

Tabaquismo y cáncer de pulmón en Navarra- Situación en 2018

Autores:

Conchi Moreno-Iribas (ISPLN*, REDISSEC), Iosu Delfrade (CIBERESP, ISPLN*), Eva Ardanaz (CIBERESP, ISPLN*), Marcela Guevara (CIBERESP, ISPLN*).

*Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra. Observatorio de Salud Comunitaria de Navarra

Colaboradores:

Saray Dominguez. Instituto de Estadística de Navarra

Marina Sagaseta López. Instituto de Estadística de Navarra

Carmen Fuertes. Servicio de planificación, evaluación y gestión del conocimiento

Itxaso Mugarra. Servicio de planificación, evaluación y gestión del conocimiento

Mariví Mateo. Servicio de promoción de la salud comunitaria. ISPLN

Nerea Egües. Servicio de promoción de la salud comunitaria. ISPLN

Koldo Cambra. Servicio de promoción de la salud comunitaria. ISPLN

Yugo Floristán. Servicio de promoción de la salud comunitaria. ISPLN

Edurne Areta. Servicio de promoción de la salud comunitaria. ISPLN

Álvaro Martín. Servicio de promoción de la salud comunitaria. ISPLN

María Aldareguía. Servicio de promoción de la salud comunitaria. ISPLN

Rosana Burgui. Servicio de promoción de la salud comunitaria. ISPLN

Maribel Eciolaza. Servicio de promoción de la salud comunitaria. ISPLN

Marta Ibarra. Servicio de promoción de la salud comunitaria. ISPLN

Antonio Sanz Sobejano. Servicio de promoción de la salud comunitaria. ISPLN



Observatorio de Salud Comunitaria de Navarra
Nafarroako Osasun Komunitarioaren Behatokia

Índice

Presentación.....	3
El cáncer de pulmón-El iceberg de las enfermedades provocadas por el tabaquismo-	4
Tabaquismo por sexo y edad. Tendencias	9
Tabaquismo por nivel socioeconómico. Tendencias.....	13
Cáncer de pulmón. Mortalidad por sexo	16
Cáncer de pulmón. Tendencias por sexo y edad	17
Cáncer de pulmón. Tendencias por nivel socioeconómico	23
Conclusiones.....	24
Bibliografía.....	26
Anexo 1. Declaración de Madrid-2018 para el avance de la regulación del tabaco en España.....	30

Presentación

Por su impacto sobre la salud de la población, el tabaquismo es considerado por algunos investigadores como el mayor “asesino” del siglo XX. En Navarra, desde finales de los 70 del siglo pasado se han contabilizado varios miles de muertes por cáncer de pulmón atribuibles al tabaquismo o a la exposición pasiva al humo del tabaco. A estas muertes habría que añadir las muertes por otros tipos de cáncer relacionados igualmente con el tabaquismo, muertes de causa cardiovascular por infarto de miocardio e ictus cerebral, y los fallecimientos por enfermedades como EPOC o enfisema.

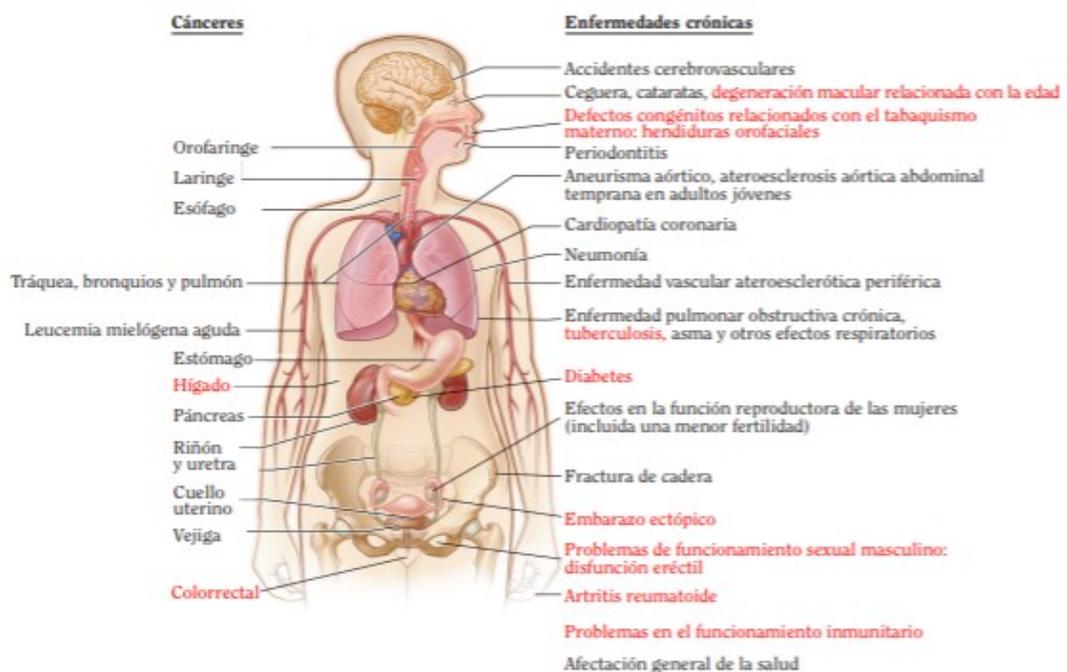
Los esfuerzos realizados desde ámbitos como la atención primaria de salud, salud pública, educación, familias, gobiernos han logrado que cada vez un número menor de personas se inicien en el consumo de tabaco y que miles de personas dejen de fumar. Gracias a las leyes que regulan los espacios libres de humo ya no se permite fumar en aviones o en restaurantes, bares, centros de trabajo y edificios públicos. Los últimos datos de la Encuesta Social y de Condiciones de Vida de Navarra de 2017 indican que más de 100.000 personas residentes en Navarra fuman diariamente indicándonos que continúa siendo un importante problema de salud pública.

Es importante disponer de datos de Navarra, tanto de las tendencias del consumo de tabaco como de las enfermedades relacionadas con este factor de riesgo, que ayuden a sustentar los esfuerzos actuales y futuros si queremos que la epidemia continúe su descenso lo más rápidamente posible. Con ese objetivo se ha desarrollado el trabajo que se presenta a continuación donde se recogen estadísticas de cáncer de pulmón y consumo de tabaco en Navarra en las últimas 4 décadas por edad, sexo y nivel socioeconómico.

El cáncer de pulmón- El iceberg de las enfermedades provocadas por el tabaquismo-

El estudio de las consecuencias de la exposición al humo del tabaco sobre la salud ha sido uno de los ámbitos de investigación sanitaria más relevantes del siglo pasado, desde que se popularizó el consumo de cigarrillos y comenzaron a describirse incrementos de cáncer de pulmón y bronquitis crónica entre los hombres de países como Inglaterra o los Estados Unidos. Está demostrado que el tabaquismo incrementa el riesgo de aparición de un elevado número de enfermedades y que los fumadores tienen una menor esperanza de vida que los no fumadores. Las principales enfermedades asociadas al consumo de tabaco son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer de pulmón y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, aunque la evidencia de una asociación causal con el tabaquismo implica a muchas más condiciones y enfermedades (figura 1). Además de aumentar el riesgo de cáncer de pulmón, fumar aumenta el riesgo de desarrollar cáncer de orofaringe, laringe, esófago, estómago, páncreas, hígado, vejiga y cáncer colorrectal. El riesgo de desarrollar otros problemas de salud como diabetes, fractura de cadera, disfunción eréctil o enfermedad periodontal se incrementa. El *tabaquismo involuntario*, es decir, la exposición de las personas no fumadoras al humo de las que fuman, aumenta en la población infantil los síntomas respiratorios y en población adulta es causa de cáncer de pulmón, cardiopatía isquémica y enfermedades cerebrovasculares, entre otros efectos adversos. (U.S. Department of Health and Human Services, 2014).

Figura 1. Problemas de salud asociados causalmente al tabaquismo



Fuente: USDHHS 2004, 2006, 2012.

Nota: La afección que aparece en **rojo** es una nueva enfermedad vinculada causalmente al tabaquismo en este informe.

Fuente: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.
Las Consecuencias del Tabaquismo en la Salud: 50 años de Progreso; Informe de la Dirección General de Servicios de Salud de los EE. UU.

En España un estudio ha estimado los fallecimientos atribuibles al tabaquismo entre 2000-2014 a partir de la prevalencia de fumadores y los riesgos relativos de mortalidad por diferentes causas (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016). Los riesgos relativos más elevados corresponden a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), cáncer de pulmón y enfermedad isquémica del corazón (tabla 1). A modo de ejemplo, en comparación al riesgo de los no fumadores, los hombres de 65-74 años que fuman tienen un riesgo multiplicado por 28 y los exfumadores un riesgo multiplicado por 8 de cáncer de pulmón.

Tabla 1. Riesgos relativos de mortalidad para diferentes enfermedades en personas fumadoras y exfumadoras por edad y sexo en población adulta de 35 y más años publicadas por el U.S Department of Health and Human Services.

	Fumadores				Exfumadores			
	35-54	55-64	65-74	≥ 75	35-54	55-64	65-74	≥ 75
Hombres								
Cáncer de pulmón	14,33	19,03	28,29	22,51	4,40	4,57	7,79	6,46
Otros cánceres	1,74	1,86	2,35	2,18	1,36	1,31	1,49	1,46
Enfermedad isquémica del corazón	3,88	2,99	2,76	1,98	1,83	1,52	1,58	1,32
Otras enfermedades del corazón			2,22	1,66			1,32	1,15
Enfermedad cerebrovascular	2,40	2,51	2,17	1,48	1,07	1,51	1,23	1,12
Otras enfermedades vasculares			7,25	4,93			2,20	1,72
Diabetes mellitus			1,50	1,00			1,53	1,06
Influenza, neumonía, tuberculosis	4,47	15,17	2,58	1,62	2,22	3,98	1,62	1,42
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)			29,69	23,01			8,13	6,55
Mujeres								
Cáncer de pulmón	13,30	18,95	23,65	23,08	2,64	5,00	6,80	6,38
Otros cánceres	1,28	2,08	2,06	1,93	1,24	1,28	1,26	1,27
Enfermedad isquémica del corazón	4,98	3,25	3,29	2,25	2,23	1,21	1,56	1,42
Otras enfermedades del corazón			1,85	1,75			1,29	1,32
Enfermedad cerebrovascular	2,44	1,98	2,27	1,70	1,00	1,10	1,24	1,10
Otras enfermedades vasculares			6,81	5,77			2,26	2,02
Diabetes mellitus			1,54	1,10			1,29	1,06
Influenza, neumonía, tuberculosis	6,43	9,00	1,75	2,06	1,85	4,84	1,28	1,21
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)			38,89	20,96			15,72	7,06

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Muertes atribuibles al consumo de tabaco en España, 2000-2014. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016.

Las muertes atribuibles al tabaco en el periodo 2010-2014 en España representan un 13% del total de las defunciones ocurridas en población de 35 años de edad y más, 23% en hombres y 3% en mujeres. Con respecto al quinquenio 2000-2004, el número de muertes atribuibles al tabaco (así como el porcentaje sobre el total de defunciones) descendió en hombres y aumentó en mujeres.

El cáncer de pulmón es la causa de muerte con mayor porcentaje de muertes atribuibles al tabaco en España en el quinquenio 2010-2014 en España (81%); le siguen

la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la enfermedad isquémica del corazón con el 73% y 19%, respectivamente (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016). De las muertes atribuibles al tabaco en el quinquenio 2010-2014, la mitad fueron defunciones por cáncer (49,9%), algo más de la cuarta parte fueron defunciones por enfermedades cardiovasculares (27,0%) y algo menos de la cuarta parte fueron defunciones por enfermedades respiratorias (tabla 2).

Tabla 2. Muertes atribuibles al tabaco en los quinquenios 2000-2004 y 2010-2014 en España. Número absoluto de muertes y distribución porcentual según causa

	2000-2004		2010-2014	
	Muertes atribuibles al tabaco	Distribución porcentual	Muertes atribuibles al tabaco	Distribución porcentual
Total	263731	100,0	259348	100,0
Cáncer	116003	44,0	129413	49,9
Cáncer de pulmón	75846	28,8	85762	33,1
Otros cánceres ^a	40157	15,2	43651	16,8
Enfermedades Cardiovasculares	85537	32,4	69927	27,0
Enfermedad isquémica del corazón	40743	15,4	32322	12,5
Otras enfermedades del corazón ^b	16604	6,3	16614	6,4
Enfermedad Cerebrovascular	14805	5,6	10692	4,1
Otras cardiovasculares ^c	13385	5,1	10299	4,0
Enfermedades respiratorias	62191	23,6	60007	23,1
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica ^d	54757	20,8	52770	20,3
Otras enfermedades respiratorias ^e	7434	2,8	7237	2,8

^a Labio, faringe y cavidad oral, esófago, estómago, páncreas, laringe, cuello de útero, riñón y pelvis renal, vejiga, hígado, colon y recto, leucemia mieloide aguda.

^b Enfermedad reumática del corazón, enfermedades cardiopulmonares y otras enfermedades cardíacas.

^c Aterosclerosis, Aneurisma aórtico, otras enfermedades arteriales y diabetes mellitus.

^d Bronquitis, enfisema y obstrucción crónica de las vías aéreas.

^e Neumonía e influenza y tuberculosis.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Muertes atribuibles al consumo de tabaco en España, 2000-2014. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016.

Otro estudio publicado en 2018 sobre la carga de enfermedad en España en 2016 señala que las 5 principales causas específicas de muerte en España son la cardiopatía isquémica, con el 14,6% de todas las muertes, la enfermedad de Alzheimer y otras demencias (13,6%), las enfermedades cerebrovascular (7,1%), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (6,9%) y el cáncer de pulmón (5,0%). Fumar es, con mucho, según este estudio el factor de riesgo más relevante en España, lo que lleva a sus autores a concluir que “El tabaco sigue siendo el riesgo para la salud más importante que debe abordarse en España” (Soriano JB, 2018).

El cáncer de pulmón se considera un evento centinela para medir los efectos del tabaco en la población debido a la fuerte asociación entre este cáncer y el tabaquismo, utilizándose las estadísticas de la incidencia y/o mortalidad de esta enfermedad como indicadores de la carga de enfermedad producida por el tabaquismo. El inicio del consumo masivo de cigarrillos en España y Navarra fue posterior a lo ocurrido en los países del norte de Europa y los Estados Unidos especialmente entre las mujeres. Por

ello, como se recogía en el informe Health at a Glance 2003, la tasa de mortalidad por cáncer de pulmón más baja entre las mujeres de los países de la OCDE a finales de los 1990 se registró en España, 6 por 100.000, que contrastaba con tasas por encima de 30 por 100.000 en Dinamarca, Canadá o los Estados Unidos. La mortalidad por cáncer de pulmón en hombres era mucho más alta que entre las mujeres, 67 defunciones por 100.000, ocupando una posición intermedia entre los países con menores tasas, Suecia o Portugal (32 y 41 por 100.000) y Hungría, el país con las tasas más elevadas, 102 por 100.000. Por la gran capacidad de penetración del tabaquismo en los países y la generalización del consumo por parte de poblaciones que antes no consumían, la epidemiología de la enfermedad puede cambiar muy rápidamente. Un ejemplo de ello es lo ocurrido en China donde se estima que más del 50% de los hombres fuman (Stone EC, 2016) y donde la incidencia y mortalidad aumentó en todos los grupos de edad entre 2000 y 2010 (Chen W, 2015).

Los fumadores tienen hoy en día un mayor riesgo de tener cáncer de pulmón que los fumadores de hace unas décadas atrás aunque fumen menos cigarrillos. Una posible explicación de las mayores tasas de cáncer de pulmón es que los filtros y las perforaciones de ventilación de la mayoría de los cigarrillos modernos podrían hacer que el fumador aspire más profundamente y de esta manera lleve las sustancias químicas peligrosas más profundo en los pulmones. Se ha estimado que las mujeres que fuman viven 11 años menos de media que las mujeres que no fuman y los hombres 12 años menos. Señalar, sin embargo, que el abandono del tabaquismo a cualquier edad comporta beneficios: dejar de fumar a los 40 años de edad reduce esa pérdida en un 90%. Incluso dejarlo alrededor de los 60 años de edad reduce la pérdida en un 40% (U.S. Department of Health and Human Services, 2014).

La batalla contra el consumo de tabaco se puede ganar si se realizan esfuerzos mantenidos y se utilizan estrategias efectivas (Frieden TR, 2014). En los Estados Unidos el tabaquismo ha descendido en la población adulta, de 42% en 1965 a 17% en 2014 (Centers for Disease Control and Prevention) y el cáncer de pulmón desde 1982 en hombres y 1998 en mujeres. Algo similar está ocurriendo actualmente en Suecia donde la curva de la incidencia de cáncer de pulmón muestra una tendencia descendente en ambos sexos. Señalar que Suecia tiene una larga historia de control del tabaco que se remonta a 1975, cuando las restricciones de publicidad y otras políticas se implementaron por primera vez. Desde 1994, Suecia ha aumentado los impuestos a los cigarrillos, ha implementado políticas de espacios libres de humo de tabaco, facilitado el acceso a los tratamientos para dejar de fumar, restringido la comercialización y reforzado mediante campañas continuas las advertencias sanitarias (Near AM, 2014). En Suecia, en 2014, sólo el 8,7% de la población adulta declaraba fumar diariamente en comparación al 22,2% en España (EUROSTAT).

En España, la legislación que restringe el uso del tabaco en lugares públicos data de este siglo y se desarrolló mediante 2 regulaciones de medidas sanitarias frente al tabaquismo de los años 2005 (ley parcial) y 2010 (ley integral). Continúan sin implementarse medidas como el empaquetado neutro y otras estrategias como la financiación de los fármacos para dejar de fumar no se han generalizado. Respecto a esta prestación hay que señalar que Navarra recuperó recientemente este derecho

que estuvo suspendido desde 2011 debido a la contención de gasto público. Concretamente mediante el Decreto Foral 139/2003, de 16 de junio, se establecieron las condiciones de acceso a la prestación farmacológica de ayuda a dejar de fumar. Posteriormente el Decreto Foral 3/2012, de 18 de enero, derogó el Decreto Foral 139/2003, antes citado. Según el expositivo de la norma derogatoria la eliminación de esta prestación se debió a la situación de contención de gasto público que hizo que medidas “no prioritarias” dejaran de tener dotación presupuestaria. Tendrían que pasar 5 años hasta que un decreto de 2017 recuperase de nuevo dicha prestación para la población de Navarra (Boletín Oficial de Navarra 2017). Diferentes estudios han mostrado que añadir ayuda farmacológica para la deshabituación tabáquica podría mejorar el éxito en el abandono tabáquico alcanzando una tasa de éxito al año del 14-20% frente al 8-11% cuando únicamente se realiza ayuda educativa (Gobierno de Navarra). En los 9 primeros meses de 2018, 4.526 personas iniciaron tratamientos con Vareniclina, parches de nicotina y Bupropion, los tres tipos de medicamentos que tienen aprobada la indicación de deshabituación tabáquica por parte de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Al convertirse en fármacos financiados, han pasado a tener el copago correspondiente en función de los tramos de renta y del sistema de copago establecido en Navarra, lo que facilita el acceso de los grupos sociales menos favorecidos. La indicación de estos fármacos se realiza siempre en el contexto de apoyo educativo a dejar de fumar, sea individual o grupal.

Señalar que la implementación de la primera prohibición parcial de fumar se asoció con una disminución del 14,7% en los ingresos hospitalarios por EPOC en España (Galán I, 2017). En Navarra, en los hombres, las tasas mortalidad por EPOC en población menor de 75 años muestran igualmente un importante descenso en los últimos quinquenios, desde tasas de 20 por 100.000 en la década de los 1990 a cifras por debajo de 10 por 100.000 en la última década.

Junto a los datos de consumo de tabaco en la población, monitorizar las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer de pulmón poniendo especial atención a lo que ocurre entre la población más joven permite evaluar el éxito de las estrategias de control del tabaquismo impulsados por los países (Jemal A, 2003). Hay que tener en cuenta que la tendencia de las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer de pulmón sigue las tendencias históricas de la prevalencia de tabaquismo con la tendencia en las tasas de cáncer de pulmón retrasada en 20-30 años (Islami F, 2015).

Se recogen en este trabajo los cambios registrados en Navarra en la incidencia y mortalidad por cáncer de pulmón por grupos de edad y sexo en las cuatro últimas décadas y los cambios en la prevalencia de tabaquismo en función de variables de edad y sexo así como algunas estadísticas sobre las desigualdades socioeconómicas tanto para la mortalidad por cáncer de pulmón como para el consumo de tabaco. Los datos de incidencia y mortalidad de cáncer de pulmón proceden del Registro de Cáncer y del Registro de Mortalidad y los datos de consumo de tabaco del Estudio Hipertensión Arterial 1981-1982 y de la Encuesta Social y de Condiciones de Vida 2017. Para cada sexo, se calcularon las tasas de incidencia y mortalidad ajustadas a la población estándar europea y las tasas truncadas entre 20-44, 45-54, 55-64, 65-74, 75-

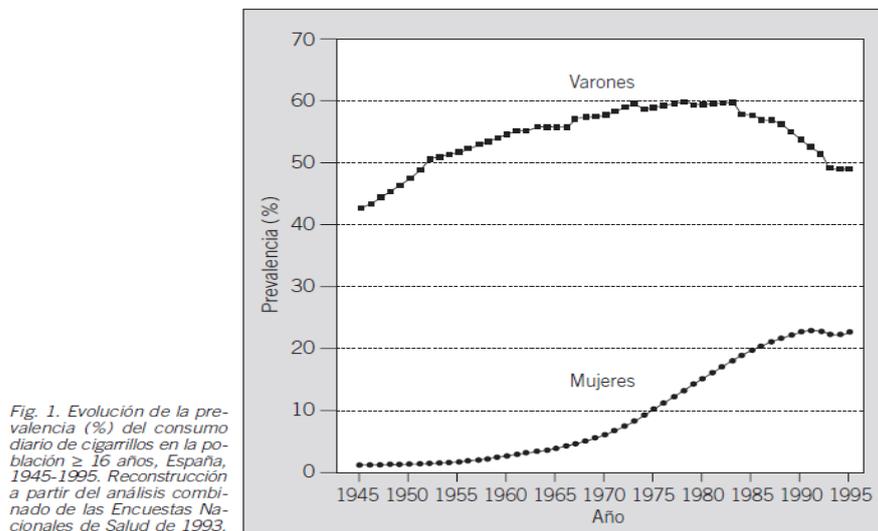
84 y ≥ 85 años utilizando el método directo. Las tasas calculadas para periodos quinquenales se expresan como tasas anuales por 100.000 personas-año.

Tabaquismo por sexo y edad. Tendencias

La prevalencia de consumo de tabaco -proporción de personas de una población que fuman- se estima a partir de encuestas realizadas a muestras representativas de la población. Para épocas anteriores a la década de los 1980 disponemos de las estimaciones para España derivadas de la reconstrucción de la prevalencia del consumo de cigarrillos a partir de la información recogida por las Encuestas Nacionales de Salud de 1993, 1995 y 1997 (Fernández E, 2003). Las primeras estadísticas sobre la prevalencia de consumo de tabaco en Navarra proceden del estudio Hipertensión Arterial 1982 del Instituto de Salud Pública de Navarra y las últimas de la Encuesta Social y de Condiciones de Vida 2017 del Instituto de Estadística de Navarra (NASTAT, 2017).

En 1945, fumaban el 42% de los hombres y el 0,9% de las mujeres de 16 años y más en España (figura 2). La prevalencia global más elevada entre los hombres se registró en el periodo 1975-1980 con un 59,3% de fumadores mientras que entre las mujeres, las cifras más altas, 24,8%, se alcanzaron 2 décadas más tarde, en el periodo 1997-2001 (Fernández E 2003, ENSE, 2018).

Figura 2. Evolución de la prevalencia (%) del consumo diario de cigarrillos en la población ≥ 16 años, España, 1945-1995.



Fuente. Fernández E et al. Prevalencia del consumo de tabaco en España entre 1945 y 1995. Reconstrucción a partir de las Encuestas Nacionales de Salud. Med Clin (Barc). 2003 Jan 18; 120(1):14-6.

En 1982 fumaban el 57,4% de los hombres y el 18,8% de las mujeres de 20 años y más en Navarra. Estos porcentajes eran muy similares a los estimados para España en 1980 en mayores de 16 años, 59% y 15%, respectivamente (Fernández E, 2003). La

prevalencia de tabaquismo registrada a principios de 1980, de 57,4% y 59% en los hombres de Navarra y España, es muy similar al pico de prevalencia de fumadores observado en Estados Unidos (~55%); pero mientras que en Navarra y España el pico se alcanzó en la década de 1980 en los Estados Unidos ocurrió en los 1950 (Islami F, 2015). Entre las mujeres la prevalencia alcanzó las cifras más elevada en el periodo 1997-2001 en España (24,8%), dos décadas más tarde que entre los hombres (ENSE, 2018) y como en el caso de los hombres el pico de la epidemia se registró casi 40 años más tarde que en los Estados Unidos donde se produjo en la década de 1960 (~35%). Estos datos explican que la epidemia de cáncer de pulmón especialmente entre las mujeres, haya sido mucho más tardía en España y Navarra en comparación a lo observado en países como los Estados Unidos o países del norte de Europa.

En 1982, la prevalencia de tabaquismo o de antecedente de tabaquismo en Navarra era muy alta en los hombres adultos de todas las edades y en las mujeres jóvenes (Tabla 3). Se declaraban fumadores ó exfumadores aproximadamente el 73% de los hombres de 20 a 34 años. En los grupos de 35-44, 45-54, 55-64, 65-74 y 75-84 años el porcentaje de fumadores más exfumadores era superior al 50% con un incremento de exfumadores en los grupos de más edad. Destaca, en cambio, la baja prevalencia de tabaquismo en los hombres mayores de 84 años entre los que 7 de cada 10 declaraban que no eran fumadores ni exfumadores. Excepto entre los hombres de 85 años y más, el porcentaje de fumadores era más alto que el de exfumadores. Entre las mujeres declaraban ser fumadoras ó exfumadoras el 66% a los 20-24 años, el 47% a los 25-34 años, el 23% a los 35-44 años, descendiendo en los siguientes grupos de edad hasta cifras en torno a 3% entre las mayores de 65 años (Tabla 3). Los datos de Navarra de 1982 indican que nos encontrábamos en los que se conoce como la fase II de la epidemia de tabaquismo: la prevalencia puede alcanzar en los varones cifras del orden del 50-80%, y apenas hay ex fumadores. La prevalencia en mujeres es menor, pero creciente, con un retraso de una o dos décadas respecto a los varones (Ariza C, 2000).

Tabla 3. Prevalencia de fumadores, exfumadores y no fumadores por sexo y edad en Navarra en población ≥ 20 años en 1982. Estudio de la Hipertensión Arterial

	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	≥85	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
HOMBRES									
Fumador	68,0	67,7	62,3	56,2	54,8	38,9	28,7	11,8	57,4
Ex-fumador	4,5	4,3	6,0	7,5	15,3	21,7	21,5	20,6	9,6
No fumador	27,5	28,0	31,8	36,3	30,0	39,4	49,7	67,6	32,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
MUJERES									
Fumadora	60,6	42,0	19,4	6,6	3,8	1,6	1,0	1,6	18,8
Ex-fumadora	4,7	4,7	3,0	2,1	1,1	2,0	1,7	0,0	2,8
No fumadora	34,8	53,3	77,5	91,3	95,1	96,4	97,3	98,4	78,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

En 2017, no fumaba ni había fumado nunca de manera habitual el 52% de la población de 15 y más años, un 25% se clasificaba como exfumador y un 22% como fumador. (NASTAT, 2018). El porcentaje de personas exfumadores (25,4%) era más alto que el

de personas fumadoras (22,4%). Los hombres declararon que fumaban en mayor proporción que las mujeres en todos los grupos de edad, siendo llamativas las diferencias en los 25-54 años (figura 3).

Entre 1982 y 2017, el porcentaje de población de 20-24 años que declaraban no fumar ni haber fumado nunca de manera habitual aumentó de 27,5% a 56,3% en los hombres y de 34,8% a 71% en mujeres, un 105% y un 104%, respectivamente. Es decir a lo largo de estos casi 40 años, se ha duplicado el porcentaje de jóvenes que no se inician en el consumo de tabaco. En hombres de 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65-74 y mayores de 75 años se ha producido un descenso que oscila entre 18 y 33 puntos en la prevalencia de fumadores (figura 3). En mujeres, la prevalencia de fumadoras sólo descendió entre las mujeres menores de 35 años mientras se produjo un aumento de casi 20 puntos entre las mujeres de 45-64 años (figura 3). Además, la figura 3 muestra el importante aumento de la prevalencia de ex-fumadores en 2017 respecto a 1982 en todos los grupos de edad.

El aumento de exfumadores en todos los grupos de edad y la menor prevalencia de tabaquismo en los jóvenes contribuyen al importante descenso de la prevalencia global de fumadores en 2017 respecto a décadas anteriores. Entre 1982 y 2017, en la población ≥ 15 años, la prevalencia de fumadores diarios u ocasionales ha descendido de 58,8% a 27,6% en hombres y de 24,7% a 17,2% en mujeres, un 53% y un 30% menos, respectivamente (tabla 4). Un trabajo reciente que analiza los cambios en la prevalencia de tabaquismo en casi 200 países encontró que el porcentaje de descenso anual de tabaquismo en España entre 1990 y 2005 fue mayor en hombres (-1,5%) que en mujeres (-0,6%) y que, en cambio, en 2005-2015 los descensos en la prevalencia de tabaquismo fueron mayores y tendieron a igualarse en ambos sexos, -1,9 y -2,0%, en las mujeres y hombres, respectivamente (GBD, 2015).

En cifras absolutas y sin considerar el incremento de población total de Navarra durante el periodo, se estima que fumaban aproximadamente 114.000 hombres y 50.000 mujeres en 1982 y 74.000 hombres y 47.000 mujeres en 2017 (tabla 4). En el monográfico *El tabaco como problema de salud*, publicado en 2002, se concluye en relación a la epidemia de tabaco en España que “Debido a condicionantes económicos, durante años, España tuvo una prevalencia alta con un consumo medio relativamente bajo, debido a que una gran parte de los fumadores fumaban poco debido a su relativa pobreza. No es hasta los años sesenta que el consumo de tabaco por fumador se eleva de forma clara. Por otra parte, la existencia del monopolio ha dificultado la regulación. La privatización de Tabacalera es muy reciente y, hasta entonces, han pesado de forma directa en la política del gobierno consideraciones ajenas a la salud. Esto se agravó aún más durante la dictadura: el descubrimiento de los efectos del tabaco sobre la salud no tuvo ningún efecto práctico en España, al contrario de lo que sucedió en los países democráticos de su entorno, donde los poderes públicos se vieron impelidos a regularlo” (Villalbi JR, 2002). Siguiendo el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, las políticas de control del tabaco impulsaron una legislación de espacios libres de humo en España (Ley 28/2005 y Ley 42/2010) para proteger a los no fumadores e implementaron las recomendaciones de MPOWER (Jimenez 2014, Fernandez 2011).

Figura 3. Prevalencia de, fumadores, exfumadores y no fumadores por edad y sexo en Navarra, 1982 y 2017

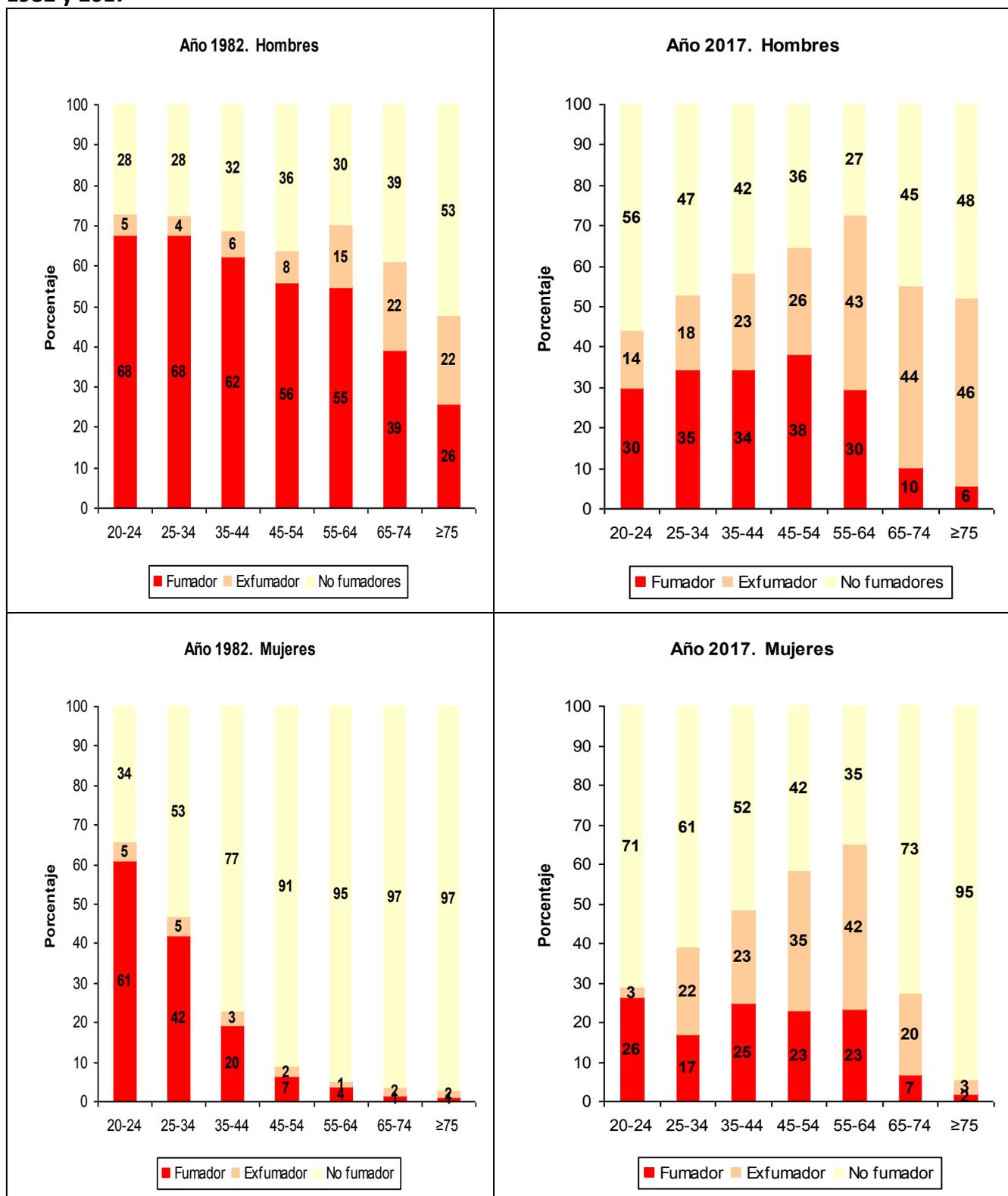


Tabla 4. Número y porcentaje (%) de personas fumadoras en la población de Navarra en 1982 y 2017.

	Población de 1982		Prevalencia fumadores diarios u ocasionales (%)		Número de fumadores diarios u ocasionales (%)	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
15-24[§]	42961	41285	67,8	60,9	29145	25161
25-34	37421	35543	67,8	42,0	25387	14933
35-44	30540	28941	62,3	19,5	19035	5645
45-54	30474	29794	56,0	6,5	17067	1940
55-64	25795	27376	54,9	3,7	14149	1015
65-74	16928	21462	39,0	1,4	6604	302
≥75	9448	14887	25,8	1,1	2440	168
Total	193567	199288	58,8	24,7	113820	49163

	Población de 2017		Prevalencia fumadores diarios u ocasionales (%)		Número de fumadores diarios u ocasionales (%)	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
15-24[§]	32364	31139	22,2	17,5	7187	5456
25-34	35886	35134	34,6	17,1	12420	6019
35-44	53309	50870	34,5	24,9	18385	12663
45-54	50914	48750	38,2	22,8	19468	11133
55-64	39870	39749	29,5	23,2	11774	9228
65-74	29950	32034	10,4	6,7	3106	2145
≥75	24781	37748	5,8	1,9	1449	714
Total	267074	275424	27,6	17,2	73695	47341

	Población de 2017		Prevalencia fumadores diarios u ocasionales (%)		Número de fumadores diarios u ocasionales (%)	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
15-24[§]	32364	31139	18,9	13,8	6130	4305
25-34	35886	35134	28,5	13,6	10230	4792
35-44	53309	50870	29,8	21,6	15877	11001
45-54	50914	48750	35,1	21,0	17870	10253
55-64	39870	39749	27,5	18,4	10975	7330
65-74	29950	32034	9,8	6,4	2938	2036
≥75	24781	37748	4,8	1,7	1188	647
Total	267074	275424	24,4	14,6	65252	40271

[§] En el grupo de edad de 15-19 se aplica la prevalencia del grupo de 20-24

Fuente: elaboración propia

Tabaquismo por nivel socioeconómico. Tendencias

En 1982 las estadísticas sobre consumo de tabaco y clase social mostraban un patrón diferente en hombres y las mujeres (tabla 5). En los hombres no se observaba un patrón claro en relación con el nivel socioeconómico como se desprende del ratio entre la prevalencia observada entre la clase alta y media alta respecto a la baja. En cambio, las mujeres de clase alta y media alta presentaban una prevalencia de tabaquismo mayor que las mujeres de clase baja en todos los grupos de edad. Es decir,

como en otros países, las mujeres de clase media alta y alta de Navarra se iniciaron al hábito tabáquico en mayor proporción que las de clase baja en las primeras etapas de la epidemia del tabaquismo.

Tabla 5. Prevalencia de fumadores o exfumadores por grupo edad, sexo y clase social autoreferida. Navarra. Año 1982. Estudio de la Hipertensión Arterial

	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74
	%	%	%	%	%	%
Hombres						
Alta y media alta	65,5	66,1	67,8	56,1	50,7	47,3
Media baja	67,3	67,6	58,6	55,9	56,1	36,0
Baja	79,5	72,5	76,5	57,1	54,1	40,9
<i>Razón Baja:Alta/media alta</i>	<i>1,2</i>	<i>1,1</i>	<i>1,1</i>	<i>1,0</i>	<i>1,1</i>	<i>0,9</i>
Mujeres						
Alta y media alta	64,8	52,5	30,0	10,8	4,7	5,7
Media baja	58,9	39,2	16,6	6,3	3,8	0,7
Baja	60,7	30,3	9,1	0,9	2,7	1,0
<i>Razón Baja:Alta/media alta</i>	<i>0,9</i>	<i>0,6</i>	<i>0,3</i>	<i>0,1</i>	<i>0,6</i>	<i>0,2</i>

Datos más recientes de la Encuesta de Condiciones de Vida de Navarra de 2012 y 2017 muestran que consumo de tabaco se va concentrando en las personas pertenecientes a los niveles sociales más desfavorecidos. En el año 2012, un porcentaje más alto de hombres entre 25-64 años con estudios universitarios declaraban no haber fumado en comparación a hombres con estudios primarios o menos, 50,5% y 33,8%, respectivamente. Además, el 11% de los hombres universitarios declaraban fumar diariamente en comparación al 37% de los hombres con educación primaria o menos. Entre las mujeres y según la misma encuesta, declaraban fumar diariamente un 30,7% de las mujeres con educación primaria o menos en comparación al 15,6% de las universitarias (Moreno-Iribas C, 2017).

En 2017 el mayor consumo de tabaco se observa en la población con bajo nivel de estudios. En hombres y mujeres de 20-54 años con estudios secundarios de primer ciclo o menos hay el doble fumadores que entre la población con estudios universitarios. Las mujeres con estudios universitarios de 20-34 años son las que menos fuman (10,3%), mientras que la prevalencia más alta (44,0%) se observó en los hombres de 35-44 años con estudios secundarios de primer ciclo o menos (Tabla 6). La Encuesta Nacional de Salud de 2011 encontró que también en España el porcentaje de hombres con estudios universitarios (22%) que fumaba diariamente era mucho menor que el porcentaje observado en la población que tenía estudios primarios (38%), mientras que estos porcentajes eran más parecidos en mujeres, 28% y 21%, respectivamente. En este mismo estudio se encontró que en la población con estudios universitarios había un mayor porcentaje de exfumadores que entre la población con

estudios primarios y que el número medio de cigarrillos fumados era menor (León-Gómez BB, 2017).

Tabla 6. Prevalencia de fumadores diarios y exfumadores por grupo de edad, sexo y nivel educativo en Navarra. Encuesta de Condiciones de Vida del 2017.

	Hombres					Mujeres				
	20-34	35-44	45-54	55-64	65-74	20-34	35-44	45-54	55-64	65-74
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Fumadores diarios	27,2	29,8	35,1	27,5	9,8	16,0	21,6	21,0	18,4	6,4
Secundarios 1 ^{er} ciclo o menos	39,2	44,0	41,6	27,7	9,2	22,5	31,6	36,2	20,1	7,8
Secundarios 2 ^o ciclo	31,5	37,4	38,8	28,8	9,4	24,9	32,4	14,8	14,0	4,2
Universitarios	19,2	21,3	22,3	26,3	12,1	10,3	14,9	16,3	18,9	1,7
<i>Secundarios 1^{er} ciclo o menos: universitarios</i>	<i>2,0</i>	<i>2,1</i>	<i>1,9</i>	<i>1,1</i>	<i>0,8</i>	<i>2,2</i>	<i>2,1</i>	<i>2,2</i>	<i>1,1</i>	<i>4,7</i>
Ex-fumadores	16,5	23,4	26,1	43,0	44,4	15,5	23,4	35,4	41,7	20,4
Secundarios 1er ciclo o menos	13,1	31,6	30,8	50,6	43,1	23,2	17,2	34,8	35,5	14,2
Secundarios 2 ^o ciclo	13,8	12,0	21,2	40,9	46,9	10,3	21,3	39,9	44,7	17,6
Universitarios	20,0	23,8	23,8	30,6	46,5	15,6	25,8	33,4	48,8	49,6

El estudio comparativo de los datos de diferentes Encuestas Nacionales de Salud de España encontró que, entre la población con estudios universitarios disminuyó el porcentaje de fumadores entre 1999 y 2011, de 32,2% a 21,9% entre los universitarios hombres y de 32,1% a 21,1% entre las universitarias. En cambio, no se produjo un descenso significativo de la prevalencia de tabaquismo en la población con estudios primarios entre 1999 y 2011, manteniéndose prácticamente estable el porcentaje que fumaba diariamente, 40,5% y 38,1% en hombres y 25,3% y 27,9% en mujeres (León-Gómez BB, 2017).

También se ha encontrado un gradiente inverso en la prevalencia de tabaquismo y el nivel de estudios en otros países. En 2009-2010 en los Estados Unidos fumaba el 34,6% de la población adulta con estudios primarios y el 13,2% de los universitarios. También en este país se ha visto que la tendencia del tabaquismo ha sido diferente según el nivel de estudios o el nivel socioeconómico de las personas. El porcentaje de fumadores entre la población con un nivel de estudios menor que la secundaria se mantuvo en cifras en torno al 35% entre 1968 y 1993, mientras que descendió de 34% a 15% entre la población con estudios universitarios acabados (Garfinkel L, 1997). Igualmente en Canadá la prevalencia de tabaquismo en población adulta que no completa el bachiller es 3,9 veces más alta que la de población universitaria graduada (Public Health Agency of Canada, 2018).

Es decir la brecha o desigualdad observada en otros países se observa igualmente en Navarra, señalando que se deben realizar esfuerzos adicionales en la población con menos estudios si se quiere avanzar en la reducción de esta desigualdad.

Cáncer de pulmón. Mortalidad por sexo

En el quinquenio 2012-2016, el 5,5% de las defunciones fueron causadas por el cáncer de pulmón en Navarra. Estas estadísticas son bastante similares a las de España en 2016 (5,5%) y la Unión Europea-28 en 2014 (5,5%) (EUROSTAT). Por sexos, representan el 8,7% de los fallecimientos en hombres y el 2,3% en mujeres. Estos porcentajes fueron más bajos en hombres y más altos en mujeres, 7,5 y 3,5%, respectivamente, en la Unión Europea-28.

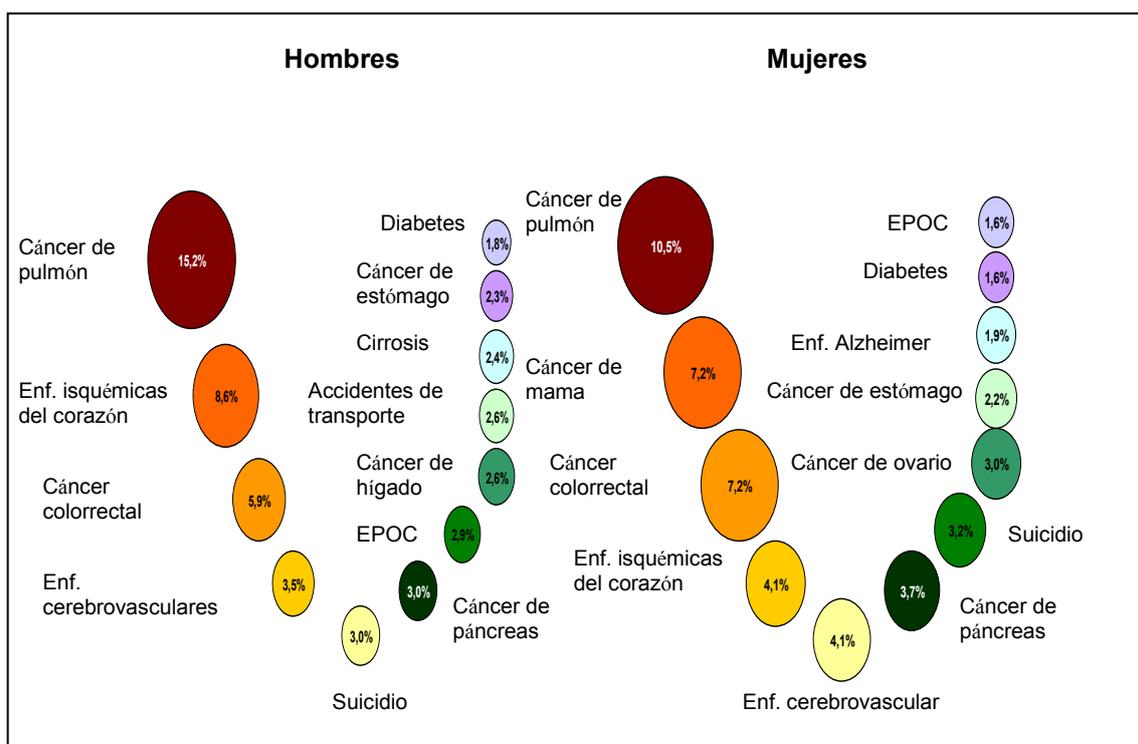
La tasa global de mortalidad por cáncer de pulmón en los hombres de Navarra (55,5 por 100.000) se sitúa en torno a la media estimada para Europa (59,1 por 100.000). Hungría (96,4 fallecimientos por 100.000) y Suecia (26,4 por 100.000) registran las tasas más altas y más bajas, respectivamente (Ferlay J, 2013). La tasa mortalidad de las mujeres (14,9 por 100.000) se encuentra ligeramente por debajo de la media estimada para Europa en 2012 (17,3 por 100000). Bielorrusia, Portugal o Malta son algunos de los países con menos casos de cáncer de pulmón que Navarra en mujeres (Ferlay, 2013). En algunos países europeos como Inglaterra o Suecia, las tasas de mortalidad en hombres y mujeres son muy parecidas: Suecia, 26,4 en hombres y 24,1 por 100000 en mujeres, que contrasta con lo observado en Navarra donde todavía la tasa global de mortalidad por cáncer de pulmón es 4 veces más alta en hombres que en mujeres.

El cáncer de pulmón es la primera causa de muerte por cáncer en los hombres de Navarra siendo responsable de uno de cada 4 fallecimientos por cáncer. En las mujeres los fallecimientos por cáncer de pulmón y mama se han igualado y es previsible que en los próximos años el cáncer de pulmón ocupe el primer lugar, debido su tendencia ascendente contraria a la del cáncer de mama. En el quinquenio 2012-2016 se registraron de media al año, 68 y 67 fallecimientos por cáncer de mama y pulmón que contrastan con las cifras registradas en la década de 1970, 55 fallecimientos por cáncer de mama y 16 por cáncer de pulmón. Esta situación había sido descrita hace varias décadas en algunos países de Europa o los Estados Unidos, países donde la epidemia de tabaquismo en las mujeres fue anterior a la de Navarra.

El 80% de las personas fallecidas por cáncer de pulmón en Navarra eran hombres y el 20% mujeres. Las estimaciones realizadas en 2010-2014 para España indican que el 86% de los fallecimientos por cáncer de pulmón en hombres son atribuibles al tabaco en comparación al 58% en mujeres (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016). Las características de la epidemia de tabaco, con la popularización del uso en primer lugar entre los hombres y al cabo de los años entre las mujeres, explican por que actualmente el mayor porcentaje de fallecidos por cáncer de pulmón son hombres y por que las estimaciones de la fracción atribuible al tabaco son menores entre las mujeres.

Además de representar un porcentaje significativo sobre el total de fallecimientos, el cáncer de pulmón es una importante causa de muerte antes de los 75 años o muerte prematura. En 2016, 147 hombres y 43 mujeres menores de 75 años fallecieron por cáncer de pulmón en Navarra (Boletín Salud Pública de Navarra, 2018). Otras causas de muertes relacionadas igualmente con el tabaquismo (muertes por enfermedades cerebrovasculares, enfermedades crónicas de las vías respiratorias (EPOC) o el infarto de miocardio se encuentran así mismo entre las primeras causas de muerte prematura en Navarra. Prevenir el tabaquismo y la exposición al humo de tabaco contribuye al descenso de incidencia y mortalidad por todas ellas y al aumento de la esperanza de vida (figura 4).

Figura 4. Principales causas de mortalidad prematura (ó mortalidad en población menor de 75 años) por sexo en el periodo 2012-2016 en Navarra.



Cáncer de pulmón. Tendencias por sexo y edad

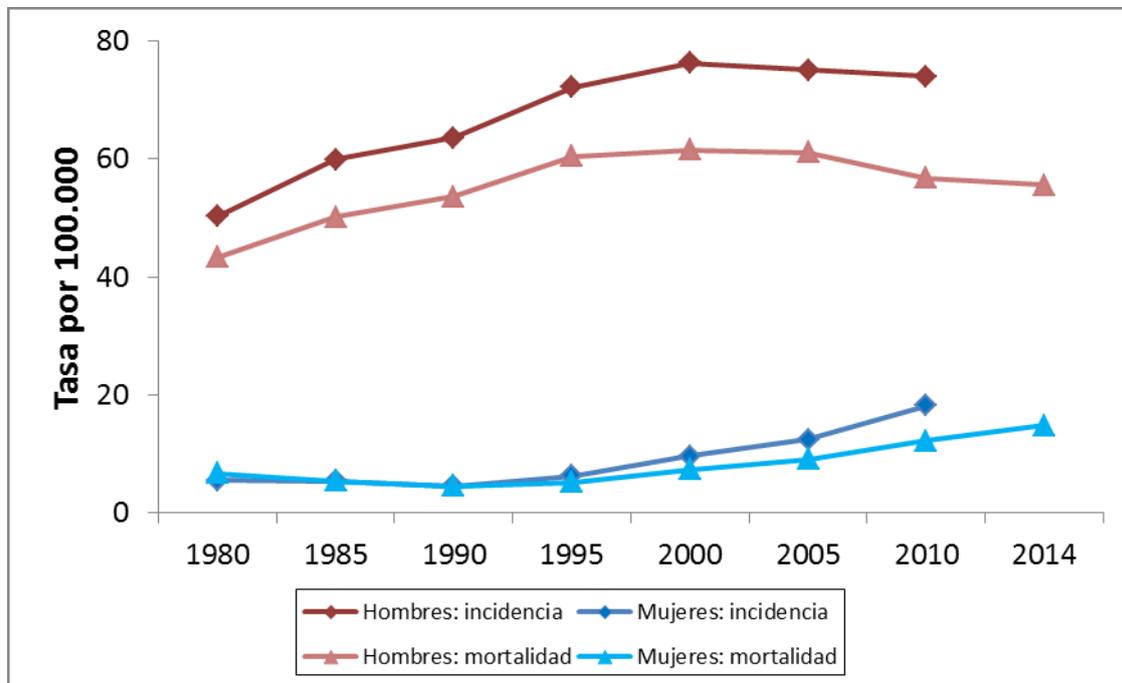
Debido a la elevada letalidad del cáncer de pulmón (razón mortalidad:incidencia de 0,79) y la poca variabilidad de la supervivencia, en la mayoría de los países se utilizan datos de mortalidad para comparar la carga de enfermedad aunque son los datos de incidencia proporcionados por los registros poblacionales de cáncer los que permiten comparar con más fiabilidad la magnitud y las tendencias de esta enfermedad.

Al valorar los datos de morbimortalidad por cáncer de pulmón y el tabaquismo hay que tener en cuenta que la tendencia de las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer de pulmón siguen las tendencias históricas de la prevalencia de tabaquismo con

un retraso de entre 20-30 años (Islami 2015). Así mismo, aunque se disponen de menos datos que para el tabaquismo, se deben considerar los cambios en otros factores de riesgo relacionados causalmente con esta enfermedad: la contaminación del aire interior por la combustión no ventilada de carbón en el hogar, la contaminación del aire exterior, exposiciones laborales a productos químicos en ocupaciones como gasificación del carbón y la producción de aluminio; exposición a la radiación del radón, exposición al asbesto, polvo de sílice, y varios elementos, incluido el arsénico. Señalar que los estudios han mostrado que estos factores de riesgo son responsables de una proporción relativamente pequeña de muertes por cáncer de pulmón en todo el mundo (Sisti J, 2012).

Los diagnósticos de cáncer de pulmón presentaron una tendencia creciente entre 1978 y 2012 en Navarra, de 140 casos a 323 casos en hombres y de 29 a 59 casos en mujeres. Las tasas globales ajustadas que considera el aumento de población y el envejecimiento de la misma fueron crecientes en los hombres en la década de 1980 y 1990 para tender a estabilizarse en los siguientes años. Entre las mujeres las tasas de incidencia y mortalidad fueron crecientes entre finales de 1990 y 2016 (figura 5). Durante todo el periodo la tasa global fue mayor entre los hombres.

Figura 5. Tasas ajustadas de incidencia y mortalidad por cáncer de pulmón por sexo y quinquenio (excepto los datos de mortalidad 2013-2016 que corresponden a cuatrienio). Tasas ajustadas a la población europea por 100.000.



Los datos globales de incidencia y mortalidad en toda la población, se deben complementar con las estadísticas en diferentes grupos de edad debido a que pueden coexistir tendencias diferentes en el seno de la misma población. Así una baja tasa global de cáncer de pulmón puede ser el resultado de bajas tasas en la población mayor y altas tasas entre la población joven. Algunos estudios han mostrado, además que los descensos en las tasas de mortalidad entre los adultos jóvenes son

proporcionales a los cambios recientes en la prevalencia de tabaquismo y se correlacionan inversamente con indicadores de control del tabaquismo (Jemal 2003). La tabla 6 recoge para Navarra el número de casos de cáncer de pulmón diagnosticados, el número de fallecimientos y las tasas de incidencia y mortalidad por grupos de edad y sexo en diferentes periodos. Los casos incidentes corresponden al periodo 1978-2012 agrupados en 7 quinquenios, mientras que los fallecimientos corresponden a los mismos 7 quinquenios del periodo 1978-2012 más el último cuatrienio 2013-2016.

En el quinquenio 2008-2012 los hombres ≥ 85 años presentaron la incidencia de cáncer de pulmón más elevada, 443 casos por 100.000 y los jóvenes de 20-44 años la tasa más baja, 2,5 casos por 100.000. Este patrón es característico de poblaciones con una larga historia de tabaquismo que se traduce en que las tasas más elevadas se registran en las edades avanzadas.

Entre las mujeres el patrón es diferente. Las tasas de incidencia más bajas en 2008-2012 se registraron entre las mujeres de 20-44 años y 45-54 años, 4 y 37 por 100.000, respectivamente, oscilando en los grupos de edad de 55-64, 65-74, 75-84 y ≥ 85 años entre 44 y 61 por 100.000, es decir, sin observarse un patrón ascendente como ocurre entre los hombres. El pico de incidencia de cáncer de pulmón se observó entre las mujeres de 55-64 años, mujeres que en la encuesta de 1982 tenían menos de 40 años y presentaban elevados consumos de tabaco y que en la medida que vayan envejeciendo presentarán previsiblemente tasas más altas de cáncer de pulmón que las cohortes nacidas en los 1920, 1930 o 1940. Las bajas tasas de cáncer de pulmón en la población de mujeres mayores de 65 años son el reflejo de los bajos consumos de tabaco de estas cohortes (tabla 3).

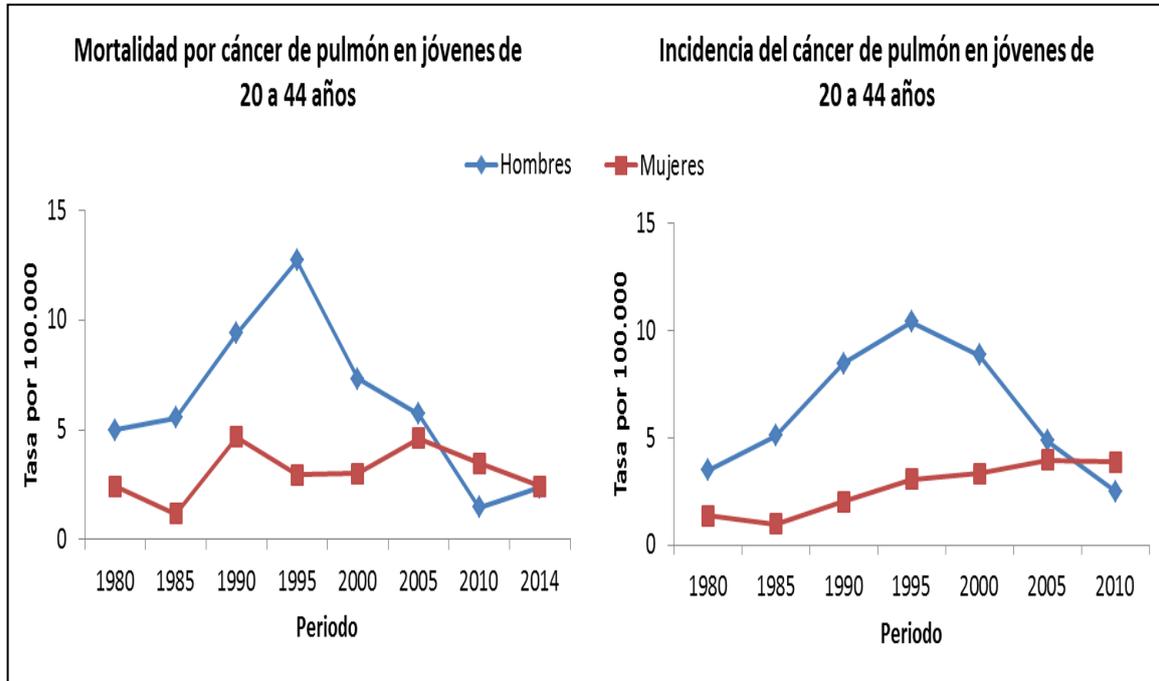
En todos los quinquenios y en todos los grupos de edad las tasas son más altas en hombres que en mujeres excepto en jóvenes de 20-44 años en el 2008-2012 con 17 casos en hombres y 24 en mujeres y una razón de tasas hombres:mujeres de 0,64. También los fallecimientos en mujeres superaron a los fallecimientos en hombres en el periodo 2008-2016, 9 hombres y 20 mujeres, respectivamente (tabla 6). Un hallazgo similar ha sido descrito en un estudio reciente que analiza el cáncer de pulmón en jóvenes de los Estados Unidos donde igualmente se observa una mayor incidencia entre las mujeres jóvenes respecto a los hombres jóvenes, si bien en aquel país, como en Navarra, los datos de tabaquismo registrados en las cohortes nacidas después de 1960 señalan que la prevalencia de tabaquismo de hombres y mujeres se ha aproximado pero que las mujeres no han superado la prevalencia de tabaquismo de los hombres (Jemal A, 2018). En el mismo grupo de edad, 20-44 años, las estadísticas de mortalidad de España muestran igualmente una convergencia de las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón con un descenso de la razón hombres:mujeres, de cifras próximas a 3 en el año 2000 a un ratio en torno a 1,5 en el quinquenio 2011-2015.

Tabla 6. Casos y tasas ajustadas de incidencia y mortalidad por cáncer de pulmón por grupos de edad, sexo y quinquenio (excepto los datos de mortalidad 2013-2016 que corresponden a cuatrienio). Tasas ajustadas a la población europea por 100.000.

	Hombres				Mujeres				Razón	
	Mortalidad		Incidencia		Mortalidad		Incidencia		Hombres:Mujeres	
	Nº*	Tasa	Nº*	Tasa	Nº*	Tasa	Nº*	Tasa	Mortalidad	Incidencia
20-44 años										
1978-1982	15	5,0	13	3,5	7	2,4	5	1,4	2,1	2,5
1983-1987	14	5,5	21	5,1	1	1,2	4	1,0	4,7	5,2
1988-1992	25	9,4	38	8,5	8	4,7	9	2,0	2,0	4,2
1993-1997	35	12,7	48	10,4	8	2,9	14	3,1	4,3	3,4
1998-2002	31	7,3	47	8,9	6	3,0	17	3,3	2,4	2,7
2003-2007	21	5,7	30	4,9	16	4,6	23	4,0	1,2	1,2
2008-2012	4	1,5	17	2,5	13	3,5	24	3,9	0,4	0,6
2013-2016	5	2,4			7	2,4			1,0	
45-54 años										
1978-1982	47	30,9	55	36,1	14	9,3	10	6,7	3,3	5,4
1983-1987	64	44,0	86	58,8	8	5,4	10	7,0	8,1	8,4
1988-1992	60	42,6	70	51,0	4	3,1	1	0,8	13,8	66,3
1993-1997	83	52,0	130	80,7	11	7,1	19	12,3	7,4	6,6
1998-2002	115	64,2	132	73,7	24	13,8	27	15,5	4,7	4,8
2003-2007	115	58,8	151	77,1	36	18,9	53	28,1	3,1	2,7
2008-2012	91	40,6	148	66,1	52	24,5	79	36,7	1,7	1,8
2013-2016	75	39,0			31	16,8			2,3	
55-64 años										
1978-1982	140	117,2	178	148,7	8	6,0	9	6,8	19,4	21,8
1983-1987	183	131,1	223	160,2	19	13,1	19	13,1	10,0	12,2
1988-1992	187	130,0	231	160,2	6	4,1	10	6,7	31,6	23,8
1993-1997	198	141,1	253	180,1	13	9,2	9	6,5	15,3	27,7
1998-2002	180	130,6	243	176,3	23	16,8	36	26,1	7,8	6,7
2003-2007	226	142,2	311	195,7	35	22,1	47	29,7	6,4	6,6
2008-2012	252	141,1	359	201,4	65	36,8	103	59,0	3,8	3,4
2013-2016	196	128,8			85	56,4			2,3	
65-74 años										
1978-1982	196	232,6	226	267,6	37	35,7	30	29,0	6,5	9,2
1983-1987	225	256,1	268	305,6	19	16,9	19	16,6	15,1	18,4
1988-1992	280	274,6	331	324,5	30	24,0	29	23,2	11,4	14,0
1993-1997	321	270,9	375	316,8	19	14,1	31	22,9	19,1	13,8
1998-2002	375	299,4	482	383,7	35	25,8	43	30,9	11,6	12,4
2003-2007	330	263,5	408	329,5	31	23,9	41	30,0	11,0	11,0
2008-2012	337	271,4	428	345,1	38	28,2	59	43,9	9,6	7,9
2013-2016	311	276,4			61	50,9			5,4	
75-84 años										
1978-1982	91	245,3	94	253,4	20	35,4	20	35,9	6,9	7,1
1983-1987	122	268,3	130	287,3	35	52,8	20	30,3	5,1	9,5
1988-1992	169	326,8	186	362,7	23	27,7	27	33,7	11,8	10,8
1993-1997	243	444,0	233	425,7	26	29,8	22	23,6	14,9	18,0
1998-2002	281	412,8	311	456,9	30	29,9	28	27,6	13,8	16,5
2003-2007	375	452,9	386	471,5	36	31,9	49	43,8	14,2	10,8
2008-2012	353	389,0	394	438,9	53	43,0	64	49,9	9,1	8,8
2013-2016	277	391,2			57	57,3			6,8	
85 años o más										
1978-1982	7	106,9	15	229,0	7	55,0	5	39,3	1,9	5,8
1983-1987	20	244,5	21	256,7	7	41,7	10	59,6	5,9	4,3
1988-1992	27	240,8	27	240,8	12	51,4	8	34,3	4,7	7,0
1993-1997	40	269,1	37	248,9	22	70,2	13	41,5	3,8	6,0
1998-2002	52	286,2	52	286,2	20	48,8	19	46,4	5,9	6,2
2003-2007	80	399,1	78	389,1	19	39,8	22	46,1	10,0	8,4
2008-2012	123	474,1	115	443,3	44	74,8	36	61,2	6,3	7,2
2013-2016	118	453,2			29	52,8			8,6	
Global										
1978-1982	496	43,3	581	50,3	93	6,8	79	5,6	6,4	9,0
1983-1987	628	50,2	749	60,0	89	5,5	82	5,4	9,2	11,0
1988-1992	748	53,7	883	63,7	83	4,6	84	4,5	11,8	14,1
1993-1997	920	60,5	1076	72,2	99	5,2	108	6,2	11,6	11,6
1998-2002	1034	61,6	1267	76,3	138	7,4	170	9,7	8,3	7,9
2003-2007	1147	61,1	1364	75,1	173	9,1	235	12,5	6,7	6,0
2008-2012	1160	56,8	1461	74,0	265	12,2	365	18,2	4,6	4,1
2013-2016	982	55,6			270	14,9			3,7	

*El número de casos corresponde al periodo.

Figura 6. Tasas ajustadas de incidencia y mortalidad por cáncer pulmón ajustadas a la población europea por sexo en población de 20-44 años. Incidencia (1978-2012) y mortalidad (1978-2016).



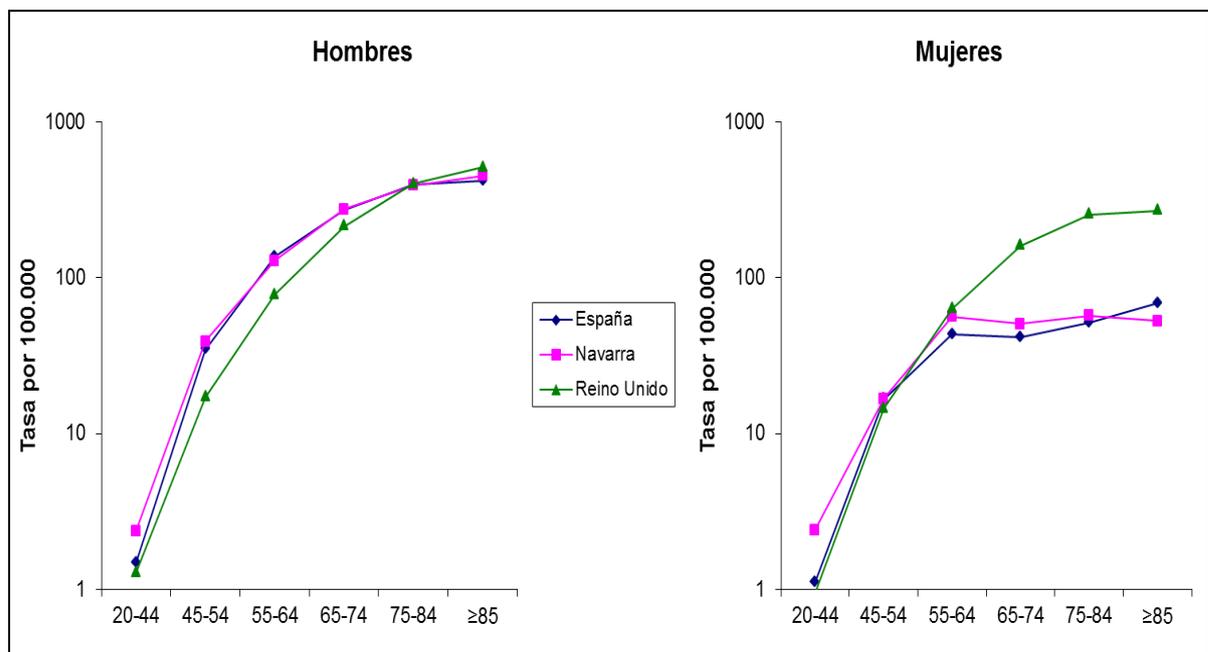
La tendencia de la incidencia y mortalidad de cáncer de pulmón en hombres de 20-44 años es bifásica (figura 6), con un incremento de la incidencia y mortalidad entre la década de 1970 y finales de los 1990 y descenso en los años siguientes. Señalar que la tasa de incidencia en este grupo de edad del último quinquenio, 2,5 por 100.000, se ha igualado con la registrada en 1978-1982, quinquenio con la menor tasa, 3,5 por 100.000. Las tasas de incidencia y mortalidad en los hombres de 45-54 años, que fueron crecientes hasta finales de los 1990, muestran igualmente signos de descenso. Las tasas de incidencia y mortalidad en hombres de 55-64, 65-74, 75-84 y ≥ 85 años presentan una tendencia ascendente con signos de estabilización en los últimos años excepto en el grupo ≥ 85 años (tabla 6). Estudios realizados en los EEUU, UK y Australia han mostrado que el descenso de la prevalencia de tabaquismo se refleja en primer lugar en el descenso de la mortalidad de los hombres adultos jóvenes y que posteriormente se extiende a todos los grupos de edad y a las mujeres. En los Estados Unidos, el descenso de la incidencia de cáncer de pulmón entre los hombres afecta a todos los grupos de edad (Lewis DR, 2014) y es previsible que ocurra lo mismo en Navarra en los próximos años si consideramos que también en Navarra el tabaquismo ha descendido de manera importante.

En las mujeres menores de 65 años las tasas de incidencia y mortalidad presentan una tendencia creciente entre finales de 1970 y 2012 (tabla 6). Los incrementos más importantes se observan en las mujeres de 45-54 años y 55-64 años entre las que las tasas se han multiplicado por 5 y 8 entre ambos periodos: de 6,7 por 100.000 casos en 1978-1982 a 36,7 en el 2008-2012 entre las mujeres de 45-54 años, y de 6,8 por 100.000 a 59 por 100.000 en el grupo de 55-64 años. Señalar que se trata de mujeres que registraban elevada prevalencia de tabaquismo en la encuesta realizada en 1982

(tabla 3). En las mujeres de más de 65 años las tasas se han mantenido estables a lo largo de las 4 últimas décadas y además como se puede apreciar en la tabla los ratios hombres:mujeres son muy altos, es decir, la incidencia de los hombres es entre 10 y 20 veces más alta que entre las mujeres. Este último grupo de mujeres son las que en 1982 tenían más de 40 años y como se ha mostrado en la tabla 3 presentaban una prevalencia de tabaquismo que no llegaba al 10%, muy por debajo de la prevalencia observada entre los hombres mayores de 45 años que declaraban ser fumadores o exfumadores en porcentajes que se situaban entre 40-60%.

En la figura 7 se presentan las tasas de mortalidad por sexo y grupo de edad en Navarra, España y Reino Unido. Entre los hombres menores de 75 años las tasas de mortalidad tanto de Navarra como de España son más elevadas que las de Reino Unido, mientras que los mayores de 85 años presentan una tasa de mortalidad más elevada en aquel país. Con esto datos es previsible que en el futuro Navarra y España presente tasas globales más elevadas de cáncer de pulmón que el Reino Unido. Pero además estos datos están indicando que los esfuerzos para limitar el inicio del tabaquismo en las últimas décadas han sido más efectivos en aquel país. Entre las mujeres mayores de 65 años, las tasas de mortalidad en Reino Unido triplican las observadas en España ó Navarra, mientras que entre las mujeres menores de 50 años se observan tasas más altas en Navarra que en el Reino Unido. También los datos indican mayor mortalidad en las mujeres de Navarra respecto a lo observado en el conjunto de España (figura 7).

Figura 7. Mortalidad por cáncer de pulmón por edad y sexo. Navarra (2013-2016), España (2015) y Reino Unido (2014-2016).



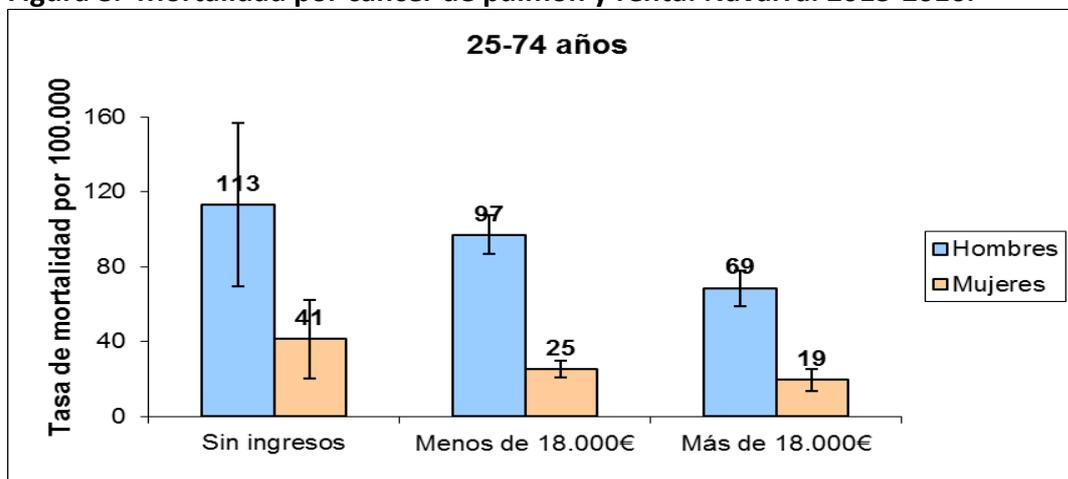
Fuente: elaboración propia

Cáncer de pulmón. Tendencias por nivel socioeconómico

En el periodo 2001-2008, se analizaron las diferencias en las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón de la población ≥ 25 años del Censo de Navarra de 2001 utilizando el nivel de estudios como indicador socioeconómico. En hombres, la tasa de la población con nivel de estudios más bajo (estudios primarios o menos) era un 19% más alta en comparación a la tasa de la población con estudios universitarios, (Miqueleiz, 2015). Entre las mujeres, en cambio, la tasa era un 18% más baja en las mujeres con bajo nivel de estudios en comparación a las mujeres con estudios universitarios, similar a lo descrito en la Comunidad Autónoma del País Vasco en el periodo 1996-2001 (Menvielle G, 2008). El mayor riesgo de las mujeres de nivel socioeconómico alto se explica porque fueron las mujeres de clase alta, tanto en Navarra como España, las que 2 décadas atrás, en los 1980 y 1990, presentaban la prevalencia de tabaquismo más alta (Bilal U, 2016).

Se han utilizado indicadores individuales de nivel de renta económica derivados de las categorías consideradas para el copago farmacéutico desde julio de 2012 en el estudio de las diferencias en las tasas de cáncer de pulmón en 2013-2016. El grupo de nivel socioeconómico bajo incluye a la población sin obligaciones tributarias por encontrarse en las siguientes categorías: rentas de inserción social, pensiones no contributivas y parados que hayan agotado el subsidio, entre otros. El nivel socioeconómico “medio” y “alto” corresponde a las rentas por debajo y por encima de 18.000€, respectivamente. El nivel de renta se relaciona con la tasa de cáncer de pulmón en ambos sexos, a menor renta mayor tasa de mortalidad. Las tasas de mortalidad más elevadas se observan en el grupo sin ingresos, tanto entre los hombres como entre las mujeres. Los adultos entre 25-74 años sin ingresos presentaban una tasa de mortalidad por cáncer de pulmón 2,1 y 1,6 veces más alta que las mujeres y hombres con ingresos por encima de 18.000€. También en otros países se han descrito diferencias en la incidencia de cáncer de pulmón en función del nivel de renta y estudios: en adultos de Canadá la incidencia de cáncer en la población con los niveles más bajos de educación es 1,5 veces más alta que la de los adultos con los niveles de educación más elevado (Public Health Agency of Canada, 2018).

Figura 8. Mortalidad por cáncer de pulmón y renta. Navarra. 2013-2016.



Conclusiones

Tabaquismo en Navarra

- Desde 1982 a 2017 la proporción de personas de 15 a 24 años que fuman a diario u ocasionalmente ha descendido del 64% al 20%. Es decir, el tabaquismo se ha reducido a menos de la mitad entre los jóvenes.
- Desde 1982 la prevalencia de fumadores diarios u ocasionales ha descendido del 59% al 28% en hombres y del 25% al 17% en mujeres.
- Se estima que 105.000 personas mayores de 15 años fuman diariamente en Navarra, el 24% de los hombres y el 15% de las mujeres mayores de 15 años. Otro 3% declara fumar, aunque no todos los días.
- Las personas mayores de 15 años exfumadoras (25%) superan a las fumadoras (22%).
- El 52% de la población mayor de 15 años declara que no fuma ni ha fumado nunca de manera habitual y un 48% se clasifica como fumadora o exfumadora.
- La mayor prevalencia de tabaquismo en hombres se registra a los 25-54 años (35%), y en mujeres en los 35-64 años (23%).
- En hombres y mujeres de 20-54 años con nivel de estudios secundarios de primer ciclo o inferior hay el doble fumadores que entre la población con estudios universitarios.

Cáncer de pulmón

- El consumo de tabaco es el factor de riesgo para la salud más importante de la población de Navarra, responsable de un porcentaje alto de muertes evitables por enfermedades respiratorias, cardiovasculares y cáncer.
- En promedio se diagnostican 400 casos de cáncer de pulmón al año en Navarra y más del 80% son atribuibles al tabaquismo.
- Las muertes por cáncer de pulmón son una parte importante de las muertes prematuras. En Navarra fallecen en torno a 200 adultos menores de 75 años por esta causa cada año. A estas muertes hay que sumarles una parte de las debidas a otras enfermedades relacionadas con el tabaquismo: infarto de miocardio, ictus, EPOC, cáncer de vejiga, laringe, entre otros.
- Ocho de cada diez casos de cáncer de pulmón se diagnostican en hombres.

- En población de 20-44 años la incidencia y mortalidad por cáncer de pulmón se ha igualado en hombres y mujeres, y en el resto de grupos de edad la tasa sigue siendo mayor en hombres.
- En ambos sexos la incidencia de cáncer de pulmón es más elevada en la población con rentas bajas.
- Ha disminuido la incidencia de cáncer de pulmón en los hombres de 20-44 años, tiende a estabilizarse en mayores de 45 años y continúa aumentando en los mayores de 85 años. Es previsible que la incidencia de cáncer de pulmón vaya descendiendo en los próximos años en hombres de todos los grupos de edad.
- La incidencia de cáncer de pulmón en mujeres de 40-65 años se ha quintuplicado respecto a la de finales de los 1970. En la medida que las cohortes nacidas a partir de 1950 envejeczan, es previsible que presenten aumentos de la incidencia de cáncer de pulmón en comparación a las cohortes anteriores.
- La incidencia de cáncer de pulmón en mujeres y hombres de menos de 50 años en Navarra es más elevada que la de países como Suecia, Islandia, Finlandia, Estados Unidos o Reino Unido.

Las altas tasas de cáncer de pulmón en población joven de Navarra en comparación con algunos países europeos, el incremento de las tasas de cáncer de pulmón en mujeres y las crecientes desigualdades socioeconómicas en el consumo de tabaco, señalan la necesidad de seguir intensificando los esfuerzos en la lucha contra la epidemia del tabaquismo.

Se necesita seguir trabajando de forma sostenida en los tres subprogramas que componen el Programa de Prevención del Tabaquismo de Navarra: prevención del inicio del consumo, espacios sin humo y ayudas para dejar de fumar.

La Declaración de Madrid-2018 para el avance de la regulación del tabaco en España firmada por diferentes asociaciones científicas como la Sociedad Vasco Navarra de Prevención del Tabaquismo, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, SEMERGEN, Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, entre otras, señala las principales medidas que los poderes públicos deberían adoptar en España y que se recogen literalmente en el anexo I (Declaración de Madrid-2018).

Bibliografía

Ariza C, Villalbí JR (eds.). El tabaquismo en España: situación actual y perspectivas para el movimiento de prevención. Barcelona: Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo y Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria; 2000.

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 May;25(3):295-300.

Bray F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Zanetti R and Ferlay J, editors (2017) *Cancer Incidence in Five Continents, Vol. XI* (electronic version). Lyon: International Agency for Research on Cancer. Available from: <http://ci5.iarc.fr>, accessed [date].

Boletín de Salud Pública de Navarra. Las tendencias de las principales causas de muerte en Navarra. *Boletín de Salud Pública de Navarra* 2015;84:1-10. <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/5531C76D-3F19-4B1C-9E98-D2A8DEBD078C/326815/BOL8419.pdf>

Boletín de Salud Pública de Navarra. Esperanza de vida y causas de muerte en Navarra Navarra. 2018;97:1-8. <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/2A5B0BE2-CFA0-4DFE-83D0-17ECC4C5A3AF/419581/BOL9719.pdf>

Boletín Oficial de Navarra. Nº 244 - 22 de diciembre de 2017. DECRETO FORAL 111/2017, de 13 de diciembre, por el que se establecen las condiciones de acceso a la prestación farmacológica de ayuda a dejar de fumar. https://www.navarra.es/home_es/Actualidad/BON/Boletines/2017/244/

Cancer research UK. Lung cancer statistics. <http://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/statistics-by-cancer-type/lung-cancer/mortality#heading-One>

Centers for Disease Control and Prevention. Trends in Current Cigarette Smoking Among High School Students and Adults, United States, 1965–2014 https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/tables/trends/cig_smoking/index.htm. Accessed November 12, 2018.

Chen W, Zheng R, Zeng H, Zhang S. Epidemiology of lung cancer in China. *Thoracic Cancer*. 2015;6(2):209-215.

Declaración de Madrid-2018 por la salud y para el avance de la regulación del tabaco en España <https://statics-diariomedico.uecdn.es/cms/2018/07/declaracion-madrid-2018.pdf>

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Las Consecuencias del Tabaquismo en la Salud: 50 años de Progreso; Informe de la Dirección General de Servicios de Salud de los EE. UU. Atlanta, GA: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud, Oficina de Tabaquismo y Salud, 2014. https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/50th-anniversary/pdfs/executive-summary-spanish.pdf

ENSE Encuesta Nacional de Salud España 2017

https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE17_pres_web.pdf

EUROSTAT. Cancer statistics - specific cancers. Disponible on-line en: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Cancer_statistics_-_specific_cancers#Lung_cancer Consultado el 28-junio-2018.

EUROSTAT. Statistics explained. Proportion of daily smokers of cigarettes, 2014 (https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Tobacco_consumption_statistics)

Fernández E, Schiaffino A, García M, Saltó E, Villalbí JR, Borràs JM. Prevalencia del consumo de tabaco en España entre 1945 y 1995. Reconstrucción a partir de las Encuestas Nacionales de Salud. Med Clin (Barc). 2003 Jan 18;120(1):14-6.

Ferlay J, Steliarova-Foucher E, Lortet-Tieulent J, Rosso S, Coebergh JW, Comber H, Forman D, Bray F. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012. Eur J Cancer. 2013 Apr;49(6):1374-403.

Fernández E, Nebot M. Spain: Beyond the 'Spanish model' to a total ban. Tobacco Control. 2011;20:6-7.57.

Frieden TR. Tobacco control progress and potential. JAMA.;311(2):133-4.

Galán I, Simón L, Boldo E, Ortiz C, Fernández-Cuenca R, Linares C, Medrano MJ, Pastor-Barriuso R. Changes in hospitalizations for chronic respiratory diseases after two successive smoking bans in Spain. PLoS One. 2017 May 24;12(5):e0177979.

Garfinkel L. Trends in cigarette smoking in the United States. Prev Med. 1997 Jul-Aug;26(4):447-50.

GBD 2015 Tobacco Collaborators. Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990-2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017 May 13;389(10082):1885-1906.

Globocan http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx

Gobierno de Navarra. El Gobierno de Navarra financiará a partir de octubre los fármacos de ayuda para dejar de fumar

https://www.navarra.es/home_es/Actualidad/Sala+de+prensa/Noticias/2017/05/30/Medidas+dejar+de+fumar.htm

Henley SJ, Richards TB, Underwood JM, Ehemann CR, Plescia M, McAfee TA; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Lung cancer incidence trends among men and women --United States, 2005-2009. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2014;63:1-5. Erratum in: MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2014 Jan 17;63(2):45.

Henley SJ, Thomas CC, Sharapova SR, et al. Vital Signs: Disparities in Tobacco-Related Cancer Incidence and Mortality — United States, 2004–2013. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2016; 65:1212–1218. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6544a3>

Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/inclasSNS_DB.htm
Consultado el 16 de octubre de 2016

Islami F, Torre LA, Jemal A. Global trends of lung cancer mortality and smoking prevalence. *Transl Lung Cancer Res.* 2015;4:327-338.

Jemal A, Cokkinides VE, Shafey O, Thun MJ. Lung cancer trends in young adults: an early indicator of progress in tobacco control (United States). *Cancer Causes Control.* 2003;14:579-85.

Jemal A, Miller KD, Ma J, Siegel RL, Fedewa SA, Islami F, Devesa SS, Thun MJ. Higher Lung Cancer Incidence in Young Women Than Young Men in the United States. *N Engl J Med.* 2018 May 24;378(21):1999-2009.

Jemal A, Ward EM, Johnson CJ, Cronin KA, Ma J, Ryerson B, Mariotto A, Lake AJ, Wilson R, Sherman RL, Anderson RN, Henley SJ, Kohler BA, Penberthy L, Feuer EJ, Weir HK. Annual Report to the Nation on the Status of Cancer, 1975-2014, Featuring Survival. *J Natl Cancer Inst.* 2017 Sep 1;109(9).

León-Gómez BB, Colell E, Villalbí JR, Barrio G, Domingo-Salvany A. Impact of smoke-free regulations on smoking prevalence trends in Spain. *Eur J Public Health.* 2017 Feb 1;27(1):123-128.

Lewis DR, Check DP, Caporaso NE, Travis WD, Devesa SS. US lung cancer trends by histologic type. *Cancer.* 2014 Sep 15;120(18):2883-92.

Menvielle G, Kunst AE, Stirbu I, Strand BH, Borrell C, Regidor E et al. Educational differences in cancer mortality among women and men: a gender pattern that differs across Europe. *Br J Cancer.* 2008;98:1012-9.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Muertes atribuibles al consumo de tabaco en España, 2000-2014. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016.

ENSE Encuesta Nacional de Salud España 2017

https://www.msccbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE17_pres_web.pdf

Miqueleiz E, Lostao L, Reques L, Santos JM, Calle ME, Regidor E. Desigualdades en mortalidad total y por causa de muerte según el nivel de estudios en Navarra: hallazgos de un estudio longitudinal 2001-2008. *Rev. Esp. Salud Pública* 2015;89:295-306.

Moreno-Iribas C, Delfrade Osinaga I, Miqueleiz E, Floristán Y. Informe sobre desigualdades de salud en Navarra. 2017

https://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Observatorio+de+Salud+Comunitaria+de+Navarra/Temas+de+Salud/Desigualdades+de+salud/Informe+sobre+Desigualdades+en+Salud+en+Navarra.htm

NASTAT, 2017. Encuesta social y de condiciones de vida.

<https://administracionelectronica.navarra.es/GN.InstitutoEstadistica.Web/informacionestadistica.aspx?R=1&E=3>

Near AM, Blackman K, Currie LM, Levy DT. Sweden SimSmoke: the effect of tobacco control policies on smoking and snus prevalence and attributable deaths. *The European Journal of Public Health*. 2014;24(3):451-458

OECD (2003). *Health at a Glance: OECD indicators 2003*. OECD Publishing. https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance-2003-en.pdf?expires=1531306330&id=id&accname=guest&checksum=A994C74E5D23887D06A5F0B626F0401

OECD (2017), *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en

Public Health Agency of Canada. *Key Health Inequalities in Canada. A National Portrait*;2018. p. 308-39 <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/science-research-data/key-health-inequalities-canada-national-portrait-executive-summary.html>

Sisti J, Boffetta P. What proportion of lung cancer in never-smokers can be attributed to known risk factors? *Int J Cancer* 2012;131:265-75.

Soriano JB, Rojas-Rueda D, Alonso J, Antó JM, Cardona PJ, y col.. The burden of disease in Spain: Results from the Global Burden of Disease 2016. *Med Clin (Barc)*. 2018 Jul 20. pii: S0025-7753(18)30331-2.

Stone EC, Zhou C; International Association for the Study of Lung Cancer Tobacco Control Committee. Slowing the Titanic: China's Epic Struggle with Tobacco. *J Thorac Oncol*. 2016 Aug 4. pii: S1556-0864(16)30699-2.

US Centers for Disease Control and Prevention. *CDC Winnable Battles: final report*. <https://www.cdc.gov/winnablebattles/report/docs/winnable-battles-final-report.pdf> Accessed May 24, 2018.

U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Smoking: 50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. 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. Printed with corrections, January 2014.

Villalbi JR. El tabaco como problema de salud pública. En: Cabasés JM, Villalbí JR, Aibar C, editores. *Informe SESPAS 2002*. Valencia: Generalitat Valenciana; 2002. p. 113-29

Anexo 1. DECLARACIÓN DE MADRID-2018 POR LA SALUD Y PARA EL AVANCE DE LA REGULACIÓN DEL TABACO EN ESPAÑA

Relacionadas con el artículo 6 del Convenio Marco del Control del Tabaco de la Organización Mundial de la Salud de 2003 (CMCT):

-Equiparar al alza la fiscalidad de todos los productos del tabaco;

-Equiparar la fiscalidad también a los productos relacionados con el tabaco que contengan nicotina y a los productos novedosos del tabaco;

-Incrementar la presión fiscal de todos los productos de tabaco, haciéndola similar a la de los países más desarrollados de nuestro entorno, con el fin de disminuir su accesibilidad a las poblaciones más vulnerables, sobre todo a los menores de edad;

2) Relacionadas con el artículo 8 del CMCT:

-Exigir el cumplimiento de la legislación vigente sobre el consumo en los lugares públicos cerrados o cuasi-cerrados (como terrazas, patios o áreas de tránsito en centros comerciales);

-Aplicar la actual regulación sobre espacios sin humo, a todos los productos relacionados (cigarrillos electrónicos y productos a base de hierbas para fumar). Todo ello con el doble objetivo de, por un lado, evitar la toxicidad pasiva que estos ocasionan, y por otro, conseguir la desnormalización de su consumo en lugares públicos;

-Prohibir fumar en cualquier tipo de vehículo para evitar la exposición al humo de todos los pasajeros, especialmente los menores, por motivos de salud y de seguridad vial;

-Ampliar la legislación actual de acuerdo a las recomendaciones normativas y directrices de la Organización Mundial de la Salud sobre la protección al humo ambiental de tabaco mediante: 1) la eliminación de ambigüedades (definición y delimitación de espacio al aire libre, excepciones en espacios cerrados, etc.); 2) la ampliación de los entornos sin humo en lugares al aire libre (instalaciones deportivas y de espectáculos, paradas y andenes de medios de transporte, playas y otros espacios naturales, piscinas comunales); y 3) la implicación explícita de los cuerpos de seguridad -locales, autonómicos y estatales- en el control de la aplicación de la Ley en todos los ámbitos;

-Promover los hogares libres de humo y concienciar a la población al respecto, pues en la actualidad es el principal lugar de exposición al humo ambiental de tabaco, responsable de morbi-mortalidad en personas adultas y niños;

3) Relacionadas con el artículo 11 del CMCT:

-Introducir el empaquetado neutro, al igual que lo han hecho diversos países de nuestro entorno, con el fin de disminuir el atractivo del producto a los menores de edad y aumentar su percepción de riesgo;

4) Relacionadas con el artículo 12 del CMCT:

-Realizar campañas segmentadas a los diversos perfiles de la población que le permitan adquirir una adecuada percepción de riesgo sobre el consumo de tabaco. En este sentido se recomiendan campañas como “cada cigarrillo te hace daño”, iniciativa que ha demostrado su efectividad en múltiples países de diversas características;

5) Relacionadas con el artículo 14 del CMCT:

-Facilitar el acceso de la población fumadora a profesionales sanitarios entrenados en el abordaje del consumo de tabaco y en el tratamiento del tabaquismo;

-Financiar aquellas intervenciones clínicas, conductuales y farmacológicas, que hayan mostrado efectividad y seguridad en el tratamiento del tabaquismo;

6) Relacionadas con otros artículos del CMCT:

-Reforzar y equiparar la regulación sobre publicidad, promoción y patrocinio de los productos del tabaco, a los productos relacionados, incluyendo también a los dispositivos utilizados para su consumo (como pipas, pipas de agua, IQOS, etc.) (artículo 13 del CMCT);

-Eliminar la publicidad del tabaco y productos relacionados en los puntos de venta (artículo 13 del CMCT);

-Reforzar la prohibición de venta a menores, abordando también lo relativo a los productos distribuidos a través de internet (artículo 16 del CMCT).

Este conjunto de medidas no pretende ser exhaustivo. La evidencia científica muestra que su aplicación contribuirá decisivamente, como lo ha hecho en los diversos estados que ya las han aplicado, a conseguir que la población que no pretende iniciarse en el consumo no lo haga y que quien quiera dejar de fumar tenga más posibilidades de conseguirlo. La mayoría de estas medidas pueden ser aplicadas sin apenas coste, y algunas de ellas suponen una inversión altamente coste-efectiva cuando se comparan con otras medidas sanitarias que nuestro sistema de salud ha adoptado y que considera irrenunciables. Solicitamos a los poderes públicos que prioricen el derecho a la salud y actúen. El tabaquismo sigue siendo el principal problema de salud pública de nuestro país, un problema que es evitable y que afecta directamente a una cuarta parte de la población adulta. Es urgente que los poderes públicos establezcan un plan de acción u hoja de ruta con el objetivo de reducir el consumo de tabaco en España.