

Autoría

Amaia Bacigalupe de la Hera^{1,2}
Santiago Esnaola Sukia¹
Unai Martín Roncero²

¹Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria.
Dirección de Gestión del Conocimiento y Evaluación.
Departamento de Sanidad y Consumo.

²Departamento de Sociología 2.
Universidad del País Vasco-Euskal Herriko Unibertsitatea

Cita sugerida

Bacigalupe A, Esnaola S, Martín U. Evolución de la prevalencia y las desigualdades sociales del consumo de tabaco en la C.A. de euskadi: 1986-2007. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad y Consumo, 2011

ÍNDICE

RESUMEN BREVE	4
LABURPENNA	5
RESUMEN	6
LA MAGNITUD DEL PROBLEMA DEL TABAQUISMO	9
LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN EL CONSUMO DE TABACO	10
JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS	13
LA EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE TABACO EN LA CAE.....	14
LA EVOLUCIÓN DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN EL CONSUMO DE TABACO EN LA POBLACIÓN GENERAL DE LA CAE.....	17
LA EVOLUCIÓN DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN EL CONSUMO DE TABACO EN LA POBLACIÓN MENOR DE 45 AÑOS	24
LA EVOLUCIÓN DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN EL CONSUMO DE TABACO EN LA POBLACIÓN DE 45 Y MÁS AÑOS	29
CONCLUSIONES E IMPLICACIONES PARA LA ACCIÓN POLÍTICA.....	34
ANEXO	39
BIBLIOGRAFÍA.....	44

RESUMEN BREVE

Introducción: El consumo de tabaco es la principal causa de muerte evitable en el mundo y es origen de multitud de problemas de salud. La difusión de la epidemia del tabaquismo en los países desarrollados ha mostrado que las características socioeconómicas de las personas influyen en su probabilidad de ser fumadoras. En la última etapa, el tabaquismo se concentra entre los grupos socioeconómicos más desfavorecidos.

Objetivos: Analizar la evolución de la prevalencia y las desigualdades sociales en el consumo de tabaco según la clase social y el nivel de estudios entre 1986 y 2007 en los hombres y mujeres de la CAE de 16 a 44 años y mayores de 45 años.

Métodos: *Diseño:* Estudio transversal de tendencia temporal a partir de las Encuestas de Salud de Euskadi (1986, 1992, 1997, 2002 y 2007) (n=24.726). *Variables:* Consumo habitual de tabaco (≥ 1 cigarrillo/día); Clase social ocupacional (grupos I-V); Nivel de estudios (hasta primarios, secundarios básicos; secundarios superiores y universitarios). *Análisis:* Se calcularon prevalencias estandarizadas por edad del consumo de tabaco por clase social y nivel de estudios para cada año y sexo (en población >24 años para el nivel de estudios). Se estimaron razones de prevalencia mediante modelos de regresión log-binomiales, ajustadas por edad, del consumo de tabaco según la clase social y el nivel de estudios. El resumen de las desigualdades se realizó a partir del índice relativo de desigualdad (IRD) y de la prevalencia en exceso atribuible a las desigualdades. El análisis por grupos de edad se realizó desde 1992.

Resultados: La prevalencia de tabaquismo ha descendido en los hombres y se ha incrementado levemente en las mujeres. Se ha reducido en todos los grupos de edad a excepción de las mujeres mayores. En 2007, las mujeres más jóvenes fumaron más que los hombres. En 1986 no existían desigualdades en el consumo de tabaco pero en 2007 existe ya un gradiente claro en los hombres que también comienza a perfilarse en las mujeres. En la población joven, el consumo se ha reducido en todas las clases sociales aunque especialmente en las más favorecidas. Por nivel de estudios, el tabaquismo ha descendido únicamente en las mujeres de niveles superiores. En los hombres mayores de 45, el tabaquismo se ha reducido especialmente en los grupos más favorecidos. En las mujeres mayores, el consumo de tabaco ha aumentado en todos los grupos, aunque especialmente entre las más desfavorecidas. El tabaquismo ha sido siempre más frecuente entre los grupos superiores.

Conclusiones: Las desigualdades en el consumo de tabaco en 1986 eran inexistentes. Éstas han ido creándose, hasta dibujar un gradiente que ya es claro en 2007 en hombres y comienza a serlo en mujeres. Las desigualdades han evolucionado de forma diferente por grupos de edad y sexos. La CAE muestra un gradiente similar a otras poblaciones del Estado y ya comienza a asemejarse a otras de países europeos. Es imprescindible que las políticas dirigidas a reducir el consumo de tabaco consideren la influencia de estas variables socioeconómicas.

Con formato: Numeración y viñetas

LABURPENA

RESUMEN

Introducción

El consumo de tabaco es la principal causa de muerte evitable en el mundo y es origen de un gran abanico de problemas de salud. En España se calculó que en 2001, 54.233 muertes fueron directamente atribuibles al tabaco, y en Euskadi en 2008, 2.582 (22,6% de las muertes de hombres y el 3,1% de las mujeres).

El estado de salud de las personas depende de factores biológicos, de los estilos de vida, pero también del medio ambiente físico, económico y social, la posición socioeconómica y el acceso a los recursos como el sistema sanitario. El hábito tabáquico, a pesar de estar presente en todos los grupos sociales, también está relacionado con las características socioeconómicas de las personas, ya que algunos grupos sociales están más expuestos que otros. Numerosos estudios han mostrado que la difusión de la epidemia del tabaquismo en los países desarrollados ha seguido, cuatro etapas. En la última de ellas, el tabaquismo se concentra mayoritariamente entre los grupos socioeconómicos más desfavorecidos. Esta es la etapa en la que se encuentran mayoritariamente los países del norte de Europa. Por el contrario, los países del sur de Europa han recorrido las etapas más tardíamente.

Objetivos

Este informe resume la evolución de la prevalencia y las desigualdades sociales en el consumo de tabaco según la clase social y el nivel de estudios entre 1986 y 2007 en los hombres y mujeres residentes de la Comunidad Autónoma de Euskadi. Los análisis se han realizado para la población general, y para los grupos de edad de 16 a 44 años y mayores de 45 años.

Métodos

Diseño y fuente de datos: estudio transversal de tendencia temporal a partir de los datos de las Encuestas de Salud de la Comunidad Autónoma de Euskadi (ESCAV) de 1986, 1992, 1997, 2002 y 2007 (n=24.726). *Variables:* (a) Consumo habitual de tabaco: al menos un cigarrillo al día; (b) Clase social ocupacional a partir de la ocupación presente/pasada de la cabeza de familia, basada en la relación laboral, el cargo o la categoría y el sector de actividad. Se diferenciaron cinco clases sociales; (c) Nivel de estudios a partir del nivel máximo alcanzado diferenciando hasta estudios primarios; estudios secundarios básicos; estudios secundarios superiores y estudios universitarios. Las categorías de las dos variables de posición socioeconómica se agruparon para el análisis por grupos de edad: hasta secundarios básicos y secundarios superiores y más, y clase manual/no manual. *Análisis:* Se calcularon las prevalencias estandarizadas por edad del consumo de tabaco por clase social ocupacional y nivel de estudios para cada año y sexo en la población mayor de 16 años en la CAE. En el caso del nivel de estudios, se limitó a la población mayor de 24 años. La relación entre el consumo de tabaco y las variables socioeconómicas se estimó mediante razones de prevalencia a partir de modelos de regresión log-binomial. El resumen y la comparación del

impacto total de las desigualdades se realizaron a partir del índice relativo de desigualdad (IRD) y de la prevalencia en exceso atribuible a las desigualdades. El análisis por grupos de edad se realizó a partir del año 1992. Todos los análisis se realizaron de forma separada para hombres y mujeres.

Resultados

Evolución del consumo de tabaco en la CAE

- En los hombres la prevalencia estandarizada de personas fumadoras habituales ha descendido, desde un 50,9% en 1986 a un 28,7% en 2007. En las mujeres, la prevalencia se ha incrementado levemente, pasando de un 20,7% a un 22,5%.
- El tabaquismo se ha reducido en todos los grupos de edad a excepción de las mujeres de 45 a 64 años, que han aumentando su consumo ininterrumpidamente desde 1986. Por primera vez en 2007, las mujeres más jóvenes muestran prevalencias mayores de tabaquismo que los hombres jóvenes (22,4% y 25,5% respectivamente).

Evolución de las desigualdades en el consumo de tabaco en la CAE

- En términos generales, en la CAE en 1986 no existían desigualdades en el consumo de tabaco. Sin embargo, éstas han ido apareciendo, hasta dibujar un gradiente que ya es claro en 2007 en el caso de los hombres y que comienza a perfilarse entre las mujeres. Es importante subrayar que las desigualdades en el consumo de tabaco han evolucionado de forma diferente por grupos de edad y por sexos.
- De forma general, se observaron mayores desigualdades sociales en el consumo de tabaco en la población joven en comparación con la población general.
- En los hombres jóvenes el consumo de tabaco se ha reducido en todas las clases sociales y niveles de estudios aunque de forma más intensa entre los más favorecidos, con lo que las desigualdades han aumentado, especialmente desde 2002.
- En las mujeres jóvenes, durante estos últimos diez años ha descendido el tabaquismo en todas las clases sociales, aunque ha sido más acusado entre las más ricas. Ello ha creado un patrón de desigualdad social semejante al masculino. Según el nivel de estudios, el consumo de tabaco ha descendido únicamente en las de niveles de estudios superiores, que han fumado menos en todo el periodo.
- En los hombres mayores de 45 años, el tabaquismo se ha reducido especialmente en los grupos socioeconómicos más favorecidos, y desde 2002 se observa una estabilización del consumo en todos ellos. Además, se ha producido un cambio de patrón durante el periodo: entre 1992 y 2007 fumaron más los de mayor clase social, y a partir de 2002 los de clase social más desfavorecida. Por nivel de estudios, en cambio, en todo el periodo los hombres de nivel de estudios inferiores han fumado en mayor medida.

- En las mujeres mayores, el consumo de tabaco ha aumentado a lo largo del periodo en ambas clases sociales y niveles de estudios, aunque especialmente entre las más desfavorecidas. Sin embargo, el tabaquismo ha sido más frecuente en todos los años entre aquéllas de clase social y nivel de estudios superiores.

Conclusiones

- En términos generales, las desigualdades en el consumo de tabaco en la CAE en 1986 eran inexistentes y éstas han ido creándose, hasta dibujar un gradiente que ya es claro en 2007 en el caso de los hombres y que comienza a perfilarse también entre las mujeres.
- Se observaron mayores desigualdades en la población joven. En la población mayor de 44 años, las mujeres de grupos sociales más favorecidos fumaron más, aunque las diferencias con las más desfavorecidas se han reducido ligeramente durante el periodo.
- Datos recientes indican que el gradiente socioeconómico actual del tabaquismo es más claro en la CAE respecto al descrito para otras poblaciones del Estado tanto en hombres como en mujeres. A nivel internacional, también se observa un patrón de mayor consumo entre los grupos sociales más desfavorecidos, que sin embargo, es más claro también entre las mujeres de lo observado en la CAE.
- Las políticas dirigidas a reducir el consumo de tabaco deben considerar la influencia que variables como la clase social, el nivel de estudios, el sexo y la edad tiene en su distribución. En este sentido, hay que destacar el esfuerzo que ya se ha comenzado a realizar para intensificar los programas de disminución del tabaquismo a través del consejo antitabáquico en la consulta de atención primaria de las zonas geográficas más desfavorecidas de la CAE. Otra intervención que ha mostrado ser efectiva para la reducción de las desigualdades sociales en el tabaquismo es el aumento del precio del tabaco. Esta medida ha mostrado ser más efectiva que las advertencias sanitarias o la restricción publicitaria sobre tabaco.

LA MAGNITUD DEL PROBLEMA DEL TABAQUISMO

- **En 2001, más de 54.000 muertes fueron atribuibles al tabaco en España**
- **En la CAE, en 2008 el consumo de tabaco fue responsable de 2.582 muertes (el 22,6% y 3,1% de las muertes de hombres y mujeres).**

El consumo de tabaco es la principal causa de muerte evitable en el mundo y es origen de un gran abanico de problemas de salud ampliamente estudiados, entre los que destacan el cáncer de distintas localizaciones (pulmón, vesícula, esófago, laringe, boca y garganta) y las enfermedades cardiovasculares.¹ Actualmente, también se sabe que el tabaco contribuye al desarrollo de enfermedades como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cataratas, neumonía, leucemia, cáncer de estómago, cáncer de páncreas, cáncer de útero, cáncer de riñón, periodontitis y otras patologías.²

En Europa, se estima que una de cada diez personas morirá por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco, y en España se calculó que en 2001, 54.233 muertes fueron directamente atribuibles al tabaco.³ En la CAE, el consumo de tabaco fue responsable de 2.582 muertes en 2008, que supusieron el 22,6% del total de muertes de los hombres y el 3,1% de las muertes de las mujeres. La mortalidad atribuible al tabaco en 2008 por tumores malignos en los hombres fue del 33,7% y en las mujeres del 7,3%, por enfermedades cardiovasculares en los hombres del 23,4% y en las mujeres del 2,8%, y por enfermedades respiratorias en los hombres del 42,1% y en las mujeres el 6,9%. Se estimó que la mitad de las personas que fumaron habitualmente murieron a causa del tabaco, el 75% de ellas entre los 35 y 64 años de edad, y las restantes a edades más avanzadas. Las personas que dejaron de fumar antes de caer enfermas consiguieron evitar la mayoría de los riesgos de muerte.⁴

LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN EL CONSUMO DE TABACO

- **El hábito tabáquico, a pesar de estar presente en todos los grupos sociales, no afecta por igual a toda la población**
- **En el sur de Europa, en los hombres la frecuencia del tabaquismo ha disminuido y muestra un claro gradiente social: el consumo aumenta cuando desciende el nivel socioeconómico. En las mujeres, el consumo no ha disminuido y el patrón social es menos claro, aunque se espera que en un futuro se asemeje al de los hombres**

El estado de salud de las personas y de las poblaciones depende de diversos factores, entre los que destacan los factores biológicos, los estilos de vida, el medio ambiente físico, económico y social, la posición en la escala social, y el acceso a los recursos como el sistema sanitario. Estos factores generan desigualdades sistemáticas y potencialmente evitables entre grupos sociales en su capacidad de desarrollar con plenitud su potencial de salud. La existencia de desigualdades sociales en salud se ha puesto de evidencia allí donde ha sido estudiado y que no sólo afecta a los grupos sociales más extremos (personas más ricas y pobres) sino al conjunto de la población en forma de gradiente social, de manera que a medida que empeora la posición socioeconómica, aumenta el riesgo de tener mala salud, enfermarse más y vivir menos.

El hábito tabáquico, a pesar de estar presente en todos los grupos sociales, no afecta por igual a toda la población. Numerosos estudios han mostrado que la difusión de la epidemia del tabaquismo en los países desarrollados ha seguido, de forma general, cuatro etapas, basadas en el modelo de difusión de las innovaciones de Rogers.⁵ Tal y como explicó este autor en la década de los 60, el proceso por el cual las nuevas ideas y prácticas, como el consumo de tabaco, se incorporan y difunden en las sociedades está social y culturalmente determinado. En una primera fase, tales innovaciones son aprendidas e incorporadas por aquellos grupos sociales de mayor nivel educativo y estatus socioeconómico, que se encuentran en las posiciones sociales más privilegiadas. Posteriormente, se extienden a los demás grupos para, finalmente, acabar restringidos a los grupos que más tardíamente las han adoptado, los de menor nivel socioeconómico. Los hombres tienden a adoptar las innovaciones antes que las mujeres, debido a su posición privilegiada relacionada con el poder que históricamente han ostentado y que se traduce en un mayor acceso a las fuentes de información y mayores rentas.⁶

En relación a la difusión de la epidemia del tabaquismo en los países ricos,⁷ en la primera etapa la prevalencia del consumo de tabaco es baja y afecta, principalmente, a los hombres de grupos socioeconómicos elevados. Durante la segunda etapa, el tabaquismo aumenta

rápidamente entre los hombres y alcanza las prevalencias más altas (entre el 50% y el 80%) siendo similar la distribución por grupos socioeconómicos. Entre las mujeres, la prevalencia continua siendo baja aunque aumenta levemente entre las de grupos más aventajados. En una tercera etapa, el consumo desciende de forma relevante en los hombres, especialmente entre los de mejor posición socioeconómica, con lo que las desigualdades sociales crecen. Entre las mujeres, el consumo sigue aumentando y alcanza en este periodo sus mayores prevalencias (entre 35% y 45%) si bien al final de la etapa ya se observa un descenso leve en su consumo. Por último, en la cuarta etapa, el tabaquismo desciende lentamente, tanto en hombres como en mujeres, concentrándose mayoritariamente entre los grupos socioeconómicos más desfavorecidos.

No todos los países han seguido el proceso descrito en el mismo periodo histórico. Actualmente, muchos países del norte de Europa han alcanzado la cuarta etapa en la que las desigualdades sociales en el consumo de tabaco se mantienen o aumentan, a la vez que el consumo general disminuye. Por el contrario, los países del sur de Europa han recorrido las etapas descritas más tardíamente, lo que conlleva que se encuentren, mayoritariamente, en la tercera etapa. Concretamente, España se sitúa al final de la tercera fase en la que el gradiente social del consumo depende del sexo. En los hombres, el patrón social en el consumo de tabaco es claro, con prevalencias que aumentan a medida que desciende el nivel socioeconómico. En el caso de las mujeres, en cambio, el consumo no desciende y el patrón social es menos claro aunque, en un futuro cercano, cabe esperar que éste se vaya asemejando al de los hombres. De hecho, en las mujeres, el consumo de tabaco sigue creciendo en las clases sociales más desfavorecidas, y entre las más jóvenes, aquéllas de grupos sociales menos favorecidos fuman más que las de más favorecidos.⁸

Se ha descrito la relación existente entre la emancipación de las mujeres, principalmente relacionada con su participación en el mercado laboral, y su incorporación al hábito tabáquico, como atributo, tradicionalmente masculino, asociado a la independencia y la modernidad. El retraso de las mujeres del sur de Europa en la incorporación al trabajo remunerado podría explicar, en parte, su adopción más tardía del hábito tabáquico en comparación con las mujeres del norte y centro de Europa.⁹

Una revisión recientemente publicada¹⁰ de artículos sobre cambios de las desigualdades socioeconómicas en el consumo de tabaco en Europa, EEUU, Australia y Nueva Zelanda, puso en evidencia que, de forma general, la prevalencia de tabaquismo era superior entre los grupos socioeconómicos más bajos, definidos por su nivel de estudios, clase social ocupacional

o renta. Si bien no se han establecido de forma clara las razones por las que el consumo de tabaco se concentra principalmente en los grupos socioeconómicos más desaventajados, existen varias hipótesis al respecto¹¹:

(a) Aquéllas personas de menor nivel educativo cuentan con menor conocimiento acerca de los riesgos de fumar y, por tanto, tienen mayor probabilidad de adoptar el hábito tabáquico y menor probabilidad de abandonarlo. Las desigualdades en el consumo de tabaco se deberían, bajo esta hipótesis, a las desigualdades en el grado de conocimiento más que a otros factores relacionados con las condiciones de vida.

(b) Los grupos socioeconómicos más desaventajados muestran niveles inferiores de control y autoeficacia sobre su propio entorno, y perciben una menor capacidad de superación de barreras. Ello repercutiría en su confianza sobre la posibilidad de abandonar el consumo de tabaco.

(c) El consumo de tabaco tendría la función de regular el humor, manejar el estrés y la presión que supone vivir en condiciones socioeconómicas desaventajadas, por lo que su consumo es mayor en estos grupos.

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

El objetivo del informe es analizar la evolución del tabaquismo y sus desigualdades según la clase social ocupacional y el nivel de estudios entre 1986 y 2007 en los hombres y mujeres residentes en Euskadi

La generación de conocimiento sobre la influencia de los determinantes sociales en la salud es primordial para orientar las políticas dirigidas a la mejora de la salud y la reducción de las desigualdades sociales en salud. Sin embargo, hasta muy recientemente, el enfoque excesivamente biomédico de la investigación ha dirigido sus esfuerzos principalmente hacia la actuación de los servicios sanitarios y, de forma secundaria, hacia el ambiente físico y ciertas conductas, como el consumo de tabaco y alcohol o la realización de ejercicio físico. La influencia de los factores sociales que determinan la diferente exposición de las personas a conductas más o menos saludables, no ha sido suficientemente explorado, y son, en el caso del tabaco, de gran relevancia, tal y como ha mostrado la evolución de la epidemia del tabaquismo. En este sentido, conocer en qué momento de la epidemia se encuentra la población es imprescindible para poder diseñar intervenciones que se dirijan a los grupos en los que la prevalencia sea más elevada.

Este informe resume la evolución de la prevalencia y las desigualdades sociales en el consumo de tabaco según la clase social ocupacional y el nivel de estudios en el periodo 1986-2007 en los hombres y mujeres residentes de la Comunidad Autónoma de Euskadi. Los análisis se han realizado para la población general y para dos grupos de edad: población de 16 a 44 años y mayores de 45 años.

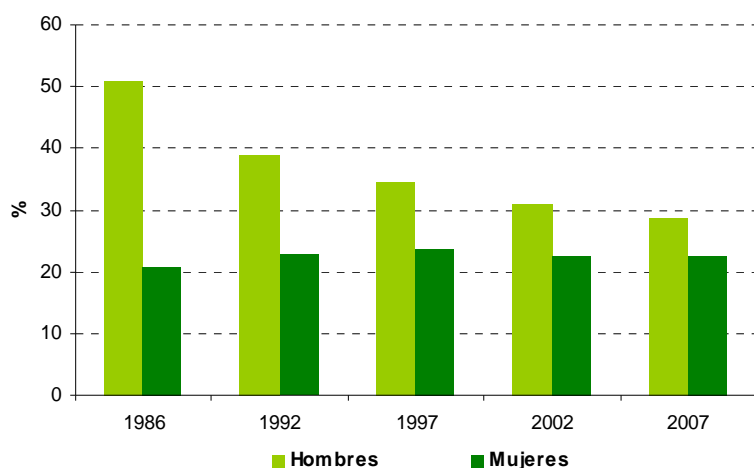
El Anexo recoge una descripción detallada de la metodología utilizada .

LA EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE TABACO EN LA CAE

- El tabaquismo ha descendido de forma sostenida en los hombres. En las mujeres, se mantiene estable desde 1992
- El tabaquismo se ha reducido en todos los grupos de edad a excepción de las mujeres de 45 a 64 años, que siguen aumentando su consumo
- Por primera vez en 2007, las mujeres más jóvenes muestran prevalencias mayores de tabaquismo que los hombres jóvenes

En la CAE, en los hombres la prevalencia estandarizada de personas fumadoras habituales ha descendido de forma sostenida, desde un 50,9% en 1986 a un 28,7% en 2007. En las mujeres, la prevalencia se ha incrementado levemente, pasando de un 20,7% a un 22,5%. La prevalencia más alta de mujeres fumadoras habituales se registró en 1997 con un 23,8%.

Figura 1. Prevalencia (estandarizada por edad) de fumadores/as habituales por sexo. CAE, 1986-2007

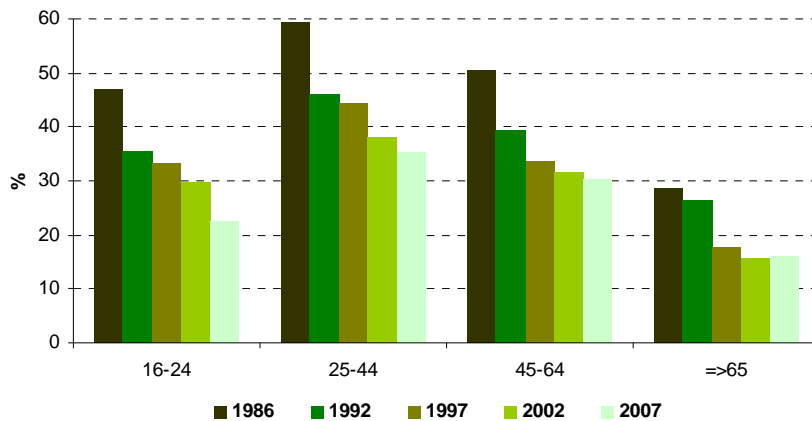


El análisis por grupos de edad pone de relieve que existen diferencias relevantes entre hombres y mujeres. En el caso de los primeros, el grupo edad que más fumadores ha concentrado a lo largo del periodo ha sido el de 25 a 44 años, seguido del de 45 a 64 años. Por el contrario, los mayores de 65 años han sido desde 1986 quienes menos fumaban.

De 1986 a 2007 se ha producido un descenso generalizado del consumo de tabaco en los hombres de todos los grupos de edad. El descenso ha sido más acusado entre las personas de 16 a 24 años, tanto en términos absolutos como relativos. En 1986 el 46,8% de los hombres más jóvenes fumaba mientras que en 2007 lo hacía el 22,4%, lo cual supone un descenso del 52%. La población mayor de 65 años, con prevalencias de tabaquismo inferiores al resto de la

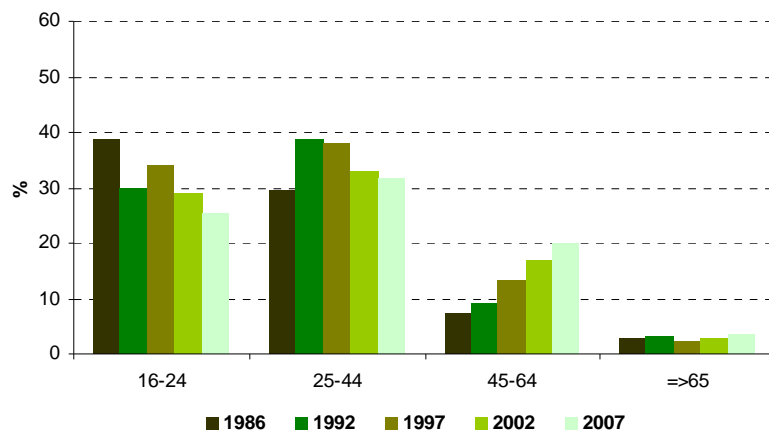
población, también ha reducido su consumo de forma relevante, de un 28,6% a un 16% a lo largo del periodo, lo que se traduce en un descenso, en términos relativos, del 44% entre 1986 y 2007. De manera general, el descenso más relevante en el consumo de tabaco se produjo entre 1986 y 1992, a excepción del grupo de mayor edad, entre quienes la caída más acusada se produjo entre 1992 y 1997.

Figura 2. Prevalencia de hombres fumadores habituales por grupos de edad. CAE, 1986-2007



Entre las mujeres, la evolución seguida a lo largo de estos veinte años por los diferentes grupos de edad ha sido menos homogénea. Las edades que han concentrado a la mayor parte de las fumadoras han sido los grupos más jóvenes, de entre 16 y 44 años. Concretamente, en 1986 las mujeres que más fumaban eran las de 16 a 24 años, mientras que a partir de 1992 y hasta 2007 han sido las de edades comprendidas entre 25 y 44 años. Sin embargo, las diferencias en el consumo de tabaco entre las generaciones más jóvenes y más adultas han ido reduciéndose con el tiempo debido a varios factores. Por una parte, entre las mujeres de entre 45 y 64 el consumo de tabaco se ha incrementado de manera constante y muy relevante desde 1986, triplicando prácticamente su prevalencia a lo largo del periodo (de 7,2% en 1986 a 20,1% en 2007). Las mujeres de 16 a 24 años, por su parte, han reducido su consumo pasando de ser fumadoras un 38,6% en 1986 a un 25,5% en 2007, y las de 25 a 44 años lo han hecho también desde 1992 de un 38,7% a un 31,6%. Por primera vez en 2007, las mujeres jóvenes muestran prevalencias mayores de tabaquismo que los hombres jóvenes. Las mujeres mayores de 65 años han mostrado en todo el periodo prevalencias de tabaquismo bajas que se han mantenido estables en el tiempo.

Figura 3. Prevalencia de mujeres fumadoras habituales por grupos de edad. CAE, 1986-2007



LA EVOLUCIÓN DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN EL CONSUMO DE TABACO EN LA POBLACIÓN GENERAL DE LA CAE

- **En los hombres,**

- **el tabaquismo se ha reducido especialmente en los de clase social y nivel de estudios más elevados.**
- **En los últimos años, el consumo se ha incrementado ligeramente entre los hombres más desfavorecidos, lo que ha aumentado las desigualdades, que son especialmente relevantes por nivel de estudios**

- **En las mujeres,**

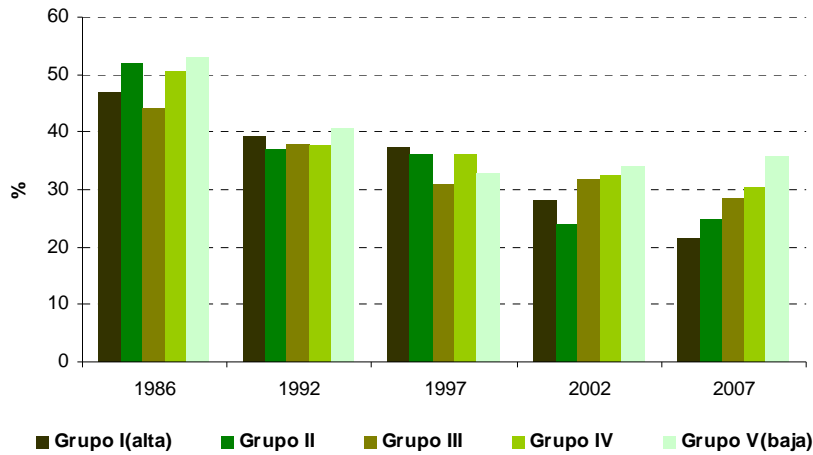
- **el descenso del tabaquismo sólo se ha dado entre las de clase social y nivel de estudios más elevados.**
- **Las desigualdades, con mayor consumo entre los grupos más desfavorecidos, se observan desde 2002 y son mayores según el nivel de estudios**

Desigualdades por clase social

La evolución de las desigualdades en el tabaquismo por clase social a lo largo de estos últimos 20 años muestra un patrón distinto según el sexo. En los hombres el consumo de tabaco ha descendido en todos los grupos desde 1986, si bien este descenso ha sido más acusado entre las clases I y II (más favorecidas), tanto de forma absoluta como relativa. Desde 1997 se observa un incremento del tabaquismo entre los hombres de clase social V (más desfavorecida).

Mientras que de 1986 a 1997 no se observaron desigualdades por clase social entre los hombres, el gradiente social, con mayor consumo en los menos favorecidos, se dibujó ya en 2002 y se hizo más evidente en 2007. Ello se ha debido al acusado descenso del hábito tabáquico entre los hombres más ricos, especialmente a partir de 1997, y al aumento entre los hombres de la clase más pobre a partir de esa misma fecha. Mientras en 2002 la prevalencia del consumo de tabaco en los hombres más desfavorecidos fue un 40% superior en comparación con los más ricos, en 2007 esa diferencia era de un 68% (tabla 1). En este último año, el consumo de tabaco fue claramente superior en la clase social más desfavorecida (35,9%), descendiendo a medida que mejoró la posición socioeconómica, hasta alcanzar un 21,5% entre los hombres de la clase más rica.

Figura 4. Prevalencia estandarizada de hombres fumadores habituales por clase social. CAE, 1986-2007



En el caso de las mujeres, el descenso del consumo de tabaco por clase social en el periodo 1986-2007 no ha sido generalizado. Únicamente ha descendido de forma constante entre las más ricas, pasando de un prevalencia cercana al 30% en 1986 a un 19,9% en 2007. A diferencia de los hombres, desde 1986 el tabaquismo se ha incrementado de manera sostenida entre las mujeres de clases sociales más desfavorecidas, pasando de ser las que menos fumaban en 1986 a ser las más fumadoras en 2007, junto con las mujeres de clase III. Tal y como indica el Índice Relativo de Desigualdad (IRD), a lo largo del periodo no existen desigualdades estadísticamente significativas en el consumo de tabaco de las mujeres, aunque sí se observa un cambio desde un patrón que describía un mayor consumo de tabaco en las clases más favorecidas hasta 1997, a otro en el que, desde 2002, las mujeres de clases más desfavorecidas comienzan a fumar en mayor medida.

Figura 5. Prevalencia estandarizada de mujeres fumadoras habituales por clase social. CAE, 1986-2007

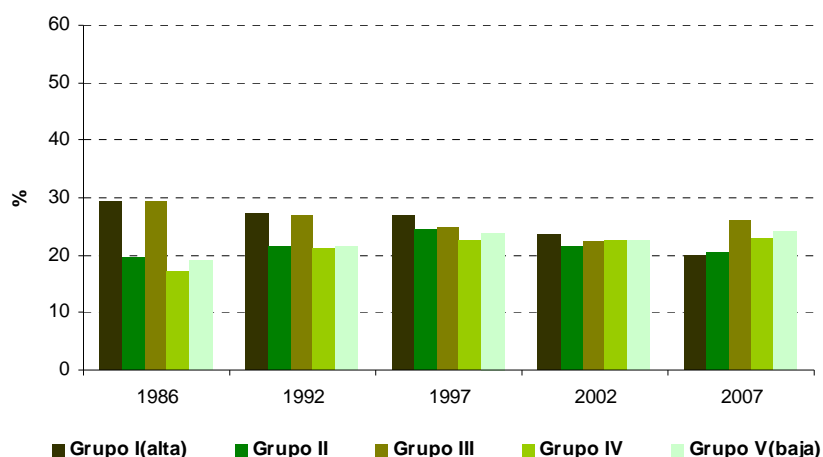


Tabla 1. Índice Relativo de Desigualdad (IRD) del consumo de tabaco por clase social, según el sexo. CAE, 1986-2007

	Hombres	Mujeres
1986	1,08	0,57
1992	1,12	0,92
1997	1,05	0,98
2002	1,40 *	1,06
2007	1,68 *	1,11

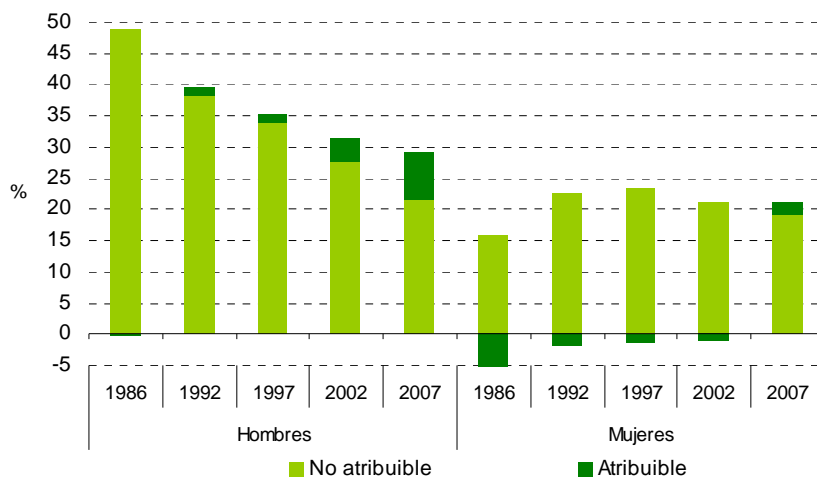
* Diferencias estadísticamente significativas (valor $p < 0,05$)

Una medida de gran interés para valorar el impacto que las desigualdades tienen en la evolución del tabaquismo a lo largo del periodo es la prevalencia en exceso atribuible a tales desigualdades. Este índice muestra la prevalencia del consumo de tabaco que podría haberse evitado si todas las clases sociales tuvieran la misma prevalencia que la de la categoría más favorecida.

En la figura 6 puede observarse que en 1986 la prevalencia de tabaquismo en los hombres no se explicaba por la existencia de desigualdades de clase social. Sin embargo, a partir de 1992, la prevalencia en exceso de consumo de tabaco atribuible a las desigualdades ha ido aumentando progresivamente. Así, mientras que en 1992 y 1997 la prevalencia en exceso era aún pequeña (1,3% y 1,4% respectivamente), en 2002 esta prevalencia aumentó hasta 3,7%, y en 2007 hasta 7,7%. Es decir que en 2007, año en el que la prevalencia de tabaquismo en los hombres fue del 29,1%, si todos los hombres hubieran fumado con la misma frecuencia que los de la clase social más favorecida, la prevalencia de consumo de tabaco habría sido del 21,4%.

En las mujeres, en 1986 la prevalencia en exceso de tabaquismo atribuible a las desigualdades fue de -5,6%, lo que indica que si todas las mujeres hubieran fumado con la misma frecuencia que las más ricas, la prevalencia habría aumentado en 5,6%. Esta prevalencia en exceso fue decreciendo hasta 2002, y ya en 2007 cambió de sentido, observándose una prevalencia en exceso de tabaquismo atribuible a las desigualdades del 2%, lo que indica que si todas las mujeres hubieran fumado con la misma frecuencia que las más ricas, la prevalencia hubiera disminuido en 2% (19,1% en lugar de 21,1%).

Figura 6. Prevalencia atribuible y no atribuible a las desigualdades por clase social en el consumo de tabaco, por sexo. CAE, 1986-2007



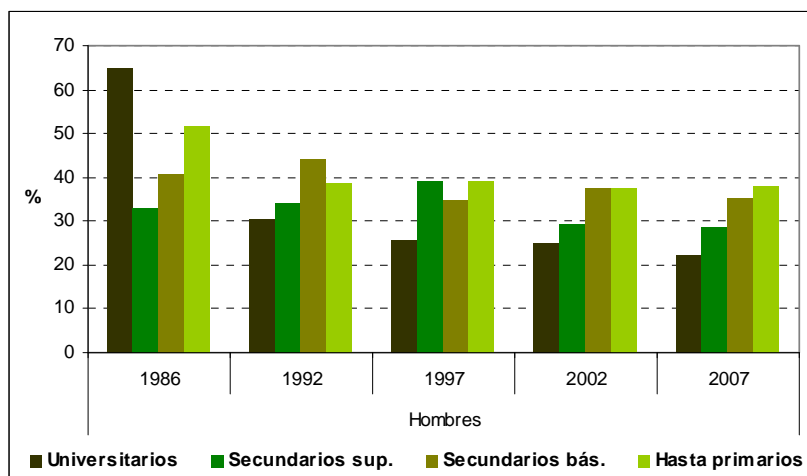
Desigualdades por nivel de estudios

Al igual que lo descrito para las desigualdades por clase social, la evolución de las desigualdades en el tabaquismo por nivel de estudios a lo largo de estos últimos 20 años muestra un patrón distinto según el sexo:

En los hombres, desde 1986 el consumo de tabaco ha descendido en todos los grupos, si bien el mayor descenso se ha dado entre aquellos con estudios universitarios. Se observa un ligero ascenso en 2007 respecto a 2002 de la prevalencia de tabaquismo en los hombres con estudios primarios o inferiores. A excepción de 1986, año en el que la prevalencia de tabaquismo entre los hombres de mayores estudios era claramente superior al resto, en el resto del periodo los hombres con niveles de estudios inferiores han mostrado prevalencias

más elevadas de tabaquismo. El gradiente social, con mayor consumo a menor nivel de estudios, fue claro en 2007. Tal y como indica el Índice Relativo de Desigualdad (IRD), las desigualdades han ido aumentando a lo largo del periodo, de manera que en 2007 la probabilidad de consumir tabaco por parte de los de menor nivel de estudios era casi dos veces mayor que la de aquéllos con estudios universitarios (tabla 2).

Figura 7. Prevalencia estandarizada de hombres fumadores habituales por nivel de estudios. CAE, 1986-2007



En las mujeres, el descenso del tabaquismo sólo se ha dado entre aquéllas con estudios superiores. En el resto, se observa un aumento de las prevalencias respecto a la de 1986, si bien desde 1997 se observa una leve disminución de la prevalencia de tabaquismo entre las mujeres con estudios primarios o inferiores. Asimismo, a partir de dicho año, las mujeres con estudios universitarios han mostrado las prevalencias más bajas de tabaquismo. A diferencia de los hombres, a lo largo del periodo no se observa un gradiente en el consumo de tabaco por nivel de estudios. Sin embargo, las desigualdades que, según los resultados del IRD (tabla 2), favorecían a los niveles de estudios inferiores hasta 1997, se invierten a partir de 2002, de forma que la probabilidad de ser fumadora fue un 53% y un 41% superior entre las de mayor nivel de estudios respecto a las de nivel más bajo en 2002 y 2007 respectivamente.

Figura 8. Prevalencia estandarizada de mujeres fumadoras habituales por nivel de estudios. CAE, 1986-2007

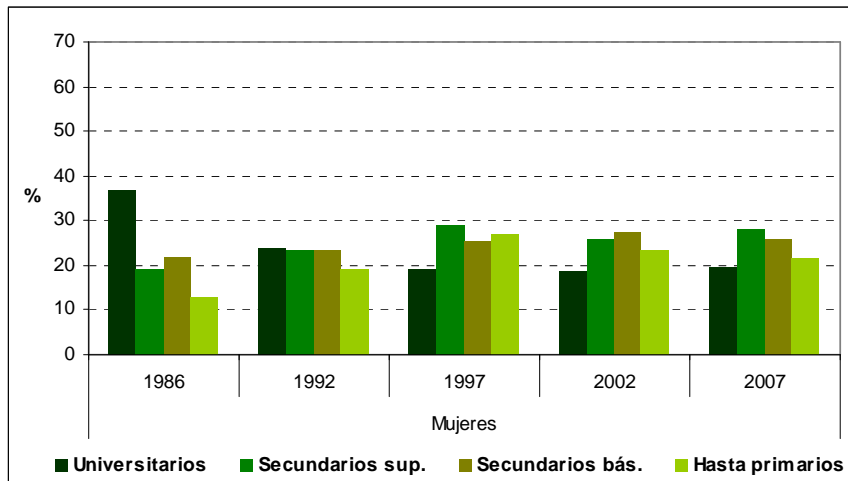


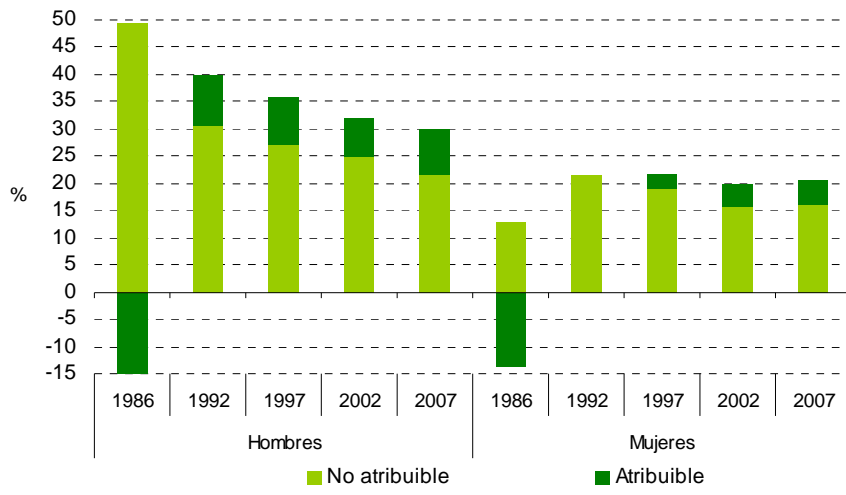
Tabla 2. Índice Relativo de Desigualdad (IRD) calculado según el nivel de estudios, por sexo. CAE, 1986-2007

	Hombres	Mujeres
1986	0,99	0,15*
1992	1,40*	0,75
1997	1,64*	0,96
2002	1,83*	1,53*
2007	1,91*	1,41*

*Diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$)

En la figura 9 puede observarse que, si bien en 1986 la prevalencia de tabaco no era atribuible a las desigualdades por nivel de estudios, a partir de 1992 la situación se invierte. En los hombres, la prevalencia de tabaquismo que puede atribuirse a las desigualdades por nivel de estudios era de 8,2% en 2007. En las mujeres, esta prevalencia ha ido aumentando desde 1992, pasando de 2,9% en 1997 hasta 4,6% en 2007.

Figura 9. Prevalencia atribuible y no atribuible a las desigualdades por nivel de estudios en el consumo de tabaco, por sexo. CAE, 1986-2007



LA EVOLUCIÓN DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN EL CONSUMO DE TABACO EN LA POBLACIÓN MENOR DE 45 AÑOS

- **En los hombres,**

- **el tabaquismo se ha reducido especialmente en los de clase social y nivel de estudios más elevados**
- **A lo largo del periodo, los más desfavorecidos han fumado más. Las desigualdades, sobre todo por nivel de estudios, son especialmente relevantes desde 2002**

- **En las mujeres,**

- **el tabaquismo se ha reducido tanto en las mujeres de clase social de trabajadores manuales como en la de no manuales, y en las de nivel de estudios más elevados. El consumo se ha mantenido estable, a excepción del aumento observado en 2002 en las de menor nivel de estudios**
- **A lo largo del periodo, han fumado más las de menor nivel de estudios y, a partir de 2002, las de clase social más desfavorecida. Las desigualdades, que son mayores por nivel de estudios, son relevantes desde 2002**

Desigualdades por clase social

El consumo de tabaco ha descendido de 1992 a 2007^a entre los hombres jóvenes en ambas clases sociales (figura 10). Al comienzo del periodo el descenso fue más acusado entre aquéllos de clase social manual (más desfavorecida), si bien a partir de 1997 han sido los hombres de clase social no manual (más favorecida) los que han reducido en mayor proporción su consumo de tabaco. A lo largo de todo el periodo los hombres de clases sociales más desfavorecidas han fumado en mayor proporción, si bien las desigualdades son claras a partir de 2002 y se hacen más evidentes en 2007, año en el que la probabilidad de ser fumador fue un 79% superior entre los menos respecto a los más favorecidos (tabla 3).

En las mujeres, la prevalencia de tabaquismo se ha reducido en ambas clases sociales, aunque especialmente entre las más favorecidas, especialmente a partir de 1997. El Índice Relativo de Desigualdad (IRD) indica que a lo largo del periodo no existen desigualdades significativas, aunque sí se observa un cambio de tendencia. En 1992 las mujeres jóvenes de clases sociales más aventajadas fumaban en mayor proporción, en 1997 las desigualdades desaparecieron y, a partir de 2002 se produjo un cambio por el que el consumo de tabaco pasó a ser más frecuente entre las mujeres jóvenes más desfavorecidas.

^a Tal y como se explica en el Anexo que detalla la metodología utilizada en el estudio, el análisis por grupos de edad se ha realizado para el periodo 1992-2007

Figura 10. Prevalencia estandarizada población fumadora habitual de 16-44 años por clase social. CAE, 1992-2007

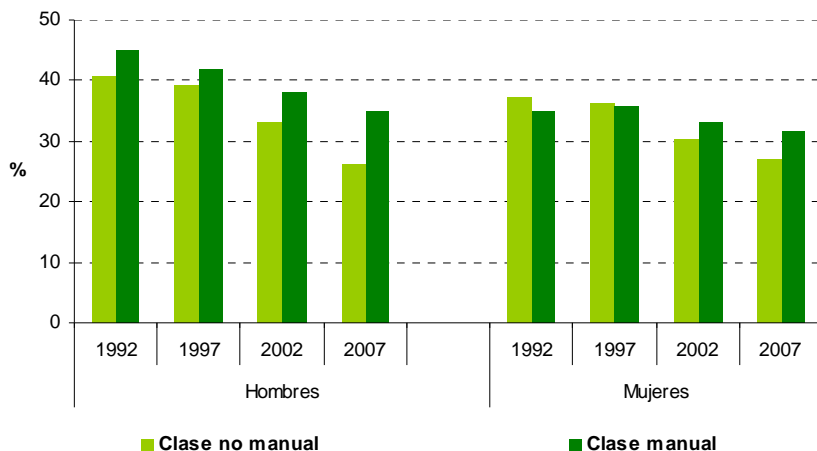


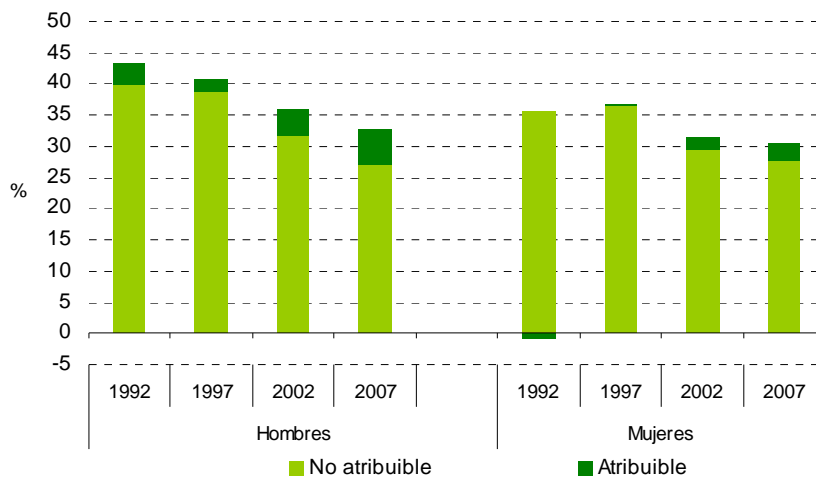
Tabla 3. Índice Relativo de Desigualdad (IRD) calculado según la clase social, por sexo en la población de 16 a 44 años. CAE, 1992-2007

	Hombres	Mujeres
1992	1,27	0,93
1997	1,19	1,03
2002	1,49*	1,23
2007	1,79*	1,33

*Diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$)

Al analizar la prevalencia en exceso de consumo de tabaco atribuible a la existencia de desigualdades por clase social entre la población joven, la figura 11 muestra que entre los hombres el exceso de prevalencia ha crecido a partir de 1997 junto al descenso constante del consumo de tabaco a lo largo del periodo. En 2002, tal prevalencia se situó en 4,3% y en 2007 en 5,6%. En las mujeres, la prevalencia de tabaquismo atribuible a las desigualdades es más baja que en los hombres aunque también ha crecido desde 1997 hasta situarse en 2,5% en 2007, lo que indica que si todas las mujeres jóvenes hubieran fumado con la misma frecuencia que las más ricas, la prevalencia de tabaquismo hubiera disminuido en 2,5% en 2007.

Figura 11. Prevalencia atribuible y no atribuible a las desigualdades por clase social en el consumo de tabaco en población 16-44 años, por sexo. CAE, 1992-2007



Desigualdades por nivel de estudios

El consumo de tabaco ha descendido de 1992 a 2007 entre los hombres jóvenes en los dos niveles educativos analizados (secundaria inferior o menos y secundaria superior o más) (figura 12), si bien el descenso ha sido más acusado entre aquéllos de niveles educativos superiores, especialmente a partir de 1997. A lo largo de todo el periodo los hombres de niveles de estudios inferiores han fumado en mayor proporción.

Tal y como muestra el IRD (tabla 4) las desigualdades, con mayor consumo entre los de menor nivel educativo, han sido evidentes y crecientes a lo largo del periodo. En 2007 la probabilidad de ser fumador fue más del doble superior entre los de estudios inferiores respecto a los de superiores.

En las mujeres, la prevalencia de tabaquismo se ha reducido en las de estudios más elevados mientras que se ha mantenido estable, a excepción del aumento en 2002, en las de estudios inferiores. El Índice Relativo de Desigualdad (IRD) indica que el patrón de las desigualdades por nivel educativo se hizo evidente a partir de 2002, si bien las desigualdades parecen haber disminuido en 2007 (tabla 4)

Figura 12. Prevalencia estandarizada población fumadora habitual de 25-44 años por nivel de estudios. CAE, 1992-2007

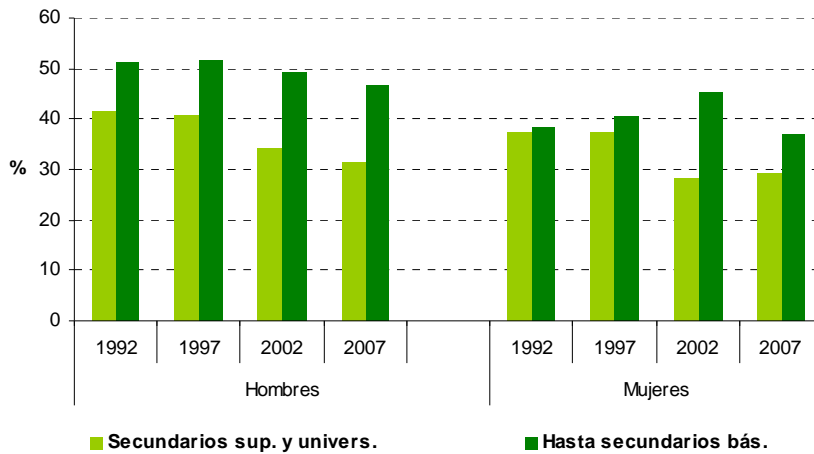
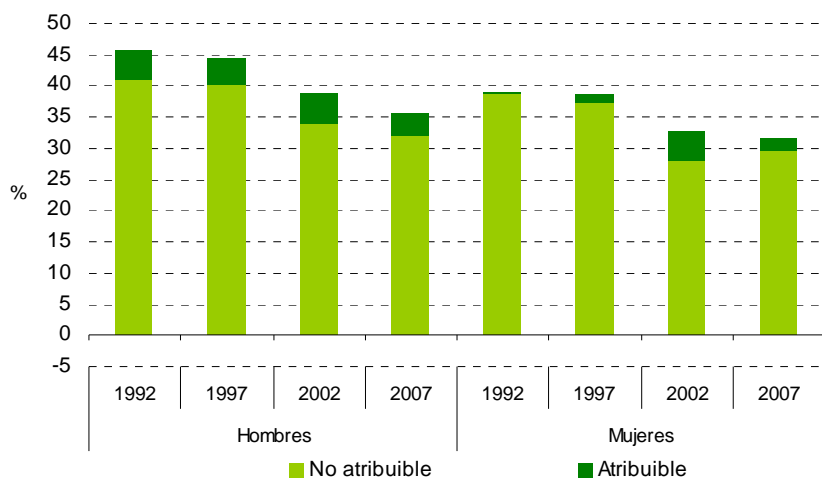


Tabla 4. Índice Relativo de Desigualdad (IRD) calculado según el nivel de estudios, por sexo en la población de 25 a 44 años. CAE, 1986-2007

	Hombres	Mujeres
1992	1,57*	1,02
1997	1,69*	1,21
2002	2,05*	2,43*
2007	2,13*	1,70*

Al analizar la prevalencia en exceso de consumo de tabaco atribuible a la existencia de desigualdades por nivel de estudios en la población joven, la figura 13 muestra que entre los hombres el exceso de prevalencia ha sido algo superior a 4% hasta 2002 y levemente inferior en 2007. En las mujeres, la prevalencia de tabaquismo atribuible a las desigualdades ha sido más baja que en los hombres. Ésta aumentó hasta 2002, año en el que alcanzó su máximo valor (4,8%) y ha disminuido en 2007 para situarse en un 2,0%, lo que indica que si todas las mujeres jóvenes hubieran fumado con la misma frecuencia que las de mayor nivel de estudios, la prevalencia de tabaquismo hubiera disminuido en 2,0%.

Figura 13. Prevalencia atribuible y no atribuible a las desigualdades por nivel de estudios en el consumo de tabaco en población 25-44 años, por sexo. CAE, 1992-2007



LA EVOLUCIÓN DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN EL CONSUMO DE TABACO EN LA POBLACIÓN DE 45 Y MÁS AÑOS

- **En los hombres,**

- **el tabaquismo se ha reducido especialmente en los de clase social y nivel de estudios más elevados y desde 2002 se observa una estabilización del consumo en todos los grupos sociales.**
- **Entre 1992 y 2007 han fumado más los de menor clase social, y a partir de 2002 los de clase social más desfavorecida. En todo el periodo, los hombres de nivel de estudios inferiores han fumado en mayor medida.**

- **En las mujeres,**

- **el tabaquismo ha aumentando de forma constante en ambas clases sociales y niveles de estudios, aunque especialmente entre las más desfavorecidas.**
- **A lo largo del periodo, el consumo ha sido superior entre las más favorecidas y las desigualdades en el consumo según la clase social parecen estar disminuyendo**

Desigualdades por clase social

En la figura 14 se observa que desde 1992 el consumo de tabaco ha descendido entre los hombres mayores en ambas clases sociales (de trabajadores manuales y de trabajadores no manuales)^b. Se aprecia, sin embargo, un estancamiento de la reducción del tabaquismo en ambos grupos, que comenzó con anterioridad, en 1997, para las clases más favorecidas y en 2002 para las más desfavorecidas. El descenso del hábito tabáquico ha sido más pronunciado en los nombres de clases de trabajadores no manuales. El patrón de las desigualdades por el que las clases manuales pasaron a fumar más que las no manuales estaba ya presente en 2002 y se acentuó en 2007, año en el que la probabilidad de consumir tabaco de los hombres menos favorecidos se multiplicó por 1,40 respecto a los de más favorecidos, si bien esas diferencias no eran estadísticamente significativas (tabla 5).

Entre las mujeres de más de 45 años, se observa un aumento constante de la prevalencia de tabaquismo desde 1992 a 2007, que ha sido ligeramente más pronunciado entre aquéllas de clase social manual (más desfavorecida). A lo largo de todo el periodo, sin embargo, han sido las mujeres de clases más favorecidas las que han fumado en mayor medida, siendo el patrón de las desigualdades claro en 2007, año en el que la probabilidad de consumir tabaco de las mujeres de clase no manual fue un 37% superior al de las de clase social manual.

^b Tal y como se explica en el Anexo que detalla la metodología utilizada en el estudio, el análisis por grupos de edad se ha realizado para el periodo 1992-2007

Figura 14. Prevalencia estandarizada de población fumadora habitual de 45 y más años por clase social y sexo. CAE, 1992-2007

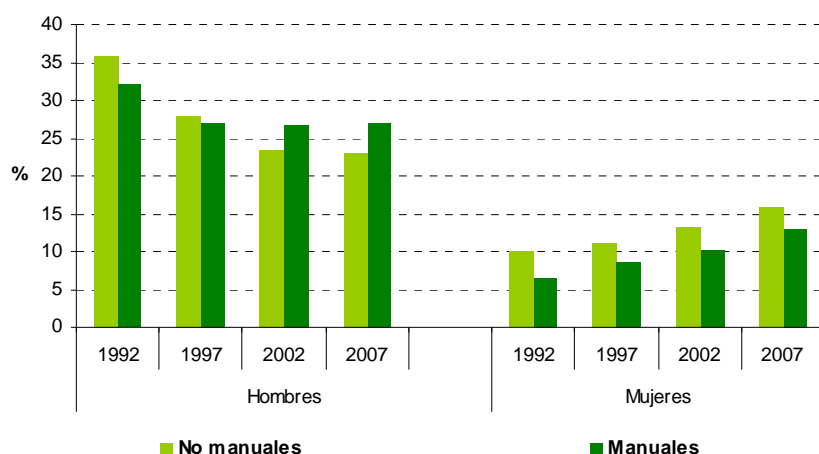
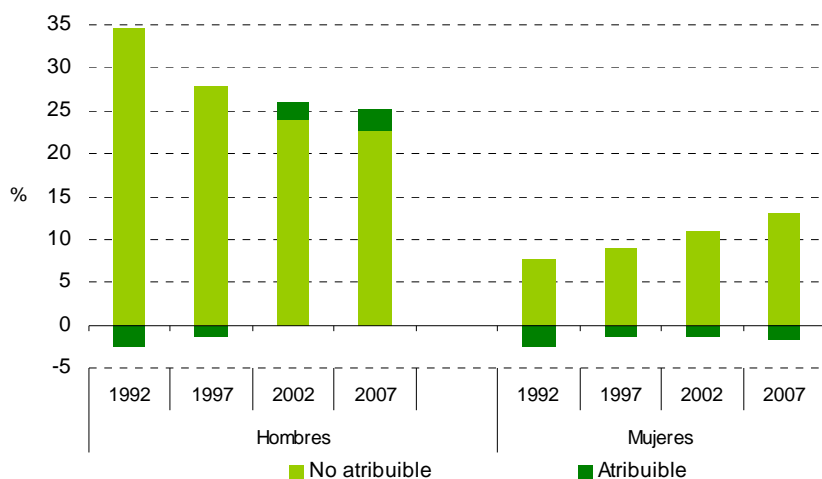


Tabla 5. Índice Relativo de Desigualdad (IRD) calculado según la clase social, por sexo en la población mayor de 45 años. CAE, 1986-2007

	Hombres	Mujeres
1992	0,80	0,43
1997	0,87	0,63
2002	1,30	0,68
2007	1,40	0,63*

Al analizar la prevalencia en exceso de tabaquismo atribuible a las desigualdades por clase social en la población mayor de 45 años, la figura 15 muestra que entre los hombres a partir de 2002 la prevalencia de fumadores podría haberse reducido en 2% si no hubieran existido desigualdades por clase social. En el caso de las mujeres, y coincidiendo con la evolución de las prevalencias que se observaba con anterioridad, la prevalencia de tabaquismo que podría haberse evitado durante todo el periodo corresponde a la mayor frecuencia de consumo por parte de las mujeres de la clase social más favorecida. Esta prevalencia en exceso fue de -1,8% en 2007.

Figura 15. Prevalencia atribuible y no atribuible a las desigualdades por clase social en el consumo de tabaco en población 45 y más años, por sexo. CAE, 1992-2007



Desigualdades por nivel de estudios

En la figura 16 se observa que el consumo de tabaco ha descendido entre los hombres mayores de los dos niveles educativos comparados desde 1992, siendo el descenso ligeramente mayor entre aquéllos con estudios inferiores. A lo largo de todo el periodo, los hombres mayores de niveles educativos inferiores han mostrado prevalencias de tabaquismo más elevadas. Sin embargo, las desigualdades en el consumo de tabaco por nivel de estudios fueron evidentes únicamente en 2002 y tendieron a disminuir en 2007 como consecuencia del aumento del consumo en aquellos con más estudios (tabla 6).

Entre las mujeres de más de 45 años, se observa un aumento constante de la prevalencia de tabaquismo desde 1992 a 2007, que ha sido ligeramente más pronunciado entre aquéllas de niveles de estudios inferiores. A lo largo de todo el periodo, sin embargo, han sido las mujeres de niveles secundarios superiores y universitarios las que han fumado en mayor medida, siendo el patrón de las desigualdades claro en los años intermedios, 1997 y 2002, tendiendo a reducirse en 2007 (tabla 6).

Figura 16. Prevalencia estandarizada de población fumadora habitual de 45 y más años por nivel de estudios y sexo. CAE, 1992-2007

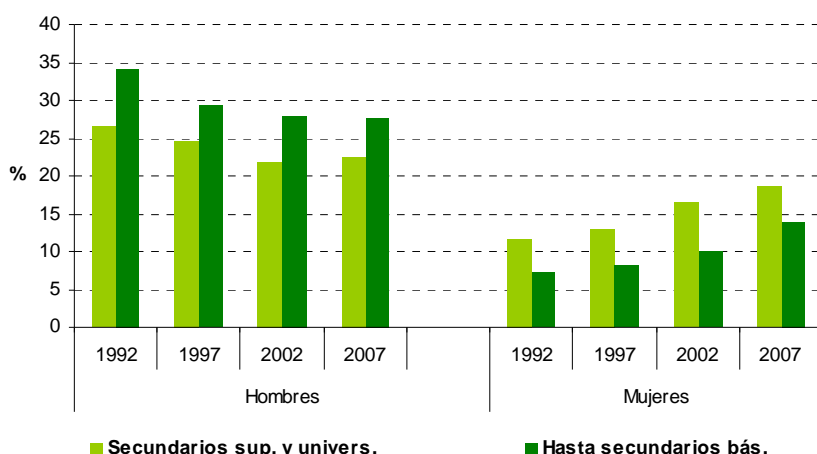
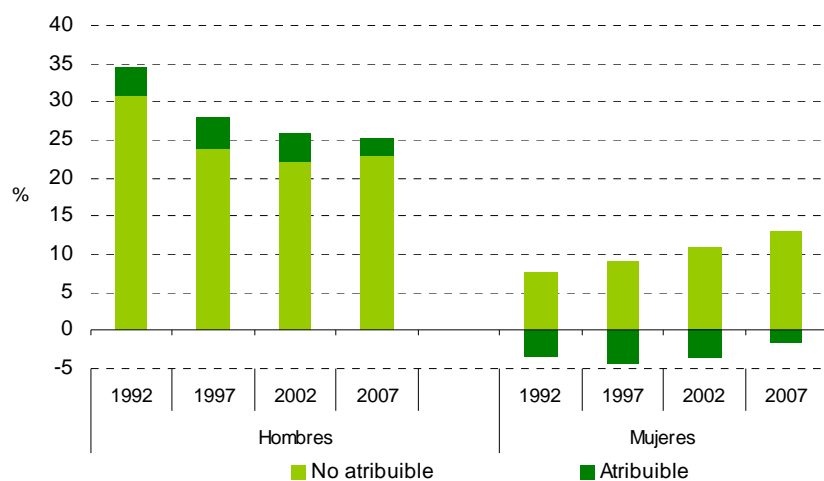


Tabla 6. Índice Relativo de Desigualdad (IRD) calculado según el nivel de estudios, por sexo en la población mayor de 45 años. CAE, 1986-2007

	Hombres	Mujeres
1992	1,34	0,44
1997	1,56	0,34*
2002	1,61*	0,42*
2007	1,37	0,68

En relación a la prevalencia en exceso de tabaquismo atribuible a las desigualdades por nivel de estudios en la población mayor de 45 años, la figura 17 muestra que ésta ha disminuido desde 1997 entre los hombres de 4,2% a 2,2%. En el caso de las mujeres, y coincidiendo con lo observado con la clase social, la prevalencia de tabaquismo que podría haberse evitado durante todo el periodo corresponde a la mayor frecuencia de consumo por parte de las mujeres de niveles de estudios superiores. Al igual que en el caso de los hombres, esta prevalencia atribuible se ha reducido desde 1997, pasando de -4,4% a -1,6%, lo cual indica que si todas las mujeres hubieran fumado con la misma frecuencia que las de mayor nivel de estudios, la prevalencia habría aumentado en 4,4% y 1,6% en 2002 y 2007 respectivamente.

Figura 17. Prevalencia atribuible y no atribuible a las desigualdades por nivel de estudios en el consumo de tabaco en población 45 y más años, por sexo. CAE, 1992-2007



CONCLUSIONES E IMPLICACIONES PARA LA ACCIÓN POLÍTICA

[¿Cómo ha variado el consumo de tabaco en Euskadi en los últimos 20 años?]

- La prevalencia del consumo de tabaco ha descendido de forma sostenida en los hombres, mientras que en las mujeres se incrementó levemente en la primera parte del periodo y se ha mantenido prácticamente constante desde 1992.
- Esta evolución podría indicar que el pico de la prevalencia general del tabaquismo en las mujeres ya ha sido superado en la CAE, aunque el consumo de tabaco sigue incrementándose en las mujeres de 45 a 64 años.
- Entre las personas más jóvenes, en 2007 por primera vez las mujeres fumaron más que los hombres y las diferencias por sexo en el grupo de edad de 25 a 44 años se redujeron sustancialmente.

[¿Cómo han variado las desigualdades sociales en el consumo de tabaco en Euskadi en los últimos 20 años?]

- En términos generales, el patrón de las desigualdades en el consumo de tabaco en la CAE se ha ido haciendo más evidente, con un gradiente que ya es claro en 2007 en el caso de los hombres y que comienza a perfilarse también entre las mujeres.
- Sin embargo, es importante subrayar que las desigualdades en el consumo de tabaco en la CAE han evolucionado de forma diferente por grupos de edad y por sexos:
 - En los hombres jóvenes el consumo de tabaco se ha reducido en todas las clases sociales y niveles de estudios aunque de forma más intensa entre los más favorecidos últimos años, con lo que las desigualdades han aumentado, especialmente desde 2002.
 - En las mujeres jóvenes, durante estos últimos diez años ha descendido el tabaquismo, tanto en las de clase manual como no manual, aunque la caída ha sido más acusada entre las más ricas. Ello ha creado un patrón de desigualdad social del tabaquismo semejante al masculino. Según el nivel de estudios, el consumo de tabaco ha descendido únicamente en las de niveles de estudios superiores, quienes han mostrado una prevalencia de tabaquismo inferior en todo el periodo.
 - De forma general, se observaron mayores desigualdades sociales en el consumo de tabaco en la población joven en comparación con la población general.

- Entre los hombres mayores de 45 años, durante la primera parte del periodo de estudio el tabaquismo fue mayor entre aquellos de clases más favorecidas. Posteriormente, este patrón se invirtió y fueron los de clase social más desfavorecida los que pasaron a consumir tabaco con mayor frecuencia. Por nivel de estudios, el descenso en ambos grupos se observa hasta 2002, año en el que se estabiliza el consumo. A lo largo de todo el periodo son los hombres de niveles de estudios inferiores los que mostraron prevalencias más elevadas de tabaquismo.
- En las mujeres mayores, el consumo de tabaco aumentó a lo largo del periodo en ambas clases sociales y niveles de estudios, aunque especialmente entre las más desfavorecidas. Sin embargo, el tabaquismo ha sido más frecuente en todos los años entre aquéllas de clase social y nivel de estudios inferiores.

【¿En qué situación se encuentra el consumo de tabaco en Euskadi en relación a su entorno?】

- En comparación con el consumo actual de tabaco en los países del entorno, los hombres de la CAE se sitúan en una posición aventajada, con un consumo relativamente bajo con respecto a otros países del sur de Europa, aunque superior a los países del norte, anglosajones, Bélgica y Suiza. Las mujeres se sitúan en una posición intermedia, con un consumo similar al de España y superior a algunos países del norte de Europa como Suecia e Islandia, pero más bajo que el de Finlandia y Noruega o los países anglosajones. En relación a otros países del sur de Europa, las mujeres de la CAE únicamente fuman menos que las griegas.¹²
- Respecto a la evolución del tabaquismo, los resultados de este estudio son coherentes con lo descrito en el contexto español en los últimos años^{13,14} en relación al descenso generalizado del consumo entre los hombres y el mantenimiento del consumo entre las mujeres. A nivel internacional, este patrón es compartido por otros países del sur y centro de Europa que también se encuentran en la tercera etapa del modelo de difusión de la epidemia del tabaquismo.^{15,16,17} Se trata de una situación intermedia entre países como Portugal, con consumos de tabaco bajos pero ascendentes entre las mujeres, y países del norte de Europa, inmersos en la última etapa, en los que el consumo de tabaco entre las mujeres ha comenzado claramente a descender.^{18,19,20}
- El descenso del consumo de tabaco entre las mujeres más jóvenes desde 1997 hace pensar que la CAE avanza ya avanza hacia la última etapa del modelo de difusión de la epidemia del tabaquismo, tal y como ocurre en otras poblaciones del contexto español¹³, aunque de forma ligeramente más adelantada en el tiempo. El mayor consumo de éstas respecto a los hombres jóvenes descrito en la CAE no se ha producido todavía en otras poblaciones del estado, aunque sí se han reducido de forma relevante las diferencias

tradicionales en el consumo entre ambos sexos.^{13,14} La reducción del consumo entre las mujeres más jóvenes ha sido descrita también en otros países del sur de Europa.^{21,22} En relación al aumento del consumo entre las mujeres mayores descrito en la CAE, éste coincide también con los resultados de otros estudios en España¹³ y el contexto internacional.^{19,23}

【¿En qué situación se encuentran las desigualdades sociales en el consumo de tabaco en Euskadi respecto a su entorno?】

- En relación al patrón de las desigualdades sociales en el consumo de tabaco, datos recientes indican que el gradiente socioeconómico actual del tabaquismo es más claro en la CAE respecto al descrito para otras poblaciones del Estado tanto en hombres como en mujeres.^{24,25}
- En relación a la evolución de tales desigualdades, otros trabajos realizados en el contexto español coinciden con este estudio en que la prevalencia de tabaquismo entre los hombres de diferentes clases sociales era similar en la década de los 80 y que, debido a que la mayor reducción del tabaquismo entre los más ricos, las desigualdades han aumentado.^{26,27,28} Este incremento de las desigualdades podría ser parcialmente debido a que el abandono del hábito tabáquico ha sido superior entre los hombres de clases sociales más favorecidas.^{27,29,30} Asimismo, se ha documentado que en los hombres mayores, en los que el consumo de tabaco era más frecuente entre los grupos más aventajados, la relación entre la clase social y el consumo de tabaco se ha invertido a lo largo del periodo de forma que en los últimos años fuman más los hombres más desfavorecidos.²⁷
- En las mujeres, los resultados acerca de la evolución de las desigualdades en el consumo de tabaco hasta finales de la década de los 90 no han sido concluyentes. Algunos estudios han reportado una tendencia a la igualdad por el aumento del consumo entre las más desfavorecidas^{26,28} y otros, en cambio, han mostrado un aumento de las desigualdades en algunos grupos de edad.^{6,27} En relación a las mujeres jóvenes, este estudio ha mostrado que desde 1997 su consumo ha disminuido en las más y menos favorecidas, a diferencia de lo observado en Cataluña, donde el consumo de tabaco se redujo entre las más ricas pero se incrementó en el resto de clases sociales entre 1994 y 2002.⁶
- A nivel internacional, las desigualdades en el consumo de tabaco han sido ampliamente analizadas.¹⁰ Un reciente estudio con datos de 22 países europeos puso en evidencia que, en términos generales, la prevalencia de consumo de tabaco en Europa era más alta en las personas de nivel de estudios bajo.³¹ Asimismo, se ha descrito que el descenso del hábito entre estas personas ha sido menor a lo largo del tiempo.³² No obstante, existen

importantes diferencias en la magnitud y dirección de estas desigualdades entre los países, relacionadas con las diferentes etapas del modelo de difusión de la epidemia del tabaquismo en las que se encuentran. En Europa del norte, occidental y continental, las desigualdades por nivel de estudios fueron mayores tanto en hombres como en mujeres. Por su parte, en el sur las desigualdades fueron menores e, incluso, en algunos casos inversas en las mujeres, mientras que en los países bálticos, el patrón no parece claro.^{31,33}

- La evolución del patrón de las desigualdades en Europa es consistente con los datos mostrados para la CAE, donde las desigualdades en los hombres han emergido de forma más temprana y en las mujeres ha comenzado a perfilarse un gradiente socioeconómico similar al de los hombres sólo recientemente. Asimismo, es coherente con las menores desigualdades en la mortalidad por causas relacionadas con el consumo de tabaco en la CAE respecto al resto de países de Europa recientemente descritas.³⁴

[Implicaciones para la acción política en el control del tabaquismo]

- Los resultados de este estudio ponen de relieve que las políticas dirigidas a reducir la prevalencia de tabaquismo deben considerar la influencia que variables como la clase social, el nivel de estudios, el sexo y la edad tiene en su distribución.
- En España las políticas de control del tabaquismo han ido aumentando en intensidad,³⁵ con mayor información a las personas sobre el daño que causa el tabaco y la relevancia de su abandono temprano. Asimismo, el coste del tabaco ha aumentado como consecuencia de modificaciones fiscales desde la década de los 90. Por su parte, la implicación por parte del personal sanitario es también mayor para promover el abandono del tabaco entre las personas fumadoras. Si bien estas medidas han permitido reducir el consumo de tabaco entre los hombres, no parece que hayan sido tan efectivas en las mujeres, especialmente en las mayores, y en los grupos socioeconómicos más desfavorecidos.
- Por ello, es necesario seguir avanzando en la implementación de políticas de control del tabaquismo “con lentes de equidad”, incluyendo la monitorización de las desigualdades y la evaluación de políticas efectivas que permitan reducir el gradiente social en el consumo de tabaco. Sólo así será posible poner freno al previsible aumento de las desigualdades en la mortalidad por causas relacionadas con el tabaco. En este sentido, hay que destacar el esfuerzo que ya se ha comenzado a realizar para intensificar los programas de disminución del consumo de tabaco a través del consejo antitabáquico en la consulta de atención primaria de las zonas geográficas más desfavorecidas de la CAE.
- A nivel internacional, existen trabajos interesantes que pueden ayudar a orientar las políticas dirigidas a las reducción del consumo del tabaco desde la perspectiva de la

equidad. En este sentido, destaca la reciente publicación de una revisión sobre intervenciones para el control del tabaquismo y su impacto en las desigualdades sociales, en la que se señala como medida más efectiva el aumento del precio del tabaco. Esta medida resulta más efectiva que las advertencias sanitarias o la restricción publicitaria sobre tabaco.³⁶

- La estabilización general del consumo entre las mujeres y el incremento entre las más mayores puede estar relacionado con la adopción por parte de la industria tabacalera de estrategias de marketing dirigidas al público femenino, como es el caso de la introducción de los cigarrillos “light”, que ha conseguido incrementar el tabaquismo entre las mujeres y, probablemente, haya frenado el abandono del hábito entre aquellas que buscan una disminución del riesgo, y que, sin su existencia, hubieran dejado de fumar.³⁷ Asimismo, se ha descrito la influencia que puede tener en la falta de abandono la percepción del efecto del consumo de tabaco en el control del peso en las mujeres.³⁸

ANEXO

METODOLOGÍA

Diseño y fuente de datos

Estudio transversal de tendencia temporal a partir de los datos de las Encuestas de Salud de la Comunidad Autónoma de Euskadi (ESCAV) de 1986, 1992, 1997, 2002 y 2007.

La ESCAV utiliza muestras representativas de la población no institucionalizada residente en viviendas familiares de Euskadi. En todas las ediciones, la información se recoge mediante dos cuestionarios (individual y familiar) que cubren las principales dimensiones del estado de salud, sus factores determinantes (hábitos, prácticas preventivas y entorno) así como sus consecuencias (uso de servicios de salud, consumo de medicamentos y gasto sanitario familiar). La medición del consumo de tabaco fue similar en las cinco ediciones a excepción de la de 1986. En este año, no se fijó una cantidad mínima de cigarrillos consumida a lo largo de la vida para considerar a una persona fumadora. A partir de 1992, tal cantidad se ha fijado en 100 cigarrillos (cinco paquetes). La frecuencia del consumo de tabaco se recoge a partir de dos preguntas del cuestionario individual.

El tamaño de muestra y la tasa de respuesta fueron diferentes en las cinco ediciones, si bien, se trató de muestreos con tamaños representativos y con tasas de respuesta elevadas (Tabla 2).

Respecto al plan de muestreo, éste fue similar en relación a sus características fundamentales en las cinco ediciones, si bien la primera de ellas mostró ciertas particularidades. En 1986, la recogida de datos se realizó de manera continua durante todos los meses del año, salvo el mes de agosto. Se partió de una muestra de 7.200 hogares. Estos hogares, cuyos miembros contestaron el cuestionario familiar se seleccionaron mediante dos muestreos distintos. El primero, aplicado para la selección de individuos residentes en municipios de más de 3.000 habitantes, se realizó mediante un muestro estratificado por área sanitaria y categoría socio-profesional de la familia. En el segundo de los casos, aplicado para la selección de municipios de menos de 3.000 habitantes, no se utilizó la categoría socio-profesional de la familia como método de estratificación para evitar la dispersión territorial de la muestra, sino que se seleccionaron para las distintas áreas sanitarias las secciones censales por estratificación proporcional a su peso dentro de cada estrato y, en segundo lugar, dentro de cada sección se seleccionaron ocho familias con afijación uniforme, con idéntica probabilidad de ser seleccionadas. Para la elección de las personas que debían contestar al cuestionario individual, se seleccionó un hogar de cada seis de la muestra de 7.200 hogares. En cada uno de ellos, una persona de la familia contestó al cuestionario individual, elegido mediante el método Kish.

En las siguientes ediciones se introdujeron algunas modificaciones. En primer lugar, se eliminó el carácter continuo de la recogida de datos, de manera que sólo se realizó durante un periodo determinado. En segundo lugar, se eliminó la diferenciación en el muestreo según el tamaño del municipio y, por último, para la elección de las personas a cumplimentar el cuestionario individual, no se realizó un muestreo de los hogares sino que todos los hogares aportaron personas que cumplimentaron el cuestionario individual, lo que aumentó considerablemente el tamaño de muestra individual.

Salvo estos cambios generales, el diseño del muestreo sigue siendo similar al de 1986, aunque el desarrollo metodológico y técnico ha permitido hacer más complejas algunas de las fases. En concreto, a partir de 1992 se trata de muestreos polietápicos con las siguientes etapas:

- 1ª Etapa: Muestreo aleatorio por conglomerados, siendo la sección censal la unidad primaria de muestreo. Dentro de esta etapa se realizó un submuestreo estratificado en dos etapas:
 - Estratificación geográfica: en la que se delimitaron tres estratos, uno por área sanitaria, con afijación proporcional a la raíz cuadrada del tamaño de cada estrato según las viviendas ocupadas.
 - Estratificación socioeconómica: dentro de cada uno de los tres estratos se sortearon las secciones censales estratificadas proporcionalmente por comarca sanitaria y cada una de las tipologías socio-demográficas previamente construidas a través de un análisis multivariante en el que se tuvieron en cuenta diferentes variables sociodemográficas.
- 2ª Etapa: Muestreo aleatorio sistemático uniforme. Dentro de cada sección censal se seleccionaron ocho entre todas las viviendas ocupadas, por muestreo sistemático circular. Todos los miembros de estas viviendas contestaron al cuestionario familiar.
- 3ª Etapa: Muestreo aleatorio simple. Dentro de cada una de las viviendas se seleccionó una de cada tres personas que contestaron al cuestionario individual. La selección se realizó siguiendo el método Kish.

Una descripción más detallada de la metodología de la ESCAV ha sido descrita con anterioridad.³⁹

Tabla 2: Tamaños muestrales y tasas de respuesta ESCAV

	1986	1992	1997	2002	2007
N familiar	24.657	13.280	12.780	14.787	13.555
N individual	1.128	3.744	4.046	8.398	7.410
Tasa respuesta	75%	86%	87%	85,5%	78,5%

Fuente: Elaboración propia

Variables

Consumo de tabaco

Se consideró persona fumadora a aquella que fumó, al menos, un cigarrillo al día. A partir de la encuesta de 1992, el número de cigarrillos mínimos fumados a lo largo de la vida para considerar a una persona fumadora habitual fue de 100 (5 paquetes).

Clase social

La posición socioeconómica se midió a partir de la ocupación presente o pasada de la persona de referencia en la familia. En 1986, la ocupación se recogió a partir de una única pregunta abierta y, desde 1992 hasta 2007, a partir de tres preguntas sobre la relación laboral, el cargo o la categoría y el sector de actividad. Se construyó una escala ordinal de cinco grupos en base a esta información con las siguientes categorías:

- Grupo I: Personal directivo de la administración y de las empresas, alto funcionariado, profesionales liberales y personal técnico superior
- Grupo II: Personal directivo y propietario gerente del comercio y de los servicios personales, otro personal técnico no superior, artistas y deportistas.
- Grupo III: Cuadros y mandos intermedios, personal administrativo y funcionario, y de los servicios de protección y seguridad.
- Grupo IV: Personal trabajador manual cualificado y semicualificado de la industria, comercio y servicios.
- Grupo V: Personal trabajador no cualificado

El análisis de las desigualdades por clase social dentro de los grupos de edad requirió agrupar la variable anterior en dos categorías:

- Clase social no manual: agrupa las ocupaciones no manuales (grupos I, II y III)
- Clase social manual: agrupa las ocupaciones manuales (grupos IV y V)

Nivel de estudios

Se midió a partir del nivel máximo de estudios alcanzado, agrupado en las siguientes categorías:

- Hasta estudios primarios
- Estudios secundarios básicos
- Estudios secundarios superiores
- Estudios universitarios

El análisis de las desigualdades nivel de estudios dentro de los grupos de edad requirió agrupar la variable anterior en dos categorías:

- Hasta estudios secundarios básicos
- Estudios secundarios superiores o universitarios

Análisis de datos

Se calcularon las prevalencias estandarizadas por edad del consumo de tabaco por clase social ocupacional para cada año y sexo en la población mayor de 16 años en la CAE. En el caso del nivel de estudios, el análisis se realizó en la población mayor de 25 años, con el fin de que las personas hubieran finalizado su periodo de formación y se recogiera, de forma más adecuada, su nivel de estudios máximo alcanzado. Se utilizó la estandarización directa tomando como referencia la población de la CAPV de 1997. Para cada año de la encuesta se estimó la asociación entre el consumo de tabaco y la clase social y el nivel de estudios mediante la razón de prevalencia (RP) ajustada por edad. La RP se calculó mediante modelos de regresión log-binomial en los que tanto las variables socioeconómicas como la edad fueron introducidas en el modelo como variables categóricas, tomando como categoría de referencia el grupo social más favorecido.

El resumen y la comparación del impacto total de las desigualdades a lo largo del periodo se realizaron a partir del índice relativo de desigualdad (IRD) y de la prevalencia en exceso atribuible a las desigualdades. El IRD tiene en cuenta la distribución de la población a lo largo de los grupos socioeconómicos de forma que elimina el posible efecto del cambio en los mismos a lo largo del tiempo sobre la magnitud de las desigualdades en salud. Para su cálculo, el nivel socioeconómico se cuantifica como la posición relativa de cada individuo en la jerarquía socioeconómica, a partir de su clase social ocupacional o nivel de estudios. Esta medida continua se relacionó con el consumo de tabaco a partir de modelos de regresión log-binomiales. La RP ajustada por edad estimó la razón entre el consumo de tabaco de las personas en el extremo más bajo respecto a las del extremo más alto de la jerarquía socioeconómica. El IRD asume una relación lineal entre el indicador de salud y la posición socioeconómica para todos los grupos socioeconómicos.

La prevalencia en exceso atribuible a las desigualdades por clase social permitió calcular la prevalencia de tabaquismo que podría haberse evitado en la CAE si todos los grupos sociales tuvieran la misma prevalencia que el del grupo más favorecido. Esta medida se calculó mediante modelos de regresión log-binomial ya construidos para el cálculo de las razones de prevalencia. En relación al análisis de las desigualdades por nivel de estudios en el conjunto de la población, las prevalencias atribuibles se calcularon mediante un modelo de regresión de Poisson modificado con varianza robusta. Se estimó el número personas fumadoras que se hubieran evitado si la prevalencia de tabaquismo de toda la población fuera igual a la de las

personas de clase social más favorecida o de nivel de estudios universitario. Para ello, se aplicó el modelo de regresión estimado a una matriz de datos hipotética en la que todos los individuos tenían el valor de la clase social más favorecida o del nivel de estudios universitario, y se calculó la diferencia entre el número de defunciones observadas y las estimadas al aplicar el modelo a los datos simulados.

Una cifra negativa indicaría el aumento en la prevalencia de personas fumadoras que se produciría si toda la población tuviera las tasas del grupo más favorecido. Esta medida, que está ajustada por edad, tiene en cuenta la distribución socioeconómica completa de toda la población y elimina el posible efecto del cambio en el tamaño de los grupos socioeconómicos sobre la magnitud de las desigualdades en salud observadas.

El análisis por grupos de edad se realizó a partir del año 1992, debido a la reducida muestra de personas para algunas categorías en el año 1986. Todos los análisis se realizaron, además, agrupando la clase social en “clase social manual” y “clase social no manual”, y el nivel de estudios en “hasta estudios secundarios básicos” y “estudios secundarios superiores o universitarios”.

Todos los análisis se realizaron de forma separada para hombres y mujeres.

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Organización Mundial de la Salud Tabaco: Mortífero en todas sus formas. 2006 [acceso 27 de noviembre de 2006]. Disponible en: www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2006/translations/Brochure_Spanish.pdf.
- ² United States Department of Health and Human Services. Health consequences of smoking. A report of the surgeon general. Atlanta: Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention; 2006.
- ³ Benegas JR, Díez L, González J. et al. La mortalidad atribuible al tabaquismo comienza a descender en España. *Med Clin (Barc)*. 2005; 124(20): 769-71.
- ⁴ Departamento de Sanidad y Consumo. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en la CAPV, 2008. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad y Consumo; 2010
- ⁵ Rogers EM. Diffusion of innovations. New York: Free Press; 1995.
- ⁶ Pasarín I, Fernández E. "Les desigualtats en els estils de vida". En Borrell C, Benach J. Coord. Les desigualtats en la salut a Catalunya. Barcelona: Editorial Mediterrània; 2002.
- ⁷ Lopez AD, Collishaw NE, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in Developer countries. *Tob Control*. 1994; 3: 242-47.
- ⁸ Pasarín I, Fernández E, Rodríguez-Sanz M, Nebot M. "Les desigualtats en els estils de vida" En: Borrell C, Benach J. Coord. Evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya. Barcelona: Editorial Mediterrània; 2005.
- ⁹ Schaap MM, Kunst AE, Leinsalu M. Female ever-smoking, education, emancipation and economic development in 19 European countries. *Soc Sci Med*. 2009; 68: 1271-8.
- ¹⁰ Schaap MM, Kunst AE. Monitoring of socio-economic inequalities in smoking: learning from the experiences of recent scientific Studies. *Public Health*. 2009; 123: 103-9.
- ¹¹ Layte R, Whelan CT. Explaining social class inequalities in smoking: the role of education, self-efficacy, and deprivation. *European Sociological Review*. 2009; 25:399-410
- ¹² WHO. European Health for All Database. 2007
- ¹³ Villalbí JR, Rodríguez-Sanz M, Villegas R. et al. Cambios en el patrón de tabaquismo de la población: Barcelona, 1983-2006. *Med Clin (Barc)*. 2009; 132(11): 414-9.
- ¹⁴ Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe 2007 del Observatorio español sobre drogas. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
- ¹⁵ Gallus S, Pacifici R, Colombo P. et al. Prevalence of smoking and attitude towards smoking regulation in Italy, 2004. *Eur. J. Cancer Prev*. 2006; 15: 77-81.
- ¹⁶ Rohrmann S, Kroke A, Boeing H. et al. Time trends in cigarette smoking in two German cohorts—results from EPIC Germany. *Eur J Cancer Prev* 2003; 12: 327-32.
- ¹⁷ Hovell M, Roussos S, Hill L. et al. Engineering clinician leadership and success in tobacco control: recommendations for policy and practice in Hungary and Central Europe. *Eur J Dent Educ*. 2004; Suppl 4:51-60.
- ¹⁸ Frank PI, Morris JA, Frank TL. et al. Trends in smoking habits: a longitudinal population study. *Fam Pract*. 2004; 21: 33-8.
- ¹⁹ Boström G. Chapter 9: Habits of life and health. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2006; 34(3): 199-228.
- ²⁰ Lahelma E, Rahkonen O, Berg M. et al. Changes in health status and health behaviour among Finnish adults 1978-1993. *Scand J Work Environ Health*. 1997; 23: 85-90.
- ²¹ Verlato G, Melotti R, Corsico AG. et al. Time trends in smoking habits among Italian young adults. *Respir Med*. 2006; 100(12): 2197-206.
- ²² Mereu A, Sardu C, Minerba L. et al. Smoking Trends and educational level in Italy in the age group 20-24, from 1950 to 2000. *Substance Use & Misuse*. 2009; 44(2): 163-71.
- ²³ Ahacic K, Kennison R, Thorslund M. Trends in smoking in Sweden from 1968 to 2002: age, period, and cohort patterns. *Prev Med*. 2008; 46: 558-64.
- ²⁴ Rodríguez-Sanz M, Morales E, Pasarín MI. et al. Enquesta de Salut de Barcelona 2006. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2008.
- ²⁵ Ministerio de Sanidad y Política Social. Encuesta Nacional de Salud 2006. Disponible en [consultado 24-06-09]: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaIndice2006.htm>
- ²⁶ Borrell C, Rue M, Pasarín MI. et al. Trends in social class inequalities in health status, health-related behaviors, and health services utilization in a Southern European Urban Area (1983-1994). *Prev Med*. 2000; 31: 691-701.
- ²⁷ Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL, Calle ME. et al. Trends in cigarette smoking in Spain by social class. *Prev Med*. 2001; 33: 241-8.
- ²⁸ Nebot M, Tomás MJ, López C. et al. Cambios en el consumo de tabaco en la población general en Barcelona, 1983-2000. *Aten Primaria*. 2004; 34(9): 457-64.

-
- ²⁹ Schiaffino A, Fernández E, Kunst A. et al. Time trends and educational differences in the incidence of quitting smoking in Spain (1965-2000). *Prev Med.* 2007; 45: 226-32.
- ³⁰ Fernández E, Schiaffino A, García M. Widening social inequalities in smoking cessation in Spain, 1987-1997. *J Epidemiol Community Health.* 2001; 55: 729-730.
- ³¹ Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam J. et al. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med.* 358(23): 2468-81.
- ³² Giskes K, Kunst AE, Benach J. et al. Trends in smoking behaviour between 1985 and 2000 in nine European countries by education. *J Epidemiol Community Health.* 2005; 59(5): 395-401.
- ³³ Cavelaars AEJM, Kunst AE, Benach J. et al. Trends in smoking behaviour between 1985 and 2000 in nine European countries by education. *J Epidemiol Community Health.* 2005; 59: 395-401
- ³⁴ Menvielle G, Kunst AE, Stirbu I. et al. Educational differences in cancer mortality among women and men: a gender pattern that differs across Europe. *Br J Cancer.* 2008; 98(5): 1012-9
- ³⁵ Salvador-Llivina T. Condicionantes del consumo de tabaco en España. *Adicciones.* 2004; 16: 25-58.
- ³⁶ Fayter D, Main C, Misso K. et al. Population tobacco control interventions and their effects on social inequalities in smoking. University of York; 2008.
- ³⁷ Jané M, Saltó E, Pardell H. et al. Prevalencia del tabaquismo en Cataluña, 1982-1998: una perspectiva de género. *Med Clin (Barc).* 2001; 118(3): 81-5.
- ³⁸ Joossens L, Sasco A, Salvador T. et al. Women and tobacco in the European Union. *Esp Salud Pública.* 1999; 73: 3-11.
- ³⁹ Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. Encuesta de Salud de la C.A del País Vasco 2002 Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2004.