

**Revista del Instituto Nacional de
Enfermedades Respiratorias**

Volumen **16**
Volume

Número **2**
Number




Abril-Junio **2003**
April-June

Artículo:




**Modelo para la prestación de servicios
en materia de tabaquismo en México**

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)

Modelo para la prestación de servicios en materia de tabaquismo en México

Horacio Rubio Monteverde*
Raúl H. Sansores†
Ma. Teresa Oviedo Gómez§
Marlene Espinosa Martínez||
Agustín Vélez Barajas¶
José Manuel Castrejón Vacío**

Palabras clave: Tabaquismo, modelos de atención, clínicas de tabaquismo.

Key words: Tobacco smoking, model for smoking cessation, smoking cessation programs.

RESUMEN

El tabaquismo en un problema de salud porque genera un número importante de enfermedades y muertes. En México, la prestación de servicios de salud orientados hacia la prevención y tratamiento del tabaquismo, es una labor que requiere de la coordinación y vinculación de acciones y recursos de las instituciones que lo conforman. Con el objeto de que los servicios de atención en materia de tabaquismo del Programa Nacional de Sa-

lud, esté al alcance de todos los individuos, familias y comunidades con base en criterios de calidad y calidez y logrando costos que sean accesibles para toda la población, en el presente trabajo proponemos un Modelo de Atención en el que se requiere de la coordinación institucional, interinstitucional e intersectorial para la incorporación de métodos y técnicas apropiadas para cada uno de los tres niveles de atención en el que está organizado el Sistema Nacional de Salud. La ventaja de este modelo es que se podrían beneficiar de estos servicios, tanto la población abierta como los derechohabientes.

ABSTRACT

Tobacco smoking is a Public Health problem and an important cause of mortality and morbidity. In Mexico, the health institutions which offer prevention and treatment of tobacco smoking require close coordination and linking of their actions and resources. With the aim of making the health services regarding smoking cessation programs available to all individuals, families and the community, we propose a model for treatment of tobacco smoking. This model suggests three different levels to approach smokers to quit smoking. The advantage of this model is that both smokers with and without government medical insurance could obtain specialized attention.

* Vocal Ejecutivo del Programa de Tabaquismo del CONADIC.

† Jefe del Departamento de Investigación en Tabaquismo del INER.

§ Coordinadora de Desarrollo Área Técnico, Dirección General de Coordinación y Desarrollo Contra las Adicciones del CONADIC.

|| Coordinadora de la Clínica para Dejar de Fumar del INER.

¶ Director General Técnico en Adicciones y Salud Mental del CONADIC.

** Secretario Técnico del CONADIC.

Correspondencia:

Dr. Horacio Rubio Monteverde

Consejo Nacional Contra las Adicciones.

Puente de Piedra No. 150, Despacho 123, Torre A.

Trabajo recibido: 24-IV-2003; Aceptado: 19-VI-2003

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo es un problema de salud porque genera un número importante de enfermedades y muertes¹. Estas enfermedades podrían evitarse si los fumadores nunca hubieran empezado a fumar, o podrían aplazarse si los fumadores dejaran de fumar². En México, se ha estimado que el 27.7% de la población que tiene entre 12 y 65 años de edad fuma³. Este creciente número de fumadores explica que, más de 40,000 de ellos mueran anualmente por alguna enfermedad asociada al consumo de tabaco⁴.

El tabaquismo es una enfermedad adictiva y condiciona dos tipos de dependencia. Una es física y está estrechamente vinculada a la liberación de neurotransmisores como la dopamina que ocurre en forma secundaria al estímulo que produce la nicotina⁵. La otra es psicológica y está relacionada a las vivencias con las que el fumador asocia las sensaciones de placer que provoca en la zona dopaminérgica del sistema mesolímbico cerebral^{6,7}.

Más del 70% de los fumadores quiere dejar de fumar⁸. La mayoría de ellos lo ha intentado en más de una ocasión, pero han fracasado⁹. Otro porcentaje importante, aunque desea dejar de fumar, no sabe en dónde encontrar ayuda para conseguirlo exitosamente. En un trabajo realizado en México¹⁰, se encontró que existe una mayor probabilidad de intentar dejar de fumar en la medida en que es mayor el conocimiento de la existencia de clínicas de ayuda.

Por lo tanto, para reducir y eventualmente eliminar el tabaquismo de México, se requiere por un lado impedir la iniciación entre los jóvenes y por otro lado, coadyuvar para que los actuales fumadores dejen de fumar. Probablemente este último sea más importante si se considera que cada fumador actúa, incluso sin que él mismo lo perciba, como un modelo al que eventualmente los adolescentes imitarán. Así, se requiere de un programa nacional que le facilite a los fumadores su relación con clínicas especializadas en proporcionar ayuda para dejar de fumar.

La prestación de servicios de salud orientados hacia la prevención y el tratamiento del tabaquismo en México, es una labor que requiere de la coordinación, la concertación y la vinculación de acciones y recursos de las instituciones que conforman el sector salud en México. En el marco del *Programa Nacional de Salud 2001-2006* se ha considerado este aspecto, pero se requiere llevarlo a los hechos. Para ello, se requiere incorporar en forma eficiente y responsable a diversos sectores de la administración pública, como el educativo, el de desarrollo social, el económico, el de protección del medio ambiente y el agrícola, entre otros, de los cuales también depende la dinámica del consumo de tabaco en el país.

Acorde con las diversas estrategias para la atención de los problemas emergentes de salud plasmadas en el Programa Nacional de Salud, se pretende lograr que los servicios de atención en materia de tabaquismo estén al alcance de todos los individuos, familias y comunidades con base en criterios de calidad y calidez, y logrando costos que sean accesibles para toda la población.

Para ello, se hace necesario proponer un modelo de atención que permita determinar prioridades en esta materia. Este modelo debe considerar la magnitud del tabaquismo en el ámbito nacional, la legislación vigente, y la disponibilidad de recursos humanos, materiales y financieros existentes en las diferentes instancias e instituciones que conforman el sector salud.

En este trabajo, se presenta un modelo para la prestación de servicios en materia de tabaquismo. Este modelo propone un sistema de atención tal, que se requiere la coordinación institucional, interinstitucional e intersectorial. Sólo de esta forma se podrán incorporar métodos y técnicas apropiadas para cada uno de los tres niveles de atención en los que está organizado el Sistema Nacional de Salud. Asimismo, el modelo propone involucrar tanto a las instituciones del sector público como las del privado.

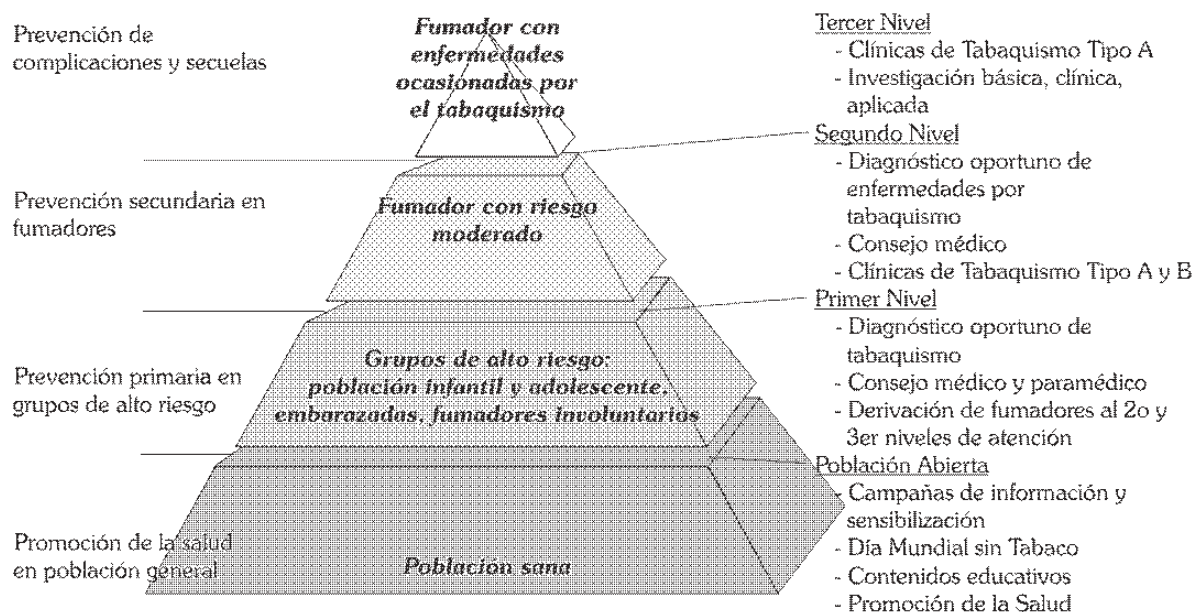
Como parte del Programa Nacional de Lucha contra el Tabaquismo, este modelo puede ser un instrumento orientador para la organización de estos servicios, que pueden ser destinados tanto a población abierta, como a los derechohabientes de las instituciones de seguridad social a nivel nacional. Además, propone las acciones que se deberán desarrollar en cada nivel de atención acorde con diferentes grados de complejidad, y con recursos que permitan contribuir realmente al mejoramiento del nivel de salud de los individuos y las familias afectadas por este problema de salud.

Este modelo mostrará la posible organización de los servicios en los tres niveles de atención, de forma tal que se puedan desarrollar acciones de prevención hasta terapias especializadas en clínicas. Además, se hace ver la necesidad de la atención a los pacientes fumadores en quienes se hayan desarrollado daños a la salud asociados con el consumo de tabaco.

En consecuencia, de acuerdo a este *Modelo* todo centro de atención tendrá que atender al menos los siguientes aspectos básicos: 1) promoción de la salud en población abierta y derechohabiente, y 2) prevención primaria en grupos de alto riesgo. El segundo y tercer nivel de atención deberán asegurar tanto la prevención primaria, como la prevención secundaria en usuarios de tabaco con daños moderados en su salud, así como la atención especializada de acuerdo con modelos certificados de tratamiento y rehabilitación en tabaquismo (Figura 1).

En este sentido, el papel de los médicos es fundamental y crítico. De aquí se desprende la necesidad de un programa de educación y capacitación para el tratamiento del tabaquismo. Este programa, que deberá comenzar desde las facultades y escuelas de medicina, también tendrá que involucrar a los actuales médicos generales de todo el país.

La base piramidal del *Modelo* obedece a la necesidad de realizar acciones de información y sensibilización tanto en población abierta como entre grupos específicos de población, ampliando en esa forma los alcances y características de los servicios del primer y segundo niveles de

EstrategiasServicios por Niveles de Atención

Fuente: Rubio, Oviedo, Castrejón, Vélez, Sansores, 2001.

Figura 1. Modelo para la prestación de servicios en materia de tabaquismo en México.

atención en la tarea de atenuar o disminuir las condiciones de riesgo para el inicio en el consumo del tabaco. Consecuentemente, los servicios del segundo y tercer niveles estarán en condiciones de ofrecer a sectores más reducidos de la población un servicio eficiente y de calidad para el tratamiento y la rehabilitación de fumadores. A este servicio organizado le hemos denominado *Clínicas de Ayuda para Dejar de Fumar*. Su propósito fundamental es apoyar a todos los individuos interesados en dejar de fumar y disminuir los daños en su salud ocasionados por el tabaquismo.

La prevención y el tratamiento del tabaquismo deben considerar, cuando menos, los siguientes contenidos: 1) hacer énfasis en los grupos de mayor riesgo, 2) *ampliar la capacidad y la calidad de respuesta de los servicios de salud*, 3) *fomentar una cultura de protección a la salud*, 4) *promover estilos de vida saludables* y 5) *fortalecer la coordinación intersectorial e interinstitucional en los estados*.

OPERACIÓN DEL MODELO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN MATERIA DE TABAQUISMO

Actualmente, existen diversas instituciones del sector público que desarrollan programas para la prevención de las adicciones, incluido el tabaquismo. Entre ellos destacan el Programa Para *Vivir sin Drogas* de los Centros de Integración Juvenil (CIJ), el Programa de Fomento de la Salud del

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Programa *Causa Joven* del Instituto Mexicano de la Juventud, el Programa de Prevención de Adicciones del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y el programa *Entre Colillas* del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), entre otros. El modelo para la prestación de servicios en materia de tabaquismo, deberá servir para enfatizar la necesidad de mantener la coordinación y mejorar la concertación interinstitucional, a fin de optimizar la utilización de los recursos asignados a cubrir las tareas de prevención y tratamiento en todo el país. Asimismo, vigilar el cumplimiento de las disposiciones para impulsar, promover y difundir las reformas y disposiciones para proteger a los no fumadores, para restringir el consumo del tabaco en lugares públicos y para prohibir su consumo al interior de las dependencias gubernamentales.

El Sistema Nacional de Salud, se integra con las acciones que desarrollan las instituciones prestadoras de servicios de salud más importantes del país (Secretaría de Salud: SSA, IMSS e ISSSTE). Este modelo asume que la gama de servicios que comprende desde la existencia de unidades de primer nivel, conocidas como *Centros de Salud* y que cuentan con uno o más núcleos básicos (en los que al menos labora un médico y una enfermera), hasta las unidades hospitalarias de segundo nivel (con servicios de medicina general, gineco-obstetricia, pediatría, anestesiología) y hospitales de tercer nivel (con especia-

Tabla I. Responsabilidades de una Clínica de Ayuda para Dejar de Fumar.

Responsabilidad	Niveles de Atención		
	Primero	Segundo	Tercero
Asistencia	XXXX	XXX	X
Docencia			
• Médico	XXXX	XXX	X
• Paramédico			
Investigación	XX	XX	XXXX
Capacitación			
• Médico	X	X	XXXX
• Paramédico			

listas tales como el neumólogo, el psiquiatra, el cardiólogo, etcétera). En el modelo que este trabajo presenta, se describirán las responsabilidades de los integrantes de cada uno de esos niveles de atención.

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

La organización de los servicios de salud en el primer nivel de atención, permite la aplicación de estrategias para la prevención primaria del tabaquismo y la promoción de la salud. Para ello, establece contacto directo con la comunidad y con los grupos de alto riesgo en particular. La población en general se encuentra expuesta a diversos factores de riesgo para iniciarse en el consumo del tabaco, por lo que es indispensable promover desde el primer nivel de atención, medidas preventivas. Existen grupos vulnerables o de alto riesgo, cuya probabilidad para consumir tabaco o desarrollar enfermedades asociadas al tabaco es mayor. Hacia ellos, se hace necesario dirigir acciones más específicas, utilizando una vez más el primer nivel de atención.

En cada entidad federativa deberá identificarse la distribución de los grupos de mayor riesgo así como los niveles de marginalidad. De esta forma, se optimizarán las tareas de prevención y control que procedan y podremos aspirar a organizar una red específica de servicios en materia de tabaquismo a nivel estatal y nacional.

Las acciones desarrolladas desde el primer nivel de atención en la comunidad, incluyen las campañas de información y sensibilización. En este nivel, los servicios que se pueden otorgar tanto a los usuarios como a los individuos y grupos de alto riesgo incluyen la orientación, la detección y el reporte de casos nuevos, las intervenciones breves, el consejo médico y la canalización hacia el 2º y 3er niveles de atención, en caso de ser necesario. Además, pueden aplicarse acciones específicas como son la elaboración de contenidos educativos en materia de tabaquismo, validación de guías de intervención y preparación de manuales de atención. La investigación epidemiológica, la capacitación permanente del personal de salud y la formación de recursos humanos especializados constituyen ac-

ciones de apoyo para reforzar la calidad de la atención en este primer nivel.

Este proceso de capacitación continua está planteado para cada nivel de atención en la Tabla I. En esta tabla se reconocen responsabilidades de capacitación diferentes para cada nivel de atención. Así, en el primer nivel de atención la capacitación será responsabilidad de los médicos generales o enfermeras de ese centro en particular, y deberá ser dirigida a las promotoras de salud de cada comunidad así como a maestros o personal interesado. Todos los niveles tienen las mismas responsabilidades, aunque las acciones a desarrollar presentan algunas diferencias cualitativas más que cuantitativas.

Vale la pena hacer un ejercicio de nomenclatura para el seguimiento de este modelo. Todos los centros médicos en donde se brinde tratamiento o donde se ejerzan acciones preventivas o cualquier tipo de información con respecto a tabaquismo las denominaremos *Clínicas de Ayuda para Dejar de Fumar*. Éstas a su vez, se distinguirán entre sí por el nivel de atención en donde estén ubicadas.

Es importante resaltar que el papel que tanto el médico, como los demás miembros del equipo de salud, puedan desempeñar ante sus pacientes en el esfuerzo conjunto para dejar de fumar es trascendental. El ejemplo que ellos puedan mostrar, constituye una amplia base ética desde la cual tanto el paciente como sus familiares, podrán sentirse sumamente respaldados y motivados en el intento por abandonar esta adicción. En este sentido, resulta impostergable la necesidad de que el personal a cargo de una *Clínica*, no fume.

Finalmente, en este modelo de atención, cada nivel es un concepto funcional no estructural ni económico. Es decir, se aspira a que, por ejemplo, todos los consultorios médicos del país sean, potencialmente, *Clínicas de Ayuda para Dejar de Fumar* correspondientes al 1er nivel de atención. Este concepto no distingue consultorios de médicos que ejercen en forma privada o dentro del sector público. Sin embargo, se hace hincapié en que tanto los médicos del sector público como los del privado se capaciten en el área del tabaquismo. Pueden obtener una certificación tomando cursos de capacitación y actualización en materia de tabaquismo impartidos por los especialistas que se desempeñan en hospitales del 3er nivel.

CONSEJO MÉDICO

Las funciones terapéuticas que le corresponden al médico dentro del primer nivel de atención son críticas. Se resumen en el consejo médico. El consejo médico ejerce un enorme poder. Diversos estudios indican que si los médicos y otros profesionales de la salud ayudarán a sus pacientes a dejar de fumar, su influencia sería decisiva para reducir el tabaquismo en una comunidad¹¹⁻¹³. Los profesionales de la salud, principalmente los del primer nivel de atención, deben ser los responsables de las acciones contra el tabaquismo al alertar a la población sobre los daños a la salud asociados al consumo del taba-

co para que no comience a fumar. El consejo médico puede representar un cambio dentro del núcleo familiar. Existe un algoritmo fácil de recordar conocido como las Aes¹². Lo hemos resumido en el libro de Tapia Conyer y colaboradores¹⁴ y adaptamos una sección importante que puede ser de gran utilidad. La propuesta es que cada vez que un médico en el primer nivel de atención se ponga en contacto con un paciente, ya sea fumador o no, aplique la regla de las Aes. Es decir que *Averigüe, Aconseje, Apoye y Arregle*.

Averigüe. Investigue la existencia de posibles fumadores entre los miembros de la familia como tíos, primos, abuelos o incluso los que eventualmente puedan trabajar en la casa y fuman en la presencia del niño. Debe recordarse que no es buena idea que haya fumadores cerca de un niño. Hacer este llamado de atención permite que el niño lo escuche y, eventualmente ese niño se convierte en un aliado del médico dentro de la casa. **No** hacerlo, significa minimizar o restarle importancia al hecho o a la posibilidad de que haya fumadores dentro de la casa. El comentario es conocido: "el doctor nunca nos ha preguntado o aconsejado que no haya fumadores dentro de la casa..." La opinión del médico es trascendental.

Aconseje. A todos los fumadores se les debe recomendar que no fumen. Debe insistirse en los ejemplos de los daños a la salud para ellos mismos, pero sobre todo en el potencial daño para sus hijos. Pocos fumadores se resisten a la posibilidad de afectar a sus hijos por fumar.

Asista. Es decir, ayudar a que deje de fumar. Si quiere dejar de fumar en ese momento, el médico general debe estar preparado para dar un apoyo.

Apóyelos. El consejo podría ser insuficiente si no les ofrece asistencia o ayuda. Esto lo puede hacer ofreciendo folletos para que se informen, o bien, proporcionándole direcciones de centros donde puede recibir ayuda formal para prevenir el tabaquismo.

Arregle una visita de seguimiento. Esto puede tener como objetivo investigar si el ambiente del niño ya está libre del humo del cigarro, para determinar junto con los padres una cita para dejar de fumar, o bien, para brindar más información al respecto del tabaquismo.

Tabla II. Recursos humanos indispensables en una Clínica de Ayuda para Dejar de Fumar.

Especialidad	Niveles de atención		
	Primero	Segundo	Tercero
Médico general	1	1	(—)
Médico especialista	(—)	1	1
Enfermera	1	1	(—)
Psicólogo	(—)	1	1
Trabajador social	(—)	1	1
Comunicólogos	(—)	(—)	1
Otros especialistas médicos	(—)	(—)	1
Otros especialistas no médicos	(—)	(—)	1

SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

En lo que se refiere a las intervenciones farmacológicas y conductuales para el tratamiento del tabaquismo, la aplicación del modelo en el 2° y 3er niveles de atención asume la existencia de unidades hospitalarias con capacidad para ofrecer servicios de prevención secundaria y terciaria. Asimismo, estos centros tienen la capacidad de ofrecer tratamiento y rehabilitación, a través de consulta externa y/o de hospitalización.

En el caso del tabaquismo, a partir del segundo nivel se vuelven sistemáticas las acciones de prevención secundaria por medio del consejo médico y, la invitación para asistir a algunas de las *Clínicas de Ayuda para Dejar de Fumar*, de 3er nivel.

Esta estrategia está dirigida a prevenir la aparición de daños severos en la salud del fumador, y sólo en aquellos casos en los que la dependencia hacia la nicotina requiriera atención especializada, se recurriría a la derivación hacia las instituciones de 3er nivel.

La necesidad de establecer un mayor número de *Clínicas de Ayuda para Dejar de Fumar* en las unidades del 2° nivel de atención, representa a la vez un compromiso para satisfacer la demanda emergente de este servicio en la población. En este sentido, se debe precisar que dependiendo de los recursos humanos y materiales con los que se cuente, debe intentarse establecer un servicio de diferente complejidad, apoyado con el empleo de métodos farmacológicos como las terapias de reemplazo de la nicotina (TRN) y la aplicación de métodos psicológicos, como es el programa cognitivo conductual.

En cualquier caso, es esencial que el médico general insista en cada una de las consultas hasta que el paciente acepte dejar de fumar, aun cuando el enfermo haya acudido a consulta por otro tipo de patología. La cesación de fumar constituye un proceso dinámico que atraviesa por diversas etapas, que el médico y el terapeuta deben identificar en cada paciente, para apoyarlo de manera adecuada y reducir la probabilidad de fracasar o recaer en su intento por abandonar la dependencia al cigarro.

La *Clínica de Ayuda para Dejar de Fumar* constituye el concepto básico del servicio que se debe instituir en cada unidad del segundo y tercer niveles de atención, para lograr cubrir tanto el objetivo de cubrir la demanda de atención, como la de ampliar la cobertura del servicio para beneficiar a sectores cada vez más amplios de la población. La *Clínica* puede constituirse contando con recursos mínimos indispensables, debidamente capacitados, y deberá asumir responsabilidades que permitan ir renovando los conocimientos del personal de equipo de salud, así como el desarrollo de proyectos de investigación que contribuyan a aportar nuevos datos para el abordaje eficiente del problema. En la Tabla II resumimos los recursos humanos mínimos indispensables de las *Clínicas* por niveles.

Cabe destacar que el recurso humano indispensable en los tres niveles de atención es el médico, sea general o especialista. Sus funciones se resumen en la Tabla III, y los

Tabla III. Funciones del médico en una Clínica de Ayuda para Dejar de Fumar.

- “Consejo médico” para dejar de fumar
- Elaborar folletos informativos sobre los daños a la salud ocasionados por el tabaco
- Impartir sesiones de sensibilización a los usuarios de su Centro de Salud, estimulándolos para asistir a la Clínica para brindar información y apoyo si fuera necesario
- Impartir sesiones de información y sensibilización fuera de su Centro de Salud, especialmente en las escuelas primarias y secundarias de su área de influencia
- Impartir sesiones de información y sensibilización a los padres de familia de esas escuelas
- Brindar orientación especializada sobre las características de la terapia de reemplazo de nicotina a todos aquellos que soliciten la información
- Dar seguimiento a todos los fumadores que han intentado dejar de fumar
- Diseñar un programa promocional sobre la existencia de su Clínica
- Diseñar un programa de intercomunicación con los miembros de las Clínicas de 2ª y 3er nivel para establecer tratamientos eficientes e individualizados para casos-problema

conocimientos mínimos que debe tener para aplicar en forma óptima los recursos de una *Clínica de Ayuda para Dejar de Fumar*, aparecen en la Tabla IV.

En el primer nivel de atención, la función más importante de la *Clínica* es la que se conoce como “Consejo breve”, que consiste en un procedimiento relativamente sencillo que consume cinco minutos, y cuyo impacto puede llegar a ser enorme. Sin embargo, la mayor parte de los médicos no abordan el tema del tabaquismo en una consulta regular o rutinaria, en la que en forma aparente el tabaquismo no está asociado al motivo de la consulta.

Se sabe que solamente un 50% de los médicos investiga el consumo de tabaco en el paciente o en algún familiar durante la consulta general. Por lo tanto, al no enterarse de la historia de tabaquismo personal y/o familiar será imposible proporcionarle algún tipo de ayuda médica.

En México, el antecedente de tabaquismo está considerado dentro de los antecedentes patológicos del expediente clínico, es decir que, por el sólo hecho de ser fumador, el individuo ya se considera portador de una enfermedad, lo que implica que debe ser atendido. Hay quienes sugieren que debe considerarse como un nuevo signo vital. De esta forma, al mismo tiempo que se determina la presión arterial, el pulso y la temperatura corporal de una persona, se deberá determinar el antecedente actual o pasado de tabaquismo. Así, el médico no se olvi-

Tabla IV. Conocimientos indispensables de los integrantes de una Clínica de Ayuda para Dejar de Fumar.

1. Conocimiento amplio sobre:
 - Epidemiología nacional y mundial del tabaquismo
 - Daños a la salud ocasionados por el tabaquismo
 - Mecanismos de daño pulmonar, cardiovascular y a nivel celular del tabaquismo
 - Terapias de reemplazo y cómo utilizarlas
 - Otras alternativas farmacológicas como auxiliares para dejar de fumar
2. Sentido para identificar a los fumadores de alto riesgo
3. Un deseo genuino para trabajar en el área

dará de abordar al paciente con un consejo para que deje de fumar.

Las demás actividades dentro del primer nivel son también muy importantes. Diseñar y elaborar folletos para informar sobre los daños a la salud, impartir sesiones de información, etcétera, todo ello incrementará el número de personas que acuden a solicitar espontáneamente la ayuda necesaria para dejar de fumar. Para que estas actividades puedan llevarse a cabo en forma extensa, se requieren una serie de condiciones que se resumen en la Tabla IV.

La presencia del psicólogo (a) y del trabajador social se observa a partir del 2º nivel de atención, en tanto que un mayor número de especialistas puede agregarse en el tercer nivel de atención. Las características del psicólogo se resumen en la Tabla V.

En la Tabla VI y Figura 2 se resumen las principales funciones que se deben llevar a cabo tanto en las *Clínicas* que

Tabla V. Características del psicólogo en el 2º nivel de las Clínicas de Ayuda para Dejar de Fumar.

1. Formación en el área clínica
2. Conocimientos sobre:
 - Epidemiología nacional y mundial del tabaquismo
 - Daños a la salud relacionados con el consumo de tabaco
3. Conocimientos y experiencia sobre:
 - Terapia grupal
 - Terapia cognitivo conductual
 - Uso de terapias de reemplazo de nicotina
 - Uso de terapias farmacológicas y antidepresivos
4. Conocimientos y experiencia en el uso de terapia de reemplazo de nicotina
5. Conocimientos y experiencia en el uso de terapia farmacológica y antidepresivos

Tabla VI. Funciones en el 2° nivel de una Clínica de Ayuda para Dejar de Fumar.

- Determinar la prevalencia anual de enfermos que al momento de ser hospitalizados son fumadores
- Proponer y dar apoyo farmacológico y psicológico a todos los enfermos hospitalizados que sean fumadores
- Determinar la prevalencia anual de fumadores que acuden a consulta externa de las diferentes especialidades
- Impartir sesiones de información para promover la existencia de la Clínica dentro de su hospital
- Proponer y sugerir apoyo farmacológico a todos los pacientes fumadores que acuden a la consulta externa y que no se han hospitalizado
- Realizar promoción extramuros para dar a conocer los servicios de la Clínica de Ayuda para Dejar de Fumar entre los residentes de la comunidad

hemos denominado Tipo A como en las de Tipo B. A las primeras corresponden los hospitales generales, que solamente cuentan con servicios básicos de hospitalización para todas las ramas de Medicina Interna, Cirugía, Pediatría y Ginecoobstetricia. A las de Tipo B corresponden los hospitales generales que cuentan con más servicios y recursos,

pero no están catalogados como centros de tercer nivel. En México, el Hospital Juárez y el Hospital General de México, ambos situados en la Ciudad de México, son los mejores ejemplos de este tipo. En ambas *Clínicas*, las funciones de sus médicos deben ser las de consejo médico, deben y pueden ofrecer prescripción de medicamentos como auxiliares para dejar de fumar y, eventualmente, si los fumadores son muy adictos, deben ser referidos a las clínicas especializadas que deben existir en los centros de 2° nivel Tipo B, o bien, a los centros del 3er nivel.

Las funciones que se describen para el segundo nivel de atención en la Figura 3 son críticas. Son las mismas que se deben realizar también en los centros denominados como de tercer nivel. Son fundamentalmente tres tipos de actividades: 1) *determinar la historia de tabaquismo*, 2) *evaluar el riesgo para desarrollar enfermedades asociadas al consumo de tabaco* y 3) *evaluación de los daños a la salud*. No todas las actividades se pueden desarrollar en todos los centros de segundo nivel. Algunas solamente podrían llevarse a cabo en los centros de cobertura amplia y otras en los de tercer nivel.

TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

Dada la conformación del Sistema Nacional de Salud, y la existencia de un menor número de unidades del tercer nivel de atención, lo conducente sería establecer una clínica

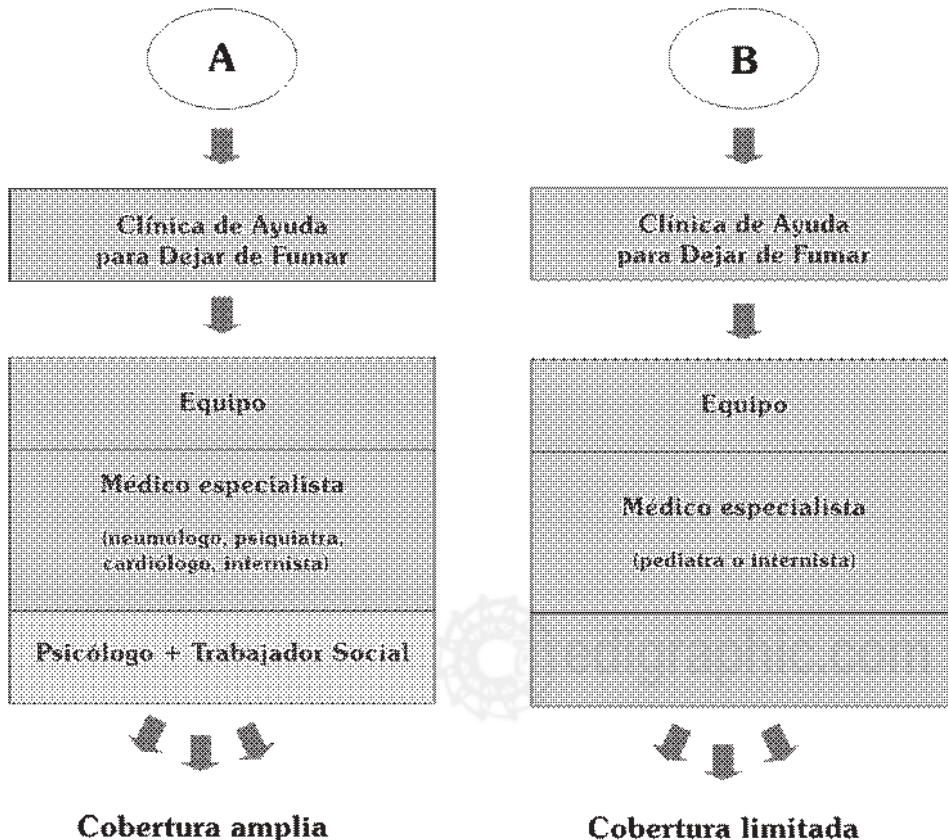


Figura 2. Clínicas tipos A y B en hospitales generales de 2° nivel de atención médica.

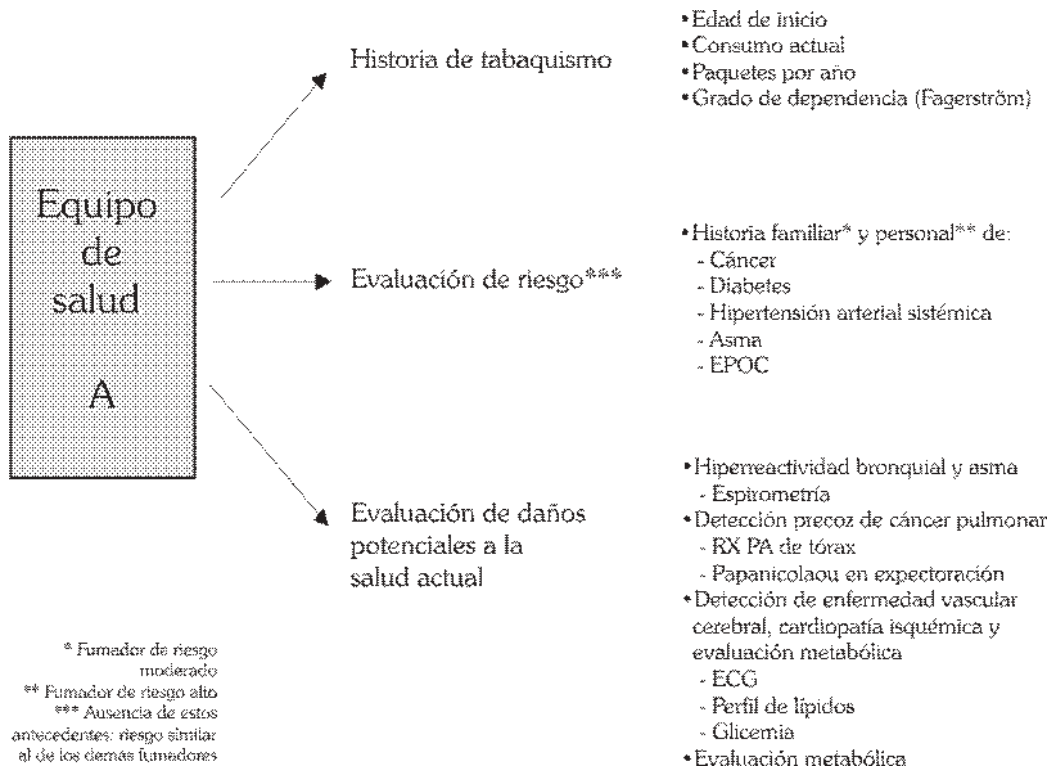


Figura 3. Responsabilidades de las clínicas de 2º nivel de atención.

nica estatal o regional de tabaquismo, ya sea en las unidades del tercer o segundo niveles de atención, para poder garantizar una mayor cobertura y una capacidad resolutoria determinada a nivel estatal.

En México, la *Clínica de Ayuda para Dejar de Fumar* del INER constituye la principal referencia para la cobertura de este servicio en el ámbito estatal, y es una labor que requiere de un esfuerzo extraordinario de coordinación, concertación y vinculación de los recursos existentes y disponibles en las instituciones del sector salud, para poder responder a esta demanda de atención. La certificación de un Modelo para el Tratamiento y la Rehabilitación de Fumadores constituye un paso a seguir para el desarrollo de las *Clínicas* en los estados, lo que a su vez requeriría la formación continua de recursos humanos especializados para hacerse cargo de realizar esta labor.

Para el tercer nivel de atención, una *Clínica* deberá tener como prioridad la investigación en los diferentes tópicos relacionados con el fenómeno del tabaquismo. En segundo término, tendrá como responsabilidades la capacitación del personal especializado que, eventualmente, prestará servicios en los centros de 2º y 3er nivel. Finalmente, las funciones asistenciales, aunque limitada en cuanto a su cobertura, estará dirigida principalmente a los fumadores de alto riesgo por su consumo acelerado y exagerado de tabaco. Las funciones de una *Clínica* en este nivel de atención están resumidas en la Tabla VII.

Asimismo, para este 3er nivel seguiría siendo exclusiva la atención de los daños severos a la salud provocados

Tabla VII. Ejemplo de las funciones en el 3er nivel de atención.

<ul style="list-style-type: none"> • <i>Actividades de Investigación</i> <ul style="list-style-type: none"> Nuevas alternativas terapéuticas Mecanismos de la "recaída" Génesis del proceso adictivo Factores que determinan el inicio del tabaquismo Daños a la salud Todas las posibilidades • <i>Actividades Asistenciales</i> <ul style="list-style-type: none"> Terapia de grupos Terapia individual Consejo breve Nuevos métodos • <i>Actividades de Enseñanza</i> <ul style="list-style-type: none"> Intramuros: residentes, enfermeras, personal de salud Extramuros: médicos especialistas y generales, enfermeras, etcétera • <i>Actividades de Capacitación</i> <ul style="list-style-type: none"> Para crear nuevas Clínicas Para entrenamiento de médicos Para entrenamiento de psicólogos, trabajadores sociales y en general trabajadores de la salud

por el tabaquismo, tales como el cáncer de pulmón, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el enfisema pulmonar, la bronquitis crónica, la enfermedad isquémica del corazón, la enfermedad cerebrovascular, entre otras. La meta sería disminuir la necesidad de utilizar los servicios especializados del tercer nivel en virtud de incrementar el número de fumadores rehabilitados de esta adicción.

COORDINACIÓN INTERSECTORIAL E INTER-INSTITUCIONAL

En algunos estados de la república se cuenta con clínicas de tabaquismo; sin embargo, el modelo pretende multiplicar este servicio en beneficio de los usuarios del tabaco que desean recibir tratamiento y rehabilitación, enfatizando una vez más la necesidad de mantener una estrecha coordinación interinstitucional e intersectorial, a fin de disminuir los costos por la utilización de los recursos destinados actualmente al control de los daños ocasionados por el tabaquismo en todo el país. En las tablas previas se proponen las características que deberán tener las *Clínicas de Ayuda para Dejar de Fumar* de acuerdo con cada nivel de atención. El modelo de organización acorde con las funciones de cada uno de los integrantes del equipo de salud por nivel puede observarse en dichas tablas.

A nivel interinstitucional, se debe estrechar aún más la coordinación que se lleva a cabo entre los Institutos Nacionales de Salud, las diferentes dependencias de la SSA y los Servicios Estatales de Salud, el IMSS, el ISSSTE, el DIF, los CIJ, organismos no gubernamentales e instituciones de asistencia privada.

Para impulsar la labor de investigación, deberá incorporarse la participación de la Universidad Nacional Autónoma de México, a través de sus Facultades de Medicina y Psicología, como el propio Instituto Politécnico Nacional.

Asimismo, es importante destacar el papel de una nueva modalidad de servicios para la prevención y atención del tabaquismo, que se ha ido incorporando a los ya existentes gracias al establecimiento de diversas líneas de orientación telefónica, como son las del mismo Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC), de los CIJ, algunos Servicios Estatales de Salud que ya cuentan con estos servicios y algún organismo privado.

La coordinación intersectorial se establece entre el sector salud y la Secretaría de Educación Pública; la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación; la Secretaría de Economía; la Secretaría de Gobernación; la Secretaría del Medio Ambiente; las Cámaras de Diputados local y federal así como la Cámara de Senadores, entre otras.

Asimismo, el modelo para la prestación de servicios en materia de tabaquismo reconoce la importancia de la organización comunitaria como un recurso estratégico para mejorar las condiciones de salud de las familias y los individuos, por lo que también propone la coordinación permanente entre la comunidad y las instancias municipales y locales de salud para fomentar la *participación*

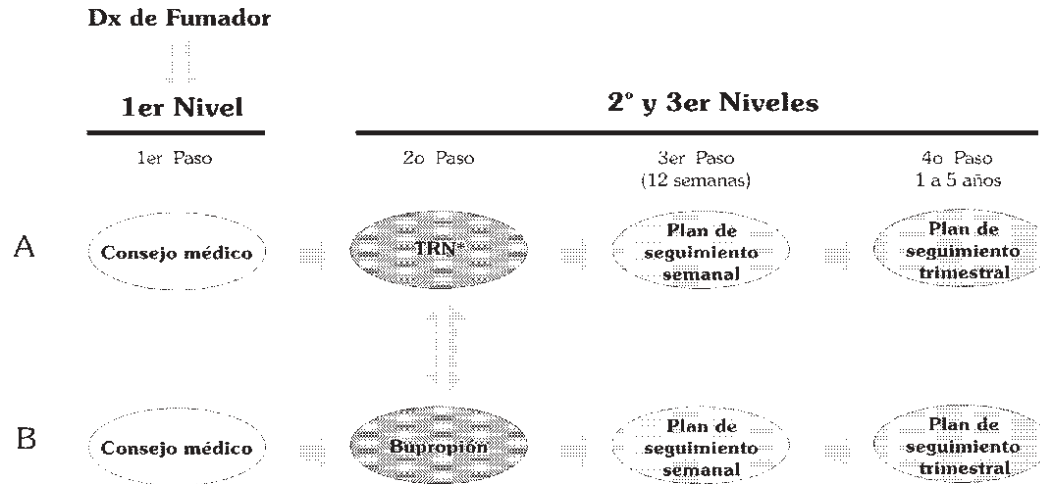
social encaminada hacia la prevención y el tratamiento del tabaquismo.

La conformación de *redes regionales de servicios* para vincular a las comunidades con las unidades básicas de salud y los hospitales, se hace necesaria para lograr una atención integral a la población que sea complementaria y, eficiente en el uso tanto de los recursos humanos como en la capacidad instalada de los servicios de salud. A esta tarea, contribuye el establecimiento de un *sistema de referencia y contrarreferencia* de pacientes entre las unidades operativas de los tres niveles de atención que conforman la red de servicios de salud. La atención oportuna de los pacientes canalizados entre los niveles de atención, y el flujo adecuado en ambos sentidos es el principal objetivo de este sistema que, en ocasiones, deberá ir más allá de los límites regionales para garantizar el acceso a los servicios de atención y tratamiento del tabaquismo en beneficio de los pacientes que sean referidos.

La *vigilancia epidemiológica* del tabaquismo debe ser instituida en todos los niveles de atención, desde los núcleos básicos de salud hasta los grandes hospitales de especialización, a fin de generar en forma continua información oportuna, uniforme, completa y confiable acerca del comportamiento de este fenómeno en el país. A este propósito, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones de la Dirección General de Epidemiología, que actualmente opera en ciudades de alto riesgo, es un instrumento que requiere ser aplicado en todo el territorio nacional apoyándose en los recursos e infraestructura existente en las diversas instituciones del sector salud, para fortalecer la vigilancia epidemiológica de esta enfermedad.

La *instrumentación* de los servicios para la prevención y el control del tabaquismo será viable en la medida que los gobiernos estatales y municipales, los servicios de salud en los estados, las instituciones del sector salud, los organismos no gubernamentales y la propia comunidad participen de manera coordinada en la aplicación del modelo. En este sentido, será necesario desarrollar una primera fase, para *capacitar* al personal del equipo de salud en el empleo de técnicas para la detección oportuna, la canalización, el tratamiento y la rehabilitación en materia de tabaquismo. Una segunda fase consiste en *multiplicar* los recursos humanos especializados e incrementar los recursos materiales necesarios para otorgar estos servicios. La tercera fase implicaría la *operación* propiamente dicha de los mismos, como resultado de un proceso lógico para ampliar la cobertura de estos servicios en la población.

Asimismo, se hace necesario aplicar mecanismos adecuados para sistematizar el registro y el suministro de la *información*, para la *supervisión* y para el *control* de las actividades emprendidas, a través del diseño de formatos y otros instrumentos específicos. La *Evaluación* de los *Resultados*, del *Proceso* y del *Impacto* del Modelo para la Prevención y el Control del Tabaquismo complementarían el esquema, y garantizarían la posibilidad de adecuarlo y ajustarlo de acuerdo con las condiciones reales de su aplicación en nuestro país.



* TRN= Terapia de reemplazo con nicotina.

Figura 4. Flujo-grama de acciones terapéuticas contra el tabaquismo.

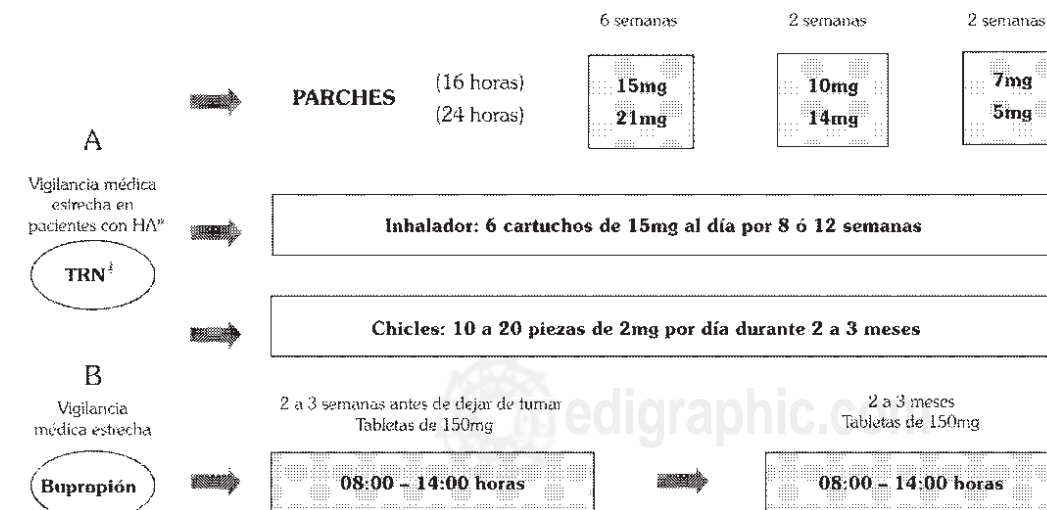
En su carácter de entidad coordinadora a nivel nacional, el CONADIC tendrá el compromiso de establecer los mecanismos de evaluación y seguimiento de la práctica de este Modelo, así como dar a conocer los avances en la dinámica de prestación de servicios en materia de tabaquismo acorde con la política planteada por el Programa contra el Tabaquismo 2001-2006.

RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS

En la Figura 4 se resumen las actividades de las Clínicas para cada nivel de atención. En ella se puede observar que el diagnóstico de fumador es el evento primario para que funcionen cualquiera de los niveles de atención. Es decir, se requiere hacer propositivamente el diagnóstico de fu-

Tabla VIII. Productos auxiliares en el tratamiento para dejar de fumar.

Producto	Presentación	Dosis
Parches Niqúitin	7 parches	4 cajas al mes
Parches Nicorette	7 parches	4 cajas al mes
Bupropión (Wellbutrin)	15 tabletas	2 pastillas por día = 60 al mes
Goma de mascar Nicorette	30 pastillas	10 gomas al día = 300 al mes
Inhalador Nicorette	6 tabletas	2 cartuchos al día = 60 al mes



No usarse en pacientes con antecedentes de ataques epilépticos

* HA= Hipertensión arterial.
‡ TRN = Terapia de reemplazo con nicotina.

Figura 5. Esquemas terapéuticos específicos recomendados en el 2° y 3er niveles de atención.

mador. De otra forma, no hay actividad posible. En esta figura está claramente expresada la propuesta de que en el primer nivel de atención el *Consejo* es la herramienta principal de trabajo y de intervención.

La capacidad de la organización del sistema de salud o de la red de servicios en materia de tabaquismo permitirá un flujo de referencia y contrarreferencia. La Figura 4 señala que si en el primer nivel, el *Consejo* no es suficiente, podría derivarse ese paciente al segundo nivel y de aquí al tercer nivel. La terapia de reemplazo de nicotina se considera un segundo paso. Se asume que el primer paso, es decir, el *Consejo* ya se hizo y no fue suficiente.

Para el mismo segundo nivel la intervención con Bupropión, se considera también un paso posterior. La figura también ilustra que, idealmente, debe haber un seguimiento, a las 12 semanas, al año y a los cinco años. Si este seguimiento trimestral no se realiza, incrementan las probabilidades de recaída. El armamentario farmacológico con el que contamos está resumido en la Tabla VIII. En la Figura 5 se muestra un esquema para el tratamiento con TRN y Bupropión. En México para la TRN contamos cuando menos con parches chicles e inhaladores. La recomendación es iniciar con parches. Existen en el mercado mexicano cuando menos dos tipos. Los que liberan 15mg durante 16 horas y los que liberan 21mg durante 24 horas. Las evidencias señalan que no hay diferencias en cuanto a la probabilidad de éxito entre ellos. Además, en México contamos con chicles de polacrilex con 2mg de nicotina y con cartuchos de nicotina que se administran a través de un inhalador. Este es muy funcional y compensa la necesidad que tienen algunos fumadores de tener en la mano la sensación de un cigarro. Se pueden hacer combinaciones de parches+chicles o parches+inhalador en algunos fumadores que requieren altas dosis de nicotina para aliviar los síntomas de abstinencia. Estas acciones se recomiendan que sean realizadas por el personal de los centros del segundo y tercer nivel. Asimismo, se resumen las dosis de Bupropión y las formas de administrarlo.

REFERENCIAS

1. Crofton J, Simpson D. *Tobacco: A global threat*. The Menace of Tobacco to Health. Hong Kong:2002.
2. World Health Organization. *The World Health Report 1996: Fighting disease, fostering development*. Geneva:1996.
3. Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología. *Encuesta Nacional de las Adicciones (ENA)*. 1998.
4. Kuri-Morales P, Alegre-Díaz J, Mata-Miranda MP, Hernández-Ávila M. *Mortalidad atribuible al tabaquismo en México*. Salud Pública de México Suppl. 2002;4:29-33.
5. Luetje CW, Patrick J, Séguéla P. *Nicotine receptors in the mammalian brain*. FASEB J 1990;4:2753-2760.
6. Fisher EB, Haire-Joshu D, Morgan GD, Rehberg H, Rost K. *Smoking and smoking cessation*. Am Rev Respir Dis 1990;142:702-720.
7. Sansores RH, Espinosa AM. *Programa Cognitivo-conductual de la Clínica para Dejar de Fumar*. México, DF:INER, 1999.
8. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER, et al. *Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline*. Rockville (MD): US. Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2000.
9. *Clinical Practice Guideline: Treating Tobacco Use and Dependence. Assessment of Tobacco Use*. US. Department of Health and Human Services, June, 2000.
10. Sansores RH, Ramírez-Venegas A, Villalba-Caloca J. *Modelos de Tratamiento*. En: *El consumo de tabaco en México y Encuesta Nacional de las Adicciones 1998*. Secretaría de Salud. México, DF, 2000.
11. Cohen S, Stokey G, Katz B, Drook C, Smith A. *Encouraging primary care physicians to help smokers quit*. Ann Intern Med 1989;8:648-652.
12. *The Agency for Health Care Policy and Research Smoking Cessation Clinical Practice Guideline*. JAMA 1996;275:1270-1280.
13. Slama K, Karsenty S, Hirsh A. *Effectiveness of minimal intervention by general practitioners with their smoking patients: a randomized controlled trial in France*. Tob Control 1995;4:162-169.
14. Sansores RH. *Estrategias preventivas para el control del tabaquismo*. En: *Tapia-Conyer R, editor. Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas*. 2a ed. México, DF: Manual Moderno, 2001.

