

Original

Aceptabilidad de medidas de control del tabaquismo en población adulta española



Julia Rey-Brandariz^{a,b}, Carla Guerra-Tort^{a,b,*}, Ana Teijeiro^a, Lucía Rodríguez-Loureiro^a y Mónica Pérez-Ríos^{a,b}

^a Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidade de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela (A Coruña), España

^b Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela (IDIS), Santiago de Compostela (A Coruña), España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 13 de junio de 2025

Aceptado el 23 de octubre de 2025

On-line el 27 de noviembre de 2025

Palabras clave:

Control del tabaco

Política para fumadores

Política de salud

Fumar tabaco

Prevención del hábito de fumar

Contaminación por humo de tabaco

RESUMEN

Objetivo: Identificar las características de la población española que influyen en la aceptabilidad de diferentes medidas de control del tabaquismo que se podrían implementar en España para disminuir la prevalencia del consumo y la exposición al humo ambiental de tabaco, y las diferencias en la aceptabilidad de tales medidas en las diferentes comunidades autónomas.

Método: Estudio transversal en una muestra representativa de la población adulta española (n = 2103). Se identificaron las características de la población asociadas a la aceptación de la prohibición de fumar en determinados espacios, la implantación del empaquetado neutro, el aumento de la edad mínima de venta de tabaco a 21 años y la limitación de puntos de venta de tabaco, ajustando modelos de regresión logística. Se estimaron prevalencias de aceptación en las diferentes comunidades autónomas.

Resultados: Las variables que más influyen en la aceptación de cualquiera de las medidas sanitarias evaluadas son ser no fumador y convivir en pareja. La aceptabilidad de las medidas varía entre comunidades autónomas. La medida con mayor aceptación en la mayoría de ellas fue la prohibición de fumar en coches privados en presencia de menores o embarazadas. En todas las comunidades autónomas, los hombres mostraron un mayor desacuerdo con implantar el empaquetado neutro, aumentar la edad mínima de venta de tabaco y limitar los puntos de venta.

Conclusiones: Es necesario reforzar la información sobre medidas concretas que permitan mejorar el control del tabaquismo, como el empaquetado neutro, para incrementar su aceptación social y favorecer su implantación y cumplimiento.

© 2025 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

Acceptability of tobacco control measures among Spanish adults

ABSTRACT

Keywords:

Tobacco control

Smoke-free policy

Health policy

Tobacco smoking

Smoking prevention

Tobacco smoke pollution

Objective: To identify the characteristics of the Spanish population that influence the acceptability of different tobacco control measures that could be implemented in Spain to reduce the prevalence of tobacco use and exposure to secondhand smoke, as well as the differences in the acceptability of such measures across the country's autonomous communities.

Method: Cross-sectional study in a representative sample of the Spanish adult population (n = 2103). The population characteristics associated with acceptance of smoking bans in certain spaces, the implementation of plain packaging, the increase in the minimum age for tobacco sales to 21, and the limitation of tobacco sales outlets were identified by adjusting logistic regression models. Prevalence of acceptance was estimated in the different autonomous communities.

Results: The variables that most strongly influenced the acceptance of any of the tobacco control measures evaluated are being a non-smoker and living with a partner. The acceptability of the measures varies across autonomous communities. The most widely accepted measure was the ban on smoking in private cars in the presence of minors or pregnant women. In all autonomous communities, men showed greater disagreement with implementing plain packaging, increasing the minimum legal age for tobacco sales, or limiting the number of tobacco sales outlets.

Conclusions: It is necessary to strengthen information on specific measures that can enhance tobacco control, such as plain packaging, in order to increase their social acceptability and facilitate their implementation and compliance.

© 2025 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: carla.guerra.tort@usc.es (C. Guerra-Tort).

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el consumo de tabaco es la causa del 85% de las muertes por cáncer de pulmón¹ y del 70% de las muertes por enfermedad pulmonar obstructiva crónica² en los países desarrollados. Asimismo, se le atribuye el 20% de la mortalidad de causa cardiovascular³ y el 25% de la mortalidad por cualquier tipo de cáncer⁴ en todo el mundo. Por ello, es imprescindible la implantación de políticas orientadas a la reducción del consumo de tabaco y de la exposición al humo ambiental de tabaco.

En 2005 entró en vigor el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco⁵, cuyo objetivo principal es proteger a las generaciones presentes y futuras de las consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo ambiental de tabaco. España ratificó el Convenio Marco en 2005 y en ese mismo año se aprobó la Ley 28/2005⁶, que estableció la prohibición de fumar en lugares públicos, potenció la deshabituación tabáquica entre los fumadores y amplió la prohibición de la publicidad directa, la promoción y el patrocinio, y la regulación de los puntos de venta de tabaco. Cinco años después, la Ley 42/2010⁷ amplió la prohibición de fumar a todos los espacios públicos cerrados, incluyendo los locales de hostelería, con mínimas excepciones. En 2017, el Real Decreto 579/2017⁸ reguló aspectos relacionados con la fabricación y la comercialización de los productos del tabaco y productos relacionados, incluidos los cigarrillos electrónicos y los productos a base de hierbas para fumar, prohibiendo la comercialización de productos del tabaco con aromas característicos, vitaminas, cafeína o taurina, —entre otros aditivos asociados con energía y vitalidad—, colorantes y aditivos facilitadores de la ingesta o de la inhalación de nicotina. En 2024, el Real Decreto 47/2024⁹ introdujo la definición de «producto de tabaco calentado», superando la categoría generalista existente respecto a los productos novedosos del tabaco. Ese mismo año, el Ministerio de Sanidad aprobó el Plan Integral de Prevención y Control del Tabaquismo 2024-2027¹⁰, que incluye diferentes acciones orientadas a la prevención del consumo de tabaco y sus derivados, y a la creación de entornos libres de humo. Sus propuestas responden a los Objetivos de Desarrollo Sostenible y tienen en cuenta las recomendaciones establecidas por la cuarta edición del Código Europeo Contra el Cáncer.

En España, la información disponible sobre la aceptabilidad de la población de las medidas legislativas en el ámbito del tabaquismo es limitada, está desactualizada y no se dispone de datos concretos a nivel de las comunidades autónomas. Los objetivos de este estudio se orientan a identificar las características que influyen en la aceptación de diferentes medidas sanitarias de control del tabaquismo y a analizar su aceptabilidad por parte de la población de 16 y más años de edad en las comunidades autónomas.

Método

Fuente de datos

Estudio transversal descriptivo en una muestra representativa de la población adulta (≥ 16 años) de España. El tamaño de muestra teórico fue de 2000 individuos, garantizando la realización de un mínimo de 50 encuestas en cada comunidad autónoma, incluidas Ceuta y Melilla, es decir, 950 encuestas en 19 grupos. Las encuestas restantes ($n = 1050$) se repartieron proporcionalmente en función de la población ≥ 16 años en cada comunidad autónoma. Se establecieron, para cada territorio, cuotas por sexo y grupo de edad (16-34, 35-54, 55-74, 75 y más años). La información fue recogida por entrevistadores profesionales mediante encuestas telefónicas asistidas por ordenador. Para la selección de la muestra se empleó el método

de muestreo digital aleatorio, mediante el cual se generaron aleatoriamente números de teléfono móvil, complementando la muestra con contactos procedentes del directorio de teléfonos fijos Infobel. Una vez contactado un número de teléfono, se preguntaba por la comunidad autónoma de residencia de la persona que contestaba, el sexo y el grupo de edad. Si la cuota, definida por comunidad autónoma, sexo y grupo de edad, no estaba cubierta, se procedía a la entrevista; en caso contrario, se descartaba la participación.

El trabajo de campo se llevó a cabo entre octubre y diciembre de 2024. El cuestionario completo puede consultarse en el [Material Suplementario](#).

Definición de las variables

Se recogió información sobre las siguientes variables sociodemográficas: sexo (hombre, mujer), edad (continua y posteriormente categorizada en 16-34, 35-54, 55-74, 75 y más años), nivel de estudios (básicos: no sabe leer ni escribir, sin estudios pero sabe leer o escribir, estudios primarios incompletos o estudios de graduado escolar, Educación General Básica hasta octavo, Educación Secundaria Obligatoria, bachillerato elemental o similar; medios: bachillerato superior, Bachillerato Unificado Polivalente, grado medio de Formación Profesional o similar, o estudio de grado superior de Formación Profesional o similar; superiores: estudios universitarios medios o superiores), situación laboral (ocupado, parado, inactivo: pensionista o persona sin ocupación o que no busca empleo activamente, estudiante), convivencia en pareja (sí, no) y país de nacimiento (España, otro país). También se preguntó por el hábito tabáquico en el momento de la encuesta (fumador, exfumador, nunca fumador).

Las medidas sanitarias de control del tabaquismo evaluadas fueron la prohibición de fumar en las terrazas de hostelería, en espacios exteriores como paradas de autobús o estaciones de tren, en eventos al aire libre con gran afluencia de público como conciertos o festivales, en coches privados y en coches privados en los que viajan menores o embarazadas. También se valoró la aceptación de la implantación del empaquetado neutro, el aumento de la edad mínima legal de venta de tabaco a los 21 años y la limitación del número de puntos de venta de tabaco. Las opciones de respuesta frente a las medidas fueron «Sí», «No» y «No sabe/no contesta».

Análisis estadístico

Para valorar la influencia de diferentes variables sobre la aceptación de las medidas planteadas se ajustaron ocho modelos de regresión logística. La variable dependiente fue la aceptación o no de cada una de las medidas. Como variables independientes se consideraron el sexo, la edad (continua), el hábito tabáquico y las demás variables sociodemográficas con un valor $p < 0,10$ en un análisis bivariante previo.

Se estimaron las prevalencias de aceptación de las ocho medidas sanitarias de control del tabaquismo en cada una de las comunidades autónomas. La dispersión de los porcentajes de aceptación de las medidas se valoró con el rango intercuartílico (RIC).

Las prevalencias y las *odds ratio* (OR) ajustadas se presentan acompañadas de intervalos de confianza del 95% (IC95%). El análisis descriptivo y el ajuste de modelos se llevaron a cabo con la muestra ponderada por comunidades autónomas, sexo y grupo de edad, en Stata v17.

Resultados

El tamaño final de la muestra fue de 2103 personas. La tasa de respuesta, teniendo en cuenta la compleción de las cuotas y la disposición de las personas a participar, fue del 13,8%. El 86,3% de

Tabla 1
Características sociodemográficas de la muestra (n = 2103)

Características	n	%
Sexo		
Hombre	1030	49,0
Mujer	1073	51,0
Grupo de edad		
16-34 años	532	25,3
35-54 años	738	35,1
55-74 años	590	28,1
75 y más años	246	11,6
Nivel de estudios		
Básicos	460	21,9
Medios	687	32,8
Superiores	950	45,3
Situación laboral		
Ocupado	1285	61,2
Parado	147	7,0
Inactivo	574	27,3
Estudiante	93	4,4
País de nacimiento		
España	1836	87,7
Otro	257	12,3
Convivencia en pareja		
Sí	1306	62,7
No	777	37,3
Hábito tabáquico		
Fumador	391	18,6
Exfumador	839	39,9
Nunca fumador	873	41,5

las encuestas (1815) se realizaron a teléfonos móviles y el 13,7% restante (288) a teléfonos fijos.

El 49,0% de la muestra eran hombres, el 45,3% tenía estudios superiores y el 61,2% se encontraba laboralmente ocupadas en el momento de la encuesta. El 87,7% había nacido en España y el 62,7% convivía en pareja. La prevalencia de fumadores fue del 18,6% (tabla 1). El porcentaje de valores perdidos en las variables sociodemográficas y hábito tabáquico fue del 1,9%.

Ser exfumador o nunca fumador y convivir en pareja son las variables que más influyeron en la odds de aceptación de la aplicación de las medidas sanitarias de control del tabaquismo evaluadas. Se observó un menor acuerdo de los hombres para la implantación del empaquetado neutro (OR: 0,6; IC95%: 0,5-0,8), el aumento de la edad mínima legal de venta de tabaco a los 21 años (OR: 0,6; IC95%: 0,5-0,8) y la limitación de los puntos de venta (OR: 0,7; IC95%: 0,6-0,9), en comparación con las mujeres (véase Material Suplementario, Figs. S1 a S8).

Se observaron variaciones en los porcentajes de aceptación de las medidas de control evaluadas entre las comunidades autónomas. La aceptación fue superior al 50% en todas ellas para la prohibición de fumar en coches privados en los que viajan menores o embarazadas, para la prohibición de fumar en eventos al aire libre con gran afluencia de público y para la implantación del empaquetado neutro. Las mayores diferencias absolutas en los porcentajes de aceptación en las comunidades autónomas fueron de 34 y 27 puntos para la prohibición de fumar en espacios exteriores, como paradas de autobús y estaciones de tren, y para la prohibición de fumar en coches privados en presencia de menores o embarazadas, respectivamente. Las medidas legislativas con mayor dispersión en el rango de porcentajes de aceptación fueron la prohibición de fumar en coches privados (RIC: 12,1) y la limitación de los espacios de venta (RIC: 10,5). Extremadura fue la comunidad que mostró menor aceptación en cuatro de las ocho medidas legislativas evaluadas, mientras que Región de Murcia mostró la mayor aceptación en tres de las ocho medidas. En cualquiera de las comunidades autónomas, al menos el 6,5% de la población respondió «No sabe/no

contesta» en relación con la implantación del empaquetado neutro, observándose el mayor desconocimiento con respecto a esta medida en Canarias (16,2%) (tabla 2 y fig. 1).

Discusión

Las variables que más influyen en la aceptabilidad de las medidas sanitarias de control del tabaquismo evaluadas fueron ser no fumador y convivir en pareja. El porcentaje de aceptabilidad de todas las medidas en las comunidades autónomas fue superior al 40%. La medida que presentó mayor aceptación en todas ellas, excepto en Aragón y La Rioja, fue la prohibición de fumar en coches privados en los que viajan menores o embarazadas.

Determinar la aceptabilidad de las medidas sanitarias de control del tabaquismo entre la población es un aspecto importante previo a su implementación. Un estudio realizado por Lidón-Moyano et al.¹¹ sobre las actividades de control del tabaquismo en Europa apuntó que las intervenciones percibidas como más intrusivas por la población, como las limitaciones en la venta de tabaco o el incremento de los impuestos, recibían menor apoyo. Este hecho parece coincidir con los resultados obtenidos en este estudio, pues la prohibición general de fumar en coches y las medidas relacionadas con la accesibilidad al tabaco fueron las que contaron con menor apoyo en la mayoría de las comunidades autónomas. Sin embargo, pese a que el coche se considera un ámbito privado, en todas las comunidades, excepto Aragón, más del 70% de la población se mostró de acuerdo con la prohibición de fumar en su interior en presencia de menores o embarazadas. Un estudio en población de 24 y más años de edad en la ciudad de Barcelona encontró que 9 de cada 10 personas estaban de acuerdo con esta medida¹². Resultados similares se obtuvieron también en otros países europeos, como Italia, donde en un estudio realizado en 2011-2012 el 92,5% apoyaba la prohibición de fumar en coches en presencia de menores¹³. En los Estados Unidos de América (EE. UU.), esta medida, implantada de manera desigual en los diferentes Estados, muestra una aceptabilidad alta¹⁴. Por otro lado, los estudios realizados en Europa y en EE. UU. han puesto de manifiesto que la ampliación de los espacios libres de tabaco no solo protege a la población de la exposición a este carcinógeno, sino que desnormaliza el consumo¹⁴. En EE. UU., Canadá y Australia, las restricciones de consumo de tabaco en ámbitos privados están extendidas^{15,16}, y en Europa se reconoce cada vez más la importancia de las viviendas libres de humo para proteger la salud de la población¹⁷.

La prohibición de fumar en eventos al aire libre con gran afluencia de público o en espacios exteriores como paradas de autobús o estaciones de tren mostró una amplia aceptación, con un 60-70% de la población de acuerdo con estas medidas. Estos datos son similares a los que se obtuvieron en el Eurobarómetro de 2023 para la prohibición de fumar en espacios abiertos como parques, playas o entradas de edificios públicos, cuando la distancia social no puede ser garantizada¹⁸.

En consonancia con estudios previos^{19,20}, la aceptabilidad de medidas relacionadas con la accesibilidad al tabaco, como aumentar la edad mínima legal de venta a los 21 años o limitar los puntos de venta, fue baja en gran parte de las comunidades autónomas. En concreto, las limitaciones a la venta han sido identificadas previamente como una medida intrusiva con bajo apoyo poblacional¹¹. Algunas revisiones sistemáticas sugieren que limitar el número de minoristas de tabaco reduce la prevalencia de consumo y la iniciación de los jóvenes al consumo, y sirve de apoyo para dejar de fumar^{21,22}. Esta medida ha sido aplicada en diferentes países. Así, en 2011, Nueva Zelanda redujo el número de puntos de venta de tabaco al por menor y desde entonces la prevalencia de fumadores en población de 15 y más años se ha reducido un 10% y la prevalencia de exposición al humo ambiental de tabaco en los hogares un

Tabla 2

Prevalencia de aceptación de las medidas sanitarias de control del tabaquismo en las comunidades y ciudades autónomas de España

	Prohibir fumar en					Aumentar edad de venta a 21 años % (IC95%)	Limitar espacios de venta % (IC95%)	Implantar empaquetado neutro % (IC95%)
	Terrazas % (IC95%)	Otros espacios exteriores % (IC95%)	Eventos al aire libre % (IC95%)	Coches % (IC95%)	Coches con menores o embarazadas % (IC95%)			
Andalucía	66,1 (60,1-71,7)	70,3 (64,4-75,6)	62,3 (56,2-68,0)	54,7 (48,5-60,7)	87,8 (80,5-92,7)	58,2 (52,1-64,1)	61,4 (55,3-67,2)	74,3 (68,6-79,3)
Aragón	55,4 (44,5-65,9)	65,3 (54,3-74,8)	65,1 (54,2-74,6)	54,9 (44,0-65,4)	63,1 (46,8-76,9)	49,1 (38,4-59,9)	48,0 (37,4-58,9)	70,3 (59,4-79,2)
Principado de Asturias	60,4 (49,0-70,9)	62,6 (51,1-72,9)	56,6 (45,1-67,3)	49,6 (38,4-60,8)	71,5 (54,6-83,9)	41,8 (21,3-53,2)	43,7 (32,9-55,2)	79,2 (68,8-79,3)
Islas Baleares	73,0 (62,1-81,7)	75,4 (64,5-83,7)	70,9 (60,0-79,9)	52,1 (41,0-62,9)	88,7 (73,4-95,7)	59,4 (48,1-69,8)	62,5 (51,3-72,6)	71,4 (60,3-80,4)
Canarias	70,0 (60,5-78,1)	79,8 (70,9-86,5)	70,5 (60,9-78,5)	61,4 (51,7-70,3)	80,0 (64,7-89,8)	64,8 (55,1-73,5)	60,4 (50,6-69,4)	67,3 (57,8-75,6)
Cantabria	68,9 (56,5-79,0)	73,8 (61,8-83,1)	63,7 (51,3-74,6)	55,6 (43,3-67,3)	85,7 (67,4-94,5)	55,9 (43,5-67,5)	53,0 (40,8-64,9)	75,3 (63,3-84,3)
Castilla y León	64,1 (54,8-72,5)	65,8 (56,6-74,1)	64,1 (54,8-72,5)	51,2 (41,9-60,3)	70,0 (56,8-80,5)	50,9 (41,7-60,1)	46,0 (36,9-55,3)	65,6 (56,3-73,9)
Castilla-La Mancha	62,1 (52,2-71,1)	65,0 (55,2-73,8)	67,2 (57,4-75,7)	64,3 (54,5-73,1)	82,3 (65,7-91,8)	56,6 (46,7-66,0)	55,6 (45,7-65,0)	71,4 (61,6-79,5)
Cataluña	64,6 (58,3-70,4)	75,2 (69,3-80,3)	66,8 (60,5-72,5)	56,9 (50,5-63,1)	82,3 (73,6-88,5)	60,0 (53,6-66,0)	57,4 (51,0-63,6)	74,3 (68,4-79,5)
Comunidad Valenciana	66,0 (58,6-72,7)	75,8 (68,9-81,6)	65,6 (58,2-72,3)	65,3 (57,9-72,0)	90,4 (80,2-95,5)	59,6 (52,1-66,6)	56,6 (49,1-63,8)	74,4 (68,1-79,8)
Extremadura	46,4 (35,5-57,8)	48,2 (37,1-59,5)	53,2 (41,8-64,2)	65,4 (54,0-75,3)	76,5 (67,9-83,4)	55,1 (43,7-66,0)	42,5 (31,8-54,0)	68,0 (56,5-77,7)
Galicia	65,6 (56,6-73,6)	68,3 (59,3-76,1)	60,0 (50,9-68,4)	57,6 (48,6-66,2)	89,4 (77,0-95,5)	48,0 (39,1-56,9)	58,8 (49,7-67,4)	74,0 (65,4-81,1)
Comunidad de Madrid	55,8 (49,1-62,4)	68,9 (62,3-74,7)	61,6 (54,9-67,9)	46,9 (40,3-53,6)	76,5 (67,9-83,4)	49,7 (43,0-56,4)	51,8 (45,1-58,4)	74,4 (68,1-79,8)
Región de Murcia	56,1 (45,4-66,3)	67,0 (56,4-76,2)	64,6 (53,9-74,0)	56,7 (46,0-66,8)	78,4 (62,3-88,8)	67,1 (56,5-76,3)	65,2 (54,6-74,6)	77,5 (67,3-85,2)
Comunidad Foral de Navarra	68,1 (55,8-78,2)	68,7 (56,6-78,8)	73,2 (61,2-82,5)	59,6 (47,3-70,9)	81,9 (62,9-92,4)	52,7 (40,6-64,5)	61,9 (49,6-72,9)	66,4 (54,2-76,9)
País Vasco	61,7 (52,0-70,5)	58,1 (48,4-67,1)	63,4 (53,8-72,1)	50,6 (41,1-60,1)	76,9 (63,5-86,4)	54,0 (44,4-63,3)	56,6 (47,0-65,8)	67,5 (57,9-75,8)
La Rioja	58,8 (45,6-70,9)	60,7 (47,7-72,6)	64,8 (51,5-76,2)	62,4 (49,1-74,1)	60,7 (38,9-78,9)	52,2 (39,2-64,8)	59,5 (46,2-71,5)	71,9 (59,0-82,0)
Ceuta	57,1 (43,3-69,8)	51,7 (38,2-64,9)	53,5 (39,9-66,5)	55,6 (42,0-68,4)	83,4 (63,1-93,7)	59,6 (45,9-72,1)	58,9 (45,1-71,4)	74,2 (60,5-84,4)
Melilla	66,3 (52,3-78,0)	65,2 (51,2-76,9)	69,8 (55,8-80,9)	60,7 (46,9-73,0)	76,1 (53,7-89,7)	62,4 (48,5-74,5)	59,4 (45,5-71,9)	72,6 (59,1-82,9)

IC95%: intervalo de confianza del 95%.

3,2%²³. En Singapur está prohibida la venta de tabaco en máquinas expendedoras, y en EE. UU., desde 2019, la edad mínima legal para poder comprar tabaco es de 21 años^{14,24,25}.

Comparando la aceptación de las medidas planteadas entre las comunidades autónomas, las mayores discrepancias se observaron para la prohibición de fumar en espacios exteriores, como paradas de autobús o estaciones de tren, y para la prohibición de fumar en coches privados en presencia de menores o embarazadas. Extremadura fue la comunidad que mostró un menor apoyo a limitar el número de puntos de venta y a la prohibición de fumar en terrazas, en eventos al aire libre y en otros espacios exteriores. Estos resultados podrían guardar relación con las prevalencias de consumo de tabaco en las comunidades autónomas. Según la Encuesta de Salud de España²⁶, en el año 2023, Extremadura presentaba una de las prevalencias más altas de fumadores diarios y ocasionales (23,0%). Sin embargo, también podrían deberse a factores económicos, pues el cultivo de tabaco en España se concentra en Extremadura, de donde procede el 98% de la producción nacional²⁷.

Para algunas de las medidas analizadas se observa un menor apoyo por parte de los hombres. Esto puede explicarse por diferencias en la percepción del riesgo, en actitudes frente a regulaciones o

en las normas sociales asociadas al género. Estudios previos indican que los hombres tienden a percibir menor riesgo cuando se valora el impacto del consumo de tabaco y de la exposición al humo ambiental de tabaco²⁸. En el caso de las mujeres, Gustafson²⁹ relaciona el rol de cuidadora, tradicionalmente asumido por las mujeres, con una mayor preocupación por la salud y el bienestar general, lo que podría explicar la mayor percepción de riesgo²⁹. Por otro lado, las mujeres suelen mostrar más apoyo a regulaciones y programas gubernamentales, posiblemente debido a una mayor sensibilización frente a problemas sociales³⁰.

El consumo de tabaco es la variable que mejor explica las diferencias poblacionales en relación con la implantación de medidas sanitarias de control del tabaquismo, como también apuntan otros estudios^{31,32}. Los fumadores solo apoyan de manera clara la medida orientada a proteger a grupos vulnerables de la exposición al humo ambiental de tabaco.

La información aportada en este estudio permite conocer las percepciones y las actitudes de la población respecto a diferentes medidas de control del tabaquismo. Esto facilita la identificación de resistencias y posibilita la realización de campañas de información que mejoren la aceptación social, aumentando así la probabilidad

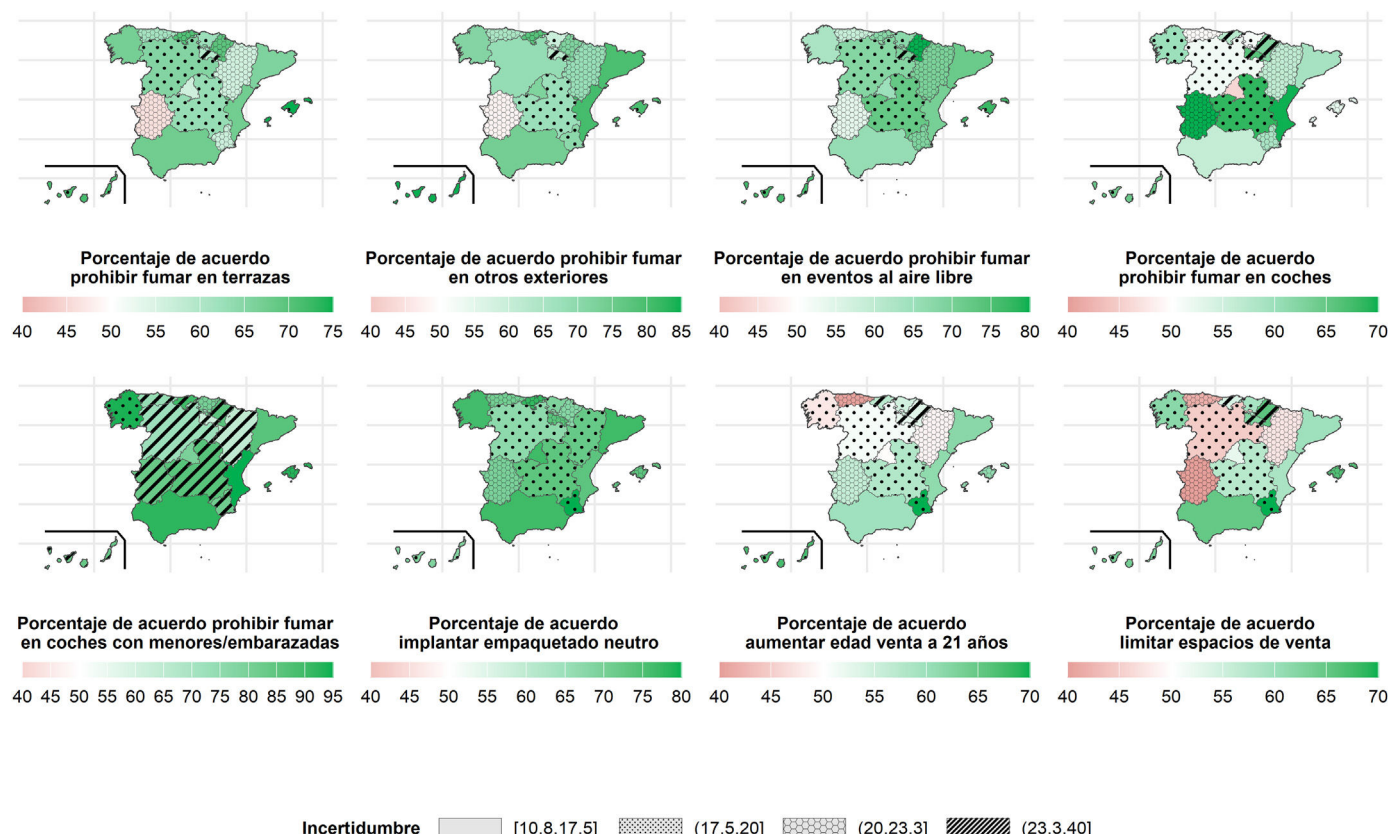


Figura 1. Mapas de las prevalencias de aceptación de las medidas sanitarias de control del tabaquismo en las comunidades y ciudades autónomas de España junto con su incertidumbre, definida como la amplitud de los intervalos de confianza del 95%.

de implantación y posterior cumplimiento de las normativas. Asimismo, este estudio pone de manifiesto el desconocimiento general sobre algunas medidas de control del tabaquismo, como el empaquetado neutro. De acuerdo con los resultados obtenidos, entre un 6,5% y un 16,2% de la población de 16 y más años de edad mostró desconocimiento con respecto a esta medida. En Europa, en general, y en España, en particular, de acuerdo con el Eurobarómetro, el porcentaje de desconocimiento sobre esta medida alcanzó en 2023 el 18,0% y el 27,0%, respectivamente¹⁸. El análisis detallado de la respuesta «No sabe/no contesta» a las ocho medidas sanitarias de control del tabaquismo ($n=406$, 19,3% de la muestra) no mostró un patrón sociodemográfico concreto, si bien esta respuesta fue dada principalmente por personas exfumadoras o nunca fumadoras. Este aspecto fue especialmente relevante en relación con el empaquetado neutro, para el cual el porcentaje de desconocimiento fue máximo en nunca fumadores (fumadores 19,8%, exfumadores 37,9% y nunca fumadores 42,3%), orientando la necesidad de mejorar la comunicación acerca del impacto en salud de diferentes medidas sanitarias de control del tabaquismo. Así, el desconocimiento de las medidas o de su impacto podría explicar una menor aceptación de algunas de ellas. Es el caso, por ejemplo, de la prohibición de fumar en ciertos espacios exteriores, medida con la que la población se puede mostrar en desacuerdo por considerarla altamente restrictiva o por desconocer los efectos de la exposición al humo ambiental de tabaco sobre la salud.

En la valoración de los resultados de este estudio debe tenerse en cuenta su principal limitación, que es el tamaño de la muestra, pues no permitió realizar un análisis estratificado por sexo, grupo de edad ni hábito tabáquico en las comunidades autónomas. Esto habría proporcionado un conocimiento más amplio de la percepción de la población en relación con las medidas sanitarias de control del tabaquismo. Por otro lado, la organización del

trabajo de campo impidió calcular una tasa de respuesta asociada exclusivamente a la disposición de las personas seleccionadas a participar. Esto se debe a la existencia de una selección previa de las personas entrevistadas por parte de la persona entrevistadora. Así, si la persona contactada no se encontraba dentro de las cuotas de comunidad autónoma, sexo y grupo de edad aún pendientes de completar, la persona entrevistadora debía descartar su participación. Además, la participación de individuos con mayor nivel educativo, algo habitual en los estudios epidemiológicos³³, podría haber generado una sobrerrepresentación de personas con estudios universitarios en la muestra y, en consecuencia, una sobrestimación de la aceptabilidad de las medidas³⁴. Asimismo, el sesgo de deseabilidad social podría haber influido en los resultados, en cuanto que la aceptación de medidas dirigidas a proteger a menores y embarazadas podría reflejar normas sociales más que opiniones reales susceptibles de ser percibidas como socialmente inadecuadas. Por último, no se incluyeron todas las medidas disponibles para el control del tabaquismo, como el aumento de los impuestos sobre el tabaco. Esta medida, clave en las políticas de control del tabaquismo, no se incorporó al estudio por dos motivos: en España su regulación no depende del Ministerio de Sanidad y su evaluación exige un enfoque específico y detallado.

Este estudio también presenta fortalezas. Se diseñó un cuestionario *ad hoc* teniendo en cuenta diferentes medidas de control del tabaquismo implantadas en otros países para conocer el acuerdo de la población con ellas y, con esto, su aceptación. El cuestionario diseñado fue breve, lo que facilitó la respuesta a las preguntas. La muestra obtenida y los resultados derivados son representativos de la población española de 16 y más años de edad.

Consideradas en su conjunto, las medidas evaluadas presentan niveles de aceptación superiores al 40% en todas las comunidades autónomas, reflejando un consenso social moderado en torno a las

políticas orientadas al control del tabaquismo. Este estudio proporciona información útil a las autoridades sanitarias para establecer prioridades en legislación, así como para promover el conocimiento en salud y la importancia de la legislación para proteger de manera integral la salud de la población. En España parece necesario desarrollar actividades de sensibilización y educación para la salud previas a la implantación de medidas de control del tabaquismo. Estas actividades deben orientarse a favorecer la aceptación de las medidas de control, contribuyendo así a su cumplimiento y, con ello, a su efectividad.

Además, para continuar avanzando en el conocimiento sobre la aceptación de las medidas de control del tabaquismo es importante realizar estudios cualitativos que ayuden a comprender las razones de la baja aceptación en global y en las comunidades autónomas. Asimismo, sería importante realizar estudios longitudinales, o en su defecto transversales seriados, que analicen cambios en la aceptabilidad de las medidas de control del tabaquismo antes y después de su implementación, o tras la realización de campañas de sensibilización.

Disponibilidad de bases de datos y material para réplica

Los datos analizados en este estudio se encuentran disponibles bajo solicitud a las autoras.

¿Qué se sabe sobre el tema?

En España, la información disponible sobre la aceptabilidad de medidas legislativas destinadas al control del tabaquismo por parte de la población es limitada y está desactualizada. El análisis de esta información resulta fundamental para conocer qué medidas se podrían implantar con éxito.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

La medida con mayor aceptación fue la prohibición de fumar en coches privados en presencia de menores o de embarazadas. Las variables más influyentes en la aceptabilidad de las medidas fueron ser no fumador y convivir en pareja. La aceptabilidad varía entre comunidades autónomas.

¿Cuáles son las implicaciones de los resultados obtenidos?

Este estudio proporciona información útil a las autoridades sanitarias para orientar las políticas de reducción del tabaquismo y pone de manifiesto la necesidad de desarrollar programas de sensibilización y educación que favorezcan la aceptación de las medidas.

Editor responsable del artículo

Salvador Peiró.

Declaración de transparencia

La autora principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

Contribuciones de autoría

J. Rey-Brandariz: adquisición de datos, análisis e interpretación de resultados, redacción, edición y revisión crítica del texto. C. Guerra-Tort: análisis e interpretación de resultados, redacción, edición y revisión crítica del texto. A. Teijeiro y L. Rodríguez-Loureiro: interpretación de resultados y revisión crítica del texto. M. Pérez-Ríos: conceptualización, obtención de financiación, adquisición de datos, interpretación de resultados, redacción, edición y revisión crítica del texto. Todas las personas firmantes han aprobado la versión final del artículo.

Financiación

El presente trabajo ha sido financiado por el Instituto de Salud Carlos III (Referencia: PI22/00727) y cofinanciado por la Unión Europea.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.gaceta.2025.102546](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2025.102546).

Bibliografía

1. World Health Organization. Lung cancer. Geneva: WHO; 2023. (Consultado el 1/5/2025.) Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/lung-cancer#:~:text=Smoking%20is%20the%20leading%20cause,when%20treatment%20options%20are%20limited>.
2. World Health Organization. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Geneva: WHO; 2024. (Consultado el 27/3/2025.) Disponible en: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd)).
3. World Health Organization. Tobacco responsible for 20% of deaths from coronary heart disease. Geneva: WHO; 2020. (Consultado el 27/3/2025.) Disponible en: <https://www.who.int/news/item/22-09-2020-tobacco-responsible-for-20-of-deaths-from-coronary-heart-disease>.
4. World Health Organization. World Cancer Day: know the facts – tobacco and alcohol both cause cancer. Geneva: WHO; 2021. (Consultado el 4/4/2025.) Disponible en: <https://www.who.int/news/item/03-02-2021-world-cancer-day-know-the-facts-tobacco-and-alcohol-both-cause-cancer>.
5. Organización Mundial de la Salud. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Ginebra: OMS; 2023. Disponible en: <https://fctc.who.int/es/resources/publications/9241591013>.
6. 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. BOE núm. 309, de 27 de diciembre de 2005. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2005-21261>.
7. 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. BOE núm. 318, de 31 de diciembre de 2010. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2010-20138>.
8. Real Decreto 579/2017, de 9 de junio, por el que se regulan determinados aspectos relativos a la fabricación, presentación y comercialización de los productos del tabaco y los productos relacionados. BOE núm. 138, de 10 de junio de 2017. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2017-6585>.
9. Real Decreto 47/2024, de 16 de enero, por el que se modifica el Real Decreto 579/2017, de 9 de junio, por el que se regulan determinados aspectos relativos a la fabricación, presentación y comercialización de los productos del tabaco y los productos relacionados. BOE núm. 15, de 17 de enero de 2024. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2024-812>.
10. Ministerio de Sanidad. Plan Integral de Prevención y Control del Tabaquismo (PIT) 2024-2027. (Consultado el 2/5/2025.) Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/tabaco/legislacionAcuerdosDenuncia/planIntegralPrevencionControlTabaquismo\(PIT\)2024_2027.htm](https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/tabaco/legislacionAcuerdosDenuncia/planIntegralPrevencionControlTabaquismo(PIT)2024_2027.htm).
11. Lidón-Moyano C, Sampedro-Vida M, Matilla-Santander N, et al. Attitudes towards tobacco product regulations and their relationship with the tobacco control policies. Prev Med. 2018;111:67–72.

12. Cartanyà-Hueso A, Lidón Moyano C, Fu M, et al. Apoyo a la regulación de fumar en el interior de vehículos privados y espacios públicos al aire libre. *Rev Esp Salud Publica*. 2019;93:e201907056.
13. Martínez-Sánchez JM, Gallus S, Lugo A, et al. Smoking while driving and public support for car smoking bans in Italy. *Tob Control*. 2014;23:238–43.
14. Pérez-Ríos M, Ahluwalia J, Guerra-Tort C, et al. Towards stronger tobacco control policies to curb the smoking epidemic in Spain. *Clin Transl Oncol*. 2024;26:1561–9.
15. Kennedy RD, Ellens-Clark S, Nagge L, et al. A smoke-free community housing policy: changes in reported smoking behaviour-findings from Waterloo Region. Canada. *J Community Health*. 2015;40:1207–15.
16. Brooks A, Buchanan T, Oakes W. Smoke-free environments: current status and remaining challenges in Australia. *Public Health Res Pract*. 2020;30:3032022.
17. Turner S, Mackay D, Dick S, et al. Associations between a smoke-free homes intervention and childhood admissions to hospital in Scotland: an interrupted time-series analysis of whole-population data. *Lancet Public Health*. 2020;5:e493–500.
18. European Commission. Special Eurobarometer 539. Attitudes of Europeans towards tobacco and related products. European Union: European Commission; 2023.
19. Bartington SE, Wootton R, Hawkins P, et al. Smoking behaviours and attitudes towards campus-wide tobacco control policies among staff and students: a cross-sectional survey at the University of Birmingham. *BMC Public Health*. 2020;20:252.
20. Lund IO, Halkjelsvik T, Storvoll EE. Overlap in attitudes to policy measures on alcohol, tobacco and illegal drugs. *Int J Drug Policy*. 2016;28:60–6.
21. Marsh L, Vaneckova P, Robertson L, et al. Association between density and proximity of tobacco retail outlets with smoking: a systematic review of youth studies. *Health Place*. 2021;67:102275.
22. Valiente R, Escobar F, Urtasun M, et al. Tobacco retail environment and smoking: a systematic review of geographic exposure measures and implications for future studies. *Nicotine Tob Res*. 2021;23:1263–73.
23. Ministry of Health. Annual Data Explorer 2023/2024: New Zealand Health Survey. 2024. (Consultado el 10/6/2025.) Disponible en: https://minhealthnz.shinyapps.io/nz-health-survey-2023-24-annual-data-explorer/.w_cc7e78a8e2484db0ad8891510acff4db/#1/home.
24. Tobacco Control, Laws. Legislation. 2023. (Consultado el 10/6/2025.) Disponible en: <https://www.tobaccocontrolaws.org/legislation>.
25. U.S. Food & Drug Administration. Family Smoking Prevention and Tobacco Control Act – an overview. (Consultado el 8/4/2025.) Disponible en: <https://www.fda.gov/tobacco-products/rules-regulations-and-guidance-related-tobacco-products/family-smoking-prevention-and-tobacco-control-act-overview>.
26. Ministerio de Sanidad. Encuesta de Salud de España - ESdE. 2023. (Consultado el 26/3/2025.) Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc_Eur_Salud_en_Esp_2020_datos.htm.
27. Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, Tabaco. Información general del sector. 2024. (Consultado el 9/6/2025.) Disponible en: <https://www.mapa.gob.es/en/agricultura/temas/producciones-agricolas/cultivos-herbaceos/tabaco/informacion-general-tabaco>.
28. Lundborg P, Andersson H. Gender, risk perceptions, and smoking behavior. *J Health Econ*. 2008;27:1299–311.
29. Gustafson PE. Gender differences in risk perception: theoretical and methodological perspectives. *Risk Anal*. 1998;18:805–11.
30. Schlesinger M, Heldman C. Gender gap or gender gaps? New perspectives on support for government action and policies. *J Polit*. 2001;63:59–92.
31. Lam T, Janghorbani M, Hedley A, et al. Public opinion on smoke-free policies in restaurants and predicted effect on patronage in Hong Kong. *Tob Control*. 2002;11:195–200.
32. Boderie NW, Sheikh A, Lo E, et al. Public support for smoke-free policies in outdoor areas and (semi-)private places: a systematic review and meta-analysis. *eClinicalMed*. 2023;59:101982.
33. Galea S, Tracy M. Participation rates in epidemiology studies. *Ann Epidemiol*. 2007;17:645–53.
34. Diepeveen S, Ling T, Suhrcke M, et al. Public acceptability of government intervention to change health-related behaviours: a systematic review and narrative synthesis. *BMC Public Health*. 2013;13:756.