

**Valor social de los medicamentos para dejar de fumar.  
Opiniones respecto a su financiación**

**Social value of medicines to stop smoking.  
Opinions regarding its financing**

Juan Gil\*, Francesc Abella\*\* y Gerard Pedra\*\*

\*Farmacéutico Comunitario Villa del Prado. Madrid

\*\*Unidad de Tabaquisme. Hospital Universitario de Santa María, Lleida  
Institut de Recerca Biomèdica de Lleida

**Resumen**

Las medidas de la OMS para controlar el tabaquismo han disminuido su prevalencia, pero aumentando las diferencias entre grupos sociales. Facilitar el acceso a los medicamentos, para dejar de fumar, a los desfavorecidos disminuye la prevalencia sin aumentar diferencias. Recientemente se ha aprobado la financiación de vareniclina y bupropion pero esa medida es susceptible de ser eliminada (ya ha ocurrido con otros medicamentos) o ampliada a la TSN y bupropion. OBJETIVO: 1) Conocer el uso del tabaco según el estatus socioeconómico. 2) Conocer la opinión de la población respecto a la financiación según el estatus socioeconómico y uso del tabaco. METODO: Estudio descriptivo poblacional. RESULTADOS: Aumenta el consumo de tabaco al disminuir el estatus. El 64,3% está a favor de la financiación. Exceptuando a los individuos sin estudios, disminuye la opinión favorable al aumentar el nivel académico. Aumenta dicha opinión al aumentar la relación con el tabaco, mínima en los no fumadores (52,6%) y máxima en fumadores diarios (79,8%). DISCUSIÓN: El resultado coincide con otros estudios, pero no con las consideraciones de un informe de 2011 de la Agencia de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias. La no coincidencia pudiera ser una evolución de la opinión de la población, que pasa de acentuar el problema en la responsabilidad del consumidor a considerar una etiología más compleja que no solo depende del individuo. Dado el gran apoyo a la medida, ésta no debería depender, en el futuro, de situaciones políticas o económicas y debería ampliarse a TSN y bupropion.

**Palabras Clave**

Medicamentos para dejar de fumar; financiación; estatus socioeconómico.

— Correspondencia a: \_\_\_\_\_  
Juan Gil Rodríguez  
e-mail: lewes98jg@gmail.com



## Abstract

WHO's measures to control smoking have facilitated the decrease in its prevalence but increasing the differences between social groups. Facilitating the access to medicines, to quit smoking, to the most disadvantaged, decreases the prevalence without increasing the differences between groups. Recently, the financing of varenicline and bupropion has been approved but that measure could be eliminated (it has already happened with other medications) or extended to the TSN and bupropion. **OBJETIVE:** 1) Knowing the use of tobacco according to socioeconomic status, 2) Knowing the opinion of the population regarding the financing according to the socioeconomic status and tobacco use. **METHOD:** Population descriptive study. **RESULTS:** Increases tobacco consumption by decreasing status. 64.3% are in favour of funding. Except for individuals without studies, the favorable opinion of the measure decreases as the academic level increases. This opinion increases as the relationship with tobacco increases, being minimal in non-smokers (52.6%) and maximum in daily smokers (79.8%). **DISCUSSION:** The result coincides with other studies, but not with the considerations of a 2011 report by the Health Technology Assessment Agency. The non-coincidence could be an evolution of the opinion of the population, which goes from accentuating the problem in the responsibility of the consumer to considering a more complex aetiology that not only depends on the individual. Given the great support for the measure, it should not depend on political or economic situations in the future and should be extended to TSN and bupropion.

## Key Words

Tobacco; medications; financing; socioeconomic status.

## INTRODUCCIÓN

Pese a los esfuerzos realizados para controlar el tabaquismo, el problema más que disminuir se ha trasladado de los países más ricos a los menos. Dentro de un mismo país son los ciudadanos menos favorecidos los que más sufren las consecuencias de esta adicción (Esson y Leeder, 2004).

En España entre 1.997 y 2.017 la prevalencia de consumo diario de tabaco ha disminuido 11,1 puntos. En el grupo de mayor capacidad económica la disminución fue de 24,00 puntos mientras que, en los de menor tan solo ha bajado 5,40. Lo mismo sucedió al considerar el nivel educativo. En los más formados la disminución fue de 21,00

puntos y de 1,93 en los menos. Por último, el descenso se mostró casi el doble en los municipios más poblados (15,93 puntos) respecto a los menos (8,80 puntos) (ENSE, 1997-2017). Esta misma situación también se ha producido en otros países de nuestro entorno (Jha et al., 2006) y se considera consecuencia del avance en las etapas de modelo epidemiológico del tabaquismo (López, Collishaw y Piha, 1994).

No solo la prevalencia es mayor en los grupos menos favorecidos, sino que además estos fumadores antes de serlo sufren más el tabaquismo pasivo, empiezan a fumar a edades más tempranas y fuman más cigarrillos al día (Nguyen et al., 2018). Por estas razones es de esperar que el grado de



dependencia aumente (Siahpush, McNeill y Fond, 2006) y el éxito ante un intento de abandono se reduzca (Kotz y West, 2009) al disminuir el estatus socioeconómico.

Las inequidades en salud fueron definidas como diferencias en salud entre distintos grupos de población y que son innecesarias, evitables e injustas (Whitehead, 1991). Estas diferencias son consecuencia de la posición social de los individuos, posición que se determina a partir de categorías como el género, orientación sexual, raza, nivel educativo o económico. Dado que cada sociedad en un momento dado determina, de forma arbitraria e injusta, la importancia de las posibles opciones de cada categoría (y así, por ejemplo, los blancos eran considerados superiores a los negros o los hombres respecto a las mujeres) (Ridgeway y Correl, 2006), podemos concluir que las condiciones de salud que dependen de la posición social son evitables e injustas (Braveman et al., 2011).

La posición social condiciona el grado de exposición a factores de riesgo de enfermedades. Así, cuando el individuo enferma, el acceso a posibles tratamientos dependerá de su situación en la sociedad (Link y Phelan, 1995). Los ciudadanos con estatus socioeconómico bajo tienen dificultades para acceder a los medicamentos para dejar de fumar o para usar estos medicamentos el tiempo suficiente (Hiscock, Judge y Bauld, 2011).

Solo en las enfermedades en las que hay grandes conocimientos respecto a su prevención y tratamiento se da un gradiente social en la prevalencia (Link, 2008) porque el progreso médico (mediante intervenciones de prevención o tratamiento y control de la enfermedad) paradójicamente aumenta las inequidades (Glied y Lleras-Muney, 2008) lo

que fuerza a tener que elegir entre la mejora de la salud del conjunto de la sociedad o la disminución de las inequidades. Las medidas propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para controlar la epidemia tabáquica han conseguido disminuir la prevalencia, pero a costa de aumentar las inequidades (Lund, 2015).

Para mejorar la salud general sin aumentar las desigualdades Phelan propone dos opciones: redistribuir los recursos en la población y/o desarrollar intervenciones que no impliquen el uso de recursos (Phelan, Link y Tehranifar, 2010). Los servicios de atención al tabaquismo no siempre están geográficamente disponibles para todos los individuos y estos dependerán de sus recursos económicos para poder desplazarse a los mismos y de la disponibilidad de tiempo para hacerlo. Dada la importancia del tabaquismo se debería acercar y facilitar la atención al usuario (Pascual, Fontaba, Ponce, Gil y Lloret, 2010). La financiación de los medicamentos sería un ejemplo de la segunda propuesta de Phelan pues se evitaría el uso de recursos económico y la distribución de estos fármacos, en las oficinas de farmacia, facilitaría el acceso a la mayor parte de la población, evitando gastos en desplazamientos y la necesidad de disponer de tiempo libre para acceder a las consultas.

Otros autores también han estudiado el efecto de las intervenciones sanitarias en la equidad y también han propuesto soluciones. Así, según la hipótesis de la equidad inversa los beneficios de las intervenciones enfocadas al conjunto de la población se dan, fundamentalmente, en los individuos con mayor nivel socio-económico (Lee, Huang, Basu y Millet, 2015). Para evitar este efecto las intervenciones deberían combinar accio-



nes enfocadas al conjunto de la sociedad con otras destinadas a los más vulnerables (universalismo proporcional). Un ejemplo sería destinar parte de los beneficios del aumento de los impuestos del tabaco (enfoque global) a la financiación de los medicamentos para que los más desfavorecidos dejen de fumar (enfoque hacia los más vulnerables).

La OMS en 2014, consciente de que las medidas que previamente había propuesto disminuían la prevalencia a costa de aumentar las inequidades, recomendó pautas para evitar esta situación, argumentando que el aumento de los impuestos del tabaco debe hacerse asegurando que la terapia sustitutiva con nicotina (TSN) sea accesible a los grupos con menor estatus socioeconómico y deben eliminarse las barreras financieras incluyendo TSN gratis o subvencionada (OMS, 2014).

La financiación de los medicamentos para ayudar a los más desfavorecidos a dejar de fumar no es una cuestión de solidaridad sino de justicia social y así lo consideró la OMS ya en 2008 (OMS, 2008) e hizo un llamamiento a todos los países para eliminar las inequidades en salud. En noviembre de ese año, el ministerio español de sanidad fijó ese objetivo como prioridad de acción de la 9ª legislatura y durante la presidencia española de la Unión Europea propuso la reducción de las inequidades en salud como una de sus prioridades (Calvete et al., 2010). El tabaco es responsable de más del 50% de las inequidades en salud y supera a la suma total de las restantes causas tales como obesidad, sedentarismo o consumo de otras drogas (Jha et al., 2006).

La financiación de estos medicamentos no solo está justificada por ser la única medida de control del tabaco que no aumenta las

inequidades sino que, además: (a) este tipo de medicamentos son eficaces especialmente si se combinan con tratamientos psicológicos (Milara, Soler, Ferrando, Donat, Pérez y Martínez, 2007) y seguros (Anthenelli et al., 2016; Roig, Pinet, Balbè, Nieva, Mondon, Carcolé et al., 2013), (b) cumplen los requisitos que la legislación española establece para la financiación (RD, 16/2012), (c) los fumadores menos favorecidos son los que menos recursos disponen para acceder a estos medicamentos y, al mismo tiempo, son los que más deberían usarlos dado que son los más dependientes, (d) a largo plazo estos medicamentos suponen un ahorro para el sistema nacional de salud (Cedillo, Sicras, Jiménez-Ruiz, Fernández de Bobadilla y Rejas, 2017).

Se ha abierto un debate sobre la necesidad de la financiación de estos medicamentos (Carrión y Paulos dos Santos, 2017), numerosas sociedades científicas lo han pedido reiteradamente y así, por ejemplo, en junio de 2018 todos los Consejos Profesionales Sanitarios de España, junto con numerosas sociedades científicas, entidades públicas, asociaciones de consumidores, de pacientes y movimientos ciudadanos firmaron La Declaración De Madrid (Declaración de Madrid, 2018). Recientemente ha sido aprobada en España la financiación de vareniclina y bupropion, pero no de TSN, pese a ser la TSN un medicamento esencial según la OMS. Quizá deba ampliarse la financiación a otros medicamentos, teniendo en cuenta que un medicamento esencial es aquel que cubre una necesidad de salud prioritaria de la población y que su selección se hace atendiendo a la prevalencia de las enfermedades y a su seguridad, eficacia y costo-eficacia comparativa (Kishore, Bitton, Cravioto y Yach, 2010).



Corresponde a los responsables de las administraciones públicas la decisión sobre la financiación, aunque sean los propios ciudadanos, fumadores o no, los que sustentan o cambian a dichos responsables. Es la financiación una medida susceptible de ser revisada de forma que pueda ser eliminada (como ocurre con otros medicamentos especialmente en tiempos de crisis económica) pero también puede ser ampliada de forma que se incluya un medicamento esencial.

Los objetivos del estudio son: 1) conocer el uso del tabaco según el estatus socioeconómico y 2) obtener la proporción de personas que creen que estos medicamentos deben financiarse teniendo en cuenta estatus socioeconómico del encuestado y su situación respecto al uso del tabaco (fumador habitual, fumador ocasional, no fumador o ex fumador).

## METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo poblacional. Se elabora un cuestionario con las preguntas específicas para la obtención de la información prevista y se pasa, durante los meses de mayo a julio de 2017, (ambos inclusive) entre los usuarios mayores de edad de tres oficinas de farmacia de la Comunidad de Madrid. El personal de las farmacias ofrece a los usuarios la posibilidad de participar, pero son éstos los que rellenan las encuestas (salvo en casos en que el usuario no pueda leer o escribir).

Se eligen las farmacias de forma que la población encuestada incluya todos los estatus socioeconómicos posibles. Una oficina de farmacia situada en un municipio de Villa del Prado con aproximadamente 6.000 ha-

bitantes y que dista 60 km de la ciudad de Madrid, otra situada en Rivas Vaciamadrid, ciudad dormitorio de más de 80.000 habitantes y a 20 km de la capital. La última está en el centro de la ciudad de Madrid.

Se recoge información sobre edad y sexo. El estatus socioeconómico se determina mediante medidas del 1) capital material: situación económica (baja, media o alta), 2) capital humano: evaluado según la formación académica (sin estudios, estudios primarios, secundarios y universitarios) y 3) capital social: conexiones entre las personas y evaluado según el lugar de residencia (urbana o rural). Es el propio encuestado el que determina su situación económica. Se desestima usar rangos de rentas anuales de ingresos tras ser rechazada esa opción en una encuesta piloto.

Se utilizó el paquete estadístico SPSS v15 para la recogida y posterior análisis de los resultados.

## RESULTADOS

Se obtuvieron 814 protocolos y 787 (96,7%) correctamente contestados. El 49,6% correspondían a hombres y el 50,4% a mujeres. La edad media entre hombres (43,6 años) y mujeres (40,2 años). El mayor porcentaje de personas encuestadas se refiere a personas con estudios de ESO/Bachillerato (40,9%), se autodefinen como de nivel social medio (74,7%) y viven en zonas urbanas (52,1%) (Tabla 1).

Fuman tabaco el 42,1% en alguna de sus modalidades: ocasional o diario. Los resultados en cuanto a género son similares (Tabla 1).



Si excluimos al grupo de población que no tienen estudios, existe un gradiente entre el consumo de la droga y el nivel de estudios, de forma que aumenta el porcentaje de no fumadores al aumentar el nivel académico y aumenta el porcentaje de fumadores (considerando la suma de ocasionales y diarios) al disminuir los estudios cursados. Respecto a la situación económica, disminuye el porcentaje de fumadores diarios al aumentar la capacidad económica pero no se da esta situación cuando se considera la suma de fumadores ocasionales y diarios. Aumenta el porcentaje de no fumadores al aumentar el nivel económico (Gráfica 1). Por último, fuman más los encuestados que residen en un medio rural respecto al urbano y esto es así tanto al considerar los fumadores diarios, los ocasionales o la suma de ambos. Aumenta el porcentaje de no fumadores y el de exfumadores en el medio urbano (Tabla 2).

El 64,3% considera que los medicamentos que ayudan a dejar de fumar deben estar financiados por parte de las administraciones públicas. La opinión entre hombres y mujeres es similar. Exceptuando a los individuos sin estudios, disminuye la opinión favorable al aumentar el nivel académico, aumenta la respuesta afirmativa al hacerlo la situación económica y los encuestados que viven en medio rural son más favorables que aquellos que viven en medio urbano (Tabla 3)

Aumenta la opinión favorable a la financiación al aumentar la relación del encuestado con el tabaco, siendo mínima en los no fumadores (52,6%) y máxima en los fumadores que lo hacen a diario (79,8%) (Gráfico 2).

Según los resultados que se obtienen, las personas con estudios primarios son las que más defienden la opinión de la financiación (76,8%) y que a la vez son las personas más fumadoras (46,2%).

## DISCUSIÓN

Este trabajo aporta una información fundamental: la mayoría de los encuestados son partidarios de la financiación.

En 2016 los organizadores de la XVII Semana Sin Humo presentaron los resultados de una encuesta en la que participaron 9.333 personas de toda España y el porcentaje de favorables a la financiación (65,0%) es prácticamente el mismo que nuestro estudio ha obtenido (Setmana Sense Fum, 2016).

Previamente, un informe de la Agencia de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias (AETS) publicado en 2011 (Abellán, 2011), recoge información de trabajos según los cuales “hay una tendencia a priorizar las necesidades de los no fumadores respecto a los fumadores” (Nord, 1995) y “a discriminar a los que han llevado estilos de vida irresponsables” (Ubel, Richardson y Prades, 1999).

Nuestro trabajo muestra una evolución en la opinión respecto a los estudios manejados por la AETS, evolución que pasa de acentuar el problema en la responsabilidad del consumidor de la droga a la consideración de un problema más complejo que no depende solo del individuo. Pensar que los problemas ocasionados por el tabaco son consecuencia de un estilo de vida libremente elegido y, por lo tanto, es el fumador el responsable y el que debe pagar los tratamientos, no está justificada. El uso continuado del tabaco produce cambios en la anatomía y



funcionamiento del cerebro y, como consecuencia de esos cambios, el individuo pierde el control sobre el uso del tabaco (Kühn, Schubert y Walton, 2010; Carrasco, 2013), exactamente igual que pasa con el uso de otras drogas. Los fumadores no deberían pagar los medicamentos para dejar de fumar porque esto no sucede con los tratamientos de otras adicciones.

Además, el tabaquismo es una enfermedad crónica (Tobacco Use and Dependence Guideline Panel, 2008), como las enfermedades cardiovasculares o la diabetes, con las que comparte otras características como son:

- El paciente, al menos en parte, puede ser responsabilizado de su problema.
- Existe una vulnerabilidad genética a padecer la enfermedad (Changeux, 2010).
- El manejo de la enfermedad requiere cambios en el estilo de vida.
- Disponibilidad de medicamentos eficaces y seguros para tratar la enfermedad.

El tabaquismo debería tener la misma consideración que otras enfermedades crónicas, incluida la financiación de los medicamentos como en el caso de los diabéticos que no pagan la insulina.

Tal y como se ha visto en estudios previos, los ciudadanos con menor estatus son los más fumadores (Nguyen et al., 2018) y, por lo tanto, los que más necesitan el uso de los medicamentos para dejar de fumar. Nuestros resultados coinciden, pues aumenta el porcentaje de fumadores (diarios más ocasionales) al disminuir el nivel académico y el de fumadores diarios al disminuir el nivel económico y aumenta el porcentaje de no fumadores al aumentar los niveles económi-

co y de estudios. La excepción la constituyen los individuos sin estudios y esto puede deberse a que el mayor porcentaje de estos individuos son los más mayores de la población y cuando éstos eran jóvenes España se encontraba en otra etapa del modelo epidemiológico del tabaquismo, en la que había un gradiente social del consumo contrario al actual (López, Collishaw y Piha, 1994).

Si coincide nuestros resultados con las consideraciones de la AETS cuando se valora el aspecto social del tabaquismo ya que “la población valora mucho más una misma ganancia de esperanza de vida en la clase social más baja que en la clase social más alta” (Dolan y Tsuchiya, 2010).

Los resultados muestran que aumenta la población favorable a la financiación al aumentar el nivel económico y al aumentar la relación del encuestado respecto al tabaco, de forma que los fumadores que fuman a diario son los más favorables (79,8%) y los no fumadores los que menos (52,6%) pero aun en este grupo son mayoría los que apoyan la medida.

Es mayor el apoyo en el medio rural que en el urbano, subrayándose así el aspecto social del medicamento que puede estar al alcance del enfermo independientemente de su lugar de residencia.

La realidad es que estos medicamentos están infrutilizados y probablemente la causa no solo sea la no financiación por parte del sistema público de salud. Según la Guía Americana del Tratamiento del Tabaquismo (Tobacco Use and Dependence Guideline Panel, 2008) se debería aconsejar el uso de estos medicamentos cada vez que un fumador quiera dejar de serlo, la Guía Europea (European Network for Smoking and Tobacco Prevention, 2012)



es más estricta y recomienda tratar al fumador independientemente de que éste quiera o no dejar de serlo, exactamente como ocurre con un diabético, el médico prescribe un medicamento y es el paciente quien, a posteriori, decide tomarlo o no.

Frente a la recomendación de la guía menos exigente, la americana, del uso de estos medicamentos en el 100% de los intentos de abandono, en España en 2017 solo se usó en el 3% (European Commission, 2017).

Escaso uso que podría aumentarse mediante la financiación (medida apoyada por profesionales sanitarios y por la población) pero debería analizarse si los profesionales los recomiendan (tal y como aconsejan las guías) o cuales son las creencias de profesionales y población respecto a la necesidad, eficacia y seguridad de estos medicamentos. Posiblemente deberían llevarse a cabo medidas encaminadas a sensibilizar, formar y motivar a los sanitarios para que recomienden más su uso.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abellán, JM. (2011). Utilización de AVAC en diferentes situaciones clínicas. *Agencia de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias de Andalucía*.
- Anthenelli, R.; Benowitz, N.; West, R.; St Aubin, L.; McRae, T.; Lawrence, D. et al. (2016). Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. *The Lancet*, 387, (10037), 2507-2520.
- Braveman, PA.; Kumanyika, S.; Fielding, J.; Laveist, T.; Borrell, L.; Manderscheid, R. y Trautman A. (2011). Health disparities and health equity: the issue is justice. *American Journal of Public Health*, 101, (S1), 149-155.
- Calvete, A.; Campos, P.; Catalán, D.; Fernández de la Hoz, K.; Herrador, Z.; Merino, B. et al. (2010). Innovando en Salud Pública: Monitorización de los Determinantes Sociales de la Salud y Reducción de Las Desigualdades en Salud. Una Prioridad para la Presidencia Española de la Unión Europea en 2010. *Revista Española de Salud Pública*, 84, 3-11.
- Carrasco, C. (2013). El tabaco y la poliédrica nicotina. *Revista Española de Drogodependencias*, 38, (4), 339-355.
- Carrión, F. y Paulos dos Santos, S. (2017). La atención sanitaria al tabaquismo. *Revista Española de Drogodependencias*, 42, (3), 5-9.
- Cedillo, S.; Sicras, A.; Jiménez-Ruiz, C.; Fernández de Bobadilla, J. y Rejas, J. (2017). Budgetary Impact Analysis of Reimbursement Varenicline for the Smoking-Cessation Treatment in Patients with Cardiovascular Diseases, Chronic Obstructive Pulmonary Disease or Type-2 Diabetes Mellitus: A National Health System Perspective. *European Addiction Research*, 23, (1), 7-18.
- Changeux, JP. (2010). Nicotine Addiction and Nicotine Receptors: Lessons from genetically Modified mice. *Nature Reviews Neuroscience*, 11, (6), 389-401.
- Declaración de Madrid (2018). Por la salud y para el avance de la legislación del tabaco en España. CNPT. International Conference on Tobacco Control. Madrid, 1416 de junio, 2018.





- Dolan, P. y Tsuchiya, A. (2010). Determining the parameters in a social welfare Function using state preference data: an application in health. *Applied Economics*, 43, (18), 2241-2250.
- ENSE (1997-2017) Encuesta Nacional de Salud. Serie Histórica 1997-2017. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Publicada el 14/3/2013.
- Esson, K. y Leeder, S. (2004). The Millennium development goals and tobacco control: an opportunity for global partnership. WHO Tobacco Free Initiative.
- European Commission. (2017). Special Eurobarometer 458. Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes
- European Network for Smoking and Tobacco Prevention. (2012). *European Smoking Cessation Guidelines: The Authoritative Guide to a Comprehensive Understanding of the Implications and Implementation of Treatments and Strategies to Treat Tobacco Dependence*. [http://www.ensp.org/sites/default/files/ENSP-ESCG\\_FINAL.pdf](http://www.ensp.org/sites/default/files/ENSP-ESCG_FINAL.pdf) (updated on October 2012; cited on 29 November 2015).
- Glied, S. y Lleras-Munay, A. (2008). Technological innovation and inequality in health. *Demography*, 45, (3), 741-761.
- Hiscock, R.; Judge, K. y Bauld, L. (2011). Social inequalities in quitting smoking: what factors mediate the relationship between socioeconomic position and smoking cessation? *Journal of Public Health*, 33, (1), 39-47.
- Jha, P.; Peto, R.; Zatonski, W.; Boreham, J.; Jarvis, M. y López, A. (2006). Social inequalities in male mortality, and in male mortality from smoking indirect estimation from national death rates in England and Wales, Poland, and North America. *The Lancet*, 368, (9533), 367-370.
- Kishore, P.; Bitton, A.; Cravioto, A. y Yach, D. (2010). Enabling access to new WHO essential medicines: the case for nicotine replacement therapies. *Globalization and Health*, 6, (22), 1-6.
- Kotz, D. y West, R. (2009). Explaining the social gradient in smoking cessation: it's not in the trying, but in the succeeding. *Tobacco Control*, 18, (1), 46-46.
- Kühn, S.; Schubert, F. y Walton, J. (2010). Reduced Thickness of Medial Orbitofrontal Cortex in Smokers. *Biological Psychiatry*, 68, (11), 1061-1065.
- Lee, J.; Huang, Z.; Basu, S. y Millet, C. (2015). The inverse equity hypothesis: does it apply to coverage of cancer screening in middle-income countries? *Journal and Epidemiology and Community Health*, 69, (2), 149-155.
- Link, B. (2008). Epidemiological Sociology and the Social Shaping of Population health. *Journal of Health and Social Behavior*, 49, (4), 367-384.
- Link, B. y Phelan, J. (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 80-94.
- López, A.; Collishaw, N. y Piha, T. (1994). A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control*, 3, 242-247.
- Lund, M. (2015) Social Inequality in Cigarette Consumption, Cigarette Dependence, and Intention to Quit among Norwegian Smokers. *Biomed Research International*, 2015, 835080.



- Milara, J.; Soler, E.; Ferrando, R.; Donat, L.; Pérez, N. y Martínez, B. (2007). Vareniclina. Un paso más en la lucha contra el tabaquismo. *Revista Española de Drogodependencias*, 32, (1), 20-35.
- Nguyen, M.; Nishi, N.; Kadota, A.; Okuda, N.; Arima, H.; Fujiyoshi, A. et al. (2018). Passive smoking at home by socioeconomic factors in a Japanese population: NIPPON DATA2010. *Journal of Epidemiology*, 28, (3), 40-45.
- Nord, E. (1995). The person trade-off approach to valuing health outcomes. *Medical Decisions Making*, 15, (3), 201-208.
- OMS. (2008). Subsanan Las Desigualdades en Una Generación: Alcanzar la Equidad Sanitaria Actuando Sobre Los Determinantes Sociales de la Salud. *Informe Final de la Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud*
- OMS. (2014). Tobacco and inequities Guidance for addressing inequities in tobacco-related harm. *Oficina Regional de Europa*.
- Pascual, F.; Fontaba, J.; Ponce, F.; Gil, V. y Lloret, J. (2010). Estructura sanitaria de atención al tabaquismo. *Revista Española de Drogodependencias*, 35, (4), 481-496.
- Phelan, J.; Link, B. y Tehranifar, P. (2010). Social conditions as fundamental causes of health inequalities: theory, evidence and policy implications. *Journal of Health and Social Behaviour*, 51, (1), 28-40.
- RD 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejora de la calidad y seguridad de las prestaciones.
- Ridgeway, C.L. y Correl, S.J. (2006) Consensus and the creation of status beliefs. *Social Forces*. 85, (1), 431-453.
- Roig, P.; Pinet, C.; Balbè, M.; Nieva, G.; Mondon, S.; Carcolé, B. et al. (2013). Vareniclina en el tratamiento del tabaquismo: eficacia y seguridad en población general, psiquiátrica y drogodependiente. *Revista Española de Drogodependencias*, 38, (1), 13-24.
- Setmana Sense Fum. (2016). Resultats Enquesta XVII Setmana Sense Fum. <https://icspromociosalut.wordpress.com/2016/04/29/xvii-setmana-sense-fum-2016/>
- Siahpush, M.; McNeill, A. y Fond, G.T. (2006). Socioeconomic variations in nicotine dependence, self-efficacy and intentions to quit across four countries: fundings from the International Tobacco Control (ITC) four countries survey. *Tobacco Control*, 15, (3), 71-75.
- Tobacco Use and Dependence Guideline Panel (2008). Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. *US Department of Health Human Services. Public Health Service*.
- Ubel, P.; Richardson, J. y Prades, J.L. (1999). Life-saving treatments and disabilities. Are all QALYs created equal? *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 15, (4), 738-748.
- Whitehead, M. (1991). The concepts and principles of equity and health. *Health Promotion International*, 6, (3), 217.