

Original breve

# Herramienta de retorno de la inversión en control del tabaquismo: ¿qué opinan aquellos que toman decisiones?



Celia Muñoz<sup>a,\*</sup>, Marta Trapero-Bertran<sup>a</sup>, Kei Long Cheung<sup>b</sup>, Silvia Evers<sup>b</sup>, Mickaël Hiligsmann<sup>b</sup>, Hein de Vries<sup>b</sup> y Ángel López-Nicolás<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES), Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España

<sup>b</sup> Caphri School of Public Health and Primary Care, Health Services Research, Maastricht University, Maastricht, Países Bajos

<sup>c</sup> Universidad Politécnica de Cartagena, Cartagena, España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

### Historia del artículo:

Recibido el 10 de julio de 2015

Aceptado el 27 de octubre de 2015

On-line el 3 de diciembre de 2015

### Palabras clave:

Tabaco

Hábito de fumar

Política de salud

Economía en atención de salud y organizaciones

Evaluación de programas y proyectos de salud

Investigación sobre eficacia comparativa

## R E S U M E N

**Introducción:** El Proyecto Europeo EQUIPT pretende adaptar una herramienta de retorno de la inversión en tabaco para varios países, con el fin de proporcionar información sobre el retorno de invertir en estrategias y justificar la toma de decisiones. El objetivo de este estudio es identificar las necesidades de los usuarios en España para documentar la transferibilidad de la herramienta.

**Métodos:** Entrevistas telefónicas con actores relevantes sobre la implementación de la Herramienta EQUIPT, intención de uso y estrategias de control del tabaco.

**Resultados:** La herramienta puede añadir valor a la información utilizada al tomar decisiones y abogar por políticas coste-efectivas. Como inconvenientes, conocer cómo funcionará la herramienta, así como la formación y el tiempo que requerirá la consistencia y los cálculos internos.

**Conclusión:** Se recogen conocimientos e ideas de los potenciales usuarios para ayudar a adaptar la Herramienta EQUIPT, de modo que proporcione ayuda en la toma de decisiones eficientes.

© 2015 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## A return on investment tool in tobacco control: what do stakeholders think?

### A B S T R A C T

**Introduction:** The European EQUIPT study will co-create a return on investment tool in several countries, aiming to provide decision makers with information and justification on the returns that can be generated by investing in tobacco control. This study aimed to identify the needs of potential users in Spain in order to provide information on the transferability of the tool.

**Methods:** Telephone interviews with stakeholders were conducted including questions about the implementation of the tool, intended use and tobacco control interventions.

**Results:** Implementing the tool could provide added value to the information used in decision-making to advocate for cost-effective policies. The main drawback would be the training and time needed to learn how the tool works and for internal calculations.

**Conclusion:** Knowledge and ideas from potential users collected in this study could inform the EQUIPT Tool adaptation. Thus, stakeholders could have an instrument that assists them on making healthcare decisions.

© 2015 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

### Keywords:

Tobacco

Smoking

Health policy

Health care economics and organizations

Program evaluation

Comparative effectiveness research

## Introducción

El consumo de tabaco es una gran fuente de morbimortalidad en España, que en 2012 provocó más de 60.000 muertes<sup>1</sup>. La *Tobacco Control Scale 2013* sitúa a España como el séptimo entre 34 países, debido a la Ley 42/2010<sup>2,3</sup>. El porcentaje de fumadores diarios ha descendido del 28% en 2003 al 24% en 2012<sup>4</sup>, pero continúa por encima de la media europea, posiblemente porque la demanda de

tratamientos para dejar de fumar está poco extendida y el precio del tabaco es accesible<sup>5,6</sup>.

Existe evidencia sobre los impuestos, los espacios sin humo y la regulación de la publicidad del tabaco como medidas de coste reducido que aportan efectividad y eficiencia<sup>7</sup>; sin embargo, los decisores en salud necesitan más elementos que justifiquen la asignación de recursos a otras estrategias efectivas, más costosas, que maximicen el retorno de la inversión.

El proyecto EQUIPT (*European-Study on Quantifying Utility of Investment in Protection from Tobacco*)<sup>8</sup>, financiado por la Comisión Europea, pretende adaptar y aplicar a cuatro países (Alemania, Hungría, Países Bajos y España) una herramienta de retorno

\* Autora para correspondencia.

Correos electrónicos: [celia@equipt.eu](mailto:celia@equipt.eu), [celia.munoz@upf.edu](mailto:celia.munoz@upf.edu) (C. Muñoz).

de la inversión, implantada con éxito en el Reino Unido (Tobacco ROI Tool), para tomar decisiones sobre el tabaco.

Resulta importante incorporar opiniones de potenciales usuarios al adaptar la Herramienta EQUIPT, y fomentar la colaboración entre agentes involucrados en el diseño de estrategias de salud pública<sup>9,10</sup>.

El objetivo de este trabajo es recoger y resumir las necesidades de los posibles usuarios sobre aspectos de la herramienta para guiar su adaptación y maximizar su utilidad en los procesos de toma de decisiones de control del tabaquismo en España.

## Método

Partiendo de la herramienta de retorno de la inversión en funcionamiento en el Reino Unido<sup>11</sup>, la Herramienta EQUIPT contiene

un modelo de Markov que estima el retorno de la inversión de implementar programas de control del tabaquismo. El modelo unifica evidencia de la literatura con datos específicos de cada país y está poblado con un «paquete actual de intervenciones» de distinta naturaleza (legislación, intervenciones poblacionales e individuales) que ya se encuentran implementadas en la actualidad, cuyos parámetros pueden adaptarse según el contexto del usuario. A partir de aquí es posible modificar este paquete y generar un «paquete alternativo de intervenciones» para realizar análisis comparativos.

El proceso de trabajo es simultáneo en los cinco países: estudiar el contexto y datos para poblar el modelo, adaptar la herramienta y, finalmente, transferir recomendaciones para orientar políticas.

En la primera fase se realizaron entrevistas telefónicas a expertos en prevención del tabaquismo e investigación en salud, para

**Tabla 1**  
Ideas de los participantes según las dimensiones del Modelo I-Change

Dimensiones I-Change	Media (DE)	Min	Max
<i>Conocimientos</i>			
Coste incremental	6,25 (0,77)	5	7
Costes sociales	5,76 (1,44)	2	7
Disposición a pagar	4,92 (1,89)	1	7
Perspectiva del Sistema Nacional de Salud	2,86 (2,00)	1	7
Coste-efectividad	2,28 (2,02)	1	7
<i>Percepción del riesgo</i>			
Mortalidad relacionada con el tabaco	6,83 (0,51)	5	7
Carga económica del tabaquismo en la sociedad	6,67 (0,69)	5	7
Resulta inaceptable implementar intervenciones sin conocer su eficacia	5,41 (1,54)	3	7
Coste-efectividad de intervenciones actuales	4,75 (1,88)	1	7
Efectividad de intervenciones actuales	4,67 (1,75)	2	7
Resulta inaceptable implementar intervenciones sin conocer su coste-efectividad	4,50 (1,79)	1	7
La epidemia del tabaquismo no es grave	1,50 (0,86)	1	4
<i>Actitud</i>			
Dota de valor añadido a la información que utiliza	6,50 (0,71)	5	7
Resultados relevantes para mi organización	6,22 (0,81)	5	7
Puede calcular el coste-efectividad a diferentes horizontes temporales	6,22 (0,94)	4	7
Incrementa la eficiencia en la prestación de servicios	6,22 (0,81)	5	7
Integra toda la información disponible para el cálculo de coste-efectividad de las intervenciones	6,06 (0,90)	4	7
Proporciona justificación a la toma de decisiones	6,00 (0,77)	5	7
Evalúa el coste-efectividad de intervenciones nuevas	6,00 (0,84)	4	7
Cuenta con información actualizada	5,94 (0,85)	4	7
Es fácil de usar	5,81 (0,86)	4	7
Aporta evidencia científica a la toma de decisiones	5,80 (0,98)	4	7
Ayuda a decidir qué intervenciones frente al tabaquismo implementar	5,71 (0,99)	4	7
No da información sobre cómo se han calculado los resultados	3,80 (1,57)	1	7
Lleva demasiado tiempo su utilización	3,29 (1,65)	1	7
Requiere demasiados datos que introducir	3,13 (1,45)	1	6
No es necesaria en el trabajo diario	3,12 (2,03)	1	7
Es complejo trabajar con la herramienta	3,00 (1,41)	1	6
Proporciona información no creíble	3,00 (1,93)	1	7
No es compatible con mi forma de trabajar	2,71 (1,57)	1	6
Los resultados son poco concretos	2,71 (1,57)	1	7
No resulta útil	2,41 (1,91)	1	7
<i>Influencia social</i>			
Mis superiores	4,94 (1,43)	2	7
Compañeros de trabajo	5,82 (1,01)	4	7
Institución para la que trabajo	5,33 (1,37)	2	7
Aseguradoras/mutuas	4,44 (1,90)	1	7
Ministerio de Sanidad	5,22 (1,00)	4	7
Profesionales sanitarios	5,35 (1,66)	1	7
Encontraría resistencia a adoptar la herramienta	3,00 (2,08)	1	7
<i>Eficacia en el manejo</i>			
Capaz de utilizar la herramienta	6,47 (0,62)	5	7
Capaz de utilizar la herramienta si necesita introducir datos	6,12 (0,78)	5	7
Capaz de entender la información presentada en forma de cifras	6,47 (0,72)	5	7
Capaz de utilizar la herramienta incluso si su organización/institución no le apoya	5,50 (2,03)	1	7
Capaz de utilizar la herramienta sin ninguna ayuda	6,06 (1,44)	1	7
Compañeros de trabajo podrían utilizar la herramienta	6,00 (0,87)	4	7
Capaz de interpretar los resultados proporcionados	6,41 (0,51)	6	7
Capaz de utilizar la herramienta con conocimientos básicos de economía de la salud	6,12 (0,93)	4	7
Capaz de utilizar la herramienta sin soporte técnico	5,06 (1,73)	1	7
Capaz de utilizar la herramienta sin un manual	4,40 (4,99)	1	7
Capaz de utilizar la herramienta sin web de ayuda	4,47 (2,07)	1	7

conocer: a) las expectativas sobre la Herramienta EQUIPT; b) la información necesaria para utilizarla; c) las ventajas (y desventajas) de implementarla; y d) las características técnicas relevantes. Se empleó un muestreo intencional hasta lograr entre 15 y 25 entrevistas. Se seleccionaron 18 profesionales de cinco perfiles: decisores de la Administración pública nacional, autonómica y municipal; seguros de salud; profesionales sanitarios; expertos en evaluación económica; y representantes de sociedades científicas y asociaciones de pacientes. Los participantes recibieron un documento informativo sobre los detalles del Proyecto EQUIPT.

Se obtuvo el consentimiento del Comité Ético de la Universitat Pompeu Fabra y de la Brunel University London, centro coordinador del Proyecto Europeo EQUIPT.

Al iniciar la entrevista, los participantes visualizaron un vídeo sobre el funcionamiento de la Herramienta EQUIPT. El cuestionario constó de dos partes. La primera, con 12 bloques de preguntas en escala Likert de 7 puntos (de menor a mayor acuerdo), para determinar la intención de uso y evaluar las dimensiones del modelo I-Change: conocimientos, percepción de riesgo, información, actitud, influencia social y eficacia en el manejo; este modelo estudia factores determinantes para incorporar intervenciones e innovaciones<sup>12,13</sup>. La segunda parte consistió en una lista de intervenciones de control y prevención, de las cuales los participantes indicaron la efectividad mediante escala Likert de 3 puntos (de menos a más) y su disponibilidad; los grupos considerados fueron terapia farmacológica, intervenciones conductuales, intervenciones combinadas, tratamientos no convencionales y estrategias de prevención. Esta lista de intervenciones se acordó entre los países participantes, y los entrevistados tuvieron la oportunidad de sugerir programas adicionales o modificar la clasificación. Posteriormente se incluyó un cuestionario sociodemográfico.

El análisis estadístico descriptivo incluyó la media, la desviación estándar (DE), el máximo y el mínimo. Se utilizó el programa STATA 12.

## Resultados

De 35 invitados, 22 dieron su consentimiento. De estos, cuatro no finalizaron por incompatibilidad de agenda. Se completaron 18 entrevistas con seis decisores de la Administración, cinco profesionales sanitarios, cuatro investigadores en salud pública y evaluación de intervenciones, dos representantes de sociedades y asociaciones, y un profesional de seguros de salud. Se rellenaron 15 cuestionarios sociodemográficos: 14 (93,3%) eran varones; por edades, 13 (86,7%) eran mayores y dos (13,3%) eran menores de 50 años. La experiencia laboral media fue de 18,9 años (DE: 8,45). La formación académica era medicina en 11 (73,3%) participantes, economía en dos (13,3%), psicología en uno (6,7%) y sociología en otro (6,7%). La duración media fue de 65,85 minutos (DE: 15,12)

Se obtuvo una alta disposición a utilizar la Herramienta EQUIPT (media: 5,88; DE: 1,62) basándose en información recibida previamente y durante la entrevista.

La [tabla 1](#) muestra las dimensiones del Modelo I-Change. Se consideró importante implementar intervenciones debido a la mortalidad (media: 6,83; DE: 0,51) y la carga económica del tabaquismo en la sociedad (media: 6,67; DE: 0,69). Se indicó que las intervenciones actuales tienen margen de mejora en términos de efectividad (media: 4,67; DE: 1,75) y coste-efectividad (media: 4,75; DE: 1,88).

Las fortalezas de la Herramienta EQUIPT fueron dotar de valor añadido a la información (media: 6,50; DE: 0,71) y proporcionar resultados relevantes (media: 6,22; DE: 0,81), mientras que las principales barreras fueron no dar información de los cálculos internos (media: 3,8; DE: 1,57) y el tiempo que supondría implementarla (media: 3,29; DE: 1,65).

**Tabla 2**  
Intervenciones por grupo e importancia

Intervención	Media (DE)	Min	Max
<i>Terapia farmacológica</i>			
Terapia sustitutiva con nicotina	2,61 (0,70)	1	3
Vareniclina	2,46 (0,81)	1	3
Bupropión	2,47 (0,74)	1	3
<i>Intervenciones conductuales</i>			
Consejo breve de dejar de fumar durante la consulta en atención primaria	2,78 (0,43)	2	3
Recomendación de dejar de fumar siguiendo el esquema de 5 fases	2,69 (0,60)	1	3
Terapia grupal	2,67 (0,59)	1	3
Entrevistas individuales	2,56 (0,73)	1	3
Intervenciones avanzadas por etapas	2,53 (0,74)	1	3
Manuales de autoayuda	2,23 (0,75)	1	3
Estrategias comunitarias en oficinas de farmacia	2,20 (0,77)	1	3
Programas informáticos	2,00 (0,82)	1	3
Intervenciones a través de Internet	2,00 (0,74)	1	3
Consejo telefónico ( <i>quitline</i> )	2,00 (0,84)	1	3
Estrategias a través del teléfono móvil	1,80 (0,63)	1	3
<i>Intervenciones combinadas</i>			
Terapia grupal + tratamiento farmacológico	2,78 (0,43)	2	3
Entrevista individual + tratamiento farmacológico	2,72 (0,57)	1	3
Consejo breve en atención primaria + tratamiento farmacológico	2,47 (0,72)	1	3
<i>Tratamientos no convencionales</i>			
Aromaterapia	1,27 (0,47)	1	2
Acupuntura	1,25 (0,45)	1	2
Hipnosis	1,25 (0,45)	1	2
Infusiones	1,18 (0,40)	1	2
Homeopatía	1,18 (0,40)	1	2
Otros tipos de tabaco	1,16 (0,39)	1	2
Terapia por resonancia magnética	1,10 (0,32)	1	2
<i>Estrategias de prevención</i>			
Prohibición de fumar en lugares públicos	3,00 (0,00)	3	3
Restricciones a la publicidad	2,94 (0,24)	2	3
Prohibición y control de la venta a menores	2,83 (0,38)	2	3
Incrementos en la tributación	2,78 (0,55)	1	3
Etiquetado con mensajes sobre salud	2,67 (0,49)	2	3
Campañas en medios de comunicación	2,44 (0,99)	1	3

Las intervenciones según la efectividad pueden verse en la [tabla 2](#). Las mejor consideradas fueron los espacios sin humo y las restricciones a la publicidad. De las terapias individuales, el consejo breve en atención primaria y el tratamiento farmacológico combinado con apoyo grupal fueron las más valoradas (media: 2,78; DE: 0,43). Se recogió la sugerencia de que el modelo incorporara los impuestos como medida de control del tabaco.

## Discusión

Se han examinado las percepciones de posibles usuarios de la Herramienta EQUIPT y las intervenciones de control del tabaquismo en España. La Herramienta EQUIPT se considera un instrumento que aportaría valor a la información disponible y asistiría en la toma

de decisiones sobre estrategias eficientes para reducir la carga del tabaquismo, en términos de costes y de resultados en salud.

La eficiencia de las intervenciones puede variar según el grupo de población objetivo. Adaptar la Herramienta EQUIPT en varios países permitiría identificar factores que causan variabilidad en las políticas de diferentes contextos, y tenerlos en cuenta al transferir recomendaciones<sup>14</sup>.

El éxito de la herramienta de retorno de la inversión en el Reino Unido ha impulsado su adaptación a otros países. En España hay diferencias en costes y existen pocas evaluaciones sobre la efectividad de los programas de tabaquismo; transferir resultados de eficacia comparada entre países sería especialmente útil en aquellos con menor disponibilidad de datos<sup>15</sup>.

Debemos reconocer algunas limitaciones: la muestra de 18 participantes es reducida y puede afectar a la potencia estadística del análisis y sesgar las inferencias, y no permite análisis por subgrupos; aun así, incluir a profesionales de diferentes ámbitos ayuda a captar el contexto desde puntos de vista heterogéneos. Podría haber sesgos de selección, porque quienes aceptaron podrían considerarse de perfil «innovador». La escala Likert de 3 puntos puede ser un método con poco recorrido para calificar la efectividad de diferentes políticas públicas.

Este trabajo pretende hacer partícipe e incorporar la opinión de profesionales en el desarrollo de una herramienta académica informada con el *input* de sus usuarios finales.

#### Editor responsable del artículo

Miguel Ángel Negrín Hernández.

#### Declaración de transparencia

La autora principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

#### ¿Qué se sabe sobre el tema?

En España, el consumo de tabaco es superior a la media de la Unión Europea. Los decisores en control del tabaco necesitan justificar la asignación de recursos a intervenciones efectivas, maximizando el retorno de la inversión. El proyecto EQUIPT busca adaptar una herramienta de retorno de la inversión del Reino Unido a cuatro países, contando con la opinión de expertos.

#### ¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Se han recogido las ideas de los participantes sobre la Herramienta EQUIPT en España. Su implementación puede aportar valor añadido a la información en la toma de decisiones, ayudar a implementar políticas efectivas y transferir recomendaciones entre países, así como promover el concepto de retorno de la inversión. Este trabajo muestra un ejemplo de cooperación entre los distintos agentes sociales en salud pública.

#### Contribuciones de autoría

Todos los/las autores/as concibieron y consensuaron el diseño del estudio. C. Muñoz realizó la recogida, el análisis y la interpretación de los datos. C. Muñoz, M. Trapero-Bertran y A. López-Nicolás escribieron el artículo. K.L. Cheung, S. Evers, M. Hilgsmann y H. de Vries contribuyeron al diseño del cuestionario y la guía de discusión. Todos/as los/las autores/as llevaron a cabo una revisión crítica con importantes contribuciones y acordaron la aprobación de la versión final para su publicación. C. Muñoz se hace responsable y garante de que todos los aspectos que integran el manuscrito han sido revisados y discutidos entre los autores con la finalidad de que sean expuestos con la máxima precisión e integridad.

#### Financiación

Este estudio se engloba dentro del Proyecto Europeo EQUIPT (<http://equipt.eu>), que está coordinado por el Grupo de Investigación en Economía de la Salud (HERG) en Brunel University London, junto con otras 10 entidades colaboradoras de varios países de la Unión Europea. La investigación ha recibido financiación por parte de la Comisión Europea dentro del Séptimo Programa Marco de Investigación y Desarrollo Tecnológico (7PM) bajo el acuerdo de subvención No. 602270 (EQUIPT). Se ha obtenido financiación adicional proporcionada por el UK Medical Research Council (MRC) con el propósito de conocer la implicación de los participantes en el proyecto EQUIPT (SEE-Impact).

#### Conflicto de intereses

Ninguno.

#### Bibliografía

- Gutiérrez-Abejón E, Rejas-Gutiérrez J, Criado-Espejel P, et al. Impacto del consumo de tabaco sobre la mortalidad en España en el año 2012. *Med Clin (Barc)*. 2015. pii: S0025-7753(15)00250-X. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2015.03.013>. [Epub ahead of print].
- Joossens L, Raw M. *The Tobacco Control Scale 2013 in Europe*. Brussels. 2013.
- Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. *Boletín Oficial del Estado Núm. 318, Sec. 109188-94*.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud de España 2003, 2011-12.
- European Commission. Special Eurobarometer 429. Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. Brussels: European Commission; 2015.
- Consumer price levels in 2014. Comparative price levels of consumer goods and services. European Commission. (Consultado el 6/10/2015.) Disponible en: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Comparative\\_price\\_levels\\_of\\_consumer\\_goods\\_and\\_services](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Comparative_price_levels_of_consumer_goods_and_services)
- European Commission. Tobacco or health in the European Union: past, present and future. The ASPECT Consortium. Luxembourg: Directorate-General for Health and Consumer Protection. European Commission; 2004.
- Pokhrel S, Evers S, Leidl R, et al. EQUIPT: protocol of a comparative effectiveness research study evaluating cross-context transferability of economic evidence on tobacco control. *BMJ Open*. 2014;4:e006945.
- Trompette J, Kivits J, Minary L, et al. Stakeholders' perceptions of transferability criteria for health promotion interventions: a case study. *BMC Public Health*. 2014;14:1134.
- Cavazza M, Jommi C. Stakeholders involvement by HTA organisations: why is so different. *Health Policy*. 2012;105:236-45.
- Trapero-Bertran M, Pokhrel S, Trueman P. An economic model of tobacco control version 1. Tobacco Free Futures, FRESH Smokefree North East & Smokefree South West. Health Economics Research Group. London: Brunel University; 2011.
- Segaar D, Bolman C, Willemsen MC, et al. Determinants of adoption of cognitive behavioral interventions in a hospital setting: example of a minimal-contact smoking cessation intervention for cardiology wards. *Patient Educ Coun*. 2006;61:262-71.

13. Berndt NC, Bolman C, de Vries H, et al. Smoking cessation treatment practices: recommendations for improved adoption on cardiology wards. *J Cardiovasc Nurs.* 2013;26:35–47.
14. Goeree R, Burke N, O'Reilly D, et al. Transferability of economic evaluations: approaches and factors to consider when using results from one geographic area for another. *Curr Med Res Opin.* 2007;23:671–82.
15. Kalo Z, Landa K, Dolezal T, et al. Transferability of National Institute for Health and Clinical Excellence recommendations for pharmaceutical therapies in oncology to Central-Eastern European countries. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2012;21:442–9.