamientos farmacológicos para la cesación tabáquica.

### RELEVANCIA PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Los análisis de costo efectividad son una herramienta indispensable para la toma de decisiones. Esto requiere de un trabajo interdisciplinario que pueda dar cuenta de los distintos costos y la efectividad de las intervenciones.

### RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

Es necesario contar con nueva evidencia de la efectividad de los tratamientos farmacológicos para la cesación tabáquica y la actualización de los costos de la atención médica.

**DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES:** No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

**Cómo citar este artículo:** Drake I, Martich E. Tratamientos farmacológicos para la reducción de la adicción al tabaco: análisis de costo-efectividad. Rev Argent Salud Pública. 2016; Mar;7(26):8-13.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

<sup>1</sup> Pinto M, Ugá M. Os custos de doenças tabaco-relacionadas para o Sistema Único de Saúde. Cad Saúde Pública. 2010;26(6):1234-45.

<sup>2</sup> Global Report: Mortality Attributable to Tobacco. Organización Mundial de la Salud. Ginebra; 2012.

<sup>3</sup> Dórea A, Botelho C. Fatores dificultadores da cessação do tabagismo. Jornal Brasileiro de Pneumologia. 2006;30(2):41-6.

<sup>4</sup> West R, McNeill A, Raw M. Smoking Cessation Guidelines for Health Professionals: An Update. Thorax. 2000;55:987-99.

<sup>5</sup> Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline Rockville U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service; 2008.

<sup>6</sup> Tabagismo. Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: Médica Brasileira & Agencia Nacional de Saúde Suplementar; 2011.

<sup>7</sup> Marques ACPR, Campana A, Gigliotti ADP, Lourenço MTC, Ferreira MP, Laranjeira R. Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. Rev Bras Psiquiatr. 2001;23(4):200-14.

<sup>8</sup> Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco. Ministerio de Salud de la Nación; 2011.

<sup>9</sup> National Burden of Disease Studies: A Practical Guide. Organización Mundial de la Salud. Ginebra; 2001.

<sup>10</sup> Murray CL, Lopez A. The Global Burden of Disease. Organización Mundial de la Salud. Ginebra; 1996.

<sup>11</sup> Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles. Presentación de los principales resultados. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2013. [Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/publicaciones/pdf/11.09.2014-tercer-encuentro-nacional-factores-riesgo.pdf>] [Último acceso: 15 de abril de 2016].

<sup>12</sup> Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adultos (EMTA). Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2012.

<sup>13</sup> Pichon-Riviere A, Alcaraz A, Bardach A, Augustovski F, Caporale J, Caccavo F. Carga de Enfermedad Atribuible al Tabaquismo en Argentina. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria; 2013.

<sup>14</sup> Borruel M, Mas P, Borruel G. Estudio de Carga de Enfermedad. Argentina. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2010.

<sup>15</sup> Cahill K, Stevens S, Lancaster T. Pharmacological Treatments for Smoking Cessation. JAMA. 2014;311(2):193-194.

<sup>16</sup> Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological Interventions for Smoking Cessation: An Overview and Network Meta-Analysis (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 5. Art. No.: CD009329.

<sup>17</sup> Annemans L, Nackaerts K, Bartsch P, Prignot J, Marbaix S. Cost Effectiveness of Varenicline in Belgium, Compared with Bupropion, Nicotine Replacement Therapy, Brief Counselling and Unaided Smoking Cessation: A BENESCO Markov Cost-Effectiveness Analysis. Clin Drug Investig. 2009;29(10):655-65.

<sup>18</sup> Cromwell J, Bartosch WJ, Fiore MC, Hasselblad V, Baker T. Cost-Effectiveness of the Clinical Practice Recommendations in the AHCPD Guideline for Smoking Cessation. Agency for Health Care Policy and Research. JAMA. 1997;278(21):1759-66.

<sup>19</sup> Pichon-Riviere A, Augustovski F, Bardach A, Colantonio L. Development and Validation of a Microsimulation Economic Model to Evaluate the Disease Burden Associated with Smoking and the Cost-Effectiveness of Tobacco Control Interventions in Latin America. Value in Health. 2011;14:51-9.

<sup>20</sup> Report on the Global Tobacco Epidemic: Warning about the Dangers of Tobacco. Organización Mundial de la Salud. Ginebra; 2011.