



Editorial

Mortalidad atribuida al tabaquismo en España: ¿Quo vadis?

Smoking-Associated Mortality in Spain: Quo Vadis?



Desde hace ya demasiadas décadas, el tabaco es el factor de riesgo susceptible de ser prevenido que se asocia con una mayor carga de morbimortalidad a nivel planetario¹. Para valorar cuál es su impacto en la mortalidad de una población, se emplean métodos epidemiológicos que, tras la aceptación de diferentes supuestos, permiten estimar la carga de mortalidad atribuida tanto al consumo como a la exposición al humo ambiental de tabaco².

Para calcular la mortalidad atribuida al consumo de esta sustancia existen diferentes métodos que, por lo general, se basan en la disponibilidad de datos de prevalencia de consumo de tabaco y de estimaciones del riesgo que implica este en las diversas enfermedades con evidencia firme de asociación. A partir de esta información, obtenemos el riesgo o fracción atribuible poblacional. Este último no es nada más que la proporción de eventos (mortalidad, por ejemplo) que pueden deberse a la presencia del factor de exposición (el tabaco en nuestro caso) en la población³. O lo que es lo mismo, la frecuencia de eventos en la población que se evitaría en caso de eliminar el factor de exposición. Estas estimaciones serán más precisas cuanto mejor sea la calidad de los datos empleados y menor la cantidad de supuestos que debamos aceptar.

En España, el último análisis de mortalidad atribuida al consumo de tabaco se realizó en 2016⁴, y en él estimamos que el impacto de esta sustancia en la población mayor de 34 años fue de 56.122 muertes, el 13,7% de la mortalidad total ocurrida en ese año. Además, se calculó que uno de cada cuatro fallecimientos causados por el consumo (13.849) fueron prematuros, esto es, sucedieron antes de los 65 años.

En los últimos 40 años (1978 a 2016) se han realizado 11 estimaciones de mortalidad atribuida al consumo de tabaco en España. Aunque con periodicidad variable, permiten monitorizar, de forma aproximada, la evolución del impacto de la epidemia tabáquica a nivel poblacional. Así, desde 1978, se produjo un aumento en la mortalidad atribuida a esta sustancia, hasta que en 2001 se observa, por primera vez, un descenso de esta en los hombres. Destaca, sin embargo, el aumento de la mortalidad en las mujeres en contraposición a la estabilización observada en los varones. Así, en la última estimación del 2016, el 84,0% de las muertes provocadas por el tabaco ocurrieron en hombres vs. al 96,6% en 1978.

La comparación directa de las estimaciones realizadas en diferentes años es complicada, ya que se han producido cambios en la estructura etaria de la población, y en los cálculos de riesgo de mortalidad que las personas fumadoras y exfumadoras tienen para las diferentes enfermedades relacionadas causalmente con el tabaco.

Además, estas patologías se han ampliado, pues se ha avanzado en el conocimiento de los efectos perjudiciales de esta sustancia⁵.

Esta evolución de la mortalidad atribuida junto con los cambios de prevalencia de tabaquismo a nivel poblacional permite situar a una población en el modelo teórico de desarrollo de la epidemia tabáquica⁶. En este modelo, en la fase I, el consumo de tabaco es raro y típico de las clases desfavorecidas mientras que en la fase II se hace más prevalente, sobre todo en hombres y con mayor nivel socioeconómico y aumenta la mortalidad atribuida. Durante la fase III empieza la reducción de la prevalencia en hombres, mientras que en las mujeres se alcanza la máxima prevalencia y se estabiliza, con un aumento progresivo de la mortalidad. En la fase IV la prevalencia se reduce en hombres y en mujeres y es más elevada en los grupos socioeconómicos desfavorecidos, con disminución de la mortalidad atribuida en hombres, pero no así en las mujeres. España, globalmente, y en el caso de los varones, de forma particular, estaría situada en la fase IV caracterizada por el descenso en la prevalencia de consumo y de la mortalidad atribuida al tabaco entre la población de 35 a 69 años, si bien las mujeres aún podrían situarse en una fase III tardía caracterizada por la estabilización de la prevalencia y el aumento de la mortalidad⁷. Las proyecciones de prevalencia de consumo de esta sustancia en España indican que, tanto en hombres como en mujeres de 40 a 64 años, no se van a producir las reducciones deseadas⁸, por lo que no esperamos disminuciones sustanciales en la mortalidad atribuida al tabaquismo en la próxima década.

En relación con la exposición al humo ambiental de tabaco, solo se han realizado en España dos estudios con estimaciones de la mortalidad atribuida a nivel nacional. El primero de ellos, se efectuó con datos del 2002 y se basó en un rango de prevalencias de exposición extraídas de diferentes encuestas locales y autonómicas⁹. El estudio calculó un mínimo de 1.228 muertes (408 en hombres y 820 en mujeres), considerando únicamente la exposición al humo ambiental del tabaco en casa y en el trabajo de personas nunca fumadoras, y teniendo en cuenta solo aquellas enfermedades para las que existía una evidencia causal bien establecida de asociación con la exposición al humo ambiental del tabaco: cáncer de pulmón y enfermedades cardiovasculares. El segundo estudio, realizado con una metodología similar, pero esta vez con datos de prevalencia que provenían de una muestra representativa a nivel nacional¹⁰, presentó una mortalidad atribuible a la exposición al humo ambiental del tabaco en 2011 de 1.028 personas, correspondientes a 586 muertes en hombres y 442 en mujeres¹¹. Es decir, en ambos trabajos, mediante una estimación ciertamente conservadora, se calculó

que más de 1.000 personas no fumadoras morían anualmente por respirar el humo de otras personas fumadoras.

En conclusión, disponer de estimaciones del impacto que un factor de riesgo como el tabaco tiene en la mortalidad de una población permite objetivar y comunicar el daño que causa. El mensaje «fuman uno de cada cuatro españoles mayores de 16 años» es importante, pero no es comparable con «el 14% de las muertes que sucedieron en España en 2016 en población mayor de 34 años estaba asociado al consumo de tabaco» o «el tabaco causa anualmente más de 55.000 muertes en España». Estos datos deberían invitar a la reflexión a la población general, a profesionales sanitarios y a profesionales de la educación, pero sobre todo a responsables políticos y a planificadores de políticas de salud. A la luz de los datos mostrados, es indiscutible que apostar por políticas de prevención primaria y secundaria en tabaquismo tendrá un gran impacto en la mejora de la salud de la población.

Avanzamos hacia modelos de estimación más precisos que nos permitirán valorar el impacto del tabaco sobre diversas causas de mortalidad, identificar desigualdades en mortalidad atribuida tanto por áreas geográficas pequeñas como por variables demográficas básicas como el nivel de estudios, y que nos permitirán conocer cómo ha sido el pasado de la epidemia del tabaquismo en España para así poder anticiparnos al futuro mediante proyecciones.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- World Health Organization. Report on the Global Tobacco Epidemic 2019. WHO. 2019.
- Pérez-Ríos M, Montes A. Methodologies used to estimate tobacco-attributable mortality: a review. *BMC Public Health*. 2008;8:22.
- Lumbreras-Lacarra B, Hernández-Aguado I. Medidas de asociación e impacto potencial. En: Hernández-Aguado I, Gil-de Miguel A, Delgado-Rodríguez M, Bolumar-Montrull F, Benavides FG, Porta M, et al., editores. *Manual de Epidemiología y Salud Pública*. Second ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2018.
- Pérez-Ríos M, Schiaffino A, Montes A, Fernández E, López MJ, Martínez-Sánchez JM, et al. Smoking-Attributable Mortality in Spain in 2016. *Arch Bronconeumol*. 2020;56:559–63.
- U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking—50 years of progress: A report of the surgeon general. Atlanta: Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2014.
- López AD, Collishaw NE, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tob Control*. 1994;3:242–7.
- Fernández E, López MJ. Epidemiología y prevención el tabaquismo. En: Hernández-Aguado I, Gil-de Miguel A, Delgado-Rodríguez M, Bolumar-Montrull F, Benavides FG, Porta M, et al., editores. *Manual de Epidemiología y Salud Pública*. Second ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2018.
- 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. *Nicotine Tob Res*. 2018;20:725–30.
- López MJ, Pérez-Ríos M, Schiaffino A, Nebot M, Montes A, Ariza C, et al. Mortality attributable to passive smoking in Spain, 2002. *Tob Control*. 2007;16:373–7.
- Fernández E, Fu M, Pérez-Ríos M, Schiaffino A, Sureda X, López MJ. Changes in secondhand smoke exposure after smoke-free legislation (Spain, 2006–2011). *Nicotine Tob Res*. 2017;19:1390–4.
- López MJ, Pérez-Ríos M, Schiaffino A, Fernández E. Mortality attributable to secondhand smoke exposure in Spain (2011). *Nicotine Tob Res*. 2016;18:1307–10.

Mónica Pérez-Ríos^{a,b}, Esteve Fernández^{c,d,e,f,*}
y María José López^{b,g,h,i}

^a Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España

^b CIBER de Epidemiología y Salud Pública, CIBERESP, Madrid, España

^c Unidad de Control del Tabaco, Programa de Prevención y Control del Cáncer, Centro Colaborador de la OMS para el Control del Tabaco, Institut Català d'Oncologia (ICO), L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^d Grupo de Investigación en Control del Tabaco, Programa de Epidemiología y Salud Pública, Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge (IDIBELL), L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^e Departamento de Ciencias Clínicas, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Campus de Bellvitge, Universitat de Barcelona, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^f CIBER de Enfermedades Respiratorias, CIBERESP, Madrid, España

^g Servicio de Evaluación y Métodos de Intervención, Agència de Salut Pública de Barcelona, Barcelona, España

^h Institut d'Investigació Biomèdica de Sant Pau (IIB Sant Pau), Barcelona, España

ⁱ Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: efernandez@iconcologia.net (E. Fernández).