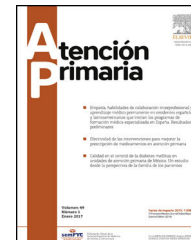




# Atención Primaria

[www.elsevier.es/ap](http://www.elsevier.es/ap)



## ORIGINAL

# Evolución del tabaquismo según clase social en la población adulta de las Islas Canarias durante el periodo 2000-2015: seguimiento de la cohorte CDC-Canarias

Francisco Javier Cuevas Fernández<sup>a,b</sup>, María José Iglesias Girón<sup>b</sup>,  
María del Cristo Rodríguez Pérez<sup>c</sup>, Silvia Ortiz Simarro<sup>d</sup>, Antonio Cabrera de León<sup>a,c,\*</sup>  
y Armando Aguirre-Jaime<sup>e,f</sup>

<sup>a</sup> Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de La Laguna, San Cristóbal de la Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España

<sup>b</sup> Gerencia de Atención Primaria de Tenerife, Santa Cruz de Tenerife, España

<sup>c</sup> Unidad de Investigación, Gerencia de Atención Primaria de Tenerife, Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España

<sup>d</sup> Dependencia de Sanidad, Subdelegación del Gobierno, Santa Cruz de Tenerife, España

<sup>e</sup> Instituto de Investigación en Cuidados, Ilte. Colegio de Enfermeros de Santa Cruz de Tenerife, Santa Cruz de Tenerife, España

<sup>f</sup> Departamento de Salud Pública, Universidad Europea de Canarias, La Orotava, Santa Cruz de Tenerife, España

Recibido el 24 de enero de 2019; aceptado el 14 de mayo de 2019

### PALABRAS CLAVE

Salud pública;  
Tabaquismo;  
Clase social;  
Estudio de cohorte

### Resumen

**Objetivo:** Conocer la evolución del consumo de tabaco en Canarias durante 2000-2015 según clase social.

**Emplazamiento:** Comunidad Autónoma de Canarias.

**Participantes:** Cohorte CDC-Canarias con cortes en 2000 (n=6.729), 2008 (n=6.171) y 2015 (n=4.705).

**Mediciones principales:** Tabaquismo, sexo, edad y clase social.

**Resultados:** El consumo disminuyó un 6% (5-7%, p < 0,001) en general, siendo más acentuado en el periodo 2000-2008 (5%). La disminución fue mayor en hombres, aunque siguieron fumando más que las mujeres, con una prevalencia del 25% (24-26%) frente al 18% (17-19%, p < 0,001). Solo hubo una disminución del consumo en los grupos jóvenes (6% [3-5%]; p = 0,011) y de edades intermedias (7% [6-8%]; p < 0,001). En todas las clases sociales se observó una disminución similar, con mayor prevalencia de tabaquismo en la clase alta: 24% (23-25%) en 2015 (p < 0,001). Al valorar conjuntamente sexo, edad y clase social, los hombres más jóvenes y de edad intermedia presentaron los mayores descensos de consumo: 8% (7-9%) clase baja y alta, 10% (9-11%) clase

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [acableon@gmail.com](mailto:acableon@gmail.com) (A. Cabrera de León).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.05.007>

0212-6567/© 2019 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Cómo citar este artículo: Cuevas Fernández FJ, et al. Evolución del tabaquismo según clase social en la población adulta de las Islas Canarias durante el periodo 2000-2015: seguimiento de la cohorte CDC-Canarias. Aten Primaria. 2019. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.05.007>

media. En la clase social baja, las mujeres más jóvenes continúan fumando más (27%) aunque abandonaron más el consumo (14%), fenómeno que en las de clase media se produjo en edades intermedias.

**Conclusiones:** La evolución del consumo de tabaco en Canarias sigue un patrón similar al conjunto de España. El abandono del consumo de tabaco se ha frenado en el periodo 2008-2015, especialmente en hombres y en clases sociales medias y altas.

© 2019 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## KEYWORDS

Public health;  
Smoking;  
Social class;  
Cohort study

## Evolution of Smoking According to Social Class in the Adult Population of the Canary Islands During 2000-2015: Follow-up of the CDC-Canary Cohort

### Abstract

**Objective:** To determine the status of tobacco consumption in the Canary Islands during 2000-2015, according to social class.

**Location:** Canary Islands.

**Participants:** General population cohort, with contacts in 2000 (n = 6,729), 2008 (n = 6,171) and 2015 (n = 4,705).

**Main measurements:** Smoking, gender, age, and social class.

**Results:** Consumption decreased by 6% (5-7%,  $P < .001$ ) in general, being more accentuated in the period 2000-2008 (5%). The decrease was greater in men, although they continued to smoke more than women, with a prevalence of 25% (24-26%) compared to 18% (17-19%,  $P < .001$ ). A decrease in consumption was only observed in the younger groups (6% [3-5%],  $P = .011$ ) and intermediate ages (7% [6-8%],  $P < .001$ ). A similar decrease was observed in all the social classes, but there was a higher prevalence of smoking in the upper class: 24% (23-25%) in 2015 ( $P < .001$ ). By jointly assessing gender, age, and social class, younger and middle age men had the greatest decreases in consumption: 8% (7-9%) low and upper classes, 10% (9-11%) middle class. In the lower social class, younger women continue to smoke more (27%) although more of them quit smoking (14%), a phenomenon that occurred in the middle class at intermediate ages.

**Conclusions:** The evolution of tobacco consumption in the Canary Islands follows a pattern similar to that of mainland Spain. The abandonment of tobacco consumption has slowed down in the period 2008-2015, especially in men, and middle and upper social classes.

© 2019 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Introducción

El tabaquismo es responsable de al menos 25 grupos de enfermedades relevantes para la salud pública<sup>1</sup>, y es una de las principales causas de muertes innecesariamente prematuras y sanitariamente evitables en Europa<sup>2</sup>. Para describir la propagación de esta epidemia en los países desarrollados se ha propuesto un modelo de cuatro fases<sup>3</sup>. En España la disminución del consumo en hombres y el inicio de su descenso en mujeres son característicos de la fase IV de este modelo similar a la de los países del entorno<sup>4-5</sup>.

La desigualdad socioeconómica es el factor que mejor explica las diferencias de salud<sup>6</sup>, y la OMS considera la pobreza como la principal causa de enfermedad<sup>7</sup>. Por su educación y nivel adquisitivo las clases altas disfrutaban de hábitos de vida más saludables. En los países desarrollados las clases altas registran una disminución de exposición a factores de riesgo cardiovascular, manteniéndose elevada en las clases bajas<sup>8</sup>. Existe una relación directa entre tabaquismo y pobreza<sup>9</sup>, y cada clase social muestra su propio patrón de consumo<sup>10</sup>; actualmente la mayor prevalencia se da en las clases sociales más bajas<sup>5,11,12</sup>, que también

presentan una mayor incidencia de enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco<sup>13</sup>.

Un determinante reconocido del consumo de tabaco es el sexo. Los varones de clase social baja tienen mayor riesgo de empezar el consumo, lo presentan en mayor grado y con menor probabilidad de abandono<sup>12,14</sup>, manteniéndose este patrón en diferentes ámbitos geográficos y culturales<sup>15</sup>. Existe una mayor proporción de personas que no han fumado nunca entre la clase alta<sup>16</sup>, y los hombres de clase alta muestran la mayor prevalencia de exfumadores, mientras que las mujeres de clase social baja muestran el mayor incremento<sup>17,18</sup>.

Otro determinante del tabaquismo es la edad. En Europa este hábito es menor a partir de los 65 años, porque en esa generación la mayoría de las mujeres no ha fumado nunca y gran parte de los varones lo han abandonado<sup>19</sup>. En cambio, entre los jóvenes el consumo en mujeres supera al de los hombres<sup>20</sup>.

Las medidas legislativas también condicionan el consumo. Tras la promulgación en España de las leyes 28/2005 y 42/2010, en 2005 y 2010, se ha observado una reducción del consumo en la población de 15 o más años, pasando del 27%

en 2011 al 25% en 2014<sup>21</sup>. Se plantea que la ley 28/2005 ha promovido un descenso en el inicio de consumo en jóvenes y un incremento del abandono en adultos, siendo el efecto mayor en clases altas<sup>18</sup>. El objetivo del presente estudio es describir la evolución del tabaquismo en Canarias según clase social, considerando en este análisis la influencia del sexo y de la edad.

## Métodos

Estudio de seguimiento de la cohorte CDC-Canarias, cuyos participantes (n=6.729) fueron seleccionados aleatoriamente de la población general. Se les reclutó en 2000, con un segundo contacto en 2008 (n=6.171) y un tercero en 2015 (n=4.705). La metodología seguida en la conformación de esta cohorte y las mediciones realizadas a sus participantes han sido descritas anteriormente<sup>22</sup>.

Como la cohorte CDC-Canarias es cerrada, sin reposición, los participantes aumentan su edad en cada corte, por lo que para valorar la evolución de las subcohortes etarias se conforman grupos por terciles según su periodo de nacimiento: 1965-1982, 1950-1964 y 1925-1949, que corresponderían a los estratos 18-35, 36-50 y 51-75 años a la entrada a la cohorte. La clase social se determinó mediante la escala REI, que combina nivel educativo, ingresos económicos y hacinamiento en el hogar<sup>23</sup>, fraccionando su puntuación en septiles y agrupando los cuatro más bajos para conformar la clase social baja, los dos siguientes para la media y el superior para la alta, en una aproximación a la estructura socioeconómica de la población canaria, con un 45% en riesgo de pobreza y exclusión social<sup>24</sup>. En cada corte se midió el consumo de tabaco por autodeclaración, estableciendo su evolución según permanencia como fumador o no fumador, inicio del hábito o su abandono.

## Análisis estadístico

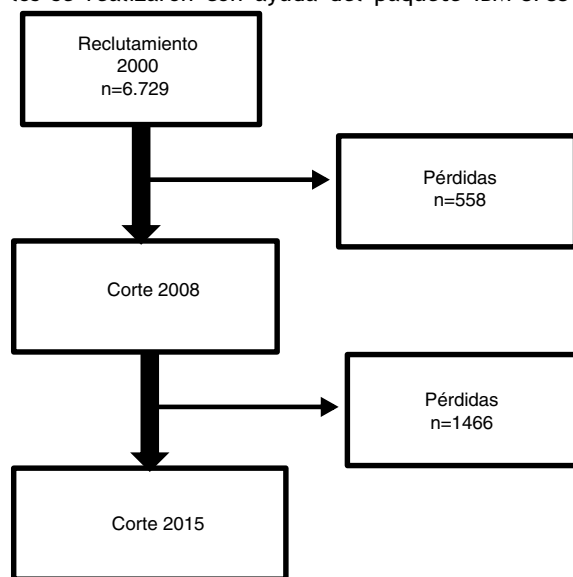
La muestra se describió para cada corte con la frecuencia relativa de sexo, periodo de nacimiento, clase social y declaración de consumo de tabaco. Se comparan las frecuencias de las primeras tres variables entre los sujetos componentes del primer, segundo y tercer corte para descartar un posible sesgo de heterogeneidad entre los cortes por pérdidas de seguimiento.

Se estimaron las diferencias en la evolución de las frecuencias de consumo de tabaco entre los tres cortes, de forma general, y para el sexo, para la edad según periodo de nacimiento y para la clase social. A continuación se estimaron las diferencias en las frecuencias de consumo de tabaco según clase social, considerando al mismo tiempo el sexo y el periodo de nacimiento, entre 2000 y 2015, agrupando los periodos de nacimiento en 1950-1982 y 1925-1949 para poder conservar la potencia en las comparaciones debido a la pérdida de muestra en algunos estratos.

Se estimaron los cambios de consumo para los tres cortes con las agrupaciones originales de periodo de nacimiento, pero no considerando el cambio inicial del hábito debido a la escasez de muestra al representar este cambio para todas las clases, sexos y periodos de nacimiento solo el 3% de la muestra.

Por último se ofrece de forma gráfica la evolución de la tasa bruta de consumo por 1.000 sujetos, de forma global, según el sexo, según el periodo de nacimiento y según la clase social.

Para todas las comparaciones se utilizó la prueba  $\chi^2$  de Pearson a un nivel de significación  $p \leq 0,05$ , y los cálculos se realizaron con ayuda del paquete IBM SPSS 24.0<sup>®</sup>.



**Esquema general del estudio.** Estudio de seguimiento de cohorte cerrada con tres puntos de corte en los que se valora consumo de tabaco, sexo, edad y clase social de los participantes.

## Resultados

En la [tabla 1](#) se presentan las frecuencias de composición de la cohorte por sexo, por periodo de nacimiento y por clase social en los cortes 2000 y 2015, no apreciándose diferencias sustanciales entre ellas.

En la [tabla 2](#) se muestra el estado del consumo de tabaco en los años 2000, 2008 y 2015, tanto en la población general como estratificada respecto al sexo, al periodo de nacimiento y a la clase social. Se observan descensos significativos en todos los estratos, salvo en el de las personas mayores.

En la [tabla 3](#) se presenta la prevalencia de fumadores en los contactos inicial y final con la cohorte (2000 y 2015), según clase social, considerando el sexo y los periodos de nacimiento (agrupados en 1950-1982 y 1925-1949 para esas clases). Solo en las clases medias (personas mayores de ambos sexos) y altas no hubo descensos significativos.

En la [tabla 4](#) se muestran los cambios en el hábito tabáquico en 2000-2015 según la clase social, considerando el sexo y el periodo de nacimiento dentro de cada clase. Los abandonos fueron significativamente mayores en las clases medias y bajas, con edades jóvenes e intermedias.

En la [figura 1](#) se muestra la evolución de la tasa bruta de consumo por 1.000 habitantes, en general, según el sexo, el periodo de nacimiento y para cada clase social.

**Tabla 1** Distribución de la cohorte según sexo, edad y clase social en los tres contactos

Característica	Frecuencia		
	2000 n = 6.729	2008 n = 6.171	2015 n = 4.705
Mujeres, n (%)	3.768 (56)	3.517 (57)	2.766 (59)
Periodo de nacimiento, n (%)	1965-1982	1.913 (31)	1.317 (28)
	1950-1964	2.423 (36)	1.976 (42)
	1925-1949	2.153 (32)	1.412 (30)
Clase social, n (%)	Baja	3.456 (56)	2.494 (53)
	Media	1.884 (28)	1.364 (29)
	Alta	1.077 (16)	847 (18)

**Tabla 2** Prevalencia general de consumo de tabaco y su distribución según sexo, periodo de nacimiento y clase social en 2000, 2008 y 2015

Prevalencia	Año			p	
	2000	2008	2015		
General, n (%)	1.724 (26)	1.302 (21)	979 (20)	< 0,001	
Sexo, n (%)	Mujeres	816 (21)	658 (19)	484 (18)	< 0,001
	Hombres	908 (31)	644 (25)	495 (25)	< 0,001
Periodo de nacimiento, n (%)	1965-1982	625 (30)	470 (25)	313 (24)	0,011
	1950-1964	787 (32)	563 (25)	492 (25)	< 0,001
	1925-1949	312 (15)	269 (14)	175 (13)	0,297
Clase social, n (%)	Baja	890 (25)	679 (21)	452 (19)	< 0,001
	Media	477 (26)	354 (21)	263 (21)	0,002
	Alta	291 (29)	210 (23)	185 (24)	0,031

**Tabla 3** Prevalencia en 2000 y 2015 de consumo de tabaco según estrato de clase social, sexo y periodo de nacimiento

Clase social	Sexo	Periodo de nacimiento	Prevalencia, n (%)		p <sup>a</sup>
			2000	2015	
Baja	Mujeres	1950-1982	348 (29)	214 (23)	0,001
		1925-1949	42 (5)	20 (4)	0,001
	Hombres	1950-1982	351 (37)	181 (29)	< 0,001
		1925-1949	149 (25)	70 (18)	0,003
Media	Mujeres	1950-1982	217 (27)	137 (21)	0,006
		1925-1949	17 (9)	9 (5)	0,273
	Hombres	1950-1982	198 (33)	98 (23)	0,001
		1925-1949	45 (22)	39 (25)	0,292
Alta	Mujeres	1950-1982	140 (29)	102 (24)	0,075
		1925-1949	20 (24)	11 (18)	0,265
	Hombres	1950-1982	106 (31)	63 (23)	0,022
		1925-1949	25 (30)	22 (27)	0,384

<sup>a</sup> Comparación de la prevalencia de consumo en la clase, sexo y periodo de nacimiento frente a la prevalencia de no consumo en el mismo estrato.

## Discusión

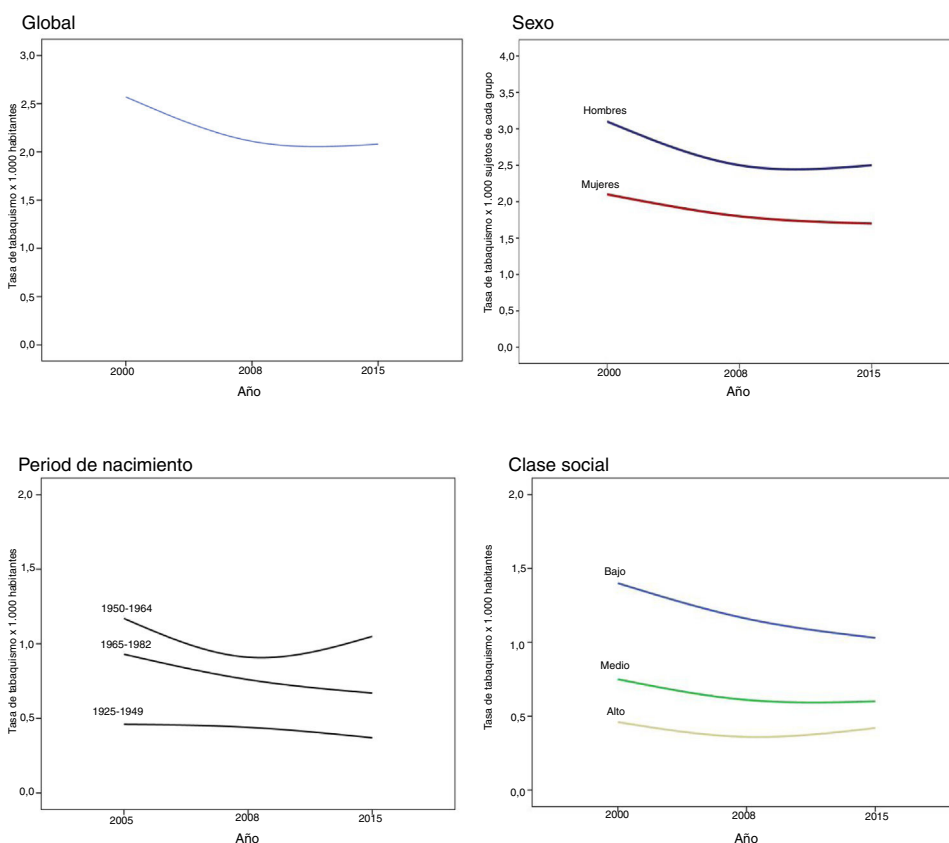
Hemos observado en Canarias un descenso en la prevalencia de tabaquismo durante el periodo 2000-2015, que fue más acusado en el intervalo 2000-2008. Esta disminución del consumo fue mayor entre los hombres, entre las personas más jóvenes y en la clase social baja. La evolución del tabaquismo en Canarias fue similar a la del resto de España y a la tendencia del consumo de los países occidentales<sup>25</sup>.

Los datos iniciales de la cohorte CDC-Canarias para el año 2000 respecto al consumo global y por sexo concuerdan con los de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 2006 para España<sup>19</sup>, no pudiendo compararse para los periodos de nacimiento y clases sociales por utilizar criterios de clasificación diferentes para estas características de las muestras. Los datos del corte 2008 de la cohorte CDC-Canarias muestran un consumo global y por sexos menor a los de la ENS 2011-2012 para España, pero similares a los obtenidos en la ENS

**Tabla 4** Evolución del consumo de tabaco durante el periodo estudiado según estrato de clase social, sexo y periodo de nacimiento

Clase social	Sexo	Periodo de nacimiento	Evolución de consumo, n (%) <sup>a</sup>			P
			Permanecen sin fumar	Abandonan el hábito	Continúan fumando	
Baja	Mujer	1965-1982	153 (59)	35 (14)	70 (27)	< 0,001
		1950-1964	423 (70)	70 (12)	109 (18)	
		1925-1949	458 (89)	44 (8)	15 (3)	
	Hombre	1965-1982	116 (60)	24 (12)	54 (28)	0,144
		1950-1964	220 (58)	70 (18)	94 (24)	
		1925-1949	240 (67)	57 (16)	59 (17)	
Media	Mujer	1965-1982	198 (76)	28 (11)	35 (13)	0,035
		1950-1964	220 (67)	41 (13)	65 (20)	
		1925-1949	122 (86)	13 (9)	7 (5)	
	Hombre	1965-1982	129 (70)	26 (14)	28 (16)	0,238
		1950-1964	116 (58)	41 (21)	41 (21)	
		1925-1949	89 (73)	11 (9)	22 (18)	
Alta	Mujer	1965-1982	134 (70)	22 (12)	35 (18)	NA
		1950-1964	113 (61)	26 (14)	48 (25)	
		1925-1964	44 (80)	2 (4)	9 (16)	
	Hombre	1965-1982	65 (62)	15 (15)	24 (23)	0,942
		1950-1964	85 (58)	31 (21)	31 (21)	
		1925-1949	46 (58)	15 (20)	17 (22)	

<sup>a</sup> Frecuencias relativas redondeadas al entero más próximo.  
NA: prueba no aplicable por escasez de muestra en una de las celdas.



**Figura 1** Evolución de la tasa de prevalencia de tabaquismo en la cohorte CDC-Canarias de 2005 a 2015, de forma global, según sexo, según periodo de nacimiento y según clase social.

2011-2012 para Canarias. Las Encuestas Europea de Salud en España (EESE) 2009 y 2014 muestran un consumo global y por sexos superior al de los cortes 2008 y 2015 de nuestro estudio, pero con las mismas tendencias<sup>26</sup>. Estas diferencias son menores al comparar los datos de consumo global y por sexo del corte 2015 de la cohorte CDC-Canarias con los de la ENS 2017 para España y Canarias. Todas esas comparaciones apuntan a la consistencia de los datos sobre tabaquismo disponibles en la cohorte CDC-Canarias.

Considerando el sexo de los fumadores, los hombres presentaron mayor prevalencia inicial y mayor descenso en el periodo analizado. Ni mujeres ni hombres mostraron descenso de la prevalencia en 2008-2015, reproduciendo lo observado en el comportamiento global del tabaquismo.

Valorando el consumo respecto a la edad, los más jóvenes presentaron las mayores prevalencias, pero también los descensos más destacados, mientras que en los de mayor edad se mantuvieron estables, apuntando a una mayor resistencia en este último grupo al abandono del hábito.

Respecto a la clase social, el descenso en la prevalencia del tabaquismo se produjo de forma paralela en las clases sociales medias y altas, pero fue más pronunciado en las clases bajas, especialmente en el periodo 2000-2008.

Al considerar la prevalencia de tabaquismo respecto a clase social, sexo y edad, de manera conjunta en sus cambios entre 2000 y 2015, obtenemos que el descenso del consumo se produjo tanto para hombres como para mujeres de todas las edades en la clase social baja, mientras que para la clase media solo se observó en los más jóvenes, independientemente del sexo; quizá juventud y clase baja sean factores que definan los grupos más afectados por la evolución del precio del tabaco. Más difícil de interpretar es que en la clase social más alta el descenso se produjo también entre los varones jóvenes.

Al fijar nuestra atención en la evolución experimentada por el consumo de tabaco considerando clase social, sexo y los tres periodos de nacimiento de los sujetos de la cohorte CDC-Canarias durante los años 2000, 2008 y 2015, observamos que entre las mujeres de clase social baja las jóvenes son las que más fuman, a pesar de ser las que más lo abandonan, coincidiendo con Pinilla y Abásolo<sup>18</sup>, patrón que replican las mujeres de clase social media, pero en edades intermedias.

El descenso en el consumo de cigarrillos manufacturados en España ya se ha documentado desde principios de la década de los noventa: aumentó y se estabilizó hasta 2005, presentando desde entonces un descenso continuo, más acusado hasta 2010, ralentizándose posteriormente; el descenso es aún menor si se tiene en cuenta el incremento del consumo de tabaco liado a mano<sup>27</sup>.

Múltiples factores influyen en la progresión del consumo de tabaco, entre ellos las medidas legislativas, la elevación de la fiscalidad sobre los cigarrillos, la dotación de recursos para la prevención y el tratamiento del tabaquismo, en el que juegan un papel fundamental los profesionales sanitarios de atención primaria, incluso si solo realizan una intervención mínima, que ha demostrado su eficacia<sup>28</sup>, y campañas publicitarias y promoción de debate social en que se pueden implicar dichos sanitarios a través de sus sociedades científicas.

Durante el periodo 2000-2008 de nuestro estudio se promulgó la ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al

tabaquismo, que incluyó la eliminación de la publicidad directa e indirecta y el patrocinio del tabaco, la reducción de los puntos de venta y la prohibición, con excepciones, del consumo en lugares de trabajo y espacios públicos cerrados, cuya asociación con el descenso del consumo de tabaco ha sido documentada<sup>29</sup>. Además, hay que tener en cuenta que esta ley se acompañó de medidas complementarias, como el aumento de la fiscalidad sobre los cigarrillos, mayores recursos para la prevención y el tratamiento del tabaquismo o campañas informativas, que han jugado un papel importante en el descenso del consumo. En el periodo 2000-2008 nuestros resultados muestran un marcado descenso del consumo de tabaco de manera global según el sexo, el periodo de nacimiento y la clase social.

Durante el periodo 2008-2015 se promulgó la ley 42/2010, cuyas medidas de mayor repercusión social fueron la extensión de la prohibición de fumar a cualquier tipo de espacio de uso colectivo, local abierto al público que no esté al aire libre, delimitando la definición de espacio libre de humo, y cambios legislativos dirigidos a la lucha contra el consumo de tabaco y a la protección de los ciudadanos, particularmente de los menores y de los no fumadores. Los resultados de nuestro estudio describen una ralentización en el consumo durante este periodo. No es fácil dar una explicación sencilla a este fenómeno, especialmente teniendo en cuenta que durante este periodo España sufrió las consecuencias de una grave crisis económica que afectó en mayor medida a las personas con menor poder adquisitivo, lo que parece que debería haber reducido el gasto dedicado al consumo de tabaco. Quizá por ello nuestros resultados muestran esa mayor reducción del consumo entre la clase social baja de la población canaria, a pesar de la menor fiscalidad en el precio de los cigarrillos en esta Comunidad (así, por ejemplo, un paquete de cigarrillos de una determinada marca costaba 4,50€ en la península pero solo 1,90€ en Canarias, y otra marca cuyo paquete costaba 4,90€ en la Península se vendía a 2,70€ en el Archipiélago); esto facilitó que la industria del tabaco perdiera menos consumo entre las personas con mayores recursos económicos que conforman las clases sociales media y alta.

La ralentización global en el descenso del consumo de tabaco sufrió un repunte en el caso de los hombres, las personas de edad intermedia y las clases sociales medias y altas, lo que puede explicarse por la atenuación del efecto de las medidas anteriores, tanto legislativas como sociales, así como por las estrategias diseñadas por la industria tabaquera para burlar las limitaciones a la promoción del tabaco.

Entre las limitaciones de nuestro estudio hay que resaltar que el consumo ha sido medido por declaración, pero en Canarias el tabaquismo no es aún un tabú que se oculte en las encuestas, ni siquiera en poblaciones infantiles<sup>30</sup>, por lo que es poco probable que esta limitación pueda constituir un sesgo importante. Una segunda limitación estriba en que solo hayamos ajustado los resultados por sexo, edad y clase social como factores asociados al tabaquismo. Otros factores a tener en cuenta serían las medidas legislativas<sup>18,21</sup> y administrativas, las actividades preventivas y de educación sanitaria contenidas en el Plan de Salud de Canarias<sup>31</sup>, o la crisis económica que comenzó en 2008<sup>32</sup>. No obstante, al ser la finalidad del estudio la identificación de una diana para la intervención para deshabituación y control del tabaco,

estas características son las que mejor la definen. Una tercera limitación estriba en el empleo de una cohorte cerrada sin reposición, lo que disminuye la potencia longitudinal para análisis muy estratificados. Pero consideramos que, si bien no podemos llegar en el análisis a la combinación extrema sexo-edad-clase, el hecho de realizarlo por sexo-edad, edad-clase y sexo-clase es suficiente para dibujar los grupos poblacionales con mayor potencialidad de eficacia en intervenciones de deshabituación; las pérdidas no relacionadas con fallecimientos que sufre la cohorte en su seguimiento han sido proporcionales al sexo, al periodo de nacimiento y a la clase social de los participantes, con lo que sus frecuencias relativas no sufren cambios sustanciales, manteniéndose para estas características, con menor potencia, la representatividad de la muestra para la población canaria. Una última limitación que contemplamos, ya con posible carácter de sesgo, estriba en que el porcentaje de mujeres en Canarias en 2016 es del 50%, mientras que en la cohorte oscila en el 56 y el 59% entre 2000 y 2015; esta sobrerrepresentación podría estar sesgando las comparaciones del consumo por sexo, pero aun así se obtiene un mayor consumo entre los hombres mantenido en el tiempo.

El estudio también posee algunas fortalezas. Entre ellas, el volumen de la muestra, la selección aleatoria de los sujetos entre la población general, su carácter prospectivo coincidiendo en el tiempo con las medidas legislativas para control del consumo de tabaco y el empleo de la escala REI validada para medir la clase social en la población canaria.

Concluimos que en Canarias se ha producido un descenso en la prevalencia de tabaquismo en el periodo 2000-2015, más acelerado durante 2000-2008, afectando de manera desigual a la población según el sexo, la edad y la clase social, por lo que se debe seguir avanzando conjuntamente en las medidas legislativas, fiscales y sociales para disminuir el consumo de tabaco. La peculiar fiscalidad sobre el tabaco que existe en Canarias ofrece un amplio campo de mejora en la potenciación de medidas en este sentido. Los profesionales sanitarios deben encabezar de manera individual y a través de sus sociedades científicas este proceso.

## Puntos clave

### Lo conocido sobre el tema

- En España la disminución del consumo en hombres y la disminución de su mortalidad, mientras sigue subiendo en mujeres, lo caracteriza como de fase IV según el modelo de López y cols.
- Existe una relación directa entre tabaquismo, sexo, edad y pobreza.
- La evolución del consumo según sexo, edad y clase social en Canarias es desconocida.

## Qué aporta este estudio

- La tendencia en el consumo de tabaco en Canarias manifiesta un comportamiento similar a la de los países occidentales.
- Se ha producido una ralentización en el descenso del consumo de tabaco, más acentuada en hombres, en personas de edades intermedias y en clases sociales medias y altas.

## Financiación

Ninguna.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no incurrir en conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Informe OMS sobre la Epidemia Mundial de Tabaquismo, 2011. Advertencia sobre los peligros del tabaco. OMS; Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70681/1/WHO\\_NMH\\_TFL\\_11.3\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70681/1/WHO_NMH_TFL_11.3_spa.pdf).
2. Campbell J. The dangers of smoking. *Nurs Stand.* 1999;13:45-8.
3. Lopez AD, Collishaw NE, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tob Control.* 1994;3:242-7.
4. Alonso de la Iglesia B, Ortiz Marrón H, Saltó Cerezuela E, Toledo Pallarés J. Epidemiología del tabaquismo: Efectos sobre la salud, prevalencia de consumo y actitudes. Estrategias de prevención y control. *Prev Tab.* 2006;8 Supl. 1:2-10.
5. Bilal U, Beltrán P, Fernández E, Navas-Acien A, Bolumar F, Franco M. Gender equality and smoking: A theory-driven approach to smoking gender differences in Spain. *Tob Control.* 2016;25:295-300.
6. Aguilar-Palacio I, Carrera-Lasfuentes P, Solsona S, Sartolo MT, Rabanaque MJ. Health-care utilization in elderly (Spain 2006-2012): Influence of health status and social class. *Aten Primaria.* 2016;48:235-43.
7. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud: Más necesaria que nunca. OMS [consultado 6 Dic 2017]. Disponible en: [http://www.who.int/whr/2008/08\\_overview.es.pdf](http://www.who.int/whr/2008/08_overview.es.pdf).
8. Lopez AD, Collishaw NE, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tob Control.* 1994;3:242-7.
9. Semyonov L, Iarocci G, Boccia A, la Torre G. Socioeconomic differences in tobacco smoking in Italy: Is there an interaction between variables? *Sci World J.* 2012;2012:286472.
10. Kim YS, Ko H, Yoon C, Sung J. Social determinants of smoking behavior: The Healthy Twin Study, Korea. *J Prev Med Pub Health.* 2012;45:29-36.
11. Reid JL, Hammond D, Driezen P. Socio-economic status and smoking in Canada, 1999-2006: Has there been any progress on disparities in tobacco use? *Can J Public Health - Rev Can Santé Publique.* 2010;101:73-8.

12. Cohen SS, Soderman JS, Mumma MT, Signorello LB, Blot WJ. Individual and neighborhood-level socioeconomic characteristics in relation to smoking prevalence among black and white adults in the Southeastern United States: A cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2011;11:877.
13. Alves J, Nunes C, Perelman J. Socio-economic inequalities in tobacco-related diseases in Portugal: An ecological approach. *Public Health*. 2016;130:36–42.
14. Villalbí JR, Daban F, Pasarín MI, Rodríguez-Sanz M, Borrell C. Abandono y prevalencia del tabaquismo: sexo, clase social y atención primaria de salud. *Aten Primaria*. 2008;40:87–92.
15. Doku D, Koivusilta L, Raisamo S, Rimpelä A. Do socioeconomic differences in tobacco use exist also in developing countries? A study of Ghanaian adolescents. *BMC Public Health*. 2010;10:758.
16. Gruer L, Hart CL, Gordon DS, Watt GC. Effect of tobacco smoking on survival of men and women by social position: A 28 year cohort study. *BMJ*. 2009;338:b480.
17. Daponte-Codina A, Bolívar-Muñoz J, Ocaña-Riola R, Toró-Cárdenas S, Mayoral-Cortés J. Patterns of smoking according to individual social position, and to socio-economic environment in municipal areas, Spain 1987-2001. *Health Place*. 2009;15:679–86.
18. Pinilla J, Abásolo I. The effect of policies regulating tobacco consumption on smoking initiation and cessation in Spain; is it equal across socioeconomic groups? *Tob Induc Dis*. 2017;15:8.
19. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad - Portal Estadístico del SNS - Encuesta Nacional [consultado 6 Dic 2017]. Disponible en: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional>.
20. Field C. Examining factors that influence the uptake of smoking in women. *Br J Nurs Mark Allen Publ*. 2008;17:980–5.
21. Unidad de prevención del tabaquismo. II Informe a las Cortes Generales de evaluación del impacto sobre la salud pública de la Ley 42/2010 Periodo 2011-2014. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2016. Disponible en: [https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/docs/II\\_Informe\\_Impacto\\_Salud.Ley\\_Tabaco.pdf](https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/docs/II_Informe_Impacto_Salud.Ley_Tabaco.pdf).
22. Cabrera de León A, Rodríguez Pérez MC, Almeida González D, Domínguez Coello S, Aguirre Jaime A, Brito Díaz B, et al. Presentation of the "CDC de Canarias" cohort: Objectives, design and preliminary results. *Rev Esp Salud Publica*. 2008;82:519–34.
23. Cabrera de León A, Rodríguez Pérez R, Domínguez Coello S, Rodríguez Díaz C, Rodríguez Álvarez C, Aguirre Jaime A, Grupo CDC. Validación del modelo REI para medir la clase social en población adulta. *Rev Esp Salud Publica*. 2009;83:231–42.
24. Llano Ortiz JC. 7.º Informe anual sobre el estado de la pobreza y la exclusión social en España [consultado 6 Dic 2017]. Disponible en: [http://www.eapn.es/estadodepobreza/ARCHIVO/documentos/Informe\\_AROPE\\_2017.pdf](http://www.eapn.es/estadodepobreza/ARCHIVO/documentos/Informe_AROPE_2017.pdf).
25. Shafey O, Fernández E, Thun M, Schiaffino A, Dolwick S, Cokinides V. Cigarette advertising and female smoking prevalence in Spain, 1982-1997: Case studies in International Tobacco Surveillance. *Cancer*. 2004;100:1744–9.
26. Encuesta Europea de Salud en España 2009 y 2014 [consultado 11 Mar 2019]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p420>.
27. Fu M, Martínez-Sánchez JM, Clèries R, Villalbí JR, Daynard RA, Connolly GN, et al. Opposite trends in the consumption of manufactured and roll-your-own cigarettes in Spain (1991-2020). *BMJ Open*. 2014;4:e006552.
28. Daban F, Pasarín MJ, 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;39:339–74.
29. Villabí JR. Valoración de la ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo. *Rev Esp Salud Publica*. 2009;83:805–20.
30. Cabrera de León A, Almeida González D, Pérez Méndez LI, Carrillo Fernández L, Cueto Serrano M, Real Valcárcel E, et al. Tabaquismo en adolescentes. Prevalencia estimada mediante declaración y cotinina sérica. *Gac Sanit*. 1999;13:270–4.
31. Gobierno de Canarias, Servicio Canario de Salud. Plan de Salud de Canarias 2016-2017. 2016 [consultado 6 Dic 2017]. Disponible en: <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/546c8bb1-8487-11e6-a33b-757951c5b2fa/PlanDeSalud2016.pdf>.
32. Guignard R, Nguyen-Thanh V, Delmer O, Lenormand MC, Blanchoz JM, Arwidson P. Interventions for smoking cessation among low socioeconomic status smokers: A literature review [artículo en francés]. *Sante Publique*. 2018;30:45–60.