

PERFIL DEL PACIENTE FUMADOR QUE DESEA DEJAR DE FUMAR: UNA PERSPECTIVA SOCIOECONÓMICA

SMOKER'S PROFILE WHO INTENDS TO STOP SMOKING: A SOCIOECONOMIC PERSPECTIVE

Fernández-Pinilla, Carmen¹; Ramón Torrell, José María²; Sanz de Burgoa, Verónica³; Ramírez Vázquez, Esther⁴.
¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid ; ²Servicio de Preventiva. Hospital de Bellvitge. Barcelona.
³Departamento médico. Laboratorios Pfizer España. Madrid; ⁴Infocencia, S.L. Barcelona



Resumen

Antecedentes/objetivos: Pretendemos determinar las características ligadas al nivel socioeconómico del paciente fumador que desea abandonar el consumo de tabaco.

Métodos: Estudio multicéntrico transversal sobre 1.634 fumadores, atendidos en consultas de Atención Primaria y Especializada de España, que tras preguntarles explícitamente, expresaron su deseo de abandonar el consumo de tabaco. Se recopilaron datos sociodemográficos, prestando atención a indicadores socioeconómicos, antecedentes del consumo de tabaco y motivos del deseo de cesar el consumo. Se realizó un análisis de estadística descriptiva.

Resultados: El consumo de tabaco se situó en 20,7 cigarrillos diarios (DE \pm 9,9) durante los días laborables y el gasto medio anual ascendió a 961,5 euros (DE \pm 442,3). Atendiendo a este gasto, se observaron diferencias significativas ($p < 0,0001$) en función del género, la edad, el nivel educativo y la situación laboral; el mayor gasto medio correspondió a hombres, al grupo de edad de entre 46 y 65 años, sin estudios, en situación de baja laboral y en jubilación. Un gasto medio anual superior a 1.500 euros se asoció a un mayor uso de tratamientos para dejar de fumar ($p = 0,0009$). Sólo un 0,9% de los fumadores quiso abandonar el consumo de tabaco por motivos económicos.

Conclusiones: Los pacientes que desean dejar de fumar gastan 961,5 euros anuales de media en cigarrillos, aunque existen diferencias significativas en función del perfil sociodemográfico. A mayor gasto en tabaco, mayor gasto en tratamientos de cesación tabáquica.

Palabras clave: tabaquismo, cese del tabaquismo, epidemiología, grupo social, economía, terapéutica, estudios transversales.

Abstract

Background/objective: We aimed to determine socioeconomic level related aspects of the smoker's profile who intend to quit smoking.

Methods: 1,634 smokers, attended by General Practitioners and Specialized Physicians in Spain, were included in a multicentric cross-sectional study. When asked, all of them wanted to quit smoking. Socio-demographic data, taking into account socio-economic indicators, history of smoking and reasons to stop smoking were collected. Descriptive statistical analysis was performed.

Results: Daily mean cigarette consumption during working days was 20.7 (SD \pm 9.9). Mean annual expenses for cigarettes reached € 961.5 (SD \pm 442.3) although significant differences ($p < 0.0001$) within gender, age groups, educational level and work situation were observed; the highest mean annual expense was reached by men, by people 46 to 65 years old, by those without primary studies, by people who were on sick leave and by those who were near to retirement. A mean annual expense for cigarettes higher than € 1,500 was associated with a higher use of smoking cessation treatments ($p = 0.0009$). Less than 0.9% of smokers wanted to stop smoking due to economic reasons.

Conclusions: Patients who want to quit smoking spend annually a mean of € 961.5 on cigarettes, although there are significant differences within socio-demographic profiles. The higher the expenses for cigarettes are, the higher the expenses for smoking cessation treatments reach.

Key words: smoking, smoking cessation, epidemiology, social group, economics, therapeutics, cross-sectional studies.

INTRODUCCIÓN

En España el tabaquismo puede considerarse como uno de los mayores problemas de salud pública. Según los datos del Banco Mundial¹, España es el tercer país en número de paquetes consumidos al año por persona mayor de 15 años (133 paquetes) y el cuarto con una mayor proporción de población fumadora respecto a la población mayor de 15 años (33%). Según el artículo de González-Enríquez², el coste asistencial de las enfermedades atribuibles al tabaco es de 4.286 millones de euros en la población española de fumadores, siendo una de las causas de muerte evitables más importante.

Las decisiones que subyacen al inicio del consumo de tabaco así como al abandono del mismo son a menudo multifactoriales³. La influencia de los distintos instrumentos políticos (política de precios, restricciones de uso, campañas publicitarias, etc.) en estas decisiones ha sido objeto de análisis en estudios previos sin que se haya podido atribuir al precio del tabaco un claro papel significativo sobre ellas⁴. No obstante, además de la asociación entre el consumo de tabaco y todas las enfermedades con que se relaciona, existe otra asociación menos conocida entre el consumo de tabaco y la pobreza. Así, los más pobres tienden a consumir más tabaco, a la vez que el consumo de tabaco tiende a contribuir a la pobreza de los individuos y los países⁵. Pero poco se sabe acerca del nivel socioeconómico de los fumadores que se proponen abandonar el consumo de tabaco y si éste tiene algún tipo de influencia en el acceso y en el éxito de los tratamientos de cesación tabáquica.

Por ello, el objetivo de este estudio fue describir, de manera poblacional y desde una perspectiva socioeconómica, el perfil del fumador atendido en consultas de Atención Primaria o Especializada de España que tras preguntarle explícitamente, expresó su intención de dejar de fumar en el curso del siguiente mes.

MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal, multicéntrico entre febrero y junio del 2007, en base a una población de fumadores atendidos en consultas de Atención Primaria (AP) y Especializada del territorio español. Se caracterizó el perfil sociodemográfico del fumador, que tras preguntarle explícitamente, expresó su intención de dejar de fumar en el curso del siguiente mes. Los participantes fueron reclutados en distintos centros, donde predominaron las consultas de AP (67,1%). Se incluyeron también centros de distintas especialidades, en su mayoría consultas de Neumología (54,5%), seguidas por Unidades Especializadas de Tabaco (25%). El porcentaje restante se distribuyó entre Cardiología

(2,3%), Medicina Interna (2,3%), Psiquiatría (2,3%) y otras categorías menos prevalentes (13,6%). Se seleccionaron 1.634 pacientes fumadores incluidos de forma consecutiva por los médicos de los centros que participaron en el estudio. Finalmente, se incluyeron 1.618 pacientes que cumplían los siguientes criterios de inclusión: a) mayores de 18 años, b) fumadores que acudieron a la consulta y deseaban dejar de fumar en el próximo mes o que hubieran iniciado alguna acción al respecto en los últimos 15 días y c) dieron su autorización para participar en el estudio vía consentimiento informado. Los 16 pacientes excluidos habían dejado de fumar con una anterioridad superior a dos semanas en el momento de la consulta.

Los datos se recopilaron en la fase de inclusión, durante una única visita, en el consultorio, a través de un cuestionario aplicado a cada paciente por el médico. Se consideraron: a) datos sociodemográficos y antropométricos, b) características del tabaquismo, incluido el gasto anual y el grado de dependencia a la nicotina mediante el Test de Fagerström, c) consumo de otras sustancias, d) otros síntomas y consumo de recursos sanitarios en los últimos seis meses, e) intentos anteriores para dejar de fumar y f) características del intento actual para dejar de fumar.

El gasto anual en consumo de tabaco se calculó a partir del consumo de cigarrillos diario y los precios para las marcas consumidas por los fumadores del estudio vigentes según las resoluciones de noviembre y diciembre de la Presidencia del Comisionado para el Mercado de Tabacos en el año 2007.

Se realizó un análisis de estadística descriptiva para todas las variables. Las variables cuantitativas se resumieron con medidas de tendencia central y dispersión (media, desviación estándar, mediana y valores extremos). Para las variables cualitativas se utilizaron tablas de frecuencia y porcentajes sobre el total de respuestas evaluables. En todos los casos los intervalos de confianza aplicados fueron del 95% (IC 95%). Para todas las comparaciones y para el estudio de asociaciones se consideró un nivel de significación estadística de 0,05. Las diferencias entre los distintos subgrupos se analizaron mediante pruebas de la ji al cuadrado, ANOVA, Student, Kruskal-Wallis o Cochran-Mantel-Haenszel, según el tipo de variables y su normalidad. Los datos se procesaron mediante el paquete estadístico SAS versión 9.1.3.

El estudio se realizó de acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki. Además, se tuvieron en cuenta el protocolo y los procedimientos normalizados de trabajo que aseguran el cumplimiento de las normas de Buena Práctica Clínica, tal como se describe en las Normas Tripartitas Armonizadas de la *International Conference on Harmonization* para Buena Práctica Clínica 1996.

Correspondencia:

Carmen Fernández Pinilla.
Servicio de Medicina Interna.
Hospital Clínico San Carlos
c/ Martín Lagos s/n 28040
Teléfono: 609069195
e-mail :
mfernandezp.hcsc@salud.madrid.org

Financiación:

Trabajo financiado por laboratorios Pfizer España.

Siguiendo las normas internacionales relativas a la realización de estudios epidemiológicos, recogidas en las *International Guidelines for Ethical Review of Epidemiological Studies (Council for the International Organizations of Medical Sciences - Ginebra, 1991)* y las recomendaciones de la Sociedad Española de Epidemiología sobre la revisión de los aspectos éticos de la investigación epidemiológica, el estudio fue evaluado por un Comité Ético de Investigación Clínica. Se siguió, asimismo, lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de "Protección de Datos de Carácter Personal", por lo que la información referente a la identidad de los pacientes fue considerada confidencial a todos los efectos.

RESULTADOS

Entre febrero y junio de 2007 se incluyeron 1.618 fumadores reclutados a partir de 167 centros de toda España. Las características demográficas y antropométricas de la población de estudio se muestran en la tabla 1.

La edad media de inicio del consumo de tabaco fue de $17,3 \pm 4,9$ años, iniciándose el consumo regular unos tres años después, con una edad promedio de $20,6 \pm 7,0$. El 97% (IC 95% 96,1-97,9) de los pacientes que acudieron a consulta eran fumadores diarios con un consumo en días laborables de $20,7 \pm 49,9$ cigarrillos y de $22,0 \pm 10,3$ en los festivos. El tiempo diario dedicado a fumar en el trabajo se situó en $28,4 \pm 30,9$ minutos aumentando considerablemente en el tiempo de ocio ($44,0 \pm 36,6$ minutos). La influencia de la nueva Ley de Prevención del Tabaquismo sobre la cantidad de tabaco consumida se ha reflejado en el 32,6% (IC 95% 30,3-34,9) de los fumadores, quienes desde su introducción referían fumar menos. En cuanto al tipo de tabaco, el 98,9% (IC 95% 98,4-99,4) fumaba cigarrillos. Las marcas más habituales fueron Marlboro (17,5%, IC 95% 15,6-19,4) y Ducados (17,2%, IC 95% 15,3-19,1) seguidos por Fortuna (15,8%, IC 95% 14,0-17,6) y Winston (10%, IC 95% 8,5-11,5). Un 4,4% (IC 95% 3,4-5,4) fumaba puros, un 0,6% (IC 95% 0,2-1,0) fumaba en pipa y el 1,0% (IC 95% 0,5-1,5) consumía otro tipo de tabaco. El gasto anual general

Tabla 1. DATOS DEMOGRÁFICOS Y ANTROPOMÉTRICOS DE LOS 1.618 PACIENTES FUMADORES QUE DESEAN DEJAR DE FUMAR EN EL PRÓXIMO MES O QUE YA HAN INICIADO ALGUNA ACCIÓN PARA DEJAR DE FUMAR EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS

Variable	N	Estadístico
Edad (años) (Media±DE)	1.616	45,63 ± 11,98
Grupos de edad (%)		
18-30 años	176	10,89
31-45 años	639	39,54
46-60 años	621	38,43
>60 años	180	11,14
Sexo (%)		
Hombre	894	55,90
Mujer	704	44,10
Peso (Media DE)	1.594	73,61 ± 14,50
Talla (Media DE)	1.585	168,33 ± 8,37
IMC categorizado (%)		
Bajo peso	15	0,90
Normopeso	679	42,90
Sobrepeso	661	41,70
Obesidad Grado II	194	12,20
Obesidad Grado III	29	1,80
Obesidad Grado IV	6	0,40
Estado civil (%)		
Casado	1.088	67,90
Soltero	313	19,50
Divorciado	152	9,50
Viudo	49	3,10
Nivel de estudios (%)		
Sin educación/Primarios incompletos	155	10,10
Estudios primarios completos	340	22,10
Estudios secundarios	500	32,60
Estudios post secundarios	540	35,20
Situación laboral (%)		
Profesional en activo	1.222	76,40
Jubilado/Pensionista	186	11,60
Ama de casa	114	7,10
En paro	42	2,60
Estudiante	28	1,80
Otros	8	0,50
Número de hijos (Media DE)	1.439	1,61 ± 1,25

IMC: índice de masa corporal. N: frecuencia absoluta.

Tabla 2. GASTO ANUAL (€) EN TABACO EN FUNCIÓN DEL GÉNERO, GRUPO DE EDAD, NIVEL DE ESTUDIOS Y SITUACIÓN LABORAL DE LOS 1.618 PACIENTES FUMADORES QUE DESEAN DEJAR DE FUMAR EN EL PRÓXIMO MES O QUE YA HAN INICIADO ALGUNA ACCIÓN PARA DEJAR DE FUMAR EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS

Gasto anual (€)	N	Media (DE)	Mediana	p
Sexo	1.267	961,54±442,29	876,0	<0,0001[*]
Hombre	710	1.061,36±464,46	985,5	
Mujer	557	834,29±376,02	813,4	
Grupo de edad (años)	1.266	963,22±443,79	876,0	<0,0001[*]
18-30	132	809,38±387,05	740,8	
31-45	464	931,82±422,95	876,0	
46-65	591	1.018,76±452,50	938,6	
>65	79	989,19±511,78	876,0	
Nivel de estudios	1.218	968,20±451,07	881,7	0,0001[**]
Sin estudios	112	1.108,30±479,78	1.042,9	
Estudios primarios completos	261	1.036,51±465,79	953,7	
Estudios secundarios	394	957,86±445,86	876,0	
Estudios post secundarios	451	907,14±416,27	876,0	
Situación laboral	1.269	962,81±445,30	876,0	0,0001[**]
Profesional en activo	994	963,21±426,65	884,5	
Jubilado/pensionista	133	1.029,08±525,61	876,0	
Ama de casa	82	839,35±424,86	807,6	
En paro	34	1.130,28±620,15	1.042,9	
Estudiante	22	699,89±279,09	612,7	
Otros	4	1.214,11±482,16	1.110,6	

p: nivel de significación, fijado en 0,05. [*]: ANOVA. [**]: Kruskal-Wallis.

Tabla 3. USO DE TRATAMIENTOS DE DESHABITUACIÓN EN EL ÚLTIMO AÑO

Variable	Total	Total
Utiliza algún tratamiento	Sí	1.618 (100,0%)
	No	634 (39,2%)
Tipo de tratamiento [*]	Total	634 (100,0%)
	Terapia sustitutiva con nicotina	448 (70,7%)
	Utilizado chicle	282 (62,9%)
	Utilizado parche	243 (54,2%)
	Utilizado pastillas	57 (12,7%)
	Utilizado inhalados	14 (3,1%)
	Utilizado spray	4 (0,9%)
	Otros	1 (0,2%)
	Fármacos no nicotínicos	196 (30,9%)
	Utilizado bupropión	164 (83,7%)
	Otros	30 (15,3%)
	No farmacológico	156 (24,6%)
	Utilizado apoyo psicológico	65 (41,7%)
	Utilizado hipnosis	17 (10,9%)
	Utilizado acupuntura	37 (23,7%)
	Utilizado yoga	22 (14,1%)
	Otros	25 (16,0%)

[*] Un paciente podía registrar más de un tratamiento

en tabaco, calculado a partir de cada marca, se situó entre 850-900 euros (mediana: 876 euros). Las características de este gasto anual en función del género, grupo de edad, el nivel de estudios y la situación laboral se detallan en la tabla 2. El 39,2% de los pacientes siguieron algún tratamiento para dejar de fumar durante el año previo a la visita del estudio, la mayor parte de ellos (70,7%) realizó terapia sustitutiva con nicotina (tabla 3). El uso de estos tratamientos de cesación tabáquica en el último año en función del gasto anual de tabaco se muestra en la tabla 4. Los motivos de abandono de estos tratamientos se resumen en la tabla 5. Cabe destacar que en ningún caso se alegó razones económicas que obligaran a suspender estos tratamientos. De manera similar,

los argumentos económicos tampoco fueron determinantes en la decisión del intento actual para dejar de fumar, ya que sólo el 0,9% (IC 95% 0,4-1,3) de los encuestados los señaló cuando se les cuestionó el porqué de su decisión.

El 63,9% (IC 95% 60,8-67,0) de los hombres vs. el 55,7% (IC 95% 52,0-59,4) de las mujeres ($p=0,0008$) seguía indicación médica y el 60,7% (IC 95% 57,1-64,3) de las mujeres vs. el 55,7% (IC 95% 52,5-58,9) de los hombres ($p=0,0435$) buscaba prevenir enfermedades. Atendiendo a los grupos de edad, el 81,1% (IC 95% 75,4-86,8) de los mayores de 60 años se propuso dejar de fumar por indicación médica ($p<0,0001$, comparado con el resto de edades); el 58,8% (IC 95% 54,9-62,7) de los fuma-

Tabla 4. USO DE TRATAMIENTOS DE CESACIÓN TABÁQUICA EN EL ÚLTIMO AÑO SEGÚN GASTO ANUAL (€) EN TABACO

Variable	Total	<500 €	500-1.000 €	1.000-1.500 €	1.500-2.000 €	>=2.000 €	p	
Utiliza algún tratamiento (%)	Total	1.273(100,0%)	150 (100,0%)	608 (100,0%)	380 (100,0%)	96 (100,0%)	39 (100,0%)	0,0009[*]
	Sí	503 (39,5%)	40 (26,7%)	237 (39,0%)	158 (41,6%)	51 (53,1%)	17 (43,6%)	
Tipo de tratamiento (%) [**]	Terapia sustitutiva con nicotina	350 (69,6)	30 (75,0)	171 (72,2)	108 (68,4)	31 (60,8)	10 (58,8)	0,3805[*]
	Fármacos no nicotínicos	165 (32,8)	10 (25,0)	73 (30,8)	55 (34,8)	19 (37,3)	8 (47,1)	0,4277[*]
	No farmacológico	116 (23,1)	11 (27,5)	53 (22,4)	38 (24,1)	11 (21,6)	3 (17,6)	0,9188[*]

N=1.273. p: nivel de significación, fijado en 0,05. [*]:Cochran-Mantel-Haenszel. [**]Un paciente podía registrar más de un tratamiento

Tabla 5. MOTIVOS ARGUMENTADOS POR LOS 448 FUMADORES QUE ABANDONARON EL TRATAMIENTO DE CESACIÓN TABÁQUICA A BASE DE CHICLES SUSTITUTIVOS DE NICOTINA Y POR LOS 164 QUE LO HICIERON TRAS INICIAR TRATAMIENTO CON BUPROPION DURANTE EL AÑO ANTERIOR

Variable	Terapia sustitutiva con nicotina (chicle) N (%)	Fármacos no nicotínicos (bupropion) N (%)
Insomnio	17 (6,00%)	29 (17,70%)
Náuseas	26 (9,20%)	11 (6,70%)
Síndrome de abstinencia	56 (19,90%)	23 (14,00%)
Cefaleas	12 (4,30%)	10 (6,10%)
Sequedad de boca	17 (6,00%)	8 (4,90%)
Aumento de peso	7 (2,50%)	5 (3,00%)
Falta de eficacia	69 (24,50%)	37 (22,60%)
No consta/no específica	66 (23,40%)	61 (37,20%)
Otros	42 (14,9%)	21 (12,8%)

N: frecuencia absoluta

dores entre 46 y 60 años buscaba prevenir enfermedades, aunque si bien fue el grupo de edad en que este motivo se alegó con mayor frecuencia, no se observaron diferencias significativas con el resto de edades.

Al margen de cuáles fueran las razones escogidas para abandonar el consumo de tabaco, de manera global, el 3,3% (IC 95% 2,4-4,2) de los fumadores dijo estar nada motivado con su decisión, el 20,8% (IC 95% 18,8-22,8) se consideró poco motivado, el 51,1% (IC 95% 48,6-54,6) bastante motivado y el 24,8% (IC 95% 22,6-27,0) muy motivado. Los hechos que se asociaron significativamente a una motivación alta para dejar de fumar fueron la consciencia de dependencia ($p<0,0001$), la prevención de enfermedades ($p<0,0001$), el papel ejemplar para los hijos ($p<0,0021$) y la Ley del Tabaquismo ($p<0,0002$). En cuanto a las reticencias para abandonar el tabaco, el 37,5% (IC 95% 37,4-37,6) de los pacientes altamente motivados no mostró ningún tipo de reticencias y se consideró capaz de conseguirlo, frente al 15,9% (IC 95% 12,2-19,6) de los pacientes con baja motivación ($p<0,0001$). El 28,1% (IC 95% 23,6-32,6) de casos con baja motivación consideró que el hecho de fumar no era tan grave para salud frente al 4,0% (IC 95% 2,9-5,1) de los altamente motivados ($p<0,0001$). Finalmente, la relación del gasto anual en tabaco con el número de intentos previos y con la motivación actual para dejar de fumar se recoge en la tabla 6.

DISCUSIÓN

El 84% de los fumadores vive en países en desarrollo⁶. Es un hecho conocido que mientras los países ricos adoptan medidas cada vez más restrictivas para el control del tabaquismo y existe una mayor concienciación dentro de la población, en los países pobres, por el contrario, la epidemia se está extendiendo con mayor intensidad. En estos países la industria tabaquera prácticamente no tiene ningún obstáculo para seguir incrementando el número de consumidores que puedan sustituir a los que fallecen prematuramente por su uso y a los que dejan de fumar. Esta situación, potenciada por el fenómeno de la inmigración, es paralela a la que se establece dentro de un mismo país, considerado como desarrollado, entre las personas de un nivel socioeconómico más bajo: son las que consumen más tabaco y sufren en mayor medida los costes económicos y de salud derivados del consumo, lo que causa un círculo vicioso muy difícil de romper.

En España, según los datos de la última Encuesta Nacional de Salud (2006)⁷, la prevalencia más alta de fumadores se observa en el grupo de edad de 25 a 34 años (35,3%), seguido por el grupo de 35 a 44 años (34,1%). Son los de este segundo colectivo los que, basándonos en nuestros resultados, más demandan abandonar el consumo de tabaco (casi el 40% de los fumadores que participaron en nuestro estudio tenía entre 31 y 45 años), si bien no son los que presentan mayor gasto anual (931,8 euros de media). Si tenemos en cuenta que por otro lado, el

Tabla 6. DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE INTENTOS PREVIOS PARA DEJAR DE FUMAR Y DEL GRADO DE MOTIVACIÓN ACTUAL PARA ABANDONAR EL TABAQUISMO EN FUNCIÓN DEL GASTO ANUAL (€)

Variable		<500 €	500-1.000 €	1.001-1.500 €	1.501-2.000 €	>2.000 €	p
Nº de intentos para dejar de fumar (Media±DE)		2,52±4,36	1,79±2,21	1,71±2,33	1,65±1,81	1,95±3,10	<0,0001[*]
Nº de intentos para dejar de fumar en el último año (Media±DE)		0,54±0,89	0,53±0,75	0,49±0,77	0,38±0,58	0,74±0,87	<0,0001[*]
Grado de motivación actual para abandonar el tabaquismo (%)	Total	149 (100,0)	606 (100,0)	377 (100,0)	95 (100,0)	38 (100,0)	0,0055[**]
	Motivación baja	52 (34,90)	123 (20,30)	85 (22,50)	24 (25,30)	9 (23,70)	
	Motivación alta	97 (65,10)	483 (79,70)	292 (77,50)	71 (74,70)	29 (76,30)	

N=1.265. p: nivel de significación, fijado en 0,05. [*]: ANOVA. [**]: Cochran-Mantel-Haenszel.

mayor porcentaje de participantes que expresó su voluntad de abandonar el consumo de tabaco se obtuvo entre los que disponían de estudios postsecundarios (35,2%) junto a los que se encontraban activos a nivel profesional (76,4%) y que nuevamente no son los grupos que presentan mayor gasto anual (907,2 euros y 963,2 euros respectivamente), es fácil concluir que el perfil que más demanda abandonar el consumo de tabaco reúne estas características: adulto joven, de nivel sociocultural alto y profesionalmente activo, con unos ingresos probablemente acordes a su nivel sociocultural y con un gasto anual en tabaco bajo-moderado. En materia sanitaria el nivel sociocultural es a la vez un indicador socioeconómico muy importante, ya que traduce que se disponen de los conocimientos y habilidades para tomar la mejor de las decisiones en aspectos que conciernen a la propia salud, por ejemplo el tabaquismo^{8,9}. Este hecho justificaría que el perfil descrito sea precisamente el que más frecuentemente pretenda abandonar el consumo de tabaco.

En la línea de lo dicho hasta ahora, se establece un gradiente inverso de menor a mayor gasto anual en tabaco según decae el nivel de estudios. Así, los fumadores de nuestra población que no disponían de estudios o no habían finalizado los primarios gastaban una mayor cantidad media anual en tabaco que el resto. De forma paralela se observa un gradiente similar con el nivel de actividad laboral, de manera que los desempleados, los que se encuentran en situación de baja laboral o incapacidad laboral transitoria y los jubilados gastan más que aquellos con una situación laboral activa. Mención aparte merecen los estudiantes y las amas de casa quienes, pese a no ser considerados activos desde el punto de vista del mercado laboral, ocupan su tiempo como en una jornada profesional, si bien su actividad no es remunerada. Este gradiente para el gasto anual en tabaco en función del nivel educativo y la actividad laboral es análogo al que la literatura describe para la distribución del porcentaje de fumadores de una población¹⁰ y para el que nos ofrecen los datos de la última Encuesta Nacional de Salud⁷.

Independientemente de la relación que se establece entre el gasto en tabaco y el nivel sociocultural, es

un hecho observado que cuando el precio de un producto no considerado de primera necesidad aumenta, la cantidad del producto demandado decae. Antiguamente, los expertos argumentaban que la naturaleza adictiva del tabaco confirmaría la excepción a esta regla: los fumadores suficientemente adictos a su consumo pagarían los cigarrillos a cualquier precio y continuarían fumando la misma cantidad que satisficiera sus necesidades. Sin embargo, el creciente número de estudios al respecto muestra que se trata de un argumento erróneo y que la demanda de tabaco por parte de los fumadores puede verse afectada por su precio. A modo de ejemplo, la subida de impuestos en Canadá entre 1982 y 1992 conllevó un aumento en el precio de los cigarrillos y su consumo disminuyó notablemente. De manera similar ha ocurrido en Sudáfrica, el Reino Unido y en otros países¹¹. De todas formas, este comportamiento difiere dependiendo de si se trata de países desarrollados o en desarrollo, y trasladado a un solo país, en función de los recursos económicos de sus habitantes.

Así como la subida de los precios del tabaco no influye mucho en la decisión de iniciar su consumo, ya que un incremento del 10% de los precios sólo retrasa la decisión de fumar en un mes y medio, el encarecimiento del tabaco rubio tampoco ejerce un efecto significativo sobre la decisión de dejar de fumar mientras que el del tabaco negro sí lo tiene y de manera significativa e importante¹². El hecho de que en nuestro estudio predominase el consumo de marcas de tabaco rubio podría justificar que sólo el 0,9% de los encuestados alegase haber tomado la decisión de dejar de fumar por motivos económicos.

Es necesario recordar que los recursos que los fumadores gastan en esta droga no pueden ser usados en otras necesidades básicas como la alimentación, educación o sanidad. Así, por ejemplo, si las dos terceras partes del dinero que se gasta en Bangladesh en tabaco se gastaran en alimentación, se evitaría la malnutrición en 10,5 millones de personas. Las familias más pobres de este país gastan 10 veces más en tabaco que en educación¹³. Traslado a terreno nacional, podríamos pensar que un mayor gasto anual en tabaco consume recursos que debieran destinarse a tratamientos para dejar de fumar. Según los

resultados de nuestro estudio, es en la categoría de 1.500-2.000 euros de gasto anual donde hay una mayor proporción de pacientes que utilizan algún tratamiento para dejar de fumar. No obstante, esto no tiene por qué significar necesariamente solvencia económica para costear el tratamiento cómodamente. Cuando analizamos la relación del gasto con el tipo de tratamiento farmacológico de cesación tabáquica, la terapia sustitutiva con nicotina, de menor precio que los fármacos no nicotínicos, es la elegida para la mayoría de pacientes con gasto anual de menos de 500 euros mientras que los fármacos no nicotínicos son los que se escogen de manera preferente por los que gastan más de 2.000 euros anuales. Recordemos que los fumadores con un mayor gasto anual son también los más desfavorecidos a nivel cultural y laboral y los que han realizado un mayor número de intentos previos para dejar el consumo de tabaco en el último año. Una explicación pudiera ser que la concienciación del gasto excesivo que supone el tabaquismo en estamentos socioculturalmente deprimidos, y por ende, con menor capacidad adquisitiva constituya un motivo de peso para erradicar el consumo de forma eficaz. Así, se recurre a los tratamientos más novedosos con la esperanza de mejores resultados. La identificación del tratamiento farmacológico más caro con el tratamiento que aumenta significativamente las tasas de abstinencia, retrasa los fallos y recaídas y minimiza o reduce el aumento de peso posterior al abandono es inmediata, especialmente entre el colectivo socioculturalmente más desfavorecido.

Aunque los datos de este estudio provienen de una amplia muestra de fumadores encuestados en gran parte del territorio nacional, el trabajo cuenta con algunas limitaciones al margen de las propias de los diseños transversales. En primer lugar, la información referente al consumo de tabaco y a los indicadores socioeconómicos se obtuvo a través del testimonio directo de los participantes, por lo que cabe la posibilidad de que los fumadores considerasen las

preguntas referentes a los aspectos económicos demasiado personales y en consecuencia se omitiesen (este hecho podría justificar el 25% de valores perdidos que se ha obtenido en estas preguntas) o se falseasen los resultados, lo que podría inducir conclusiones no del todo adecuadas. En segundo lugar, influye un sesgo de selección sobre la muestra: reclutar a los pacientes desde los centros asistenciales de Atención Primaria o Especializada en lugar de incluir participantes comunitarios, contribuye a que los fumadores seleccionados puedan no ser representativos de la población española fumadora, ya que por el mero hecho de consultar con un facultativo, cabe pensar que su estado basal de salud sea diferente al del resto de la población general fumadora que no consulta.

A modo de conclusión, el paciente que desea dejar de fumar, atendido en consultas de Atención Primaria y Especializada de España, gasta en torno a los 876 euros anuales en cigarrillos, aunque existen diferencias significativas en función del perfil sociodemográfico. Así, los desempleados y los de menor nivel educativo son los que alcanzan las cifras más elevadas en gasto medio anual derivado del consumo de tabaco. Estas desigualdades suponen además un hándicap nada desdeñable en relación al acceso a los tratamientos para dejar de fumar, ya que el coste de tratamiento corre a cuenta de un fumador que, en este caso, por su condición de desempleo, es de suponer que disponga de menos recursos económicos. Así pues, las políticas sanitarias sobre prevención y tratamiento del tabaquismo debieran tener en cuenta esta situación para promover de manera sostenible el abandono del consumo de tabaco en todos los colectivos sociales.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo ha sido financiado por Laboratorios Pfizer España. Los autores agradecen a Infocencia, S.L. la ayuda prestada en calidad de Centro Coordinador del estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Bank. Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control. Washington DC: World Bank; 1999.
2. Gonzalez-Enriquez et al. Morbilidad, mortalidad y costes sanitarios evitables mediante una estrategia de tratamiento del tabaquismo en España. *Gac Sanit* 2002;16(4):308-17.
3. O'Loughlin J, Karp I, Koulis T, Paradis G, Difranza J. Determinants of first puff and daily cigarette smoking in adolescents. *Am J Epidemiol*. 2009;170(5):585-97.
4. López, A. Influencia de los precios sobre la iniciación y el abandono del tabaquismo. Informe final. Barcelona: Departamento de economía. Centre de Recerca en Economia i Salut (CRESES), Universitat Pompeu Fabra. Proyecto PB98-1058-C03-01. Fuente: La Biblioteca Cochrane Plus [citada 7 de Abril de 2008]. Disponible en: www.update-software.com/Clibplus/Clibplus.asp
5. Audera C. Tabaco y pobreza: un círculo vicioso. *Prev Tab* 2004;6:45-8.
6. World Health Organization. Tobacco or health: a global status report. Geneva: WHO; 1997.
7. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud 2006 [citado 7 de Abril de 2008]. Disponible en: www.ine.es/inebase/cgi/axi
8. Mirowsky J, Ross CE. Education, personal control, lifestyle and health: a human capital hypothesis. *Res Aging* 1998;20:415-49.
9. Backlund E, Sorlie PD, Johnson NJ. A comparison of the relationships of education and income with mortality: the national longitudinal mortality study. *Soc Sci Med* 1999;49:1373-84.
10. Laaksonen M, Rahkonen O, Karvonen S, Lahelma E. Socioeconomic status and smoking: analysing inequalities with multiple indicators. *Eur J Public Health*. 2005 Jun;15:262-9.
11. The World Bank Group. Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control [monografía en Internet]. Washington: The World Bank; 1999 [citado 7 de Abril de 2008]. Disponible en: <http://www1.worldbank.org/tobacco/book/html/cover2a.html>
12. López, A. How important are tobacco prices in the propensity to start and quit smoking? An analysis of smoking histories from the Spanish National Health Survey *Health Econ*. 2002;11:521-35.
13. Efroymson D, Ahmed S. Hungry for tobacco: and analysis of the impact of tobacco on the poor in Bangladesh. Dhaka: PATH Canada and Work for a Better Bangladesh; 2000.