

Abandono y prevalencia del tabaquismo: sexo, clase social y atención primaria de salud

Joan R. Villalbí, Ferran Daban, M. Isabel Pasarín, Maica Rodríguez-Sanz y Carme Borrell

Objetivo. Valorar el papel conjunto de la clase social y la fuente de atención primaria de salud sobre la cesación.

Diseño. Estudio transversal.

Emplazamiento. Barcelona (Cataluña, España), 2000-2001.

Participantes. Muestra de población residente no institucionalizada, con restricción a personas de 15-50 años que identifican una fuente habitual de atención primaria (n = 4.178).

Mediciones principales. Obtenidas en la Encuesta de Salud. Las variables independientes son el sexo, la clase social y la fuente habitual de atención primaria de salud. Las variables dependientes son haber sido alguna vez fumador, haber dejado de fumar y fumar actualmente. Se estiman proporciones e intervalos de confianza (IC) del 95% ajustando por edad.

Resultados. Por clase social se ve que más trabajadores manuales han sido fumadores. Por sexo se aprecia que más varones han fumado. La cesación general es similar en ambos sexos. El abandono muestra un gradiente social en varones. Por fuente de atención, la cesación parece mayor en usuarios de consultas privadas, pero los IC se solapan. Estratificando la fuente de atención primaria por clase social, aparece un efecto en varones pero los IC se solapan. La prevalencia en el momento de la encuesta es mayor para varones; parece emerger un gradiente por clase en varones, menor para mujeres donde los IC se solapan.

Conclusiones. La clase social es un poderoso determinante del tabaquismo. Los varones de categoría ocupacional baja tienen mayor riesgo de empezar a fumar, menos probabilidades de dejarlo, y una mayor prevalencia. La proporción de cesaciones parece menor en usuarios de la red pública. La intervención sanitaria es eficaz, pero en términos poblacionales otros factores parecen tener mayor influencia.

Palabras clave: Tabaquismo. Epidemiología. Cesación. Prevalencia. Atención primaria de salud. Clase social. Sexo.

QUITTING AND PREVALENCE OF SMOKING: GENDER, SOCIAL CLASS AND PRIMARY HEALTH CARE

Objective. To analyse the joint role of social class and primary health care in giving up smoking.

Design. Cross-sectional study.

Setting. Barcelona (Catalonia, Spain), 2000-2001.

Participants. A sample of the resident non-institutionalized population, restricted to people aged 15-50 who have a habitual primary care source (n=4178).

Main measurements. These were obtained from the Barcelona Health Interview Survey. Independent variables include sex, social class and usual source of primary health care. Dependent variables are having ever been a smoker, having quit, and being a current smoker. Age-adjusted proportions were calculated (95% CI).

Results. Social class shows that more manual workers have been smokers. Men smoked more than women. Overall quitting is similar in both sexes. Quitting showed a social gradient in men. Measurement of source of care showed quitting was higher among users of private clinics, but CI overlapped. On stratifying the source of primary care by social class, an effect seemed to emerge for men, but the CI overlapped. Prevalence at the time of the survey was higher for men; a class gradient in current prevalence emerged for men, but was less visible for women, where CI overlapped.

Conclusions. Social class is a powerful determinant of smoking. Men in low-classed jobs are at greater risk of starting to smoke, are less likely to give up, and smoke more. The proportion of quitting seems lower in of public clinics users. Health advice is efficacious, but in population terms other factors seem to have greater influence.

Key words: Smoking. Epidemiology. Quitting. Prevalence. Primary health care. Social class. Gender.

Agència de Salut Pública de Barcelona. Barcelona, España.

Este trabajo se ha realizado en el marco de la acción estratégica de evaluación de intervenciones y servicios de la red de centros de investigación en epidemiología y salud pública (RCESP C03/09) financiada por el FIS.

Correspondencia: Dr. J.R. Villalbí. Agència de Salut Pública de Barcelona. Pl. Lesseps, 1. 08023 Barcelona, España. Correo electrónico: jrvillal@aspb.cat

Manuscrito recibido el 4-7-2007. Manuscrito aceptado para su publicación el 3-9-2007.

Introducción

En las fases avanzadas de la epidemia tabáquica, el consumo de tabaco presenta un patrón por clases sociales caracterizado por un abandono más intenso por la población con mayor renta y nivel de instrucción, y un inicio menor del consumo por los adolescentes de estas mismas categorías¹. En España se ha documentado este proceso, más precoz en los varones, y que se ha extendido recientemente a las mujeres^{2,3}.

El abandono del consumo forma parte de la historia natural del tabaquismo: la mayoría de los fumadores dejan de fumar tras años de consumo regular. Muchos lo hacen demasiado tarde, sufriendo consecuencias graves del consumo en su salud, y algunos no lo consiguen nunca. El entorno desempeña un papel importante en este proceso: la desaparición de la publicidad del tabaco, el incremento de su coste y la prohibición de fumar en centros de trabajo y espacios públicos tienen una influencia poderosa, así como los mensajes de los medios de comunicación y de los servicios sanitarios⁴.

El proceso de abandono del tabaco se puede estimular desde los servicios sanitarios⁵. Se ha documentado el impacto modesto pero significativo del consejo mínimo médico o de enfermería desde la atención primaria, y también de otros profesionales⁶. En realidad, el consejo mínimo es la intervención más eficiente sobre el tabaquismo —pese a su eficacia modesta en comparación con el tratamiento especializado e intensivo— por su bajo coste⁷. También se ha documentado la función potencial de la intervención de las farmacias comunitarias, apoyándose en el uso de terapia sustitutiva de nicotina⁸. Las administraciones sanitarias y algunas sociedades profesionales han impulsado estas intervenciones, aunque no se conoce bien su implantación efectiva ni su efectividad fuera de los ensayos realizados con profesionales especialmente motivados⁹. Hay datos ecológicos que indican una mayor implicación de los centros públicos de atención primaria de salud en la intervención sobre el tabaquismo cuando su dotación mínima es suficiente, como es el caso de los centros que han seguido el proceso de reforma iniciado en España en 1985^{10,11}.

En este trabajo se pretende valorar el papel del sexo, la clase social y la fuente de atención primaria de salud en la cesación tabáquica, utilizando datos de base poblacional. Creemos que puede ser una aportación a la formulación de políticas preventivas frente a este importante problema de salud pública.

Métodos

Diseño, población de estudio y muestra

Se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal. La población de estudio fueron las personas mayores de 14 años no

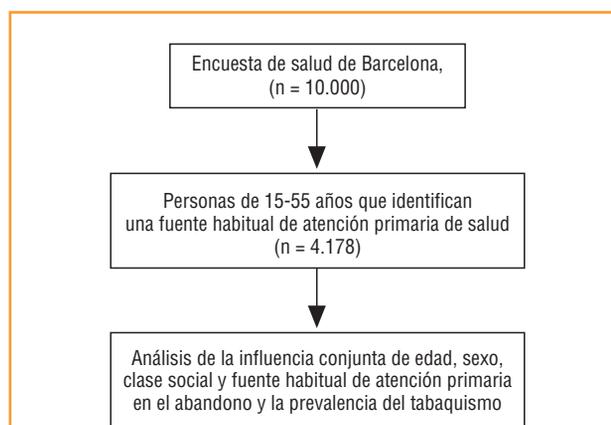
institucionalizadas residentes en la ciudad de Barcelona durante el año 2000. Los datos proceden de la Encuesta de Salud de Barcelona, una encuesta por entrevista a una muestra de población extraída del padrón municipal de habitantes y realizada en el período de marzo de 2000 a abril de 2001¹². Al ser general el abandono del tabaquismo por los fumadores en edades más avanzadas, el estudio se restringe a las personas de 15 a 50 años de edad ($n = 4.820$), en las que la prevalencia fluctúa entre el 40 y el 50% según grupo de edad en ambos sexos¹³.

Variables

Las variables independientes son el sexo, la clase social, la fuente habitual de atención primaria de salud y la edad. La clase social se define según la clasificación de la Sociedad Española de Epidemiología¹⁴, derivada de Domingo et al, que va de I (mayor nivel socio-ocupacional) a V (más desfavorecida), reagrupada en 3 categorías (I-II, III y IV-V). La fuente habitual de atención primaria de salud se clasificó en privada o pública, y dentro de ésta en función del centro de referencia según el lugar de residencia del entrevistado; se agrupa en 3 categorías: privada (que incluye mutuas obligatorias), pública reformada antes de 1998 (RAP) y pública no reformada antes de 1998 (no RAP). La distinción de 2 categorías dentro de la red pública se deriva de la diferencia demostrada entre ambos modelos, que comporta en los centros reformados una mayor disponibilidad de tiempo por consulta, una mayor continuidad en la atención y una mayor integración de actividades preventivas¹⁵. Las 642 personas que no identificaron una fuente habitual de atención primaria fueron excluidas del análisis (el 13,3% de la muestra); por tanto la población para estudio quedó en 4.178 personas. Las variables dependientes utilizadas son haber sido fumador a lo largo de la vida, haber dejado de fumar y ser fumador actualmente.

Análisis

Los análisis se realizan por separado para varones y mujeres. Para las 3 variables dependientes se estiman proporciones y sus intervalos de confianza (IC) del 95%, ajustado por edad y estratificado por las otras variables independientes.



Esquema general del estudio

Estudio transversal, realizado en 2000-2001, a una muestra de población residente no institucionalizada mayor de 15 años.

Resultados

En esta población de 15-50 años, el 59,5% de los varones y el 53,8% de las mujeres han sido fumadores. Como se aprecia en la tabla 1, la distribución del antecedente de tabaquismo según fuente de atención es relativamente homogénea. La distribución por clase social muestra que los trabajadores manuales (categorías IV y V) han sido fumadores en mayor medida, especialmente los varones. Por sexo se aprecia que los varones han fumado más que las mujeres.

En la tabla 2 se muestra el abandono del tabaco entre quienes han sido fumadores. La cesación general es comparable en ambos sexos: han dejado de fumar un 30,6% de los varones que han fumado y un 30,1% de las mujeres. El abandono muestra un patrón claro de gradiente social entre los varones, no así para las mujeres. Al estudiar la fuente de atención, parece haber un mayor abandono en los usuarios de consultas privadas, seguidos por los usuarios de centros públicos (reformados y no reformados), pero los intervalos de confianza se solapan. Si analizamos la influencia de la fuente de atención primaria en los varones estratificando por clase social, parece apreciarse un efecto de la fuente de atención salvo en las categorías I-II, pero los intervalos se solapan. Para las mujeres se advierte un gradiente según fuente de atención, salvo en la categoría de trabajo manual, en que es inverso.

La prevalencia de tabaquismo en el momento de la encuesta se presenta en la tabla 3. La prevalencia es algo mayor para los varones (41%) que para las mujeres (37,6%), aunque los IC se solapan. Hay un gradiente por clase social en los varones, menor para las mujeres, en que las diferencias se concentran entre las trabajadoras manuales y el resto, pero los intervalos se solapan. La figura 1 resume las diferencias significativas en las variables estudiadas, al presentar el antecedente de tabaquismo y la prevalencia actual (la diferencia entre ambas es la cesación) por sexo y clase social.

Discusión

Estos datos muestran la magnitud de las diferencias sociales en el tabaquismo, especialmente en los varones. Tam-

bién muestran que no se aprecia una diferencia clara según la fuente de asistencia sanitaria en el proceso de cesación desde una perspectiva poblacional. La clase social es un poderoso determinante del tabaquismo en nuestro contexto y, por tanto, de los riesgos derivados. Los varones con ocupación manual tienen mayor riesgo de fumar y menos posibilidades de haber dejado de fumar: como consecuencia, su prevalencia actual de tabaquismo es mayor. En las mujeres los datos son menos claros, pero también indican una mayor prevalencia actual.

Respecto a la influencia de la fuente de asistencia habitual, no se aprecia una distribución diferencial del antecedente de haber fumado por tipo de atención sanitaria. Esto parece razonable: el tabaquismo se establece al final de la adolescencia¹⁶, y la fuente de atención sanitaria depende de otros factores, que han operado posteriormente en casi todos los entrevistados. La proporción de cesaciones parece menos intensa en los usuarios de la red pública, rozando la significación estadística. De todos modos, con estos datos no se aprecia que la prevalencia actual del tabaquismo varíe según fuente de atención sanitaria. Sabemos que la intervención sanitaria puede ser determinante para que un paciente abandone el tabaco⁵, que los profesionales que intervienen de forma sistemática obtienen abandonos crecientes

TABLA 1 Proporción de personas residentes de 15-50 años que han sido o son fumadoras según clase social y fuente habitual de atención primaria, por sexo. Barcelona, 2000-2001

Sexo	Clase social	Fuente habitual de atención primaria				n
		Privada	RAP	No RAP	Total	
Varones	I-II	56,1 (49-63)	56,5 (49-64)	54,1 (47-61)	55,5 (51-60)	568
	III	53,9 (46-62)	51,1 (45-58)	60,0 (54-66)	55,1 (51-59)	592
	IV-V	65,9 (54-78)	65,5 (61-70)	65,8 (60-71)	65,6 (62-69)	815
	Total	56,3 (52-61)	59,5 (56-63)	60,2 (57-64)	59,5 (57-62)	2.018
Mujeres	I-II	58,1 (51-65)	52,4 (44-61)	45,5 (38-53)	52,4 (48-57)	478
	III	51,3 (45-58)	48,8 (43-54)	58,0 (52-64)	52,6 (49-56)	773
	IV-V	60,7 (51-71)	55,5 (51-60)	57,1 (51-63)	56,5 (53-60)	909
	Total	55,9 (52-60)	52,8 (50-56)	53,5 (50-57)	53,8 (52-56)	2.160

RAP: atención pública reformada antes de 1998.

Los datos se presentan como porcentaje estandarizado por edad (intervalo de confianza del 95%).

TABLA 2 Abandono del tabaquismo de los residentes de 15-50 años que han sido fumadores según clase social y fuente habitual de atención primaria, por sexo. Barcelona, 2000-2001

Sexo	Clase social	Fuente habitual de atención primaria				n
		Privada	RAP	No RAP	Total	
Varones	I-II	36,7 (28-45)	41,3 (32-51)	39,8 (30-49)	39,2 (34-45)	316
	III	32,7 (23-43)	34,1 (26-43)	29,2 (22-37)	31,8 (27-37)	340
	IV-V	36,0 (22-50)	23,7 (19-28)	20,6 (15-26)	23,5 (20-27)	547
	Total	35,1 (29-41)	29,8 (26-34)	28,9 (23-33)	30,6 (28-33)	1.203
Mujeres	I-II	38,0 (29-47)	29,5 (19-40)	28,4 (18-39)	32,9 (27-39)	251
	III	39,0 (30-48)	29,0 (22-36)	28,8 (21-36)	31,6 (27-36)	400
	IV-V	24,3 (13-35)	25,1 (20-30)	29,3 (22-37)	26,6 (22-30)	507
	Total	36,3 (31-42)	27,1 (23-31)	28,8 (24-33)	30,1 (27-33)	1.158

RAP: atención pública reformada antes de 1998.

Los datos se presentan como porcentaje estandarizado por edad (intervalo de confianza del 95%).

TABLA 3 Prevalencia del tabaquismo de los residentes de 15-50 años según clase social y fuente habitual de atención primaria, por sexo. Barcelona, 2000-2001

Sexo	Clase social	Fuente habitual de atención primaria			n	
		Privada	RAP	No RAP		
Varones	I-II	35,5 (29-42)	33,0 (26-40)	32,6 (26-39)	33,8(30-38)	568
	III	36,3 (28-44)	33,7 (28-40)	42,5 (36-49)	37,6 34-42)	592
	IV-V	42,1 (30-54)	50,0 46-54)	52,2 (46-58)	50,2 (47-54)	815
	Total	36,6 (32-41)	41,7 (38-45)	42,8 (39-46)	41,0 (39-43)	2.018
Mujeres	I-II	36,0 (29-43)	37,0 (-29-45)	32,6 (25-40)	35,2 (31-39)	478
	III	31,3 (25-37)	34,7 (29-40)	41,3 (35-47)	36,0 (33-39)	773
	IV-V	46,0 (36-56)	41,6 (38-46)	40,2 (34-46)	41,7 (38-45)	909
	Total	35,6 (31-40)	38,5 (35-42)	38,1 (34-42)	37,6 (36-40)	2.160

RAP: atención pública reformada antes de 1998.
Los datos se presentan como porcentaje estandarizado por edad (intervalo de confianza del 95%).

en su población¹⁷ y que los fumadores que están en fases avanzadas en sus etapas del cambio dicen haber recibido el consejo de hacerlo más que aquellos que están en fases previas¹⁸. Además, clase social y fuente de atención primaria no son variables totalmente independientes. Sin embargo, con estos datos no está claro que el modelo de asistencia primaria habitual tenga un papel determinante en la cesación desde una perspectiva poblacional. A priori cabe pensar que las condiciones de trabajo en el sector público reformado y en la práctica privada favorecen la comunicación y la intervención preventiva respecto a las del obsoleto modelo del extinto Instituto Nacional de Previsión: un estudio anterior en esta misma población demostró que los fumadores atendidos en la red privada y en los primeros centros reformados en la ciudad recordaban haber recibido con mayor frecuencia consejo para dejar de fumar¹⁹. En Estados Unidos, los usuarios de servicios sin financiación pública (salvo los militares y veteranos) reciben con mayor frecuencia tratamiento con apoyo farmacológico²⁰. Sin embargo,

plantea dificultades²². Finalmente, hay personas que para dejar de fumar tienen acceso a otros recursos distintos de la atención primaria: las farmacias son los más accesibles, pero también hay centros especializados. Por otra parte, la cesación se produce también en respuesta a estímulos distintos del asistencial sanitario, muchos de los cuales (coste, mensajes del entorno y los medios de comunicación, aceptabilidad social del tabaco...) son comunes al conjunto de la población, aunque mediados por aspectos sociales²³. Teniendo en cuenta que la mayoría de los fumadores deja de fumar sin tratamiento, es probable que estos estímulos sociales sean los predominantes desde una perspectiva poblacional y que el peso de la intervención sanitaria en su conjunto sea relativamente pequeño: los datos de California y de Gran Bretaña así lo indican^{24,25}. El beneficio del consejo del profesional sanitario está claramente documentado, más allá de los estudios donde puede haber un sesgo de selección vinculado al voluntarismo de los centros y profesionales participantes^{5-7,26}.

Hay que valorar la posible existencia de sesgos en este estudio. El consumo autodeclarado en población general es un buen indicador de la prevalencia²⁷ y la veracidad de la declaración es alta²⁸. La restricción a la población de 15-50 años permite concentrar el análisis en los abandonos precoces, que son el objetivo prioritario de la intervención sanitaria en fumadores. Los efectivos generales del estudio son suficientes, aunque su distribución por estratos en algunas categorías sea desigual: en las categorías sociales I-II usuarias de servicios públicos y las IV-V usuarias de servicios privados tienen pocos efectivos, y esto ha debilitado la

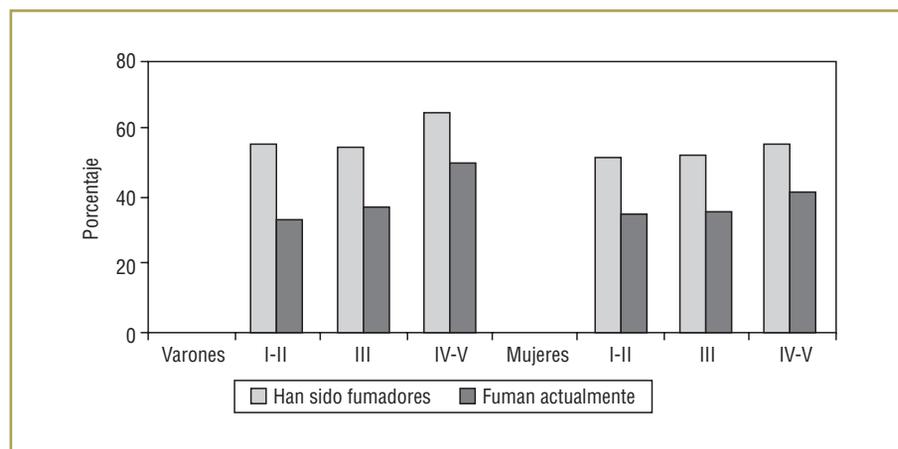


FIGURA 1 Proporción de personas que han sido fumadoras y prevalencia actual del tabaquismo ajustada por edad, sexo y clase social. Barcelona, 2000-2001.

Lo conocido sobre el tema

- Con el paso de los años, la mayoría de los fumadores deja de fumar.
- La clase social, la edad y el sexo son condicionantes de la prevalencia y el abandono del tabaquismo.
- La intervención mínima desde la atención primaria tiene un efecto modesto pero significativo en estimular el abandono del tabaquismo.

Qué aporta este estudio

- Desde la perspectiva poblacional, cuando se tiene en cuenta la clase social, la edad y el sexo, no se aprecia un efecto diferencial del tipo de fuente habitual de asistencia primaria en el abandono del tabaquismo.
- El efecto de la clase social en la prevalencia y el abandono del tabaquismo es muy poderoso en nuestro medio.

capacidad del estudio para responder a determinadas preguntas. El efecto conjunto de clase social y fuente de atención sanitaria es difícil de apreciar: estudiando la estratificación se observa cierta heterogeneidad, indicativa pero no significativa. En los varones, la influencia de pertenecer a las categorías sociales IV-V en las tres variables dependientes que reflejan el tabaquismo parece clara. Esto implica que la influencia poblacional de la fuente habitual de asistencia primaria, aunque pueda existir, es comparativamente menor. Para corregir las desigualdades sociales en salud vinculadas al tabaco, una estrategia de apoyo selectivo a la cesación en las capas más desfavorecidas podría ser una buena opción, que ha demostrado su utilidad en Inglaterra recientemente^{29,30}.

Bibliografía

1. Barbeau EM, Krieger N, Soobader MJ. Working class matters: socioeconomic disadvantage, race/ethnicity, gender and smoking in NHIS 2000. *Am J Public Health*. 2004;94:269-78.
2. Fernandez E, Garcia M, Schiaffino A, Borràs JM, Nebot M, Segura A. Smoking initiation and cessation by gender and educational level in Catalonia (Spain). *Prev Med*. 2001;32:218-23.
3. Villalbí JR, Tomás Z, López MJ, Rodríguez M, Nebot M. La cambiante epidemiología del tabaquismo: Barcelona 2000-01. *Rev Clin Esp*. 2004;204:312-6.
4. Villalbí JR, López V. La prevención del tabaquismo como problema político. *Gac Sanit*. 2001;15:265-72.
5. Pardell H, Saltó E, Salleras L. Manual de diagnóstico y tratamiento del tabaquismo. Madrid: Médica Panamericana; 1996.
6. Nebot M, Cabezas C. Does nurse counseling or offer of nicotine gum improve the effectiveness of physician smoking-cessation advice? *Fam Pract Res J*. 1992;12:263-70.
7. Jiménez CA, Barrueco M, Carrión F, Cordovilla R, Hernández I, Martínez E, et al. Intervención mínima personalizada en el tratamiento del tabaquismo. Resultados de un estudio multicéntrico. *Arch Bronconeumol*. 1998;34:433-6.
8. Barbero Gonzalez JA, Quintas Rodríguez AM, Camacho JE. Deshabitación tabáquica desde la farmacia comunitaria. *Aten Primaria*. 2000;26:693-6.
9. Robledo T, Ortega R, Cabezas C, Forés D, Nebot M, Córdoba R. Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Aten Primaria*. 2003;32 Supl 2:30-44.
10. Villalbí JR, Guarga A, Pasarín MI, Gil M, Borrell C, Ferran M, et al. Evaluación del impacto de la reforma de la atención primaria sobre la salud. *Aten Primaria*. 1999;24:468-74.
11. Brotons C, Iglesias M, Martín-Zurro A, Martín-Rabadan M, Gené J. Evaluation of preventive and health promotion activities in 166 primary care practices in Spain. *Fam Pract*. 1996;13:144-51.
12. Borrell C, Rodríguez MC. Enquesta de salut de Barcelona 2000-01. Resultats principals. Barcelona: Institut Municipal de Salut Pública; 2002.
13. Villalbí JR, Tomás Z, López MJ, Rodríguez M, Nebot M. La cambiante epidemiología del tabaquismo: Barcelona 2000-01. *Rev Clin Esp*. 2004;204:312-6.
14. Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología y de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Una propuesta de medida de la clase social. *Aten Primaria*. 2000;25:350-63.
15. Ris H, Pané O. La reforma de l'atenció primària de salut després d'una dècada. *Fulls Econòmics del Sistema Sanitari*. 1997;30:7-11.
16. Borràs JM, Fernández E, Schiaffino A, Borrell C, La Vecchia C. Pattern of smoking initiation in Catalonia (Spain) from 1948 to 1992. *Am J Public Health*. 2000;90:1459-62.
17. Martín-Cantera C, Córdoba-García R, Jané-Julio C, Nebot-Adell M, Galán-Herrera S, Aliaga M, et al. Evaluación a medio plazo de un programa de ayuda a los fumadores. *Med Clin (Barc)*. 1997;109:744-8.
18. Font S, Planes M, Gras ME. Características de la conducta de fumar en función de la fase de abandono en una muestra de personal de la Universidad de Girona. *Prevención Tabaquismo*. 2004;6:60-7.
19. Daban F, Pasarín MI, Rodríguez-Sanz MC, García-Altés A, Villalbí JR, Cano-Serral G, et al. Evaluación de la reforma de la atención primaria de salud: prácticas preventivas y desigualdades. *Aten Primaria*. 2007;39:339-45.
20. Cokkinides VE, Ward E, Jemal A, Thun MJ. Under-use of smoking-cessation treatments: results from the National Health Interview Survey, 2000. *Am J Prev Med*. 2005;28:119-22.
21. Doeschler MP, Saver BG. Physicians' advice to quit smoking. The glass remains half empty. *J Fam Pract*. 2000;49:543-7.
22. Cerrada E, López-Olmeda C, Bouzas E, Gómez-Rodríguez B, Sanz T. Opiniones, prácticas, barreras y predisposición al cambio, a la hora de dar consejo para dejar de fumar. *Aten Primaria*. 2005;36:434-41.
23. Jha P, Chaloupka FJ, Corrao M, Jacob B. Reducing the burden of smoking world-wide: effectiveness of interventions and their coverage. *Drug Alcohol Rev*. 2006;25:597-609.
24. California Department of Health Services, Tobacco Control Section. A model for change: the California experience in tobacco control. Sacramento: California Department of Health Services; 1998.

25. Milne E. NHS smoking cessation services and smoking prevalence: observational study. *BMJ*. 2005;330:760.
26. Bao Y, Duan N, Fox SA. Is some provider advice on smoking cessation better than no advice? An instrumental variable analysis of the 2001 National Health Interview Survey. *Health Serv Res*. 2006;41:2114-35.
27. Studts JL, Ghate SR, Gill JL, Studts CR, Barnes CR, LaJoie AS, et al. Validity of self-reported smoking status among participants in a lung cancer screening trial. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2006;15:1825-8.
28. Barrueco M, Jiménez-Ruiz C, Palomo L, Torrecilla M, Romero P, Riesco JA. Veracidad de la respuesta de los fumadores sobre su abstinencia en las consultas de deshabituación tabáquica. *Arch Bronconeumol*. 2005;41:135-40.
29. Bauld L, Chesterman J, Judge K, Pound E, Coleman T. Impact of UK National Health Service smoking cessation services: variations in outcomes in England. *Tob Control*. 2003;12:296-301.
30. Chesterman J, Judge K, Bauld L, Ferguson J. How effective are the English smoking treatment services in reaching disadvantaged smokers? *Addiction*. 2005;100 Suppl 2:36-45.