

This is the peer reviewed version of the following article:

Agustín Montes Martínez, Agustín; Pérez-Ríos, Mónica; Ortiz, Cristina; Gtt-See; Galán Labaca, Iñaki. **Cambios en el abandono del consumo de tabaco en España, 1987-2020.** Med Clin (Barc). 2023 Mar 24;160(6):237-244.

which has been published in final form at:

<http://doi.org/10.1016/j.medcli.2022.06.024>

## Cambios en el abandono del consumo de tabaco en España, 1987-2020

Changes in smoking cessation in Spain, 1987-2020

Agustín Montes Martínez<sup>a\*</sup>, Mónica Pérez-Ríos<sup>a</sup>, Cristina Ortiz<sup>b</sup>, GTT-SEE<sup>c</sup>, Iñaki Galán Labaca<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Santiago de Compostela/ Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela (IDIS) / Consorcio Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Santiago de Compostela. España

<sup>b</sup> Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.

<sup>c</sup> Grupo de trabajo de Tabaquismo de la Sociedad Española de Epidemiología. Barcelona. España

<sup>d</sup> Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III /Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad Autónoma de Madrid/ Instituto de Investigación Hospital Universitario La Paz (IdiPAZ). Madrid. España

(c) El Grupo de trabajo de Tabaquismo de la Sociedad Española de Epidemiología está formado por los siguientes miembros:

José Luis Carretero Ares

Xavier Continente Garcia

Esteve Fernández Muñoz

Marcela Fu Balboa

Iñaki Galán Labaca

Maria José López Medina

José María Martínez Sánchez

Cristina Martínez

Agustín Montes Martínez

Mónica Pérez-Ríos

Anna Schiaffino

Xisca Sureda Lull

\* Autor de correspondencia:

Agustín Montes Martínez

Área de Medicina Preventiva e Saúde Pública

Universidade de Santiago de Compostela

R/ San Francisco, s/n

15782-Santiago de Compostela

España (Spain)

Telf: (+34) 881 812271

Correo-e: agustin.montes@usc.es

Conflictos de intereses: ninguno.

Fuente de financiación: La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Consideraciones éticas: No aplicable. Para el estudio se han utilizado los microdatos anonimizados proporcionados por el Ministerio de Sanidad.

Contribuciones:

AMM, MP-R e IGL han contribuido a la concepción y diseño del estudio y a la interpretación de los datos.

CO e IGL han preparado los datos y realizado el análisis. AMM ha preparado el borrador del artículo.

Todos los autores han realizado una revisión del contenido y han aprobado la versión final.

**Resumen:**

**Introducción:** El objetivo del estudio fue estimar y describir la evolución del abandono del consumo de tabaco en España desde 1987 hasta 2020, según las principales características sociodemográficas.

**Material y Método:** Análisis de la serie histórica de la Encuesta Nacional de Salud y la Encuesta Europea de Salud en España. Se definió la proporción de abandono (PA) como el número de exfumadores entre el total de personas que fuman o han fumado alguna vez en su vida. Otras variables de estudio fueron: año de encuesta, edad, sexo y nivel de estudios. Se elaboraron modelos de regresión de Poisson ajustados simultáneamente por las características sociodemográficas, estimando para cada año la PA estandarizada y sus intervalos de confianza al 95%.

**Resultados:** La diferencia absoluta de PA estandarizada aumentó desde 1987 a 2017 un 18,6% (IC95%:16,8-20,4), siendo moderadamente superior en los hombres (19,2%; IC95%:17,1-21,4) que en las mujeres (16,5%; IC95%:13,3-19,7). Se observó un incremento del abandono en todos los grupos etarios, pero de mayor magnitud según aumentaba la edad, estimando una diferencia de PA entre 1987 y 2017 del 22,4% (IC95%: 17,7-27,1) en los  $\geq 65$  años. Las personas con estudios universitarios mostraron un mayor incremento durante el periodo, 32,7% (IC95%:27,5-38,0), especialmente si se compara con los de menor nivel de estudios (9,0% (IC95%:4,8-13,2)).

**Conclusión:** La PA se ha incrementado intensamente y de forma sostenida desde 1987, pero se detectan importantes diferencias según edad y nivel de estudios, destacando el gran incremento de la inequidad observada en estos 33 años de evolución.

**Palabras clave:** Abandono del Tabaquismo, Exfumadores, Prevalencia, España

**Abstract:**

**Introduction:** The goal of this study was to estimate and to describe the smoking cessation changes in Spain from 1987 to 2020, according to the main sociodemographic characteristics.

**Material and Method:** Analysis of the historical series of the Spanish National Health Survey and the European Health Survey in Spain. Quit rate (QR) was defined as the number of former smokers among the total number of people who are smokers or have smoked at some time in their life. Other included variables were year of survey, age, gender and educational level. Poisson regression models were simultaneously adjusted for sociodemographic characteristics, estimating QR and its 95% confidence intervals (CI) for each year.

**Results:** The absolute difference in standardized QR increased from 1987 to 2017 by 18.6% (95% CI: 16.8-20.4), being moderately higher in men (19.2%; 95% CI: 17.1- 21.4) than in women (16.5%; 95% CI: 13.3-19.7). An increase in QR was observed in all age groups, but its magnitude increased with age, estimating a difference in QR between 1987 and 2017 of 22.4% (95% CI: 17.7-27.1) in those aged over 64. People having university studies showed a higher QR during the period, 32.7% (95% CI: 27.5-38.0), especially when compared to those with a lower level of education (9.0% (95% CI: 4.8-13.2).

**Conclusion:** QR has increased sharply and steadily since 1987, however important differences were detected according to age and educational level, highlighting the large increase in inequity observed in these 33 years of evolution.

**Keywords:** Tobacco Use Cessation, Ex-Smokers, Prevalence, Spain

**Abreviaturas:**

PA: Proporción de abandono

ENSE: Encuesta Nacional de Salud de España

EESE: Encuesta Europea de Salud en España

**Abbreviations:**

QP: Quitting proportion

SNHS: Spanish National Health Survey

EHSS: European Health Survey in Spain

## Introducción

El consumo de tabaco es una de las principales causas de enfermedad, muerte y empobrecimiento en el mundo<sup>1</sup>. Es la única sustancia de consumo humano que provoca la muerte de la mitad de sus consumidores<sup>2</sup>. En el siglo XX ocasionó 100 millones de defunciones, y en la actualidad se asocia a más de 5 millones de fallecimientos anuales. Si no cambia la tendencia, provocará más de 1000 millones de defunciones en el siglo XXI<sup>3</sup>. En España, el consumo de tabaco ocasionó más de 56 mil muertes en 2016, lo que supone 1 de cada 7 fallecimientos durante ese año<sup>4</sup>, y en el año 2019 continuaba siendo el principal factor de riesgo de años de vida perdidos ajustados por discapacidad<sup>5</sup>.

Dejar de fumar reduce el riesgo de mortalidad y, cuanto más precoz sea el abandono, menor será el riesgo de fallecer en los exfumadores<sup>2</sup>. Además, mejora el bienestar, incluyendo la calidad de vida, mejora el estado de salud, e incrementa la esperanza de vida<sup>6</sup>.

De acuerdo con el Eurobarómetro especial sobre tabaco y cigarrillos electrónicos de 2021 en la Unión Europea (excluido Reino Unido) la prevalencia de exfumadores en la población de 15 años o más en el año 2020 era casi similar a la de fumadores (21% frente a 25%), observándose un ligero incremento en los últimos años. Sin embargo, la prevalencia de exfumadores era muy variable entre países, oscilando desde el 8% en Rumanía hasta el 36% en Estonia. En 10 países la prevalencia de exfumadores superaba a la de fumadores, encontrándose España entre ellos<sup>7</sup>. Según la misma fuente la prevalencia de fumadores en nuestro país era del 24% frente al 31% de exfumadores. Esta última había aumentado 9 puntos desde 2017.

En España se realizó una reconstrucción de la incidencia de cesación tabáquica durante los años 1965 y 2000 a partir de las Encuestas Nacionales de Salud de España (ENSE) realizadas entre 1993 y 2003.

Se observó que la incidencia de abandono aumentó en el periodo, pero con grandes variaciones según edad, sexo y nivel de estudios<sup>8</sup>. Sin embargo, no se dispone de información reciente de la evolución de este importante indicador de salud.

El objetivo de este estudio fue estimar y describir la evolución del abandono del consumo de tabaco en España desde 1987 hasta 2020, según las principales características sociodemográficas.

## Material y Método

### Población de estudio

Para la realización del estudio hemos utilizado toda la serie histórica de la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) y de la Encuesta Europea de Salud en España (ESEE). La ENSE se realizó por primera vez en 1987, para repetirse en 1993, 1995, 1997, 2001, 2003, 2006, 2012 y 2017. La ESEE se inició en 2009 y se ha repetido en 2014 y 2020. La serie completa se compone de 12 encuestas que incluyen en total 293.665 participantes. Hasta 2009 se seleccionaron personas de 16 años y más, y desde de 2012 individuos de 15 años y más.

### Variables

En estas encuestas el hábito tabáquico se valora a través de la pregunta “¿Fuma actualmente?” con las siguientes respuestas posibles: “Sí, fumo a diario”, “Sí fumo, pero no a diario”, “No fumo actualmente, pero he fumado antes”, “No fumo ni he fumado nunca de manera habitual” y “No sabe/No contesta”.

Se define la proporción de abandono (PA) del tabaco como el cociente resultante de la división del número de personas que han respondido que no fuman actualmente, pero han fumado en el pasado, entre el total de personas que fuman o han fumado alguna vez en el pasado (fumadores diarios + fumadores ocasionales + exfumadores). **La PA presenta como ventaja que no está influida por el número de nunca fumadores existentes en la población.**

Las variables de estudio fueron el año de la encuesta, la edad (16-34,35-49, 50-64 y  $\geq 65$  años), el sexo y el nivel de estudios (primarios o menos, secundarios 1ª etapa, secundarios 2ª etapa y universitarios).

### Análisis estadístico

El total de fumadores y exfumadores en la serie analizada fueron 118.291. La PA para cada uno de los años fue estimada según los criterios de ponderación de cada encuesta. Se elaboraron modelos de regresión de Poisson ajustados simultáneamente por las características sociodemográficas (edad, sexo y nivel de estudios), estimando para cada año la proporción estandarizada de abandono y sus intervalos de confianza al 95%. **Se describen tanto las PA brutas, que muestran el valor real de ese**

indicador en la población, como las PA estandarizadas, que permiten la comparación en poblaciones con estructuras sociodemográficas diferentes pero cuyos valores son artificiales y dependen del modelo matemático utilizado. Para valorar la tendencia lineal y cuadrática (permite estimar que la evolución de la proporción de abandono sea no lineal) se introdujo en los modelos de regresión de Poisson el año de forma continua y su respectivo valor elevado al cuadrado, estableciendo la significación estadística en  $p < 0,05$ . Los análisis se realizaron con Stata v.16 (StataCorp, College Station, Texas, U.S.).

## Resultados

En 1987 la PA cruda fue del 24,4%, incrementándose progresivamente hasta el 50% en 2014 y permaneciendo estable desde ese año (tabla 1).

En toda la serie la PA fue mayor en los hombres. Sin embargo, el incremento de la PA fue similar en ambos sexos, con un cambio absoluto de 25,9% en los hombres y 26,3% en las mujeres (tabla 1).

La PA se incrementa rápidamente con la edad, oscilando en la última encuesta del 2020 entre el 25,4% en las personas de 16-34 años y el 76,9% en las de 65 y más años. Desde 1987 a 2020 se ha incrementado alrededor del 20% en cada grupo de edad analizado, excepto en los menores de 35 años que se sitúa en el 11,3% (tabla 1).

En la tabla 2 se observa que las personas con estudios primarios o inferiores son las que presentan una mayor PA cruda en todos los años de la serie excepto en los últimos, donde no se observan diferencias significativas con el grupo de personas que tienen estudios universitarios. Sin embargo, las personas con estudios universitarios son las que presentan un mayor aumento de la PA cruda desde 1987 (39,4%).

De forma global, la PA estandarizada ha ido aumentando desde 1987 hasta 2014, momento en el que se estabiliza, describiendo una forma ligeramente cuadrática, aunque estadísticamente significativa. (Tabla 3).

La PA estandarizada es mayor en los hombres que en las mujeres desde 1993 a 2006. Respecto a la edad, se observa un incremento del abandono de tabaco en todos los grupos, si bien la magnitud



aumenta con la edad, variando la diferencia entre 1987 y 2020 desde 9,8% en las personas de 15 a 34 años a 22,4% en los mayores de 64 años (tabla 3).

Las PA estandarizadas presentan evoluciones diferentes respecto a las crudas según el nivel de estudios. Aunque las personas con estudios universitarios siguen siendo las que muestran una mayor PA desde 1987, el incremento de la PA se reduce de forma importante entre la población con estudios primarios o menos y secundarios de primera etapa. Así, la PA entre los que tienen mayor y menor nivel de estudios es similar en 1987, pero en 2020 es 1,6 veces superior en las de mayor nivel de estudios. Exceptuando el incremento lineal observado en las mujeres, los hombres, así como todos los grupos de edad y nivel de estudios, describen una asociación cuadrática estadísticamente significativa.

En la tabla 4 y figura 1 podemos observar la evolución de la PA según edad y nivel de estudios estratificando por sexo. De forma general, las tendencias de la PA describen una evolución relativamente parecida en hombres y mujeres para los datos globales, observando en ambos una estabilización del incremento desde 2014. Sin embargo, se detectan diferencias importantes según el sexo al estratificar por edad, observando como la PA es superior en toda la serie en las mujeres más jóvenes, son similares en el grupo de 35-49 años, para invertirse a favor de los hombres a partir de los 50 años. Según el nivel de estudios, se aprecia en hombres y mujeres una clara divergencia entre las personas con estudios universitarios y el resto de las categorías, especialmente con la de menor nivel educativo. Destaca una mayor diferencia entre las mujeres con mayor y menor nivel de estudios en comparación con los hombres (36,0% y -9,4% entre 2020 y 1987 en mujeres de mayor y menor nivel de estudios, y 30,7% y 12,1% en hombres). En los hombres, la PA muestra una tendencia al alza en todas las categorías del nivel de estudios durante el periodo analizado, mientras que en las mujeres la evolución ha sido irregular en las que cursaron estudios secundarios de primera etapa o inferiores. En los hombres todas las tendencias describen una relación cuadrática significativa, mientras que en las mujeres no alcanza la significación estadística en los grupos de edades intermedias, a pesar de que la relación funcional parece no lineal, probablemente debido al menor tamaño muestral en los estratos analizados.

**Discusión:**

Nuestro estudio proporciona una estimación de la evolución del abandono del consumo de tabaco en la población española desde 1987 a 2020. **Consideramos que el análisis de la PA proporciona una visión más detallada del fenómeno del abandono que el análisis de la prevalencia de exfumadores ya que una disminución de la prevalencia de exfumadores en una población a lo largo del tiempo podría deberse a que realmente haya menos fumadores que dejen de fumar, pero también a que la prevalencia de nunca fumadores haya aumentado y por lo tanto la prevalencia de fumadores y exfumadores hayan necesariamente disminuido.**

La PA cruda ha ido aumentando de forma progresiva durante el periodo analizado, pasando del 24,4% en 1987 al 49,9% en 2020, aunque se observa una estabilización a partir de 2014. Las tendencias describen una evolución relativamente parecida en hombres y mujeres para los datos globales, pero se detectan importantes diferencias según la distribución por edad y el nivel de estudios, destacando el gran incremento de la inequidad observado en estos 33 años de evolución.

El análisis de los datos del Eurobarómetro especial sobre consumo de tabaco en la Unión Europea, serie iniciada en 2006, arroja unas cifras bastante similares a las obtenidas en nuestro análisis<sup>7,9-13</sup>. La PA en España ha ido aumentando, con altibajos, desde 2006 hasta la actualidad, situándose desde 2014 ligeramente por encima de la media de los 27 países miembros de la UE. A pesar de este hecho positivo, España se encuentra todavía lejos de los países como Suecia (82,5% de PA) o Países Bajos (70,7%).

La mayor PA observada en hombres es consistente con la encontrada en la mayoría de los estudios revisados. Sin embargo, en nuestro estudio hemos detectado que en los últimos años en España la PA en hombres y mujeres ha ido convergiendo, pasando de 10,9 puntos de diferencia en 1997 a 4,1 en 2020.

En el presente estudio hemos observado que la PA se incrementa con la edad, tanto en hombres como en mujeres. Otros estudios han observado la misma relación tanto en países de ingresos altos como los EE.UU.<sup>6, 14</sup> y Reino Unido<sup>15</sup>, como en países de ingresos medios y bajos<sup>15</sup>. Sin embargo, otro estudio

realizado en los EE.UU. en 2003 muestra una mayor PA entre los adultos jóvenes (18 a 24 años), y los autores sugieren que puede ser debido a una mayor prevalencia de hogares con políticas sin humo, y menores niveles de dependencia<sup>16</sup>. Los diferentes Eurobarómetros especiales también permiten observar el incremento del abandono con la edad.

Nuestro análisis muestra que en los últimos años más de la mitad de los fumadores han dejado de fumar en el grupo de los mayores de 50 años, quizás indicando la preocupación por la repercusión que pudiera tener el consumo de tabaco a medida que se envejece<sup>17</sup>. Sin embargo, la PA a esa edad es mayor en los hombres que en las mujeres, mientras que entre los menores de esa edad la proporción es mayor en las mujeres, consolidando lo observado en el estudio de Schiaffino et al<sup>8</sup>. Esta diferencia puede deberse a un mayor grado de exposición acumulada en los varones, que se manifiesta a través de problemas de salud en edades tardías que induzcan al abandono. En el caso de las mujeres menores de 35 años, y en los últimos años también las de 35 a 49 años, la mayor PA puede deberse a su preocupación por las consecuencias del consumo de tabaco en el embarazo. Dos estudios llevados a cabo recientemente en España han mostrado que más de la mitad de las fumadoras embarazadas dejan de fumar durante el embarazo<sup>18, 19</sup>.

Estudios previos han mostrado que la precocidad en el inicio del consumo de tabaco está asociada con menores proporciones de abandono<sup>20, 21</sup> y un mayor riesgo de recaída<sup>22</sup>. Sin embargo, en España la edad media de inicio está estable desde 1995<sup>23</sup>, lo que no justificaría el aumento de la PA encontrado. En nuestro estudio también hemos observado que la PA se incrementa a medida que aumenta el nivel de estudios. El mismo fenómeno se ha observado en Italia en el periodo 1982-2002<sup>24</sup>, o en Canadá durante 1994-2003<sup>20</sup>. El incremento presenta una tendencia lineal estadísticamente significativa desde 1987 hasta 2020 para cada una de las categorías del nivel de estudios, pero que no se distribuye de forma homogénea entre ellas. Las personas con estudios universitarios presentan el mayor incremento de abandono durante el periodo estudiado (39,4 puntos de diferencia entre 1987 y 2020), y este incremento se va reduciendo a medida que disminuye el nivel educativo. La serie del Eurobarómetro solo ha analizado el nivel de estudios, medido como años cursados, en 2012 y 2020<sup>7, 11</sup>. En comparación con 2012, en 2020 se observó un incremento en la PA, con independencia de los años cursados. En

ambos años, las personas que han estudiado más de 20 años son las que presentan una mayor PA y las de 16 a 19 años de estudios las que presentan una menor PA. En nuestro estudio hemos observado algo similar: las personas con estudios universitarios son las que muestran mayor PA en todos los años analizados y las personas con estudios primarios o inferiores son las que muestran una PA menor desde 2003.

Sin embargo, entre las mujeres la evolución no ha sido tan homogénea como en el caso de los varones y presentaron un menor incremento de la PA en aquellas con estudios secundarios de primera etapa o inferiores. Schiaffino y colegas observaron que las mujeres españolas con menor nivel educativo y menores de 50 años presentaban una menor incidencia de cesación que los varones e incluso su tendencia resultó negativa en el periodo 1994-2000<sup>8</sup>. Los autores sugieren en este estudio que las acciones de promoción de la salud y las políticas de control del tabaquismo pueden haber tenido un efecto diferente entre los diferentes subgrupos poblacionales. Viendo que estas diferencias se siguen manteniendo en nuestro análisis pareciera que las mujeres con niveles educativos bajos tienen más dificultades para dejar de fumar, bien porque su motivación para el abandono sea menor, o bien que estén menos dispuestas a buscar ayuda o a recibir tratamiento que las que tienen estudios superiores.

El abandono del consumo de tabaco podría incrementarse mediante cambios normativos no recogidos en nuestro marco legislativo y sugeridos en el Convenio Marco para el Control del Tabaquismo, por ejemplo elevando el precio de los productos del tabaco, adoptando políticas sin humo de tabaco amplias (incluso en lugares abiertos), llevando a cabo campañas en los medios de comunicación y manteniendo programas comprensivos de control del tabaquismo, con grandes avisos de salud con imágenes en el empaquetado y en la publicidad del tabaco<sup>6</sup>, y aumentando la disponibilidad de servicios de ayuda a los fumadores para abandonar el consumo de tabaco<sup>25</sup>. La evidencia muestra como los países con políticas de prevención y control más integrales tienen una mayor PA del tabaquismo<sup>26</sup>.

Para reducir la carga de morbilidad y mortalidad debida al consumo de tabaco es necesario reducir el inicio del consumo, aumentar los intentos y el éxito de los abandonos, así como proteger a los no

fumadores<sup>15</sup>. España ha implementado diferente normativa que regula múltiples aspectos para la prevención y control del tabaquismo, incluida la primera ley sobre el tema publicada en el año 2005<sup>27</sup>, posteriormente modificada en el año 2010<sup>28</sup>. Sin embargo, y de acuerdo con la Escala de Control del Tabaquismo en Europa 2019, en los últimos años España ha ido perdiendo puestos en el ranking de los países con una mejor implementación de políticas de control del tabaquismo, situándose en el año 2019 en la décima posición de un total de 36 países<sup>29</sup>. España obtuvo buenas puntuaciones en las políticas de prohibición de consumo en lugares públicos y comercio ilícito; puntuaciones medias en precio, prohibición de publicidad, avisos de salud y tratamiento; y muy bajas puntuaciones en presupuesto y abordaje de la interferencia de la industria tabacalera en la formulación de políticas de salud pública.

La dependencia tabáquica se considera un problema crónico y recurrente que requiere una intervención sostenida en el tiempo. Los fumadores deben animarse a seguir intentando dejar de fumar hasta que lo consigan, y los médicos y el resto de los profesionales que intervienen en la cesación tabáquica deben seguir apoyando a los fumadores hasta que dejen de fumar<sup>30</sup>. En España más de la mitad de los fumadores han dejado de fumar con éxito en los últimos años. Aun así, los profesionales de la salud deberían ser más proactivos para aconsejar el abandono del tabaco a los fumadores. Por su parte la sociedad, a través de sus representantes políticos, debería promover una cultura libre del tabaco.

Para interpretar correctamente los resultados de este estudio conviene mencionar diversas limitaciones. En primer lugar, en la ENSE y EESE los intervalos entre encuestas no son homogéneos, por lo que la evolución de la PA entre dos encuestas dadas no es directamente comparable. Segundo, son estudios transversales por lo que no hay seguimiento de los sujetos que permitan analizar la transición entre las diferentes categorías del hábito tabáquico. Finalmente, se desconoce el momento en que los exfumadores han dejado de fumar (esta información solo está disponible en algunos de los años en los que se realizaron las encuestas), por lo que no se pueden distinguir los abandonos recientes que reflejarían los efectos de los cambios sociales y normativos en el periodo estudiado. En cualquier caso, estas limitaciones afectarían de la misma manera a todas las encuestas, por lo que la evolución

a lo largo del periodo analizado no se vería alterada.

Debe tenerse en cuenta que la PA no recoge todos los intentos que realizan los fumadores para abandonar el tabaco ya que solo computa los intentos alcanzados con éxito, y que por lo tanto se mantienen sin fumar en el momento de la encuesta. Tampoco mide los progresos en el estadio de abandono provocados por acciones de promoción de la salud en fumadores. Por todo ello no resulta un buen indicador para medir la proporción de personas que intentan el abandono del tabaco.

No obstante, se pueden destacar diversas fortalezas de este estudio, como por ejemplo la representatividad de la ENSE y EESE para toda la población española no institucionalizada, así como su amplio tamaño muestral, que permite realizar los análisis por estratos de las variables estudiadas con suficiente poder estadístico. Las preguntas analizadas en este estudio se han realizado de forma similar a lo largo de las 12 encuestas lo que permite realizar un análisis temporal de la evaluación de la epidemia tabáquica en España.

En conclusión, la PA se ha incrementado intensamente y de forma sostenida entre 1987 y 2020, pasando del 24,4% en 1987 al 49,9% en 2020, aunque se observa una estabilización a partir de 2014. Esta evolución es relativamente parecida en hombres y mujeres para los datos globales, pero se detectan importantes diferencias según la distribución por edad y el nivel de estudios, destacando el gran incremento de la inequidad observado en estos 33 años de evolución.

## Referencias bibliográficas:

- <sup>1</sup> WHO. Fact sheets: Tobacco. Available from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco> (Accessed [26/04/2021])
- <sup>2</sup> Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*. 2004 Jun 26;328(7455):1519. doi: 10.1136/bmj.38142.554479.AE. Epub 2004 Jun 22. PMID: 15213107; PMCID: PMC437139.
- <sup>3</sup> OMS. Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2008 : plan de medidas MPOWER. Organización Mundial de la Salud, 2008. ISBN 978 92 4 359628 0
- <sup>4</sup> Pérez-Ríos M, Schiaffino A, Montes A, Fernández E, López MJ, Martínez-Sánchez JM, Sureda X, Martínez C, Fu M, García Contiente X, Carretero Ares JL, Galán I. Smoking-Attributable Mortality in Spain in 2016. *Arch Bronconeumol*. 2020 Sep;56(9):559-563. English, Spanish. doi: 10.1016/j.arbres.2019.11.021. Epub 2020 Feb 22. PMID: 32094025.
- <sup>5</sup> Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2020. Available from <http://www.healthdata.org/spain?language=149>. (Accessed [23/04/2021])
- <sup>6</sup> U.S. Department of Health and Human Services. Smoking Cessation. 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, 2020.
- <sup>7</sup> Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. Special Eurobarometer 506. European Union, 2021. ISBN: 978-92-76-27171-0. doi:10.2875/490366
- <sup>8</sup> Schiaffino A, Fernández E, Kunst A, Borrell C, García M, Borràs JM, Mackenbach JP. Time trends and educational differences in the incidence of quitting smoking in Spain (1965-2000). *Prev Med*. 2007 Aug-Sep;45(2-3):226-32. doi: 10.1016/j.ypmed.2007.05.009. Epub 2007 May 21. PMID: 17604832.
- <sup>9</sup> Attitudes of Europeans towards tobacco. Special Eurobarometer 239. European Union, 2006.
- <sup>10</sup> Tobacco. Special Eurobarometer 332. European Union, 2010.
- <sup>11</sup> Attitudes of Europeans towards tobacco. Special Eurobarometer 385. European Union, 2012.
- <sup>12</sup> Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. Special Eurobarometer 429. European Union, 2015. ISBN 978-92-79-48050-8. DOI 10.2875/670456
- <sup>13</sup> Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. Special Eurobarometer 458. European Union, 2017. ISBN 978-92-79-69104-1. doi:10.2875/804491
- <sup>14</sup> Chang JT, Levy DT, Meza R. Examining the Transitions Between Cigarette and Smokeless Tobacco Product Use in the United States Using the 2002-2003 and 2010-2011 Longitudinal Cohorts. *Nicotine Tob Res*. 2018 Sep 25;20(11):1412-1416. doi: 10.1093/ntr/ntx251. PMID: 29126271; PMCID: PMC6154991.
- <sup>15</sup> Giovino GA, Mirza SA, Samet JM, Gupta PC, Jarvis MJ, Bhala N, Peto R, Zatonski W, Hsia J, Morton J, Palipudi KM, Asma S; GATS Collaborative Group. Tobacco use in 3 billion individuals from 16 countries: an analysis of nationally representative cross-sectional household surveys. *Lancet*. 2012 Aug 18;380(9842):668-79. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61085-X. Erratum in: *Lancet*. 2012 Dec 1;380(9857):1908. Erratum in: *Lancet*. 2013 Jul 13;382(9887):128. PMID: 22901888.
- <sup>16</sup> Messer K, Trinidad DR, Al-Delaimy WK, Pierce JP. Smoking cessation rates in the United States: a comparison of young adult and older smokers. *Am J Public Health*. 2008 Feb;98(2):317-22. doi: 10.2105/AJPH.2007.112060. Epub 2008 Jan 2. PMID: 18172143; PMCID: PMC2376894.
- <sup>17</sup> Coombs RB, Li S, Kozlowski LT. Age interacts with heaviness of smoking in predicting success in cessation of smoking. *Am J Epidemiol*. 1992 Feb 1;135(3):240-6. doi: 10.1093/oxfordjournals.aje.a116277. PMID: 1546699.
- <sup>18</sup> Santiago-Pérez MI, Pérez-Ríos M M, Malvar Pintos A, Hervada Vidal X. Consumo de tabaco en el embarazo: prevalencia y factores asociados al mantenimiento del consumo. *Rev Esp Salud Publica*. 2019 Jul 15;93:e201907034. PMID: 31263094.
- <sup>19</sup> Román-Gálvez RM, Amezcua-Prieto C, Olmedo-Requena R, Lewis-Mikhael Saad AM, Martínez-Galiano JM, Bueno-Cavanillas A. Partner smoking influences whether mothers quit smoking during pregnancy: a prospective cohort study. *BJOG*. 2018 Jun;125(7):820-827. doi: 10.1111/1471-0528.14986. Epub 2017 Dec 6. PMID: 29052334.
- <sup>20</sup> Shields M. The journey to quitting smoking. *Health Rep*. 2005 May;16(3):19-36. PMID: 15971513.
- <sup>21</sup> Pesce G, Marcon A, Calciano L, Perret JL, Abramson MJ, Bono R, Bousquet J, Fois AG, Janson C, Jarvis D, Jögi R, Leynaert B, Nowak D, Schlünsen V, Urrutia-Landa I, Verlato G, Villani S, Zuberbier T, Minelli C, Accordini S; Ageing Lungs in European Cohorts (ALEC) study. Time and age trends in smoking cessation in Europe. *PLoS One*. 2019 Feb 7;14(2):e0211976. doi: 10.1371/journal.pone.0211976. PMID: 30730998; PMCID: PMC6366773.

- <sup>22</sup> Koçak ND, Eren A, Boğa S, Aktürk ÜA, Öztürk ÜA, Arınç S, Şengül A. Relapse Rate and Factors Related to Relapse in a 1-Year Follow-Up of Subjects Participating in a Smoking Cessation Program. *Respir Care*. 2015 Dec;60(12):1796-803. doi: 10.4187/respcare.03883. Epub 2015 Aug 18. PMID: 26286738.
- <sup>23</sup> Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Encuesta sobre el alcohol y otras drogas en España, E DADES 2019/20. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2021. 93p. Available from: [https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2019-20\\_Informe\\_EDADES.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2019-20_Informe_EDADES.pdf) (Accessed [30/04/2021])
- <sup>24</sup> Federico B, Costa G, Ricciardi W, Kunst AE. Educational inequalities in smoking cessation trends in Italy, 1982-2002. *Tob Control*. 2009 Oct;18(5):393-8. doi: 10.1136/tc.2008.029280. Epub 2009 Jul 16. PMID: 19617220.
- <sup>25</sup> Koh HK, Sebelius KG. Promoting prevention through the Affordable Care Act. *N Engl J Med*. 2010 Sep 30;363(14):1296-9. doi: 10.1056/NEJMp1008560. Epub 2010 Aug 25. PMID: 20879876.
- <sup>26</sup> Feliu A, Filippidis FT, Joossens L, Fong GT, Vardavas CI, Baena A, Castellano Y, Martínez C, Fernández E. Impact of tobacco control policies on smoking prevalence and quit ratios in 27 European Union countries from 2006 to 2014. *Tob Control*. 2019 Jan;28(1):101-109. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2017-054119. Epub 2018 Feb 22. PMID: 29472445; PMCID: PMC6317447.
- <sup>27</sup> Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 309, (27/12/2005).
- <sup>28</sup> Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 318, (31/12/2010).
- <sup>29</sup> Joossens L, Feliu A, Fernandez E. The Tobacco Control Scale 2019 in Europe. Brussels: Association of European Cancer Leagues, Catalan Institute of Oncology; 2020. Available from: <http://www.tobaccocontrolscale.org/TCS2019.pdf> (Accessed [30/04/2021])
- <sup>30</sup> 2008 PHS Guideline Update Panel, Liaisons, and Staff. Treating tobacco use and dependence: 2008 update U.S. Public Health Service Clinical Practice Guideline executive summary. *Respir Care*. 2008 Sep;53(9):1217-22. PMID: 18807274.



**Tabla 1. Proporciones de abandono crudas totales, por sexo y grupos de edad. España, población de 15 años y más\*, 1987-2020**

Año	Sexo																				
	Total			Hombres						Mujeres						Grupos de edad					
	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%
1987	14440	24,4	(23,7-25,1)	10214	25,7	(24,9-26,6)	4226	21,2	(20,0-22,5)	6947	14,1	(13,3-14,9)	3117	21,6	(20,2-23,1)	2702	34,6	(32,9-36,5)	1674	55,7	(53,3-58,1)
1993	10137	26,9	(26,0-27,8)	6864	29,5	(28,4-30,5)	3273	21,5	(20,1-22,9)	4587	15,7	(14,7-16,8)	2624	22,3	(20,7-23,9)	1826	38,4	(36,2-40,6)	1100	65,3	(62,4-68,0)
1995	3214	28,2	(26,7-29,8)	2107	32,2	(30,2-34,2)	1107	20,7	(18,4-23,2)	1455	15,6	(13,8-17,6)	825	26,5	(23,6-29,7)	569	39,4	(35,4-43,4)	365	64,9	(59,9-69,7)
1997	3180	29,5	(27,9-31,1)	2051	33,4	(31,3-35,4)	1129	22,5	(20,2-25,0)	1362	15,5	(13,7-17,5)	901	27,1	(24,3-30,1)	561	42,6	(38,6-46,7)	356	68,5	(63,5-73,2)
2001	10590	32,6	(31,7-33,5)	6680	36,7	(35,6-37,9)	3910	25,5	(24,1-26,9)	3961	17,5	(16,4-18,8)	3383	28,8	(27,3-30,3)	1839	42,0	(39,7-44,3)	1407	71,6	(69,2-73,9)
2003	10027	39,0	(38,1-40,0)	6321	42,8	(41,5-44,0)	3706	32,7	(31,2-34,2)	2563	18,1	(16,7-19,6)	3914	34,6	(33,1-36,1)	1825	46,6	(44,4-48,9)	1725	72,2	(70,0-74,2)
2006	13814	40,1	(38,9-41,3)	8527	43,7	(42,1-45,3)	5287	34,3	(32,5-36,1)	4258	22,8	(20,9-24,7)	4688	38,1	(36,3-39,8)	2776	51,1	(48,6-53,6)	2091	65,3	(59,3-70,9)
2009	10414	40,6	(39,5-41,7)	6262	42,7	(41,2-44,2)	4152	37,5	(35,8-39,2)	3099	24,1	(22,1-26,2)	3640	36,3	(34,5-38,1)	2390	50,8	(48,5-53,1)	1285	73,6	(71,1-76,0)
2012	9497	42,1	(40,9-43,3)	5787	46,0	(44,5-47,6)	3710	35,9	(34,1-37,7)	2485	22,5	(20,3-24,8)	3239	36,2	(34,2-38,1)	2438	51,2	(48,9-53,5)	1334	76,2	(73,7-78,5)
2014	11601	50,4	(49,2-51,5)	6944	51,4	(50,0-52,9)	4657	48,8	(47,0-50,5)	2522	29,5	(27,1-32,0)	3938	45,9	(44,0-47,7)	3247	55,1	(53,1-57,1)	1894	79,2	(77,2-81,1)
2017	11360	50,5	(49,4-51,6)	6771	53,3	(51,9-54,7)	4589	46,4	(44,7-48,1)	2225	29,7	(27,2-32,3)	3589	43,9	(41,9-45,8)	3538	54,9	(53,0-56,9)	2009	77,7	(75,8-79,6)
2020	10017	49,9	(48,7-51,1)	5911	51,6	(50,0-53,2)	4106	47,5	(45,6-49,4)	1868	25,4	(22,6-28,3)	3030	44,9	(42,7-47,1)	3205	52,8	(50,7-54,9)	1914	76,9	(74,8-78,9)
Δ 1987-2020		25,5	(23,9-27,1)		25,9	(23,8-28,0)		26,3	(23,7-28,7)		11,3	(8,8-13,7)		23,3	(20,4-26,2)		18,2	(14,8-21,5)		21,2	(15,9-26,5)

Δ 1987-2020: Cambio absoluto entre 1987 y 2020

(\*) Hasta 2009 ≥16 años, desde 2012 ≥15 años.

**Tabla 2. Proporciones de abandono crudas por nivel de estudios. España, población de 15 años y más\*, 1987-2020**

Año	≤Primarios			Secundarios 1ª etapa			Secundarios 2ª etapa			Universitarios		
	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%	N	%	IC 95%
1987	3605	34,0	(32,5-35,6)	7545	21,6	(20,7-22,6)	2315	19,1	(17,6-20,8)	975	22,6	(20,0-25,3)
1993	1063	42,3	(39,4-45,3)	4945	26,8	(25,6-28,0)	3097	21,4	(20,0-22,9)	1032	28,0	(25,3-30,8)
1995	308	45,5	(40,0-51,1)	1501	28,2	(26,0-30,5)	1030	23,1	(20,6-25,8)	375	28,3	(23,9-33,0)
1997	330	51,5	(46,1-56,9)	1730	26,8	(24,7-28,9)	633	23,5	(20,4-27,0)	487	32,0	(28,0-36,3)
2001	912	56,7	(53,4-59,9)	5836	30,5	(29,3-31,7)	2327	26,1	(24,4-28,0)	1515	35,8	(33,5-38,3)
2003	920	60,1	(56,9-63,2)	5100	37,4	(36,0-38,7)	2494	31,8	(30,0-33,6)	1513	44,0	(41,5-46,5)
2006	1254	45,3	(38,8-52,0)	5939	39,7	(38,0-41,4)	4258	36,2	(34,2-38,3)	2362	45,3	(42,6-48,0)
2009	969	55,0	(51,3-58,7)	4394	35,5	(33,8-37,2)	3261	37,8	(35,8-39,8)	1790	50,5	(47,7-53,3)
2012	711	60,8	(56,6-64,8)	4497	38,2	(36,5-39,9)	2819	39,2	(37,0-41,4)	1470	50,4	(47,4-53,4)
2014	903	65,7	(61,9-69,3)	5123	48,2	(46,5-49,9)	3515	45,4	(43,3-47,4)	2060	57,6	(55,0-60,1)
2017	801	64,7	(60,7-68,6)	5026	46,7	(45,1-48,4)	3539	48,1	(46,1-50,1)	1993	58,6	(56,0-61,2)
2020	531	60,5	(55,5-65,3)	4243	45,7	(43,8-47,5)	3369	46,8	(44,7-49,0)	1874	62,0	(59,2-64,7)
Δ 1987-2020		26,5	(19,5-33,3)		24,1	(21,7-26,3)		27,7	(24,8-30,6)		39,4	(34,8-44,1)

Δ 1987-2020: Cambio absoluto entre 1987 y 2020

(\*) Hasta 2009 de 16 años y más, desde 2012 de 15 años y más.

**Tabla 3. Proporciones de abandono estandarizadas totales, por sexo, grupos de edad y nivel de estudios. España, población de 15 años y más<sup>#</sup>, 1987-2020**

Año	Sexo																					
	Total**		Hombres**				Mujeres*				Grupos de edad				Nivel de estudios							
	Total	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
1987	32,2	(31,1-33,3)	31,4	(30,1-32,6)	32,5	(30,3-34,8)	15,2	(14,1-16,2)	24,2	(22,3-26,0)	34,1	(31,8-36,4)	51,3	(47,8-54,9)	29,1	(27,3-31,0)	30,3	(28,8-31,9)	28,6	(25,9-31,4)	29,1	(25,1-33,0)
1993	35,1	(33,7-36,4)	35,8	(34,2-37,4)	30,5	(28,1-32,9)	15,8	(14,6-17,1)	22,9	(21,0-24,8)	37,9	(35,1-40,8)	60,4	(55,8-65,0)	32,9	(29,7-36,0)	32,6	(30,8-34,4)	30,3	(27,9-32,8)	35,0	(30,9-39,2)
1995	36,6	(34,2-39,0)	38,3	(35,4-41,2)	29,2	(25,3-33,0)	15,3	(13,3-17,4)	27,0	(23,4-30,6)	38,8	(33,7-44,0)	60,0	(52,2-67,7)	33,5	(27,9-39,2)	33,3	(30,1-36,5)	33,1	(28,8-37,3)	36,0	(29,1-42,9)
1997	37,8	(35,3-40,2)	39,3	(36,4-42,3)	30,9	(27,1-34,8)	15,5	(13,4-17,7)	27,0	(23,6-30,4)	41,9	(36,6-47,3)	63,2	(55,2-71,3)	35,2	(29,7-40,6)	34,5	(31,4-37,7)	33,4	(28,0-38,8)	38,1	(32,1-44,1)
2001	40,2	(38,8-41,5)	41,7	(40,0-43,3)	33,7	(31,5-35,9)	17,5	(16,1-19,0)	29,0	(27,1-30,9)	41,4	(38,4-44,4)	66,2	(61,8-70,5)	36,9	(33,5-40,3)	36,5	(34,8-38,3)	35,6	(32,7-38,5)	42,1	(38,5-45,7)
2003	44,1	(42,7-45,6)	45,4	(43,6-47,1)	37,9	(35,6-40,2)	16,9	(15,2-18,6)	33,8	(31,9-35,7)	46,6	(43,4-49,8)	68,6	(64,6-72,7)	39,4	(35,9-42,9)	39,9	(38,1-41,7)	39,7	(36,9-42,6)	47,5	(43,8-51,2)
2006	47,1	(45,8-48,3)	47,9	(46,3-49,5)	42,0	(40,1-43,9)	22,3	(20,6-24,0)	37,4	(35,6-39,1)	49,7	(47,1-52,2)	64,5	(61,0-68,0)	34,3	(31,3-37,3)	43,2	(41,5-44,9)	46,0	(43,6-48,4)	51,0	(48,0-54,1)
2009	47,4	(46,0-48,8)	47,5	(45,8-49,3)	43,9	(41,7-46,1)	23,8	(21,7-25,9)	35,5	(33,6-37,5)	50,4	(47,7-53,2)	69,2	(65,1-73,3)	39,0	(35,7-42,3)	41,9	(39,8-43,9)	45,3	(42,7-47,9)	55,0	(51,5-58,6)
2012	47,7	(46,2-49,2)	49,3	(47,5-51,2)	41,9	(39,6-44,2)	22,8	(20,5-25,0)	35,5	(33,4-37,7)	51,0	(48,3-53,8)	71,3	(67,2-75,4)	40,6	(36,9-44,3)	42,7	(40,7-44,7)	45,4	(42,7-48,2)	53,7	(49,9-57,6)
2014	53,8	(52,5-55,2)	52,7	(51,0-54,4)	52,7	(50,4-54,9)	29,4	(26,8-32,1)	44,1	(42,0-46,3)	55,4	(52,8-57,9)	75,1	(71,5-78,7)	43,4	(39,9-46,8)	49,4	(47,5-51,4)	51,5	(48,9-54,1)	59,2	(55,9-62,5)
2017	52,4	(51,1-53,8)	52,9	(51,2-54,6)	49,1	(47,0-51,3)	29,5	(26,7-32,4)	42,2	(39,9-44,4)	55,2	(52,7-57,6)	73,9	(70,5-77,3)	42,6	(39,0-46,2)	46,4	(44,6-48,2)	52,1	(49,5-54,6)	59,4	(56,0-62,8)
2020	50,8	(49,4-52,2)	50,6	(48,8-52,4)	49,0	(46,8-51,3)	25,0	(22,0-28,1)	42,9	(40,5-45,4)	52,9	(50,3-55,4)	73,7	(70,4-77,1)	38,1	(34,2-42,1)	44,2	(42,4-46,1)	50,4	(47,9-52,9)	61,8	(58,3-65,3)
Δ 1987-2020	18,6	(16,8-20,4)	19,2	(17,1-21,4)	16,5	(13,3-19,7)	9,8	(6,8-13,0)	18,7	(15,7-21,9)	18,8	(15,3-22,2)	22,4	(17,7-27,1)	9,0	(4,8-13,2)	13,9	(11,5-16,3)	21,8	(18,0-25,5)	32,7	(27,5-38,0)

(\*) tendencia lineal estadísticamente significativa; (\*\*) Tendencia cuadrática estadísticamente significativa

Δ 1987-2020: Cambio absoluto entre 1987 y 2020

(#) Hasta 2009 de 16 años y más, desde 2012 de 15 años y más.

**Tabla 4. Proporciones de abandono estandarizadas por grupos de edad y nivel de estudios, según sexo. España, población de 15 años y más<sup>#</sup>, 1987-2020**

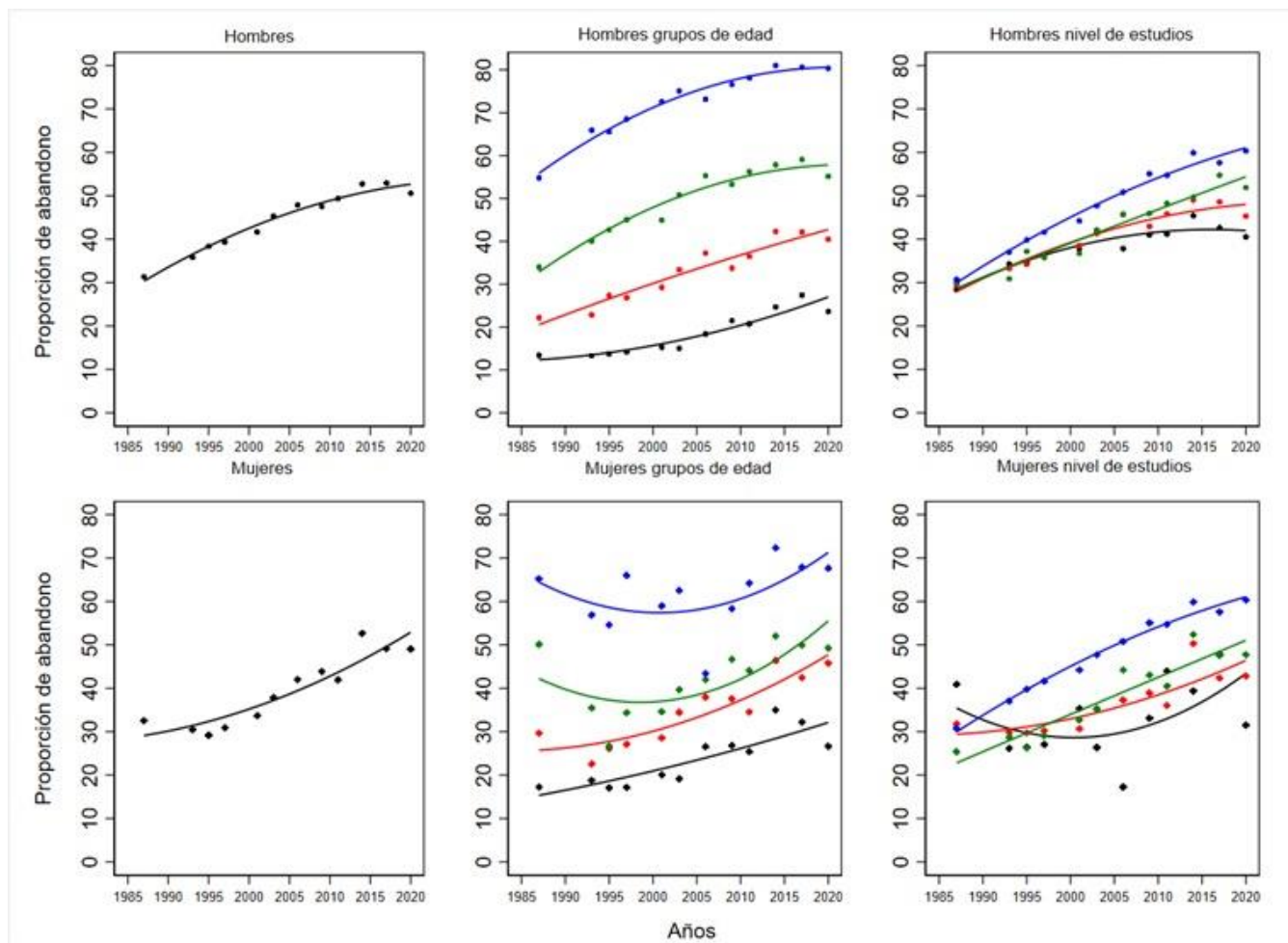
		Grupos de Edad								Nivel de Estudios							
		16-34 **		35-49 **		50-64 **		≥65 **		≤Primarios **		Secundarios 1ª etapa **		Secundarios 2ª etapa **		Universitarios **	
HOMBRES	Año	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
	1987	13,4	(12,1-14,7)	22,2	(20,1-24,2)	34,0	(31,6-36,4)	54,8	(50,9-58,7)	28,4	(26,7-30,2)	29,5	(27,8-31,3)	30,2	(26,4-33,7)	30,7	(25,8-35,6)
	1993	13,3	(11,8-14,8)	22,8	(20,5-25,1)	40,1	(36,8-43,3)	65,9	(60,8-71,0)	34,3	(31,0-37,7)	33,2	(31,2-35,3)	31,0	(27,8-33,9)	37,0	(31,6-42,5)
	1995	13,8	(11,1-16,4)	27,4	(22,9-31,9)	42,7	(36,8-48,6)	65,6	(56,9-74,2)	34,6	(28,7-40,6)	34,2	(30,5-37,9)	37,3	(31,3-43,1)	39,8	(30,3-49,3)
	1997	14,2	(11,3-17,1)	26,8	(22,5-31,2)	45,0	(38,9-51,2)	68,5	(59,5-77,5)	36,3	(30,7-42,0)	35,7	(31,9-39,6)	36,1	(28,6-43,4)	41,6	(33,1-50,1)
	2001	15,3	(13,5-17,1)	29,3	(26,8-31,8)	44,9	(41,4-48,5)	72,5	(67,7-77,3)	37,8	(34,3-41,4)	38,5	(36,4-40,6)	36,9	(32,9-40,6)	44,2	(39,3-49,1)
	2003	15,0	(12,8-17,2)	33,4	(30,9-35,9)	50,8	(46,8-54,8)	75,1	(70,6-79,6)	41,6	(37,9-45,3)	41,3	(39,2-43,5)	42,3	(38,2-46,0)	47,7	(42,5-52,9)
	2006	18,4	(16,1-20,7)	37,2	(34,7-39,7)	55,3	(51,8-58,9)	73,1	(69,1-77,1)	37,8	(34,4-41,2)	45,7	(43,5-47,8)	45,9	(42,5-49,1)	50,8	(46,5-55,2)
	2009	21,5	(18,8-24,3)	33,7	(31,1-36,4)	53,3	(49,6-56,9)	76,6	(71,9-81,3)	41,0	(37,4-44,6)	43,0	(40,5-45,5)	46,0	(42,4-49,5)	55,1	(50,0-60,2)
	2012	20,7	(17,8-23,7)	36,5	(33,5-39,4)	56,2	(52,5-60,0)	78,1	(73,3-82,9)	41,1	(37,2-45,1)	45,8	(43,3-48,3)	48,3	(44,5-51,9)	54,7	(49,4-60,1)
	2014	24,7	(21,3-28,0)	42,3	(39,4-45,2)	57,8	(54,4-61,3)	81,0	(76,8-85,2)	45,4	(41,5-49,3)	49,0	(46,6-51,3)	49,8	(46,3-53,0)	59,9	(55,1-64,7)
	2017	27,4	(23,7-31,2)	42,2	(39,0-45,3)	59,1	(55,7-62,5)	80,6	(76,6-84,7)	42,6	(38,6-46,6)	48,6	(46,3-50,9)	54,8	(51,3-58,2)	57,6	(52,9-62,4)
	2020	23,6	(19,7-27,5)	40,5	(37,2-43,8)	55,2	(51,7-58,6)	80,3	(76,2-84,5)	40,5	(36,1-45,0)	45,3	(43,0-47,6)	52,0	(48,5-55,3)	60,3	(55,4-65,3)
Δ 1987-2020		10,2	(6,2-14,3)	18,3	(14,4-22,2)	21,2	(16,9-25,4)	25,5	(20,0-31,1)	12,1	(7,4-16,8)	15,8	(12,9-18,7)	21,8	(16,8-26,8)	30,7	(25,8-35,6)
MUJERES			*	*	*	*	**	**	**	*	*	*	**	**	**	**	**
	1987	17,3	(15,6-18,9)	29,7	(25,6-33,8)	50,1	(40,9-59,3)	65,2	(50,2-80,3)	40,9	(34,7-47,1)	31,8	(28,7-34,9)	25,4	(21,3-29,4)	25,6	(19,2-32,0)
	1993	18,8	(16,7-20,9)	22,6	(19,3-25,9)	35,5	(28,0-42,9)	56,9	(40,5-73,2)	26,2	(17,5-34,9)	29,8	(26,4-33,2)	28,8	(24,9-32,6)	31,2	(25,0-37,3)
	1995	17,1	(13,9-20,3)	26,1	(20,1-32,1)	26,7	(15,5-37,8)	54,6	(24,9-84,3)	26,4	(8,0-44,8)	29,7	(23,9-35,6)	26,3	(20,4-32,1)	30,0	(20,3-39,6)
	1997	17,2	(13,9-20,4)	27,1	(21,5-32,7)	34,4	(22,0-46,7)	66,0	(34,6-97,4)	27,1	(8,3-45,9)	30,2	(24,8-35,6)	29,0	(21,4-36,7)	32,4	(24,3-40,4)
	2001	20,1	(17,8-22,3)	28,6	(25,7-31,5)	34,6	(28,8-40,5)	59,0	(45,0-72,9)	35,4	(24,9-45,8)	30,7	(27,8-33,5)	32,7	(28,4-37,1)	37,8	(32,6-43,0)
	2003	19,2	(16,6-21,7)	34,4	(31,5-37,4)	39,7	(34,3-45,2)	62,5	(50,3-74,7)	26,4	(17,4-35,4)	35,2	(32,0-38,4)	35,2	(31,2-39,3)	45,3	(40,2-50,5)
	2006	26,5	(23,9-29,2)	37,9	(35,4-40,4)	42,0	(38,3-45,7)	43,5	(36,1-50,8)	17,3	(12,0-22,6)	37,3	(34,7-39,9)	44,2	(40,8-47,6)	48,9	(44,6-53,2)
	2009	26,8	(23,5-30,1)	37,6	(34,7-40,6)	46,7	(42,5-50,9)	58,3	(49,2-67,5)	33,1	(25,6-40,7)	38,9	(35,6-42,3)	43,0	(39,2-46,8)	52,9	(48,0-57,7)
	2012	25,4	(22,0-28,9)	34,6	(31,4-37,7)	44,1	(39,9-48,2)	64,2	(55,0-73,5)	44,0	(34,4-53,6)	36,0	(32,9-39,2)	40,5	(36,7-44,4)	50,6	(45,2-56,0)
	2014	35,0	(30,7-39,3)	46,4	(43,0-49,7)	52,1	(48,3-55,8)	72,3	(65,0-79,7)	39,4	(31,6-47,2)	50,3	(47,0-53,7)	52,4	(48,4-56,4)	56,6	(52,0-61,2)
	2017	32,2	(27,9-36,6)	42,5	(39,1-45,8)	50,0	(46,4-53,5)	67,8	(61,3-74,3)	47,8	(39,3-56,4)	42,4	(39,4-45,4)	47,6	(43,9-51,3)	59,3	(54,5-64,1)
	2020	26,7	(22,0-31,3)	45,8	(42,0-49,6)	49,3	(45,6-53,0)	67,6	(61,5-73,8)	31,5	(22,8-40,2)	42,8	(39,6-46,1)	47,8	(44,1-51,4)	61,6	(56,7-66,6)
Δ 1987-2020		9,4	(4,6-14,2)	16,1	(10,5-21,7)	-0,8	(-10,8-9,2)	2,4	(-14,0-18,7)	-9,4	(-20,3-1,5)	11	(6,6-15,6)	22,4	(17,0-27,8)	36,0	(28,0-44,1)

(\*) tendencia lineal estadísticamente significativa; (\*\*) Tendencia cuadrática estadísticamente significativa

Δ 1987-2020: Cambio absoluto entre 1987 y 2020

(#) Hasta 2009 de 16 años y más, desde 2012 de 15 años y más.

Figura 1.- Proporción estandarizada de abandono del consumo de tabaco por sexo, edad y nivel de estudios. España, población de 15 años y más\*, 1987-2020



Los marcadores (círculos y rombos) corresponden a las proporciones observadas en hombres y mujeres, respectivamente. Las líneas se han estimado mediante ajuste cuadrático. Grupos de edad: línea negra (16-34 años) roja (35-49) verde (50-64) y azul ( $\geq 65$  años). Nivel de estudios: línea negra ( $\leq$ primarios) roja (secundarios 1º grado) verde (secundarios 2º grado) y azul (universitarios)  
 (\*) Hasta 2009 de 16 años y más, desde 2012 de 15 años y más