

Cambios en el consumo de tabaco en la población general en Barcelona, 1983-2000

M. Nebot, Z. Tomás, M.J. López, C. Ariza, E. Díez, C. Borrell y J.R. Villalbí

Objetivos. Analizar las tendencias de la prevalencia del hábito tabáquico y sus determinantes en la población general de Barcelona entre 1983 y 2000.

Diseño. Estudio de series temporales.

Emplazamiento. Encuesta de salud mediante entrevista realizada en el domicilio a muestras representativas de la población general de Barcelona.

Participantes. En los años 1983, 1992 y 2000 se entrevistó a 3.134, 5.004 y 10.000 personas, respectivamente.

Mediciones y resultados principales. Entre 1983 y 2000 se mantiene la tendencia decreciente del consumo diario de tabaco entre los varones, que pasa del 54,6 al 38,3%, mientras que el consumo en las mujeres aumenta del 20,9% en 1983 al 24,5% en 1992, pero se mantiene estable en 2000 (24,5%). La proporción de fumadores que manifiesta su deseo de dejar de fumar aumenta en ambos sexos entre 1992 y 2000 y pasa del 54,2 al 65,7% del total de los fumadores. También se produce en este período un aumento de la proporción de fumadores que declara haber sido aconsejado para dejar de fumar por su médico (del 36,1 al 48,1%). Las tendencias en ambos sexos muestran un mayor consumo en los grupos socioeconómicos más desfavorecidos.

Conclusiones. Los resultados del estudio confirman la disminución de la prevalencia del consumo diario de tabaco y el incremento de fumadores que se plantean dejar de fumar, paralelo al aumento del consejo médico. Sin embargo, las tendencias entre los grupos más jóvenes permanecen estables, lo que obliga a intensificar los esfuerzos en este grupo de población.

Palabras clave: Tabaquismo. Salud pública. Encuesta de salud.

CHANGES IN TOBACCO USE IN THE GENERAL POPULATION OF BARCELONA, 1983-2000

Objectives. To analyze the prevalence trends for smoking and its determinants in the general population of Barcelona from 1983 to 2000.

Design. Time series study.

Setting. Health survey based on home interviews of a representative sample of the general population of Barcelona.

Participants. In the years 1983, 1992, and 2000 we interviewed 3134, 5004, and 10 000 persons, respectively.

Main outcome measures and results. Between 1983 and 2000 daily tobacco use showed a steady tendency to decrease among men, with a prevalence that decreased from 54.6% to 38.3%, while in women, smoking increased between 1983 and 1992 (from 20.9% to 25.4%) but remained stable in 2000 (24.5%). The proportion of smokers who said they wanted to quit increased in both sexes from 1992 (54.2%) to 2000 (65.7%). During this period the proportion of smokers who said their doctor had advised them to quit increased from 36.1% to 48.1%. The trends for both sexes showed that consumption of tobacco products was greater among less privileged socioeconomic groups.

Conclusions. The results of this study confirm the decrease in the prevalence of daily consumption of tobacco products and the increase in smokers who would like to quit, in parallel with the increase in advice from physicians to quit. However, the trends among younger groups remained stable, a finding that makes it necessary to intensify efforts aimed at this population group.

Key words: Smoking. Public health. Health survey.

English version available at
www.atencionprimaria.com/83.738

A este artículo sigue
un comentario editorial
(pág. 463)

Servei d'Avaluació i Mètodes.
Agència de Salut Pública de
Barcelona. Espanya.

Correspondencia: Manel Nebot.
Servei d'Avaluació i Mètodes.
Agència de Salut Pública de
Barcelona.
Pza. Lesseps, 1. 08023 Barcelona.
Espanya.
Correo electrónico:
mnebot@aspb.es

Manuscrito recibido el 7 de octubre de 2003.
Manuscrito aceptado para su publicación el 3 de mayo de 2004.

Introducción

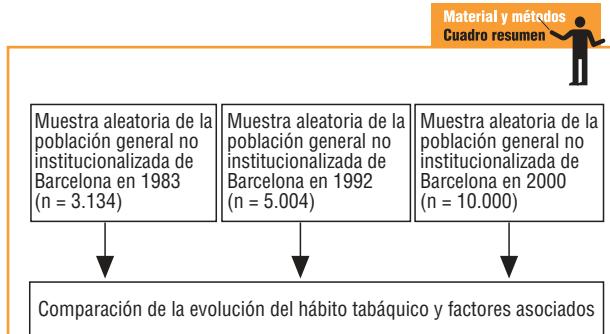
A pesar de las reiteradas denuncias de los estragos del tabaquismo, causante en España de más de 45.000 muertes anuales¹, la difusión de la epidemia ha continuado aumentando en los últimos años, especialmente entre las mujeres^{2,3}. En las últimas décadas, mientras la prevalencia del hábito ha disminuido en el conjunto de la Unión Europea en los varones, en las mujeres ha aumentado o se ha mantenido estable⁴. Entre las causas de este incremento, se han citado algunas creencias que la industria tabaquera ha ayudado a difundir, como la supuesta menor nocividad de los cigarrillos «light» y un supuesto efecto del consumo de tabaco en el control del peso⁴.

En Cataluña, entre 1982 y 1998 se observó una reducción de la prevalencia de fumadores en todos los grupos de edad en la población de hombres, mientras que la prevalencia se incrementó entre las mujeres, sobre todo en el grupo de 24-54 años⁵, si bien los varones iniciaban antes el hábito, fumaban más cigarrillos diarios y tenían un grado de dependencia superior⁶. En el conjunto del Estado, entre 1987 y 1997, el abandono del hábito tabáquico en los varones aumentó en todas las edades, mientras que en las mujeres lo hizo sólo entre las de 25-44 años pertenecientes a una clase social con actividades de tipo no manual⁷.

Además del sexo, el nivel socioeconómico ha sido identificado como una variable de gran trascendencia para explicar las tendencias del consumo de tabaco⁸. En nuestro medio, de forma similar a lo observado en otros países del sur de Europa, se ha descrito en los años ochenta que la disminución del consumo se ha producido en primer lugar entre los varones de clases sociales más aventajadas, mientras que entre las mujeres se ha producido, en el mismo período, un marcado aumento de la prevalencia en las clases menos privilegiadas, sobre todo en los grupos de edad más jóvenes^{7,9,10}. En las mujeres de mayor edad, las prevalencias más elevadas se observan todavía entre las clases sociales más aventajadas, lo que indica que nos hallamos en la fase 3 de la epidemia, según el modelo de difusión del tabaquismo descrito por López et al⁸, mientras que los países anglosajones se hallarían en la fase 4, caracterizada por un consumo mayor en las clases menos privilegiadas, tanto en varones como en mujeres¹¹.

En nuestro medio disponemos de escasas series históricas, por lo que es especialmente importante tener indicadores que permitan controlar el consumo de tabaco y sus tendencias en relación con los factores sociodemográficos, con la finalidad de diseñar y corregir las políticas de prevención adecuadas¹². En este sentido, el objetivo de este estudio es describir las tendencias del consumo de tabaco y la evolución de los factores epidemiológicos asociados a éste en los residentes de la

Material y métodos
Cuadro resumen



Esquema general del estudio

Estudio de series temporales de la evolución de la prevalencia del hábito tabáquico a partir de los datos de las encuestas de Salud de Barcelona de 1983, 1992 y 2000.

ciudad de Barcelona en los años 1983, 1992 y 2000, para lo que se han utilizado las encuestas de salud de la ciudad. Asimismo, se describe la evolución de la edad de inicio, la actitud hacia el hábito y el consejo médico recibido para dejar de fumar entre 1992 y 2000, datos que no se valoraron en la encuesta de 1983.

Material y métodos

La información se ha obtenido a partir de los datos de la Encuesta de Salud de Barcelona (ESBA), que consiste en una entrevista domiciliaria a muestras de la población de Barcelona no institucionalizada ≥ 15 años realizada en los años 1983, 1992 y 2000. La metodología de las encuestas ha sido descrita previamente¹³⁻¹⁵. La muestra total fue de 3.134 personas en 1983, 5.004 personas en 1992 y 10.000 en 2000, que se ponderó para los 10 distritos en que se divide la ciudad, con lo que se obtuvo una muestra representativa de 10.030 personas. El período de las encuestas fue de enero a junio de 1993, de enero a diciembre de 1992 y de marzo de 2000 a febrero de 2001.

En el presente estudio se comparan las respuestas relativas al consumo de tabaco en los años citados, para las personas de más de 14 años de edad incluidas en la encuesta. En la encuesta de 1983 se consideró como fumadora a la persona que fumaba de manera habitual u ocasional cigarrillos, puros o pipas en el momento de la entrevista, y ex fumadora a la que lo había hecho con anterioridad. Para los datos de 1992 y 2000 se ha considerado fumadora a la persona que fumaba ≥ 1 cigarrillo al día, y ex fumadora a la que lo hacía anteriormente. Para calcular las tasas de abandono, el porcentaje de ex fumadores se ha calculado utilizando como denominador los ex fumadores y los fumadores, y se ha excluido a los no fumadores.

En las encuestas de 1992 y de 2000 se incluyeron preguntas acerca de la motivación para dejar de fumar, como los deseos de dejarlo y los intentos previos (en los últimos 12 meses), y se preguntó a los fumadores si en la semana previa a la entrevista habían sido requeridos en alguna ocasión para dejar de fumar en algún espacio

público o domiciliario, y también, si el médico les había aconsejado dejar de fumar en alguna ocasión. Aunque no se dispone de esta información para el año 1983, se presentan los resultados comparativos de la respuesta a estas preguntas para las 2 últimas encuestas.

La clase social del individuo se ha obtenido mediante la ocupación de la persona entrevistada. Se ha utilizado la adaptación española de la clasificación del British Registrar General¹⁶, que clasifica las clases sociales en:

- I: directivos y profesionales universitarios.
- II: profesionales de primer ciclo universitario.
- III: trabajadores manuales no cualificados.
- IV: trabajadores manuales cualificados y semicualificados.
- V: trabajadores manuales no cualificados.

Para el análisis, las clases se han agrupado en I-II, III y IV-V.

Resultados

En la tabla 1 se muestra la evolución de la prevalencia del hábito tabáquico por edad y sexo en los años 1983, 1992 y 2000. En líneas generales se observa una disminución de

TABLA 1 Evolución de la prevalencia del hábito tabáquico según la edad y el sexo. Barcelona 1983, 1992 y 2000

	1983 ^a	1992 ^b	2000 ^c
Varones			
15-24 años	46,0	42,6	40,3
25-34 años	64,4	60,1	45,8
35-44 años	66,7	54,6	47,0
45-54 años	58,4	50,8	41,9
55-64 años	52,0	46,0	33,3
≥ 65 años	40,1	26,4	23,3
15-64 años	54,6	46,2	38,3
Mujeres			
15-24 años	42,4	41,7	42,2
25-34 años	39,2	54,3	41,7
35-44 años	25,4	36,4	42,2
45-54 años	14,1	15,7	22,5
55-64 años	9,0	9,0	10,1
≥ 65 años	4,7	3,6	2,2
15-64 años	20,9	25,4	24,5
Ambos sexos			
15-24 años	44,1	42,2	41,3
25-34 años	51,0	57,2	43,8
35-44 años	44,5	45,2	44,3
45-54 años	37,1	31,1	32,1
55-64 años	26,5	25,4	20,9
≥ 65 años	18,6	13,3	10,5
15-64 años	36,2	35,1	30,9

^aHabitual + ocasional. ^b> 1 cigarrillo/día + < 1 cigarrillo/día. ^cDiarios + ocasionales.

TABLA 2 Evolución del abandono del hábito tabáquico según la edad y el sexo. Barcelona 1983, 1992 y 2000

	1983		1992		2000	
	Ex fumadores n	% ^a	Ex fumadores n	% ^a	Ex fumadores n	% ^a
Varones						
15-24 años	6	8,7	25	13,8	56	17,3
25-34 años	14	15,2	51	19,4	92	22,6
35-44 años	21	18,3	67	28,9	163	34,4
45-54 años	41	28,9	57	31,0	187	42,3
55-64 años	41	38,5	100	41,5	246	56,7
≥ 65 años	59	52,9	180	65,6	416	69,8
Total	183	28,6	480	34,9	1.160	43,3
Mujeres						
15-24 años	12	14,9	22	12,2	55	16,1
25-34 años	17	24,1	43	18,6	94	25,2
35-44 años	14	25,5	43	26,7	181	35,2
45-54 años	3	12,6	27	35,1	118	45,6
55-64 años	8	31,8	16	31,9	73	52,7
≥ 65 años	6	37,6	36	67,9	92	77,7
Total	59	22,0	187	24,9	612	35,2
Ambos sexos						
Total	242	26,7	668	31,3	1.773	40,1

^aTasa de abandono: ex fumadores/(fumadores + ex fumadores).

las diferencias entre ambos性, a expensas principalmente de la reducción en los varones, en los que el consumo pasa del 54,6 al 38,3%. En las mujeres, en cambio, se produce un discreto aumento entre 1983 y 1992, período en el que la proporción de fumadoras habituales pasa del 20,9 al 25,4%, mientras que en 2000 se mantiene en el 24,5%. El resultado neto es una disminución moderada del consumo global en la población general, en la que la proporción de fumadores diarios pasa del 36,2 al 30,9% en el período estudiado. Por otro lado, la edad de máximo consumo, que permanece estable entre los varones entre los 15 y los 34 años, parece retrasarse entre las mujeres, ya que la prevalencia máxima se observa en el grupo de 15-24 años en 1983, en el de 25-34 años en 1992 y en el de 35-44 años en 2000, aunque en este año se observa una prevalencia similar en el grupo más joven.

En la tabla 2 se presenta la evolución de las tasas de abandono por edad y sexo. En la población general se observa un aumento del porcentaje de ex fumadores, que pasa de un 26,7% en 1983 a un 31,3% en 1992 y a un 40,1% en 2000; este incremento se produce sobre todo en los mayores de 35 años. El aumento del abandono se produce en ambos性; en términos relativos, el aumento en las mujeres es superior al de los varones (60 frente a 51%). La proporción de abandonos aumenta con la edad en ambos性, si bien el incremento en las mujeres es muy superior

**TABLA
3****Evolución de variables asociadas con el hábito tabáquico según la edad. Barcelona, 1992 y 2000**

	Edad media de inicio		Le gustaría dejar de fumar		Ha intentado dejar de fumar		El médico le ha aconsejado dejar de fumar	
	1992	2000	1992	2000	1992	2000	1992	2000
	Media	Media	%	%	%	%	%	%
Varones								
15-24 años	16,0	16,0	47,5	55,7	26,9	30,5	21,8	37,1
25-34 años	17,1	17,3	53,1	69,2	33,2	35,9	31,6	43,6
35-44 años	17,4	17,5	58,0	69,3	32,8	33,0	30,6	47,7
45-54 años	17,8	18,2	63,9	69,0	32,0	36,9	46,9	52,2
55-64 años	17,5	18,7	56,6	62,1	37,2	38,5	57,0	56,0
≥ 65 años	17,1	17,9	48,0	57,7	42,1	38,1	54,7	66,3
Total	17,1	17,5	54,6	64,7	33,4	35,1	38,3	48,9
Mujeres								
15-24 años	16,0	15,8	48,3	61,8	37,2	39,1	29,8	40,7
25-34 años	16,7	17,5	58,4	68,0	40,4	35,6	38,8	44,4
35-44 años	19,4	18,2	56,9	71,7	25,6	37,5	31,3	49,6
45-54 años	23,1	20,3	47,8	64,2	25,0	33,8	28,2	50,3
55-64 años	29,2	25,8	50,4	73,7	30,8	39,4	23,8	61,7
≥ 65 años	32,2	27,5	39,2	55,1	26,1	39,2	17,7	57,2
Total	18,8	18,3	53,4	67,1	34,3	37,1	32,4	47,1
Ambos sexos								
Total	18,3	17,8	54,2	65,7	33,7	36,0	36,1	48,1

en términos relativos, ya que pasa del 37,6% en el grupo ≥ 65 en 1983 al 77,7% en 2000, mientras que en los varones, las tasas en el mismo grupo pasan del 52,9 al 69,8%.

La evolución de 1992 a 2000 de la edad media de inicio, el deseo de dejar de fumar y los intentos previos, así como del consejo médico recibido para dejar de fumar se muestran en la tabla 3. La edad media de inicio se ha reducido ligeramente (de 18,3 a 17,8 años), a expensas de la disminución de la edad media en las mujeres, en las que pasa de 18,8 a 18,3 años. También se observa un aumento muy marcado de la proporción de personas fumadoras a las que le gustaría dejar de fumar, que pasa de un 54,2 a un 65,7%, sin diferencias notables entre sexos. Sin embargo, la proporción de personas que ha intentado dejar de fumar en los últimos 12 meses se mantiene estable en este período, pasando del 33,7 al 36%. Tanto en varones como en mujeres aumenta en este período la proporción de fumadores que declara haber recibido consejo de su médico para dejar de fumar, especialmente entre las mujeres, lo que hace que en 2000 la proporción sea similar y cercana al 50% en ambos sexos.

Finalmente, en la tabla 4 se presenta la evolución del consumo de tabaco por clase social y sexo. En los varones se observa en este período un aumento del gradiente socioeconómico, ya que la proporción de fumadores era similar

en todos los grupos socioeconómicos en 1983, mientras que en 2000 es muy inferior en los grupos I y II (33,4%) que en los grupos IV y V (42,3%). En las mujeres, por el contrario, se observa en este período una tendencia a la igualdad, con un aumento importante entre las mujeres del nivel socioeconómico IV-V, en las que la proporción de fumadoras regulares pasa del 14,8 al 21,5%.

Discusión

Los resultados del estudio muestran algunos datos esperanzadores, ya que se mantiene la tendencia decreciente del consumo en los varones, al tiempo que sugieren una estabilización del hábito en las mujeres, que podrían haber alcanzado el máximo de prevalencia. Además, en este período se produce un aumento marcado de la proporción de fumadores que se plantea dejar de fumar, aunque la proporción que declara haber realizado algún intento para dejarlo no varía. Cabe destacar el importante aumento de la proporción de fu-

madores que manifiesta haber sido aconsejado por su médico para dejar de fumar. En este sentido, hay que destacar el papel cada vez más activo de los profesionales de atención primaria para promover el abandono del tabaquismo^{17,18}. Por el contrario, no hay un aumento percibido de la presión social para restringir el consumo en espacios públicos. Finalmente, los resultados del estudio son coherentes con el modelo de difusión de la epidemia de tabaquismo, ya que muestran una disminución marcada del tabaquismo entre los varones de clase social más privilegiada, al tiempo que entre las mujeres, el mayor aumento relativo se produce en los grupos menos aventajados²⁻³. Antes de valorar las implicaciones de los resultados, cabe señalar las limitaciones inherentes a la metodología de la encuesta de salud por entrevista que, al corresponder a la de los estudios transversales, no permite realizar inferencias causales. Por otro lado, cabe señalar que las preguntas relacionadas con el consumo de tabaco variaron ligeramente entre 1983 y las encuestas sucesivas, lo que ha obligado a analizar de manera conjunta a los fumadores habituales y ocasionales.

En conjunto, las tendencias observadas en nuestro estudio son similares a las descritas en otros estudios en períodos comparables, tanto en el ámbito autonómico de Cataluña¹⁹ como en otros países desarrollados²⁰. Sin embargo,

TABLA
4

Evolución del consumo de tabaco por clase social y sexo. Barcelona 1983, 1992 y 2000

	1983				1992				2000			
	Fumadores (habitual + ocasional)		Ex fumadores		Fumadores (> 1 cigarrillo/día + < 1 cigarrillo/día)		Ex fumadores		Fumadores (diarios + ocasionales)		Ex fumadores	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Varones												
Clase social												
I-II	95	54,3	34	19,3	228	42,8	149	28,1	346	33,4	304	29,3
III	111	54,3	44	21,3	210	45,9	104	22,8	447	37,2	359	29,9
IV-V	244	54,6	104	23,3	398	50,1	174	22,0	712	42,3	487	29,0
Total	451	54,5	182	22,0	836	46,9	428	24,0	1.505	38,4	1.150	29,3
Mujeres												
Clase social												
I-II	50	34,0	21	14,5	172	35,3	52	10,7	264	32,0	147	17,8
III	67	29,4	18	7,7	157	31,0	61	12,1	370	27,7	217	16,2
IV-V	81	14,8	16	3,0	210	20,2	60	5,8	478	21,5	228	10,2
Total	198	21,5	55	6,0	539	26,5	174	8,5	1.111	25,4	591	13,5
Ambos sexos												
Clase social												
I-II	146	45,0	55	17,1	399	39,2	201	19,8	610	32,8	450	24,2
III	178	41,2	61	14,2	367	38,0	166	17,2	817	32,2	576	22,7
IV-V	325	32,7	121	12,2	608	33,2	235	12,8	1.190	30,5	715	18,3
Total	649	37,1	237	13,6	1.375	36,0	602	15,8	2.616	31,5	1.741	21,0

nuestros datos muestran, por primera vez en nuestro medio, una tendencia global decreciente, debido a que la disminución que se produce entre los varones supera al aumento que se registra entre las mujeres. En cualquier caso, las tendencias entre los jóvenes de 15 a 24 años, en los que se ha producido un aumento entre 1993 y 2000, no invitan a ser demasiado optimistas, a tenor de lo observado en otros países como Estados Unidos donde, a pesar de haber obtenido notables avances en el control del tabaquismo, las tendencias en los jóvenes no han disminuido o incluso han aumentado en los años noventa²¹. Esta tendencia probablemente tiene relación con los esfuerzos cada vez más selectivos de la publicidad hacia estos grupos de edad^{22,23}. En este período se produce un aumento marcado de la proporción de fumadores que se plantea dejar de fumar, aunque la que declara haber realizado algún intento para dejarlo no varía. La proporción de fumadores que desearían dejarlo, que en 2000 se sitúa ya en el 70%, señala un grado de disociación entre la intención de conducta y el propio hábito que sólo puede explicarse por el elevado, aunque con frecuencia subestimado, grado de adicción²⁴, y pone de relieve la necesidad de facilitar el acceso a los recursos para dejar de fumar, empezando por la ayuda de los profesionales sanitarios, que deben estar preparados para aumentar su contribución en este ámbito. En este sentido, hay que destacar el importante incremento de la propor-

ción de fumadores que manifiesta haber sido aconsejado por su médico para dejar de fumar y que, por tanto, iría en la dirección necesaria¹⁸.

Uno de los hallazgos menos esperados es que no se registra un aumento percibido de la presión social para restringir el consumo en espacios públicos, a pesar de que en ocasiones se invoca la intolerancia y la críspación social como argumentos supuestamente contrarios a la necesidad de regular y controlar el consumo de tabaco. Sin embargo, no se puede descartar que la aparente estabilidad del control social percibido no se deba tanto a que éste ha disminuido como a que los propios fumadores limiten de manera espontánea su consumo en espacios públicos, por lo que sería preciso obtener otro tipo de indicadores que permitan controlar con precisión la presión social y, básicamente, la de los no fumadores.

Por último, los resultados del estudio son coherentes con el modelo de difusión de la epidemia de tabaquismo, ya que muestran una disminución marcada del tabaquismo entre los varones de clase social más privilegiada, al tiempo que entre las mujeres el aumento se produce en los grupos menos privilegiados^{7,8,25}. Esto nos sitúa en la fase 3 de la epidemia del tabaquismo, junto a otros países del sur de Europa¹¹. En cualquier caso, como se ha señalado, no podemos bajar la guardia: la combinación de un enorme poder adictivo y una escasa visibilidad social de los



Lo conocido sobre el tema

- El consumo de tabaco es la principal causa evitable de mortalidad en los países desarrollados.
- A pesar de las abrumadoras evidencias de sus efectos en la salud, el tabaquismo constituye todavía uno de los factores de riesgo más prevalentes en nuestro medio y afecta a un tercio de la población adulta.

Qué aporta este estudio

- Se mantiene la tendencia decreciente del consumo en los varones y se estabiliza el de las mujeres. La disminución del consumo es más acusada en los niveles socioeconómicos más elevados.
- Aumenta la proporción de fumadores que se plantea dejar de fumar y manifiesta haber sido aconsejado por su médico para dejar de fumar.
- Los resultados del estudio son coherentes con el modelo de difusión de la epidemia de tabaquismo y apuntan hacia la necesidad de concentrar los esfuerzos de sensibilización en mujeres y jóvenes, así como de facilitar el abandono en los varones fumadores.

efectos sobre la salud, los ingentes recursos que la industria dedica a la publicidad y promoción del tabaco, nos obligan a seguir muy activos en la vigilancia y el control del tabaquismo como problema de salud pública. Sería muy necesario poder hacerlo, además, con los recursos adecuados.

Agradecimiento

A todos los investigadores del estudio HTA-ALERT y al Grupo de Cumplimiento de la Asociación de la Sociedad Española de Hipertensión y Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión (SEH-LELHA).

Bibliografía

1. González Enríquez J, Villar Álvarez F, Banegas JR, Rodríguez Artalejo F, Martín Moreno JM. Trends in the mortality attributable to tobacco use in Spain, 1978-1992: 600.000 deaths in 15 years. *Med Clin (Barc)* 1997;109:577-82.
2. Fernández E, Schiaffino A, Peris M. Tabaquismo en mujeres: un problema de salud emergente. *Enf Emerg* 2002;3:180-6.
3. Nebot M. Tabaquismo en mujeres: un problema de salud emergente. *Enf Emerg* 2001;3:174-5.
4. Joossens L, Sasco A, Salvador T, Villalbi JR. Women and tobacco in the European Union. *Esp Salud Pública* 1999;73:3-11.
5. Pardell H, Saltó E, Tresserras R, Junca S, Fernández E, Vicente R, Segura A, et al. Smoking prevalence trends in Catalonia, Spain, 1982-1994. *Med Clin (Barc)* 1997;109:125-9.
6. Saltó E, Cabezas C, Nebot M. Tabac. Dones i homes. Dues maneres de viure. Dues realitats de salut. *Annals de Medicina* 2000;83(Supl 1):10-4.
7. Reginor E, Gutiérrez-Fisac JL, Calle ME, Navarro P, Domínguez V. Trends in cigarette smoking in Spain by social class. *Prev Med* 2001;33:241-8.
8. López AD, Collishaw NE, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tob Control* 1994;3:242-7.
9. Nebot M, Borrell C, Ballestín M, Villalbí JR. Prevalencia y características asociadas al consumo de tabaco en población general en Barcelona entre 1983 y 1992. *Rev Clin Esp* 1996;196:359-64.
10. Borrell C, Rue M, Pasarin MI, Rohls I, Ferrando J, Fernández E. Trends in social class inequalities in health status, health-related behaviors, and health services utilization in a Southern European urban area (1983-1994). *Prev Med* 2000;31:691-701.
11. Cavelaars A, Kunst AE, Geurts JM, Crialesi R, Grötveldt L, Helmert U. Educational differences in smoking: international comparisons. *BMJ* 2000;320:1102-7.
12. Villalbí JR, Nebot M. Salud pública y tabaco. En: Martínez-Navarro F, Marset P, Navarro V, Gili M, Antó JM, editores. *Salud pública*. Madrid: McGraw Hill-Interamericana, 1998.
13. Antó JM, Domingo A, Company A. Aspectos metodológicos de la Encuesta de Salud de Barcelona. *Gac Sanit* 1983;1(Supl):50-60.
14. Borrell C, Arias A, Baranda L, Lozares C. Manual de l'enquesta de salut de Barcelona 1992. Barcelona: Àrea de Salut Pública de l'Ajuntament de Barcelona, 1992.
15. Borrell C, Baranda L, Rodríguez M. Manual de la encuesta de salud de Barcelona 2000-2001. Barcelona: Institut Municipal de Salut Pública, 2001.
16. Grupo SEE y Grupo SEMFYC. Una propuesta de medida de la clase social. *Aten Primaria* 2000;25:350-63.
17. Clemente ML, Alonso JA, Córdoba R, Grandes G, Nebot M, Solbes A, et al. Guía para el abordaje del tabaquismo en atención primaria. *Aten Primaria* 1999;30;24:101-8.
18. Cabezas C. Intervenciones sobre el tabaquismo desde la atención primaria. *Aten Primaria* 2000;25:584-8.
19. Jané M, Saltó E, Pardell H, Tresserras R, Guayta R, Taberner JL, et al. Prevalencia del tabaquismo en Cataluña 1982-1998: una perspectiva de género. *Med Clin (Barc)* 2002;118:81-5.
20. Molarius A, Parsons RW, Dobson AJ, Evans A, Fortmann SP, Jamrozik K, et al. Trends in cigarette smoking in 36 populations from the early 1980s to the mid-1990s: findings from the WHO MONICA project. *Am J Public Health* 2001;91:206-12.
21. Trends in cigarette smoking among high school students-United States 1991-1999 [editorial]. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2000;49:755-8.
22. Biener L, Siegel M. Tobacco marketing and adolescent smoking: more support for a causal inference. *Am J Public Health* 2000;90:407-11.
23. Pierce JP, Distefan JM, Jackson C, White MM, Gilpin EA. Does tobacco marketing undermine the influence of recommended parenting in discouraging adolescents from smoking? *Am J Prev Med* 2002;23:73-81.
24. Breslau N, Johnson EO, Hiripi E, Kessler R. Nicotine dependence in the United States: prevalence, trends, and smoking persistence. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:810-6.
25. Paluzie G, Sans S, Balañá L, Puig T, González-Sastre F, Balañer-Vintró I. Tendencias en el hábito tabáquico según nivel de educación entre 1986 y 1996: el estudio MÓNICA. *Catalonia. Gac Sanit* 2001;4:303-11.

COMENTARIO EDITORIAL

Tendencias en el consumo de tabaco en España

F. Camarelles

Centro de Salud General Mascaró. Madrid. España.

Epidemiología descriptiva del tabaquismo en nuestro país

En nuestro país hay escasas series históricas sobre el consumo de tabaco. Sólo disponemos de datos acerca de la prevalencia del consumo de cigarrillos en España desde el año 1987, según las diferentes Encuestas Nacionales de Salud (ENSE). Según la ENSE de 2001, la prevalencia de tabaquismo en la población española mayor 16 años era en ese año del 34,4%. Comparado con los resultados obtenidos en la ENSE de 1987, en la que la prevalencia fue del 38,4%, se observa un ligero descenso del consumo de tabaco en España¹. Algunos resultados proporcionados por la ENSE de 2003 relativos al primer trimestre sitúan el consumo de tabaco en el 31% de la población mayor de 16 años. Estos datos son provisionales y no están publicados. Los patrones de consumo de tabaco varían considerablemente según el sexo y la edad. En la ENSE de 2001, el porcentaje de varones fumadores fue del 42,1% y el de mujeres, del 27,2%. Al analizar la evolución del tabaquismo en España de 1987 a 2001 podemos observar que el consumo de tabaco ha descendido sensiblemente en los varones (del 55 al 42,1%), mientras que en las mujeres se ha incrementado (del 23 al 27,2%). Hay una tendencia hacia un descenso del consumo en los varones y un aumento en las mujeres, aunque en estas últimas parece que se ha estabilizado.

Por grupos de edad, el porcentaje más alto de población fumadora se observa en el grupo de 25-44 años (48,2%), seguido del grupo de 16-24 años (41,7%).

Llama la atención que en las mujeres jóvenes, de 16 a 24 años, el porcentaje de tabaquismo es mayor que en los varones (el 40,8% de los varones y el 42,7% de las mujeres). Este predominio de mujeres fumadoras se repite en edades escolares. Según los datos de la última encuesta sobre el uso de drogas en la población escolar realizada en 2000 (Plan Nacional Sobre Drogas), el 30,5% de los escolares de 14-18 años han fumado en el último mes. Las chicas tienen una prevalencia de consumo mayor que los chicos (35,8 frente a 25,2%).

Es importante disponer de indicadores que nos permitan controlar el consumo de tabaco y sus tendencias en relación con factores sociodemográficos. Esto nos puede servir para diseñar y corregir las políticas de prevención que

Puntos clave

- Tanto los datos de la Encuesta de Salud de Barcelona como los de la ENSE reflejan que en nuestro país está disminuyendo la prevalencia del tabaquismo; sin embargo, nos situamos en un nivel medio-alto de tabaquismo si nos comparamos con nuestros vecinos europeos.
- El porcentaje de varones fumadores ha descendido sensiblemente en los últimos años, mientras que ha aumentado el de mujeres fumadoras.
- Más del 60% de los fumadores desearía dejar de fumar.
- El consejo del profesional sanitario para el abandono del tabaquismo es una herramienta fundamental de intervención de la atención primaria.

se establezcan. A este respecto, hay que destacar la pertinencia y utilidad de la Encuesta de Salud de Barcelona (ESBA), que proporciona datos epidemiológicos de tabaquismo anteriores al inicio de las ENSE del Ministerio de Sanidad.

Los datos de prevalencia total y distribución por grupos de edad obtenidos en la ESBA son similares a los hallados en las ENSE y resaltan la necesidad de focalizar los esfuerzos de prevención y control del tabaquismo en mujeres y en jóvenes.

Como curiosidad, cabe destacar que hay variaciones geográficas del consumo de tabaco en España, con apreciables diferencias en la prevalencia del tabaquismo entre comunidades autónomas. Cantabria y Murcia son las comunidades con una mayor prevalencia de tabaquismo y Castilla-La Mancha, Baleares y Aragón las que presentan una prevalencia menor².

Tabaquismo en el mundo

La prevalencia del tabaquismo varía según los países, tanto en la prevalencia total como en su distribución por se-

xos. En la Unión Europea, Canadá y Estados Unidos, el consumo de tabaco se ha estabilizado y ha comenzado a disminuir; sin embargo, en el ámbito mundial cada vez hay mayor un número de fumadores de ambos性。

En la Unión Europea, la prevalencia de tabaquismo varía según los países. Si comparamos el consumo en nuestro país con el de otros países europeos observamos que nos situamos en la banda alta de consumo de tabaco. Los países con menor consumo son Reino Unido (27%), Suecia (20%) Dinamarca (27%), Italia (27,5%), Países Bajos (27,5%), Francia (27%) y Portugal (23,3). En la otra banda se sitúan países como Polonia (34%), Rusia (45%), Grecia (45%) y Turquía (40%)³. La recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es reducir a menos del 20% el número de fumadores en cada país.

Otros determinantes del consumo de tabaco

Además del sexo y la edad, el nivel socioeconómico se ha identificado como una variable que explica las tendencias del consumo de tabaco. En España, el porcentaje de población que ha dejado de fumar es mayor en los niveles educativos más altos. La tendencia es un mayor consumo en las clases menos privilegiadas, tanto en varones como en mujeres².

La ESBA proporciona datos muy interesantes sobre la intención de abandonar el hábito por parte de los fumadores, los intentos previos de abandono y datos sobre el recuerdo del consejo sanitario del médico para dejar de fumar que no nos proporcionan las ENSE.

Con respecto a la intención de dejar de fumar, cabe destacar que en la ESBA la sitúa en el 65,7%. Este porcentaje es similar al de otros estudios realizados, que sitúan alrededor del 70% el porcentaje de fumadores que desean dejar de fumar definitivamente; además, un 46% intenta abandonarlo cada año y más del 70% de los fumadores establecen un contacto anual con el ámbito sanitario⁴.

En el II Estudio de la Efectividad de las Actividades Preventivas del Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC, 2001) se constató que se administró consejo antitabaco al 33% de los fumadores. También, en la reciente Encuesta a la población para la valoración y el conocimiento de su percepción sobre actividades preventivas del PAPPS (2003), se

objetiva que el 45,3% de la población encuestada recuerda haber sido aconsejada alguna vez en la consulta sobre el abandono del hábito tabáquico. Estos datos son similares a la proporción de fumadores que declaran haber sido aconsejados para dejar de fumar por su médico, que la ESBA sitúa en el 48,1%. Cabe destacar que el consejo sanitario para dejar de fumar proporcionado por un profesional sanitario es la actividad preventiva con una mayor relación coste-efectividad⁵. La clásica revisión de Schwartz de las intervenciones para controlar el tabaquismo encuentra que la mediana de las tasas de abstinencia al año para el consejo médico era del 6%, con un rango del 3 al 13%⁶.

El consumo de tabaco tiene un componente de adicción a una sustancia (nicotina), un componente psicológico y uno de dependencia social, por lo que es necesario estudiar las actitudes de los fumadores ante el consumo de tabaco y valorar las tendencias sociales a este respecto para intentar abordar de manera global este importante problema de salud pública. El excelente artículo sobre el que se basa este Comentario editorial explora, además de datos epidemiológicos del tabaquismo, datos sobre aspectos motivacionales y sociales del consumo de tabaco que nos pueden ser de gran utilidad para la prevención y el control del tabaquismo, en los que la atención primaria desempeña un papel de primera línea.

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional de Prevención del tabaquismo. 2003. Disponible en: www.msc.es
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 1987, 1993, 1995, 1997. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo 1989, 1995, 1997 y 1999.
3. The Tobacco Control Country Profiles (2nd ed. 2003). American Cancer Society, World Health Organization and International Union Against Cancer. Disponible en: www.who.int www.uicc.org www.cancer.org
4. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: a US Public Health Service Report. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff, and Consortium Representatives. JAMA 2000;283:3244-54. Disponible en: www.cdc.gov
5. Cummings SR, Rubin SM, Oster G. The cost-effectiveness of counselling smokers to quit. JAMA 1989;261:75-9.
6. Schwartz JL. Methods of smoking cessation. Med Clin North Am 1992;76:451-76.