

INTRODUCCIÓN

CADA AÑO PIERDEN LA VIDA MÁS DE 50.000 personas mayores de treinta y cinco años por causas relacionadas directamente con el consumo de tabaco, además de ser un factor de riesgo en las principales causas de mortalidad (1).

El número de fumadores se ha ido reduciendo en los últimos años, aunque el porcentaje sigue siendo muy alto, con un 22,9% de los hombres y un 18,5% de las mujeres.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece el objetivo de reducir en un 30% el consumo de tabaco para el año 2025, en relación con el consumo existente en 2010, aunque los últimos datos hacen prever que no se cumplirá (2). Por ello es necesario un plan nacional destinado a disminuir el consumo de tabaco y prevenir el inicio.

Existen distintos planes desarrollados en este sentido, tanto en España como a nivel internacional (3). Sin embargo, los farmacéuticos no suelen estar integrados en estos planes a pesar de que todos aquellos pacientes que decidan dejar de fumar mediante tratamiento farmacológico deben pasar inevitablemente por una farmacia, sea cual sea el profesional sanitario con el que han tratado previamente.

Por ello, existen dos puntos fundamentales que justifican la implantación de un plan integral de deshabituación del consumo de tabaco desde la oficina de farmacia:

- 1) Ninguno de los planes antitabaco desarrollados hasta la fecha están dirigidos desde las oficinas de farmacia, lo que impide hacer un seguimiento más personalizado.
- 2) Los planes establecidos exclusivamente por farmacéuticos solo permiten que el tratamiento farmacológico se realice con medicamentos sustitutivos de la nicotina, excluyendo fármacos con necesidad de

prescripción médica como Bupropión y Vareniclina, que actúan mejorando el síndrome de abstinencia del tabaco y la tolerancia de los receptores nicotínicos (4), lo que contribuye al aumento de la deshabituación al consumo de tabaco.

El objetivo principal de este trabajo fue implantar un programa/guía piloto en una oficina de farmacia del Ejército de Tierra en el que se coordinase un equipo multidisciplinar (farmacéuticos, médicos, enfermeras y psicólogos) que pudiese repercutir en dos puntos fundamentales del tabaquismo: la prevención y el tratamiento.

SUJETOS Y MÉTODOS

EN ESTE ESTUDIO PARTICIPARON LOS pacientes fumadores del área de responsabilidad de la farmacia del Ejército de Tierra encargada del estudio (Zaragoza) y a la farmacia desplegada en una Zona de Operaciones (Líbano), que acudieron a dichas farmacias con intención de abandonar la adicción.

Todos los participantes dieron su consentimiento informado por escrito para colaborar en este estudio, que fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad de Aragón (CEICA; Zaragoza, España) y se condujo de acuerdo con la *Declaración de Helsinki* y sus revisiones subsiguientes.

Como criterios de exclusión se establecieron:

- Personal que no desempeñase su trabajo en el Ministerio de Defensa.
- No firmar el consentimiento informado del estudio.
- Sin disponibilidad para acudir a las sesiones marcadas que le correspondiesen.

Para la creación de los grupos de estudio se solicitó a todos los pacientes que aportasen su historia clínica de fumador, junto con

Deshabituación del consumo de tabaco desde las oficinas de farmacia mediante planes multidisciplinares.

JULIÁN GONZÁLEZ BLANCA y JORGE VICENTE ROMERO

el consentimiento informado para el tratamiento de los datos. Todas las historias clínicas aportadas por los propios pacientes fueron registradas para crear una base de datos con las variables de cada individuo. Los datos que se registraron fueron: demográficos (sexo, edad y convivencia/entorno con fumadores) e historial de tabaquismo (edad de inicio, años como fumador, intentos previos para dejar de fumar y número de cigarrillos fumados al día)

El estado inicial en el que se encontraba el paciente tras la primera valoración en el servicio farmacéutico fue tomado como la variable principal. Este estado se estableció en función de la puntuación obtenida en las encuestas sobre motivación y adicción que se realizan en la visita inicial. La clasificación se realizó conforme a la **TABLA 1**.

La cesación del consumo de tabaco fue utilizada como variable secundaria para evaluar la efectividad del programa de deshabituación al consumo instaurado. El control de dicha cesación se basó en la propia declaración del paciente sobre su abstinencia o no, y se fue anotado tras cada una de las sesiones impartidas, así como a los tres, seis y doce meses desde la última sesión.

Diseño del estudio. El estudio se inició en diciembre de 2019 y terminó en abril de 2021,

abarcando las fases de promoción, inicio de las visitas, sesiones de intervención semanales y controles de mantenimiento.

Para el desarrollo de la guía de intervención en deshabituación al consumo de tabaco, el estudio se basó en guías regionales como la de Aragón (5), los documentos consensuados del Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo (6) y la *Estrategia Nacional sobre Adicciones* (7). Además, se aplicaron las características propias que se producen en el ámbito de las Fuerzas Armadas y en concreto las que afectan al servicio de farmacia.

La intervención o fase experimental se dividió en varias etapas:

- 1) **Contacto inicial con el paciente:** se realizó de forma presencial en las oficinas de la farmacia y se realizaron dos cuestionarios a cada paciente: el test de Richmond, para analizar la motivación para dejar de fumar, y el test de Fagerström, para valorar cuál era su nivel de adicción o dependencia. Esto determinó la etapa inicial de cada paciente, equivalentes a las fases de cambio (8) [TABLA 1]. Además, se efectuó un cuestionario sobre la historia clínica y el consumo de tabaco, al igual que se solicitó el consentimiento informado para participar en el estudio.

Tabla 1
Clasificación fases del cambio.

NIVELES	Adicción		
	A	B	C
D	Contemplación	Precontemplación	Precontemplación
E	Preparación	Contemplación	Precontemplación
F	Preparación	Preparación	Contemplación
G	Acción	Preparación	Preparación

Deshabituación del consumo de tabaco desde las oficinas de farmacia mediante planes multidisciplinares.

JULIÁN GONZÁLEZ BLANCA Y JORGE VICENTE ROMERO

Rev Esp Salud Pública
Volumen 97
18/9/2023
e202309077

- 2) Inicio de las sesiones semanales: Esta etapa se prolongó durante cinco semanas (dos sesiones en la fase contemplativa y una para el resto de las fases) hasta la fase de acción y hasta los doce meses incluyendo la fase de mantenimiento. En cada fase recibieron información y apoyo para reducir el consumo de tabaco y lograr la abstinencia total. La finalidad de estas sesiones fue llegar a la tercera sesión del tratamiento con la convicción clara de dejar de fumar y con las pautas para conseguirlo.

A lo largo de estas tres sesiones, cada paciente decidió de qué forma quería afrontar el proceso de deshabituación, con o sin medicación (Bupropión hidrocloreuro 150 mg oral o Vareniclina 0,5 mg y 1 mg oral), aunque fue el servicio de farmacia el que los guió y asesoró en función de su historia clínica.

La opción de atención farmacéutica sin medicación se estableció para aquellos pacientes que tenían incompatibilidad con la misma (patologías, medicación o antecedentes). Los que usaron medicación se derivaron al médico para su prescripción, lo que se gestionó desde la farmacia.

- 3) Mantenimiento: esta fase se inició una vez se consiguió eliminar totalmente el consumo de tabaco y no tuvo fecha de finalización. Se programaron tres sesiones a los tres, seis y doce meses desde el primer día sin fumar. Estas sesiones no tuvieron una temática concreta, sino que se adaptaron a las dificultades que cada fumador presentó durante su proceso de deshabituación al consumo de tabaco.

Para el estudio de los datos recogidos se realizó un análisis descriptivo de los datos, reportando la media y la desviación estándar como medidas de tendencia central y de dispersión respectivamente. Para la comparación de proporciones se utilizó el test chi-cuadrado, y los contrastes en los

que los valores de probabilidad de error tipo I resultaron ser menores de 0,05 fueron considerados estadísticamente significativos para el rechazo de la hipótesis nula. Finalmente, para los cálculos estadísticos se utilizó el programa IBM SPSS Statistics.

RESULTADOS

||||||||||||||||||||

Cesación del consumo de tabaco del estudio.

El número total de pacientes que formó parte del estudio, incluyendo los dos grupos, fue de treinta y ocho, de los cuales veintiocho (73,68%) eran hombres y diez (26,32%) eran mujeres. De ellos, veinticuatro (63,15%) consiguieron dejar de fumar y catorce (36,85%) no lo consiguieron.

En la clasificación por sexos, el 64,30% de los hombres se mantuvo sin fumar, mientras el porcentaje de mujeres fue del 60%.

La edad media de los pacientes fue de 39,60±11,50 años y se clasificaron en tres grupos. El primero de ellos, menores de veinticinco años, consiguió una cesación del 66,66%. En el grupo de entre veinticinco y cuarenta años fue del 63,15%. Finalmente, en el de los mayores de cuarenta años, la cesación fue del 62,5%.

Los datos de cesación de las fases en las que fueron encuadrados fueron los siguientes: los fumadores de la fase precontemplativa y contemplativa no consiguieron alcanzar la deshabituación al consumo de tabaco final. Los que participaron en la fase de preparación tuvieron un porcentaje de deshabituación del 75% y los de la fase de acción del 64,30%.

Los datos de la **TABLA 2** reflejan la cesación del consumo de tabaco en función de la fase del cambio y muestran una significación estadística de $p=0,045$.

En cuanto al tratamiento al que se acogieron, los fumadores que recibieron atención farmacéutica junto con la prescripción de Varenic

Tabla 2
Cesación según la fase del cambio.

Fase del cambio	Fases	Cesación		Total	
		No conseguida	Sí conseguida		
	Precontemplativa	Recuento	2	0	2
		% dentro de cesación	14,3%	0%	5,3%
	Contemplativa	Recuento	2	0	2
		% dentro de cesación	14,3%	0%	5,3%
	Preparación	Recuento	5	15	20
		% dentro de cesación	35,7%	62,5%	52,6%
	Acción	Recuento	5	9	14
		% dentro de cesación	35,7%	37,5%	36,8%
TOTAL	Recuento	14	24	38	
	% dentro de cesación	100%	100%	100%	

clina presentaron una cesación del consumo de tabaco del 68,42%, mientras que en los tratados con Bupropión fue del 66,66%. Los participantes que recibieron atención farmacéutica sin prescripción de fármacos manifestaron una abstinencia del 56,25% [TABLA 3].

Cesación del consumo de tabaco según el historial de tabaquismo. La TABLA 4 muestra los datos aportados por los fumadores mediante la historia de tabaquismo:

Los pacientes fumadores hace cinco años o menos tuvieron un porcentaje de cesación del consumo de tabaco del 33,33%. De los que llevaban entre seis y quince años fumando, ambos inclusive, superaron la adicción el 75%. En los fumadores que llevaban entre dieciséis y treinta años, diez consiguieron dejar de fumar, lo que supone un 66,66%. Finalmente, se encuentra el grupo de fumadores desde hace más de treinta años, en los que la tasa de deshabitación al consumo fue del 58,33%.

Respecto al número de intentos previos, los pacientes se dividieron en tres grupos: aquellos que se habían enfrentado al proceso de deshabitación al consumo de tabaco en dos ocasiones o más, solo en una ocasión o que era la primera vez que lo afrontaban. Entre los pacientes que lo intentaron por primera vez, la tasa de deshabitación al consumo fue del 80%. Por otro lado, en los grupos con un intento previo y con dos o más, las tasas fueron del 61% y 60%, respectivamente.

El número de cigarrillos consumidos por día permitió establecer tres grupos de pacientes con distinto nivel de adicción. El primer grupo correspondió a los de una adicción baja, con un consumo inferior a diez cigarrillos por día. Los pacientes que declararon un consumo de entre diez y veinte cigarrillos al día formaron el segundo grupo, de adicción moderada. Finalmente, el tercer grupo lo formaron los pacientes de mayor adicción, que eran aquellos con un consumo superior a los

Deshabitación del consumo de tabaco desde las oficinas de farmacia mediante planes multidisciplinares.

JULIÁN GONZÁLEZ BLANCA y JORGE VICENTE ROMERO

Rev Esp Salud Pública
Volumen 97
18/9/2023
e202309077

Tabla 3
Cesación según fase y tratamiento.

Pac.	Cesación	Fase	Tratamiento
1	Sí	Preparación	AF
2	Sí	Acción	Vareniclina
3	No	Contemplativa	AF
4	No	Acción	AF
5	Sí	Acción	AF
6	No	Precontemplativa	AF
7	Sí	Preparación	Bupropión
8	No	Preparación	AF
9	Sí	Preparación	AF
10	No	Preparación	Vareniclina
11	No	Preparación	Vareniclina
12	Sí	Preparación	AF
13	No	Precontemplativa	Vareniclina
14	Sí	Acción	Bupropión
15	Sí	Preparación	Vareniclina
16	Sí	Preparación	AF
17	Sí	Preparación	Vareniclina
18	Sí	Acción	AF
19	Sí	Acción	Vareniclina
20	No	Acción	Vareniclina
21	Sí	Acción	AF
22	Sí	Preparación	Vareniclina
23	No	Acción	Bupropión
24	Sí	Acción	Vareniclina
25	Sí	Preparación	Vareniclina
26	Sí	Acción	Vareniclina
27	Sí	Preparación	Vareniclina
28	Sí	Acción	AF
29	No	Preparación	AF
30	No	Preparación	Vareniclina
31	No	Contemplativa	Vareniclina
32	Sí	Preparación	Vareniclina
33	Sí	Preparación	Vareniclina
34	Sí	Preparación	Vareniclina
35	No	Acción	AF
36	No	Acción	AF
37	Sí	Preparación	AF
38	Sí	Preparación	Vareniclina

Pac.: Paciente; AF: Atención Farmacéutica.

Tabla 4
Cesación según el historial de tabaquismo.

Pac.	Cesación	Años como fumador	Nº de intentos previos	Cigarrillos/día
1	Sí	2	1 (Sin ayuda)	10/20
2	Sí	17	2 (Champix y acupuntura)	10/20
3	No	26	1 (Acupuntura)	>20
4	No	2	No	10/20
5	Sí	41	No	10/20
6	No	2	1 (Sin ayuda)	10/20
7	Sí	27	2 (Champix y acupuntura)	10/20
8	No	32	1 (Vapeador)	10/20
9	Sí	28	1 (Sin ayuda)	10/20
10	No	34	>2 (Champix, acupuntura e hipnosis)	10/20
11	No	33	1 (Sin ayuda)	10/20
12	Sí	41	2 (Sin ayuda)	>20
13	No	33	>2 (Sin ayuda)	>20
14	Sí	6	1 (Sin ayuda)	<10
15	Sí	35	2 (Champix y vapeadores)	10/20
16	Sí	10	1 (Champix)	10/20
17	Sí	13	1 (Sin ayuda)	<10
18	Sí	18	1 (Sin ayuda)	<10
19	Sí	25	1 (TSN)	10/20
20	No	15	>2 (Sin ayuda)	10/20
21	Sí	19	1 (Sin ayuda)	10/20
22	Sí	36	>2 (Sin ayuda y libro)	10/20
23	No	35	1 (Sin ayuda)	10/20
24	Sí	31	No	10/20
25	Sí	31	No	10/20
26	Sí	17	1 (Sin ayuda)	<10
27	Sí	16	>2 (Sin ayuda)	<10
28	Sí	10	1 (Sin ayuda)	<10
29	No	16	1 (Parches)	10/20
30	No	25	2 (Sin ayuda y vapeador)	10/20
31	No	19	1 (Vapeador)	>20
32	Sí	16	1 (Sin ayuda)	10/20
33	Sí	32	1 (Sin ayuda)	10/20
34	Sí	11	No	>20
35	No	10	1 (Vapeador)	>20
36	No	16	1 (Sin ayuda)	>20
37	Sí	12	1 (TSN)	<10
38	Sí	18	1 (Elontril)	10/20

Pac.: Paciente; TSN: Terapia de sustitución de nicotina.

veinte cigarrillos/día (más de un paquete). La cesación en el primer grupo fue del 100%, y en el segundo y tercer grupo se redujo al 63% y 29%, respectivamente. La comparativa entre los tres grupos de las variables número de cigarrillos por día y cesación del consumo de tabaco ($p=0,021$) mostró una mayor cesación cuanto menor era el número de cigarrillos fumados por día.

DISCUSIÓN



EL MOTIVO POR EL QUE NO SE DESARROLLAN más planes de cesación desde la oficina de farmacia es la necesidad de prescripción de los fármacos utilizados. En este estudio, gracias al trabajo conjunto con los servicios médicos (9) que prescriben la medicación, se ha podido evaluar la atención farmacéutica con fármacos como Vareniclina y Bupropión.

Este estudio demuestra que la atención farmacéutica es útil para la deshabituación al consumo de tabaco, más allá de las prácticas conocidas anteriormente en las que solo se recurría a la Terapia Sustitutiva de Nicotina (TSN) (10). Por ello, un fomento de la interacción entre las farmacias y los centros médicos favorecería el desarrollo de planes de deshabituación al consumo desde las propias oficinas de farmacia.

Esta cooperación médico-farmacéutico resulta relativamente fácil en el ámbito de las Fuerzas Armadas, debido a la propia organización de las mismas. Pero, a nivel civil, resulta una limitación, ya que las interacciones no son frecuentes y no existen farmacias asignadas a centros de salud u hospitales que permitan facilitar esa colaboración.

En el caso concreto del Bupropión, los estudios reflejan una eficacia en el 42% de los casos (11), mientras que en este estudio la eficacia se sitúa veinticuatro puntos por encima. Este dato, junto con el 56,25% de los pacientes que dejaron de fumar con la atención farmacéutica y sin medicación, demuestra la uti-

lidad del farmacéutico en la deshabituación al consumo de tabaco y favorece la idea de la incorporación del farmacéutico en los planes de intervención en tabaquismo.

Por otro lado, tanto las guías evaluadas en el estudio (12) como la desarrollada ad hoc realizan test de adicción y motivación, pero solo en la elaborada para el presente estudio son utilizados para clasificar a cada uno de los fumadores en grupos que se encuentren en la misma fase del cambio. El hecho de que exista una diferencia estadística significativa en la cesación del consumo de tabaco de los pacientes según la fase en la que se engloban ($p=0,045$) justifica precisamente esta separación y la necesidad de realizar diferentes intervenciones en función de la fase del cambio.

El Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT) recomienda una mayor implicación en el proceso de las oficinas de farmacia en la deshabituación al consumo de tabaco (13), de forma que el proceso no solo se oriente al uso de medicamentos, sino que también pueden influir en la adherencia a los tratamientos. De hecho, en este estudio, la adherencia al tratamiento fue del 76%.

El historial de tabaquismo de cada uno de los pacientes es uno de los factores condicionantes sobre cómo afrontan el proceso de deshabituación. La nicotina, sustancia psicoactiva del tabaco, se fija a los receptores nicotínicos de la acetilcolina y provoca una habituación progresiva a esta sustancia. Los fumadores que llevan más años consumiendo, tendrán más dependencia (14).


En el estudio se refleja que el número de cigarrillos consumidos por día es menor en los fumadores que se iniciaron en el hábito de fumar hace menos de veinte años. Sin embargo, son los fumadores que se iniciaron en el tabaquismo hace seis-quince años los que tienen una probabilidad más alta de superar la adicción (75%). Este es el grupo en el que la relación adicción/motivación está más

Deshabitación del consumo de tabaco desde las oficinas de farmacia mediante planes multidisciplinares.

JULIÁN
GONZÁLEZ
BLANCA
Y
JORGE
VICENTE
ROMERO

Rev Esp Salud Pública
Volumen 97
18/9/2023
e202309077

igualada, ya que el grupo con fumadores más recientes tienen poca motivación y los pacientes con más de quince años como fumadores tienen una mayor adicción.

En consonancia con los objetivos del estudio, se concluye que se puede dirigir un plan multidisciplinar de cesación del consumo de tabaco desde las oficinas de farmacia, que permita aumentar las tasas de deshabituación de los fármacos utilizados y, a la vez, facilite que se realice un tratamiento personalizado a cada paciente. 

BIBLIOGRAFÍA



1. Rey J, Pérez-Ríos M, Santiago-Pérez MI, Galán I, Schiaffino A, Varela-Lema *et al*. *Mortalidad atribuida al consumo de tabaco en las comunidades autónomas de España*. *Rev Esp Cardiol*. 2022; 75(2): 150-158.
2. Martín-Sánchez JC, Martínez-Sánchez JM, Bilal U, Cleries R, Fu M, Lidón-Moyano C *et al*. *Sex and age specific projections of smoking prevalence in Spain: a Bayesian approach*. *N&TR*. 2017; 20(6):725-730.
3. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. US Public Health Service. *Actualización de la guía de práctica clínica. Guía del tratamiento del tabaquismo*. 2010. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK47505/>
4. Ruiz CJ, Pinedo AR, Besada NA, Guerrero A C, Mayayo M. *Vías neurofisiológicas de la dependencia a la nicotina. Oportunidades terapéuticas*. *Rev Patol Respir*. 2008; 11 (2):67-70.
5. Valverde JM, Milán J, Girauta H, Uriarte B. *Guía de intervención grupal para el abordaje del tabaquismo en Atención Primaria*. Consejería de Salud y Consumo de las Islas Baleares. 2005. Disponible en: <http://www.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST-335ZI109557&id=109557>
6. Camarells Guillem F, Salvador Llivina T, Ramón Torell JM, Córdoba García R, Jiménez Ruiz C, López García-Aranda V *et al*. *Consenso sobre la atención sanitaria del tabaquismo en España*. *Rev Esp de Salud Pública*. 2009; 83(2): 175-200.
7. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. *Estrategia Nacional sobre adicciones 2017-2024*. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209_ESTRATEGIA_N.ADICCIONES_2017-2024_aprobada_CM.pdf
8. Olano-Espinosa E, Matilla-Pardo B, Sánchez-Sanz E, Alarcón-Aramburu E. *¿Intervención mínima en tabaquismo? El protocolo de atención al paciente fumador en atención primaria*. *Aten Primaria*. 2005; 36(9): 515.

Deshabitación del consumo de tabaco desde las oficinas de farmacia mediante planes multidisciplinarios.

JULIÁN GONZÁLEZ BLANCA y JORGE VICENTE ROMERO

9. Gaztelurrutia L, Gómez JC, Aguilo MC, Ríos J, Sicilia PL, Satue E et al. *Rol del farmacéutico comunitario como agente de salud en la cesación tabáquica*. SEFAC. 2020. Disponible en: https://www.elfarmacéutico.es/uploads/static/elfarmacéutico/images/stories/584/DOC.%20CESACION_TABAQUICA_.pdf
10. Gonzales D, Rennard SI, Nides M, Oncken C, Azoulay S, Billing CB et al. (Varenicline Phase 3 Study Group). *Varenicline, an $\alpha 4\beta 2$ nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial*. JAMA. 2006; 296(1), 47-55.
11. Herrera MR, Fernández-García JM, Andújar RC, Altozano CS, Carpi JU. *Tratamiento farmacológico de la obesidad para médicos de Atención Primaria*. SEMERGEN. 2019; 45(8), 559-565.
12. García-algar O, Pichini S, Pacifici R, Castellanos E. *Consejo médico para promover el abandono del consumo de tabaco en el embarazo: guía clínica para profesionales sanitarios*. Aten Primaria. 2003; 32(8), 481-491.
13. Villalbí JR, Suelves JM, Martínez C, Valverde A, Cabezas C, Fernández E. *El control del tabaquismo en España: situación actual y prioridades*. Rev Esp Salud Pública. 2019; 93, e201907044. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272019000100014&lng=es
14. Richart-Martínez M, Cabrero-García J, Sancho N, Reig-Ferrer A. *Variables sociodemográficas, médicas y psicológicas relacionadas con el comportamiento de fumar y con los intentos de dejar de fumar en una muestra comunitaria*. Anál Modif Conducta. 1993; 19(68), 859-882.

Deshabitación del consumo de tabaco desde las oficinas de farmacia mediante planes multidisciplinares.

JULIÁN
GONZÁLEZ
BLANCA
Y
JORGE
VICENTE
ROMERO

Rev Esp Salud Pública
Volumen 97
18/9/2023
e202309077