

MAGNITUD Y EVOLUCIÓN DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN EL TABAQUISMO EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EUSKADI: 1986-2007



**MAGNITUD Y EVOLUCIÓN
DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES
EN EL TABAQUISMO**
EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EUSKADI:
1986-2007

**TESIS DOCTORAL
2012**

Autora: Amaia Bacigalupe De La Hera

Directora: Carme Borrell Thió

Tutor: Miquel Porta Serra

Agradecimientos

Comenzar los agradecimientos al acabar la tesis será de las cosas más complicadas porque una se pregunta cómo ha llegado hasta este punto y son muchas las personas que le vienen a la cabeza. Empezar por el final a veces ayuda y, en este caso, además es lo más justo. Mil gracias a Carme Borrell por la sencilla razón de que sin ti esto no hubiera podido llegar ni a buen puerto ni a la hora que pretendía. En este atolondrado proceso que a veces es la tesis no ha habido ni una mínima piedra que hayas puesto en el camino y todo, en cambio, han sido aportaciones constructivas, buenos consejos y facilidades. La verdad es que era fácil admirarte antes de que aceptaras ayudarme como directora, por ese compromiso tan fuerte por hacer que la epidemiología sea también una herramienta para el cambio social, pero durante este tiempo he podido comprobar que eres además una persona enormemente generosa. Gracias de verdad por el esfuerzo que has hecho sin pedir nada a cambio. Un abrazo grande también a mi tutor, Miquel Porta, por esos buenos consejos para no desanimarme a lo largo del proceso y por haber confiado en que podría llegar a tiempo. En este sentido, mil gracias al Departament de Pediatria, d'Obstetrícia i Ginecologia i de Medicina Preventiva de la UAB y a sus dos secretarías por haberme facilitado a mí y a mi "secretario" el arduo camino burocrático que también conlleva terminar una tesis.

Si hoy, además, puedo estar escribiendo estos agradecimientos es gracias a los años que he pasado trabajando junto a Santi Esnaola en el Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria del Departamento de Sanidad y Consumo, a quien debo y dedico, además, cada una de las hojas que siguen a estos agradecimientos. Me has enseñado el valor del trabajo bien hecho, de la constancia y de no frustrarme por sentir que casi siempre se rema en contra de la corriente (y es que estar en los márgenes, nunca fue sencillo...). Contigo he aprendido lo que puede aportar la salud pública a la sociedad y créemelo de verdad, hasta llegar a hacer de esta profesión casi un modo de vida. Además, por si esto fuera poco, me has apoyado y te has preocupado por mí en momentos complicados... Eskerrik asko benetan.

Otras personas como Elena Aldasoro han dejado en mí un poso muy importante en lo personal y profesional que me acompañará durante largos años. Aunque la salud pública haya perdido una cabeza brillante, estoy tranquila de saber que una persona como tú esté ahora cuidando de nuestro sistema sanitario... Un recuerdo especial me merecen José Manuel Freire y Eduardo Garate, sin cuyo paso por mi vida, no sé en qué otros lares me encontraría... Gracias también a todas las personas que hacen que el trabajo en el Departamento, a pesar de esos madrugones, sea un auténtico lujo y me haga disfrutar y aprender tanto cada día. También, cómo no, a las personas e instituciones que me han facilitado los datos para hacer esta tesis y que me han resuelto cada duda que me ha ido surgiendo. Gracias, en especial, a Fernan por todos los artículos que siempre me has facilitado sin ningún problema.

En el departamento de Sociología 2 de la Universidad del País Vasco he encontrado también buena parte del empuje para terminar esta tesis. Sobre todo quiero agradecer a Matxalen, Marta, Idoia, y a las coordinadoras y expertas investigadoras en migraciones por hacer que ese pasillo, a menudo tan solitario, siempre tenga una chispa de alegría y no cueste pasar largas horas... También, a otros buenos/as compañeros/as de camino académico como Mercè, Noemi, Marcos, Lucía o Pili, con quienes dentro o fuera de la universidad, seguimos compartiendo buenos momentos.

Si una sigue echando la vista atrás, se encuentra a esas personas que durante muchos, muchos años, la han acompañado a lo largo de este camino, mucho más intenso que la tesis, que es la vida, y con las que he pasado muchos de los momentos más importantes, tanto de alegría como de tristeza. Eskerrik asko, especialmente, a Tai, Zior, Marti, Esti, Jani y Zalo porque sois mi otra gran familia, que siempre está ahí dispuesta a arroparme, y por todas las palabras de cariño y confianza de que sería capaz de salir airosa de este lío... Y a Marti, además, por tanta paciencia con la edición de estas páginas pero, sobre todo, por tanta desigualdad en salud vivida en propias carnes, que me han enseñado todo lo que todavía nos queda por cambiar como sociedad... También, cómo no, a todas esas personas que os habéis preocupado de si llegaría sana y salva a doctorarme y me habéis cuidado en el camino. Sobre todo, eskerrik asko a Susana, Carmen y Maite pero también a Jon, Edu, Javi, Imanol, Josep y Eva por muchos momentos buenos durante este tiempo que han aligerado las presiones...

Ya cuando una no puede echar la vista más atrás, porque llega al origen de todo lo que una es, aparecen esas personas que son únicas y que marcan la biografía de cada cual de manera irremediable y, por tanto, impregnan cada hoja de esta tesis, aunque no hayan leído ni una palabra de la misma. A mis tíos, primas y amama, porque haber crecido con un entorno tan feliz tiene, necesariamente, que influir en cómo una encara la vida. Cómo no a David, por esos kit-kat tan apetitosos que me has ido dando y por preocuparte que no me "distrajara" por el camino. Y a mi hermano Eneko, con quien he comprendido que incluso los problemas más complicados pueden tener solución si nos esforzamos para ello. Pero, sobre todo, quiero dedicar esta tesis a las cuatro personas más importantes de mi vida. A mi hermana Natalia, porque con su vitalidad llena de alegría cada espacio que compartimos y, sobre todo, porque sé que siempre está ahí como amiga, como hermana y muchas veces como madre, para darme todo lo que necesito, a pesar, muchas veces, de mis malos humos... ¡No sé qué haría sin ti! Pero sobre todo a aita y ama, que son los auténticos pilares de mi vida, las personas que más me han enseñado y más me han dado en todo este camino y de quienes he aprendido la fortaleza de enfrentarse a los problemas difíciles y sobreponerse. Gracias por esa sensación de seguridad con la que he crecido para saber que puedo ir caminando y equivocarme sin miedo porque los errores son parte del aprendizaje de la vida. Me siento muy orgullosa de tener unos aitas como vosotros...

Y, cómo no, a ti Unai, la persona que da cada día sentido a mi vida y que siempre me lo da todo sin pedir nunca nada a cambio. Nada de esto, ni tantas otras cosas importantes, hubieran sido posibles sin tu apoyo constante. Todavía pienso en la suerte que tuve de que nuestros autobuses fueran siempre los últimos en bajar de ese destierro universitario en Leioa... Eres, sin ninguna duda, el compañero de viaje que todo el mundo se merecería disfrutar alguna vez.

Eskerrik asko bihotzez danoi.

Presentación

“El consumo de tabaco no se expande por vectores animales, no se transmite a través de aguas contaminadas o por partículas en el aire. El tabaco es un problema de salud pública porque se trata de una realidad construida en la estructura social y ambiental de la mayor parte de las sociedades por parte de una industria que se ha beneficiado ininterrumpidamente de su mercado” (David et al., 2010).

El tabaquismo constituye en la actualidad una de las áreas de investigación más relevantes de la salud pública y las políticas destinadas a la lucha contra el tabaquismo centran buena parte de la actuación de las administraciones de salud pública occidentales. Gran parte de esta importancia se ha debido a la evidente carga que el tabaco tiene en la salud poblacional, pero cada vez más, también, a la constatación de que el consumo de tabaco, así como su inicio y cesación, muestran grandes regularidades entre grupos sociales, de forma que no puede ser considerado como un mero hábito individual, libremente escogido, sino que se encuentra socialmente condicionado. Por ello, las políticas de control del tabaquismo deben, necesariamente, tener en cuenta esta realidad si pretenden, además de reducir el consumo de tabaco, evitar que esta práctica siga concentrándose en los grupos sociales con menos recursos en nuestras sociedades. Esta tarea no es sencilla ya que implica que, más allá de acciones individuales de consejo, educación para la salud o deshabituación tabáquica, se incida sobre los determinantes distales relacionados con las condiciones de vida de las personas que son las que, en última instancia, están influyendo en la mayor exposición y vulnerabilidad de determinados grupos sociales al consumo de tabaco y sus consecuencias.

En el contexto de la Comunidad Autónoma de Euskadi (CAE), esta tesis ha tenido como objetivo analizar la magnitud y la evolución de las desigualdades sociales en tabaquismo entre 1986 a 2007, tratando de identificar los diferentes patrones que se pueden presentar según el sexo y la edad de las personas. Sus resultados pretenden aportar claves para entender, más allá de los límites de la CAE, cuáles son las características de la evolución de la epidemia en estos últimos años en el contexto del sur Europa.

La tesis se estructura en los cinco siguientes capítulos: una primera introducción, en la que se realizará una revisión del marco conceptual y el estado de la cuestión en el que se enmarca el trabajo empírico realizado así como la justificación que lo ha impulsado. En el segundo capítulo, se detallan cuáles han sido los objetivos de investigación y de qué hipótesis se partía, para explicar en el tercer capítulo cuál ha sido la metodología empleada, en relación a las fuentes, variables y estrategia de análisis. Los capítulos fundamentales, el cuarto y el quinto, recogen los principales resultados de la tesis y la discusión de los mismos, fundamentalmente en relación a su contextualización en la evidencia ya existente sobre las desigualdades sociales en el tabaquismo y las implicaciones para el ámbito de la planificación política y la investigación que conllevan los mismos.

Índice

RESUMEN	11
1. INTRODUCCIÓN	15
1.1. Tabaquismo y salud pública	16
1.1.1. La magnitud del problema: el impacto del tabaquismo en la salud poblacional.....	16
1.1.2. La epidemia del tabaquismo: cronología e influencia del contexto socioeconómico.....	19
1.1.2.1. El modelo de la epidemia del tabaquismo en las sociedades occidentales.....	19
1.1.2.2. Aportaciones del modelo de la difusión de las innovaciones de E. Rogers a la comprensión de la epidemia del tabaquismo.....	22
1.1.2.3. La epidemia del tabaquismo en el estado español.....	25
1.1.3. Los actores del tabaco: la influencia de la industria tabaquera y las políticas públicas de control del tabaquismo	28
1.1.3.1. La industria tabaquera y otros agentes pro tabaco.....	28
1.1.3.2. Las políticas públicas de control del tabaquismo	32
1.1.3.2.1 Políticas para el control del tabaquismo en el estado español....	34
1.2. Tabaco, salud y desigualdades sociales en salud	37
1.2.1. Los determinantes de la salud y el papel del tabaco: del modelo biomédico a los modelos sociales de la salud	37
1.2.1.1. El modelo biomédico: factores biológicos, sistema sanitario y conductas relacionadas con la salud.....	37
1.2.1.2. Los modelos sociales de la salud: las conductas como factores intermedios entre lo social y la salud	39
1.2.2. El tabaco como generador de desigualdades sociales en salud.....	42

1.3. Desigualdades sociales en el tabaquismo: marco conceptual y evidencia empírica	44
1.3.1. Marco conceptual de las desigualdades sociales en el tabaquismo.....	44
1.3.2. Situación actual de las desigualdades sociales en el tabaquismo: la evidencia internacional	49
1.3.2.1. Las desigualdades sociales en el consumo de tabaco y su evolución.....	49
1.3.2.1.1. Las desigualdades en el consumo de tabaco y su evolución en España en el contexto del sur de Europa.....	56
1.3.2.2. Las desigualdades sociales en los patrones de inicio y cesación del consumo de tabaco y su evolución.....	58
1.3.2.2.1. Las desigualdades en los patrones de inicio y cesación del consumo de tabaco y su evolución en España en el contexto del sur de Europa.....	60
1.4. Justificación del estudio	65
2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	67
2.1. Objetivos.....	68
2.2. Hipótesis.....	68
3. METODOLOGÍA	71
3.1. Población, diseño y fuente de datos	72
3.2. Variables de estudio.....	74
3.3. Análisis de datos	85
3.3.1. Análisis de la magnitud y evolución del tabaquismo en la población general	85
3.3.2. Análisis de la magnitud y evolución de las desigualdades sociales en el tabaquismo	86

4. RESULTADOS	93
4.1. El tabaquismo en la población general de la CAE: evolución de 1986 a 2007	94
4.1.1. Consumo de tabaco e intensidad del consumo	94
4.1.2. Inicio del consumo de tabaco	98
4.1.3. Cesación del consumo de tabaco, intentos de cesación y el papel del sistema sanitario	101
4.1.4. La exposición al humo ambiental del tabaco.....	105
4.2. Desigualdades sociales en el tabaquismo en la población de la CAE: evolución de 1986 a 2007	111
4.2.1. Desigualdades socioeconómicas en la población vasca: evolución del nivel de estudios, la clase social y la situación laboral	112
4.2.2. Desigualdades sociales en el tabaquismo en la población de 25 a 44 años.....	117
4.2.2.1. Desigualdades sociales en el consumo de tabaco e intensidad del consumo.....	117
4.2.2.2. Desigualdades sociales en el inicio del consumo de tabaco.....	123
4.2.2.3. Desigualdades sociales en la cesación del consumo de tabaco, los intentos de cesación y el papel del sistema sanitario.....	132
4.2.2.4. Desigualdades sociales en la exposición al humo ambiental del tabaco	139
4.2.3. Desigualdades sociales en el tabaquismo en la población mayor de 44 años	148
4.2.3.1. Desigualdades sociales en el consumo de tabaco e intensidad del consumo.....	148
4.2.3.2. Desigualdades sociales en el inicio del consumo de tabaco.....	153
4.2.3.3. Desigualdades sociales en la cesación del consumo de tabaco, los intentos de cesación y el papel del sistema sanitario	162
4.2.3.4. Desigualdades sociales en la exposición al humo ambiental del tabaco	168

5. DISCUSIÓN	187
5.1. ¿Cuáles han sido los resultados principales de esta tesis?.....	188
5.2. ¿Cómo se relacionan estos resultados con otros estudios del contexto estatal e internacional?.....	192
5.3. ¿Qué limitaciones ha tenido esta tesis?	197
5.4. ¿Qué implicaciones tienen los resultados de esta tesis?.....	202
5.5. Líneas futuras de investigación.....	206
BIBLIOGRAFÍA	209
ÍNDICE DE FIGURAS	229
ÍNDICE DE TABLAS	235



RESUMEN

Introducción

Muchos países se encuentran ya en la última fase de la epidemia del tabaquismo, en la que el consumo de tabaco se concentra en los grupos más desfavorecidos, si bien en el sur de Europa la epidemia está aún en evolución y su presentación difiere según el sexo y la edad. Pocos estudios han analizado las desigualdades sociales en el consumo de tabaco en un periodo de 21 años en el sur de Europa y no se han hallado prácticamente análisis que contemplen las dinámicas de la distribución desigual del inicio, cesación y exposición pasiva al tabaquismo desde una perspectiva integrada para la comprensión de las desigualdades en el consumo. Asimismo, no se conocen estudios en el contexto español que hayan utilizado datos de la historia clínica digital de Atención Primaria (AP) para el estudio de las desigualdades sociales en la deshabituación tabáquica. En el contexto de la Comunidad Autónoma de Euskadi (CAE), se trata del primer análisis de la evolución de las desigualdades sociales en el tabaquismo que se ha realizado hasta el momento.

Objetivo

El objetivo de la tesis ha consistido en analizar la magnitud y evolución de las desigualdades sociales en las diferentes dimensiones del tabaquismo –consumo actual, inicio, cesación y exposición al humo ambiental del tabaco- según la clase social ocupacional, el nivel de estudios y un índice ecológico de privación socioeconómica en el periodo de 1986 a 2007, por sexo y grupos de edad.

Métodos

Se realizó un estudio de tendencias en base al análisis de cortes transversales sobre la población no institucionalizada mayor de 16 años de la CAE, a partir de las cinco Encuestas de Salud de Euskadi (1986, 1992, 1997, 2002 y 2007) (n=24.726). Para el análisis de la deshabituación se realizó un diseño transversal de la población fumadora mayor de 16 años adscrita a los centros de salud de la comarca sanitaria de Araba en 2010-2011 (n=31.594), de la que se obtuvo su nivel socioeconómico a partir de los indicadores socioeconómicos de la sección censal de residencia. Para ello se enlazó el índice MEDEA de privación socioeconómica de la sección censal y la historia clínica digital de AP. Se calcularon, para cada año, prevalencias y medias brutas y estandarizadas de todas las variables según la clase social ocupacional y el nivel de estudios, y según un índice ecológico de privación en el análisis de la deshabituación tabáquica. El resumen de las desigualdades se realizó mediante el índice relativo de desigualdad y se calculó también la prevalencia de tabaquismo en exceso atribuible a las desigualdades. Para las variables continuas, las medias ajustadas por edad y el resumen de las desigualdades se calcularon mediante análisis de la covarianza. Para el inicio, se calcularon curvas de supervivencia y riesgos relativos mediante regresión de Cox. Todos los análisis se hicieron de forma separada para hombres y mujeres, y en los grupos de edad de 25-44 y más de 45 años.

Resultados

Los resultados muestran que el consumo de tabaco se ha reducido en los hombres de la CAE mientras que en las mujeres se mantiene si bien el pico del consumo podría haberse superado. Los grupos de edad más jóvenes son los que más han reducido el consumo. La población joven de la CAE está ya inmersa en la última etapa de la epidemia, en la que el consumo se concentra en los grupos más desfavorecidos y es de mayor intensidad entre estos últimos. En las mujeres jóvenes y los hombres mayores se ha observado un cambio de patrón por el que los menos favorecidos han pasado a fumar más en los años de estudio. En las mujeres mayores se observan claras desigualdades inversas, con un mayor consumo entre las más favorecidas.

El papel que han tenido las dinámicas de inicio y cesación en las desigualdades en el consumo de tabaco ha diferido según el sexo y la edad: en los hombres jóvenes, el

mayor inicio entre los más desfavorecidos ha sido el factor fundamental, mientras que en las mujeres jóvenes y, sobre todo, en los hombres mayores, lo ha sido la mayor cesación entre los más aventajados. En las mujeres mayores, la mayor cesación entre las más aventajadas no logra compensar su mayor inicio.

El consejo antitabaco fue más frecuente en los grupos socioeconómicamente más desfavorecidos en la población joven, mientras que en las mujeres mayores se observó el patrón contrario. La deshabitación fue más frecuente en los hombres más desfavorecidos mientras que el patrón en las mujeres no fue claro. Asimismo, el consumo empedernido se concentró entre los grupos desfavorecidos en el caso de los hombres. Por último, las desigualdades en la exposición al HAT han variado según el lugar referido, el sexo y la edad. Las desigualdades más relevantes se han dado en el hogar, los lugares de ocio y el trabajo en los hombres jóvenes.

Conclusiones

Las desigualdades en el consumo de tabaco son de gran relevancia y han aumentado en la población de la CAE de 1986 a 2007, especialmente en la población joven. Los cambios de patrón que están sufriendo estas desigualdades, la aparición de nuevos perfiles de fumadores/as persistentes, así como el diferente papel que juegan las dinámicas de inicio y cesación en las desigualdades en el consumo deben tenerse en cuenta para mejorar la efectividad de las políticas de control del tabaquismo y, sobre todo, su desigual impacto entre grupos sociales. Éstas, sin embargo, parece que hasta el momento han sufrido de sesgos androcéntricos y carecen de la perspectiva de la desigualdad social, lo cual previsiblemente no evitará el avance de la epidemia hacia mayores cotas de desigualdad en el tabaquismo.



INTRODUCCIÓN

En el siguiente apartado se realizará una revisión de los principales ámbitos teóricos que contextualizan esta tesis y que han servido como base conceptual para el planteamiento de los objetivos, el tipo de análisis realizado y la interpretación posterior de los resultados. En un primer lugar, se realizará un repaso acerca de la magnitud del tabaquismo como problema de salud pública, destacando tanto su impacto sobre la salud poblacional como el desarrollo histórico que ha tenido la epidemia del tabaco y el papel que han jugado actores claves como la industria tabaquera y las políticas públicas de control del tabaquismo en la misma.

En un segundo apartado, se describirá cómo ha ido variando la concepción del tabaco en las diferentes perspectivas de la salud y sus determinantes, desde una conducta individual, libremente escogida, hasta un comportamiento socialmente condicionado por un conjunto de determinantes sociales que serán descritos como propuesta de modelo conceptual de las desigualdades en el tabaquismo para esta tesis.

Finalmente, se realiza un repaso de la situación actual de las desigualdades en el tabaquismo, revisando la evidencia internacional al respecto, para poder partir de un adecuado diagnóstico de la problemática en la actualidad.

1.1. TABAQUISMO Y SALUD PÚBLICA

1.1.1. La magnitud del problema: el impacto del tabaquismo en la salud poblacional

Ya en 1858 la revista Lancet publicó las primeras muestras de inquietud acerca de los efectos del consumo de tabaco sobre la salud, si bien no fue hasta comienzos de la década de 1950 cuando varios estudios mostraron una relación clara entre el tabaquismo y el cáncer de pulmón (Doll y Hill, 1950; Wynder y Graham, 1950). A partir de la publicación de estos primeros estudios, otros han confirmado a lo largo de estas últimas décadas el efecto del consumo de tabaco en la etiología de otras muchas enfermedades (Doll y Peto, 1994). En términos generales, el mensaje más relevante ha sido que la cesación del consumo de tabaco con anterioridad a los cincuenta años reducía a la mitad el riesgo de morir de la cohorte de médicos ingleses observada, y que aquéllos que lo abandonaban antes de los treinta años presentaban un riesgo similar a la población no fumadora (Doll y Peto, 2004).

En la actualidad, la adicción al tabaco es una epidemia global con importantes efectos sobre la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad, que además genera grandes costes económicos. Se trata de 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. Este listado ha ido aumentando a medida que los diversos estudios han puesto de manifiesto su contribución a otras patologías como las cataratas, la neumonía, la leucemia mieloide aguda, el aneurisma de la aorta abdominal, el cáncer de estómago, de páncreas, de útero, de riñón, la periodontitis y otras enfermedades (US Department of Health and Human Services, 2004).

Por todo ello, el tabaquismo se considera en la actualidad un verdadero problema de salud pública a nivel mundial, en el que intervienen diversos actores como los gobiernos, las organizaciones internacionales, las empresas tabaqueras, las empresas de marketing y, en última instancia, las propias personas consumidoras. La confluencia de diversos agentes conlleva que, por lo tanto, no se deba entender el consumo de tabaco como la consecuencia de un comportamiento individualmente decidido, sino que debe concebirse como una conducta socialmente condicionada por el contexto socioeconómico de las personas, lo que explica, precisamente, que en la actualidad se esté concentrando progresivamente en los estratos sociales más desfavorecidos, mientras que hace unos años se trataba de una práctica propia de las capas sociales más aventajadas. Además, la vulnerabilidad ante los riesgos que supone el consumo de tabaco también está socialmente determinada ya que, por ejemplo, se ha mostrado el mayor riesgo de las mujeres fumadoras a desarrollar problemas de infertilidad u osteoporosis en comparación con los hombres así como una menor supervivencia por parte de las personas fumadoras de grupos sociales más desfavorecidos en

comparación con las socialmente mejor posicionadas (WHO, 1992). La influencia de la interacción entre los factores sociales en la vulnerabilidad diferencial (Diderichsen et al., 2001) ante el tabaco es también relevante, tal y como lo muestra la menor supervivencia de los hombres de todas las clases sociales en comparación con las mujeres con la misma intensidad de consumo de tabaco (Gruer et al., 2009).

La carga de mortalidad y enfermedad del tabaquismo se está concentrando rápidamente en los países empobrecidos, en los que el consumo continúa aumentando, y se prevé que siete de cada diez fallecimientos asociados con el consumo de tabaco ocurra en dichos países (Periago, 2003). En los países occidentales su efecto sobre la mortalidad y la morbilidad también es de gran relevancia. En la región europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el *World health report 2002* estimó que el tabaco ocasionaba 1,6 millones de muertes anuales, siendo la primera causa de mortalidad prematura (WHO, 2002).

En los últimos años multitud de estudios han puesto de manifiesto no sólo el daño que produce el consumo de tabaco activo, sino los riesgos para la salud de la exposición continuada al humo ambiental de tabaco (HAT) o tabaquismo pasivo que implica una exposición a sustancias carcinógenas y tóxicas similares al consumo activo. Se ha documentado en este sentido, una relación clara con el cáncer de pulmón, la enfermedad coronaria, además de la muerte súbita del lactante y afecciones respiratorias en la infancia (IARC, 2004).

Se estima que en la actualidad existen en el mundo alrededor de 1.300 millones de personas fumadoras y el número de defunciones que ocasiona el consumo de tabaco se calcula hoy en día en 5.000 millones al año (OMS, 2006). De mantenerse la tendencia de la epidemia, en el futuro la mortalidad atribuible al tabaco a nivel mundial podría duplicarse para el año 2020.

Las estimaciones realizadas en el contexto español han llegado a atribuir al tabaco el 4,5% de los ingresos hospitalarios anuales, el 6,3% de las consultas extrahospitalarias, el 15,9% de la mortalidad y el 12,0% del total de años potenciales de vida perdidos en personas mayores de 15 años (citado en Hernández-García et al., 2010). En 2002, se estimó que el 12,3% del total de años de vida perdidos ajustados por discapacidad se debieron al consumo y exposición al tabaco (WHO, 2007). En relación a la mortalidad total, diversos estudios han informado sobre un ascenso continuado de la mortalidad atribuible al consumo de tabaco hasta 2001, año en el que se estimó que 54.233 muertes fueron directamente atribuibles al tabaco en la población española mayor de 35 años (Banegas et al., 2005), lo que supuso una reducción respecto al año 1998 de 1.380 personas. Este descenso, sin embargo, se observó únicamente entre los hombres, ya que entre las mujeres, las muertes atribuibles al tabaco se incrementaron de 1998 a 2001 en 685 personas (tabla 1.1). Las últimas estimaciones disponibles hacen referencia al año 2006: siguiendo la misma metodología que la utilizada

para estimar la mortalidad atribuible en 2001, Banegas et al. estimaron que cinco años después se produjo una disminución de la mortalidad atribuible al tabaco de 1.078 muertes en los hombres, mientras que en las mujeres, la mortalidad siguió aumentando (1.114 casos) (Banegas et al., 2011). Otro estudio que utilizó riesgos relativos provenientes de análisis que los ajustaban por un mayor número de variables confusoras, estimó que en el año 2006 el tabaquismo ocasionó 58.573 muertes, el 23,9% del total de fallecimientos en los hombres y el 7,8% en las mujeres (Hernández-García et al., 2010).

Tabla 1.1. Muertes atribuibles al consumo de tabaco en personas de 35 y más años. España, 1978-2006

	Total	Hombres (%)	Mujeres (%)
2006	53.155	47.174 (88,7)	5.981 (11,3)
2001	54.233	49.366 (91,0)	4.867 (9,0)
1998	55.613	51.431 (92,5)	4.182 (7,5)
1995	53.964	50.098 (92,8)	3.866 (7,2)
1992	51.704	47.867 (92,6)	3.837 (7,4)
1989	47.232	44.077 (93,3)	3.155 (6,7)
1978	37.259	35.978 (96,6)	1.281 (3,4)

Fuente: Banegas et al., 2011

Un aspecto interesante que muestran estos análisis es que una fracción importante de la mortalidad atribuible al tabaco se observa en población exfumadora debido a que el periodo medio de inducción de la muerte por consumo de tabaco es de treinta años (Banegas, 2011) y, por lo tanto, el abandono tardío del consumo no evita la mayor parte del riesgo asociado. Asimismo, en las personas que han disminuido el consumo diario de tabaco tampoco se reduce de forma significativa el riesgo de mortalidad (Pisinger y Godtfredsen, 2007).

También se han publicado estimaciones sobre el impacto que la exposición al humo ambiental al tabaco (HAT) ha tenido en la mortalidad en el estado español, mostrando que en año 2002 el tabaquismo pasivo en el hogar y el lugar de trabajo pudo ocasionar entre 1.228 y 3.237 muertes (López et al., 2007).

En la Comunidad Autónoma de Euskadi (CAE), no existen datos recientes acerca del impacto del consumo de tabaco en la mortalidad. En 1998 se estimó que para el conjunto de las causas de mortalidad, en los hombres el consumo de tabaco fue responsable del 28% de los fallecimientos y en las mujeres del 10%. La mortalidad atribuible al tabaco por tumores malignos en los hombres fue del 38% y en las mujeres del 8%, por enfermedades del aparato circulatorio en los hombres del 32% y en las mujeres del 14%, y por enfermedades respiratorias en los hombres del 59% y en las mujeres el 37%. 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 (Departamento de Sanidad, 2002).

Estamos, por lo tanto, ante un problema de enorme magnitud e implicaciones para la salud pública mundial que, además, tal y como se verá en los siguientes apartados y capítulos, es de una gran complejidad por la multitud de determinantes, algunos más proximales y otros más distales, que influyen en el ámbito de decisión último de las personas.

1.1.2. La epidemia del tabaquismo: cronología e influencia del contexto socioeconómico

Desde finales del siglo XIX, las sociedades occidentales en primer lugar, y el resto de países del mundo posteriormente, han ido asistiendo a la propagación del consumo de tabaco, que ha adquirido el rango de epidemia. Y ello, no sólo porque su frecuencia haya superado lo que sería esperable en una población en un momento histórico concreto sino porque su difusión se ha producido en base a las fases clásicas de expansión, estabilización y remisión.

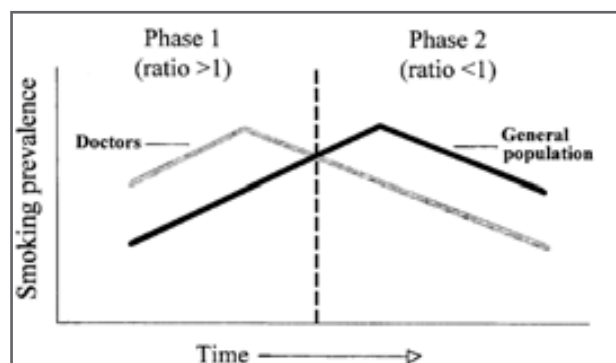
En los siguientes apartados, se describe de forma detallada el modelo de difusión de la epidemia del tabaquismo en las sociedades occidentales descrita por López, así como las razones de su evolución diferencial según los diversos grupos sociales, a partir de las aportaciones del modelo de la difusión de las innovaciones de Rogers. Por último, la descripción de la cronología de la epidemia en el estado español permitirá detallar cuáles han sido las peculiaridades del modelo español, retrasado en el tiempo respecto a otras sociedades de su entorno.

1.1.2.1. El modelo de la epidemia del tabaquismo en las sociedades occidentales

En base a la información existente acerca de los patrones de inicio y cesación del consumo de tabaco en varios países durante el siglo XX, López et al. propusieron en 1994 un modelo para establecer y caracterizar las diferentes fases de la epidemia del tabaquismo que pudiera ser de utilidad para la planificación de las políticas de salud pública (López et al., 1994). El antecedente de este modelo, lo encontramos en Kunze, que ya describió un modelo en dos fases para explicar la evolución diferencial del consumo de tabaco entre la población de profesionales médicos y la población general. Según su formulación, apoyada por datos históricos de países desarrollados, el tabaquismo entre médicos/as fue, en un primer momento, superior a la de la población general debido fundamentalmente a un nivel de renta superior y la falta de conocimiento o indiferencia hacia los riesgos asociados al tabaco. Posteriormente, cuando los efectos dañinos para la salud del consumo de tabaco fueron más evidentes,

los/as médicos/as abandonaron el hábito con anterioridad y en mayor número, de forma que su prevalencia de tabaquismo se situó por debajo de la población general (Kunze, 1989).

Figura 1.1. Modelo de dos fases de la epidemia del tabaquismo en población médica y población general



Fuente: Kunze (1989), citado en Davis (1993)

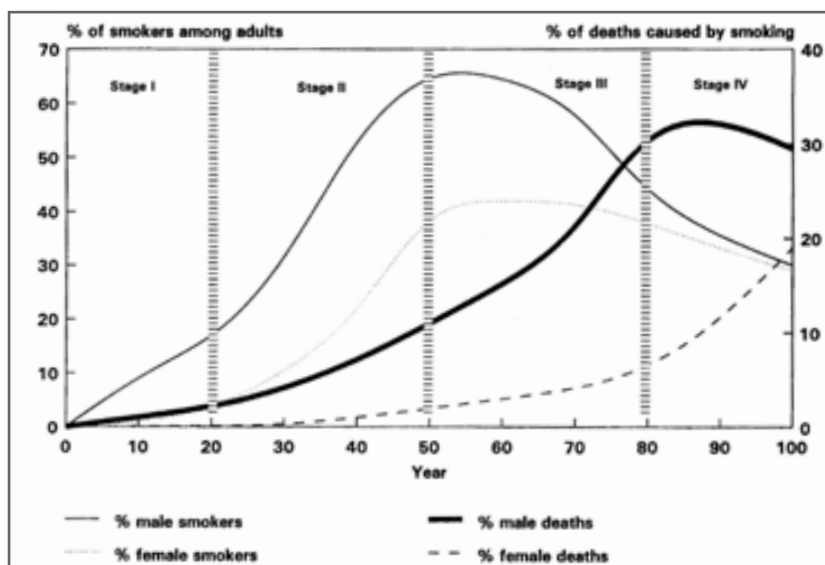
Según el modelo de la epidemia del tabaquismo en los países ricos desarrollada por López, ésta se divide en cuatro etapas. Tal y como señaló el propio autor, se trata de un modelo teórico basado en una categorización general de sus fases y no describe la experiencia de ningún país en concreto.

1. La primera etapa define el comienzo de la epidemia en una población, cuando la prevalencia es baja en el caso de los hombres (menor del 15%) aunque superior que la de las mujeres que raramente alcanza el 10% debido a los valores socioculturales contrarios al tabaquismo femenino. La mortalidad atribuible al tabaco no es todavía evidente, con una incidencia de cáncer de pulmón comparable a las poblaciones no fumadoras. López señaló que esta etapa podía ser relativamente corta, de una o dos décadas de duración, agotándose a medida que el consumo de tabaco aumentara su grado de aceptabilidad social.
2. Durante la segunda etapa, de una duración aproximada de dos o tres décadas, el consumo sigue aumentando rápidamente entre los hombres, quienes alcanzan valores pico entre un 50% y un 80%. Por su parte, la proporción de ex fumadores es todavía muy baja. En las mujeres, se observa un retraso temporal de unos veinte años respecto al comportamiento de los hombres, aunque se incrementa de forma relevante durante esta fase. Según López, en esta fase la prevalencia del consumo es similar en todos los grupos socioeconómicos y, si acaso, ligeramente superior entre las clases superiores. Las políticas de control del tabaquismo son esporádicas e inconexas, debido en parte a que todavía los riesgos del tabaco no están claramente descritos. Al final de esta etapa, el tabaco provocaría ya el 10% de las muertes en los hombres, aunque muchas menos en mujeres, y el cáncer de

pulmón se habría ya multiplicado por diez en el caso de los hombres.

3. El consumo comienza a disminuir en los hombres hasta alcanzar una prevalencia de alrededor del 40% al final de esta etapa, que tendría una duración de unas tres décadas. El consumo tiende a ser inferior entre los hombres de edades intermedias y mayores, muchos de los cuales han pasado a ser exfumadores. Un aspecto destacable de esta tercera etapa es que coincidiendo con su finalización, se comienza a observar un descenso en el consumo de las mujeres tras un periodo de estabilidad, que se habría podido alargar más que en el caso de los hombres. Debido a que en esta fase las consecuencias asociadas al tabaquismo serían ya conocidas, el pico observado en las mujeres no habría alcanzado el de los hombres, con prevalencias no superiores al 35-45%. La edad constituye una variable de gran relevancia en las diferencias observadas en las mujeres. Así, mientras que entre las mujeres jóvenes, el consumo puede ser del 40-50%, éste se reduce a menos del 10% en las mujeres mayores. En este momento de la transición de la epidemia, la prevalencia masculina es sólo ligeramente superior a la femenina, de alrededor de cinco puntos porcentuales. En relación a la distribución socioeconómica, López apunta a que debido a la mejor respuesta de las personas de mayor nivel de estudios ante las campañas de promoción de la salud, el descenso será mayor entre los grupos socialmente más favorecidos. Uno de las características más reseñables de esta etapa es el rápido aumento de la mortalidad atribuible al tabaco, que se incrementaría un 10% a un 25-30% en tres décadas. En el caso de las mujeres, las muertes debidas al tabaco son aún escasas, de alrededor de un 5%.
4. En la última etapa, la prevalencia de tabaquismo continúa descendiendo lentamente en ambos sexos de forma más o menos paralela, hasta situarse en un 30-35% en las mujeres y algo más en los hombres. La mortalidad atribuible al tabaco toca su techo en esta fase entre los hombres, con alrededor del 35% del total de las muertes, para ir descendiendo paulatinamente. Por el contrario, en el caso de las mujeres la mortalidad ligada al tabaco aumenta de forma relevante, si bien debido a su menor exposición acumulada en comparación con los hombres, ésta alcanzará un pico de un 20-25% unos veinte años después. Posteriormente, se esperaría que esta cifra también fuera reduciéndose. En relación a las desigualdades sociales, éstas, afirma López, se mantendrían o incluso aumentarían, debido a la progresiva concentración del consumo entre los grupos más desfavorecidos.

Figura 1.2. Modelo de la epidemia de tabaquismo



Fuente: López et al. (1994)

1.1.2.2. Aportaciones del modelo de la difusión de las innovaciones de E. Rogers a la comprensión de la epidemia del tabaquismo

¿Qué es lo que hace que se observe un patrón epidémico tan claramente definido de aumento, estabilización y descenso del consumo de tabaco, así como una diferente presentación según las características socioeconómicas de las personas? A menudo, se hace referencia al modelo de la *difusión de las innovaciones* de E. Rogers para ayudar a explicar el proceso socialmente determinado de la difusión del tabaquismo en las sociedades occidentales (Rogers, 1995).

Según Rogers, la difusión de una innovación se entiende como “un proceso mediante el cual una nueva idea es comunicada a través de ciertos canales a lo largo del tiempo entre los miembros de un sistema social” (Rogers, 1995). La innovación es entendida como una práctica u objeto que es percibido como novedoso por un agente, y su adopción depende, en gran medida, de las representaciones sociales, valores y significados culturalmente compartidos en torno a dicha innovación por el grupo en el que se difunde (Jiménez, 2007). Estas representaciones harían referencia, fundamentalmente, a los siguientes elementos: a) *ventaja relativa*: la innovación debe ser considerada una idea mejor que la idea a la que reemplaza; b) *compatibilidad*: la idea debe ser compatible con los valores que promueve el grupo social que potencialmente lo adopte; c) *complejidad*: la innovación debe ser sencilla de entender y de incorporar como práctica social; d) *experimentable*: la idea debe de poder probarse y su adopción será mayor cuanto mayor sea la percepción y posibilidad objetiva de experimentar con ella; y e) *observable*: aquellas ideas que son identificables y fácilmente observables en otros grupos serán más fácilmente adoptadas por otros (Rogers, 1995).

En relación a los agentes que adoptan las innovaciones, Rogers explicó que no todas las personas muestran la misma capacidad de asimilar e incorporar las nuevas ideas ya que ello depende del estatus y los roles de las personas adoptantes, sus características socioeconómicas, su familiaridad hacia la innovación y otras características psicológicas (Wejnert, 2002). Así pues, en las primeras fases, las 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 restringidas a los grupos que más tardíamente las han adoptado, los de menor nivel socioeconómico, y abandonadas por los grupos innovadores para sustituirlas por otras nuevas (Rogers, 1995). Otros ejes de desigualdad social como el género, asimismo, juegan un papel relevante en los patrones diferenciales de la difusión de las nuevas ideas, a pesar de que hayan estado ausentes en la explicación del modelo debido al marcado sesgo androcéntrico de los estudios sobre difusión de innovaciones (Jiménez, 2007). En este sentido, se ha mostrado cómo 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 recursos económicos y mayor exposición a fuentes diversas de información.

La consideración del consumo de cigarrillos como innovación en el contexto de las sociedades occidentales arranca a partir del último tercio del siglo XIX, coincidiendo con el comienzo de su producción industrial, y particularmente a partir de principio del siglo XX con su fabricación masiva. Sus especificidades farmacológicas, al tratarse de una sustancia psicoactiva con un alto potencial adictivo, acompañado de estrategias publicitarias muy intensas e ininterrumpidas hasta la actualidad¹, han convertido al consumo de cigarrillos en una innovación compleja, diferente a otras prácticas o ideas a los que se ha aplicado el modelo de difusión de las innovaciones (Jiménez, 2007).

A lo largo de la historia, el cigarrillo industrial fue primeramente adoptado como innovación por los hombres de clases más elevadas de los países económicamente más desarrollados como Estados Unidos, Canadá, Australia y los países de norte de Europa. Posteriormente, el hábito se fue extendiendo al resto de grupos socioeconómicos de forma que en las primeras décadas del siglo XX, el consumo de tabaco estaba ampliamente instalado en el conjunto de la población masculina. En el caso de las mujeres, sin embargo, el estigma social que recaía entre aquéllas que adoptaban el consumo como mujeres de dudosa moralidad y de una *feminidad desviada* desde finales del siglo XIX y primeras décadas del siglo XX, retrasó su incorporación al hábito, que tímidamente iniciaron mujeres urbanas y de clase alta en Inglaterra y EEUU (Jiménez, 2007). Según Waldron, la presión social dirigida a evitar el tabaquismo femenino ha estado unida, como en otras prohibiciones a las mujeres,

¹ Las estrategias de la industria tabacalera y su influencia en el consumo de tabaco se desarrollan en el apartado 1.1.3.

a las limitaciones impuestas al comportamiento sexual femenino (Waldron, 1991). A partir de los años veinte, el consumo de las mujeres inglesas y estadounidenses fue extendiéndose a las clases medias, lo que coincidió con la puesta en marcha de las primeras campañas de publicidad dirigidas exclusivamente a la población femenina, como potencial público consumidor.

Durante la primera Guerra Mundial se produjo un proceso de progresiva democratización del consumo de tabaco entre los hombres, para quienes el cigarrillo se convirtió en el “amigo del soldado” que ayudaba a controlar los nervios y el aburrimiento en el campo de batalla y favorecía la socialidad entre los soldados, lo cual fue rápidamente utilizado por parte de la industria tabacalera para asociar el consumo de cigarrillos con el patriotismo (Hirschfelder, 1999). Las mujeres, por su parte, protagonizaron un relevante proceso de incorporación al mercado laboral, lo que supuso la apropiación, siquiera temporal, de espacios tradicionalmente reservados a los hombres, lo que las expuso en mayor medida a nuevas ideas y prácticas sociales como el consumo de cigarrillos, que fueron incorporando progresivamente. Tras la finalización de la guerra, se asistió al relajamiento de las normas sociales que censuraban el consumo femenino, pasando a ser socialmente más aceptado (Amos y Haglund, 2000), y ya en la década de los cuarenta, las tasas femeninas de consumo alcanzaron en muchos países europeos y EEUU sus niveles más altos (Hilton, 2000). A partir de mediados de la década de los cincuenta, este proceso de progresiva normalización social del consumo se fue extendiendo a otros países de Europa, siendo especialmente tardía la incorporación de las mujeres en el sur de Europa, fundamentalmente en España y Portugal (Graham, 1996).

Sin duda, los estudios que comenzaron a publicarse durante la década de los años cincuenta y sesenta acerca de la relación entre el consumo de tabaco con el cáncer de pulmón y las enfermedades cardiovasculares fueron decisivos en el descenso del consumo que se comenzó a dar entre los hombres de clases más aventajadas (Doll y Hill, 1950; Wynder y Graham, 1950; Hirschfelder, 1999), en el contexto, además, de una nueva era de políticas organizadas de control del tabaquismo (Ronnenberg et al., 1994). Curiosamente, sin embargo, el descenso en la prevalencia del consumo de los hombres no se observó en las mujeres, entre quienes el consumo siguió aumentando o, en el mejor de los casos, se estabilizó (WHO, 1999) hasta la década de los años setenta que comenzó a descender en términos generales, primeramente en los países económicamente más desarrollados y posteriormente en el sur de Europa (Graham, 1996).

La cesación del consumo de tabaco que progresivamente han ido protagonizando los diferentes grupos sociales podría concebirse como otra innovación, de forma que la teoría de la difusión de las innovaciones, al igual que ha sido útil para su aplicación a la difusión del cigarrillo industrial o manufacturado en las sociedades occidentales desde comienzos del siglo XX, es también de aplicación en la comprensión de los

patrones socioeconómicos del abandono del hábito tabáquico. Esta nueva práctica social se está produciendo a la vez que la adopción de otras conductas saludables como la práctica de ejercicio físico o la realización de una dieta equilibrada, nuevas innovaciones de las últimas décadas (Jiménez, 2007).

1.1.2.3. La epidemia del tabaquismo en el estado español

En la actualidad, parece que el estado español se situaría entre las fases III y IV del modelo de la epidemia del tabaquismo descritas anteriormente, al igual que la mayor parte de los países del sur de Europa que han mostrado un patrón retrasado en el tiempo. Por el contrario, las poblaciones del norte se encuentran ya inmersas en la última fase (Eek et al., 2010; Federico et al., 2004). A pesar de los rasgos comunes con los otros países del sur, el modelo español de difusión de la epidemia del tabaquismo ha tenido sus propias peculiaridades debido a la coyuntura económica, política y cultural que caracterizó al país durante los cuarenta años de dictadura franquista. Concretamente, se ha descrito que la fase II de la epidemia se vio enlentecida, en el sentido de que se registró una prevalencia alta con una intensidad de consumo, sin embargo, medio-bajo, debido a que gran parte de la población fumadora, masculina particularmente, se encontraba en relativa pobreza (Villalbí, 2004). Por otra parte, la existencia del monopolio de Tabacalera dificultó la regulación y la elaboración de políticas de prevención y control a partir de las primeras evidencias de los efectos dañinos del tabaco sobre la salud por parte del gobierno franquista. Asimismo, la recuperación tardía de la democracia y el retraso del desarrollo social del país hicieron necesaria la priorización en materia de salud de recursos para la mejora de los propios servicios sanitarios públicos que, junto con otros servicios sociales, habían sufrido una decadencia importante a lo largo de la dictadura (Villalbí, 2004).

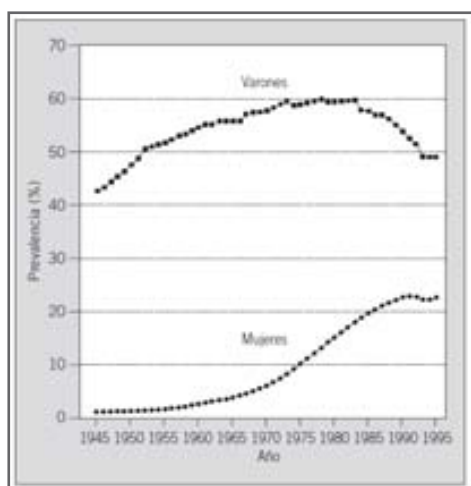
Si atendemos a los datos provenientes de estudios retrospectivos², se ha observado que la evolución del consumo de cigarrillos en España ha seguido a lo largo del siglo XX tendencias marcadamente diferentes por sexo. En los hombres, el proceso de

² La evolución de la prevalencia del consumo de tabaco se ha analizado mediante encuestas transversales repetidas a lo largo del tiempo. En el caso del estado español, la primera encuesta nacional sobre consumo de tabaco se realizó en 1978, tras la cual el Ministerio de Sanidad y Consumo realizó dos encuestas más en 1982 y 1989. Desde 1987 y hasta 2006 el Ministerio realiza la Encuesta Nacional de Salud (ENSE) en la cual se recoge de forma comparable el consumo de tabaco, de forma que sólo se cuenta con tendencias fiables de la prevalencia de tabaquismo desde 1987. Sin embargo, a partir de la información sobre la edad de inicio de fumadores/as y exfumadores/as así como la edad de abandono recogida en estas encuestas, se han llevado a cabo reconstrucciones históricas del consumo de tabaco, de forma que se puede estimar cuál ha sido la evolución de la epidemia en las últimas décadas. Los primeros análisis que se realizaron con este enfoque fueron desarrollados en EEUU (Harris, 1983) y Canadá (Ferrence, 1988), y posteriormente, de forma pionera en Europa, por parte de La Vecchia en Italia y otros países europeos, entre los cuales destacan también los estudios del estado español (Fernández et al., 2003; Fernández et al., 2003b; Jiménez, 2007) Una limitación importante de estos estudios es que a menudo no han considerado la mortalidad diferencial entre población fumadora y no fumadora lo cual ha podido infraestimar la prevalencia del consumo en las últimas décadas de los análisis, debido a la muerte en exceso de los fumadores, como consecuencia del hábito (Fernández et al., 2003 y Jiménez, 2007).

adopción comenzó en unos valores relativamente altos desde 1920, de alrededor de un 20-30%, hasta 1940. Durante los años cuarenta y cincuenta, se experimentó una aceleración en su radio de adopción hasta superar el 50%, que continuó en progresivo aumento hasta alcanzar su valor máximo alrededor de 1975. A partir de entonces, se asistió a una estabilización del consumo que se prolongó hasta comienzos de la década de los ochenta para comenzar a disminuir posteriormente hasta la actualidad, a consecuencia de un aumento de los exfumadores y de jóvenes que no comienzan a fumar (Jiménez, 2007; Fernández et al., 2003) (Figura 1.3).

En las mujeres, en cambio, se observaron prevalencias de consumo muy bajas hasta bien entrados los años setenta y casi imperceptibles durante las décadas de los años veinte y treinta. A partir de la década de los cuarenta, se asistió a un incremento lento pero ininterrumpido del consumo hasta que, a partir de la segunda mitad de los años sesenta y setenta, se produjo una incorporación muy relevante de las mujeres al consumo de tabaco que no se ralentizaría hasta comienzos de la década de los noventa. Los cambios económicos, sociales y políticos que fueron sucediéndose en el estado español a partir de la segunda mitad de la década de los sesenta y, sobre todo, desde mediados de los setenta, influyó en la deconstrucción de las relaciones de género tradicionales y en la flexibilización de las normas que hasta el momento regulaban el comportamiento de las mujeres, lo que contribuyó sobremanera al aumento del tabaquismo entre ellas. Asimismo, la definición del público femenino como objetivo de las industrias tabaqueras a partir de la década de los sesenta (Jiménez, 2007), constituyó otro factor de impulso del consumo femenino. Desde entonces, se ha descrito un aumento constante aproximadamente hasta el año 2001, en el que se situaría el valor pico, para comenzar a descender ligeramente hasta la actualidad, debido principalmente al incremento del número de ex fumadoras (Figura 1.3).

Figura 1.3. Evolución de la prevalencia (%) del consumo diario de cigarrillos en la población mayor de 15 años, España, 1945-1995*



*Reconstrucción a partir del análisis combinado de las Encuestas Nacionales de Salud de 1993, 1995 y 1997

Fuente: Fernández et al. (2003)

El análisis de la adopción del hábito tabáquico por cohortes de nacimiento proporciona una visión complementaria a la anterior que resulta también de gran interés para la comprensión de la evolución de la epidemia del tabaquismo en el estado español. Así, de nuevo se ha evidenciado que los patrones de hombres y mujeres han diferido históricamente y que, en el caso de estas últimas, se han producido diferencias generacionales de gran relevancia (Fernández et al., 2003b; Jiménez, 2007).

En el caso de los hombres, en todas las cohortes de nacimiento desde 1910 hasta 1970 aproximadamente, la proporción de fumadores fue superior a la de aquéllos que nunca habían fumado. La prevalencia máxima del consumo de tabaco se produjo entre los nacidos en la generación de 1950-59 cuando tenían 20-29 años -alrededor del año 1980-. Asimismo, se ha ido produciendo un cambio en los grupos de edad que han registrado la mayor prevalencia de consumo según las diferentes cohortes, de forma que entre las mayores (1900-1909), se concentraba entre los de 40 a 49 años, mientras que en las siguientes cohortes, las edades fueron reduciéndose hasta los 20-29 años en las generaciones de 1950 a 1970. Coincidiendo con los estudios anteriores, se subrayó que el año de mayor consumo de tabaco se produjo alrededor de 1980, debido, por una parte, a un efecto periodo –el aumento en todos los grupos de edad respecto a periodos anteriores- y un progresivo adelanto, tal y como se ha explicado, de la edad de inicio del consumo que tuvo como consecuencia un aumento del consumo en las generaciones más jóvenes.

En las mujeres, el patrón fue marcadamente diferente, muy influenciado por un efecto periodo, ya que mujeres de diversas generaciones empezaron a fumar simultáneamente en una décadas muy concretas a edades muy dispares. En las generaciones de mujeres nacidas entre 1900 y 1930, el consumo era muy infrecuente, superando en un 90% el porcentaje de aquéllas que nunca habían fumado. A partir de las nacidas en los años cuarenta, se observó un aumento sostenido de la prevalencia del consumo en las generaciones siguientes hasta aproximadamente el año 1980 cuando las generaciones nacidas antes de los cincuenta comenzaron a estabilizar su consumo. En ese proceso, fueron las mujeres nacidas entre 1950 y 1969 las que protagonizaron una adopción de gran intensidad del consumo de tabaco, alcanzándose el valor máximo de consumo en las generaciones de 1960-1969 a sus 20 a 29 años en 1990. En las generaciones más jóvenes nacidas a partir de 1970, por su parte, se observa una caída muy relevante del porcentaje de fumadoras que, al menos, ha sido descrita hasta las generaciones nacidas entre 1980 y 1987. Es relevante el dato de que las prevalencias por edad en las mujeres en el año 1990 se asemejaban a las de los hombres hacia 1940-1950, indicando un retraso de alrededor de 40-50 años en la difusión de la epidemia del tabaquismo en la población femenina (Fernández et al., 2003b).

En la actualidad, estamos asistiendo a un fenómeno histórico novedoso protagonizado por las cohortes de nacimiento más jóvenes, en forma de disminución muy relevante

de las diferencias en la prevalencia del consumo entre hombres y mujeres. Si bien, en términos generales, el consumo continúa siendo superior en los hombres, en los grupos de edad más jóvenes, las chicas han comenzado ya a superar el consumo masculino (INE, varios años).

Tal y como apunta Jiménez, el desarrollo histórico de la epidemia del tabaquismo en España podría resumirse, en los hombres, como el resultado de una adopción del consumo prolongada en el tiempo seguida de una progresiva destabaquización, con un número cada vez menor de fumadores, mientras que un adopción históricamente densa y doblemente retrasada del tabaquismo en las mujeres, tanto en la adopción del hábito como en el abandono del mismo (Jiménez, 2007).

1.1.3. Los actores del tabaco: la influencia de la industria tabaquera y las políticas públicas de control del tabaquismo

Los cambios históricos que se han ido sucediendo en torno a las representaciones sociales del tabaco y los/as fumadores/as han tenido una influencia relevante en la modificación de los patrones de consumo. Estos cambios no se han producido de forma aleatoria o espontánea, sino que han sido consecuencia de la intervención de diversos actores, situados tanto en el espacio público como privado, con una gran capacidad de modificar de la relación de las poblaciones con el consumo de tabaco. Las industrias tabaqueras y la publicidad de los productos relacionados con el tabaco, por una parte, y las políticas públicas de control del tabaquismo desarrolladas por los gobiernos, por otra, constituyen dos actores fundamentales que es necesario tener en cuenta para la comprensión de la epidemia del tabaquismo en nuestras sociedades.

1.1.3.1. La industria tabaquera y otros agentes pro tabaco

El negocio generado alrededor de la industria tabacalera ha ido creando una enorme red de intereses y negocios de multinacionales a nivel estatal y supraestatal que sostienen la producción y distribución de productos relacionados con el consumo de tabaco, generan nichos de empleos en los mercados laborales y contribuyen de manera sustancial al equilibrio de las balanzas de pago de los gobiernos. Su volumen de facturación es de enorme magnitud: las ganancias netas de las tres mayores multinacionales tabacaleras alcanzan los 100 billones de dólares anuales, lo que sobrepasa el producto interior bruto de todos los países del mundo a excepción de los 35 más ricos (WHO, 2004). El progresivo proceso de globalización de las relaciones comerciales ha contribuido al desarrollo de la epidemia del tabaquismo en los países occidentales, facilitando el negocio de la industria del tabaco a través de acuerdos para priorizar derechos corporativos y empresariales, eliminando barreras a la importación de tabaco y las restricciones publicitarias (Shaffer et al., 2005).

Para mantener el nivel de negocio actual, se calcula que la industria debe captar cada

día en todo el mundo 80.000 nuevas personas fumadoras que sustituyan a las que pierden diariamente por causa de enfermedad, defunción o abandono del consumo. En España, se calcula esta cifra en alrededor de 480 personas diarias (Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo, 2003). Aunque ocupan un lugar preponderante, las industrias tabaqueras no agotan el abanico de los agentes pro tabaco, ya que se trata de un mapa amplio e intersectorial, si bien su potencial económico y los contactos que mantienen con el resto de actores hacen de ellas actores de primera magnitud. Las organizaciones de comercio minorista, las organizaciones “pantalla” creadas por la industria tabaquera, el sector de cultivadores/as, las empresas de transformación, distribución y vending así como la industria fabricante de productos complementarios al consumo de tabaco juegan un papel fundamental en el comercio del tabaco. Todos ellos, en menor o mayor medida, establecen vínculos con las administraciones públicas y otros agentes como la patronal, los partidos políticos, los sindicatos, así como con otros sectores empresariales de gran influencia social como los medios de comunicación o la publicidad para defender sus intereses económicos y su credibilidad social (Granero et al., 2004)³.

Desde 1998, un conjunto de acuerdos judiciales alcanzados en EEUU entre la industria del tabaco y el estado como consecuencia de la denuncia presentada por el estado de Minnesota contra las grandes compañías tabaqueras, ha permitido la puesta a disposición pública de los documentos internos, hasta entonces confidenciales, de la industria del tabaco en EEUU. Multitud de estudios han analizado estos documentos, lo que ha desvelado algunas de las principales estrategias de la industria, volcada en promocionar sus productos y presionar para evitar la adopción de regulaciones por parte de los gobiernos que afecten a sus intereses comerciales. Éstas incluyen el lanzamiento de campañas de relaciones públicas, la compra de la opinión de especialistas para crear incertidumbre acerca de los estudios que arrojan resultados contrarios a sus intereses, o el lobbying expreso para abortar restricciones legislativas en materia de publicidad, espacios o comercialización. Además, se ha descrito que las empresas tabaqueras conocen y participan en el tráfico ilegal de cigarrillos (Hansen, 2005).

En el caso de los documentos desclasificados sobre el comercio del tabaco en el estado español, Soto-Mas et al. evidenciaron la política decidida de adquisición de empresas canarias para la penetración de las marcas de tabaco estadounidenses en el mercado español. Estas pequeñas empresas constituirían la plataforma para el desarrollo de una red de distribución de tabaco rubio americano en España y el futuro despliegue en Francia e Italia una vez que se produjera la adhesión de España a la Comunidad Económica Europea. Por su parte, promovieron el cambio en las prácticas tradicionales del cultivo y secado del tabaco para cambiar el cultivo de tabaco negro por el cada vez más popular cigarrillo americano. Respecto a la relación con las instancias políticas,

³ Una relación de los principales actores pro tabaco en España en 2003 puede consultarse en Granero et al. (2004).

ha sido evidente el esfuerzo por paralizar proyectos de ley como el que pretendía introducir en los paquetes de cigarrillos información relativa a los riesgos del consumo, así como abortar los intentos de regular la publicidad a partir de la década de los años setenta. A estas acciones de manipulación política hay que añadirle la presión sobre los medios de comunicación así como la manipulación de la comunidad científica, financiando investigaciones para defender sus intereses y destruyendo u ocultando aquéllas que no respondían a sus expectativas de negocio (Soto-Mas et al., 2003). Concretamente, según la información recogida en los documentos desclasificados, se ha descrito que la industria del tabaco pagó miles de dólares a algunos científicos para que escribieran cartas en publicaciones de influencia criticando un informe del Gobierno de Estados Unidos de 1993 en el que se decía que el tabaquismo pasivo provocaba cáncer de pulmón⁴.

Además de las estrategias desarrolladas para frenar la caída del consumo a nivel general, la industria del tabaco también ha focalizado sus esfuerzos en la promoción del consumo en colectivos sociales concretos, como la población joven, las mujeres y los grupos socioeconómicos más desfavorecidos, fomentando nuevos perfiles de posibles consumidores/as que garanticen el mantenimiento del negocio. En este sentido, a partir de la década de los setenta, se ha documentado en base a la desclasificación de documentos, cómo la industria tabaquera empezó a ser consciente de que “el consumo de cigarrillos está comenzado a ser una práctica que desciende en la escala social” debido a que las personas de mayor nivel socioeconómico podrían estar entendiendo mejor los mensajes acerca de los riesgos del consumo de tabaco (Philip Morris, 1977). A partir de este diagnóstico, las compañías fueron progresivamente dirigiendo sus esfuerzos publicitarios hacia las poblaciones con menos recursos, menor nivel educativo y otros grupos minoritarios (RJ Reynolds, 1989). Concretamente, a partir de comienzos de la década de los noventa, se ha documentado que las personas sin hogar y las personas con graves enfermedades mentales se convirtieron en sectores a los que las campañas publicitarias pro-tabaco han ido específicamente dirigida en EEUU (Apollonio y Malane, 2005). Por ejemplo, RJ Reynolds realizó publicidad directa sobre las personas sin hogar en una campaña urbana en la década de los noventa dirigiéndose a ellos de forma eufemística como “*street people*”. Asimismo, proporcionó cigarrillos a la producción de la película “Robocop 3”, en la que se mostraba a personas sin hogar fumando Pall Malls y Lucy Strikes, y repartió tabaco entre las personas sin hogar viviendo en la calle o en los centros de acogida. Por su parte,

⁴ Según afirma Hanners en un artículo publicado en el *Saint Paul Pioneer Press*, el 15 de julio de 1998, “las cartas, que estaban destinadas a sembrar la duda sobre el importante informe de la Environmental Protection Agency (Agencia de Protección del Medio Ambiente) sobre el humo de tabaco en el ambiente, tenían precios diversos. La industria del tabaco pagó a un bioestadístico 10.000 dólares por escribir una sola carta al *Journal of the American Medical Association*. Un antiguo consejero de sanidad del Gobierno recibió 6.000 dólares por una carta enviada al editor de *The Wall Street Journal*. En total, 13 científicos recibieron más de 156.000 dólares por sus cartas y algunos manuscritos, por lo que se ha demostrado después. Según parece se les pagaba tanto si el material era publicado como si no” Disponible en [consultado el 10 de mayo de 2012]: <http://quark.prbb.org/12/012087.htm>

los hospitales psiquiátricos también fueron durante la década de los noventa objeto de la distribución gratuita de cigarrillos por parte de la industria así como de otros obsequios, que incluyeron importantes donaciones, en forma a menudo de becas para la población adolescente sin hogar (Apollonio y Malane, 2005). Según estos autores, incluso los representantes y trabajadores de estos servicios en EEUU han considerado que los problemas más directos de la población sin techo como la falta de vivienda, de empleo o apoyo social eran más relevantes que el daño ocasionado por el consumo de tabaco, que constituiría una válvula de escape para gestionar el estrés de tales condiciones de vida (Apollonio y Malane, 2005).

Las mujeres han constituido otro grupo diana de gran relevancia de las industrias tabaqueras. La desclasificación de los documentos internos de la industria desveló cómo ésta trató de profundizar en las diferencias entre hombres y mujeres en lo referente a los factores motivacionales, pautas de consumo y preferencias en los productos, de forma que aumentaran su eficacia en la satisfacción de los gustos predefinidos como femeninos (Carpenter et al., 2005)⁵. Según Amos (1990), recogido en Jiménez (2007), las estrategias de las empresas tabaqueras para captar a las mujeres se han articulado en torno a los tres objetivos siguientes:

1. Promover una imagen destinada específicamente a las mujeres mediante mensajes que asociaran el consumo de cigarrillos con los diversos modelos de feminidad que han ido sucediéndose a lo largo del siglo XX.
2. Crear marcas específicamente femeninas como cigarrillos con filtro, extra-largos y finos y con diseños potencialmente atractivos para la población femenina. Asimismo, el lanzamiento de cigarrillos light supuso una estrategia que permitió copar a buena parte del mercado femenino.
3. Utilizar la prensa y revistas de público femenino para orientar la publicidad de los productos de la industria hacia las mujeres, lo cual ha contribuido a la aceptabilidad y normalización social del consumo entre ellas y, por tanto, el incremento en su consumo (Waldron, 1991)

Además de trabajar la representación social de la compatibilización del consumo con los valores femeninos en cada momento histórico, la industria también tomó como medida la bajada de precios, de forma que combinando todas las estrategias anteriores, se podría definir el marketing de las tabaqueras hacia las mujeres como el de las “tres L”: *longer length, lower tar and lower-price cigarettes* -mayor longitud, menor contenido en nicotina y menor precio- (Krupka et al., 1990; citado en Jiménez, 2007).

⁵ Una relación de las principales preocupaciones y preferencias de las mujeres fumadoras según los estudios de mercado de las empresas tabaqueras puede consultarse en Jiménez (2007) a partir de Carpenter et al. (2005).

Por no tratarse de un público homogéneo, la población femenina ha sido abordada de forma específica por las estrategias comerciales de la industria en función de su edad, clase social o etnia. En este sentido, es interesante comprobar cómo, por ejemplo, las mujeres de clase social manual y de nivel educativo bajo constituyeron la población diana de las campañas de promoción de tabaco en los EEUU durante la década de los ochenta y noventa. Este grupo no parecía responder al estereotipo femenino que hasta el momento había reproducido la industria –basado en los valores de emancipación, libertad e igualdad de las mujeres respecto a los hombres- sino a una imagen más cercana al modelo masculino, construido sobre valores de dureza, rebeldía e independencia (Barbeau et al., 2004, citado en Jiménez, 2007).

Además de la industria tabaquera, otro agente relevante en la promoción del tabaco como componente de los modelos de éxito social, económico y hasta sexual ha sido la industria del cine. Y es que si bien la aparición de cigarrillos en las películas pudiera ser entendido como un producto espontáneo del contenido de los guiones, es patente que su presencia no es casual y sí, en cambio, el resultado de las rentables relaciones comerciales que se han venido estableciendo entre la industria del cine y la del tabaco (Casitas et al., 2009). Curiosamente, mientras que la prevalencia del consumo iba reduciéndose, durante la década de los ochenta la aparición del tabaco se incrementó notablemente en las películas populares americanas (Stockwell y Glantz, 1999). En el estado español, la prohibición de la publicidad directa en los medios de comunicación ha fomentado la inversión publicitaria en las películas y las series de televisión, en las cuales es habitual ver fumar, alegando según directores/as y actores/actrices exigencias del guión (Martín et al., 2004).

1.1.3.2. Las políticas públicas de control del tabaquismo

Otro agente de gran relevancia en la difusión y remisión del tabaquismo lo constituyen las políticas públicas de control del consumo de tabaco llevadas a cabo por los gobiernos que, como se ha podido comprobar, cohabitan en el espacio y el tiempo con las estrategias propias de la industria, generando juegos de poder conflictivos. De hecho, la voluntad política que muestran algunos gobiernos por desequilibrar la balanza de poderes para implementar políticas de control y reducción del tabaquismo, renunciando a los ingresos derivados de la producción y el comercio del tabaco, es un elemento fundamental en el desarrollo de la epidemia del tabaquismo.

Fue a partir de los primeros hallazgos de los riesgos asociados al consumo de tabaco cuando los gobiernos comenzaron a legislar para controlar la epidemia. Se han desarrollado estrategias que, fundamentalmente, han ido dirigidas a incidir sobre los determinantes más proximales del tabaquismo –principalmente actuaciones de educación sanitaria a los/as fumadores/as, advertencias sanitarias en los productos relacionados con el tabaco y programas de deshabituación tabáquica-, y también sobre otros más distales como la modificación de aspectos fiscales, la regulación de

la venta, la publicidad y el contenido de los productos tabáquicos y la generalización de los espacios sin humo en diversos ámbitos (Villalbí, 2004). El aumento del precio del tabaco y la legislación para el control de la exposición al humo del tabaco parecen constituir las piedras angulares de las estrategias dirigidas a disminuir el consumo de tabaco (Levy et al., 2004). En cualquier caso, se ha demostrado que los mejores resultados se obtienen cuando varias medidas se toman de forma conjunta (Levy et al., 2004).

En 2005, la Red Europea de Prevención del Tabaquismo promovió el diseño de una herramienta para medir el grado de actividad de los países en el control del tabaquismo, considerando las actuaciones llevadas a cabo en los ámbitos de la fiscalidad del tabaco, la regulación de la publicidad y el consumo en espacios públicos, las campañas de información y la extensión de los programas de deshabituación. Su aplicación a 28 países europeos arrojó resultados muy dispares: mientras que en las primeras posiciones se situaron Irlanda, Reino Unido y los países nórdicos, los países con una actividad de políticas antitabaco menor fueron España, Austria, Letonia, Rumania y Luxemburgo (Joosens y Raw, 2006). Otro estudio mostró que entre 1985 y 2000, la intensidad de las restricciones sobre la publicidad del tabaco no aumentó en España. Asimismo, sugirió que la aplicación efectiva de las leyes podría ser menor en los países del sur de Europa (Giskes et al., 2007).

Si bien han sido numerosos los estudios que han evaluado el impacto de las políticas de control del tabaquismo sobre el conjunto de la población, pocos se han centrado en la influencia diferencial de las políticas en los diversos grupos sociales (Thomas et al., 2008; Giskes et al., 2007; Levy et al., 2004). Las tres revisiones más relevantes realizadas coinciden en algunas de sus conclusiones, aunque todas ellas cuentan con la limitación de que la evidencia es precisamente escasa al respecto. Sin embargo, parecen coincidentes en que el aumento del precio del tabaco produce un mayor impacto en los grupos sociales más desfavorecidos, que reducen su consumo en mayor proporción. Sin embargo, también se ha puesto de evidencia que esta estrategia tiene efectos a largo plazo sobre las personas con menores recursos económicos, que muestran una mayor dependencia hacia la nicotina y para quienes vivir en condiciones socioeconómicas adversas supone un obstáculo en el abandono del hábito (Thomas et al., 2008). Por ello, las políticas de aumento de la fiscalidad sobre los productos del tabaco deberían acompañarse de otras medidas para incidir en la cesación entre los grupos socioeconómicos más desfavorecidos.

Por su parte, la restricción del consumo en los lugares de trabajo parece tener un efecto superior entre la población trabajadora de cuello blanco (Levy et al., 2004; Thomas et al., 2008) y, por tanto, en los casos en los que la aplicación de la legislación es optativa, existe el riesgo de que se incrementen las desigualdades sociales en el consumo de tabaco (Giskes et al., 2007). No se han hallado impactos diferenciales por según el nivel educativo o el origen étnico y los resultados son inconsistentes según

la edad (Thomas et al., 2008). En relación al resto de intervenciones para reducir el tabaquismo, tanto preventivas como de sensibilización o de intervención con personas fumadoras, sus efectos sobre las desigualdades en el consumo de tabaco no parecen claros.

Otro de los grupos sociales que no ha sido específicamente considerado a la hora de planificar e implementar políticas de control del tabaquismo ha sido la población femenina, ya que tradicionalmente el consumo de tabaco ha sido etiquetado como un hábito eminentemente masculino y, por tanto, las políticas han estado enfocadas principalmente a las necesidades de los hombres (Waldron, 1991). Tal y como afirma Jiménez (2007) *“de nuevo asistimos a la gran paradoja del consumo femenino de tabaco, puesto que mientras las industrias tabaqueras con bastantes décadas de adelanto atendieron a las especificidades de las mujeres, las políticas públicas se han mostrado ciegas y sesgadas desde el punto de vista del género”*.

Uno de los momentos históricos en los que se han hecho evidentes estos sesgos androcéntricos de las políticas de control del tabaquismo podría situarse en la década de los años setenta, cuando la prevalencia del consumo de tabaco comenzó a descender entre los hombres, mientras que no lo hizo –se mantuvo o siguió aumentando– en el caso de las mujeres. Esta paradoja ha sido explicada, además de por el papel de la industria para mantener el consumo entre las mujeres, por la insensibilidad a las desigualdades de género de las políticas de control del tabaquismo (Christofides, 2001). Y es que diversos estudios han mostrado que la respuesta de hombres y mujeres ante las advertencias sanitarias o hacia la subida del precio del tabaco es diferente y que es necesario partir de una visión que integre la desigualdad socioeconómica y de género para responder mejor a las diferentes necesidades dentro del colectivo de las mujeres (Jacobs, 2001). Así, aquéllas de grupos socioeconómicos desfavorecidos podrían no responder al incremento de la fiscalidad del tabaco con una reducción de su consumo en la misma medida que los hombres, sino que mantendrían su nivel de consumo, si bien optarían por cigarrillos más baratos, más pequeños o por tabaco de liar (Jacobs, 2001). Según se ha mostrado, el protagonismo femenino en las políticas de control del tabaquismo se ha limitado al ámbito del embarazo y la lactancia (Christofides, 2001), caballo de batalla contra el que se ha luchado desde posiciones feministas desde la década de los ochenta, con el objetivo de desligar el consumo de tabaco femenino de una problemática característica de la etapa reproductiva de las mujeres (Jiménez, 2007).

1.1.3.2.1 Políticas para el control del tabaquismo en el estado español

El movimiento de prevención del tabaquismo en España ha sido reciente en comparación con otros países que comenzaron a reaccionar hace varias décadas, cuando se demostraron de forma irrefutable los daños para la salud del consumo de tabaco (Fenández et al., 2006). A pesar del retraso histórico en la regulación sobre el

tabaquismo en el estado español -debido a la ausencia absoluta de legislación para el control de la comercialización y uso del tabaco durante la dictadura franquista-, es importante recordar que durante la década de los años treinta fue un país pionero en el contexto del conjunto de Europa respecto a la regulación sobre el consumo en espacios cerrados para la protección de la población ante la exposición al humo del tabaco. Y es que el gobierno de la Segunda República, aprobó en 1935 un reglamento de espectáculos públicos que prohibía fumar en cualquiera que se celebrara en espacios cerrados (Granero, 2002). En su artículo 92, decía:

“Queda prohibido fumar, en todo espectáculo que no se verifique al aire libre, fuera de la sala o salas destinadas al efecto; las Empresas destinarán para ello un salón o dependencia especial, cuyo aire se renueve en la forma prevenida en el artículo 221 de este Reglamento, de manera que no pueda impurificar la atmósfera de la sala del espectáculo directa ni indirectamente.

Los dependientes de las Empresas invitarán a las personas que se encuentren fumando en las salas, palcos, pasillos, escaleras, galerías, etc., etc., a dirigirse a los locales destinados para fumar, y en caso de no ser atendidos inmediatamente podrán requerir el auxilio de los Agentes de la Autoridad, quienes obligarán a los infractores a cumplir sin demora esta disposición”⁶.

Tras el advenimiento de la democracia en 1975, comenzó a destacar el papel de personalidades que abocaron por comenzar a introducir la prevención del consumo en el debate político, si bien no sería hasta comienzos de la década los noventa cuando una verdadera conciencia sobre la necesidad de coordinación de las actuaciones sobre tabaquismo de forma independiente a la administración se fuera gestando, generando las condiciones adecuadas para la formación del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT) (Fernández et al., 2006). Como medida inicial, este comité publicó el Libro Blanco sobre el tabaquismo en España (Becoña, 1999) y posteriormente otros documentos de relevancia sobre aspectos como la publicidad o la fiscalidad sobre el tabaco. En su relación con el Ministerio, el CNPT ha contribuido activamente en los últimos tiempos en la modificación y diseño de normativa en el contexto español, especialmente en lo relativo a las dos últimas leyes aprobadas a nivel estatal: 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, y la modificación de la misma que se concretó en la Ley 42/2010 de 30 diciembre que entró en vigor en enero de 2011 en el conjunto del estado.

La Ley 28/2005 tuvo como objetivo evitar el inicio del consumo de tabaco, especialmente entre la población joven, garantizar los derechos de la población no fumadora a

⁶ Orden de 3 de mayo de 1935 por el que se aprueba el reglamento de espectáculos públicos. (Gaceta del 5 de mayo de 1935, corregida por otra gaceta de 8 de mayo). Disponible en [consultada 10 de mayo de 2012]: <http://www.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST147ZI102978&id=102978>

respirar aire libre de humo y facilitar el abandono del hábito a aquellas personas que lo deseen. Las principales actuaciones que recogió fueron la prohibición de la publicidad del tabaco y la limitación del consumo en los centros de trabajo y espacios públicos cerrados, con excepciones en el sector de la hostelería, la restauración y el ocio que limitaron en buena medida su alcance. Sin embargo, su implementación supuso, sin duda, un gran salto adelante respecto a la normativa previa que era una de las más permisivas de la Unión Europea en aspectos tales como la limitación de la publicidad, la venta y las restricción de lugares de consumo (Fernández et al., 2006).

Han sido varios los estudios que han analizado el impacto que la ley 28/2005 ha tenido tanto en la prevalencia del consumo de tabaco como en la exposición al humo ambiental de tabaco en el estado español. Regidor et al., en base a los datos del Estudio General de Medios (EGM), estimaron que en las mujeres y hombres de entre 15 y 44 años y también en las mujeres de 45 a 64 años, la tendencia del consumo de tabaco no se vio alterada de forma significativa tres años después de la aplicación de la ley. Por su parte, en los hombres más jóvenes y mayores de 44 años, y en las mujeres de edades entre los 25 y los 44 años, se observó un punto de inflexión tras la aprobación de la ley que dio lugar a un incremento de su consumo de tabaco (Regidor et al., 2010). Otros estudios que analizaron el impacto de esta ley tampoco destacaron su efectividad en la reducción del consumo, afirmando que las caídas en la prevalencia de tabaquismo y el incremento de la cesación continuaron la tendencia temporal que se venía observando antes de la implementación de la ley, de acuerdo con lo que se esperaba según el modelo de la difusión de la epidemia (López, 2010).

Los estudios que han analizado el impacto de la ley sobre la exposición pasiva al humo del tabaco han arrojado resultados más alentadores en algunos ámbitos e inconsistentes en otros: Jiménez-Ruiz et al., mostraron una reducción del 22% en la exposición general, que alcanzó un 58% en el caso de los lugares de trabajo y un 49% en el entorno escolar, mientras que en los lugares de ocio la bajada fue únicamente de un 15%. Los/as autores/as no proporcionaron resultados según variables sociodemográficas o socioeconómicas, con lo cual no se puede valorar el impacto diferencial que ha podido tener la ley en los diferentes grupos sociales (Jiménez-Ruiz et al., 2008). Otro estudio basado en el uso de marcadores de niveles de nicotina en fase vapor en el ambiente en los lugares de trabajo, concluyó que si bien la disminución había sido relevante en la administración pública, la universidad y en oficinas de empresas privadas –de alrededor de un 60%–, los niveles de nicotina aumentaron en un 40% en los lugares de ocio en los que se permitía fumar. No se apreciaron diferencias tras la entrada en vigor de la ley en los lugares que tenían espacios delimitados para personas fumadoras así como en pubs o discotecas. Los resultados llevaron a los/as autores/as a hablar de fracaso del modelo español, en referencia a una ley que no acabó de regular completamente el consumo en los lugares de ocio (López et al., 2011). Otros estudios han mostrado resultados en este mismo sentido (Nebot et al., 2008). A nivel autonómico, también se han mostrado reducciones en la

exposición al humo en los diversos ámbitos (Galán et al., 2007; Fernández et al., 2008) que sin embargo, han sido superiores en las clases más favorecidas, tanto en el hogar como en el lugar de trabajo, tal y como mostraron Manzanares-Laya et al., en base a los datos de la encuesta de salud de Barcelona (Manzanares-Laya et al., 2011).

La situación de desprotección en el sector de la hostelería que implicaba la anterior ley, motivó la revisión de la misma, que se plasmó en una nueva ley, que entró en vigor en 2011. Sus principales modificaciones fueron la ampliación de la prohibición de fumar en todos los establecimientos del sector de la hostelería, independientemente de las características del local y la extensión de la prohibición a otros espacios exteriores como hospitales y centros educativos. A nivel de la Comunidad Autónoma de Euskadi, la ‘Ley de tercera modificación de la Ley sobre Prevención, Asistencia e Inserción en materia de Drogodependencias’ aprobada también en 2011, ratifica la apuesta llevada a cabo por la administración central para prohibir completamente el consumo de tabaco en lugares cerrados y limitarlo en otros espacios. Otras actuaciones que primeramente estaban previstas en la ley, como la prohibición de fumar en coches en los que viajaran menores o la venta de tabaco en gasolineras, fueron finalmente desestimadas. A pesar de que todavía es pronto para valorar el impacto de estas nuevas leyes, la Sociedad Española de Epidemiología realizó una primera estimación según la cual la entrada en vigor de la ley estatal habría producido durante su primer año una reducción de los niveles de humo de tabaco superior al 90%, utilizando como indicadores las concentraciones de nicotina ambiental y de partículas respirables de pequeño diámetro (PM_{2,5}) (SEE, 2012).

1.2. TABACO, SALUD Y DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD

Las diferentes corrientes teóricas e ideológicas dentro de la epidemiología y la salud pública han propuesto maneras diferentes de concebir la salud y sus determinantes. Estas diversas formas han conllevado asimismo visiones distintas sobre el papel del tabaco, tanto en referencia a sus determinantes como al papel del mismo como determinante de la salud y de las desigualdades sociales en salud. Estas diferencias en el plano teórico han derivado en propuestas de intervención muy diferentes para hacer frente a la epidemia del tabaco e, incluso, en el peso que se considera adecuado que deben tener este tipo de intervenciones contra el tabaquismo en el conjunto de las políticas de salud tanto como elemento de mejora de la salud poblacional como para la reducción de las desigualdades sociales en salud.

1.2.1. Los determinantes de la salud y el papel del tabaco: del modelo biomédico a los modelos sociales de la salud

1.2.1.1. El modelo biomédico: factores biológicos, sistema sanitario y conductas relacionadas con la salud

El primero ha sido el paradigma dominante en la ciencia médica occidental. En su vertiente clásica, el modelo biomédico define la salud como la ausencia de enfermedad, limitando prácticamente sus determinantes a los factores biológicos y hereditarios y, por lo tanto, restringiendo el potencial de mejora de la salud poblacional a la actuación de los sistemas sanitarios. A pesar de que esta visión reduccionista de la salud sigue siendo hegemónica en el discurso médico actual, ha sido capaz de desarrollarse y reelaborarse para integrar otros factores de tipo psicológico e incluso sociales en su planteamiento conceptual y sus prácticas. Es el caso de la importancia concedida en los últimos años a los denominados hábitos de vida o conductas de vida relacionadas con la salud.

El cambio en el patrón epidemiológico de las sociedades occidentales por el cual las enfermedades crónicas se han hecho cada vez más prevalentes, ha provocado que la epidemiología haya ido progresivamente centrando su atención a la hora de estudiar los determinantes de la enfermedad en conductas como la dieta, el ejercicio físico o el consumo de alcohol o tabaco. En la actualidad, se ha producido tal cantidad de evidencia sobre la relación entre los hábitos de vida y la salud, que la ciencia médica no pone en cuestión la importancia de estos factores no biológicos como determinantes de la salud que han sido incorporados dentro del modelo biomédico actual. Ello también ha conllevado que la prevención y la promoción de la salud constituyan herramientas de mejora de la salud dentro del marco biomédico actual, si bien de una manera residual.

A pesar de estos avances, el modelo biomédico sigue partiendo de una visión que individualiza y descontextualiza la salud y la enfermedad. A pesar de incorporar la importancia de factores como la dieta o el consumo de tabaco, parte de una concepción muy reduccionista del comportamiento humano asumiendo su resultado únicamente como producto de una decisión individual. De esta forma, la promoción de la salud se plantea desde este modelo casi exclusivamente como el intento de modificación de esas conductas en base a la transmisión de información y persuasión.

Bajo esta perspectiva, por tanto, la acción contra la reducción del tabaquismo se basa, en gran parte, en resaltar la responsabilidad individual no sólo para explicar por qué las personas son fumadoras sino también para implementar las acciones terapéuticas (Escolar, 2011). Así, la intervención para la reducción del tabaquismo se centraría en el individuo tratando de modificar u obstaculizar esa conducta dañina mediante la información y la persuasión, así como con el uso de tratamientos farmacológicos. Por

ello, la mayor parte de las estrategias han estado orientadas a hacer extensible a las poblaciones información acerca de los riesgos asociados al tabaquismo, al igual que sobre otras conductas no saludables, con el objetivo de transformar el conocimiento en acción en torno a la salud.

La perspectiva biomédica ha sido ampliamente puesta en cuestión desde las diferentes disciplinas que abordan la salud, incluida la médica. Estas críticas han destacado la excesiva simplificación del proceso biológico de enfermar así como aspectos más globales como su limitado papel en la mejora de la salud poblacional (Mackeown, 1976; 1979), sus efectos adversos (Illich, 1876; Taylor, 2008) o su papel de control social (Zola, 1972; 1984). En lo referente a los determinantes que considera afectan a la salud, una de las mayores críticas ha sido no incluir la importancia de los factores sociales en la etiología de la enfermedad. En el caso del tabaco, la perspectiva biomédica sitúa las causas de su consumo en la responsabilidad individual, lo que provoca ocultar la importancia de los determinantes sociales en la modelación de las decisiones individuales. Como consecuencia, se potencia la culpabilización de las personas fumadoras de su estado de salud y de las cargas económicas, sociales y sanitarias derivadas (Crawford, 1977). Asimismo, se han mostrado la limitación de las campañas basadas exclusivamente en el consejo para dejar de fumar y en las advertencias sobre los efectos nocivos del tabaco ya que tienen un efecto muy poco relevante en la reducción de la epidemia del tabaquismo (Escolar, 2011). Además, se ha puesto de evidencia las consecuencias de la estigmatización tanto de las personas fumadoras como de las que padecen alguna enfermedad relacionada con el consumo de tabaco como el cáncer de pulmón (Chapple et al., 2004; Burgess et al., 2009) en relación a su calidad de vida, el acceso a los servicios sanitarios y la menor búsqueda de ayuda médica y su salud mental (Chapple et al., 2004; Burgess et al., 2009).

1.2.1.2. Los modelos sociales de la salud: las conductas como factores intermedios entre lo social y la salud

El desarrollo de teorías y evidencia empírica acerca de los factores sociales que intervienen en el proceso de salud-enfermedad han ido incrementándose en las últimas décadas, en gran parte fruto de las aportaciones de disciplinas como la sociología, la antropología, la economía o la epidemiología social (Taylor, 2004; Wainwright, 2008). En lo que respecta al estudio de los determinantes sociales de la salud, se pueden distinguir dos grandes perspectivas: por una parte, aquella que destaca la importancia de los factores psicosociales y, por otra, la que subraya la relevancia de los factores estructurales o materiales en la salud (Martín, 2011).

1. La perspectiva de los factores psicosociales tiene su origen en el estudio clásico de Emilie Durkheim sobre el suicidio (Durkheim, 1995), en el que destacó la importancia que factores como la integración social, las redes sociales o capital social tenían sobre el comportamiento suicida.

La presencia de estos factores como determinantes psicosociales de la salud se ha ido incrementando notablemente en los últimos años (Martikainen et al., 2002), mostrando, por ejemplo, cómo la participación de los individuos en organizaciones sociales tendrían efectos positivos sobre la salud (Berkman y Syme, 1979; Putnam, 1995; Macinko y Starfield, 2001; De Maio, 2010). Sin embargo, la evidencia sobre la relación entre el capital social y la salud todavía no es concluyente (Stoyanova y Díaz-Serrano, 2008).

Respecto a los factores intermedios entre el capital social y la salud (Nakhaie y Arnold 2010), se ha descrito que el primero de ellos haría referencia al apoyo tangible, en forma de aspectos como recursos económicos, cuidados así como actitudes de reciprocidad que proporciona la pertenencia a redes sociales. En segundo lugar, se ha destacado el papel que juegan las conductas relacionadas con la salud como el consumo de tabaco, el alcohol o la alimentación. En este sentido, en aquellos contextos con mayor capital social, se reforzarían los comportamientos saludables a través de una mejor difusión de la información, aumentando la probabilidad de adopción de conductas como una alimentación equilibrada (Poortinga, 2006), ejercicio físico (Mummery et al., 2008) o el control preventivo sobre conductas como el consumo de alcohol o tabaco (Lindström et al., 2003; Brown et al., 2006; Weitzman, 2005). En tercer lugar, se ha afirmado que las sociedades con un mayor capital social y socialmente más cohesionadas tienen una mayor capacidad de organización, que redundaría en unos servicios públicos de mejor calidad y, por tanto, también en una mejor asistencia sanitaria (Sampson et al., 1997; Putnam, 2000). Por último, se ha señalado que el capital y apoyo social generan mecanismos fisiológicos que estimularían el sistema inmunitario para amortiguar los efectos del estrés y combatir así mejor la enfermedad (Wilkinson, 1996; Putnam, 2000; Daniel et al., 2008).

La evidencia que relaciona el consumo de tabaco con el capital social es amplia. Así, se ha mostrado su efecto tanto sobre el consumo habitual (Lindström y Isacson, 2000; Lindström, 2009; Siahpush et al., 2006) como intermitente (Lindström y Isacson, 2000), el número de cigarrillos (Brown et al., 2006) o la cesación de su consumo (Lindström, 2000; 2009; Giordano y Lindström, 2010). Esta relación se ha mostrado utilizando diferentes indicadores y dimensiones del capital social como la participación social (Lindström, 2000; Lindström y Isacson, 2000; Giordano y Lindström, 2010; Siahpush et al., 2006) y la confianza, tanto en el resto de personas como en las instituciones (Lindström y Isacson 2000; Giordano y Lindström, 2010). Esta confianza prevendría el inicio en el consumo y favorecería la cesación ya que aumentaría la probabilidad de seguir las recomendaciones del personal e instituciones sanitarias (Lindström, 2009). Asimismo, una mayor extensión de redes sociales favorecería que los comportamientos innovadores, como los mensajes anti-tabaco y el uso de

servicios de deshabitación, se difundan más rápidamente, siguiendo la teoría de la difusión de las innovaciones (Siahpush et al., 2006).

2. La segunda perspectiva dentro de los modelos sociales de la salud ha destacado la importancia de los factores materiales, siendo la aproximación materialista o de la economía política una de las corrientes que más ha trabajado en esta línea (Navarro, 1976; 1980; Doyal y Pennel, 1979; Waitzkin, 1986; Blane et al., 1997). Según esta perspectiva de la economía política, el capitalismo económico obliga al individuo a asumir los costes sociales del sistema (contaminación, pobreza, desempleo, ausencia de servicios públicos, riesgos laborales, etc.) que actúan en detrimento de su salud. De esta forma, la aproximación materialista enfatiza la importancia que la economía y las condiciones de vida materiales tienen en la producción de la salud y la enfermedad, así como los factores políticos que favorecen tales condiciones. Hasta muy recientemente, sin embargo, han sido escasos los estudios que han analizado directamente, por ejemplo, la influencia del color político de los gobiernos y del tipo de políticas públicas desarrolladas sobre la salud (Borrell et al., 2007; Coburn 2004; Navarro et al., 2007; Chung y Muntaner, 2006; Eikemo et al., 2008a; 2008b; Navarro y Shi, 2001).

Las comparaciones entre sistemas de bienestar han evidenciado la relación entre los diferentes regímenes y la salud (principalmente la esperanza de vida, la mortalidad infantil y el bajo peso al nacer), mostrando resultados consistentes a partir de diferentes sistemas de clasificación. Los resultados parecen indicar que los países de la socialdemocracia escandinava muestran, en términos generales, mejores indicadores de salud, mientras que los anglosajones se encuentran en la peor posición, con un mayor nivel de desigualdades económicas y una peor salud poblacional. Los países del centro de Europa presentan valores intermedios (Borrell et al., 2007; Coburn 2004; Chung y Muntaner, 2006; Conley y Springer, 2001; Navarro et al., 2006).

Desde esta perspectiva, el papel del consumo de tabaco debe entenderse como un factor que mediaría la relación entre los factores materiales y la salud de forma que no cabría hablar del consumo de tabaco como un acto individual sino como el resultado de la influencia de las condiciones materiales de vida en las elecciones de las personas. Multitud de estudios han abordado la importancia de los factores materiales para explicar tanto el inicio como el abandono del consumo de tabaco, evidenciando el efecto de dimensiones como las condiciones de trabajo (Peretti-Watel et al., 2009) la renta (Laaksonen et al., 2005; Lakhdar et al., 2012), la pobreza (Flint y Novotny, 1997; Hausteijn, 2006), el desempleo (Waldron, 1989; Hammarstrom et al., 2003) o la propiedad de la vivienda (Laaksonen et al., 2005).

Desde esta perspectiva materialista, se ha criticado duramente las perspectivas

psicosociales (Muntaner et al., 2000), ya que no han sido sensibles a factores relevantes como el género o la desigualdad social, en términos más generales. Así, se ha señalado que estas teorías psicosociales han rebajado la importancia de los factores materiales en la salud pública, lo que puede provocar que el fomento del capital social sea utilizado como alternativa a políticas de salud basadas en la redistribución de recursos (Lynch et al., 2004).

En cualquier caso, los aportes de la perspectiva de los factores psicosociales como la perspectiva materialista han supuesto un gran avance en la comprensión de las dimensiones que determinan la salud poblacional, en términos generales, y el consumo de tabaco de forma específica. Concebir los factores psicosociales y materiales como determinantes de la salud de las poblaciones ha supuesto un importante cambio respecto al paradigma biomédico comentado anteriormente ya que supone entender la salud más allá del ámbito biológico y estrictamente individual, y situar, por tanto, la responsabilidad de la salud más allá de la acción individual.

En el caso específico del tabaquismo, estos modelos sociales han conllevado dos cambios importantes respecto al modelo biomédico anterior. En primer lugar, el consumo de tabaco pasaría a ser entendido como un elemento intermedio entre los factores sociales y la salud, y no como un determinante último de la salud. En segundo lugar, la explicación del consumo de tabaco no puede ser meramente de carácter individual, sino que es un producto de una organización concreta de la estructura social, con lo que las herramientas para la reducción del tabaquismo deben exceder los límites de los servicios sanitarios y las actuaciones destinadas a la modificación de conductas mediante la información y la persuasión.

1.2.2. El tabaco como generador de desigualdades sociales en salud

Además de la creciente literatura acerca del papel que ha jugado el tabaco como determinante de la salud según los diferentes modelos y de los factores que, a su vez, lo determinan, numerosos estudios han tratado también de explicar el papel que el tabaquismo juega en la generación de las desigualdades sociales en salud, entendidas como aquellas diferencias sistemáticas y potencialmente evitables en la salud y la enfermedad entre grupos socialmente, demográficamente o geográficamente definidos, como consecuencia de las diferentes oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas debido a su clase social, género, etnia o lugar de residencia o nacimiento. (Solar e Irwin, 2007).

En este sentido, han sido numerosos estudios los que han tratado de cuantificar la parte de las desigualdades en salud que se puede atribuir al consumo de tabaco (Law y Morris, 1998; Suadicani et al., 2001; Strand y Tverdal, 2004; Blakely y Wilson, 2005; Jha et al., 2006; Wilson et al., 2006; Gruer et al., 2009; Blakely et al., 2006; 2010; Mackenbach, 2011; Stringhini et al., 2011). La variabilidad de los diferentes estudios

ha sido relevante ya que se han utilizado tanto diferentes medidas de posición social como la etnia (Blakely et al., 2006), el nivel de estudios (Blakely y Wilson, 2005), la privación del área de residencia (Law y Morris, 1998) o la clase social (Gruer et al., 2009), como varias medidas de resultados en salud (Wilson et al., 2006; Blakely et al., 2010; Borg y Kristensen, 2000). La diversidad de los diseños metodológicos o de poblaciones ha conllevado también una gran variabilidad en los resultados.

De forma sintética, se podría afirmar que los resultados de estos estudios apuntan a que el tabaquismo tiene un mayor protagonismo en la explicación de las desigualdades sociales en la salud en el caso de los hombres (Strand y Tverdal, 2004; Wilson et al., 2006), al utilizar variables socioeconómicas (vs. el origen étnico) (Wilson et al., 2006), en la mortalidad por causas como las enfermedades cardiovasculares (Strand y Tverdal, 2004) o en poblaciones que se encuentran en una fase avanzada de la epidemia del tabaquismo (López et al., 1994). Concretamente, la fracción atribuible al consumo de tabaco de las desigualdades en mortalidad varía entre estimaciones de menos del 10% (Borg y Kristensen, 2000; Suadicani et al., 2001), de entre un 10 y un 25% (Wilson et al., 2006) e incluso más del 25% (Stringhini et al., 2011). Se ha llegado incluso a sostener que la mayor parte de las desigualdades socioeconómicas en mortalidad se deben al consumo de tabaco (Law y Morris, 1998; Jha et al., 2006).

Sin embargo, el papel de las conductas relacionadas con la salud en la generación y reproducción de las desigualdades sociales en salud también ha sido ampliamente puesto en cuestión (Lantz et al., 2010; Phelan et al., 2004). En este punto, merece la pena resaltar la división terminológica entre factores proximales y factores distales causantes de la enfermedad propuesta por Link y Phelan (Link y Phelan, 1995), que diferencia entre las causas más inmediatas, por ejemplo las conductas o factores de riesgo como el colesterol, de aquellos factores distales que están más relacionados con las condiciones de vida de las personas y que son las causas fundamentales de la aparición de las enfermedades u otros resultados relacionados con la salud. Todo ello, deriva en la necesidad de contextualizar los factores proximales, como el consumo de tabaco, teniendo en cuenta que los factores distales son los que permiten entender por qué unas personas y no otras acaban estando expuestas a esos factores proximales. De esta forma, los efectos sobre la salud de los factores distales, no pueden ser eliminados con la desaparición de los factores proximales o intermedios. El análisis histórico que realizaron los autores apoya este argumento: durante los siglos XIX y comienzos del XX, cuando la salubridad e inmunización, que mediaban en la relación entre la posición social y la salud, mejoraron, la relación entre la posición social y la salud no desapareció, sino que esos factores de riesgo intermedios fueron sustituidos por la distribución desigual de otros relacionados con las conductas como la dieta, el tabaco o el alcohol. Por ello, teniendo en cuenta las aportaciones de Link y Phelan, la eliminación de las desigualdades en el tabaquismo no haría desaparecer las desigualdades en salud. El tabaquismo no es una causa fundamental de las desigualdades sociales en salud, y si las causas fundamentales, es decir, el

acceso a los recursos materiales y al poder, no se modifican, otros factores de riesgo reemplazarán progresivamente al tabaquismo como mediador. En concreto, el análisis de los factores mediadores en la relación entre la posición social y mortalidad en mujeres no fumadoras (Hart et al., 2011) han mostrado el importante efecto mediador de la obesidad cuando el tabaco no ejerce ese papel, lo que ha permitido señalar a la obesidad como el potencial factor sustituto tras la hipotética desaparición del tabaquismo como mediador entre la posición social y la salud (Mackenbach, 2011).

1.3. DESIGUALDADES SOCIALES EN EL TABAQUISMO: MARCO CONCEPTUAL Y EVIDENCIA EMPÍRICA

Una vez analizado el papel de los diversos modelos de la salud y su concepción acerca del consumo de tabaco, este apartado se centrará en describir, en una primera parte, cuáles son los factores fundamentales que explican la desigual distribución del tabaquismo a través de la propuesta de un modelo conceptual que apoyará el análisis empírico y la interpretación de los resultados de esta tesis. Posteriormente, se describirán los resultados principales de la revisión realizada de los estudios sobre la situación actual de las desigualdades sociales en el tabaquismo en los países occidentales.

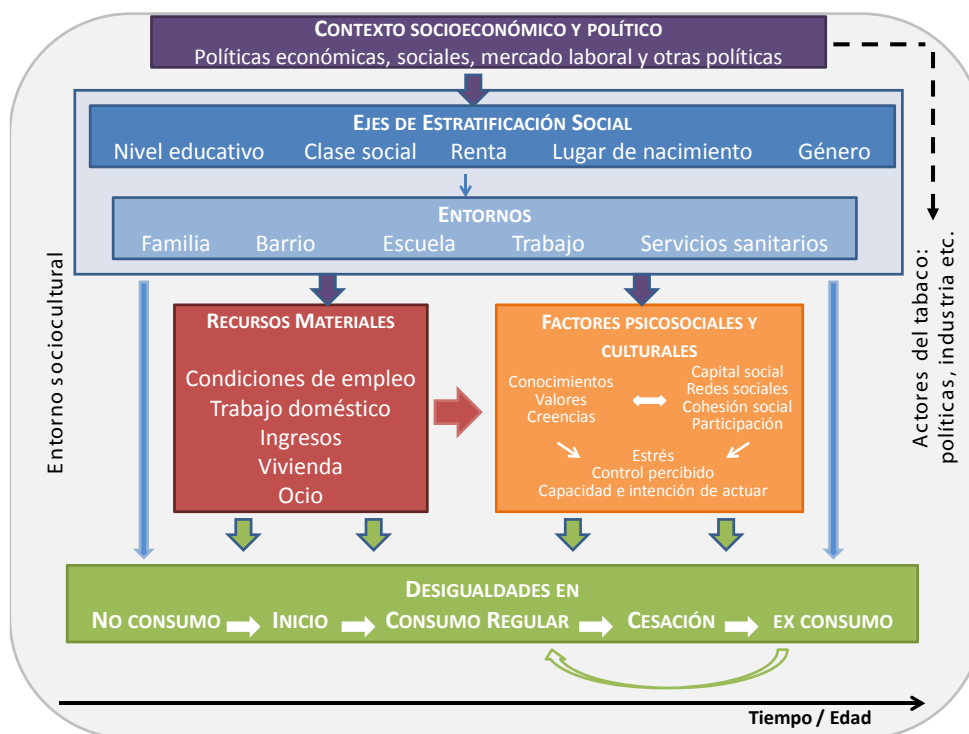
1.3.1. Marco conceptual de las desigualdades sociales en el tabaquismo

Tal y como ya recogió López et al. en la descripción del modelo de la epidemia del tabaquismo, el consumo de tabaco se concentra mayoritariamente en los grupos socioeconómicos más desfavorecidos en las últimas fases de su difusión (López et al., 1994). Una reciente revisión sobre la situación de las desigualdades socioeconómicas en el tabaquismo en los países desarrollados recogió la abundante literatura al respecto, confirmando que las desigualdades sociales en el consumo de tabaco están aumentando debido a que el consumo es progresivamente mayor entre los grupos socioeconómico más bajos, definidos por su nivel de estudios, clase social ocupacional, renta y otros ejes de desigualdad social (Schaap y Kunst, 2009). La constatación de este patrón socioeconómico ha conllevado una creciente producción de estudios teóricos y empíricos dirigidos a explicar cuáles son los factores sociales que en cada contexto explican mejor la generación y reproducción de las desigualdades sociales en el consumo de tabaco.

Estos estudios teóricos y empíricos sobre las razones de la distribución desigual del consumo de tabaco, junto con modelos más generales de explicación de las desigualdades sociales en salud que también han incluido el papel de las conductas como el tabaquismo (Diderichsen et al., 2011; Solar e Irwin; 2010; Krieger, 2008), han servido de base para la elaboración, en el contexto de esta tesis, de un marco conceptual sobre las desigualdades sociales en el tabaquismo. Concretamente, se ha basado en

el modelo específico sobre desigualdad y tabaquismo propuesto por Schaap (Schaap, 2010) y en el marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales de la salud propuesto por la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España (2010), elaborado sobre la base del modelo anterior de la OMS (Solar e Irwin, 2010).

Figura 1.4. Modelo conceptual de las desigualdades sociales en el tabaquismo



Fuente: Elaboración propia. Basado en Schaap (2010) y Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España (2010)

Al igual que el modelo de la comisión española y el de la OMS, el marco propuesto (figura 1.4) destaca la relevancia del contexto socioeconómico y político como determinantes últimos de las desigualdades sociales en el tabaquismo. Entre estos se incluyen, fundamentalmente, la tradición política de los gobiernos y sus políticas macroeconómicas y sociales relacionadas con el mercado laboral, la vivienda, la educación, el bienestar social y todas las políticas relacionadas más específicamente con la prevención, control y reducción del tabaquismo. Entre estas últimas destaca el papel que los gobiernos juegan en relación a la modificación de la fiscalidad del tabaco, de regulación de la venta, de la publicidad y la promoción del tabaco, la regulación del contenido de los productos tabáquicos y la generalización de los espacios sin humo en diversos ámbitos⁷.

⁷ En el apartado 1.1.3. se ha desarrollado con detalle el papel de los actores del tabaco, específicamente la industria tabaquera y las políticas públicas y su influencia en el consumo de tabaco y sus desigualdades sociales.

Todos estos factores contextuales ejercen una gran influencia sobre los patrones de estratificación social, que generan y mantienen las diferentes jerarquías sociales y determinan la posición social que las personas ocupan en la sociedad según su nivel socioeconómico, género, nivel de estudios, lugar de nacimiento y otros ejes de desigualdad social. Estos ejes de estratificación determinan, asimismo, las características de los entornos en los que viven y se desarrollan las personas, concretamente las familias y las interrelaciones entre sus miembros, el barrio, la escuela o el lugar de trabajo.

A partir de estas posiciones sociales desiguales y de las características particulares de los entornos en las cuales se expresan, se establecen en el modelo dos grandes grupos de determinantes que incidirán de forma más inmediata sobre la desigual distribución de los patrones del tabaquismo entre los grupos sociales: por una parte, se encuentran los recursos materiales y, por otra, los factores psicosociales, algunos de los cuales están influidos, a su vez, por las características de los factores materiales, tal y como se explicará a continuación.

Los factores materiales incluyen las condiciones de vida, de trabajo productivo y reproductivo, las características de las viviendas y otros aspectos materiales como la renta o el tipo de ocio de las personas, cuya distribución desigual influyen en los patrones de desigualdad social en el tabaquismo. Concretamente, la acumulación de condiciones de vida adversas en los grupos socioeconómicos más desfavorecidos provocaría, una mayor concentración del consumo en los mismos, que utilizarían este consumo como mecanismo para sobrellevar el estrés, ya que el tabaco actuaría de regulador del humor y de la presión mental derivada de vivir en condiciones socioeconómicas adversas (Shaw et al., 1999). En el caso concreto de las mujeres, se ha mostrado además una clara interacción entre la clase social y el género, según la cual el consumo de tabaco actuaría entre las de bajo nivel social encargadas del cuidado de criaturas como un método para gestionar el estrés producido por sus circunstancias adversas, al tiempo que les aportaría un espacio de tiempo de libertad para ellas mismas (Graham, 1987; 1994). Así, Graham mostró que a pesar de que las madres eran conocedoras de los riesgos asociados al consumo de tabaco, éste les proporcionaba un medio para gestionar el estrés producido en sus vidas cotidianas, produciéndoles una sensación, si bien precaria, de equilibrio (Graham, 1987; 1994). En esas circunstancias, parece que los perjuicios percibidos del abandono del consumo exceden los beneficios y, por tanto, la cesación se hace complicada en estos contextos. De manera similar, Gabe y Thorogood mostraron cómo los patrones de consumo de tabaco en mujeres negras y de clase trabajadora respondían a su diferente grado de acceso a diversos recursos, al trabajo remunerado, las redes sociales o el ocio (Gabe y Thorogood, 1986). Otro mecanismo mediador entre las condiciones materiales y la menor cesación del consumo de tabaco está relacionado con las condiciones de trabajo, en el sentido de que las clases manuales trabajarían en entornos con normas más permisivas sobre el uso del tabaco y con una mayor exposición al humo ambiental

del mismo, lo que podría estar relacionado con un menor deseo de dejar de fumar (Honjo et al., 2006).

Por otra parte, se situarían los factores psicosociales y culturales que reúnen a un conjunto de determinantes relacionados, por una parte, con la influencia que la percepción de las personas acerca de la posición que ocupan en la jerarquía social ejerce sobre sus conductas y su salud. Vivir en sociedades desiguales conduciría a las personas a auto comparaciones de su estatus, posesiones y condiciones de vida, provocando sentimientos de estrés, vergüenza, insatisfacción e impotencia en aquellas personas en posiciones socialmente más desaventajadas. En este sentido, se ha mostrado que percepción de una posición relativa más desfavorable en la escala social aumenta la probabilidad de fumar, independientemente de otros indicadores objetivos de posición social, como la ocupación o el nivel de estudios (Siahpush et al., 2006).

Asimismo, se ha descrito que las sociedades socialmente más desiguales favorecen la desintegración de los lazos sociales, lo cual debilita la cohesión social, la participación y el capital social, aspectos que al encontrarse desigualmente distribuidos entre los grupos sociales (Dahl y Malmberg-Heimonen, 2010), explicarían la mayor concentración del tabaco en las clases más pobres así como las desigualdades sociales en la cesación o el mantenimiento del consumo (Lindström et al., 2000).

Un tercer grupo de factores dentro de los determinantes psicosociales y culturales haría referencia a los valores culturales compartidos en los grupos socioeconómicos, en forma de creencias, conocimientos y valores acerca de lo saludable, adecuado o inapropiado en términos de salud, lo cual se relaciona con la mayor concentración de prácticas como el consumo de tabaco en algunos grupos sociales (Stronks et al., 1997). En este sentido, las normas compartidas relacionadas con la salud y las conductas parecen ser menos rígidas en los grupos socioeconómicos más desfavorecidos, debido, fundamentalmente, a la mayor presencia y exposición a la enfermedad de estos grupos (Blaxter y Patterson, 1982). Y es que, mientras que abandonar el consumo de tabaco en los grupos socioeconómicos más favorecidos puede mejorar considerablemente su estado de salud, el impacto en el bienestar físico y/o mental en los grupos menos favorecidos, con un nivel de morbilidad general superior, podría ser menos intenso, lo cual influiría en la percepción de los diversos grupos sobre las ganancias asociadas a la cesación del hábito (Blaxter, 1990).

El nivel de conocimientos acerca de los riesgos que entrañan determinadas conductas es para la perspectiva de los factores psicosociales y culturales otro elemento fundamental, lo que lleva a que enfatice la importancia del nivel educativo en la generación de las desigualdades en el tabaquismo. En este sentido, se ha demostrado que el grado de conocimiento que las personas tienen sobre los riesgos asociados al tabaquismo se relaciona con la prevalencia del consumo así como con la cesación

(Siahpus et al., 2006). A pesar de que el nivel educativo interacciona con otras variables de desventaja social, Schaap et al. (2008) mostraron que el nivel educativo está más estrechamente relacionado con la prevalencia de tabaquismo que la renta y otras variables relacionadas con condiciones materiales de vida, lo que ha alimentado la hipótesis de que el conocimiento asociado a la educación tienen un mayor poder explicativo de las desigualdades en el consumo de tabaco que la privación material.

La relevancia del nivel de estudios ha sido también puesta en relación con el denominado “locus de control” interno, es decir, el sentimiento de control que tienen las personas sobre sus vidas, que prevendría el inicio en el consumo de tabaco y que sería menor entre los grupos de menor nivel educativo. Asimismo, el nivel de “autoeficacia”, es decir, el grado de sentido de control sobre las acciones propias, ha sido puesto en relación con las desigualdades en el consumo de tabaco ya que las personas pertenecientes a niveles socioeconómicos desfavorecidos referirían mayores barreras percibidas para dejar de fumar y menor confianza en su habilidad para hacerlo (Chamberlain y O’Neill, 1998).

Las reflexiones de P. Bourdieu y su concepto de “habitus” se imbrica entre ambos grupos de factores, materiales y psicosociales, y ayuda a entender por qué a menudo no existe una racionalidad explícita detrás de prácticas como el consumo de tabaco que se concentran en determinados grupos sociales. Por el contrario, éstas responden a disposiciones o inercias no racionales que guían las pautas de las personas hacia ciertos comportamientos a partir de la denominada “práctica lógica”. En otras palabras, para Bourdieu conductas como el consumo de tabaco podrían ser concebidas como actividades rutinizadas de la vida cotidiana, guiadas por una práctica lógica o implícita (Williams, 1995), que los individuos han adquirido en forma de *habitus*. El *habitus* es un conjunto de esquemas generativos a partir de los cuales los sujetos perciben el mundo y actúan en él; están socialmente estructurados ya que las personas los incorporan a partir de sus posiciones de clase y responden, a su vez, a los pensamientos y acciones colectivas que se suponen propias de tales posiciones de clase (Bourdieu, 1999). En este sentido, las formas en que las personas tratan sus cuerpos y se relacionan con ellos a través de las diferentes conductas o hábitos de vida constituyen la naturaleza más profunda del *habitus*, por cuanto estas disposiciones y esquemas generativos son incorporados (embodied) tanto metafóricamente como literalmente en los cuerpos de las personas (Bourdieu, 1999b). La existencia de “*habitus* de clase” explicaría, por tanto, las importantes regularidades en las elecciones de los miembros de las clases, de forma que en la actualidad el consumo de tabaco se asociaría al *habitus* de las clases más desfavorecidas, sin que éste sea cuestionado racionalmente por sus miembros (Katainen, 2010).

Por último, el papel del sistema sanitario en la explicación de las desigualdades en el tabaquismo es limitado pero debe ser asimismo considerado, ya que según la “ley de cuidados inversos”, enunciada en 1978 el médico generalista Julian Tudor Hart, la

disponibilidad de una buena atención sanitaria tiende a ser inversamente proporcional a la necesidad de la población asistida. En este sentido, el acceso desigual que se puede dar según la clase social a los recursos de deshabituación tabáquica puede promover mayores desigualdades en los intentos de cesación del hábito (Honjo et al., 2006). Asimismo, se ha mostrado que estos programas de deshabituación son más efectivos en los grupos sociales más aventajados ya que evitan en mayor medida en estos últimos la recaída en el consumo (Fernández et al., 2006b).

Es importante, para finalizar con la explicación del modelo, no olvidar que, debido al carácter dinámico en el tiempo de los procesos relacionados con el tabaquismo –el inicio, el mantenimiento, la cesación y la posible recaída en el consumo– el análisis de las desigualdades en el consumo de tabaco debe ser realizado desde una perspectiva vital que contemple estos procesos de forma integrada. En este sentido, se ha mostrado que sería la combinación entre una mayor iniciación durante la juventud y una menor cesación en la vida adulta lo que podría explicar la existencia de desigualdades sociales en el consumo de tabaco a lo largo del ciclo vital (Kunst et al., 2004). Otras investigaciones, sin embargo, afirman que el menor abandono del consumo por parte de grupos de menor nivel socioeconómico en la edad adulta es el factor fundamental que explica la mayor prevalencia de fumadores/as entre las clases más pobres (Jarvis, 1999).

1.3.2. Situación actual de las desigualdades sociales en el tabaquismo: la evidencia internacional

1.3.2.1. Las desigualdades sociales en el consumo de tabaco y su evolución

No todos los países han seguido las fases de la epidemia del tabaquismo en el mismo periodo histórico. En la actualidad, la mayor parte de los países del norte están ya inmersos en la última etapa, que se caracteriza, como ya se ha detallado anteriormente, por un incremento de las desigualdades en el consumo de tabaco, acompañado de un descenso generalizado del mismo (Eek et al., 2010). 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 de la epidemia, en la que las desigualdades sociales en el consumo de tabaco dependen del sexo y la edad (Regidor et al., 2001; Federico et al., 2004).

Pero, ¿cuáles son los factores que pueden explicar este desigual patrón? Existen diferentes hipótesis al respecto, si bien ninguna, de forma independiente, pueda probablemente proporcionar una explicación suficiente de este fenómeno (Schaap, 2010):

- a. A menudo, se ha afirmado que el diferente nivel de desarrollo económico de los países constituye un factor contextual de gran relevancia que afecta al modo

en el que se ha difundido la epidemia del tabaquismo en Europa, provocando un retraso en los países del sur, con un nivel de desarrollo menor. Federico et al. (2004) mostraron importantes desigualdades geográficas en el consumo de tabaco y su distribución socioeconómica entre el norte de Italia, más rico, y el sur, menos desarrollado, lo cual apoyaría esta hipótesis. Los resultados acerca de la relación que parece existir entre el poder adquisitivo y el consumo de tabaco irían también en esta línea (Gallus et al., 2003).

En relación al desajuste temporal observado concretamente entre las mujeres del norte y del sur de Europa, se ha descrito la relación existente entre su emancipación económica, como resultado de su participación en el mercado laboral, y su incorporación al hábito tabáquico, tradicionalmente masculino, asociado a la independencia y la modernidad (Schaap et al., 2009). En el caso concreto del estado español, es importante recalcar la influencia que durante 40 años ejerció la dictadura franquista sobre el retraso de la epidemia en la población femenina respecto a otros países. De hecho, la prevalencia de consumo de tabaco en las mujeres se mantuvo en niveles muy bajos, inferiores al 5%, hasta el último periodo de la dictadura, para iniciar a partir de entonces un incremento muy intenso (Fernández et al., 2003). Tal y como se ha mostrado, las tasas de inicio, de hecho, aumentaron de forma muy relevante coincidiendo con el comienzo del periodo democrático que provocó importantes cambios sociales y económicos (Schiaffino et al., 2003).

- b. Además de la dimensión económica, también se ha citado la relevancia de las diferencias culturales entre los países, que han podido afectar al retraso en la extensión de la información sobre los riesgos para la salud del consumo de tabaco. Otro factor cultural con influencia sobre el nivel de consumo podría estar relacionado con el diferente grado de penetración y aceptabilidad social de los productos manufacturados de tabaco, que en el norte de Europa se aceptaron e incorporaron a las pautas de consumo a comienzos del siglo XX, mientras que en el sur este cambio en los patrones de consumo se produjo alrededor de 1930 en Italia, 1940 en Francia y en 1950 en España (Graham, 1996). Asimismo, la mayor cercanía cultural entre los países del norte de Europa y Estados Unidos podría haber reforzado el cambio de normas sociales y la actitud hacia el consumo de tabaco en todos ellos, que se dio con anterioridad que en el sur europeo. En el caso de las mujeres, la extensión de los valores sociales asociados a la emancipación y la libertad, que condujeron a la citada ruptura de la relación de dependencia económica con los hombres, ha podido jugar un diferente papel a lo largo del tiempo en el norte y sur de Europa, contribuyendo a la definición del patrón geográfico desigual en la extensión del tabaquismo.
- c. Por último, se ha propuesto que las características de las políticas de control

del tabaquismo, en concreto su grado de comprehensividad, en los diversos países pueda haber contribuido parcialmente a dibujar el patrón norte-sur en el consumo de tabaco. La combinación de diferentes intervenciones o la implementación fragmentada de actuaciones como el aumento del precio del tabaco, la prohibición publicitaria, los programas de educación para la salud y más recientemente, la prohibición del consumo en lugares cerrados, ha podido crear diferencias en la evolución del consumo de tabaco que deben ser también tenidas en cuenta. En este sentido, los resultados de un trabajo que utilizó la Tobacco Control Scale –herramienta para medir el esfuerzo realizado por los países europeos en materia de control del tabaquismo- revelaron importantes variaciones entre los países, situando a países como España, Portugal y Grecia por debajo de la media europea (Jooseens y Raw, 2006). Tal y como se ha descrito también en un apartado anterior, la implementación real de una misma política podría no ser igualmente efectiva en el sur que en el norte de Europa (Giskes et al., 2007).

Numerosos estudios comparativos a nivel europeo han corroborado este patrón geográfico desigual. Huisman et al. (2005) mostraron con datos de 1998 del Panel Europeo de Hogares, que existía un patrón norte-sur en las mujeres mayores de 24 años, aunque especialmente entre las mayores de 44, con un gradiente inverso de mayor consumo entre aquéllas de nivel de estudios más elevados en el sur de Europa. En Finlandia y Austria se observó también un mayor consumo entre las mujeres mayores de 65 años de nivel de estudios más elevado. Entre las mujeres jóvenes, por su parte, sólo en algunos países como Grecia y Portugal se observaba aún un gradiente inverso, mientras que en España e Italia, el consumo, aunque de forma no significativa, era ya mayor entre las mujeres de menor nivel de estudios. En el caso de los hombres, no se observó un patrón geográfico claro ya que en todos los países los hombres de nivel de estudios inferior fumaban diariamente en mayor proporción que aquéllos de nivel educativo superior.

Los resultados de este estudio podrían considerarse la continuación de los publicados por Cavelaars et al. (2000), quienes con datos de encuestas de salud estatales mostraron un patrón norte-sur similar a Huisman et al. en los hombres de 20 a 44 años y las mujeres mayores alrededor de 1990. Sin embargo, en el caso de los hombres mayores, el gradiente descrito fue débil y contrario en el caso de Portugal. Asimismo, en el caso de las mujeres jóvenes se observó una asociación más clara entre el nivel de estudio superior y el consumo de tabaco en algunos países del sur de Europa como España y Portugal. Todo ello respondería a la diferencia de diez años respecto al estudio anterior y el consiguiente avance ocurrido en la epidemia del tabaquismo durante los años noventa.

Más recientemente, merece la pena señalar el estudio comparativo que incluyó 19 países de toda Europa (incluidos varios países del este y bálticos) en el que, además

de un exhaustivo análisis de las desigualdades en la mortalidad, se analizaron varias variables relacionadas con la salud y las conductas como el consumo de tabaco. De sus análisis se desprende que, entre la población de 30 a 70 años, existe gran variabilidad entre países de forma que se muestran grandes desigualdades en el consumo de tabaco en el norte, oeste y Europa continental, mientras que éstas son menos relevantes en los hombres del sur europeo e inversas en las mujeres – especialmente en Portugal-. En Europa del este y los países bálticos, los autores mostraron un patrón poco consistente (Mackenbach et al., 2008). En relación a estos últimos países, un estudio comparativo de ocho países de la antigua Unión Soviética con datos de 2001 mostró que en los hombres mayores de 18 años, se observaba un mayor consumo de tabaco entre aquéllos de menor nivel de estudios y mayores dificultades económicas. En el caso de las mujeres, la relación apuntaba en la misma dirección aunque no alcanzaba la significación estadística (Pomerleau et al., 2004).

Además del nivel educativo, otros estudios han centrado su interés en variables como el nivel de renta (Huisman et al., 2005b), que en estudios anteriores ya había mostrado su relación con la distribución de determinadas conductas relacionadas con la salud o la mortalidad (Laaksonen et al., 2003). En este sentido, se mostró que en el conjunto de la Unión Europea, el nivel de renta sólo se asoció al consumo de tabaco tras ajustar por el efecto de otras variables, en los hombres hasta los 64 años. En el caso de las mujeres, la relación fue muy tímida, y se produjo únicamente entre las más jóvenes, de 25 a 34 años. Por países, el análisis se limitó a la población de 25 a 59 años y, en términos generales, el nivel educativo estableció mayores desigualdades en el consumo de tabaco en el norte y en los hombres del sur europeo. Por su parte, en las mujeres de España e Italia, mientras que por nivel educativo no se observaron desigualdades significativas, la renta sí produjo un gradiente inverso en el consumo de tabaco. En Portugal y Grecia, por el contrario, las más educadas y de mayor nivel de renta fumaron en mayor proporción de forma consistente según otros indicadores socioeconómicos.

Otras variables como la situación laboral, la ocupación, la riqueza o el régimen de propiedad de la vivienda han dibujado también patrones diferentes en el norte y el sur de Europa. Concretamente Schaap et al. (2008) mostraron que a finales de la década de los noventa en los países del norte de Europa, el nivel educativo era la variable que con mayor fuerza se asociaba al consumo de tabaco en la población joven, especialmente en las mujeres, mientras que en la población mayor lo eran la clase social ocupacional y el régimen de la vivienda. En los países del sur europeo, por su parte, las relaciones fueron de menor fuerza, con un patrón variado: en los hombres jóvenes, el nivel educativo se mostró especialmente relevante mientras que en las mujeres lo fue la clase social ocupacional. En la población mayor de 40 años, en cambio, la riqueza en el caso de los hombres y la clase social ocupacional en las mujeres mostraron las relaciones más importantes.

Asimismo, merecen también ser señalados otros estudios que han puesto el acento en ejes de desigualdad como el lugar de residencia rural o urbano (Idris et al., 2007), señalando que el consumo de tabaco es más prevalente en las áreas urbanas, especialmente elevado en áreas de alta urbanización como las grandes ciudades. No se describieron desigualdades subrayables entre los países del norte y sur europeo.

Algunos estudios se han focalizado específicamente en la comparación de las desigualdades de género o en los patrones diferentes dentro de la población femenina según diferentes grupos de edad, ofreciendo claves importantes para entender la interacción existente entre el género y el nivel socioeconómico y su influencia conjunta en el consumo de tabaco (Schaap et al., 2009; Graham, 1996). Graham, con datos de diversos países europeos de 1950 a 1990, puso de relieve que las mujeres del sur de Europa se encontraban en las primeras fases de la epidemia del tabaquismo, con prevalencias aún crecientes y gradientes inversos según la clase social o el nivel de estudios. Por el contrario, en el norte habían alcanzado el pico de consumo alrededor de 1970 y las clases desfavorecidas fumaban en mayor proporción. Según la autora, un aspecto relevante que influyó en la adopción del hábito por parte de las mujeres en los diversos países europeos fue el comienzo de la producción y la progresiva extensión del tabaco manufacturado que fue adoptado de forma pionera por las mujeres jóvenes de clases sociales más elevadas (Graham, 1996). Ya con datos de alrededor del año 2000, Schaap et al. mostraron que, entre las mujeres más jóvenes, el consumo de tabaco se concentraba claramente entre las de menor nivel de estudios en 19 países europeos, con la excepción de Portugal, donde se observaba el patrón contrario. Las mayores desigualdades entre las mujeres jóvenes se produjeron en los países nórdicos e Irlanda. Por el contrario, en las mujeres de entre 40 y 60 años, se describió un patrón inverso en todos los países europeos mientras que en el norte de Europa las desigualdades, aunque de menor magnitud que entre la población más joven, siguieron marcando un patrón de mayor concentración entre aquéllas de nivel educativo más bajo. En el caso de la población mayor, únicamente en las mujeres de Inglaterra se observó una mayor prevalencia entre aquéllas con menor nivel de educación, mientras que en la mayor parte de los países, el patrón fue inverso o no se observaron desigualdades. Los países del este europeo, se encontraban, según los resultados de este estudio, en una posición intermedia entre el norte y el sur (Schaap et al., 2009). Una tesis doctoral publicada en 2010 propuso que, en base a los resultados de la magnitud de las desigualdades en las mujeres más jóvenes, de 20 a 45 años, recogidos en diversas publicaciones, Europa podía ser dividida en cuatro grupos: Dinamarca, Noruega, Finlandia, Irlanda y Bélgica, con las mayores desigualdades (odds ratios > 2,5); Suecia Inglaterra, los Países Bajos, Alemania y Suiza en segundo lugar (con odds ratios entre 1,5 y 2,5); Francia, Austria Italia y España con odds ratios de 1,0 a 1,5 y, finalmente, Portugal y Grecia con patrones de desigualdad inversos (Schaap et al., 2010).

En relación al cambio en el patrón de las desigualdades en el norte y sur de Europa a

lo largo del tiempo, un estudio describió de forma comparativa la evolución de 1985 a 2000 del consumo de tabaco en la población de 25 a 79 años según su nivel educativo (Giskes et al., 2005), mostrando un patrón heterogéneo por países. En el caso de los hombres, aquellos de menor nivel educativo del Reino Unido e Italia mostraron un descenso significativamente mayor de su tabaquismo, mientras que en el resto de países del norte de Europa, de los Países Bajos y el estado español, el descenso no fue significativamente diferente entre los diversos niveles de estudios. Por el contrario, los hombres más educados de Suecia y Dinamarca vieron reducido su consumo de tabaco en mayor medida respecto a los menos educados. En el caso de las mujeres, aquellas de menor nivel de estudios de Noruega y Suecia así como las de Alemania e Italia aumentaron su consumo de tabaco de 1985 a 2000, mientras que las de nivel educativo más elevado lo redujeron. En Finlandia y España, también se produjo un aumento del consumo femenino de tabaco en el periodo de estudio. Por último, al igual que en los hombres, las mujeres del Reino Unido de menor nivel de estudios vieron cómo se reducía en mayor proporción su consumo de tabaco en comparación con las de mayor nivel. Por su parte, el estudio anteriormente citado de Idris et al. (2005) mostró que en el mismo periodo de estudio se produjo un aumento relevante en el consumo de tabaco de las mujeres de 25 a 79 años en el estado español tanto en las áreas urbanas como no urbanas respecto al resto de países. Por el contrario, las mujeres de Suecia y Dinamarca viviendo en áreas urbanas redujeron su consumo de tabaco significativamente en el periodo. Los hombres españoles mostraron el patrón contrario, con un descenso significativo de su consumo de tabaco en aquéllos viviendo tanto en áreas urbanas como no urbanas, de forma similar a los suecos, daneses e italianos.

En relación a los países del este europeo, no existen muchos estudios acerca del cambio de las desigualdades en el consumo de tabaco de forma comparativa. Sin embargo, parece que podría destacarse el efecto común a todas estas poblaciones que supuso el colapso de la antigua Unión Soviética y del modelo de economía planificada en la industria del tabaco: los monopolios productores de tabaco, hasta entonces propiedad del estado, fueron privatizados y las compañías transnacionales realizaron grandes inversiones en publicidad y en estrategias de distribución, muy dirigidas a las mujeres, a la población joven y a la población residente en ciudades (Gilmore y McKee, 2004). Concretamente, con datos de Rusia para el periodo 1994-2002, Perlman et al. mostraron que tanto en hombres como en mujeres, el consumo de tabaco aumentó, especialmente en la población femenina. Por nivel educativo, se observó un mayor consumo entre los hombres de estudios más bajos y esa desigualdad tendió a aumentar ligeramente en el periodo. En las mujeres, a principios de 1994 no se observó un claro patrón por nivel de estudios que, sin embargo, fue aumentando de forma que en 2003 se daba ya un mayor consumo de tabaco entre aquéllas con menor nivel de estudios (Perlman et al., 2007). Los resultados de este estudio confirmaron los recogidos en un estudio anterior (Bobak et al., 2006). Con datos comparativos para la población en edad activa de los países bálticos y de Finlandia de 1994 a 2002,

Helasoja et al. mostraron que el consumo no estaba descendiendo en hombres y que continuaba aumentando en las mujeres lituanas. Por nivel socioeconómico, se apreció un mayor consumo entre aquéllos/as de menor nivel educativo, aunque la evolución de las desigualdades no siguió un patrón claro (Helasoja et al., 2006).

Por último, merece la pena destacar los estudios que recientemente se han venido realizando sobre un sector de la población fumadora que no muestra deseo y tampoco ha tratado de abandonar el hábito tabáquico, los denominados *hardcore smokers* o fumadores/as empedernidos. Sin embargo, aún son escasos los estudios al respecto y más aún los que han analizado la distribución de los llamados fumadores empedernidos según su nivel socioeconómico y sólo se ha hallado uno que focalizara su atención en la evolución de tales desigualdades. Los análisis comparativos entre países son inexistentes todavía. Un estudio con datos para Italia mostró que la prevalencia de la población fumadora empedernida era mayor en hombres que en mujeres y en las edades más jóvenes. Por nivel de estudios no se apreció una relación clara en los hombres mientras que en las mujeres el riesgo de ser fumadoras empedernidas aumentó en los niveles de estudios inferiores, aunque las diferencias no fueron significativas. Por clase social, sin embargo, se observó un patrón de mayor consumo de este tipo de fumadores entre los hombres de las clases más bajas, mientras que en las mujeres no se observaron desigualdades. La variable que en ambos sexos se mostró relacionada con el consumo empedernido fue la edad de inicio, cuyo adelanto aumentó su probabilidad (Ferketich et al., 2009). En la región francesa de la alta Normandía, parece que el nivel de estudios no estableció desigualdades significativas si bien se observó una clara concentración de la población perceptora del salario mínimo y de otros servicios sociales entre la población fumadora empedernida. En relación a la edad, se apreciaba una ligera mayor concentración entre la población más joven (Tavolacci et al., 2009).

En otros países del centro y norte de Europa como Reino Unido y Noruega, los patrones observados han sido diferentes, debido probablemente a la diferente fase en la epidemia del tabaquismo en la que se encuentran. En el Reino Unido, el riesgo de ser fumador/a empedernido/a aumentó ligeramente en las mujeres, de forma gradual con la edad así como con el nivel de privación, siendo un 41% superior entre aquellas personas de un grado de privación mayor. La edad de inicio y la cantidad de cigarrillos fumados también mostraron una clara asociación, aumentando la probabilidad de este consumo a medida que descendía la primera y aumentaba la segunda (Jarvis et al., 2003). En otros países como EEUU, el gradiente observado por nivel de estudios y renta también fue claro, con una prevalencia de consumo empedernido mayor entre los grupos más desfavorecidos. En este mismo país, otro análisis con un enfoque específico de género, puso de evidencia que, en comparación con los hombres fumadores empedernidos/as, las mujeres tenían mayor probabilidad de estar desempleadas, ser de etnia blanca no hispana, de nivel de ingresos inferior y ligeramente mayores. No se observaron desigualdades por nivel de estudios o estado

civil (Sorg et al., 2011; Augustson et al., 2008).

Por último, un estudio sobre la evolución de la población fumadora empedernida entre 1996 y 2009 en Noruega concluyó que este sector de la población fumadora era fundamentalmente de perfil masculino, de bajo nivel educativo y que aumentaba con la edad. Asimismo, ajustando por todas estas covariables, las autoras mostraron que la prevalencia de los/as fumadores/as empedernidos/as había disminuido durante el periodo de estudio, mostrando una estabilización desde 2004, si bien los análisis no fueron estratificados por ninguna variable de posición socioeconómica (Lund et al., 2011).

1.3.2.1.1. Las desigualdades en el consumo de tabaco y su evolución en España en el contexto del sur de Europa

Además de las publicaciones realizadas por las diferentes administraciones sanitarias sobre la distribución socioeconómica del consumo de tabaco (Departamento de Sanidad, 2007; Margolles y Donate, 2008), han sido varios los estudios específicos sobre desigualdades en el tabaquismo publicados en España. Destacan los realizados desde Catalunya, utilizando fundamentalmente las encuestas de salud de Barcelona y Catalunya.

Dos de los estudios más relevantes con datos para el conjunto del estado analizaron la evolución de las desigualdades en el consumo de tabaco desde 1987 hasta 1997 (Regidor et al., 2001) y hasta 2001 (Daponte et al., 2009). Regidor et al. mostraron que el consumo de tabaco descendió en el periodo de estudio en los hombres y aumentó en las mujeres. El descenso en los hombres fue, sin embargo, superior entre los de clase social no manual en todos los grupos de edad, lo cual produjo un aumento de las desigualdades en el periodo, parcialmente debido al aumento relativamente mayor del abandono entre los hombres de clase no manual de todas las edades. El patrón fue más claro en la población joven. En las mujeres, el aumento de la prevalencia del consumo entre 1987 y 1997 en las más jóvenes –de 25 a 44 años– fue superior en la clase manual, mientras que fueron las de clase no manual las que más incrementaron su consumo entre las de 45 a 64 años. Debido a que en 1987, el consumo de tabaco era superior entre las mujeres de clase no manual, esta tendencia conllevó una igualación de su consumo respecto a las mujeres de grupos menos favorecidos y, en cambio, una mayor diferenciación entre ambas clases en el caso de las mujeres de mayor edad.

Por su parte, Daponte et al. mostraron resultados consistentes con el estudio de Regidor et al. en relación a la evolución del tabaquismo con datos hasta 2001, indicando que éste se redujo en hombres, si bien las desigualdades por clase social y nivel de estudios aumentaron, mientras que en mujeres el consumo aumentó a la vez que se observó el comienzo del descenso del consumo entre las de clase social más

elevada, que dejaron de ser las que fumaban con más frecuencia. Los/as autores/as no realizaron análisis por grupos de edad, lo que impidió identificar perfiles de cambio diferentes entre subgrupos. Según el nivel de privación del área de residencia, también se observó en las mujeres un cambio de patrón al final de periodo que asemejó su consumo de tabaco al masculino, sugiriendo que en años posteriores el tabaquismo será ya superior en las áreas socioeconómicamente más deprimidas.

Otros estudios realizados en Catalunya mostraron resultados consistentes con los datos mostrados. Un estudio sobre los cambios en el consumo de tabaco en la población de Barcelona de 1983 a 2000 puso de evidencia que a lo largo del periodo las mujeres de clases sociales más elevadas fumaron en mayor proporción, si bien las desigualdades entre las mismas fueron reduciéndose por un descenso menos marcado del consumo entre las más desfavorecidas. En los hombres, aquéllos de clases sociales más bajas fumaban en menor proporción al comienzo del periodo, si bien posteriormente el gradiente se fue creando y en 2000 aquéllos de clases I y II –más altas- mostraron una prevalencia marcadamente inferior (Nebot et al., 2004). Los resultados relativos al patrón femenino fueron coincidentes con los publicados por Borrell et al. con datos relativos a 1983-1994 para la ciudad de Barcelona (Borrell et al., 2000). Un estudio con datos del año 2000 de la ciudad de Barcelona (Villalbí et al., 2004) mostró que las mujeres de entre 25 y 44 años de clase social más desaventajada ya fumaban más que las más ricas, mientras que el patrón seguía siendo el inverso entre las de mayor edad. Entre los hombres, también se observó un mayor consumo entre los de clase social más baja en todos los grupos de edad.

Por su parte, un análisis basado en datos del estudio Mónica-Catalunya entre 1986 y 1996, mostró que en la población de 25 a 64 años, los hombres disminuyeron su consumo de tabaco en todos los niveles de estudios, siendo los de niveles inferiores los que fumaron en mayor proporción a lo largo del periodo. Las mujeres, por su parte, aumentaron su consumo si tenían estudios secundarios o inferiores, mientras que las de nivel universitario disminuyeron su consumo a partir de 1990, generando un patrón por el cual en 1996 fumaban ya más aquéllas de nivel secundario y primario que de estudios universitarios (Paluzie et al., 2001).

Es interesante destacar un análisis realizado desde la perspectiva de género por Jané et al. sobre el cambio ocurrido en la prevalencia del tabaquismo en Catalunya entre 1982-1998. Según los autores/as, una gran proporción de mujeres fumadoras consumían tabaco “light”, lo que explicaba, al menos parcialmente, el aumento del consumo entre las mujeres y apuntaban como probable que este hecho hubiera frenado el abandono del hábito tabáquico (Jané et al., 2002).

En relación al resto del sur de Europa, la mayor parte de los estudios provienen del contexto italiano (Schaap y Kunst, 2009) con el que el patrón del tabaquismo en el estado español guarda similitudes y también diferencias. Un análisis de la evolución

de las desigualdades en el consumo de tabaco en Italia en su conjunto y en sus regiones en el periodo 1980-2000 mostró que entre los hombres se produjo un descenso generalizado del consumo de tabaco en todos los niveles de estudios, mientras que en las mujeres el descenso se limitó a aquéllas de nivel educativo superior. Concretamente, los hombres de 25 a 49 años de nivel de estudios inferior fumaron más y las desigualdades fueron creciendo a lo largo del periodo. Entre los hombres mayores, estas desigualdades decrecieron ligeramente, lo que contrastó con lo predicho por el modelo de difusión de la epidemia del tabaquismo. En las mujeres jóvenes, por su parte, se observó ya en 2000 un cambio de patrón por el cual las de menor nivel de estudios comenzaron a fumar con mayor frecuencia, mientras que entre las mayores, el gradiente observado siempre fue inverso aunque las desigualdades fueron disminuyendo en el periodo. En relación a la magnitud de las desigualdades entre regiones, el estudio no halló un patrón claro en el caso de los hombres si bien entre las mujeres se observó un patrón más avanzado de la epidemia del tabaquismo en el norte (Federico et al., 2004). Estos resultados fueron consistentes con otro estudio realizado en Italia con datos de 1980 a 1994 (Faggiano et al., 2001).

Otros estudios realizados en el contexto del sur Europeo, con mayores limitaciones metodológicas y conceptuales, mostraron que, por ejemplo, en Francia, en el periodo 2000-2007, aumentaron las desigualdades según la clase social ocupacional en el consumo de tabaco, de forma que las personas –no realizaron análisis por sexo- con ocupaciones profesionales o ejecutivas fueron las que menos fumaron. A lo largo del periodo, las personas desempleadas pasaron a ser las que fumaron en mayor proporción (Peretti-Watel et al., 2009). Con datos de la ciudad de Oporto, Santos y Barros (2004) mostraron que en el año 2000, en las mujeres mayores de 17 años su probabilidad de ser fumadoras se multiplicaba por 4,45 (IC 2,22-8,95) si se encontraban en el grupo de las más educadas –tras ajustar por varias variables- mientras que entre los hombres no se observaron desigualdades significativas, si bien la prevalencia de consumo de tabaco fue superior también entre aquéllos de mayor nivel de estudios. A diferencia de las mujeres, entre las que las desempleadas fumaron menos en relación a las ocupadas tanto de cuello azul como de cuello blanco, los hombres desempleados mostraron un consumo claramente superior que los ocupados (Santos y Barros, 2004). Estos resultados fueron, en términos generales, consistentes con los hallados por Mackenbach et al. con datos alrededor del año 2000 en relación al patrón inverso en el consumo de tabaco hallado en Portugal, especialmente marcado entre las mujeres. En Italia, Francia y también en España, se observó un mayor consumo de tabaco entre los de menor nivel de estudios en los hombres y el patrón contrario en las mujeres (Mackenbach et al., 2008).

1.3.2.2. Las desigualdades sociales en los patrones de inicio y cesación del consumo de tabaco y su evolución

Los patrones observados en relación a la distribución desigual del consumo de

tabaco se deben a la interrelación de las desigualdades que se dan en la iniciación del consumo, su mantenimiento y la cesación del mismo. En comparación con los estudios que han analizado las desigualdades en el consumo actual o en algún momento de la vida, han sido muchos menos los que han centrado su atención en las desigualdades en estos fenómenos (Schaap y Kunst, 2009). Los análisis de la evolución de estas desigualdades en el inicio y la cesación para la explicación del consumo han sido aún menos numerosos, con resultados, además, poco consistentes (Nagelhout et al., 2012).

La distribución desigual del inicio y cesación del consumo puede deberse a determinantes sociales diversos, tal y como ha sido mostrado en algunos estudios: con datos de Estonia, Leinsalu et al. observaron que mientras que el nivel educativo era el factor que con más fuerza predecía el inicio del consumo de tabaco, el abandono se mostraba más relacionado con la privación material actual y la vulnerabilidad económica como una renta baja o encontrarse en desempleo (Leinsalu et al., 2007). Otros estudios han puesto el acento en la relevancia de los condicionantes sociales del hogar de origen mostrando el papel del nivel socioeconómico de los progenitores tanto en el inicio, como en el mantenimiento y la cesación del consumo de los/as hijos/as, si bien serían las características socioeconómicas de la vida adulta las que más se relacionan el consumo actual y la cesación (Gilman et al., 2003). Otros estudios han mostrado resultados similares acerca de la importancia de las características de los hogares de origen en el patrón de adopción del hábito tabáquico (van Loon et al., 2005) así como dimensiones de la personalidad para entender los determinantes de la cesación (Hiscock et al., 2010). Un estudio de seguimiento de una cohorte puso de evidencia que si bien las características del hogar eran relevantes hasta los 23 años, las características socioeconómicas propias de los individuos establecían desigualdades en el inicio del consumo de mayor magnitud a partir de dicha edad (Ferri, 1993).

Por su parte, otros autores han centrado su interés en el papel que tiene la distribución desigual de la intención de abandonar el consumo así como el éxito en este intento en las desigualdades observadas en la cesación efectiva del hábito. La mayor parte de los mismos, han concluido, sin embargo, que los grupos socioeconómicos más y menos favorecidos tratan de abandonar el hábito con una frecuencia similar, pero que son los segundos los menos exitosos en el abandono, descartando, por tanto, la relevancia de este factor como explicación a las desigualdades en la cesación del consumo de tabaco (Willemsen et al., 1996; Clark et al., 1998). En este sentido, se ha mostrado que el menor mantenimiento de la abstinencia por recaída en el consumo puede constituir un factor importante (Fernández et al., 2006b; Kotz y West, 2009). Además, también se ha señalado la posibilidad de que la población fumadora de grupos más desfavorecidos utilice métodos menos eficaces de deshabitación y que acceda en menor medida a los programas de deshabitación tabáquica, debido a la intervención de la “ley de atención inversa”, aunque este extremo podría ser más evidente en sistemas sanitarios como el de EEUU (Shiffman et al., 2008) y no en aquéllos

de carácter universal y gratuito (Kotz y West, 2009). En relación a las características individuales, algunos estudios han señalado la distribución socioeconómica en la dependencia hacia la nicotina (Jarvis et al., 2003) o el nivel de auto-eficacia (*self-efficacy*) (Droomers et al., 2004) así como las dificultades económicas o el bajo apoyo social (Droomers et al., 2002) como dimensiones más relevantes en la explicación de las desigualdades en el éxito del abandono.

1.3.2.2.1. Las desigualdades en los patrones de inicio y cesación del consumo de tabaco y su evolución en España en el contexto del sur de Europa

Muchos de los estudios que han analizado la evolución de las desigualdades en el inicio y en la cesación se han realizado en el contexto de países del sur de Europa, particularmente Italia, España y Francia. En términos generales, estos estudios apuntan a que el aumento de las desigualdades en el consumo de tabaco se ha debido a un incremento de las desigualdades tanto en el inicio como en la cesación, con algunas diferencias por edad y sexo (Shaap y Kunst, 2009). La mayor parte de estos estudios han considerado no solamente la edad cronológica de los individuos sino su cohorte de nacimiento para contar con una perspectiva temporal amplia en el análisis de la adopción del hábito tabáquico y su abandono. Destaca el hecho de que, entre los estudios del estado español, la gran mayoría hayan sido realizados por parte de investigadores/as catalanes/as con datos para Catalunya o para el conjunto del estado.

Desigualdades en el inicio del consumo de tabaco

Un estudio con datos basados en la reconstrucción histórica de la evolución de las desigualdades en las tasas de inicio del consumo de tabaco en España según sexo y nivel educativo de 1948 a 1992 (Schiaffino et al., 2003), concluyó que en los hombres se observaba una tendencia hacia un inicio en edades más tempranas del consumo así como unas mayores tasas de inicio hasta 1982 y un posterior decrecimiento del inicio del consumo. En relación a las desigualdades por nivel de estudios, las tasas de inicio fueron superiores entre aquéllos con mayor nivel educativo hasta 1952, observándose un cambio de patrón a partir de entonces. En relación a las mujeres, los/as autores/as destacaron que sus tasas de inicio han ido convergiendo con las masculinas a lo largo del periodo, siendo similares en el periodo 1988-1992. En relación a la desigual distribución por nivel de estudios, las mujeres con mayor nivel educativo mostraron mayores tasas de inicio hasta 1972, veinte años más tarde que en los hombres, para pasar a ser más frecuente el inicio del consumo entre las mujeres de menor nivel educativo. Por su parte, en base al análisis de datos transversales de las encuestas de salud de España del periodo 1987-1997, el estudio de Regidor et al. confirmó, en parte, los patrones descritos en el análisis anterior, mostrando que el inicio del consumo en la población de 16 a 24 años era ligeramente superior en los hombres de clase manual en 1987 y que el descenso hasta 1997 se produjo, sobre todo, entre los

hombres de clase no manual. Sin embargo, no se observaron diferencias en el inicio en la población de 16 a 24 años ni en su evolución entre las mujeres de ambas clases sociales (Regidor et al., 2001).

Con datos provenientes de la encuesta de salud de Catalunya, Borrás et al. realizaron un análisis muy similar al primer estudio descrito para observar los cambios en los patrones de inicio del consumo de tabaco de 1948 a 1992 en base a la reconstrucción histórica de las biografías de los individuos en relación a su consumo de tabaco. Los/as autores/as mostraron que en los hombres se produjo un adelanto de la edad de inicio del consumo a partir de 1978, a la vez que se reducía el porcentaje de personas que comenzaron a fumar. En las mujeres, el consumo era marcadamente reducido hasta 1960, periodo a partir del cual se observó una convergencia con el patrón masculino de inicio del consumo, tanto en relación a la edad como en el porcentaje de fumadoras que adoptaron el hábito tabáquico. En relación a las desigualdades por nivel educativo, en ambos sexos se observó un cambio de patrón desde un inicio más frecuente entre las personas con mayor nivel de estudios a otro en el que adoptaban más el hábito tabáquico las personas de menor nivel educativo alrededor del periodo 1988-1992 (Borrás et al., 2000).

En base a los mismos datos de la encuesta de salud de Catalunya de 1994 pero sin análisis sobre la evolución temporal, E. Fernández publicó dos estudios sobre las desigualdades por nivel de estudios en los patrones de inicio del consumo, la edad de inicio y la asociación entre ésta y el número de cigarrillos fumados (Fernández et al., 1999; Fernández et al., 2001). En relación a la edad de inicio, ésta fue inferior en los hombres y entre éstos, en los de nivel de estudios inferior. El patrón contrario fue descrito para las mujeres que se hizo más evidente con la edad. La probabilidad de inicio del consumo, por su parte, fue menor en los hombres de todas las edades con mayor nivel de estudios, mientras que en las mujeres ésta aumentó a medida que lo hacía el nivel de estudios a cualquier edad, si bien la relación era menos clara entre las más jóvenes (Fernández et al., 2001). En relación al número de cigarrillos fumados, el segundo estudio apuntó que estaba inversamente relacionado con la edad de inicio, especialmente en hombres pero también en mujeres. Apuntaron que las razones que podrían estar detrás de esta relación es que un comienzo más temprano del consumo de tabaco conllevaría una habituación y tolerancia a la nicotina mayor y, por lo tanto, una mayor necesidad de cigarrillos al día. En relación a los patrones por nivel educativo, no se observaron diferencias relevantes entre los diferentes grupos en la relación entre la edad de inicio y la cantidad de cigarrillos fumada, si bien la probabilidad de ser un/a gran fumador/a aumentó especialmente con una edad más temprana al inicio del consumo en las personas con estudios universitarios (Fernández et al., 1999). Por último, destacar que un estudio basado en el seguimiento de una cohorte de población de entre 35 y 64 años en cinco provincias españolas, proveniente del estudio EPIC, mostró que a lo largo de la década de los noventa, el riesgo de comenzar a fumar, tras ajustar por varias covariables, disminuía con el aumento del nivel de estudios en los

hombres, mientras que la relación era menos clara en las mujeres, si bien sugería un patrón contrario (Agudo et al., 2004).

En el contexto del sur europeo, se han publicado algunos estudios en Italia y Francia sobre los patrones de inicio del consumo de tabaco según el nivel de estudios a partir de análisis por cohortes de nacimiento. Federico et al. mostraron en 2000 que la probabilidad de inicio de los hombres de mayor y menor nivel de estudios había sido similar en las cohortes de mayor edad –nacidas entre 1940 y 1949–, y que había decrecido de forma relevante en los más educados en las cohortes más jóvenes. Por su parte, entre las mujeres de las cohortes de mayor edad, aquéllas de nivel de estudios superior comenzaron a fumar en mayor proporción, mientras que entre las más jóvenes se observó un cambio de patrón, con un mayor inicio entre las menos educadas (Federico et al., 2007). Otro estudio publicado en Francia ratificó parcialmente los resultados anteriores: en los hombres, se observó poca variación entre grupos en las cohortes de mayor edad, si bien las desigualdades fueron aumentando en las más jóvenes, con una mayor probabilidad de inicio entre los menos educados. En las mujeres, tal y como se observó en los datos de Italia, las cohortes mayores partieron de un gradiente que se invirtió en las más jóvenes, en las que el inicio fue más frecuente entre las de menor nivel educativo. Las desigualdades en los grupos de edad jóvenes fueron, sin embargo, más marcadas en hombres que en mujeres (Legleye et al., 2011).

Desigualdades en la cesación del consumo de tabaco

En relación a los trabajos acerca de las desigualdades en los patrones de cesación del hábito tabáquico en el estado español, destaca el publicado por Schiaffino et al. con datos para el periodo 1965-2000. En este estudio se puso de evidencia que si bien se ha producido un aumento generalizado del abandono del hábito tabáquico, la intensidad del mismo varió según la edad, el sexo y el nivel educativo. Así, en la población de 25 a 50 años de nivel de estudios inferior, se observó un estancamiento de la cesación a partir de la década de los noventa tanto en hombres como en mujeres. Aquélla de nivel de estudios superior mostró un aumento sostenido en el periodo, que sólo comenzó a comienzos de la década de los ochenta en el caso de las mujeres. En la población mayor, por su parte, se detuvo el incremento de la cesación en los hombres con menor nivel educativo, mientras que el aumento fue sostenido entre los jóvenes y las mujeres de ambos grupos de edad (Schiaffino et al., 2007).

Utilizando datos sobre las proporciones de abandono del hábito tabáquico a partir de análisis transversales en el periodo 1987-1997, se han observado resultados similares (Fernández et al., 2001b; Regidor et al., 2001). Fernández et al. mostraron que en los hombres se había producido un incremento significativo de sus tasas de cesación y que, a pesar de que éste se había producido en todos los niveles educativos, el aumento había sido más intenso entre aquéllos de mayor nivel de estudios, de forma que las desigualdades aumentaron de forma relevante en el tiempo, especialmente en

la población de 16 a 44 años. En las mujeres, la proporción de cesación del hábito se redujo, especialmente en las de menor nivel educativo, lo cual produjo un aumento de las desigualdades a lo largo del periodo especialmente entre las más jóvenes. Este hallazgo coincide parcialmente con el descenso de la cesación identificado entre las mujeres jóvenes de nivel educativo bajo del estudio anteriormente citado (Schiaffino et al., 2007). El único grupo en el que aumentó la cesación fue el de las mujeres jóvenes de nivel universitario, que en el estudio de Schiaffino se caracterizaron por presentar un incremento más marcado de la tasas de cesación.

Por su parte, Regidor et al., con datos del mismo periodo pero utilizando la clase social ocupacional como variable de posición socioeconómica, mostraron que, en consonancia con los resultados de Fernández et al., la tasa de cesación aumentó en los hombres de todas las edades. Las desigualdades eran inexistentes en 1987, tal y como también se describió en otro trabajo (García et al., 1991), observándose un aumento de las mismas debido a que el incremento del abandono del hábito fue superior en los de clase social no manual. Sin embargo, este estudio añadió el hecho de que en la población masculina de mayor edad (65 y más), se produjo un cambio de patrón a lo largo del periodo, de forma que los de clase social no manual pasaron a tener tasas de abandono más altas. En las mujeres jóvenes, se observó un patrón similar por clase social ocupacional que el descrito por Fernández et al. anteriormente por nivel de estudios, en el sentido de que sólo entre aquéllas de clase social no manual se observó un aumento de la cesación a lo largo del periodo. Según los autores/as el aumento del consumo de tabaco observado entre estas últimas debía ser el resultado, por tanto, de tasas crecientes de inicio. En las mujeres de 44 a 64 años, también se produjo un incremento entre las más favorecidas aunque sólo al final del periodo, de 1995 a 1997 (Regidor et al., 2001).

Por último, otros estudios de diseño transversal con datos sobre abandono del hábito tabáquico en Catalunya, confirmaron, por ejemplo, que en el año 1994, la proporción de abandono fue superior entre las personas de nivel de estudios universitarios, ajustando por otras variables relacionadas con el abandono. Por clase social, las desigualdades sólo fueron evidentes en el caso de las mujeres (Fernández, 1999). Un análisis por grupos de edad concluyó que estas desigualdades no se observaron en los hombres de mayor edad, mientras que no hubo variaciones relevantes por edad en el caso de las mujeres (Fernández et al., 2001). Por su parte, otros estudios con datos de la ciudad de Cornellà de Llobregat de ese mismo año, no mostraron una relación clara entre el nivel de estudios o la clase social y la cesación, aunque sí sugerían un mayor abandono entre la población más favorecida (García et al., 2004; Espinàs, 1999). En el año 2000-2001, otro estudio también mostró que la clase social era un importante determinante del abandono del hábito tabáquico en la población de 15 a 50 años de la ciudad de Barcelona, más evidente entre los hombres. Un dato interesante proveniente de este estudio es que parecía haber un mayor abandono en las personas usuarias de consultas privadas, seguidas de las de centros públicos

aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas (Villalbí et al., 2008). Por último el trabajo de Agudo et al. anteriormente citado, mostró, con datos para cinco provincias españolas, que la relación entre el nivel educativo y la cesación desaparecía en los hombres tras ajustar por varios factores de riesgo, mientras que en las mujeres la relación persistía, siendo el riesgo de abandono de las de estudios universitarios significativamente mayor (Agudo et al., 2004).

En el contexto del sur europeo, varios estudios publicados en Italia han mostrado el cambio en las desigualdades en la cesación del hábito tabáquico por nivel de estudios. Federico et al. describieron que en las generaciones nacidas entre 1940 y 1969, los hombres de mayor nivel educativo mostraron mayor probabilidad de abandonar el hábito, siendo esta relación más marcada entre las generaciones más jóvenes. En las mujeres, la cesación fue claramente superior entre las de mayor nivel de estudios tanto en las generaciones hasta los 50 años, pero particularmente entre aquéllas menores de cuarenta (Federico et al., 2007). Otro estudio publicado en Francia en fechas aproximadas al anterior con las cohortes de nacidos/as entre 1930 y 1987, mostró que en los hombres de generaciones mayores no existían desigualdades y sí en las mujeres, quienes abandonaban más el hábito si tenían estudios universitarios (Legleye et al., 2011). Finalmente, merece la pena destacar un estudio de Federico et al. en el que se analizó el cambio en las tasas de cesación entre 1982 y 2002 en Italia. Mientras que entre 1982 y 1999, la cesación se mantuvo constante entre los grupos de mayor y menor nivel de estudios –siendo superior entre los primeros–, las desigualdades absolutas aumentaron a partir de esa fecha hasta 2002 (Federico et al., 2009).

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Durante este primer capítulo, ha quedado patente la relevancia de las desigualdades sociales en el consumo de tabaco que se están produciendo en la actualidad en los países que se encuentran o avanzan hacia la última fase de la epidemia del tabaquismo. En el apartado anterior, además, se ha podido comprobar que han sido numerosos los estudios que han analizado las desigualdades sociales en el consumo de tabaco tanto en el seno de países concretos como a nivel internacional de forma comparada. Sin embargo, han sido menos los estudios que, con datos de base poblacional, han analizado la evolución de tales desigualdades a partir de cortes transversales repetidas en un largo periodo de tiempo. Gran parte de ellos han sido realizados sobre poblaciones del centro y norte europeo, con datos que, en la mayor parte de los casos, han sido recogidos hasta finales de la década de los noventa. En referencia al sur de Europa, la mayor parte de los estudios se realizaron con datos de los años ochenta y noventa, y en el contexto español, en periodos no superiores a los quince años. A menudo, además, estos estudios no han considerado adecuadamente los diferentes patrones que la epidemia del tabaquismo presenta según el sexo y la edad, especialmente relevantes, además, en el estudio de las desigualdades en el tabaquismo.

Si bien el consumo habitual de tabaco es probablemente la variable más relevante en el análisis del tabaquismo, esta tesis ha querido también aportar evidencia sobre las desigualdades en los dos procesos que inciden de forma más directa sobre el patrón de consumo en un determinado momento -el inicio y la cesación del consumo-, tratando de realizarlo desde un marco integral que aporte una visión comprehensiva de las interrelaciones que se producen entre dichas dinámicas. Esta visión conjunta de los diferentes componentes de la realidad de las desigualdades en el tabaquismo ha sido muy poco frecuente en la literatura publicada (Nagelhout et al., 2012) y, sin embargo, es la que permite comprender de la forma más adecuada las razones que explican el uso que las poblaciones hacen del tabaco en un contexto geográfica e históricamente determinado. Y ello, con el fin de que podamos planificar políticas públicas más efectivas y socialmente más justas que prevengan el comienzo del consumo y fomenten el abandono, respondiendo a las necesidades diferentes de los diversos grupos sociales.

En el contexto de la Comunidad Autónoma de Euskadi (CAE), no se han realizado estudios específicos acerca de la evolución del tabaquismo, más allá de los datos que de forma periódica han ido publicando las diferentes instituciones. Se trata, por tanto, del primer diagnóstico sobre la magnitud y evolución del tabaquismo y sus desigualdades en la CAE, que sin embargo tiene la pretensión de aportar evidencia sobre la evolución de la epidemia del tabaquismo más allá del ámbito vasco.



OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Tomando como base la revisión realizada acerca de los principales conceptos teóricos y la evidencia publicada sobre el estado de las desigualdades en el tabaquismo, en el presente capítulo se detallarán cuáles han sido los objetivos y las hipótesis que han guiado la presente tesis.

2.1. OBJETIVOS

Los objetivos general y específicos de la tesis se detallan a continuación:

Objetivo general

Analizar la magnitud y evolución de las desigualdades sociales en las diferentes dimensiones del tabaquismo –consumo actual, inicio, cesación y exposición al humo ambiental del tabaco– según la clase social ocupacional, el nivel de estudios y un índice ecológico de privación socioeconómica en el periodo de 1986 a 2007, por sexo y grupos de edad, en la C. A. de Euskadi.

Objetivos específicos

1. Analizar la magnitud del tabaquismo y su evolución por grupos de edad y sexo en la CAE de 1986 a 2007
2. Analizar la magnitud y evolución de las desigualdades sociales en el consumo habitual de tabaco y su intensidad en la CAE de 1986 a 2007
3. Analizar la magnitud y evolución de las desigualdades sociales en el inicio del consumo de tabaco en la CAE de 1986 a 2007
4. Analizar la magnitud y evolución de las desigualdades sociales en el abandono y los intentos de abandono del hábito tabáquico de 1986 a 2007 así como las desigualdades en el papel del consejo antitabaco y los programas de deshabituación tabáquica realizados desde Atención Primaria.
5. Analizar magnitud y cambio producido en las desigualdades sociales en la exposición al humo ambiental del tabaco en la CAE de 2002 a 2007

2.2. HIPÓTESIS

Las hipótesis principales de las cuales partió esta investigación son las siguientes:

1. El consumo de tabaco en la CAE se está reduciendo en las últimas décadas, si bien el descenso está siendo de diferente intensidad según el sexo y la edad.
2. El inicio del consumo se está reduciendo, especialmente en la población joven.
3. La cesación del consumo está aumentando en todos los grupos de edad y en ambos sexos.

4. La población de la CAE está avanzando hacia la última etapa de la epidemia del tabaquismo, en la que el consumo se comienza a concentrar mayoritariamente en los grupos socioeconómicos más desfavorecidos.
5. La influencia de las variables socioeconómicas en el tabaquismo será diferente en hombres y mujeres y en la población de mayor edad en comparación con la más joven.
6. El papel de las desigualdades en el inicio y la cesación en el consumo de tabaco actual se modificará a lo largo de los años de estudio y será diferente según el sexo y la edad
7. La exposición al humo ambiental del tabaco se está reduciendo pero han aumentado las desigualdades sociales en la exposición en los lugares de trabajo.
8. El nivel de estudios establecerá mayores diferencias en el consumo, inicio y cesación del hábito tabáquico que la clase social.



METODOLOGÍA

A continuación se describe la metodología utilizada en la presente tesis, describiendo en detalle las fuentes de datos utilizadas, las variables –de resultado y explicativas– que han sido incluidas, así como la estrategia de análisis llevada a cabo para dar respuesta a cada uno de los objetivos planteados.

3.1. POBLACIÓN, DISEÑO Y FUENTE DE DATOS

Se realizó un estudio de tendencias en base al análisis de cortes transversales sobre la población no institucionalizada mayor de 16 años de la CAE, a partir de los datos de las cinco Encuestas de Salud de Euskadi (ESCAV) existentes hasta el momento (1986, 1992, 1997, 2002 y 2007). Para el análisis específico de la deshabituación tabáquica se realizó un diseño transversal sobre la población mayor de 16 años adscrita a los centros de salud de la comarca sanitaria de Araba (correspondiente prácticamente a la provincia de Araba) de septiembre de 2010 a agosto de 2011.

La ESCAV, que fue la fuente principal de datos, 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, entorno y variables sociodemográficas) así como sus consecuencias (uso de servicios de salud, consumo de medicamentos y gasto sanitario familiar). La frecuencia del consumo de tabaco se recoge en el cuestionario individual que es auto relleno por la persona seleccionada en el hogar y posteriormente revisado por la persona encuestadora. Las variables sociodemográficas se recogieron en el cuestionario familiar que fue realizado mediante entrevista personal por parte de encuestadores/as formados/as.

El tamaño de la muestra y la tasa de respuesta fueron diferentes en las cinco ediciones, si bien se trató de muestreos con tamaños representativos y con respuesta elevada (Tabla 3.1).

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. 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: se eliminó el carácter continuo de la recogida de datos, así como la diferenciación en el muestreo según el tamaño del municipio. 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 la 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: 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, siguiendo el método Kish, que contestaron al cuestionario individual.

Tabla 3.1. Tamaños muestrales y tasas de respuesta en la ESCAV

	1986	1992	1997	2002	2007
N familiar	24.657	13.270	12.730	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

En el caso de la deshabituación tabáquica, se utilizó como fuente de datos la historia clínica informatizada de Atención Primaria de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud que

desde 2005 ha ido progresivamente sustituyendo las historias clínicas en papel y en la actualidad se encuentra implantada ya en el 100% de los centros. Se ha mostrado que la calidad de la codificación en las historias clínicas informatizadas de atención primaria ha mejorado notablemente en el ámbito de la CAE en los últimos años (Orueta et al, 2006). Para el análisis de las desigualdades en la deshabituación, se enlazó la información de un índice de privación socioeconómica de la sección censal de residencia, que se explica en el siguiente apartado, con la información de la historia clínica individual.

Tal y como se ve en la siguiente tabla, de la población inicial incluida en Osabide-AP, se pudo realizar el enlace de forma correcta en el 94% de los casos. Los análisis sólo se realizaron sobre la población que tenían recogida información acerca del hábito tabáquico (51% en los hombres y 57% en las mujeres).

Tabla 3.2. Población total y analizada con datos de Osabide-AP por sexo. 2010-2011

	Hombres	Mujeres
Población total	128.371	128.116
Población con enlace correcto	120.143	120.995
Población con información sobre hábito tabáquico	61.133	68.732
Población fumadora	17.981	13.613

Fuente: Elaboración propia

3.2. VARIABLES DE ESTUDIO

Siguiendo con los objetivos planteados, las variables resultado utilizadas en esta tesis se dividieron en las siguientes: (a) consumo de tabaco e intensidad, (b) inicio del consumo, (c) abandono del consumo y (d) exposición pasiva al humo del tabaco. En relación a las variables explicativas relativas a la posición socioeconómica, se utilizaron (a) la clase social basada en la ocupación, (b) el nivel de estudios, (c) la relación laboral y (d) un índice ecológico de privación socioeconómica, además del sexo y la edad como variables sociodemográficas.

A continuación se detallan todas las variables consideradas junto con las transformaciones realizadas para su utilización en esta tesis:

Variables resultado

a. Consumo de tabaco e intensidad del consumo

Se crearon las siguientes variables en función de la relación de las personas encuestadas con el consumo de tabaco:

- **Consumo habitual:** Se consideró persona fumadora a aquélla que fumó, al menos, un cigarrillo al día en el momento de la encuesta. A partir de la encuesta de 1992, en línea con muchos estudios, el número de cigarrillos mínimos fumados a lo largo de la vida para considerar a una persona fumadora habitual fue de cien (CDC, 2010). Para el año 1986, a partir de las preguntas relativas a la cantidad fumada y la edad de comienzo del consumo, se estimó el número de cigarrillos fumados desde el comienzo del consumo para considerar como no fumadoras a las personas que no hubieran llegado al mínimo de cien cigarrillos a lo largo de su vida.

- **Ex consumo:** Se incluyeron a las personas que, habiendo fumado al menos cien cigarrillos al día, no fumaban en el momento de la encuesta. En el año 1986, para resolver el problema de la falta de información acerca del número mínimo de cigarrillos fumados, se realizó la misma estimación que la descrita para el consumo habitual. Se excluyeron de este grupo a las personas que dijeron que antes fumaban ocasionalmente, considerándolas como no fumadoras.

- **Consumo ocasional:** Incluyó a las personas que en el momento de la encuesta dijeron fumar sólo en ocasiones. En el año 1986, no se pudo limitar esta categoría a las personas que hubieran fumado un mínimo de cien cigarrillos a lo largo de su vida ya que a las personas fumadoras ocasionales no se les preguntó la cantidad fumada.

- **No consumo:** Se consideró no fumadoras a las personas que dijeron no haber fumado al menos cien cigarrillos a lo largo de la vida. En 1986, se incluyó a las personas que dijeron no haber fumado jamás, además de las que fueron clasificadas como “no fumadoras” tras las estimaciones realizadas para el resto de categorías.

- **Cantidad de cigarrillos fumados y gran consumo de tabaco**

Desde 1986, la ESCAV recoge una pregunta acerca de la de cigarrillos, puros y pipas fumadas por la población, tal y como se muestra:

¿Cuántos cigarrillos fuma al día? cigarrillos.

¿Cuántos puros fuma al día? puros.

¿Cuántas pipas fuma al día? pipas.

Se analizó el número de cigarrillos fumados y se definió como “gran fumador/a” a las personas fumadoras habituales que fumaron diariamente más de 15 cigarrillos (Godtfredsen et al., 2005; Albertsen et al., 2003). A pesar de que también se ha considerado la cantidad de 20 como límite para considerar a la población gran fumadora (Pierce et al., 2011), en esta tesis se tuvo especialmente en cuenta

la distribución del número de cigarrillos (media y mediana) consumidos en la población de la CAE para la fijación del límite.

b. Inicio del consumo de tabaco

- **Inicio del consumo de tabaco en algún momento de la vida:** a partir de la suma de las categorías de consumo habitual y ex consumo de tabaco, se construyó esta variable que puso en relación a las personas que se habían iniciado en el consumo de forma habitual en algún momento de su vida con la población total, siguiendo la recomendación de Schaap y Kunst (2009).

- **Edad de inicio del consumo de tabaco:** a partir de la pregunta respondida por los/as fumadores/as habituales y los/as ex fumadores/as:

¿A qué edad comenzó a fumar todos los días?

A la edad de años.

c. Abandono del consumo de tabaco

- **Cesación del hábito tabáquico:** a partir de las categorías de personas fumadoras habituales y ex fumadoras, se calculó el abandono del hábito como la proporción de personas ex fumadoras habituales sobre el total de personas que son o habían sido fumadoras habituales, tal y como se ha hecho en otros estudios (Fernández et al., 2001b; Villalbí et al., 2009) y recomendado por Schaap y Kunst (2009).

- **Intentos de cesación del consumo de tabaco:** desde 1986, la ESCAV recoge una pregunta acerca de los intentos realizados por la población fumadora habitual durante el último año para cesar en el hábito tabáquico, tal y como se muestra:

¿Ha intentado usted dejar de fumar en los últimos 12 meses?

- Sí

- No

- El consejo antitabaco en Atención Primaria

En las encuestas de 2002 y 2007, se recogió si en la consulta de atención primaria se había realizado un consejo antitabaco, a partir de la siguiente pregunta:

En la consulta de su médico de cabecera, ¿el médico o la enfermera le han aconsejado alguna vez que deje de fumar?

- Sí

- No
- No lo recuerdo
- No he ido a mi médico de cabecera

Para el cálculo de la prevalencia del consejo antitabaco en atención primaria, se excluyó a las personas que afirmaron no haber acudido a su médico de cabecera.

- La deshabituación tabáquica en Atención Primaria: a partir de la información recogida en la historia clínica informatizada de Atención Primaria (AP) de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, se identificó a las personas que estaban en programas de deshabituación tabáquica sobre el total de la población fumadora a partir de los códigos correspondientes.

- Consumo de tabaco recalcitrante o empedernido (*hardcore smoking*): En la literatura, han sido varios los criterios utilizados para definir a este sector de fumadores/as, sin que haya existido un consenso sobre la definición óptima. En términos generales, se han incluido bajo esta clasificación a todas aquellas personas fumadoras que no muestran deseo y tampoco han tratado de abandonar el hábito tabáquico, si bien la operacionalización de estos criterios ha sido diverso. A partir de una revisión publicada en 2010 (Costa et al., 2010) y otros estudios (Lund et al., 2011; Sorg et al., 2011; Ferketich et al., 2009), se han identificado las siguientes dimensiones como claves para caracterizar a las personas fumadoras recalcitrantes:

- Ser fumador/a habitual, aunque algunas definiciones incluyen a los/as fumadores/as ocasionales;
- No mostrar intención o predisposición a abandonar el hábito en el futuro;
- No haber realizado ningún intento de abandonar el hábito, habitualmente en el último año;
- Tener un alto grado de dependencia de la nicotina, utilizando como umbrales el número de cigarrillos diarios fumados (habitualmente >15) o índices diversos como el *Heaviness of Smoking Index* (De León et al., 2003);
- Historial del hábito, con límites que van desde un año como fumador/a hasta cinco;
- Conocimiento sobre los riesgos asociados al consumo de tabaco

De las seis definiciones incluidas en Costa et al., cinco de ellas incluyeron criterios relacionados con la intención de abandonar el hábito en el futuro y los intentos realizados hasta el momento, cuatro de ellas incluyeron alguna medida de dependencia de la nicotina, tres incluyeron también información sobre el historial del hábito y una de ellas algún criterio para recoger la información de la población fumadora acerca de los peligros del consumo (Costa et al., 2010).

En la presente tesis, se definió como fumador/a empedernido/a, a aquella persona que cumplió los siguientes criterios:

- a. Respondió “no” a la pregunta “¿Ha intentado usted dejar de fumar en los últimos 12 meses?”
- b. Respondió “no” a la pregunta “¿Le gustaría dejar de fumar?”
- c. Fumó, al menos, quince cigarrillos diariamente

d. Exposición al humo ambiental del tabaco (HAT)

Las preguntas relativas a la exposición al humo ambiental del tabaco (HAT) o tabaquismo pasivo forman parte actualmente de las encuestas generales de salud en la mayoría de los países. La medición de esta exposición mediante cuestionarios es compleja y la comparabilidad de las encuestas realizadas en distintos ámbitos es limitada. Nebot et al. mostraron que en el contexto español existe una enorme diversidad en cuanto al tipo y el número de preguntas sobre exposición al HAT en los cuestionarios de las diversas administraciones y que los dos ámbitos más estudiados fueron el hogar y el lugar de trabajo (Nebot et al., 2011).

La ESCAV ha introducido en 2002 un bloque de preguntas sobre exposición al HAT recogiendo la frecuencia (todos los días, con mucha frecuencia, de vez en cuando, raras veces y nunca) con que las personas estaban expuestas al humo del tabaco del resto en tres ámbitos diferenciados, según la siguiente pregunta:

Conteste, por favor, a todas las preguntas indicando con qué frecuencia suele estar usted expuesto/a al humo del tabaco de los demás:

a) En casa

b) En su lugar de trabajo o estudio (en el caso de las personas jubiladas y paradas, deben responder pensando en el lugar donde pasan la mayor parte de la jornada)

c) En otros lugares cerrados como cafeterías, restaurantes, clubs, automóviles, etc.

En base a esta pregunta se definieron varias categorías de exposición para cada uno de los tres ámbitos:

- Ausencia de exposición al humo ambiental del tabaco: incluyó a todas las personas que respondieron no estar nunca expuestas al humo del tabaco. En el caso de la exposición al humo en el lugar de trabajo se consideró únicamente a la población trabajadora hasta los 64 años.

- Exposición habitual al humo del tabaco: incluyó a las personas que dijeron estar con mucha frecuencia o diariamente expuestas al humo del tabaco. En el caso de la exposición al humo en el lugar de trabajo se consideró únicamente a la población trabajadora hasta los 64 años.

Tal y como han mostrado Nebot et al. (2011), la mayoría de las encuestas a nivel estatal que han recogido información acerca del HAT han sido posteriores a la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. En este sentido, contar con datos de las encuestas de salud de 2002 y 2007 permitió observar el efecto que ha podido ejercer en la prevalencia de la exposición pasiva al humo del tabaco la entrada en vigor de dicha ley. No se podrá realizar ninguna valoración del efecto que haya podido tener la introducción de la modificación de la anterior ley que entró en vigor en enero de 2011, debido a que la última edición de la ESCAV disponible hasta el momento es del año 2007.

Es importante resaltar la limitación que muestra esta pregunta en la ESCAV en relación a la exposición en lugares cerrados como cafeterías, restaurantes etc., ya que no permite distinguir adecuadamente aquellas personas que contestan no estar expuestas por no frecuentar dichos lugares de aquéllas otras que frecuentándolos efectivamente afirman no estar expuestas. En el ámbito del hogar, este sesgo no se producirá y en relación a la exposición en el lugar de trabajo/estudio, se evitó el sesgo realizando los análisis únicamente con la población trabajadora.

Variables de posición socioeconómica

La centralidad de las variables de posición socioeconómica en esta tesis y la complejidad de su medición para su uso en los estudios sobre desigualdades sociales en salud hace conveniente la aclaración y delimitación teórica previa de los conceptos, por lo que a continuación se realiza una breve descripción al respecto:

La definición y medición de la posición socioeconómica de los individuos entraña una serie de dificultades, por la pluralidad conceptual que encierra el propio término y las consideraciones metodológicas que implican su uso en la práctica. Históricamente, la sociología ha realizado importantes aportaciones por conceptualizar qué es la estructura social y cómo los procesos de estructuración social generan posiciones desiguales en la jerarquía social. Estos aportes teóricos pueden diferenciarse en varias vertientes:

Primeramente, se podría diferenciar el acercamiento al concepto de desigualdad realizado por la corriente que afirma que la posición socioeconómica puede entenderse en términos gradacionales/atributivos de aquella otra que la entiende en términos relacionales (Wright, 1978; Goldthorpe, 2012). Según la primera corriente, la división de la sociedad en grupos sociales se produce en función del grado en que se posee la característica que constituye el criterio de desigualdad como, por ejemplo, el nivel de estudios, el nivel de renta y el estatus (Feito, 1995). En este sentido, los grupos podrían ser ordenados de mayor a menor posesión y, por lo tanto, se encontrarían “por encima” o “por debajo” unos de otros. Esta forma de entender la desigualdad

social ha estado muy ligada al enfoque funcionalista –predominante en EEUU durante las décadas de 1940, 1950 y 1960- e identifica estratos y no clases, que se definen “en función de su valor funcional, es decir, de las diferentes recompensas a partir de su aporte al funcionamiento correcto de la sociedad” (Caínzos, 1993).

Desde la concepción relacional de la desigualdad social, se definen las posiciones socioeconómicas de los individuos por su relación social estructurada con otras. Por lo tanto, no es posible ordenar jerárquicamente a los diferentes grupos, ya que el criterio de diferenciación no es tanto cuantitativo sino cualitativo (Feito, 1995). En este sentido, las clases son grupos que, definidos por relaciones comunes con el resto, comparten intereses, que deberían constituir la base para la acción social colectiva. Esta posición no funcionalista se apoyó en los trabajos de Marx y Weber, quienes en sus formulaciones clásicas sobre las clases sociales compartían una visión relacional de las mismas, aunque con matices diferentes.

Según el marxismo, las clases sociales vienen definidas por la relación de los individuos con los medios de producción –distinguiendo entre clase obrera, capitalista y burguesa- dando lugar a relaciones de explotación que generan intereses antagónicos entre las mismas (Giner et al., 1998). El enfoque weberiano, por su parte, define las clases no tanto según la posición de los individuos en la producción sino por su posición compartida en el mercado y los atributos asociados como la renta, la posesión de bienes y otros recursos (Galindo, 2008). Los desarrollos neomarxistas y neoweberianos de clase, representados fundamentalmente por E.O. Wright y J. Goldthorpe, han contribuido a traducir los incesantes cambios en la estructura social y las nuevas lógicas de interacción entre las personas en propuestas conceptuales y empíricas, de utilidad para analizar la magnitud y el impacto de la desigualdad social en nuestras sociedades.

En el esquema de Wright, se subraya la importancia de la interacción entre la propiedad del capital, el control sobre los recursos productivos y la posesión del conocimiento, para dibujar un mapa que originalmente contaba con doce clases sociales, algunas de las cuales ocupan posiciones contradictorias por pertenecer simultáneamente a la clase capitalista y la trabajadora (Wright, 2000). Por su parte, el esquema de Goldthorpe se basa en el análisis de las relaciones sociales que se producen en los mercados de trabajo y las unidades productivas, diferenciando entre: a) la situación de mercado, que hace referencia a las características del empleo en relación al salario, la seguridad económica y la posibilidad de promoción y; b) la situación de empleo, en referencia a la posición en la jerarquía de autoridad y autonomía en el puesto de trabajo. Surge así, una primera distinción entre las personas empleadoras, las trabajadoras autónomas y las empleadas, entre quienes también se establecen diferencias según el tipo de relación con las personas empleadoras, que se refleja en sus contratos de trabajo (Goldthorpe, 2012). Asimismo se toma en consideración el tamaño de la empresa y el carácter manual o no manual del empleo para construir su clasificación original de once clases (Erikson y Goldthorpe, 1992). A pesar de que se trata de un modelo que

se autodefine como relacional, se ha subrayado la preponderancia de su naturaleza jerárquica y gradacional (Feito, 1995).

En la epidemiología social española ha existido desde la década de los años ochenta una inquietud por elaborar indicadores que recojan la posición socioeconómica de los individuos basada en la ocupación. En 1989, se publicó una propuesta, sin una clara fundamentación teórica, que adaptaba más o menos directamente la clasificación británica del Registrar General (Registrar General, 1970) a la Clasificación Nacional de Ocupaciones (CNO) española de 1979 (Domingo y Marcos, 1989). En 1995, un Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología realizó una propuesta de clase social que, partiendo del trabajo anterior, incorporó algunos elementos del modelo conceptual de Goldthorpe, aprovechando el mayor grado de detalle que la CNO de 1994 proporcionaba sobre el número de trabajadores/as así como el trabajo autónomo y de supervisión (Grupo de Trabajo de la SEE, 1995).

En contraste con los enfoques contemporáneos de la teoría sociológica, especialmente los posmodernos, desde la epidemiología social y la sociología de la salud se defiende la importancia de la clase social y otras variables de posición socioeconómica como ejes de estratificación de gran relevancia para explicar el origen de las desigualdades sociales en salud, junto con otros como el género o la etnia (Higgs, 1998). Así lo recogen, de hecho, los recientes marcos conceptuales de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (CSDH, 2008) y la adaptación española de la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España (Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, 2010). Ello no ha evitado algunas críticas a los/as epidemiólogos/as por su frecuente falta de problematización del concepto de desigualdad social y el uso e interpretación indistinta de las medidas utilizadas para su medición (Goldthorpe, 2012).

Por su parte, en los últimos años, un número cada vez más importante de estudios han analizado el impacto que las características del área de residencia tienen sobre la salud de las personas y el uso de los servicios sanitarios. Se trata de dimensiones relacionadas con el medioambiente social –como la densidad del capital social-, económico –como la desigualdad de renta o la prevalencia de pobreza-, cultural –como el nivel de analfabetismo o las prácticas culturales- o político –como las características del estado de bienestar o el color político de los gobiernos- que sólo pueden ser medidas a nivel ecológico y que pueden tener efectos independientes del que ejercen factores individuales (Diez-Roux, 2001). En este sentido, el desarrollo de los modelos estadísticos multinivel ha abierto grandes oportunidades para valorar el impacto relativo de cada uno de los efectos individuales o de área adecuadamente.

El creciente desarrollo de estudios sobre desigualdades sociales en salud utilizando variables de área se ha debido a varias razones: en primer lugar, porque muchas variables sociales con impacto en la salud, como el desempleo o la pobreza, tienen

una clara distribución y concentración geográfica, lo que unido a otras características del contexto como la presencia de zonas verdes o los equipamientos comunitarios, hacen que el lugar de residencia tenga un efecto propio sobre la salud de las personas. En segundo lugar, la dirección postal de residencia generalmente está disponible en la mayor parte de datos de registros sobre salud, mortalidad o uso de servicios sanitarios, lo que hace que el estudio de las desigualdades en salud sea técnicamente viable en un mayor número de ocasiones que el nivel de estudios, los ingresos o la clase social (Martín, 2011).

En la presente tesis se han utilizado las siguientes variables de posición socioeconómica:

a. Clase social basada en la ocupación

La clase social basada en la ocupación ha sido ampliamente utilizada en el estudio de las desigualdades sociales en salud y, aunque en menor medida, también en las desigualdades sociales en el tabaquismo (Schaap et al., 2008; Barbeau et al., 2004; Fernández et al., 2006b). A pesar de sus muchas ventajas, hay que considerar también sus limitaciones, relacionadas con su asignación a las personas que no han tenido relación con el mercado de trabajo o incluso a aquéllas que se encuentran coyunturalmente fuera del mismo.

En el caso de la ESCAV, la clase social ocupacional se midió a partir de la ocupación de la persona de referencia en la familia, que se asignó a todas las personas del hogar. En caso de estar en desempleo o jubilada, la persona respondió refiriéndose a su última ocupación. En 1986, la ocupación se recogió a partir de una única pregunta en base al tipo de ocupación y, desde 1992 hasta 2007, a partir de tres preguntas sobre la relación laboral, el cargo o la categoría y el sector de actividad. Análisis previos no publicados han mostrado una alta correspondencia de esta clasificación de clase social ocupacional con la recomendada por la Sociedad Española de Epidemiología (Grupo de Trabajo de la SEE, 1995).

A partir de estas preguntas, se crearon cinco grupos con las siguientes características:

- 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

Estas cinco categorías se agruparon en los siguientes dos grupos para los análisis realizados en esta tesis:

- 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)

b. Nivel de estudios

Se trata de otro indicador extensamente utilizado en el ámbito de estudio de las desigualdades sociales en salud, de forma general, y de las desigualdades en el tabaquismo en particular (Caavelars et al., 2000; Schiaffino et al., 2003; Droomers et al., 2004; Federico et al., 2004). Sus principales ventajas son, en primer lugar, que se trata de una variable cuyo valor es alcanzado por el individuo en un momento más o menos temprano de la vida y que permanece relativamente estable en el futuro. Además, todos los individuos pueden ser clasificados según este indicador, lo que evita problemas en poblaciones en las que la clasificación según otros indicadores como la ocupación puede no ser directa. Por último, salvo en el caso de problemas de salud padecidos en la infancia, el nivel de estudios está menos influido por la salud de lo que lo están la ocupación o los ingresos. Sin embargo, también es necesario tener en cuenta que el significado y efecto del nivel de estudios sobre la posición social es muy dependiente del contexto temporal o espacial, lo que ha de ser considerado en las comparaciones entre poblaciones o periodos (Gobernado, 1996; Andersen y Van de Werfhorst, 2010).

Con ligeras variaciones debido a las diferencias en las denominaciones a lo largo de los años, en la ESCAV el nivel educativo se midió a partir del nivel máximo de estudios alcanzado, a partir de la siguiente pregunta:

<i>¿Qué estudios ha realizado?</i>
<i>No sabe ni leer ni escribir</i>
<i>Sin estudios</i>
<i>Estudios primarios</i>
<i>Bachiller elemental, graduado escolar, EGB hasta 8º, ESO 1er ciclo</i>
<i>B.U.P., Formación Profesional, Bachiller Superior, ESO completo</i>
<i>F.P. 2, Ciclo Formativo de Grado Superior</i>
<i>Escuelas técnicas universitarias de grado medio</i>
<i>Facultades universitarias, Escuelas Técnicas Superiores</i>

Estas categorías se agruparon en los siguientes dos grupos para los análisis realizados en esta tesis:

- Hasta estudios secundarios básicos (cuatro primeras categorías)
- Estudios secundarios superiores o universitarios (cuatro últimas categorías)

c. Índice de privación socioeconómica

Se utilizó un índice de privación socioeconómica del área de residencia facilitado por el Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, creado a partir de la metodología del proyecto MEDEA (Domínguez-Berjón et al., 2008). Mediante un análisis de componentes principales, se sintetizó la información relativa a cinco indicadores socioeconómicos recogidos en el Censo de Población y Viviendas de 2001: proporción de desempleo en la población activa; proporción de instrucción insuficiente (población de 16 años o más analfabeta o con menos de 5 años de escolarización); proporción de instrucción insuficiente en jóvenes (población de 16 a 29 años analfabeta o con menos de 5 años de escolarización); proporción de trabajadores/as manuales en la población ocupada; y proporción de trabajadores/as con contrato eventual en la población ocupada. Los componentes principales fueron los factores inicialmente obtenidos, sin rotación posterior, calculados para explicar el máximo de la varianza total de los datos. El índice de privación, equivalente al primer componente principal, explicaba un 58% de la varianza total en el conjunto de la CAE. La importancia de variables contextuales, independientemente de las individuales en el caso del consumo del consumo de tabaco, ha sido mostrada por varios estudios (Davey Smith et al., 1998; Sholaimi et al., 2003; Daponte-Codina et al., 2009).

A partir de este índice, se crearon cinco quintiles que agruparon al 20% de las secciones censales en función de su mayor o menor nivel de privación, tal y como se detalla: I (menor privación), II, III, IV y V (mayor privación).

d. Situación laboral

La situación laboral explica la relación de la población con el mercado laboral así como el peso de los grupos económicamente no activos, que suele tener una distribución muy desigual según el sexo y los grupos de edad. Durante las diversas ediciones de la ESCAV se ha preguntado la situación laboral de la población con ligeras variaciones. A efectos de esta tesis, se han utilizado las siguientes categorías:

- Ocupado/a
- En desempleo o buscando el primer empleo
- Encargado/a del trabajo doméstico
- Estudiando

- Jubilado/a
- Con incapacidad y otros

e. Otras variables

Edad y sexo: la edad se utilizó tanto de forma continua como agrupada en función de las necesidades de los análisis.

3.3. ANÁLISIS DE DATOS

3.3.1. Análisis de la magnitud y evolución del tabaquismo en la población general

Para dar respuesta al primer objetivo específico -analizar la magnitud del tabaquismo y su evolución por grupos de edad y sexo en la CAE de 1986 a 2007-, se calcularon, en el caso de las variables cualitativas, prevalencias brutas y estandarizadas por edad de la población fumadora habitual, ocasional, ex fumadora y no fumadora así como de la población que se había iniciado en el consumo en algún momento de su vida, el abandono del consumo entre la población fumadora, el consumo empedernido (*hardcore smoking*), el consejo antitabaco, la deshabituación tabáquica y los intentos y voluntad de cesación en el hábito en cada uno de los años. En relación a la exposición al humo ambiental del tabaco, se calcularon prevalencias estandarizadas de la exposición diaria o muy frecuente, y de la ausencia de exposición al HAT en el hogar, el lugar de trabajo y los lugares cerrados como bares y restaurantes. Se utilizó el método directo de estandarización tomando como población estándar la población total de la ESCAV de 1997. Asimismo, se analizó la distribución de todas estas variables por los grupos de edad de 16 a 24; de 25 a 44; de 45 a 64 y mayor de 64 años, con la excepción de la exposición del HAT en el lugar de trabajo que se limitó a la población trabajadora de 16 a 64 años.

En el caso de las variables cuantitativas -consumo medio de cigarrillos diarios y la edad media de inicio del consumo- se calcularon medias ajustadas por edad, junto con sus intervalos de confianza al 95%, mediante análisis de covarianza. La edad fue introducida en los modelos como variable continua.

Todos los análisis relativos a este objetivo se realizaron sobre la población mayor de 16 años de forma separada para hombres y mujeres. Debido a la incorporación de algunas variables a lo largo del periodo en la ESCAV, el análisis sobre los intentos y voluntad de dejar el consumo se limitó al periodo de 1997-2007, mientras que el consejo antitabaco y la exposición al HAT a los años 2002 y 2007. La deshabituación tabáquica fue analizada para el periodo 2010-2011.

3.3.2. Análisis de la magnitud y evolución de las desigualdades sociales en el tabaquismo

Para dar respuesta a los objetivos específicos segundo, tercero, cuarto y quinto – analizar la magnitud y evolución de las desigualdades sociales en el consumo, el inicio, la cesación y la exposición pasiva al humo del tabaco-, se calcularon prevalencias brutas y estandarizadas por edad según la clase social ocupacional y el nivel de estudios para cada año en el caso de las variables cualitativas –consumo habitual de tabaco, gran consumo de tabaco, consumo a lo largo de la vida, cesación del consumo, intentos de abandono, consejo antitabaco, consumo empedernido (*hardcore smoking*), no exposición y exposición diaria o muy frecuente al HAT en el hogar, el lugar de trabajo y los lugares cerrados como bares o restaurantes. Se utilizó el método directo de estandarización tomando como población estándar la población total de la ESCAV de 1997. En el caso del análisis de la deshabitación tabáquica, se calcularon prevalencias estandarizadas de población fumadora en deshabitación según el quintil de privación socioeconómica de la sección censal de residencia, utilizando el método directo de estandarización con la población general de la CAE de 2010 como estándar.

En el caso de las variables cuantitativas -consumo medio de cigarrillos diarios y edad media de inicio del consumo- se calcularon medias ajustadas por edad, junto con sus intervalos de confianza al 95%, según la clase social ocupacional y el nivel de estudios para cada año a partir de mediante análisis de covarianza, en base a modelos de regresión lineal múltiple. La edad fue introducida en los modelos como una variable continua.

El resumen y la comparación del impacto total de las desigualdades se realizaron en el caso de las variables cualitativas –a excepción del inicio del consumo- a partir del índice relativo de desigualdad (IRD) y sus intervalos de confianza al 95%. El IRD es una medida de resumen de las desigualdades que, a diferencia de otros indicadores, 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 (Kunst y Mackenbach, 1994). Este hecho es de especial relevancia en poblaciones como el País Vasco y otras del sur de Europa, en las que la distribución de variables como el nivel de estudios ha sufrido enormes cambios a lo largo del periodo de estudio. 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 las variables resultado a partir de modelos de regresión log-binomiales. El IRD ajustado por edad estimó la razón, por ejemplo, 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.

Por tratarse de la variable más relevante del estudio, en el caso del consumo habitual

de tabaco también se calculó la prevalencia en exceso atribuible a las desigualdades, otra medida resumen que permitió calcular la prevalencia que podría haberse evitado en la CAE si todos los grupos sociales hubieran tenido en cada uno de los años la misma prevalencia que la del grupo más favorecido. Esta medida se calculó mediante modelos de regresión log-binomial ya construidos para el cálculo de las razones de prevalencia. 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 personas fumadoras 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 resumen de las desigualdades en la edad de inicio del consumo se calculó mediante análisis de la covarianza, en base a modelos de regresión lineal múltiple, en las que se introdujo una variable resumida de posición socioeconómica de forma continua. Para ello, se calculó la posición relativa de cada individuo en la jerarquía socioeconómica, a partir de su clase social ocupacional o nivel de estudios, de la misma manera que se realizó para el cálculo del IRD descrito más arriba.

En el caso específico del inicio del consumo en algún momento de la vida, se calcularon curvas de supervivencia y los riesgos relativos de inicio según las variables socioeconómicas. Las curvas de supervivencia del inicio en el consumo se calcularon siguiendo el método de Kaplan-Meier⁸ en cada uno de los años para cada clase social y nivel de estudios.

Los riesgos relativos y sus intervalos de confianza al 95% de comenzar a fumar de los individuos de clase social más desfavorecida y de nivel de estudios inferior en comparación a los grupos más aventajados se calcularon a partir de modelos de

⁸ El análisis de supervivencia comprende un conjunto de procedimientos estadísticos para analizar datos para los cuales la variable respuesta mide el tiempo entre dos sucesos. Para el análisis de la supervivencia, dadas observaciones censuradas, las técnicas más utilizadas son las tablas de vida clásicas o el método de Kaplan-Meier. Este último estima la función de supervivencia descomponiendo la supervivencia de un individuo al cabo de t momentos (años, meses, días, etc.) en un producto de probabilidades condicionadas y estima cada uno de los factores de este producto. Es decir, se trata de calcular las probabilidades de presentar el evento condicionadas al hecho de haber estado en riesgo (individuos vivos y no censurados) en el momento de cada evento. Así, para las observaciones previamente censuradas no se realizan cálculos de probabilidad, ya que no representan un evento como tal, pero son contabilizadas en el denominador para calcular la probabilidad de cada evento ocurrido antes de esa pérdida del seguimiento.

riesgos proporcionales de Cox⁹, tal y como ya ha sido realizado en otros estudios para el análisis de desigualdades en el inicio del consumo de tabaco (Fernández et al., 2001). Estos modelos permiten analizar la relación existente entre diversas variables explicativas con el tiempo de supervivencia o riesgo de que se produzca un evento. Se comprobó la asunción de la proporcionalidad de los riesgos incluyendo en el modelo una covariable dependiente del tiempo obtenida a partir de la interacción entre las variables de posición socioeconómica y la variable del tiempo de seguimiento. Para ello, en esta tesis, se calculó como variable resultado si las personas habían sido alguna vez fumadoras habituales. El punto de inicio del seguimiento para todos los individuos fue el nacimiento y la escala de tiempo fue la edad al comienzo del consumo en los que eran o habían sido fumadores/as habituales (observaciones no censuradas) y la edad de los individuos en cada encuesta en los/as no fumadores/as (observaciones censuradas). La comparación entre las curvas de supervivencia en cada año de estudio y sexo, según la clase social ocupacional y el nivel de estudios, se realizó a partir del test Log-Rank y su valor p para un nivel de confianza del 95%¹⁰.

Dada la diferente evolución de la epidemia del tabaquismo por sexo y grupos de edad, los análisis de la evolución de las desigualdades se realizaron de forma separada para hombres y mujeres en los grupos de edad de 25 a 44 años y mayores de 44 años. En el caso del análisis de la exposición al HAT en el lugar de trabajo, los análisis se realizaron sobre la población trabajadora de 25 a 64 años. Limitar el análisis de las desigualdades a la población mayor de 25 años tuvo como objetivo el que la mayor parte de las personas hubiera finalizado su periodo de formación y se recogiera, de forma más adecuada, su nivel de estudios máximo alcanzado así como la clase social del hogar propio en mayor proporción y no la del hogar de los/as progenitores/as.

En la tabla 3.3 se muestran los años que han sido analizados en cada una de las variables, por sexos y grupos de edad. Además de la no disponibilidad de todas las

⁹ Para analizar la relación existente entre diversas variables explicativas con el tiempo de supervivencia, una de las opciones es emplear la escala de riesgos (o fuerza instantánea de la morbilidad o hazard). La idea subyacente en el uso de este enfoque es que, en cualquier punto dado del tiempo, el riesgo para aquellos que están expuestos al factor X [$h_1(t)$], es igual al riesgo que corresponde a aquellos que no están expuestos a él [$h_0(t)$], multiplicado por un factor constante (B). La razón de riesgos, por tanto, comparando los individuos expuestos y no expuestos, es constante. Es lo que se denomina supuesto de proporcionalidad. Si los riesgos no fueran proporcionales—si la razón de riesgos instantáneos variara con el tiempo— el modelo necesitaría tener en cuenta mediante la estratificación de acuerdo al tiempo de seguimiento. Este supuesto debe ser verificado, para lo cual se comprueba si existe interacción “tiempo-exposición”, es decir, si se presenta una modificación del efecto. En el cálculo de los coeficientes de la regresión de Cox, se toma en cuenta el tiempo de ocurrencia de cada evento así como el tiempo de censura para los participantes que fueron observados para el seguimiento completo.

¹⁰ Para la comparación entre curvas de supervivencia, existen diferentes test paramétricos y no paramétricos que permiten contrastar si la supervivencia es efectivamente distinta en dos grupos o poblaciones. Entre los no paramétricos, que son los más habitualmente utilizados, destacan los test Gehan ponderado, Peto-Peto ponderado, Prentice ponderado, Long-rank Altshuler ponderado y Tarone-Ware ponderado. Todos ellos siguen, para muestras de tamaño grande, una distribución chi-cuadrado con un grado de libertad. Si se está ante el escenario de riesgos proporcionales, el test con mayor potencia es el Log-Rank (Letón y Zuluaga, 2006).

variables para el total de los años, el escaso número de individuos, especialmente de mujeres, para algunas de ellas limitó los análisis en algunos grupos de edad. Como criterio general, no se analizaron aquellas variables resultado para las que hubiera menos de veinte individuos. El análisis de la deshabituación tabáquica sólo se realizó para el año 2010-2011.

La distribución del tamaño de la muestra para cada una de las variables básicas del estudio con datos de la ESCAV y de Osabide-AP se recogen en las tablas 3.4 y 3.5.

En todos los cálculos que usaron los datos de la ESCAV se utilizaron los ponderadores derivados del diseño muestral según el sexo, la edad y la comarca de residencia proporcionados por la ESCAV.

Tabla 3.3. Variables analizadas en cada año de estudio, por sexo y grupos de edad

		Población de 25 a 44 años					Población mayor de 44 años				
		1986	1992	1997	2002	2007	1986	1992	1997	2002	2007
Consumo e intensidad del consumo	Consumo habitual	H									
		M									
	Nº de cigarrillos fumados	H									
		M									
	Gran consumo	H									
		M									
Inicio del consumo	Consumo a lo largo de la vida	H									
		M									
	Probabilidad y riesgo de inicio	H									
		M									
	Edad media de inicio	H									
		M									
Abandono del consumo	Cesación del consumo	H									
		M									
	Intentos de cesación	H									
		M									
	Consumo empedernido/a	H									
		M									
	Consejo antitabaco en AP	H									
		M									
Deshabituación tabáquica en AP ¹	H										
	M										
Exposición al humo ambiental del tabaco (HAT)	Exposición HAT en el hogar	H									
		M									
	Exposición HAT en el trabajo ²	H									
		M									
	Exposición HAT en lugares cerrados	H									
		M									

¹ Los análisis se hicieron para el periodo 2010-2011

² Los análisis se realizaron sobre la población de 25 a 64 años.

Fuente: Elaboración propia

Tabla 3.4. Descripción (N, % y perdidos) de las variables sociodemográficas y de resultado principales del estudio recogidas en la ESCAV por sexo y año

	Hombres					Mujeres				
	1986	1992	1997	2002	2007	1986	1992	1997	2002	2007
POB. TOTAL	n=504	n=1.676	n=1.731	n=3.926	n=3.453	n=624	n=2.068	n=2.315	n=4.472	n=3.956
Grupos de edad										
16-24	15,2	15,6	15,3	15,0	10,1	9,6	12,3	13,2	12,6	9,2
25-44	38,1	39,2	33,3	32,5	30,8	35,9	37,6	35,4	28,9	27,1
45-64	31,4	28,8	30,7	32,1	35,5	33,3	26,1	25,6	32,9	36,6
65-84	14,5	15,6	19,5	19,5	22,1	20,4	22,8	24,1	23,1	24,3
=>85	0,8	0,8	1,2	0,9	1,5	0,8	1,2	1,7	2,5	2,8
Clase social										
I	5,0	9,6	10,2	12,5	14,1	4,3	7,8	8,6	12,2	14,3
II	12,5	13,5	15,3	9,0	11,8	14,9	13,6	14,9	9,6	11,6
III	16,7	11,5	11,6	16,1	12,5	16,5	9,8	11,00	15,0	12,4
IV	49,0	40,9	38,5	47,1	49,4	46,0	38,0	38,3	46,6	46,9
V	16,9	24,5	24,4	15,3	12,1	18,3	30,7	27,3	16,6	14,9
<i>Perdidos</i>								1	3	
Nivel de estudios										
Hasta primarios	55,3	39,0	40,1	32,5	30,8	67,3	50,5	48,4	43,8	37,9
Secundarios básicos	17,2	22,0	14,9	17,9	15,6	15,4	20,7	13,8	16,0	17,0
Secundarios superiores	19,6	23,8	26,9	24,3	33,2	10,1	16,7	20,9	18,8	25,1
Universitarios	7,7	15,3	18,1	25,3	20,4	7,2	12,1	16,9	21,4	20,0
<i>Perdidos</i>				1	7				5	3
Fumadores/as habituales	50,0	39,3	33,8	30,2	27,6	17,3	21,4	22,0	19,4	19,2
<i>Perdidos</i>			65	9	3			37	10	9
Ex fumadores/as	18,7	15,5	17,6	18,7	20,7	4,8	4,7	6,5	7,7	10,3
<i>Perdidos</i>			65	9	3			37	10	9
Exposición HAT hogar	-	-	-	21,8	17,45	-	-	-	19,4	15,7
<i>Perdidos</i>	-	-	-	18	27	-	-	-	18	33
Exposición HAT trabajo*	-	-	-	29,8	15,4	-	-	-	25,7	8,8
<i>Perdidos</i>	-	-	-	13	15	-	-	-	7	11
Exposición HAT ocio	-	-	-	41,6	34,9	-	-	-	34,6	25,0
<i>Perdidos</i>	-	-	-	15	26	-	-	-	21	34
POB. FUMADORA	n=252	n= 659	n=563	n=1.184	n=952	n=108	n=443	n=501	n=866	n=757
Gran consumo	54,4	54,6	51,5	52,8	50,8	29,6	48,5	48,5	47,3	44,0
Consumo empedernido	-	-	9,6	13,2	13,8	-	-	11,8	10,7	10,0
Intentos cesación	23,41	26,25	34,88	29,47	27,34	30,56	26,86	32,53	32,56	29,14
<i>Perdidos</i>			1	3	1					2
Consejo antitabaco	-	-	-	50,0	60,1	-	-	-	47,8	62,4

* Sobre población en trabajadora de 16 a 64 años (Hombres $n_{2002}=2.322$; $n_{2007}=2.001$; Mujeres $n_{2002}=1.470$; $n_{2007}=1.562$)

Tabla 3.5. Descripción de la población con datos provenientes de Osabide-AP (N ,%) por sexo. 2010-2011

	Hombres n=61.133	Mujeres n=68.732
Grupos de edad		
16-24	8,4	7,4
25-44	42,4	39,5
45-64	32,2	32,2
65-84	15,2	17,1
=>85	1,8	2,8
Quintil de privación		
I	19,0	20,3
II	20,4	20,2
III	22,1	22,1
IV	23,7	23,4
V	14,8	14,0
Población fumadora	29,4 (n=17.981)	19,8 (n=13.613)
En deshabituación	2,1	2,2



4

RESULTADOS

En el siguiente capítulo se presentan los resultados de la tesis. En un primer apartado se muestra el análisis de la evolución del tabaquismo –consumo e intensidad del consumo, inicio, cesación, exposición al humo ambiental al tabaco-, en el conjunto de la población mayor de 16 años de la CAE, por sexos y grupos de edad desde 1986 a 2007.

En los apartados 4.2 y 4.3 se muestran los resultados acerca de la evolución de las desigualdades en el tabaquismo que, debido al patrón marcadamente diferencial por grupos de edad y sexo de la evolución de la epidemia, se han realizado en dos grandes grupos de edad, de 25 a 44 años y la mayor de 45, de forma que se evidencien adecuadamente sus peculiaridades.

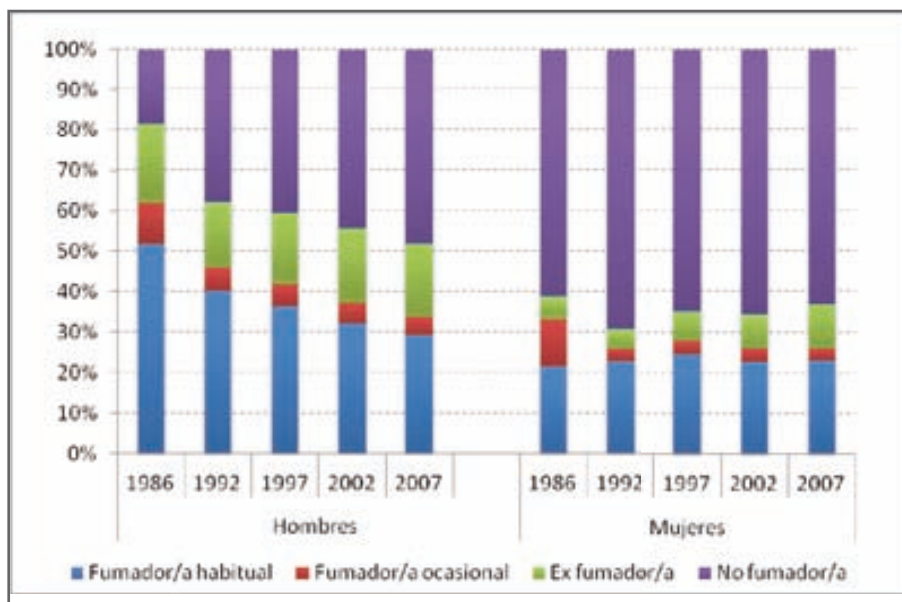
4.1. EL TABAQUISMO EN LA POBLACIÓN GENERAL DE LA CAE: EVOLUCIÓN DE 1986 A 2007

A continuación se presentan los resultados detallados acerca de la evolución del tabaquismo en la población mayor de 16 años de la CAE, destacando las diferencias más relevantes por sexo y grupos de edad en los diversos patrones del consumo, el número de cigarrillos fumados y las dinámicas de inicio y abandono del hábito. La exposición pasiva al humo del tabaco es analizada en último lugar.

4.1.1. Consumo de tabaco e intensidad del consumo

De 1986 a 2007, en la Comunidad Autónoma de Euskadi la prevalencia estandarizada de hombres fumadores habituales ha descendido de forma sostenida, de un 49,3% a un 28,4%, así como la de los fumadores ocasionales, que han reducido su peso de un 9,6% a un 4,1%. Por su parte, se observa un claro aumento de la población no fumadora, que ha multiplicado por 2,6 su peso desde 1986 a 2007. El peso de la población ex fumadora ha ido en aumento desde 1992, alcanzando un 17% de la población masculina en 2007 (figura 4.1).

Figura 4.1. Distribución de la población* según su relación con el tabaco por sexo. Población mayor de 16 años. CAE, 1986-2007



*Prevalencias estandarizadas por edad.

Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986-2007

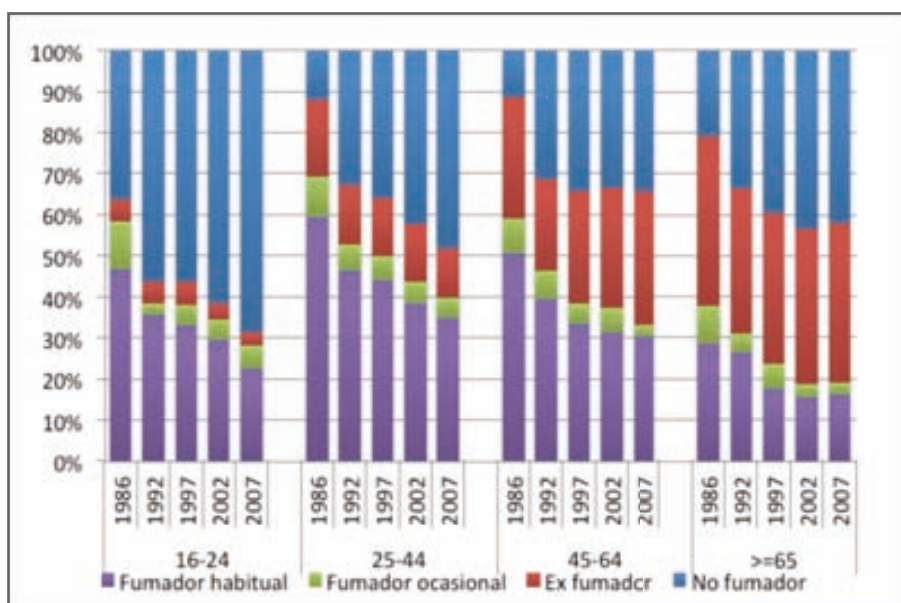
En las mujeres, se observa un patrón diferente ya que la prevalencia de fumadoras se ha incrementado levemente en esos veinte años pasando de un 20,0% en 1986 a un 22,5% en 2007, observándose el pico de consumo en 1997, con una prevalencia de

un 24,2%. A partir de 1992, se observa una leve reducción de la población que nunca ha consumido tabaco hasta alcanzar un 61,4% en 2007 y se duplica el peso de las ex fumadoras, mientras que se mantiene constante el de la población de fumadoras ocasionales, alcanzando en 2007 un 2,8% (figura 4.1).

Al realizar el análisis por grupos de edad, se observan patrones claramente diferenciados. En los hombres, los grupos edad en los que hay un mayor porcentaje de fumadores a lo largo del periodo han sido los de 25 a 44 años, seguidos de los de 45 a 64 años. Por su parte, los mayores de 65 años han sido desde 1986 el grupo de edad con menor proporción de fumadores. En términos generales, a medida que aumenta la edad de la población, se observa un claro incremento del peso de la población ex fumadora que, en el caso de los mayores de 65 años, se sitúa a lo largo de todos los años en alrededor de un 40%. Por el contrario, el peso de la población no fumadora va progresivamente disminuyendo con la edad.

De 1986 a 2007 se ha producido un descenso generalizado del consumo de tabaco en los hombres de todos los grupos de edad, que ha sido más acusado entre las personas de 16 a 24 años, tanto en términos absolutos como relativos. Así, en 1986, el 46,8% de los hombres más jóvenes fumaba en la CAE, 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 16,1%, lo que se traduce en un descenso, en términos relativos, del 44% entre 1986 y 2007 (figura 4.2).

Figura 4.2. Distribución de la población según su relación con el tabaco en los hombres por grupos de edad. CAE, 1986-2007



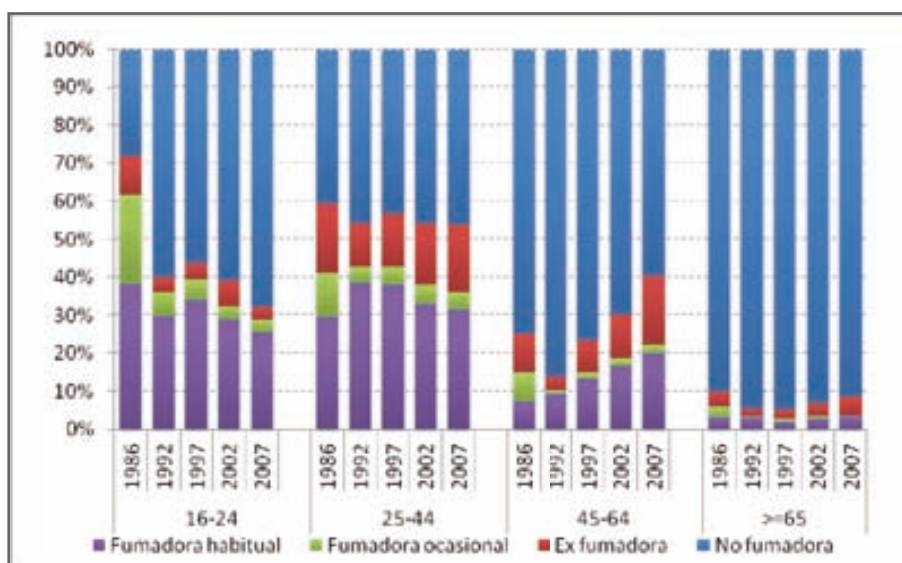
Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986-2007

En el caso de las mujeres, la evolución seguida por los diferentes grupos de edad ha mostrado grandes diferencias a lo largo del periodo de estudio. Las edades en las que ha habido un mayor porcentaje de fumadoras han sido los grupos más jóvenes de 16 a 44 años. Por su parte, la población no fumadora ha sido la mayoritaria a partir de los 45 años y especialmente entre las mayores de 65. Su peso, a diferencia de los hombres en los que había aumentado en todos los grupos de edad, sólo se ha incrementado entre la población más joven. Por el contrario, se ha mantenido en las mujeres de 25 a 44 y en las mayores de 65, y ha disminuido en las de 45 a 64 años.

Las diferencias en el consumo de tabaco entre los grupos de edad más jóvenes y más adultos 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 desde 1986, triplicando prácticamente su prevalencia a lo largo del periodo (de 7,2% en 1986 a 20,1% en 2007). Las mujeres mayores de 65 años han mostrado en todo el periodo prevalencias de tabaquismo muy bajas que se han mantenido estables en el tiempo.

Las mujeres de 16 a 24 años, por su parte, han reducido su consumo pasando de un 38,6% en 1986 a un 25,5% en 2007, y las de 25 a 44 años lo han hecho también de un 38,7% en 1992 a un 31,6% en 2007. Es relevante destacar que por primera vez en 2007, las mujeres jóvenes muestran prevalencias mayores de tabaquismo que los hombres jóvenes.

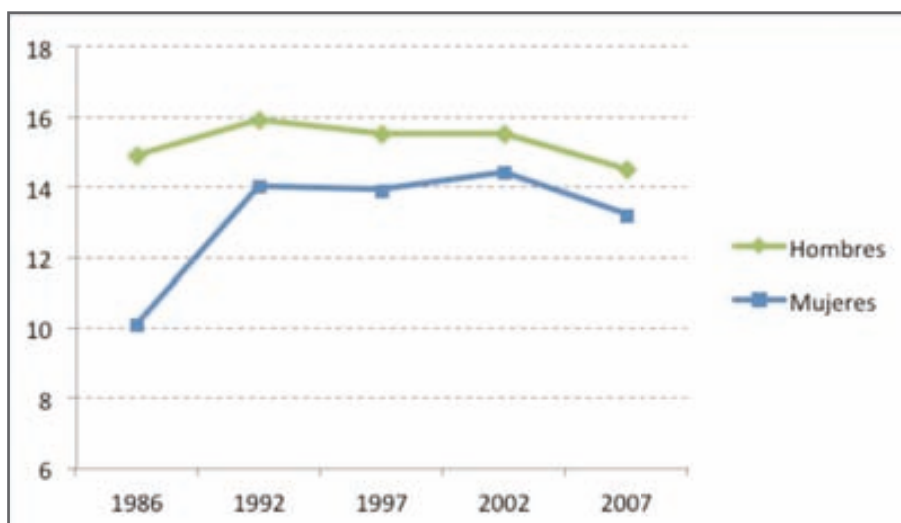
Figura 4.3. Distribución de la población según su relación con el tabaco en las mujeres por grupos de edad. CAE, 1986-2007



Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986-2007

En relación a la intensidad del consumo de tabaco, éste ha sido superior en los hombres que en las mujeres durante todo el periodo, si bien las diferencias han ido disminuyendo. A nivel general, en los hombres fumadores se aprecia una disminución del número medio de cigarrillos fumados diariamente, hasta alcanzar los 14,5 en 2007. En las mujeres, se observa un aumento en la intensidad del consumo hasta 2002, que precede a un posible cambio de tendencia en el último año, ya que disminuye el consumo diario en ellas, situándose en 13,2 cigarrillos (figura 4.4).

Figura 4.4. Consumo medio* diario de cigarrillos en población fumadora según sexo. Población mayor de 16 años. CAE, 1986-2007



*Ajustado por edad

Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986-2007

El análisis de la evolución de la cantidad de cigarrillos fumados por grupos de edad que se muestra en la tabla 4.1, ofrece también interesantes diferencias por sexos. En los hombres menores de 44 años, se aprecia una ininterrumpida bajada del consumo medio de cigarrillos diario (de 14,3 a 11,4 en los más jóvenes) que, sin embargo, apenas se observa entre los mayores de 45 años. Las mujeres más jóvenes –hasta 44 años– parecen haber superado el valor pico del consumo medio diario de cigarrillos ya que en los últimos años se aprecia una tendencia descendente. Entre las de 45 a 64 años, parece que puede estarse produciendo una tendencia a la estabilización desde 2002 del número de cigarrillos fumados en los últimos años, mientras que entre las de mayor edad, no se aprecia una tendencia clara.

Tabla 4.1. Consumo medio diario de cigarrillos en población fumadora por grupos de edad según sexo. Población mayor de 16 años. CAE, 1986-2007

Hombres				
	16-24	25-44	45-64	=>65
1986	14,3 (12,2-16,3)	18,8 (16,9-20,7)	12,1 (9,9-14,4)	10,7 (5,6-15,9)
1992	14,3 (12,9-15,7)	17,4 (16,3-18,5)	15,8 (14,3-17,4)	12,2 (9,9-14,4)
1997	13,0 (11,4-14,6)	17,8 (16,7-19,0)	13,9 (12,2-15,5)	12,4 (9,5-15,3)
2002	12,6 (11,6-13,6)	17,5 (16,6-18,3)	15,2 (14,1-16,3)	10,5 (8,6-12,4)
2007	11,4 (10,1-12,6)	15,4 (14,6-16,2)	15,6 (14,5-16,7)	10,1 (8,6-11,6)
Mujeres				
	16-24	25-44	45-64	=>65
1986	9,4 (6,8-12,0)	10,4 (7,8-12,9)	12,5 (7,2-17,8)	10,9 (0,9-22,6)
1992	12,6 (11,0-14,3)	15,0 (13,8-16,2)	12,8 (9,8-15,8)	12,4 (7,2-17,5)
1997	12,2 (10,5-13,9)	14,8 (13,6-16,0)	13,8 (11,4-16,2)	10,8 (4,4-17,2)
2002	11,5 (10,4-12,6)	15,1 (14,1-16,0)	14,6 (13,1-16,2)	13,4 (9,6-17,1)
2007	11,6 (10,4-12,9)	13,0 (12,1-13,9)	14,3 (13,0-15,6)	11,3 (8,5-14,1)

Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986-2007

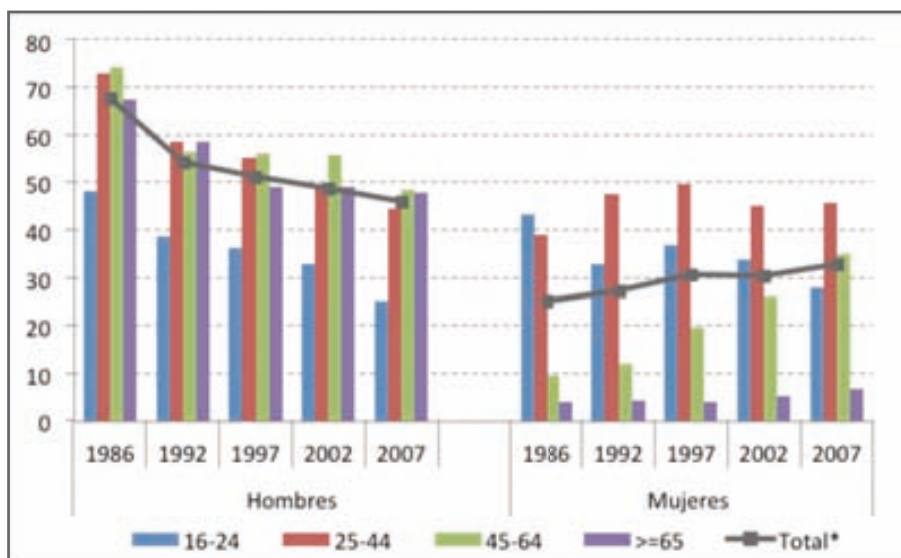
4.1.2. Inicio del consumo de tabaco

A lo largo del periodo estudiado, el contacto de la población con el tabaco, ya fuera en el momento de realización de la encuesta - fumadores/as habituales- o con anterioridad - ex fumadores/as-, ha ido disminuyendo en términos generales en los hombres y aumentando ligeramente en las mujeres. Así, en los primeros la proporción de población que se había iniciado en algún momento de su vida en el consumo de tabaco alcanzaba casi el 70% en 1986, mientras que en 2007 ese porcentaje había descendido hasta un 46,0%. En las mujeres, se ha producido un aumento de casi ocho puntos porcentuales en la proporción de población que se había iniciado en algún momento en el consumo de tabaco, alcanzando en 2007 un 33 puntos.

Por edades, se puede observar que el comportamiento de los diferentes grupos no ha sido homogéneo, particularmente entre las mujeres. En ellas, el aumento de la proporción de personas que se han iniciado en el consumo se ha concentrado particularmente entre las de mayor edad, siendo el incremento más relevante el que se produce entre las de 45 a 64 años tanto en términos absolutos (25,2 puntos) como relativos (3,6 veces más) de 1986 a 2007. En la población de mediana edad, el aumento observado ha sido de pequeña magnitud, mientras que en las más jóvenes, se ha producido un progresivo descenso de la población que se ha iniciado en algún momento en el consumo de tabaco, pasando de un 43,3% en 1986 a un 28,0%

en 2007. En los hombres, por su parte, el descenso del inicio en el consumo se ha producido en todos los grupos de edad, si bien éste ha sido más acusado en términos relativos entre los de 16 a 24 años, y entre los de 25 a 44 años en términos absolutos (figura 4.5).

Figura 4.5. Inicio del consumo en algún momento de la vida por grupos de edad según sexo. Población mayor de 16 años. CAE, 1986-2007

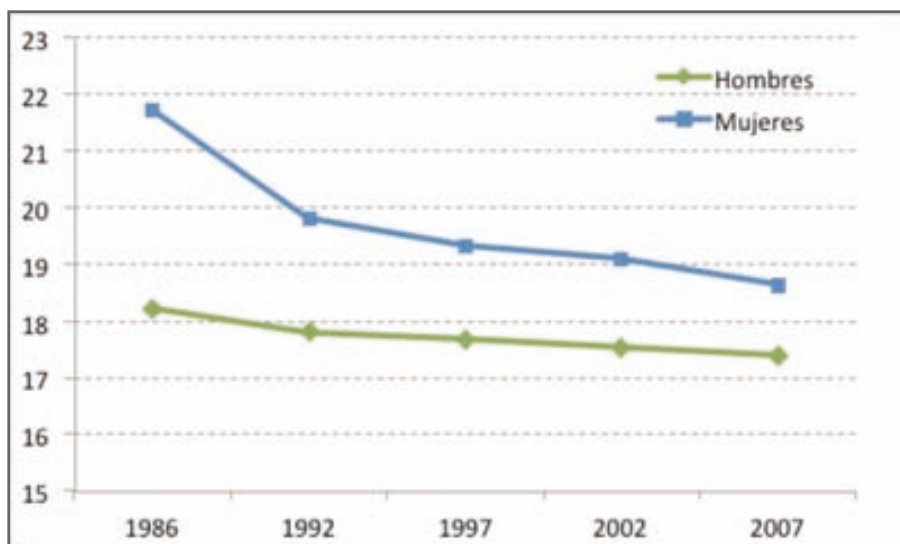


*Total estandarizado por edad

Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986-2007

Respecto a la edad de inicio en el consumo de tabaco en la CAE, en la siguiente figura se puede observar un patrón diferenciado por sexos: los hombres se han iniciado con anterioridad a lo largo del periodo, si bien las diferencias entre sexos han ido reduciéndose, siendo 2007 el año en el que se observa la menor distancia en la edad media de inicio (17,4 en hombres y 18,6 en mujeres). La evolución observada en los hombres desvela un ligero descenso de la edad de inicio, que partía de un valor de 18,3 años en 1986, mientras que en las mujeres es destacable el descenso ininterrumpido de la edad en que comenzaron a fumar con una caída más acusada hasta 1997. A partir de ese año y hasta 2007, el descenso fue de menor intensidad (figura 4.6).

Figura 4.6. Edad media* de inicio del consumo de tabaco por sexo. Población mayor de 16 años. CAE, 1986-2007



**Ajustada por edad*

Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986-2007

Si atendemos a los cambios producidos en la edad de inicio en el consumo según los diferentes grupos de edad, es interesante observar cómo las desigualdades entre hombres y mujeres han ido disminuyendo debido particularmente al igualamiento progresivo de la edad de inicio en los grupos de edad más jóvenes. Se observa, de hecho, una clara diferenciación entre la población menor y mayor de 45 años en relación a la magnitud de las diferencias: en la población mayor de 45 años, y particularmente en la mayor de 65, las diferencias han sido muy relevantes entre sexos aunque también han ido disminuyendo. En la población más joven, las diferencias en la edad de inicio fueron marcadas hasta 1992, para irse posteriormente igualando. Es interesante destacar cómo en la población de 16 a 24 años, a diferencia de lo que ha ocurrido en el resto de grupos de edad, no han existido desigualdades entre hombres y mujeres en la edad de inicio, a excepción de 1986.

Por sexos, se puede observar que en la población masculina el descenso de la edad de inicio ha sido más intenso en las edades intermedias, de 25 a 64 años, mientras que se observa un muy ligero ascenso de la edad entre los hombres más jóvenes hasta 24 años. En las mujeres la caída de la edad de inicio ha sido especialmente evidente en el grupo de edad de 45 a 64 años, mientras que apenas ha habido cambios en la población de menor edad (tabla 4.2).

Tabla 4.2. Edad media de inicio del consumo de tabaco por grupos de edad según sexo. Población mayor de 16 años. CAE, 1986-2007

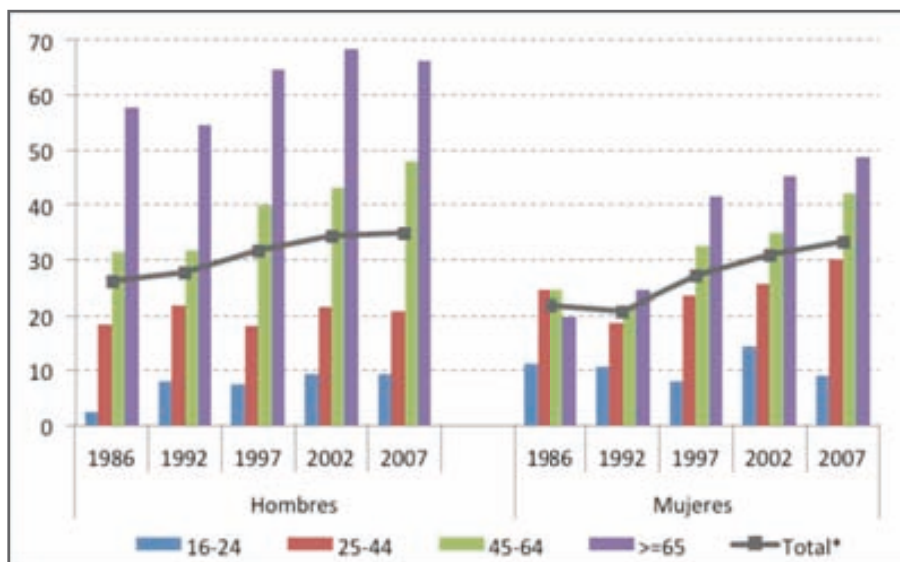
Hombres				
	16-24	25-44	45-64	=>65
1986	15,7 (15,0-16,4)	18,4 (17,5-19,4)	18,5 (17,4-19,6)	19,1 (16,7-21,6)
1992	16,2 (15,8-16,6)	17,2 (16,9-17,5)	18,6 (17,9-19,3)	18,0 (17,1-19,0)
1997	16,5 (16,1-16,9)	17,1 (16,8-17,4)	17,6 (17,0-18,3)	18,0 (16,9-19,1)
2002	16,3 (16,0-16,6)	17,1 (16,9-17,4)	17,8 (17,3-18,3)	18,6 (17,8-19,5)
2007	16,4 (16,0-16,7)	17,2 (16,9-17,4)	17,3 (17,0-17,6)	18,1 (17,4-18,7)
Mujeres				
1986	16,6 (15,7-17,4)	19,1 (17,8-20,3)	28,5 (25,6-31,2)	28,7 (21,2-36,3)
1992	16,0 (15,6-16,5)	18,1 (17,7-18,4)	24,2 (22,9-25,6)	26,9 (24,1-29,6)
1997	16,4 (16,0-16,8)	17,3 (17,0-17,6)	22,1 (21,1-23,1)	28,4 (25,3-31,5)
2002	16,2 (15,9-16,5)	17,4 (17,2-17,7)	20,6 (20,0-21,3)	26,2 (24,1-28,3)
2007	16,1 (15,7-16,4)	17,4 (17,1-17,7)	18,6 (18,3-19,0)	25,3 (23,8-26,8)

Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986-2007

4.1.3. Cesación del consumo de tabaco, intentos de cesación y el papel del sistema sanitario

A lo largo de los años, la proporción de personas que ha abandonado el hábito tabáquico ha ido progresivamente aumentando en la CAE, situándose en valores similares en 2007 en hombres y mujeres -34,8% y 33,2% respectivamente-. Las diferencias observadas entre grupos de edad han sido mayores a lo largo del tiempo en la población masculina, en la que las mayores proporciones de abandono se han concentrado muy claramente en los mayores de 65 años, que registraron un 66,2% de abandono en 2007. En las mujeres, no es hasta mediados del periodo de estudio cuando las mayores de 65 años comienzan a liderar el abandono del hábito, que se sitúa en casi un 50% en 2007. El único grupo de edad en el que no aumenta la cesación es en el de las mujeres menores de 25 años, en las que se sitúa a lo largo de los años alrededor de un 10% (figura 4.7).

Figura 4.7. Cesación del consumo por grupos de edad según sexo. Población mayor de 16 años. CAE, 1986-2007



*Estandarizado por edad

Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986-2007

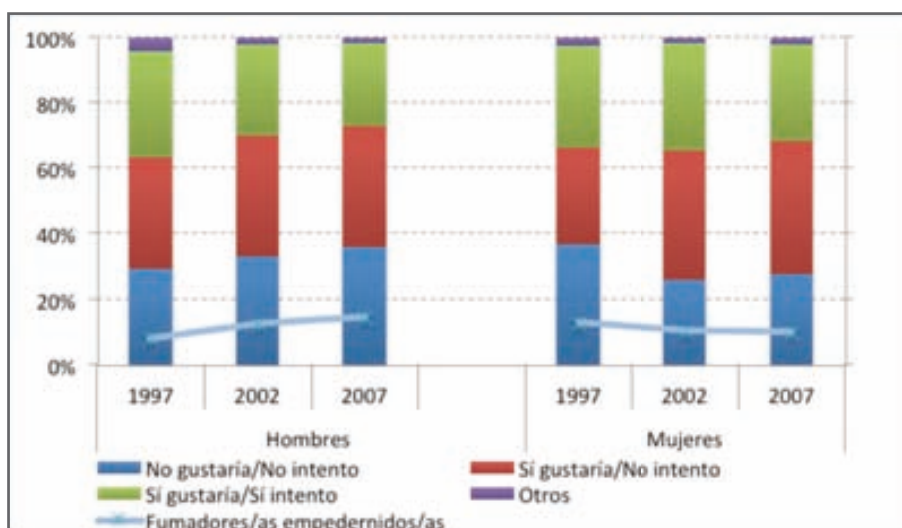
Focalizando la atención en los intentos de abandono del hábito, la siguiente figura muestra la población fumadora según haya intentado o no cesar el consumo en el año previo y/o si le gustaría dejarlo, desde el año 1997¹¹. Tal y como puede observarse, si bien la población ex fumadora ha aumentado en los hombres, lo ha hecho también la proporción de aquéllos que no han intentado abandonar el hábito, pasando de un 29,3% en 1997 a un 35,6% en 2007. También se ha producido un incremento de esta población que, además, fuma más de quince cigarrillos, la población de fumadores/as empedernidos/as o *hardcore*, pasando de 8,1% a 14,5%. Por el contrario, ha disminuido 7,3 puntos porcentuales el peso de la población fumadora habitual que muestra deseos de cesar el consumo y lo ha intentado en el último año.

En el caso de las mujeres, el peso de las fumadoras habituales consideradas como más problemáticas –aquéllas que no desean dejar de fumar y no han realizado intentos para abandonar el hábito- ha disminuido en los diez años observados, pasando de 36,5% en 1997 a 27,6% en 2007, mientras que, como se ha visto anteriormente, la prevalencia de las fumadoras habituales se ha mantenido prácticamente estable en ese periodo. La prevalencia de quienes, además de no querer dejarlo ni haberlo intentado fumaban más de quince cigarrillos diarios, las fumadoras empedernidas, también disminuyó de un 13,0% en 1997 a un 10,1% en 2007. Por el contrario, ha aumentado el porcentaje de mujeres fumadoras habituales que declararon querer dejar

¹¹ Tal y como se explica en la metodología, las preguntas necesarias para el cálculo de estas variables sólo se recogieron en la ESCAV a partir de 1997.

el hábito aunque no habían realizado intentos para ello en el último año, mientras que se mantuvo estable –alrededor de un 30%– el peso de aquéllas que querían dejarlo y que habían realizado algún intento de abandono (figura 4.8).

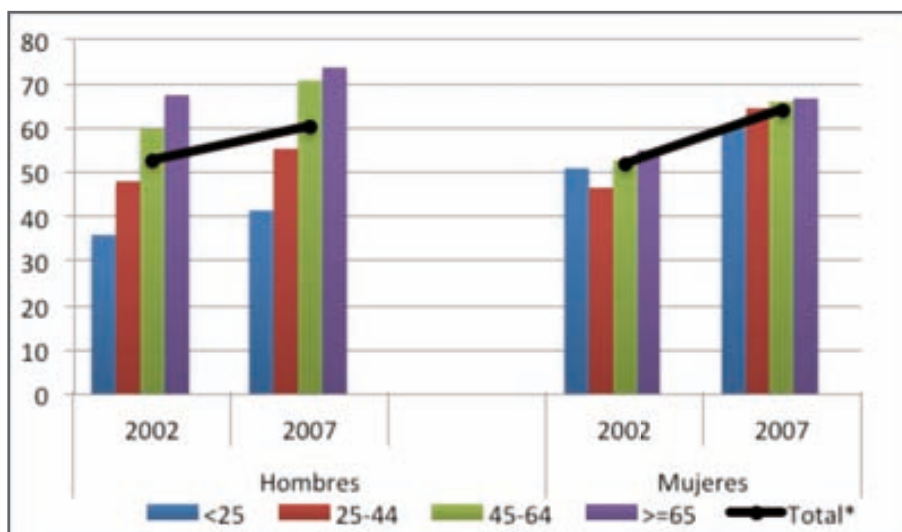
Figura 4.8. Distribución de la población fumadora habitual* según intento y/o deseo de abandonar el hábito por sexo. Población mayor de 16 años. CAE, 1997-2007



Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986-2007

El consejo antitabaco en la consulta de atención primaria así como la puesta en marcha de programas de deshabituación tabáquica son actuaciones desarrolladas desde los sistemas sanitarios para tratar de promover el abandono del hábito entre la población fumadora. En relación al consejo para dejar de fumar, en la CAE se ha observado un aumento relevante de 2002 a 2007 en hombres y mujeres, siendo en 2007 más frecuente en mujeres (63,9% frente a 60,3%). Según la edad, la figura 4.9 muestra claramente un gradiente por el que el consejo ofrecido por el personal sanitario aumenta con la edad, siendo esta relación mucho más evidente en los hombres, en los que el consejo antitabaco estaba extendido a más del 70% de los hombres fumadores de más de 65 años en 2007. En las mujeres, por el contrario, se observa un mayor consejo entre las fumadoras más jóvenes pero, sin embargo, una menor intensidad del mismo en las mujeres de edades superiores a los 44 años en comparación con los hombres.

Figura 4.9. Prevalencia del consejo antitabaco en la consulta de atención primaria por grupos de edad según sexo. Población mayor de 16 años. CAE, 2002-2007

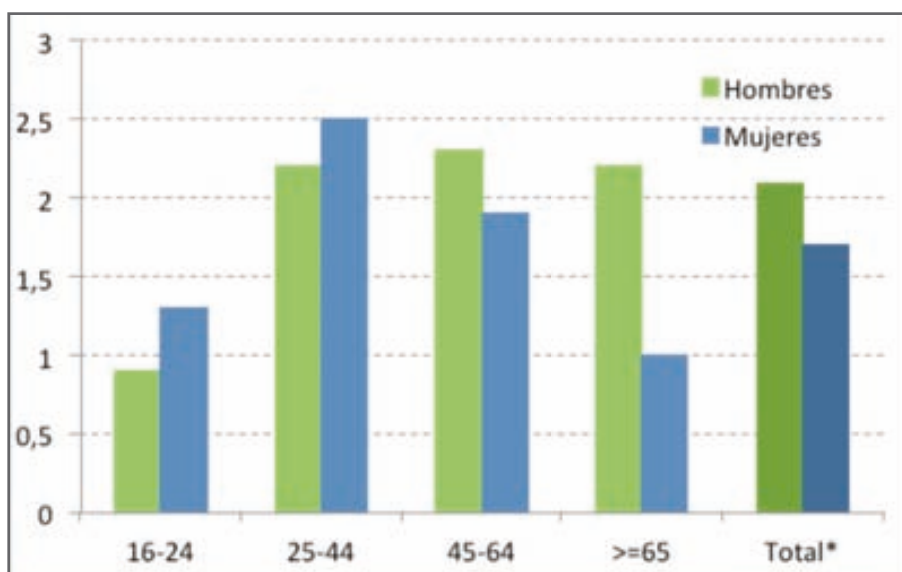


* Estandarizado por edad

Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986-2007

En relación a la deshabituación tabáquica, en la figura 4.9 se puede apreciar cómo la población fumadora que en mayor proporción se encuentra en deshabituación tabáquica en atención primaria es la de 25 a 44 años. Es destacable el hecho de que en las edades más jóvenes, hasta los 44 años, la proporción de mujeres en deshabituación sea superior a la de los hombres, mientras que en la población mayor, especialmente en la de más de 65 años, la proporción de hombres en deshabituación duplique la de mujeres (figura 4.10).

Figura 4.10. Prevalencia de población en deshabituación tabáquica en atención primaria por grupos de edad según sexo. Población mayor de 16 años. Araba, 2010-2011



* Estandarizado por edad

Fuente: elaboración propia a partir de Osabide-AP 2010-2011

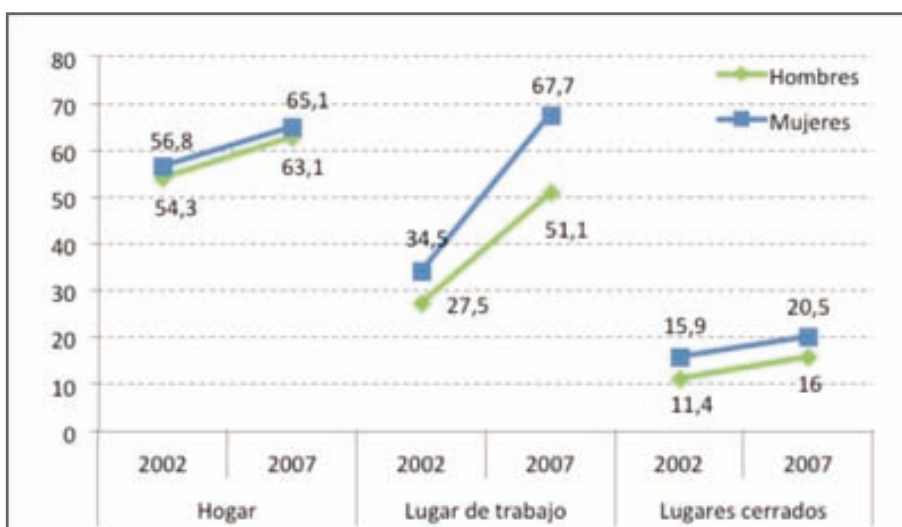
4.1.4. La exposición al humo ambiental del tabaco

En relación a la exposición al humo ambiental del tabaco (HAT), en las siguientes figuras se recoge la frecuencia con que hombres y mujeres han estado expuestos/as de forma pasiva en su hogar, en su lugar de trabajo o estudio y en otros lugares cerrados como cafeterías o restaurantes en 2002 y 2007.

En términos generales, la presencia de espacios libres de humo se ha incrementado en los tres ámbitos en la población mayor de 16 años en la CAE, tanto en hombres como en mujeres, y en todos los casos, las mujeres disfrutaron de espacios libres de humo en mayor proporción que los hombres. En 2002, el hogar era el lugar donde se registraba la mayor ausencia de exposición al humo del tabaco, en una proporción similar en hombres (54,3%) que en mujeres (56,8%). En 2007, sin embargo, el lugar de trabajo pasó a ser, en el caso de las mujeres, el ámbito donde se dio una menor exposición al humo ambiental del tabaco, con un 67,7% de las trabajadoras no expuestas. En el caso de los hombres, esta prevalencia fue sustancialmente menor en el lugar del trabajo ya que poco más de la mitad de los hombres trabajadores afirmó no estar expuesto nunca al HAT. Los lugares cerrados como bares y restaurantes, tanto en hombres como en mujeres, se situaron como los espacios donde el tabaquismo pasivo fue más prevalente, tanto en 2002 como en 2007, con tan sólo un 20,5% de las mujeres y un 16,0% de los hombres no expuestos/as en 2007.

En relación al cambio observado de 2002 a 2007, es especialmente relevante el incremento producido de espacios libres de humo en los lugares de trabajo, que en caso de los hombres ha crecido 23,6 puntos porcentuales y en las mujeres 33,2 (figura 4.11).

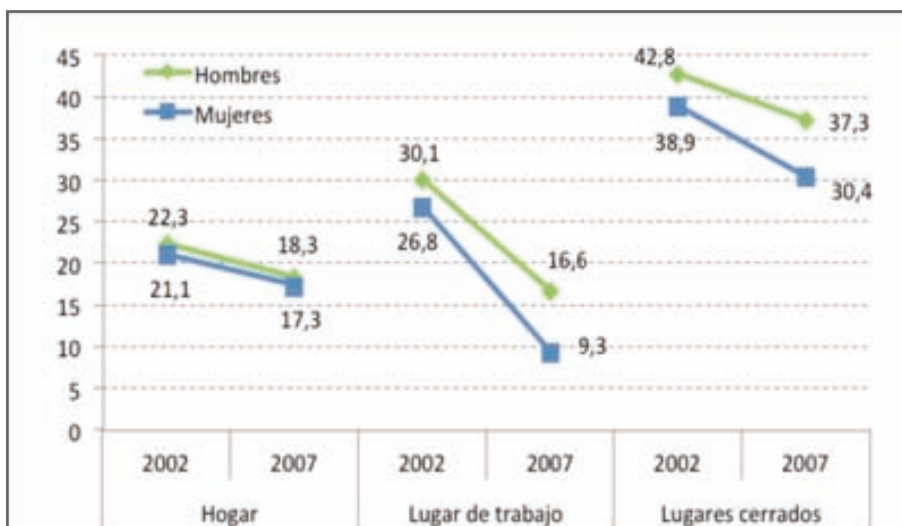
Figura 4.11. Prevalencias estandarizadas de ausencia de exposición al humo ambiental del tabaco en el hogar, el trabajo y los lugares cerrados por sexo. Población mayor de 16 años. CAE, 2002-2007



Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986-2007

Al poner la atención en la proporción de personas que se encuentran expuestas al humo ambiental del tabaco a diario o muy frecuentemente, se observa que, a pesar de la mejoría en el periodo 2002-2007, su peso es aún relevante, especialmente en el caso de los hombres, que mostraron valores superiores a los de las mujeres en el lugar de trabajo y los lugares cerrados de ocio. El descenso en la exposición diaria que se observa de 2002 a 2007 ha sido de mayor relevancia en ellas en los lugares de trabajo y lugares como bares y restaurantes, aumentando la distancia con los hombres de 3,3 puntos en 2002 a 7,3 en 2007 en el lugar de trabajo, y de 3,9 a 6,9 en los lugares como bares y restaurantes (figura 4.12). Merece la pena destacar que, en comparación con el aumento de la ausencia total de exposición, el cambio de 2002 a 2007 en la exposición diaria ha sido de menor relevancia en los lugares cerrados, con una reducción proporcionalmente menor, y mayor, en cambio, en el hogar, donde la exposición diaria se ha reducido proporcionalmente más que el aumento producido en la ausencia total de exposición. En relación al lugar de trabajo, el cambio fundamental en la exposición al humo se ha producido, en el caso de las mujeres, en la reducción de la exposición diaria o muy frecuente, mientras que en los hombres ha sido ligeramente superior el aumento producido en la ausencia total de exposición al humo del tabaco.

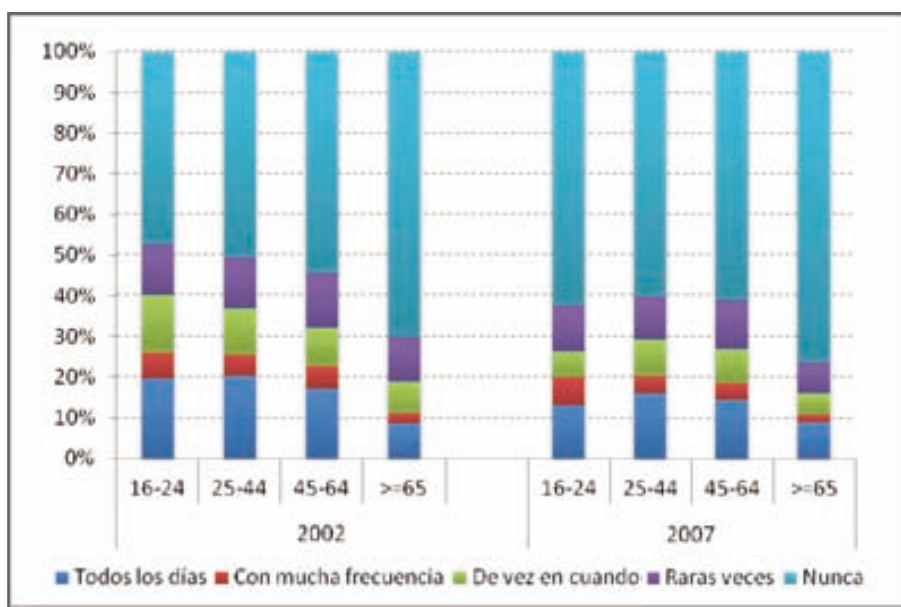
Figura 4.12. Prevalencias estandarizadas de exposición diaria o muy frecuente al humo ambiental del tabaco en el hogar, el trabajo y los lugares cerrados por sexo. Población mayor de 16 años. CAE, 2002-2007



Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 2002-2007

La distribución de la exposición al HAT por grupos edad se observa en las siguientes figuras. Comenzando con la exposición en el hogar en los hombres, se puede ver un ascenso de la proporción de personas de todas las edades que no están expuestas de 2002 a 2007. La reducción de hombres expuestos a diario o con mucha frecuencia de 2002 a 2007 ha sido más evidente entre la población más joven, que ha pasado de un 25,9% a un 20,0%. Tanto en 2002 como en 2007, se observa una clara disminución de la exposición al humo en el hogar a medida que aumenta la edad, siendo por tanto en las edades más jóvenes, de 16 a 24 y de 25 a 44 años, en las que se registra una mayor prevalencia de la exposición pasiva al tabaquismo (figura 4.13).

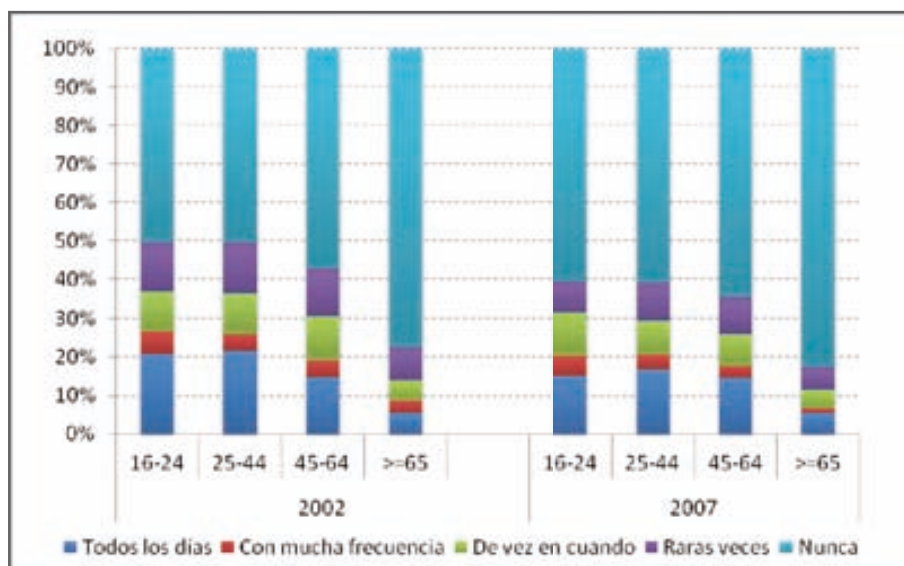
Figura 4.13. Distribución de la frecuencia de exposición al humo ambiental del tabaco en el hogar en los hombres por grupos de edad. CAE, 2002-2007



Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 2002-2007

En el caso de las mujeres, el cambio que se ha producido en la reducción de la exposición al humo en el hogar es similar al observado en los hombres en el sentido de que se observa en todas las edades pero, sobre todo, en los grupos de edad más jóvenes, que reducen su exposición diaria o muy frecuente al humo del 26,6% al 20,1%. La relación de la edad con el tabaquismo pasivo fue clara tanto en 2002 como en 2007, disminuyendo la exposición con la edad (figura 4.14).

Figura 4.14. Distribución de la frecuencia de exposición al humo ambiental del tabaco en el hogar en las mujeres por grupos de edad. CAE, 2002-2007

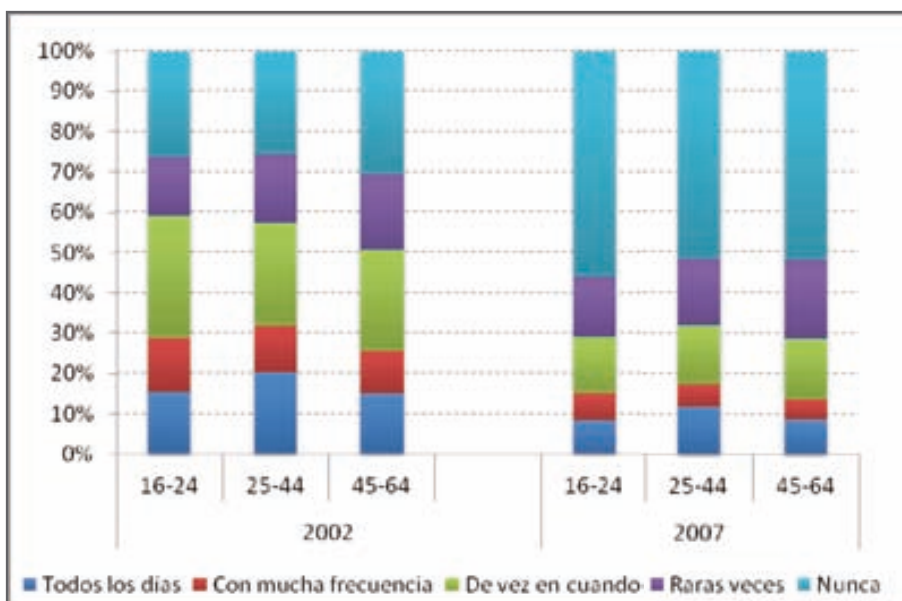


Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 2002-2007

En relación al tabaquismo pasivo en el lugar de trabajo o estudio, es subrayable el descenso del porcentaje de población expuesta al humo en todos los grupos de edad. La reducción de esta exposición parece ligeramente superior en las mujeres de las edades más jóvenes y en los hombres de edades comprendidas entre los 25 y los 64 años.

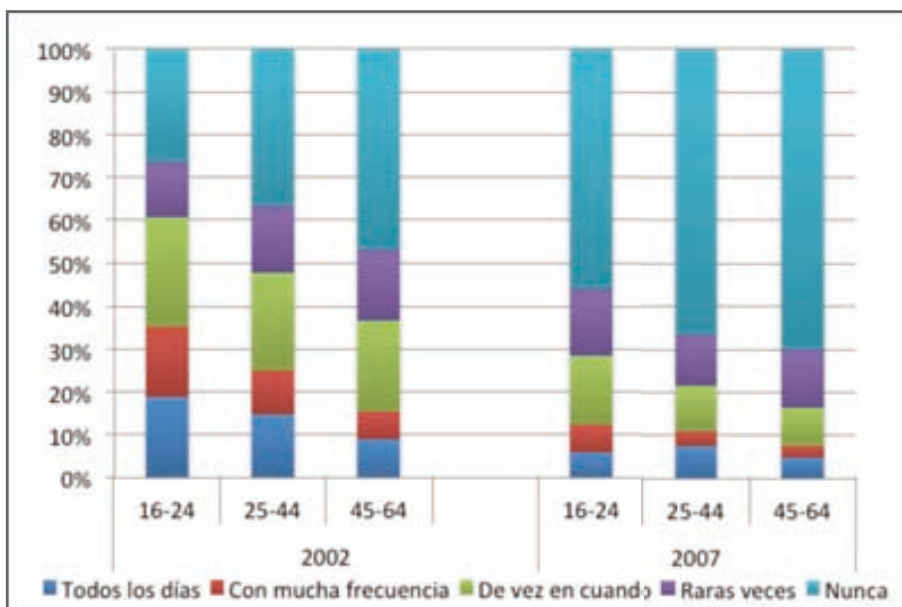
En los hombres, no se observó una clara relación entre el tabaquismo pasivo en el lugar de trabajo y estudio con la edad, al menos en lo que se refiere a las exposiciones más frecuentes. En las mujeres, por el contrario, la exposición al humo descendió progresivamente con la edad, observándose las exposiciones más altas en las edades más jóvenes, especialmente en 2002, momento en el que el 35,0% de las mujeres estaban diariamente o con mucha frecuencia expuestas al humo del tabaco. Esta proporción descendió al 12,5% en 2007 (figuras 4.15 y 4.16).

Figura 4.15. Distribución de la frecuencia de exposición al humo ambiental del tabaco en el lugar de trabajo o estudio en los hombres por grupos de edad. CAE, 2002-2007



Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 2002-2007

Figura 4.16. Distribución de la frecuencia de exposición al humo ambiental del tabaco en el lugar de trabajo o estudio en las mujeres por grupos de edad. CAE, 2002-2007

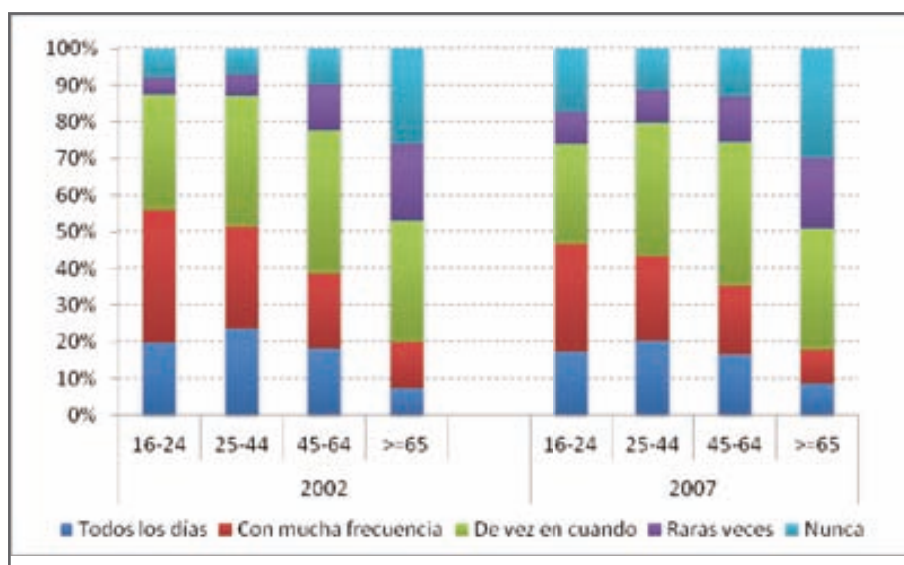


Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 2002-2007

En relación a los lugares cerrados como bares o restaurantes, en las siguientes figuras se puede ver, por una parte, que en estos ámbitos es donde la población estuvo en mayor medida expuesta al humo del tabaco tanto en 2002 como en 2007, con cifras muy superiores a las registradas en el hogar o en el lugar de trabajo o estudio. Los hombres están más expuestos que las mujeres, con la excepción de la población más joven de 16 a 24 años, en la que el tabaquismo pasivo es ligeramente superior en ellas. Se observa un descenso de la población expuesta diariamente o con mucha frecuencia en ambos sexos, especialmente en las mujeres más jóvenes, con un descenso del 13%.

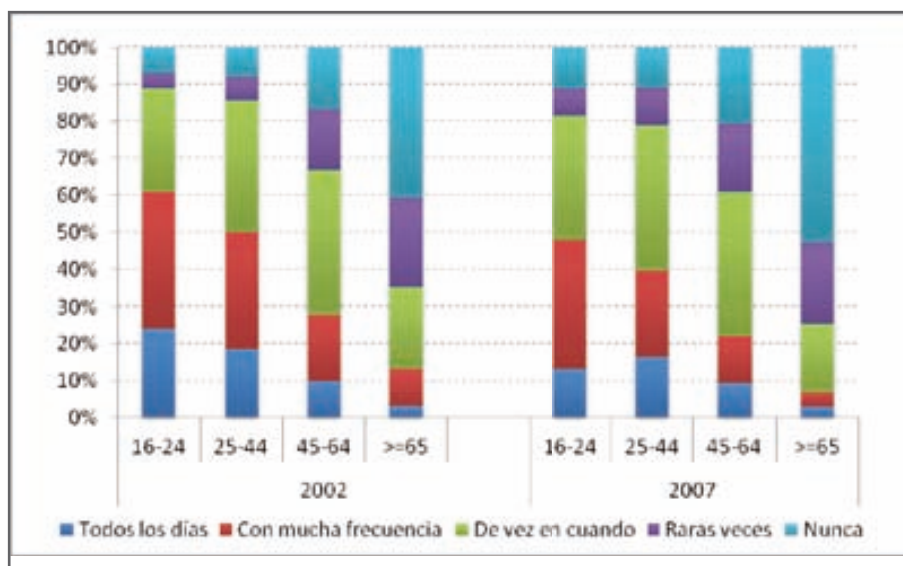
Tanto en hombres como en mujeres, la exposición al humo en estos lugares se relaciona con la edad, en el sentido de que la población joven es la que más expuesta se encuentra con proporciones que rondan el 15% y el 20% en hombres y mujeres de 16 a 24 años respectivamente. Por el contrario, son las personas mayores de 65 años las que afirman estar expuestas al humo en estos ámbitos con menor frecuencia con porcentajes de aproximadamente un 7%-8% en los hombres y menos de un 4% en las mujeres (figuras 4.17 y 4.18).

Figura 4.17. Distribución de la frecuencia de exposición al humo ambiental del tabaco en lugares cerrados en los hombres por grupos de edad. CAE, 2002-2007



Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 2002-2007

Figura 4.18. Distribución de la frecuencia de exposición al humo ambiental del tabaco en lugares cerrados en las mujeres por grupos de edad. CAE, 2002-2007



Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 2002-2007

4.2. DESIGUALDADES SOCIALES EN EL TABAQUISMO EN LA POBLACIÓN DE LA CAE: EVOLUCIÓN DE 1986 A 2007

Tal y como se ha descrito en el capítulo de la introducción y en la primera parte de los resultados, el desarrollo de la epidemia del tabaquismo ha mostrado un patrón marcadamente diferencial por grupos de edad y sexo. Por esta razón, el análisis de las desigualdades sociales ha considerado las particularidades que presentan los grupos de edad de 25 a 44 años y mayor de 45 años de forma separada.

Antes de comenzar con el análisis de las desigualdades en el tabaquismo, se realizará una breve contextualización sobre el cambio producido en algunos indicadores socioeconómicos en la población de la CAPV de 1986 a 2007, utilizando los datos de la ESCAV¹². Ello ayudará a comprender más adecuadamente los análisis que se presentarán a continuación, que muestran la evolución de las desigualdades según la clase social ocupacional y el nivel de estudios en las diferentes dimensiones del

¹² Los datos presentados a continuación deben ser interpretados con cautela ya que las encuestas de salud no son la fuente más adecuada para valorar los cambios en las estructuras sociales. Sin embargo, en esta tesis, esta descripción no sólo tendrá una función de contextualización socioeconómica, sino de observación de los cambios producidos en el peso de los grupos representados por las variables socioeconómicas en el análisis de las desigualdades en el tabaquismo. Por tanto, nos dará cuenta del peso poblacional de los resultados que se muestren posteriormente.

Los cambios en el nivel de estudios y la clase social se han realizado para la población de 25 a 44 y de 45 y más. Por su parte, la situación laboral se ha analizado para los grupos de edad de 16 a 44 y de 45 a 64 años.

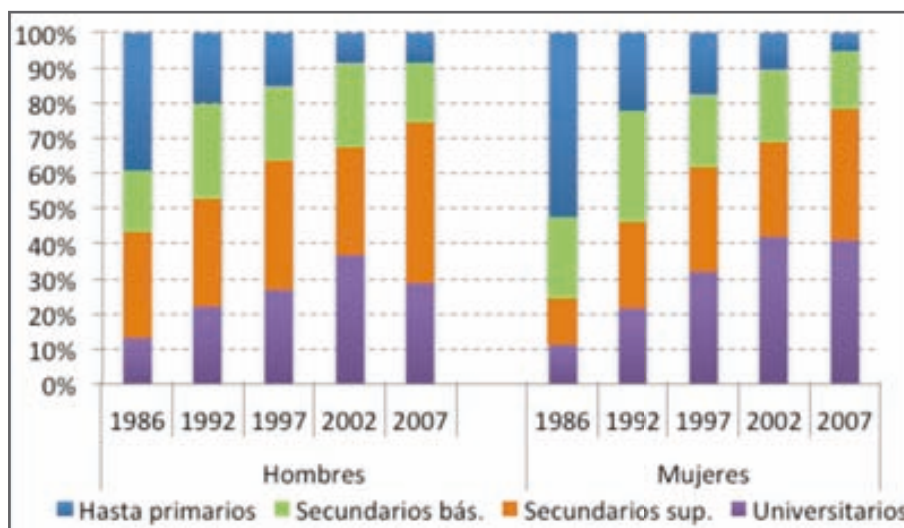
tabaquismo -consumo habitual, intensidad del consumo y patrones de inicio y cesación- así como las desigualdades en la exposición al humo ambiental del tabaco en el hogar, el lugar de trabajo y los lugares cerrados como bares y restaurantes.

4.2.1. Desigualdades socioeconómicas en la población vasca: evolución del nivel de estudios, la clase social y la situación laboral

Los cambios producidos en la estructura social de la CAE han sido de gran intensidad en los últimos veinte años y han estado protagonizados en su mayor parte por las mujeres. Así lo muestran las siguientes figuras en las que se puede ver cómo ha evolucionado la distribución del nivel de estudios, la clase social y la situación laboral en hombres y mujeres en los dos grandes grupos de edad.

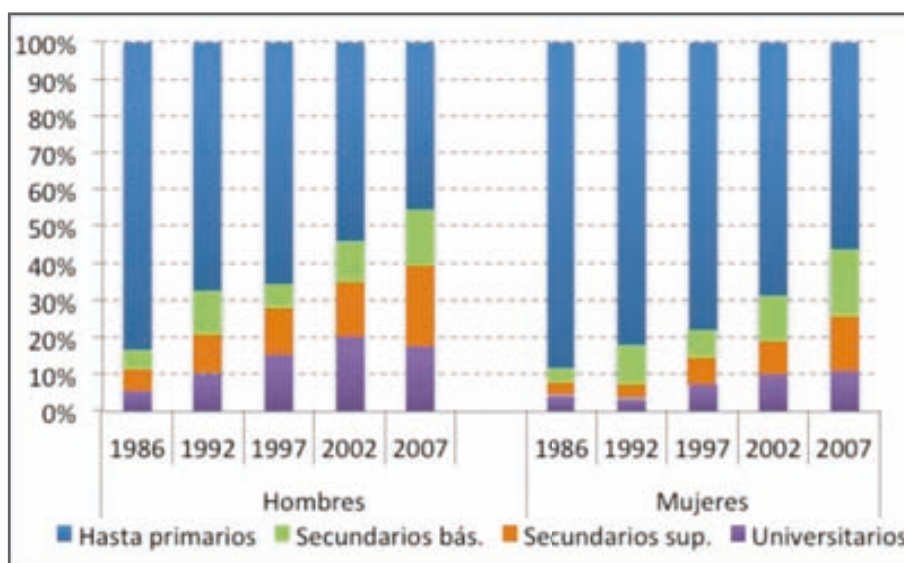
Uno de los cambios, sin duda, más relevantes ha sido el aumento generalizado del nivel educativo de la población, reflejado en un descenso del nivel de estudios primarios o inferior a cifras menores del 10% en la población de 25 a 44 años y un aumento de los estudios universitarios. Este cambio en la población joven ha sido especialmente evidente entre las mujeres. En la población mayor de 44 años, también se ha producido una pérdida de peso del nivel educativo más bajo, pero éste sigue siendo aún muy relevante, especialmente en las mujeres (56,2%), aunque también entre los hombres (45,3%). El descenso ha sido superior, en este caso, entre estos últimos (figuras 4.19 y 4.20).

Figura 4.19. Distribución de la población por nivel de estudios según sexo. Población de 25 a 44 años. CAE, 1986-2007



Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986-2007

Figura 4.20. Distribución de la población por nivel de estudios según sexo. Población mayor de 44 años. CAE, 1986-2007

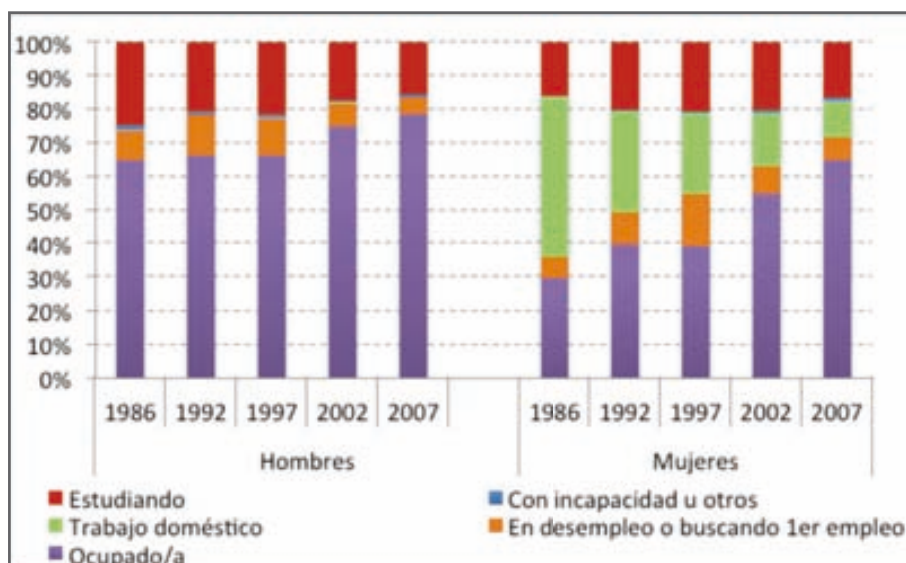


Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986-2007

En relación a la situación laboral en la población en edad activa, también se han observado cambios de gran envergadura. Comenzando con la población de 25 a 44 años, las grandes transformaciones las han protagonizado de nuevo las mujeres por el intenso incremento de su ocupación, que supera el 60% de la población femenina en 2007, y por la reducción muy marcada de aquéllas que se dedican, en exclusividad, al trabajo doméstico y/o de cuidados, que ha reducido su peso casi un 80%, de un 47,5% en 1986 a un 10,5% en 2007. Además de la incorporación al mercado laboral, el retraso en la edad de abandono del hogar de los/as progenitores/as y de la maternidad han influido, sin duda, en este descenso tan relevante. Destaca, asimismo, el aumento de la ocupación masculina durante el periodo, así como la práctica inexistencia de hombres dedicados al trabajo doméstico (figura 4.21).

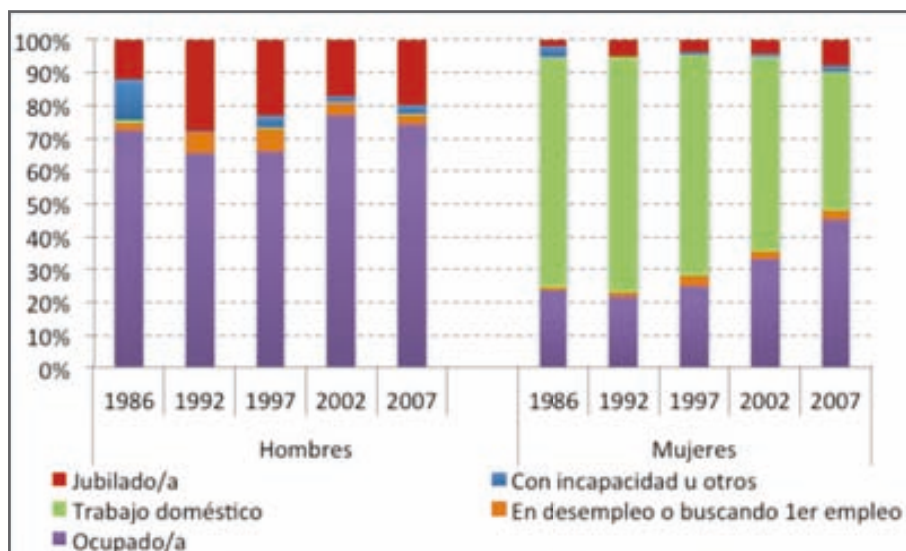
En la población de 45 a 64 años, es subrayable la intensa división sexual del trabajo que se ha observado a lo largo de los años, con una dedicación mayoritaria de la población masculina al trabajo remunerado, y al trabajo doméstico y/o de cuidados por parte de las mujeres. En el caso de estas últimas, hay que subrayar también que la proporción de las dedicadas a las tareas domésticas se ha reducido en un 40,0%, fundamentalmente por el aumento de las mujeres ocupadas que han pasado de representar un 23,4% en 1986 a un 45,2% en 2007 (figura 4.22).

Figura 4.21. Distribución de la población por situación laboral según sexo. Población de 16 a 44 años. CAE, 1986-2007



Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986-2007

Figura 4.22. Distribución de la población por situación laboral según sexo. Población de 45 a 64 años. CAE, 1986-2007

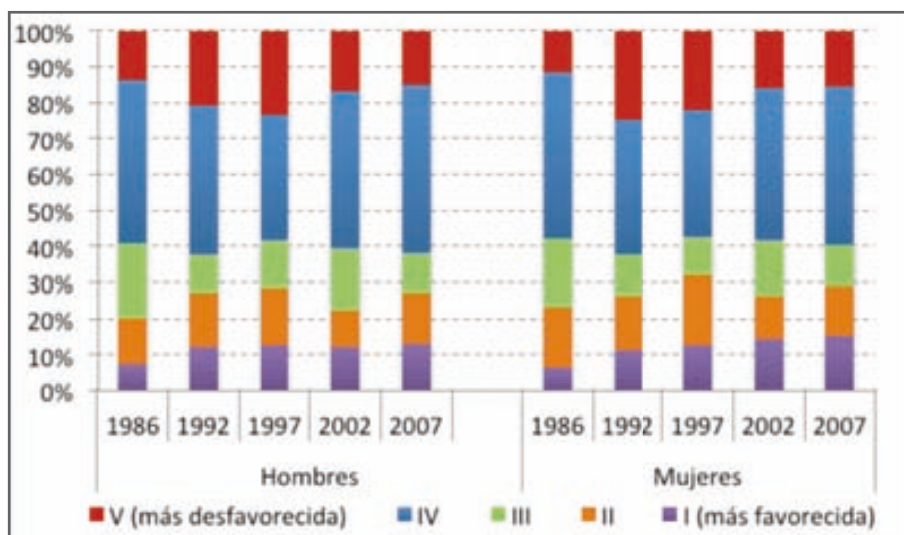


Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986-2007

Finalmente, la distribución de la clase social ocupacional parece no haber sufrido grandes transformaciones a lo largo de los años en comparación con las otras dos variables analizadas. En ambos grupos de edad, la clase mayoritaria es la IV, que junto a la V representan alrededor del 60% en la población joven y entre un 62% y un 70% en la población mayor. En ambos grupos de edad, además, se ha producido un

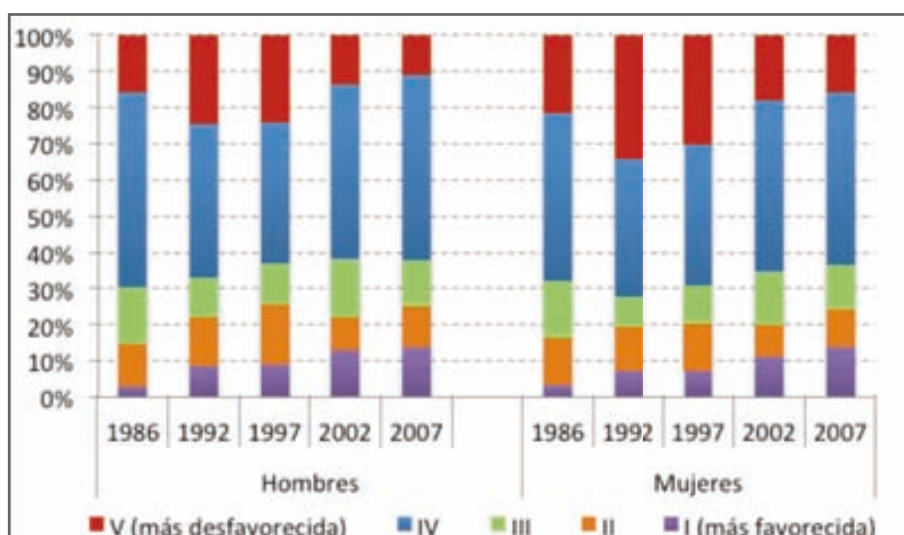
descenso de la clase más desfavorecida desde 1992, especialmente en las mujeres mayores, mientras que la clase I, la más favorecida, ha aumentado ligeramente su peso, hasta representar alrededor de un 14% en ambos grupos de edad y sexos (figuras 4.23 y 4.24).

Figura 4.23. Distribución de la población por clase social según sexo. Población de 25 a 44 años. CAE, 1986-2007



Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986-2007

Figura 4.24. Distribución de la población por clase social según sexo. Población mayor de 44 años. CAE, 1986-2007

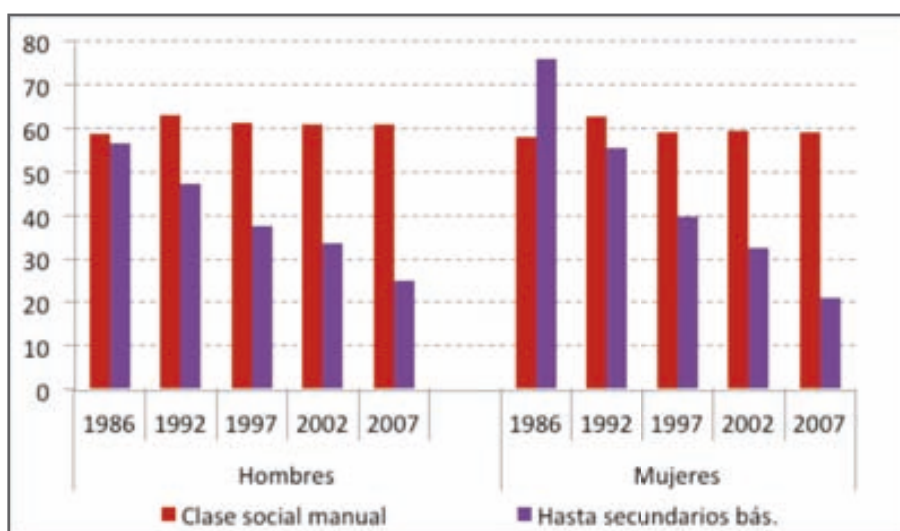


Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986-2007

Por último, en las siguientes dos figuras se puede observar la evolución de las proporciones estandarizadas del nivel de estudios hasta secundarios básicos y la

clase social manual en hombres y mujeres de 25 a 44 años y mayores de 45¹³. En la población joven, se observa que el porcentaje de población con clase social manual se mantiene, una vez eliminado el efecto que ha podido producir el cambio en la estructura de edades a lo largo de los 21 años de estudio. Por el contrario, se aprecia un marcado descenso del porcentaje estandarizado de personas con estudios secundarios básicos o inferiores, que en el caso de las mujeres es especialmente evidente. En la población mayor de 45 años, por su parte, se aprecia un descenso sostenido de la población de clase social manual y, sobre todo, del nivel de estudios inferior, que en ambos casos es más intensa en el caso de los hombres. En términos generales, en la población joven la clase social manual es más frecuente en los últimos años que el nivel de estudios inferior –y las diferencias han ido incrementándose-, mientras que en la población mayor el peso de ambas variables de posición socioeconómica desaventajada ha ido igualándose (figuras 4.25 y 4.26).

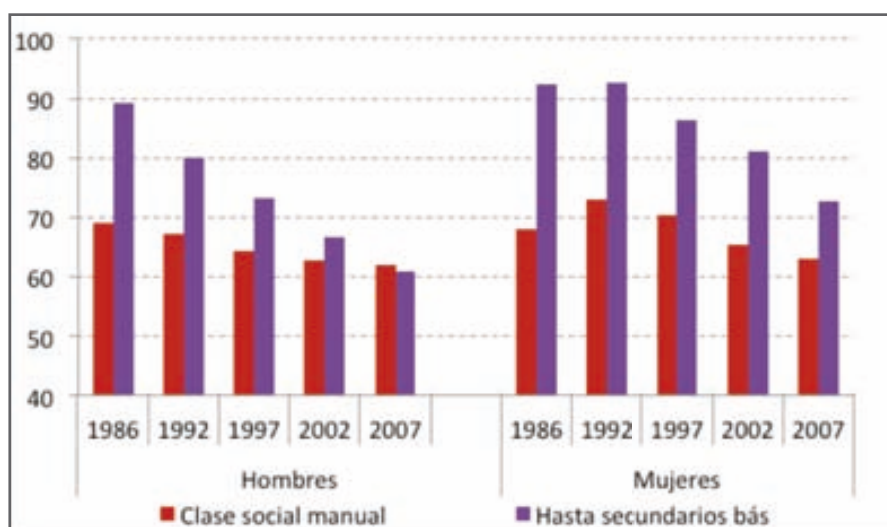
Figura 4.25. Proporciones estandarizadas de población de clase social manual y nivel de estudios hasta secundarios básicos por sexo. Población de 25 a 44 años. CAE, 1986-2007



Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986-2007

¹³ Estas serán las variables que se utilizarán para el análisis de las desigualdades en el tabaquismo en los siguientes dos apartados de los resultados.

Figura 4.26. Proporciones estandarizadas de población de clase social manual y nivel de estudios hasta secundarios básicos por sexo. Población mayor de 44 años. CAE, 1986-2007



Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986-2007

4.2.2. Desigualdades sociales en el tabaquismo en la población de 25 a 44 años

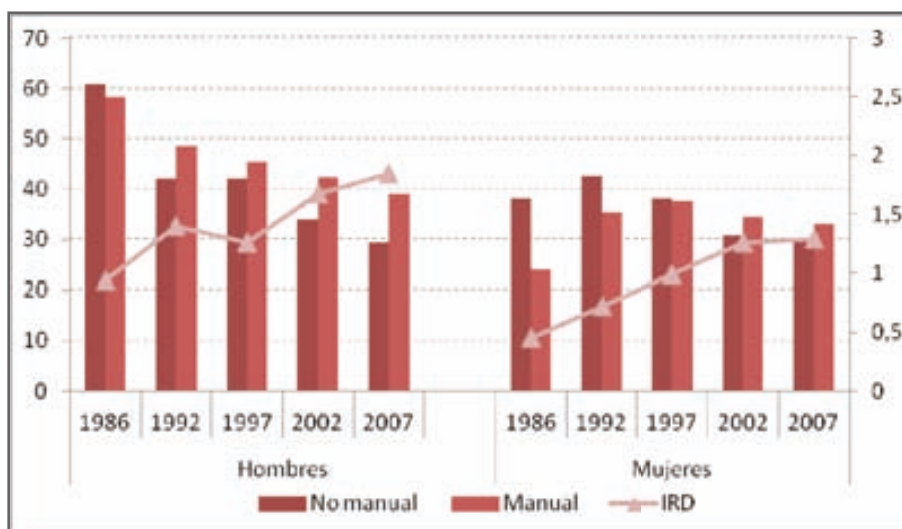
4.2.2.1. Desigualdades sociales en el consumo de tabaco e intensidad del consumo

En los hombres jóvenes de la CAE, el consumo de tabaco ha descendido de 1986 a 2007 en las clases manuales como no manuales, si bien el descenso ha sido más acusado entre aquéllos de clase social no manual (más favorecida), que redujeron en más del doble su prevalencia (de 60,8% a 29,3%) frente a la reducción de un 50% de los hombres de clases manuales (de 58,3% a 29,1%). Con la excepción de 1986, cuando los hombres jóvenes de clases más elevadas fumaban con mayor frecuencia, a lo largo de todo el periodo aquéllos de clases sociales más desfavorecidas han fumado en mayor proporción (figura 4.27). Las desigualdades sociales en el consumo de tabaco han ido en aumento y fueron significativas en 2002 y 2007, siendo el último año la probabilidad de ser fumador un 84% superior (IRD 1,84 [IC95% 1,35-2,50]) entre los menos favorecidos respecto a los más favorecidos (tabla 4.3).

En las mujeres, la prevalencia de tabaquismo aumentó en ambas clases sociales durante los primeros años, en los que era superior en las clases no manuales. El descenso comenzó a observarse en éstas con anterioridad a las mujeres de clases manuales, produciéndose, además, de forma más acusada, especialmente a partir de 1997. El Índice Relativo de Desigualdad (IRD) indicó que a lo largo del periodo no han existido desigualdades significativas, aunque sí un aumento ininterrumpido de las mismas, con valores de 1,26 [IC95% 0,94-1,69] y 1,29 [IC95% 0,94-1,79] en los años 2002 y 2007 respectivamente.

Otra medida de interés para valorar el impacto que las desigualdades tienen en la evolución del tabaquismo es la prevalencia en exceso atribuible a tales desigualdades (PAD). Concretamente, esta medida muestra la prevalencia del consumo de tabaco que podría haberse evitado si todas las clases sociales tuvieran la misma prevalencia de tabaquismo que la de la categoría más favorecida. En la tabla 4.3 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. Mientras que en 1992 y 1997 esta prevalencia era de 4,7% y 3,2% respectivamente, en 2002 aumentó hasta 5,8%, y en 2007 a 6,5%. En las mujeres, en 1986 la prevalencia en exceso de tabaquismo atribuible a las desigualdades fue de -6,9%, lo que indicó que si todas las mujeres hubieran fumado con la misma frecuencia que las más ricas, la prevalencia hubiera aumentado casi siete puntos porcentuales. Esta prevalencia fue decreciendo hasta 1997, y ya en 2002 cambió de sentido, observándose una prevalencia en exceso de tabaquismo atribuible a las desigualdades de 2,2% y de 2,4% en 2007.

Figura 4.27. Prevalencias estandarizadas de fumadores/as habituales e Índice Relativo de Desigualdad (IRD)* según la clase social. Población de 25 a 44 años por sexo. CAE, 1986-2007



*Referencia: clase social no-manual.

Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986-2007

Tabla 4.3. Índice Relativo de Desigualdad (IRD)* y prevalencia atribuible a las desigualdades (PAD) calculados según la clase social. Población de 25 a 44 años por sexo. CAE, 1986-2007

	Hombres		Mujeres	
	IRD	PAD	IRD	PAD
1986	0,94 (0,55-1,60)	-1,04	0,45 (0,18-1,11)	-6,87
1992	1,40 (0,99-1,99)	4,74	0,72 (0,50-1,05)	-4,00
1997	1,26 (0,90-1,77)	3,15	0,99 (0,68-1,43)	-0,17
2002	1,67 (1,28-2,18)	5,83	1,26 (0,94-1,69)	2,17
2007	1,84 (1,35-2,50)	6,44	1,29 (0,94-1,79)	2,41

*Referencia: clase social no-manual.

Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986-2007

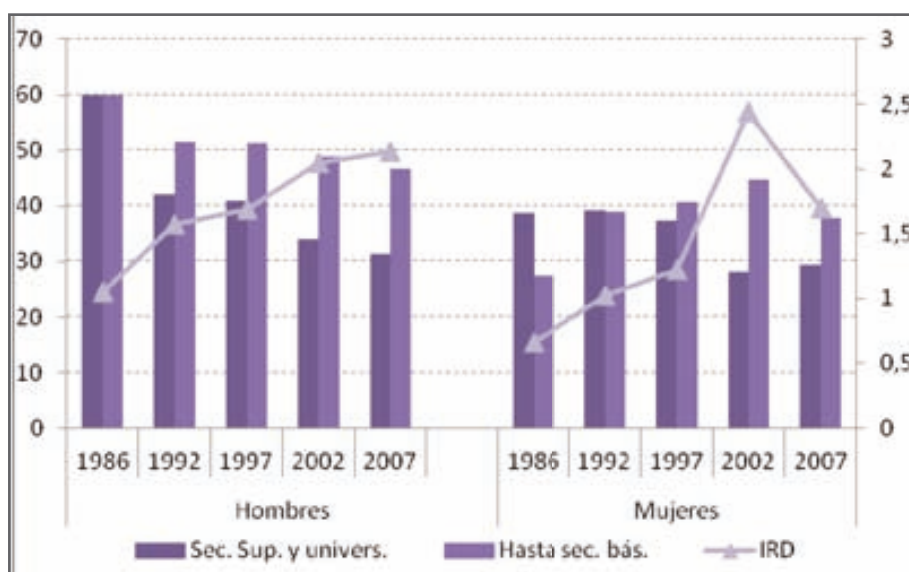
Al igual que por clase social, la evolución de las desigualdades en el tabaquismo por nivel de estudios a lo largo de los 21 años muestra un patrón distinto según el sexo: el consumo de tabaco ha descendido de 1986 a 2007 entre los hombres jóvenes en ambos niveles educativos (figura 4.28), si bien el descenso ha sido más acusado entre aquéllos de niveles superiores. Partiendo de una misma prevalencia de consumo en 1986 en ambos niveles de estudios, durante los siguientes años los hombres de menor nivel educativo han fumado en mayor proporción, alcanzado en 2007 valores de 46,7% y 31,4% para los niveles de estudios inferiores y superiores respectivamente. Tal y como muestra el IRD (tabla 4.4), las desigualdades han sido crecientes y significativas a lo largo del periodo, siendo la probabilidad de ser fumador más del doble entre los de estudios inferiores respecto a los de superiores en 2007 (IRD 2,13 [IC95% 1,60-2,82]).

En las mujeres, se observa un patrón diferente. El descenso del tabaquismo únicamente se ha observado entre aquéllas de estudios más elevados, mientras en las de estudios inferiores ha crecido el consumo de 1986 a 2002 y se ha reducido en 2007. Con la excepción de 1986, cuando el consumo de tabaco era mayor entre las de nivel de estudios elevado, en los siguientes años el tabaquismo se ha ido progresivamente concentrando en los niveles de estudios inferiores. Tal y como indica el Índice Relativo de Desigualdad (IRD), el patrón de las desigualdades por nivel educativo se hizo evidente a partir de 2002, con un valor de 2,44 [IC95% 1,83-3,25], si bien las desigualdades pueden haber disminuido ligeramente en 2007, año en el que la probabilidad de ser fumadora se multiplicó por 1,70 [IC95% 1,20-2,41] entre aquellas mujeres situadas en la posición más baja de la jerarquía social según el nivel de estudios respecto a la posición más elevada (tabla 4.4).

Al analizar la prevalencia en exceso de consumo de tabaco atribuible a la existencia de desigualdades por nivel de estudios en la población joven, en la tabla 4.4 se observa

que, en consonancia con el patrón socioeconómico del consumo de tabaco más marcado en los hombres, en ellos se observan valores más elevados, superiores al 4% entre 1992 y 2002 y de 3,7% en 2007. En las mujeres, esta prevalencia 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 casi en dos puntos porcentuales.

Figura 4.28. Prevalencias estandarizadas de fumadores/as habituales e Índice Relativo de Desigualdad (IRD)* según el nivel de estudios. Población de 25 a 44 años por sexo. CAE, 1986-2007



*Referencia: nivel de estudios secundario superior y universitario.

Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986-2007

Tabla 4.4. Índice Relativo de Desigualdad (IRD)* y prevalencia atribuible a las desigualdades (PAD) calculados según el nivel de estudios. Población de 25 a 44 años por sexo. CAE, 1986-2007

	Hombres		Mujeres	
	IRD	PAD	IRD	PAD
1986	1,05 (0,61-1,82)	0,86	0,66 (0,25-1,71)	-4,75
1992	1,57 (1,13-2,16)	4,81	1,02 (0,70-1,50)	0,24
1997	1,69 (1,22-2,35)	4,52	1,22 (0,83-1,79)	1,47
2002	2,05 (1,60-2,62)	4,83	2,44 (1,83-3,25)	4,84
2007	2,13 (1,60-2,82)	3,74	1,70 (1,20-2,41)	1,97

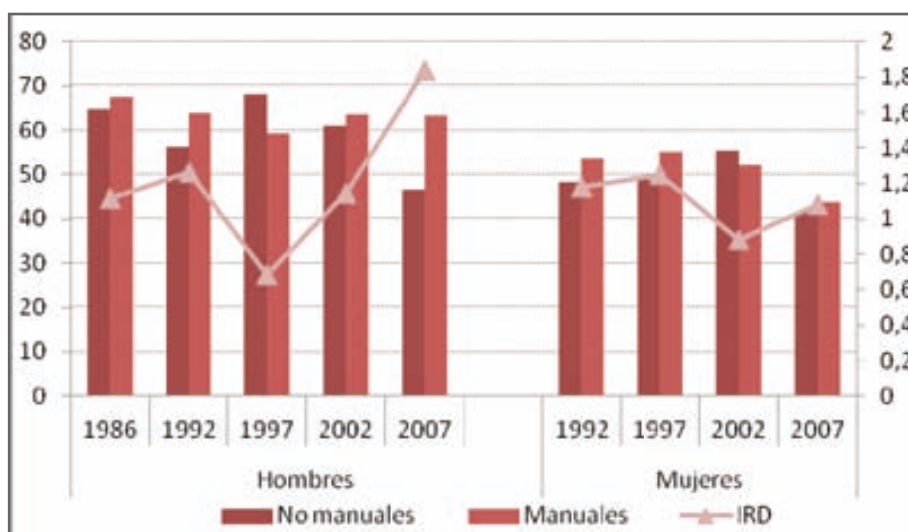
*Referencia: nivel de estudios secundario superior y universitario.

Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986-2007

Además de la prevalencia del consumo habitual de tabaco en términos generales, la intensidad con la que se fuma reviste también un gran interés. Así, en la tabla 4.20 (parte final de los resultados) y en las figuras 4.29 y 4.30 se analiza la evolución del número medio de cigarrillos así como la prevalencia de los/as grandes fumadores/as, que consumen diariamente más de 15 cigarrillos. En relación al número medio de cigarrillos, éste ha disminuido tanto en los hombres como en las mujeres a lo largo del periodo si bien se observan patrones de descenso diferentes según la posición socioeconómica y el sexo. Entre los hombres, el descenso ha sido superior en los de clase social no manual (de 18,7 a 12,9 cigarrillos diarios fumados) mientras que por nivel de estudios la caída desde 1986 ha sido más marcada en los de estudios secundarios e inferiores, pasando de 20,1 cigarrillos fumados en 1986 a 16,6 en 2007. En las mujeres, por su parte, desde 1992 el descenso ha sido superior tanto por clase social como por nivel de estudios entre aquéllas de grupos más aventajados, pasando de 15,1 a 12,1 cigarrillos diarios fumados entre las de clase no manual y de 15,7 a 12,7 entre las de mayor nivel de estudios.

Respecto a las desigualdades en los/as grandes fumadores/as, en la figura 4.29 se muestra que entre los hombres hasta 44 años, su prevalencia ha sido superior, a excepción de 1997, en aquéllos de clase social manual, siendo las desigualdades entre ambos grupos estadísticamente significativas en 2007 (IRD 1,84 [IC95% 1,27-2,66]). En las mujeres, por su parte, no se apreciaron desigualdades relevantes entre clases sociales, si bien, como en el caso de los hombres, aquéllas de clase social manual tendieron a ser con mayor frecuencia grandes fumadoras a lo largo de los años. En ningún caso, se observaron desigualdades significativas entre los grupos (tabla 4.5).

Figura 4.29. Prevalencias estandarizadas de grandes fumadores/as e Índice Relativo de Desigualdad (IRD)* según la clase social. Población de 25 a 44 años por sexo. CAE, 1986-2007

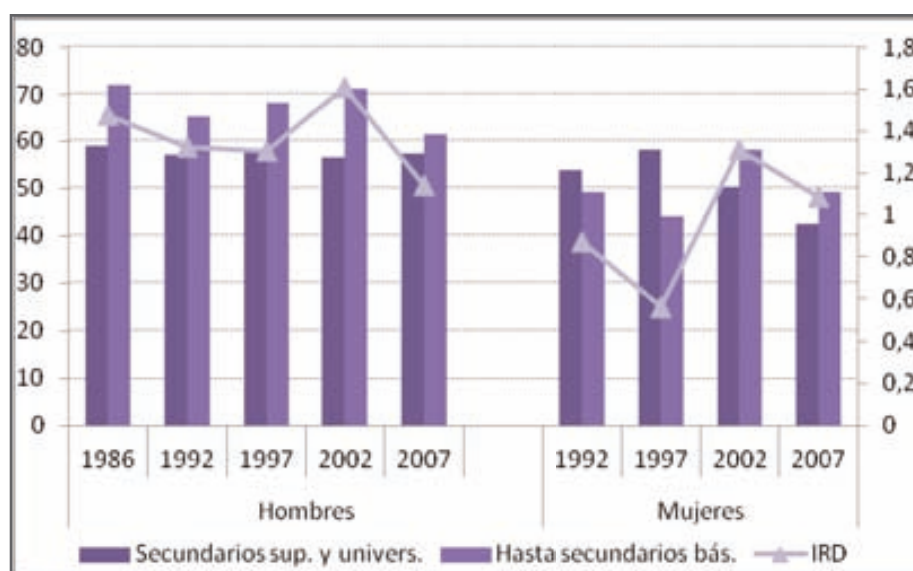


*Referencia: clase social no-manual.

Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986-2007

Por nivel de estudios, el patrón masculino fue más homogéneo a lo largo de los años, ya que la prevalencia de grandes fumadores fue superior entre los de estudios inferiores, y las desigualdades estadísticamente significativas en 2002 (IRD 1,61 [IC95% 1,27-2,04]). En las mujeres se observó un cambio de patrón por el cual a partir de 2002 aquéllas de nivel de estudios inferior pasaron a ser con mayor frecuencia grandes fumadoras que las de nivel educativo superior. Las diferencias entre los grupos, sin embargo, no fueron estadísticamente significativas, a excepción de 1997, año en el que la probabilidad de ser gran fumadora fue superior en aquéllas con mayor nivel educativo (IRD 0,56 [IC95% (0,34-0,91)]).

Figura 4.30. Prevalencias estandarizadas de grandes fumadores/as e Índice Relativo de Desigualdad (IRD)* según el nivel de estudios. Población de 25 a 44 años por sexo. CAE, 1986-2007



*Referencia: nivel de estudios secundario superior o universitario

Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986-2007

Tabla 4.5. Índice Relativo de Desigualdad (IRD)* de gran consumo de tabaco según la clase social y el nivel de estudios. Población de 25 a 44 años por sexo. CAE, 1986-2007

	Hombres		Mujeres	
	Clase social	Nivel de estudios	Clase social	Nivel de estudios
1986	1,11 (0,61 - 2,03)	1,48 (0,8 - 2,73)	-	-
1992	1,27 (0,86 - 1,87)	1,32 (0,94 - 1,87)	1,18 (0,73 - 1,91)	0,87 (0,55 - 1,39)
1997	0,68 (0,49 - 0,95)	1,30 (0,94 - 1,81)	1,25 (0,79 - 1,97)	0,56 (0,34 - 0,91)
2002	1,15 (0,88 - 1,49)	1,61 (1,27 - 2,04)	0,88 (0,63 - 1,24)	1,31 (0,93 - 1,84)
2007	1,84 (1,27 - 2,66)	1,14 (0,84 - 1,54)	1,08 (0,70 - 1,68)	1,09 (0,67 - 1,76)

*Referencia: posición socioeconómica más favorecida

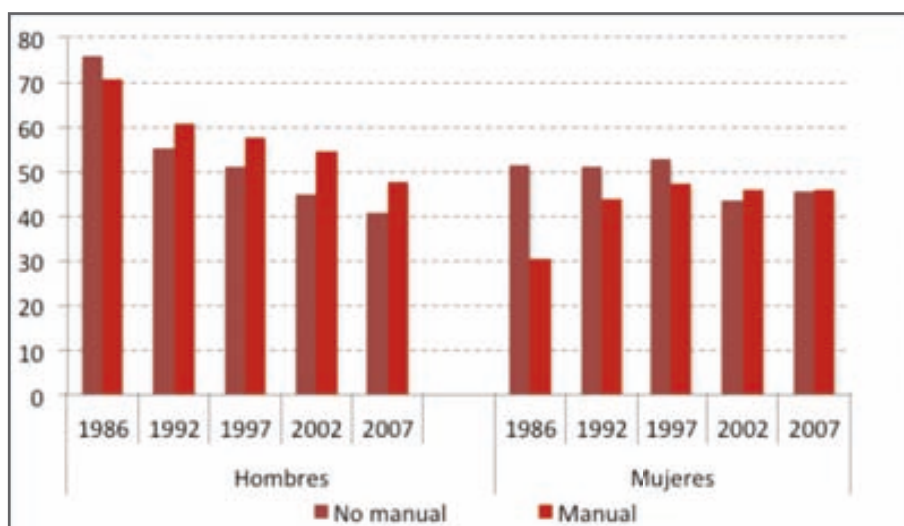
4.2.2.2. Desigualdades sociales en el inicio del consumo de tabaco

En el siguiente apartado, se analizarán, en primer lugar, las desigualdades en la prevalencia de personas que se han iniciado en el consumo de tabaco en algún momento su vida, la probabilidad de comenzar a fumar y la edad media de inicio del consumo en la población joven, según las dos variables socioeconómicas consideradas: clase social y nivel de estudios.

Inicio del consumo de tabaco a lo largo de la vida

En los hombres jóvenes de la CAE, el inicio del consumo en algún momento de la vida ha ido descendiendo claramente mientras que se ha mantenido más o menos constante en el caso de las mujeres. En ellos, a partir de 1992, el inicio en el consumo ha sido siempre superior entre aquéllos de clase social manual, con un prevalencia que en 2007 alcanzó un 47,7% frente al 40,7% de hombres de clase social no manual (figura 4.31). En las mujeres, a lo largo del periodo se ha producido un cambio según el cual las de clase social más elevada dejaron de ser las que mostraban un mayor inicio del consumo a lo largo de la vida, de forma que los patrones entre grupos sociales se han ido acercando y las desigualdades sociales en el inicio prácticamente desaparecen en 2007 (46,0% en ambos casos).

Figura 4.31. Prevalencias estandarizadas de inicio del consumo a lo largo de la vida según la clase social. Población de 25 a 44 años por sexo. CAE, 1986-2007

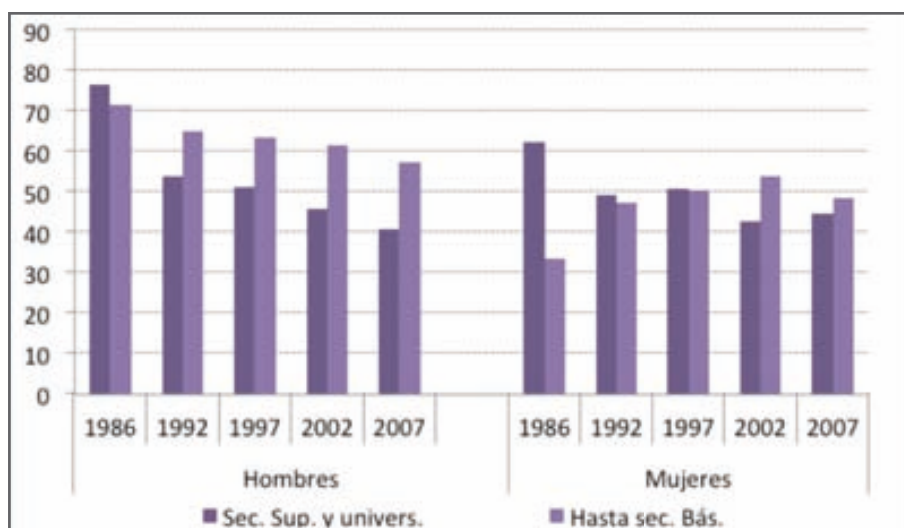


Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986-2007

Según el nivel de estudios, el patrón de las desigualdades observado en el inicio es muy similar a lo largo del periodo en el caso de los hombres a lo observado por clase social, si bien las desigualdades observadas a partir de 1992 son de mayor magnitud. En 2007, el porcentaje de hombres de estudios inferiores que se habían

iniciado en el consumo de tabaco era de un 57,3%, 16,4 puntos porcentuales más que aquéllos con nivel de estudios elevado. En las mujeres, asimismo, la evolución de las desigualdades en el consumo a lo largo de la vida por nivel de estudios mostró similitudes importantes con lo observado por clase social. Así, hasta 1997, fueron las mujeres de mayor nivel educativo las que mostraron las prevalencias más altas –aunque con una tendencia decreciente–, mientras que a partir de 2002 lo fueron aquéllas de menor nivel de estudios. En 2007 estas desigualdades parecieron descender respecto a 2002, situándose en un 48,5% entre las de estudios inferiores, y en un 44,7% entre las de estudios superiores (figura 4.32).

Figura 4.32. Prevalencias estandarizadas de inicio del consumo a lo largo de la vida según el nivel de estudios. Población de 25 a 44 años por sexo. CAE, 1986-2007



Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986-2007

Probabilidad de inicio del consumo

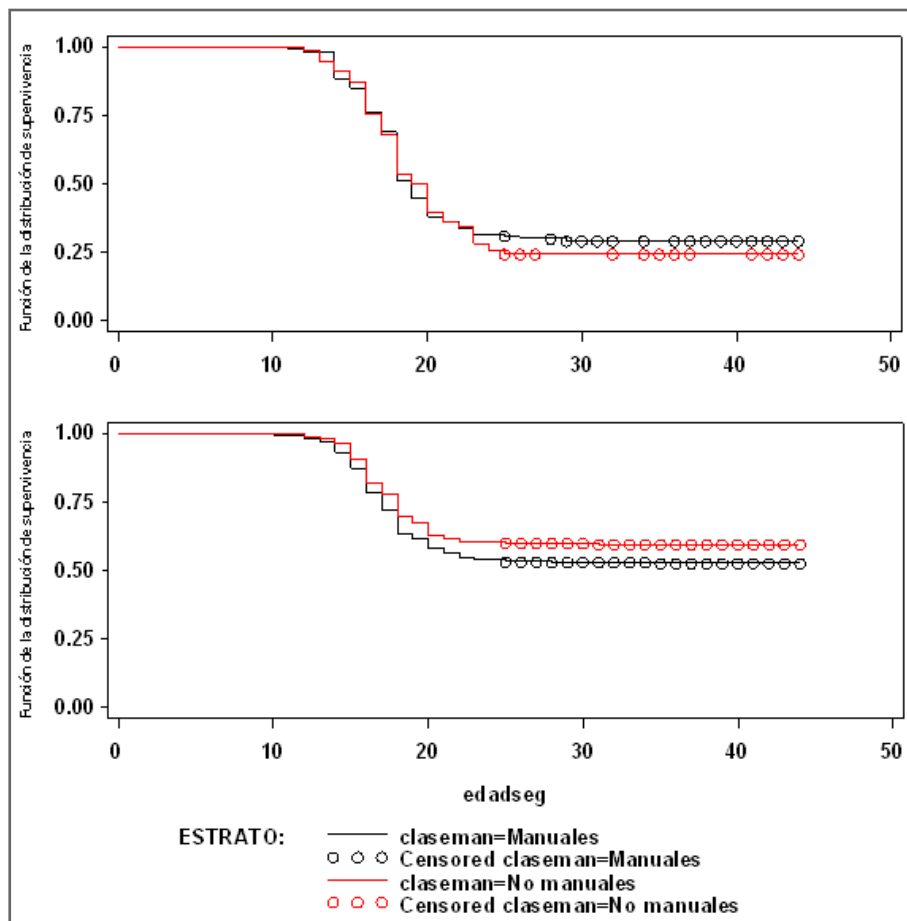
Siguiendo con el inicio del consumo a lo largo de la vida, las siguientes figuras muestran, en primer lugar, las curvas de supervivencia para el inicio del consumo por edad según la clase social y el nivel de estudios en hombres y mujeres en 1986 y 2007¹⁴ y, posteriormente, se describirán los riesgos relativos de iniciarse en el consumo según las mismas variables socioeconómicas.

Comenzando con los hombres, la figura 4.33 recoge el cambio de patrón según la clase social ocurrido desde 1986 a 2007. Mientras que en 1986 no se apreciaban diferencias en las probabilidades de inicio en las curvas de ambas clases sociales, en 2007 es evidente que los hombres de clase manual muestran una mayor probabilidad

¹⁴ A lo largo del texto, sólo se mostrarán las curvas referidas a 1986 y 2007. El resto pueden consultarse en las figuras 4.84 a 4.104 en la parte final del capítulo de los resultados.

de inicio, de forma que las diferencias entre ambas son estadísticamente significativas (tabla 4.6).

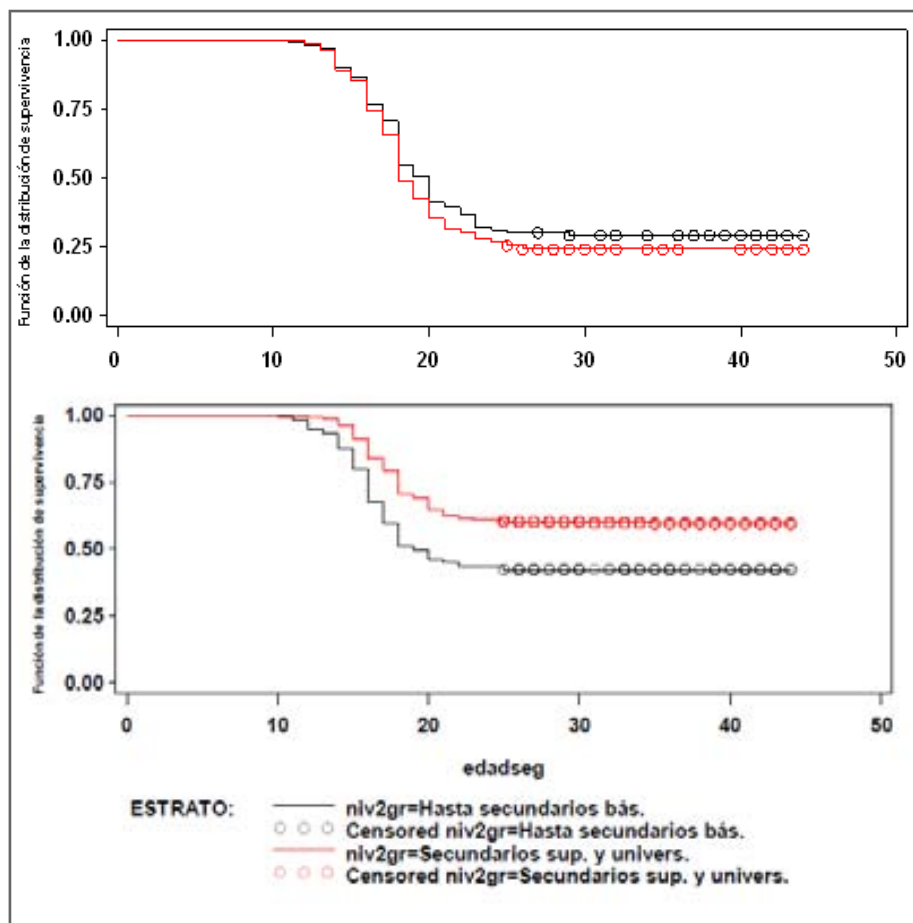
Figura 4.33. Curvas del inicio del consumo de tabaco en hombres según la clase social. Población de 25 a 44 años. CAE, 1986 (arriba) y 2007 (abajo)



Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986 y 2007

Por nivel de estudios, se observó una evolución similar, con una ausencia de diferencias significativas entre los grupos de mayor y menor nivel de estudios en 1986, y una diferenciación progresiva de las curvas a lo largo de los años (figura 4.34). Así, en 2007 el inicio en el consumo de aquéllos con nivel de estudios más bajo se produjo con anterioridad en el tiempo y fue de mayor intensidad. Las diferencias en 2007 fueron estadísticamente significativas, tal y como recoge la tabla 4.6.

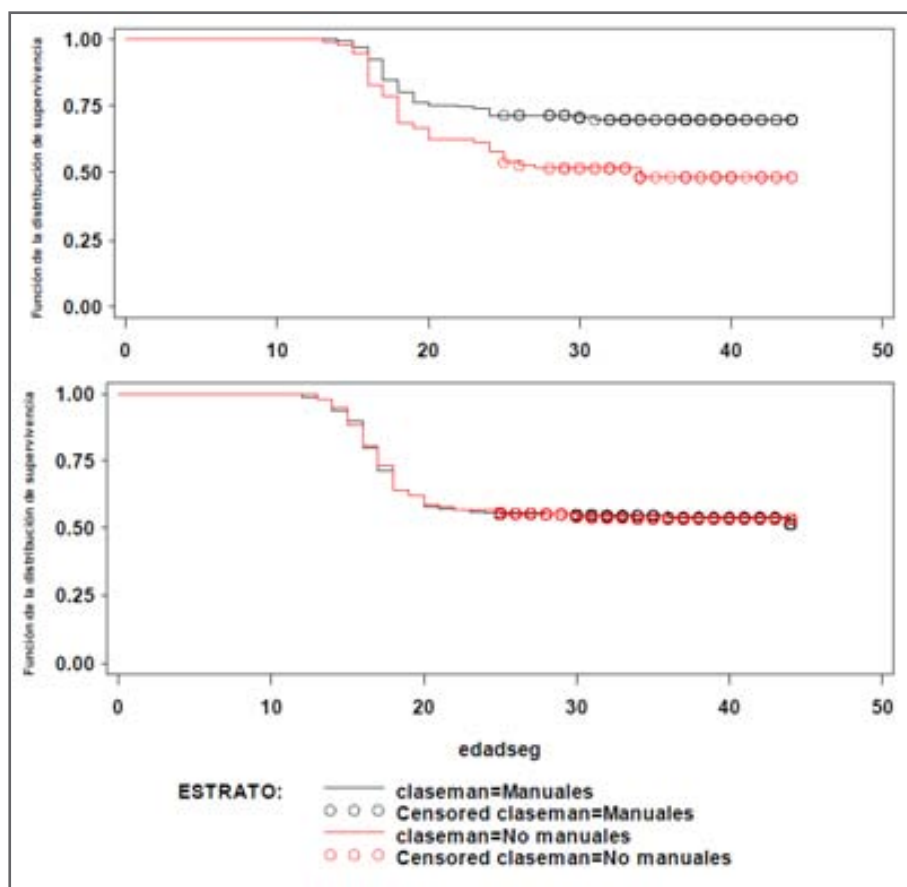
Figura 4.34. Curvas del inicio del consumo de tabaco en hombres según el nivel de estudios. Población de 25 a 44 años. CAE, 1986 (arriba) y 2007 (abajo)



Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986 y 2007

En las mujeres, el patrón observado fue diferente. Mientras que en 1986, existían desigualdades inversas significativas según la clase social, de forma que aquéllas de clase no manual tuvieron mayor probabilidad de iniciar el consumo y a una edad más temprana (tabla 4.6), a partir de 1992 se observó una práctica superposición entre las curvas, de forma que no se observaron diferencias entre los grupos (figura 4.35).

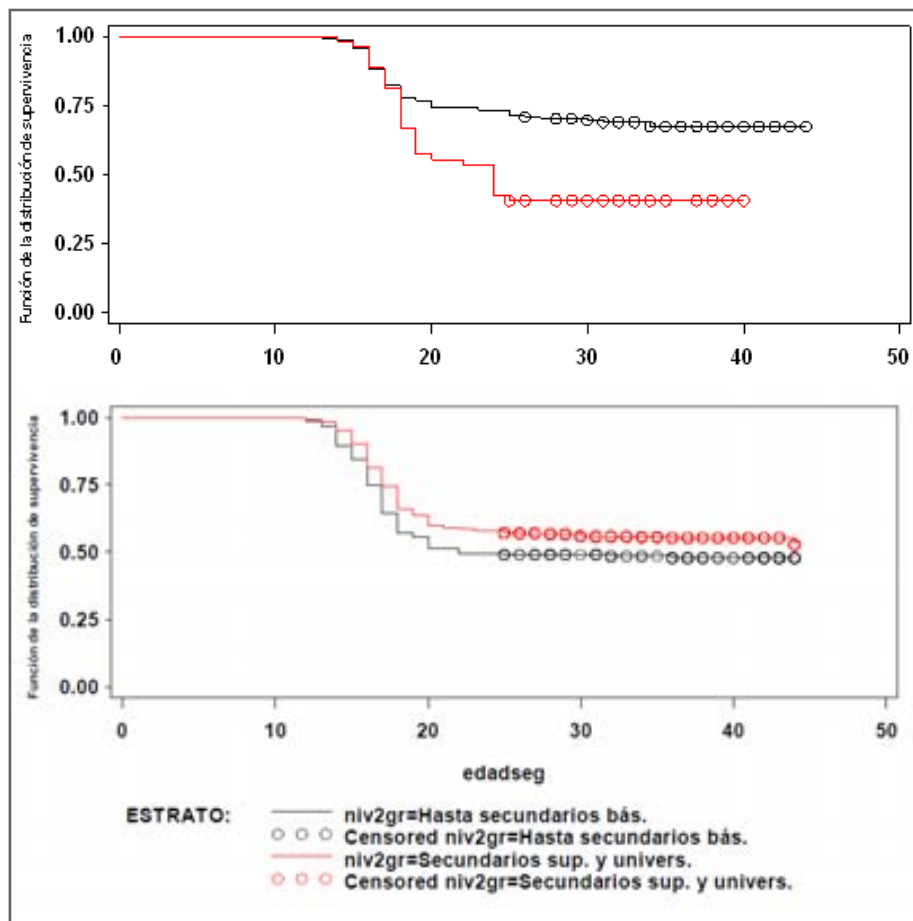
Figura 4.35. Curvas del inicio del consumo de tabaco en mujeres según la clase social. Población de 25 a 44 años. CAE, 1986 (arriba) y 2007 (abajo)



Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986 y 2007

Por nivel de estudios, en 1986 también se observaba una curva de mayor pendiente entre las mujeres de estudios secundarios superiores y universitarios, mientras que a partir de 2002 aquellas de niveles de estudios inferiores tuvieron una mayor probabilidad de adoptar el hábito, con diferencias entre niveles de estudios estadísticamente significativas (tabla 4.6).

Figura 4.36. Curvas del inicio del consumo de tabaco en mujeres según el nivel de estudios. Población de 25 a 44 años. CAE, 1986 (arriba) y 2007 (abajo)



Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986 y 2007

Tabla 4.6: Valor p del test Log-Rank* de comparación de curvas de inicio del consumo según la clase social y el nivel de estudios por sexo. Población de 25 a 44 años. CAE, 1986-2007

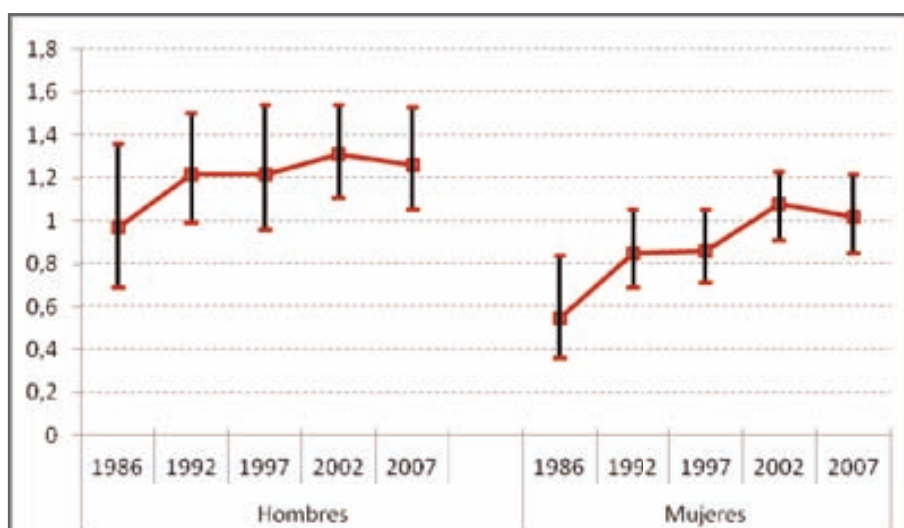
	Clase social		Nivel de estudios	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
1986	0,7080	0,0024	0,3561	0,0004
1992	0,0630	0,1834	0,0014	0,3897
1997	0,0850	0,1339	0,0019	0,7683
2002	0,0095	0,4563	<0,0001	<0,0001
2007	0,0047	0,9836	<0,0001	0,0182

*Para un NC del 95%

Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986-2007

Al observar los riesgos relativos de iniciarse en el consumo según la clase social, se confirma lo descrito hasta el momento: en los hombres las desigualdades han ido creciendo paulatinamente, de forma que a partir de 2002, el riesgo de comenzar a fumar en los de clase social manual fue significativamente mayor que en los de clase social no manual (RR_{07} 1,26 [IC95% 1,05-1,53]). En el caso de las mujeres, la probabilidad de iniciarse en el consumo fue en 1986 significativamente superior en aquéllas de clase social no manual, mientras que en 1992 y 1997 parece que las desigualdades entre los grupos dejaron de ser estadísticamente significativas, aunque las mujeres de la clase más aventajada continuaron mostrando riesgos de inicio del consumo superiores que las de clase más desaventajada. A partir de 2002, se observa la tendencia hacia un incipiente cambio de patrón, según el cual la probabilidad de inicio es ligeramente superior en las mujeres de clase manual, aunque la diferencia entre grupos continúa sin ser estadísticamente significativa (RR_{02} 1,26 [IC95% 0,91 -1,23]) (figura 4.37).

Figura 4.37. Riesgo relativo* e IC 95% de inicio del consumo de tabaco según la clase social. Población de 25 a 44 años por sexo. CAE, 1986-2007



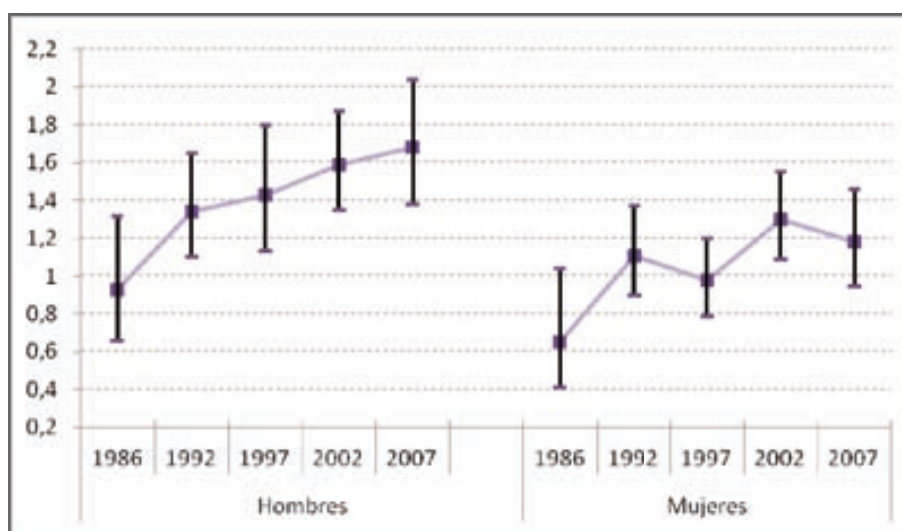
*Referencia: clase social no-manual.

Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986-2007

Según el nivel de estudios, se aprecia que el patrón también es diferente por sexo, tal y como se ve en la figura 4.38: en los hombres, es subrayable que, con la única excepción del año 1986, cuando no se observaban desigualdades en la probabilidad de inicio del consumo por nivel de estudios, estas desigualdades han sido evidentes y crecientes, de forma que aquéllos de menor nivel de estudios han mostrado un riesgo significativamente mayor de comenzar a fumar cada año. Así, en 2007, la probabilidad de inicio en el consumo de tabaco fue un 68% superior en los hombres con estudios secundarios básicos o inferiores en comparación con aquéllos que tuvieron, al menos, estudios secundarios superiores (RR_{07} 1,68 [IC95% 1,38-2,04]). En las mujeres, se observa una tendencia a que aquellas de niveles de estudios inferiores vayan progresivamente

mostrando un mayor riesgo de inicio en el consumo en comparación con las de mayor nivel de estudios. En este sentido, con la excepción de 1986, cuando las mujeres con mayor nivel educativo tenían mayor riesgo de inicio, a partir de 1992 estas desigualdades van dibujando el patrón contrario, especialmente evidente desde 2002. En este año, la probabilidad de que una mujer joven de menor nivel de estudios comenzara a fumar aumentó un 30% respecto a las de menor nivel educativo (RR_{07} 1,30 [IC95% 1,09 -1,55]). En 2007, se mantuvo esta misma tendencia, aunque las diferencias dejaron de ser estadísticamente significativas (RR_{07} 1,18 [IC95% 0,95-1,46]) (figura 4.38).

Figura 4.38. Riesgo relativo* e IC 95% de inicio del consumo de tabaco según el nivel de estudios. Población de 25 a 44 años por sexo. CAE, 1986-2007



*Referencia: nivel de estudios superior

Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986-2007

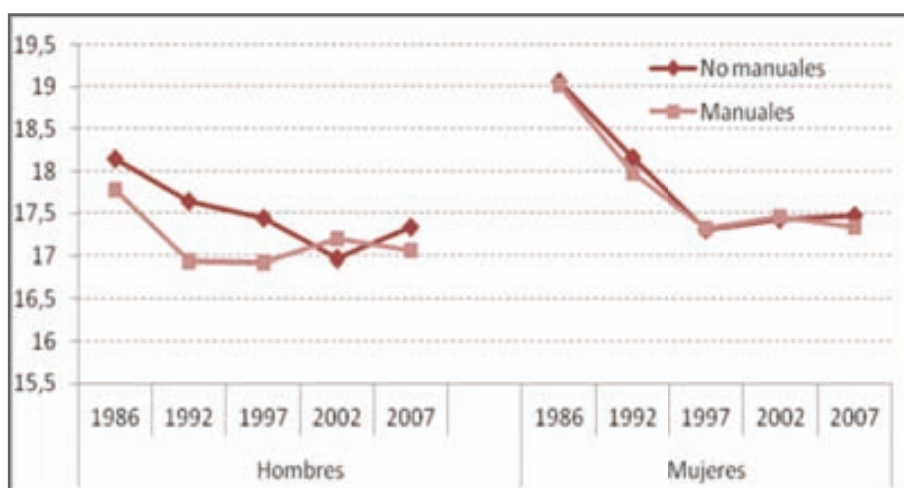
Edad media de inicio del consumo

En relación a la edad de inicio del consumo de tabaco por nivel socioeconómico en la población joven, la siguiente figura muestra que tanto los hombres y las mujeres de clases manuales como no manuales han reducido su edad de inicio del consumo desde 1986 a 2007, aunque el descenso ha sido especialmente subrayable en el caso de las mujeres hasta 1997. En éstas no se observan diferencias en la edad de inicio según su clase social a lo largo del periodo, con la excepción de un ligero aumento de la edad de inicio en 2007 de las mujeres de la clase más favorecida y, por el contrario, un ligero descenso en las de clase social menos favorecida. En los hombres, por su parte, con la excepción del año 2002, aquéllos de clase social más favorecida han comenzado a fumar a una edad más tardía que los de clase social manual durante todo el periodo (figura 4.39 y tabla 4.22).

Las diferencias en la edad de inicio y sus intervalos de confianza recogidas en la tabla

4.7 ¹⁵ (final de los resultados) refuerzan lo observado en la figura y tabla anteriores, en el sentido de que en las mujeres no se apreciaron diferencias significativas entre clases sociales mientras que en los hombres, aquéllos situados en la posición menos favorecida de la escala social comenzaron a fumar a una edad más temprana, a excepción de 2002, siendo significativa la diferencia entre grupos en 1992 (tabla 4.7).

Figura 4.39. Edad de inicio del consumo de tabaco ajustada por edad según la clase social. Población de 25 a 44 años por sexo. CAE, 1986-2007



Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986-2007

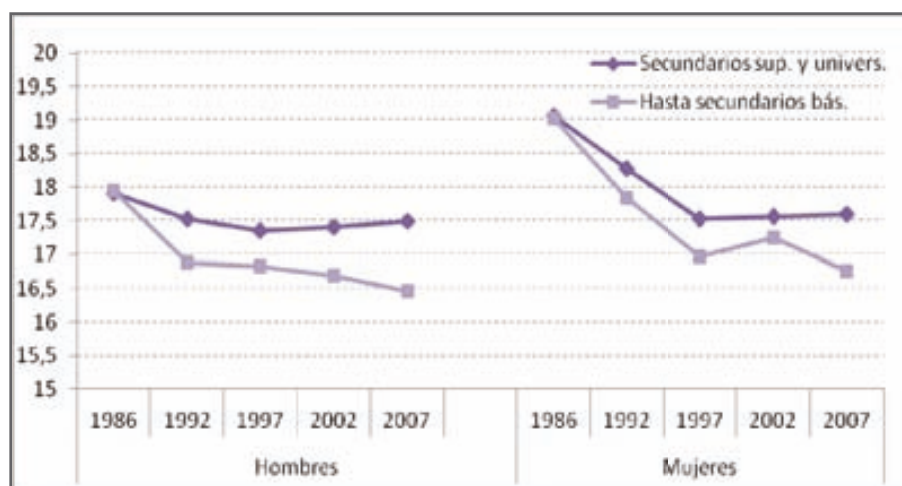
El patrón observado en la edad de inicio del consumo por nivel de estudios en la población joven difiere del observado por clase social. En este caso, y de forma consistente, las personas de estudios inferiores comenzaron a fumar de forma más temprana. En los hombres, las desigualdades han ido aumentando en el periodo ya que aquéllos de mayor nivel de estudios han invertido la tendencia a la baja a partir de 1997 mientras que los de estudios secundarios o inferiores han ido descendiendo ininterrumpidamente su edad de inicio del consumo. De esta forma, en 2007 se observan las desigualdades mayores (17,5 en los de estudios superiores y 16,5 en los de inferiores). En las mujeres, también, el descenso en la edad de inicio ha sido más pronunciado entre aquéllas con estudios inferiores, y en 2007 las desigualdades según el nivel educativo eran de casi un año (16,8 en las de estudios secundarios o inferiores y 17,6 en las de estudios superiores) (figura 4.40).

Las diferencias entre las medias de inicio en el consumo considerando el peso relativo de los dos niveles de estudios se muestran en la tabla 4.7, que muestra como efectivamente a partir de 2002 los hombres situados en la posición más baja de la

¹⁵ Tal y como se explica en el capítulo de la metodología, la diferencia entre las medias no se calculó directamente con las variables originales de nivel de estudios y clase social, sino que se utilizó una variable continua de resumen de la posición socioeconómica, como en el cálculo del IRD. Para ello, se calculó la posición relativa de cada individuo en la jerarquía socioeconómica a partir de su clase social ocupacional o nivel de estudios.

escala social comienzan a fumar significativamente antes que los mejor situados y que esta distancia aumenta en 2007 (-2,05 IC95% [-3,11 - -0,98]). En las mujeres, las diferencias entre las medias de la edad de inicio fueron significativas en 2007 (-1,54 IC95% [-3,04 - -0,05]).

Figura 4.40. Edad de inicio del consumo de tabaco ajustada por edad según el nivel de estudios. Población de 25 a 44 años por sexo. CAE, 1986-2007



Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986-2007

Tabla 4.7. Diferencias de medias entre grupos de mayor y menor nivel socioeconómico* en la edad de inicio del consumo. Población de 25 a 44 años por sexo. CAE, 1986-2007

	Hombres		Mujeres	
	Clase social	Nivel de estudios	Clase social	Nivel de estudios
1986	-0,83 (-2,90 ; 1,25)	0,29 (-1,79 ; 2,36)	-0,58 (-4,27 ; 3,11)	0,43 (-3,32 ; 4,18)
1992	-1,42 (-2,63 ; -0,22)	-1,21 (-2,36 ; -0,05)	-0,47 (-1,91 ; 0,96)	-0,70 (-2,10 ; 0,70)
1997	-1,03 (-2,40 ; 0,34)	-1,02 (-2,37 ; 0,33)	-0,11 (-1,24 ; 1,02)	-1,04 (-2,19 ; 0,11)
2002	0,50 (-0,46 ; 1,46)	-1,45 (-2,38 ; -0,52)	0,11 (-0,98 ; 1,20)	-0,61 (-1,71 ; 0,49)
2007	-0,57 (-1,63 ; 0,49)	-2,05 (-3,11 ; -0,98)	-0,26 (-1,54 ; 1,02)	-1,54 (-3,04 ; -0,05)

*Referencia: posición socioeconómica más favorecida

Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986-2007

4.2.2.3. Desigualdades sociales en la cesación del consumo de tabaco, los intentos de cesación y el papel del sistema sanitario

Tal y como se explica en el apartado de la metodología, el escaso número de individuos en las primeras ediciones de la ESCAV ha limitado el análisis de la cesación al periodo 1992-2007 en las mujeres. Por su parte, la no disponibilidad de la pregunta acerca de si las personas quisieran abandonar el consumo antes de 1997 limitó el análisis del

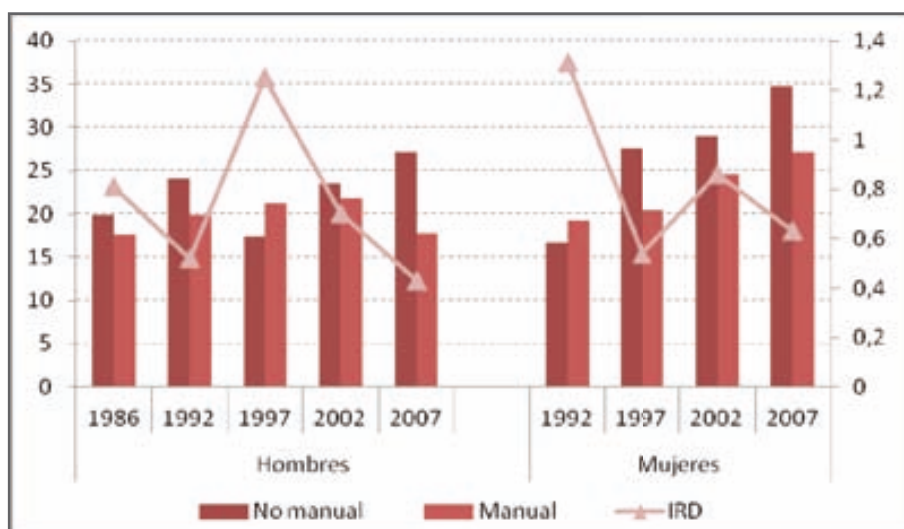
consumo empedernido o *hardcore* a partir de dicho año en ambos sexos.

Cesación del consumo de tabaco e intentos de cesación

Según la clase social, se observa un comportamiento irregular en la cesación del consumo a lo largo del periodo de estudio, si bien parece que mientras que el abandono aumenta –con ciertas fluctuaciones– entre los hombres de clase no manual (de un 19,9% en 1986 a un 27,2% en 2007), la evolución no ha registrado cambios evidentes entre los de clase manual, quienes mostraron una cesación de un 17,8% en 2007. A excepción de 1997, año en el que los hombres de clase social manual dejaron de fumar en mayor proporción, en el resto de los años se produjo la situación contraria, con una tendencia al aumento de las desigualdades entre 2002 y 2007 (figura 4.41). En este sentido, durante el último año de estudio, la probabilidad de que un hombre situado en la posición más desaventajada según la clase social dejara de fumar fue claramente inferior que aquél en la posición más aventajada (IRD 0,43 [IC95% 0,23-0,77]).

En las mujeres se puede apreciar que en ambas clases sociales el aumento en la cesación desde 1992 es ininterrumpido, si bien es más acusado entre las de clase social no manual, que pasaron de un 16,7% en 1992 a un 34,8% en 2007. Por el contrario, el cambio entre las mujeres de clase social manual fue de un 19,3% a un 27,2% a lo largo del periodo. En 1992, las mujeres de clases menos aventajadas dejaron de fumar con mayor frecuencia si bien, a partir de 1997 esta tendencia se invirtió y han sido las mujeres de clases sociales más elevadas las que han protagonizado las cesaciones más altas. La evolución de las desigualdades, tal y como se observa según el IRD (tabla 4.8) no ha seguido una tendencia clara y las desigualdades no han sido en ningún caso significativas (IRD₀₇ 0,63 [IC95% 0,39-1,01]).

Figura 4.41. Prevalencias estandarizadas de cesación del hábito tabáquico e Índice Relativo de Desigualdad (IRD)* según la clase social. Población de 25 a 44 años por sexo. CAE, 1986-2007



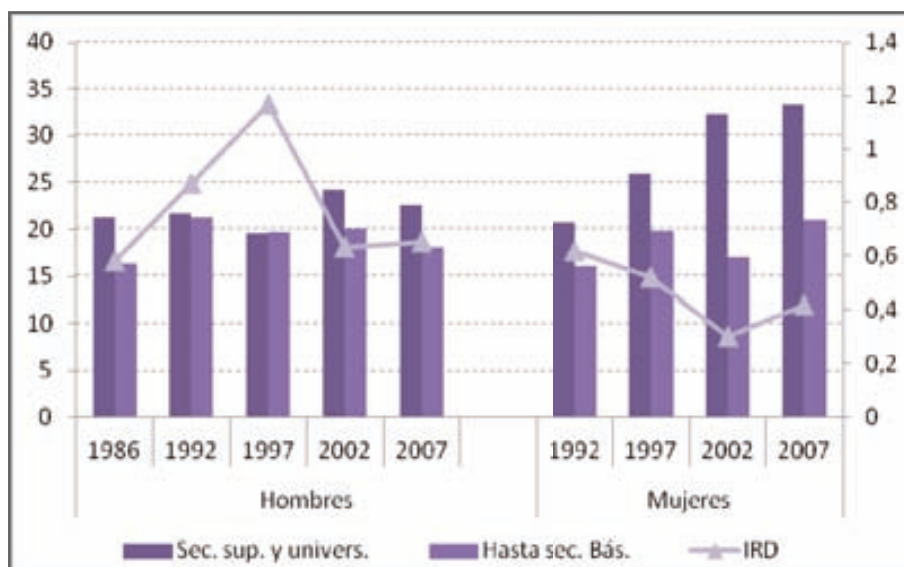
*Referencia: clase social no-manual.

Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986-2007

En relación a las desigualdades por nivel de estudios, en los hombres jóvenes no se aprecian cambios relevantes en la cesación. A lo largo de los años, con la excepción de 1997, los hombres con mayor nivel de estudios han dejado de fumar en mayor proporción que aquéllos con niveles de estudios inferiores y las desigualdades parecen mantenerse en los últimos años (IRD_{02} 0,63 [IC95% 0,37-1,10]; IRD_{07} 0,65 [IC95% 0,33-1,27]) (figura 4.42).

En las mujeres, por el contrario, se ha producido un evidente aumento de las desigualdades en la cesación a lo largo del periodo de estudio. Así, mientras que la proporción de abandono entre aquéllas de nivel de estudios inferior se situó en valores similares a los de los hombres del mismo nivel –con un ligero aumento de un 16,1% a un 21,0% entre 1992 y 2007–, es muy reseñable la mayor cesación y el aumento proporcionalmente mayor que registran las mujeres de niveles de estudios superiores a lo largo de los años, lo cual ha provocado un incremento de las desigualdades, que desde 2002 son estadísticamente significativas. En este sentido, en 2007 la probabilidad de que una mujer situada en la posición más desaventajada según el nivel de estudios dejara de fumar fue claramente inferior que aquélla en la posición más aventajada (IRD_{07} 0,42 [IC95% 0,22-0,78]).

Figura 4.42. Prevalencia de cesación del hábito tabáquico e Índice Relativo de Desigualdad (IRD)* según el nivel de estudios. Población de 25 a 44 años por sexo. CAE, 1986-2007



*Referencia: nivel de estudios secundario superior y universitario.

Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986-2007

Tabla 4.8. Índice Relativo de Desigualdad* de la cesación del hábito tabáquico calculado según la clase social y el nivel de estudios. Población de 25 a 44 años por sexo. CAE, 1986-2007

	Hombres		Mujeres	
	Clase social	Nivel de estudios	Clase social	Nivel de estudios
1986	0,81 (0,17-3,88)	0,58 (0,12-2,78)	-	-
1992	0,52 (0,26-1,07)	0,87 (0,42-1,77)	1,31 (0,51-3,34)	0,62 (0,25-1,55)
1997	1,25 (0,54-2,90)	1,17 (0,52-2,66)	0,54 (0,25-1,13)	0,52 (0,23-1,15)
2002	0,70 (0,41-1,19)	0,63 (0,37-1,10)	0,86 (0,52-1,43)	0,30 (0,16-0,54)
2007	0,43 (0,23-0,77)	0,65 (0,33-1,27)	0,63 (0,39-1,01)	0,42 (0,22-0,78)

*Referencia: posición socioeconómica más favorecida.

Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986-2007

En relación a los intentos de abandonar el consumo en el último año, no se observaron desigualdades entre grupos sociales tanto definidos por la clase social como por el nivel de estudios en ambos sexos. En la tabla 4.9 se recogen los índices relativos de desigualdad, que muestran cómo las probabilidades de intentarlo no siguen ninguna tendencia concreta y las diferencias, en ningún caso, son estadísticamente significativas.

Tabla 4.9. Índice Relativo de Desigualdad* sobre intento de dejar de fumar en el último año según la clase social y el nivel de estudios. Población de 25 a 44 años por sexo. CAE, 1986-2007

	Hombres		Mujeres	
	Clase social	Nivel de estudios	Clase social	Nivel de estudios
1986	0,72 (0,16-3,11)	0,77 (0,17-3,41)	1,66 (0,35-7,82)	0,66 (0,15-2,91)
1992	0,92 (0,41-2,09)	1,58 (0,72-3,49)	1,63 (0,73-3,66)	0,80 (0,37-1,72)
1997	1,19 (0,63-2,26)	1,11 (0,60-2,06)	0,62 (0,30-1,25)	1,04 (0,51-2,14)
2002	0,63 (0,36-1,08)	0,93 (0,53-1,61)	1,29 (0,73-2,26)	1,37 (0,80-2,37)
2007	1,46 (0,69-3,08)	1,61 (0,82-3,18)	0,56 (0,31-1,01)	1,99 (0,99-3,99)

*Referencia: posición socioeconómica más favorecida.

Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986-2007

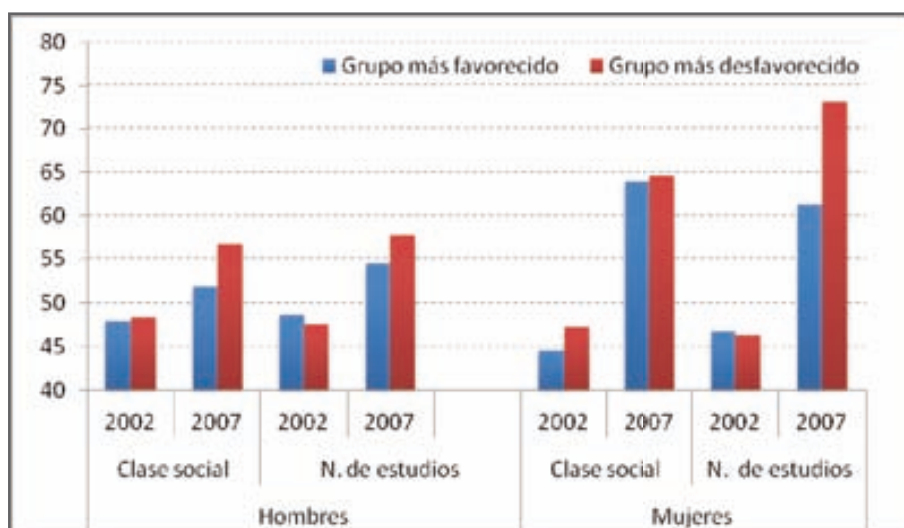
El papel del sistema sanitario

Para describir el papel del sistema sanitario en promover la cesación del consumo, se analizó la distribución socioeconómica del consejo antitabaco realizado en la consulta de atención primaria (AP) en los años 2002 y 2007. Por otra parte, a partir de la historia clínica informatizada de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud se pudo realizar

un análisis de las desigualdades sociales de la población fumadora en deshabituación tabáquica en el servicio sanitario público durante 2010-2011.

Comenzando con el consejo antitabaco, en la siguiente figura se puede observar el cambio producido de 2002 a 2007 en los hombres y las mujeres, según la clase social y nivel de estudios. En términos generales, se aprecia un aumento del consejo realizado en la consulta de AP en todos los grupos socioeconómicos, especialmente relevante en las mujeres. Mientras que en 2002 no se identificó un patrón claro, en 2007 los hombres y mujeres fumadores/as de los grupos más desfavorecidos recibieron consistentemente consejo antitabaco en mayor proporción, siendo las diferencias entre los grupos estadísticamente significativas en las mujeres según su nivel de estudios (IRD 1,39 [IC95% 1,01-1,52]) (figura 4.43).

Figura 4.43. Prevalencias estandarizadas de población fumadora que ha recibido consejo antitabaco en atención primaria, según el nivel de estudios y la clase social. Población de 25 a 44 años por sexo. CAE, 2002-2007



Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986-2007

Tabla 4.10. Índice Relativo de Desigualdad* de población fumadora que ha recibido consejo antitabaco en atención primaria según la clase social y el nivel de estudios. Población de 25 a 44 años por sexo. CAE, 1986-2007

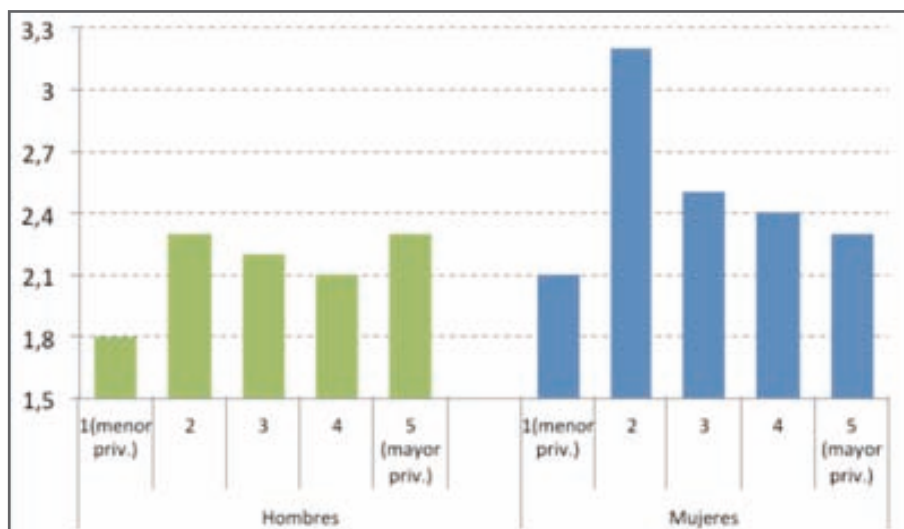
	Hombres		Mujeres	
	Clase social	Nivel de estudios	Clase social	Nivel de estudios
2002	1,06 (0,74- 1,52)	0,95 (0,68 - 1,34)	1,11 (0,74 - 1,67)	1,03 (0,69 - 1,53)
2007	1,26 (0,86- 1,83)	1,16 (0,82 - 1,64)	1,05 (0,77 - 1,44)	1,39 (1,01 - 1,92)

*Referencia: posición socioeconómica más favorecida.

Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986-2007

Por su parte, respecto a la deshabituación tabáquica realizada también en la atención primaria de Osakidetza, se aprecia que en los hombres se da un ligero aumento de la proporción de personas en deshabituación a medida que aumenta el nivel de privación de la sección censal de residencia, siendo ésta un 28% mayor entre los del quintil socioeconómico más desfavorecido respecto al más favorecido. En las mujeres, se aprecia, en términos generales, una mayor participación en los programas de deshabituación en comparación con los hombres en todos los quintiles de privación, a excepción del más desfavorecido, con una prevalencia igual a la de los hombres. Aquéllas del quintil de privación más favorecido muestran la menor participación en programas de deshabituación, mientras que en el resto parece observarse un gradiente por el cual a medida que aumenta la privación, disminuye la proporción de fumadoras en deshabituación tabáquica. En ningún caso las desigualdades entre los grupos fueron estadísticamente significativas según el IRD (hombres 1,08 [IC95% 0,67-1,76]; mujeres 0,89 [IC95% ,53-1,47]).

Figura 4.44. Prevalencias estandarizadas de población fumadora en deshabituación tabáquica en atención primaria, según el nivel de privación de la sección censal de residencia. Población de 25 a 44 años por sexo. CAE, 2010-2011



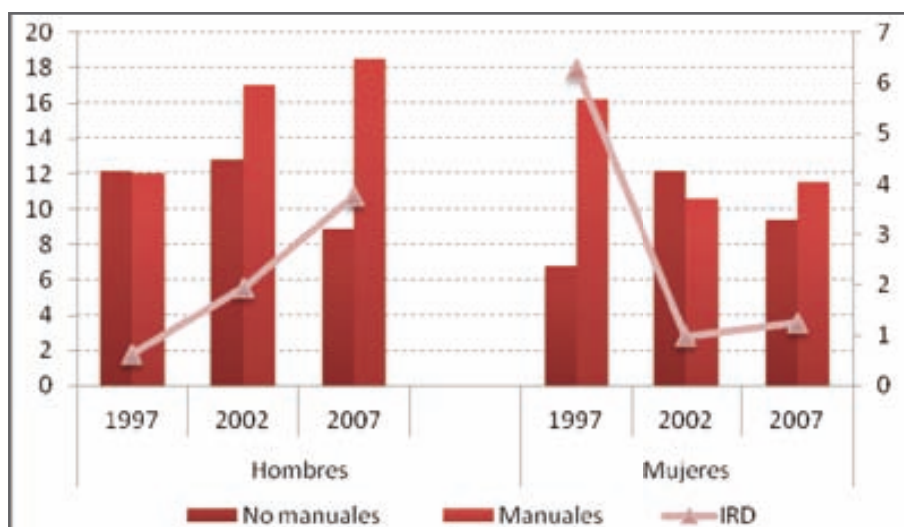
Fuente: elaboración propia a partir de Osabide-AP 2010-2011

Ausencia de intentos y voluntad de cesación: el consumo empedernido o hardcore

Al igual que analizar los intentos de cesación y el abandono efectivo del consumo de tabaco en una población reviste interés, la literatura cada vez está poniendo más énfasis en la importancia de los/as denominados/as **hardcore smokers** o fumadores/as empedernidos/as, definidos como aquellos/as fumadores/as habituales que no han realizado intentos para abandonar el hábito durante el año pasado, no les gustaría dejarlo y fuman diariamente más de quince cigarrillos.

Los datos sobre las desigualdades en la población fumadora empedernida joven muestran un claro patrón diferencial por sexo. En los hombres, se ha producido un aumento muy relevante de las desigualdades por clase social desde 1997, debido al incremento de este tipo de fumadores entre la clase social manual en paralelo al descenso destacable de 2002 a 2007 de aquéllos de clase social no manual. En 2007, un 18,5% de los fumadores de clase social más desfavorecida eran considerados empedernidos, frente a un 8,9% entre los de clase social más favorecida (IRD₀₇ 3,76 [IC95% 1,34-10,51]). En las mujeres, por el contrario, no se observó un patrón claro en la evolución a lo largo del periodo¹⁶ y, en cualquier caso, parecen no existir desigualdades significativas entre los grupos en los últimos años (IRD₀₇ 1,26 [IC95% 0,40-3,97]) salvo en 1997.

Figura 4.45. Prevalencias estandarizadas de población fumadora empedernida e Índice Relativo de Desigualdad (IRD)* según la clase social. Población de 25 a 44 años por sexo. CAE, 1997-2007



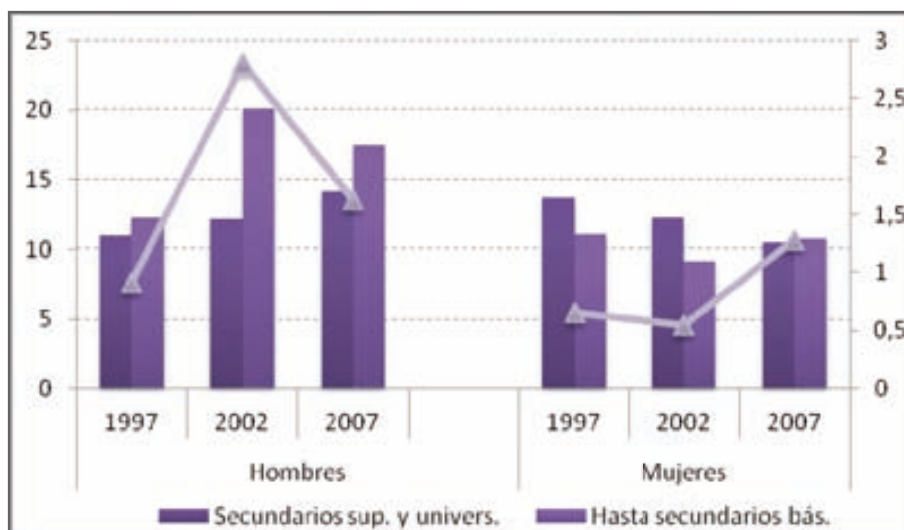
*Referencia: clase social no manual

Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1997-2007

En relación a las desigualdades por nivel de estudios, se observa un patrón similar respecto a la clase social en los hombres, ya que a partir de 1997 se produce un incremento de las desigualdades y, por tanto, una mayor concentración de este tipo de fumadores entre los de nivel de estudios inferior (figura 4.46). Las desigualdades que fueron evidentes en 2002 y 2007, resultaron estadísticamente significativas en 2002 (IRD 2,8 [IC95% 1,36-5,80]) (tabla 4.11). En el caso de las mujeres, mientras que en 1997 y 2002 la prevalencia de fumadoras empedernidas era mayor entre las de nivel de estudios superior, en 2007 se observó un cambio de patrón y fueron las de estudios inferiores las que mostraron una ligera aunque no significativa mayor proporción de este tipo de fumadoras (IRD 1,28 [IC95% 0,37 -4,40]).

¹⁶ El pequeño tamaño muestral para las mujeres en 1997 ha podido generar una estimación inestable.

Figura 4.46. Prevalencias estandarizadas de población fumadora empedernida e Índice Relativo de Desigualdad (IRD)* según el nivel de estudios. Población de 25 a 44 años por sexo. CAE, 1997-2007



*Referencia: nivel de estudios secundario superior y universitario.

Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1997-2007

Tabla 4.11. Índice Relativo de Desigualdad* de la población fumadora empedernida según la clase social y el nivel de estudios. Población de 25 a 44 años por sexo. CAE, 1997-2007

	Hombres		Mujeres	
	Clase social	Nivel de estudios	Clase social	Nivel de estudios
1997	0.63 (0.19 - 2.10)	0.92 (0.27 - 3.10)	6.27 (1.40-28.02)	0.65 (0.18 - 2.40)
2002	1.94 (0.85 - 4.40)	2.8 (1.36 - 5.80)	0.98 (0.36 - 2.70)	0.55 (0.20 - 1.50)
2007	3.76 (1.34-10.51)	1.63 (0.73 - 3.7)	1.26 (0.40 - 4.00)	1.28 (0.37 - 4.40)

*Referencia: posición socioeconómica más favorecida

Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1997-2007

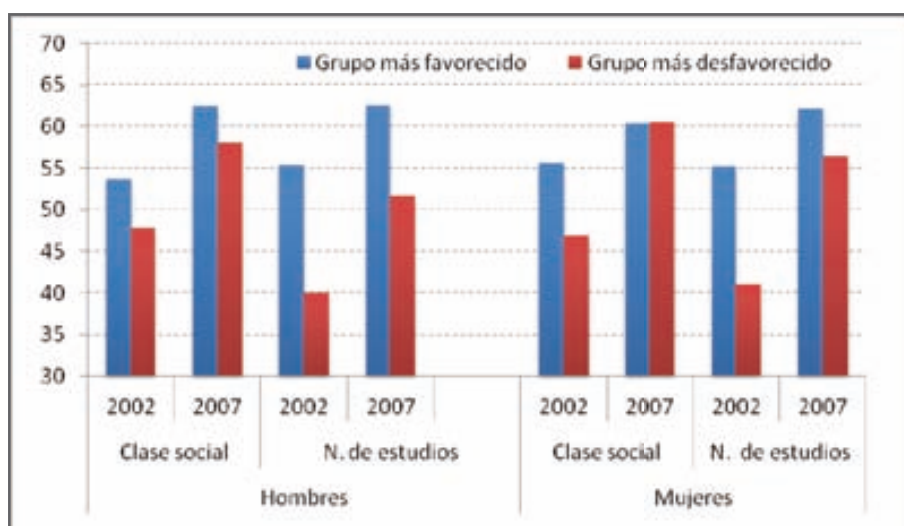
4.2.2.4. Desigualdades sociales en la exposición al humo ambiental del tabaco

Además del consumo activo, el análisis del tabaquismo en un contexto concreto requiere también considerar cuál ha sido la evolución de la exposición al humo ambiental del tabaco. A continuación se analizarán las desigualdades en las exposiciones ocurridas en tres ámbitos -hogar, trabajo y lugares cerrados como bares y restaurantes en la población de 25 a 44 años de la CAE.

Exposición en el hogar

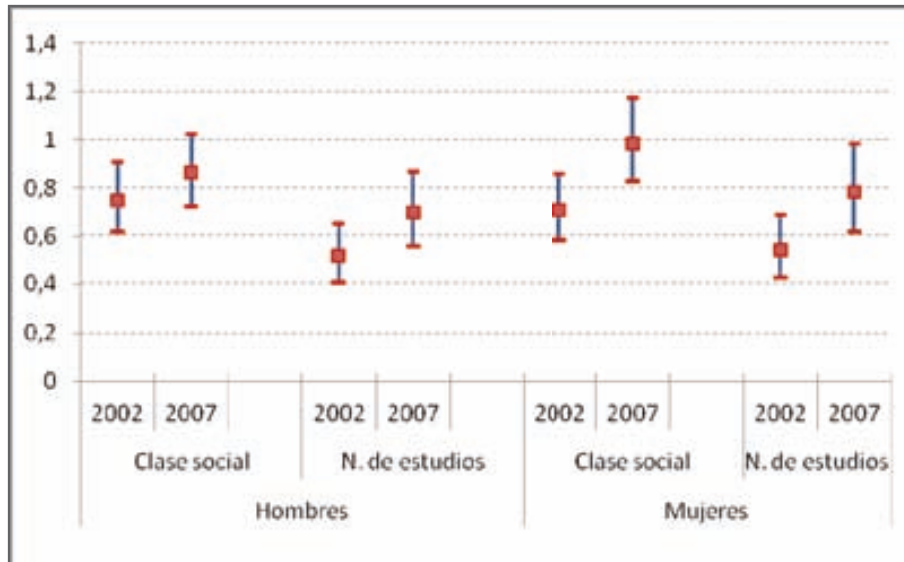
Comenzando con la HAT en el hogar, en la figura 4.47 se observa la ausencia de exposición al humo de tabaco en los hombres y mujeres de la CAE según su clase social y nivel de estudios y el cambio ocurrido de 2002 a 2007. En primer lugar, destaca el hecho de que con la excepción de las mujeres en 2007, las personas de clase social más favorecida y de nivel de estudios superior convivan en hogares libres de humo en mayor proporción que aquéllos/as de grupos desfavorecidos, siendo las desigualdades estadísticamente significativas tanto por nivel de estudios como por clase social en ambos sexos en 2002 (figura 4.48). La ausencia de exposición al humo en el hogar ha aumentado de 2002 a 2007 en todos los casos, aunque en mayor medida en los grupos socioeconómicos más desfavorecidos, con lo cual las desigualdades han disminuido en el periodo.

Figura 4.47. Prevalencias estandarizadas de ausencia de exposición al humo del tabaco en el hogar, según el nivel de estudios y la clase social. Población de 25 a 44 años por sexo. CAE, 2002-2007



Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 2002-2007

Figura 4.48. Índice relativo de Desigualdad* e IC 95% de la ausencia de exposición al humo ambiental del tabaco en el hogar, según el nivel de estudios y la clase social. Población de 25 a 44 años por sexo. CAE, 2002-2007

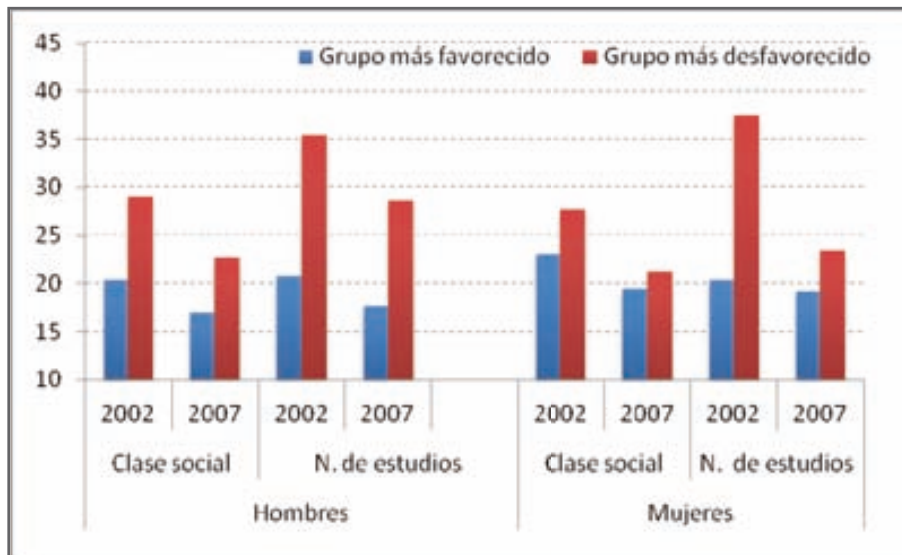


*Referencia: posición socioeconómica más favorecida.

Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 2002-2007

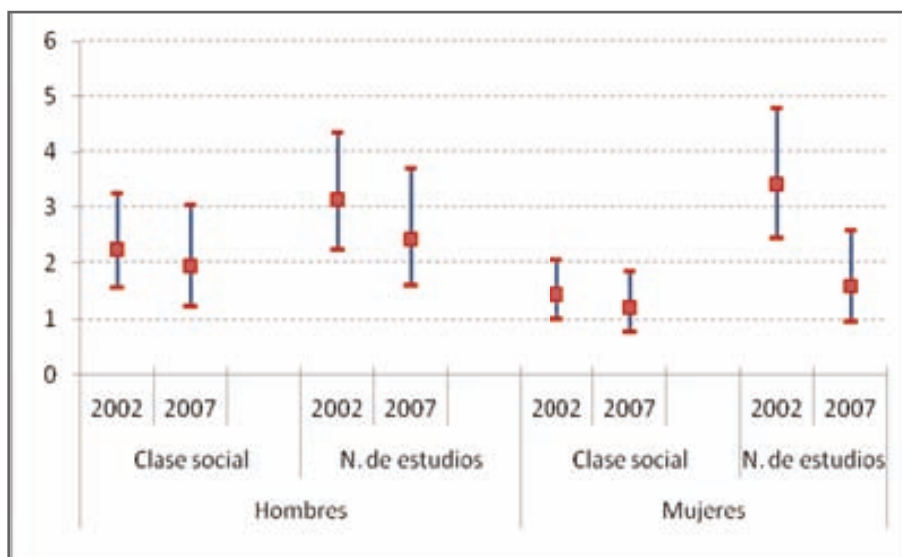
Si nos fijamos en la exposición diaria o muy frecuente al humo del tabaco en el hogar, se observan unas prevalencias superiores en los grupos más desfavorecidos tanto en hombres como en mujeres así como una reducción clara de la exposición de 2002 a 2007 que, sin embargo, especialmente relevante en las clases sociales manuales y niveles de estudio inferiores. De esta forma, en los hombres las desigualdades por clase social y nivel de estudios disminuyeron levemente aunque siguen siendo estadísticamente significativas en 2007 (IRD-clase 1,93 [IC95% 1,23 -3,03]; IRD-estudios 2,43 [IC95% 1,60-3,71]). En las mujeres la reducción especialmente intensa del tabaquismo pasivo entre los grupos más desfavorecidos, especialmente por nivel de estudios, ha producido la desaparición de la significación de las desigualdades sociales entre grupos en 2007 (IRD-clase 1,20 [IC95% 0,77-1,86]), si bien siguen siendo las mujeres de clase social manual y nivel de estudios inferior las que más frecuentemente se encuentran expuestas al humo del tabaco (figura 4.50).

Figura 4.49. Prevalencias estandarizadas de exposición diaria o muy frecuente al humo ambiental del tabaco en el hogar, según el nivel de estudios y la clase social. Población de 25 a 44 años por sexo. CAE, 2002-2007



Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 2002-2007

Figura 4.50. Índice relativo de Desigualdad* e IC 95% de exposición diaria o muy frecuente al humo ambiental del tabaco en el hogar, según el nivel de estudios y la clase social. Población de 25-44 por sexo. CAE, 2002-2007



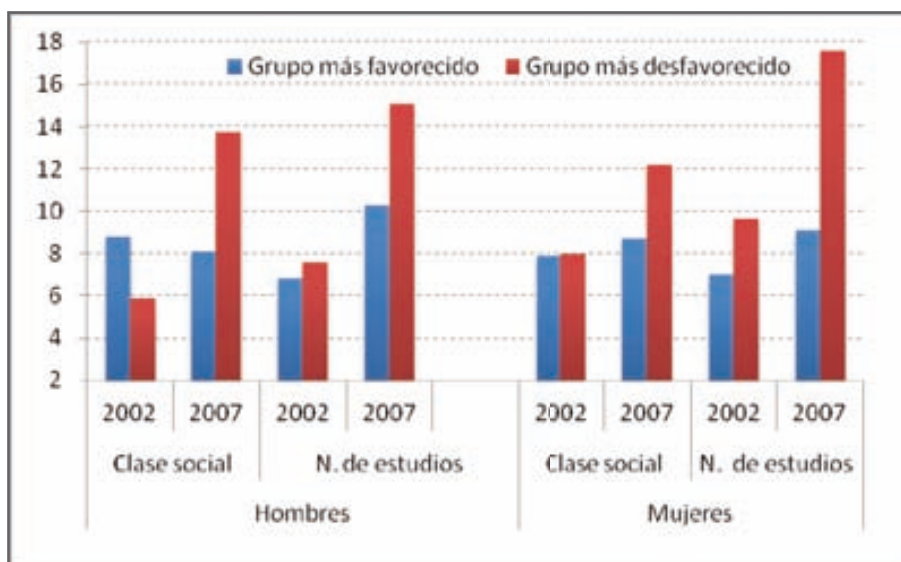
*Referencia: posición socioeconómica más favorecida.

Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 2002-2007

Exposición en los lugares cerrados

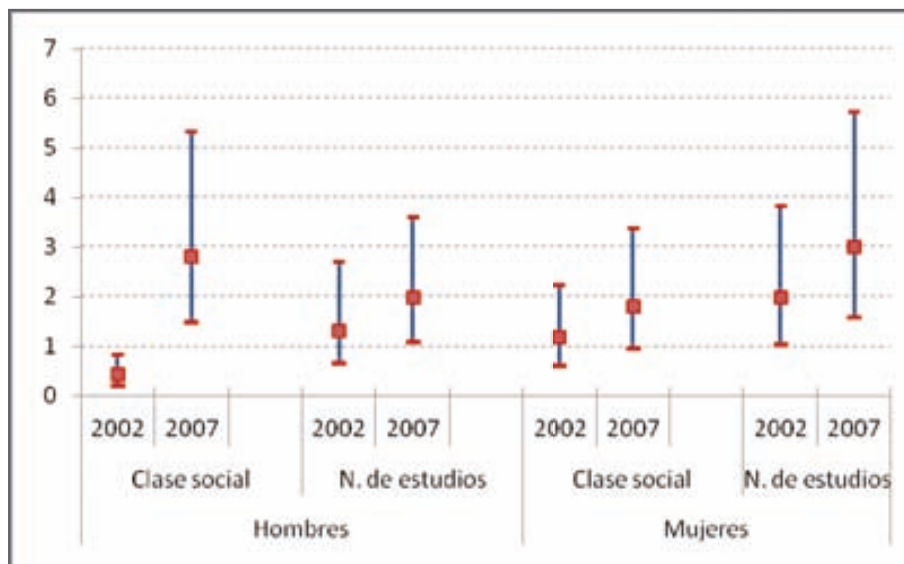
En relación a la exposición en los lugares cerrados como cafeterías y restaurantes en la población joven, en las siguientes figuras se observa que, al igual que en el hogar, los espacios cerrados libres de humo han aumentado de 2002 a 2007. Sin embargo, a diferencia de lo observado en la exposición pasiva al tabaquismo en el hogar, en los lugares cerrados el porcentaje de personas jóvenes no expuestas es superior en los grupos socioeconómicos más desfavorecidos, con la excepción de los hombres de clase social no manual en 2002 que mostraron una menor exposición al humo en estos lugares. En relación al cambio en las desigualdades de 2002 a 2007, en la figura 4.51 se puede observar que en todos los casos existe un aumento de las mismas, que se traduce en un mayor incremento de la no exposición entre los grupos más desfavorecidos. En el caso del nivel de estudios, las desigualdades en la exposición pasaron en 2007 a ser estadísticamente significativas en ambos sexos. Así, por ejemplo, la probabilidad de las mujeres de nivel de estudios inferiores de no estar expuestas al humo de tabaco en lugares cerrados se multiplicó por tres en relación a las de nivel de estudios superior en 2007 (IRD 3,00 [IC95% 1,57 -5,73]).

Figura 4.51. Prevalencias estandarizadas de ausencia de exposición al humo ambiental del tabaco en los lugares cerrados, según el nivel de estudios y la clase social. Población de 25 a 44 años por sexo. CAE, 2002-2007



Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 2002-2007

Figura 4.52. Índice relativo de Desigualdad* e IC 95% de la ausencia de exposición al humo ambiental del tabaco en los lugares cerrados, según el nivel de estudios y la clase social. Población de 25 a 44 años por sexo. CAE, 2002-2007

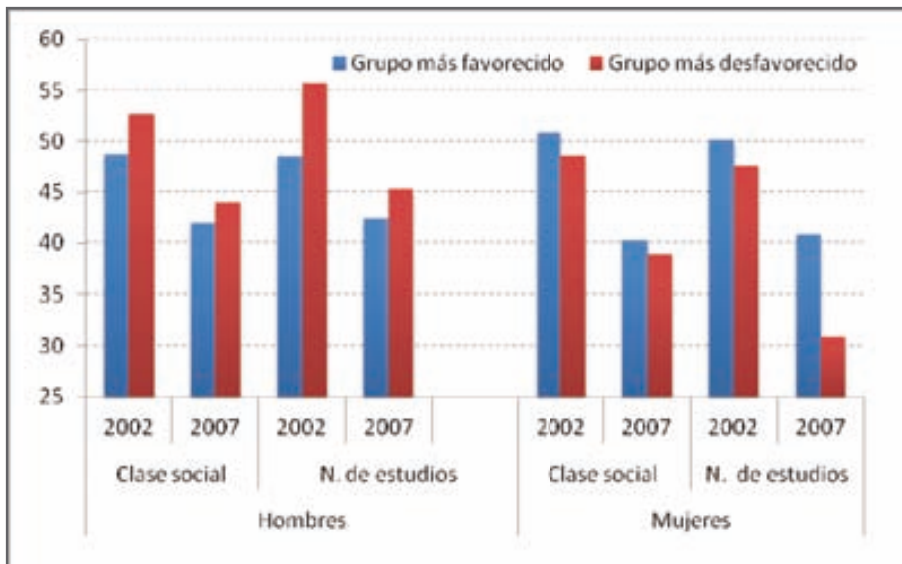


*Referencia: posición socioeconómica más favorecida.

Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 2002-2007

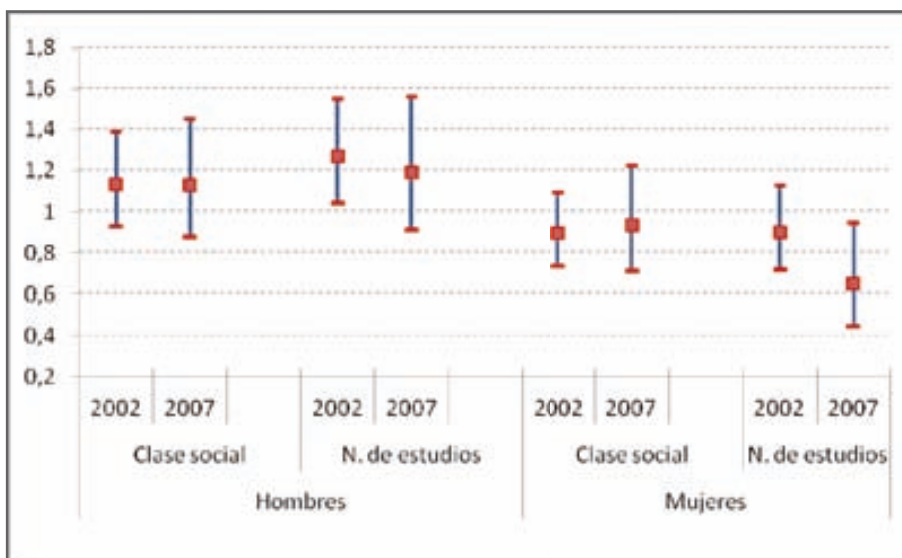
En el caso de la exposición diaria o muy frecuente al humo en los lugares cerrados como bares y restaurantes, el patrón observado es diferente al de la ausencia total de exposición. Además, se observan diferencias destacables entre hombres y mujeres. En los primeros, aquéllos de clase social manual y de nivel de estudios inferiores estuvieron más expuestos al humo diariamente o muy frecuentemente, mientras que en las mujeres fueron la de grupos más favorecidos las que estuvieron más expuestas. De 2002 a 2007, no se apreció una disminución clara de las desigualdades en el tabaquismo pasivo en la población joven. En las mujeres, por su parte, las desigualdades que favorecían a aquéllas de nivel de estudios inferiores aumentaron, de forma que en 2007 la probabilidad de una mujer de menor nivel educativo de estar expuesta al humo en los lugares cerrados se redujo significativamente respecto a las de nivel de estudios superior en 2007 (IRD 0,64 [IC95% 0,45 -0,94]).

Figura 4.53. Prevalencias estandarizadas de exposición diaria o muy frecuente al humo ambiental del tabaco en los lugares cerrados, según el nivel de estudios y la clase social. Población de 25 a 44 años por sexo. CAE, 2002-2007



Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 2002-2007

Figura 4.54. Índice relativo de Desigualdad* e IC 95% de la exposición diaria o muy frecuente al humo ambiental del tabaco en los lugares cerrados, según el nivel de estudios y la clase social. Población de 25 a 44 años por sexo. CAE, 2002-2007



*Referencia: posición socioeconómica más favorecida

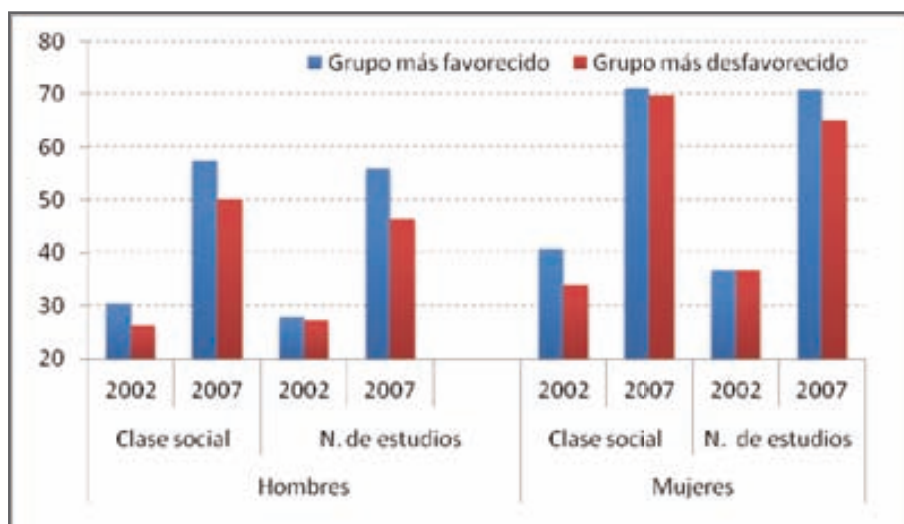
Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 2002-2007

Exposición en el lugar de trabajo en la población trabajadora de 25 a 64 años¹⁷

Tal y como se aprecia en las figuras 4.55 y 4.56, los lugares de trabajo libres de humo han crecido de forma muy relevante en el periodo 2002-2007, tanto en los hombres como en las mujeres trabajadoras. En 2007 los valores más elevados se hallaron en las mujeres, quienes no estuvieron expuestas al humo del tabaco en alrededor de un 70% de los casos.

En relación a las desigualdades observadas por nivel de estudios y clase social, se aprecia que los espacios libres de humo son, con la única excepción de las mujeres en 2002 según el nivel de estudios, más frecuentes entre las personas de los grupos sociales más aventajados, es decir, de clases sociales no manuales y de niveles de estudios superiores. En relación al cambio observado de 2002 a 2007, se puede afirmar que las desigualdades sociales han disminuido por clase social, especialmente entre las mujeres (IRD₀₇ 0,93 [IC95% 0,81-1,06]), mientras que por nivel de estudios se observó el comportamiento contrario: tanto en hombres como en mujeres, mientras que en 2002 no se apreciaban desigualdades destacables, en 2007 éstas se incrementaron notablemente y son los grupos socialmente menos aventajados los que presentan una probabilidad significativamente menor de trabajar en lugares sin humo (IRD de hombres en 2007 0,66 [IC95% 0,55-0,66]) (figura 4.56)

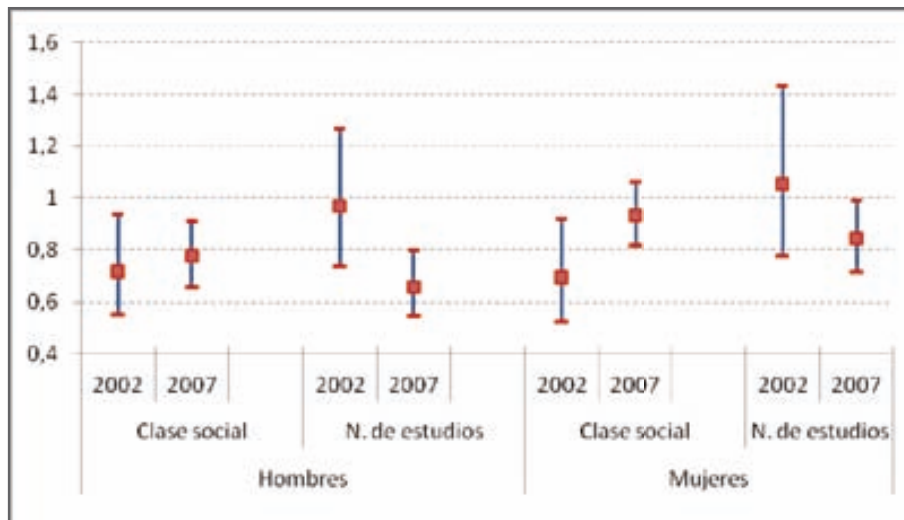
Figura 4.55. Prevalencias estandarizadas de ausencia de exposición al humo ambiental del tabaco en el lugar de trabajo, según el nivel de estudios y la clase social. Población trabajadora de 25 a 64 años por sexo. CAE, 2002-2007



Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 2002-2007

¹⁷ El análisis de la exposición al HAT en el lugar de trabajo se ha limitado a la población trabajadora de 25 a 64 años y se incluye solamente en el apartado del análisis de la población joven.

Figura 4.56. Índice relativo de Desigualdad* e IC 95% de la ausencia de exposición al humo ambiental del tabaco en el lugar de trabajo, según el nivel de estudios y la clase social. Población trabajadora de 25 a 64 años por sexo. CAE, 2002-2007

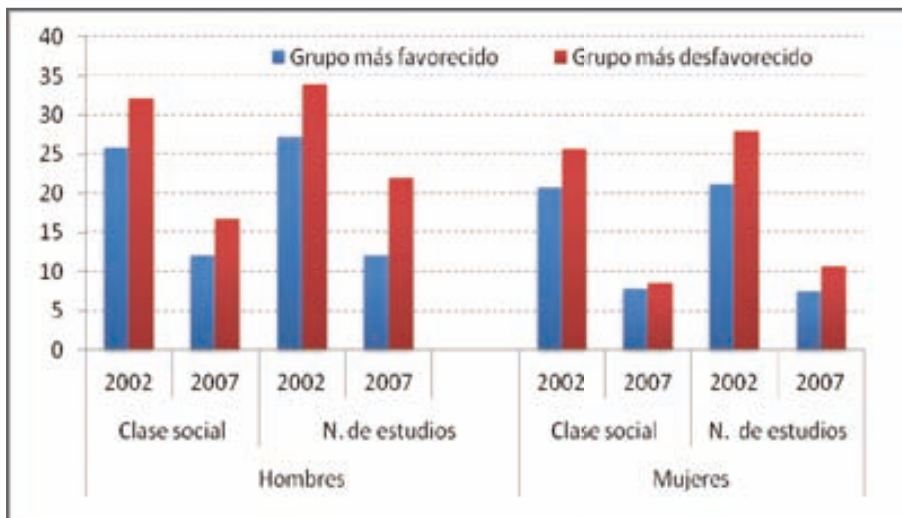


*Referencia: posición socioeconómica más favorecida.

Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 2002-2007

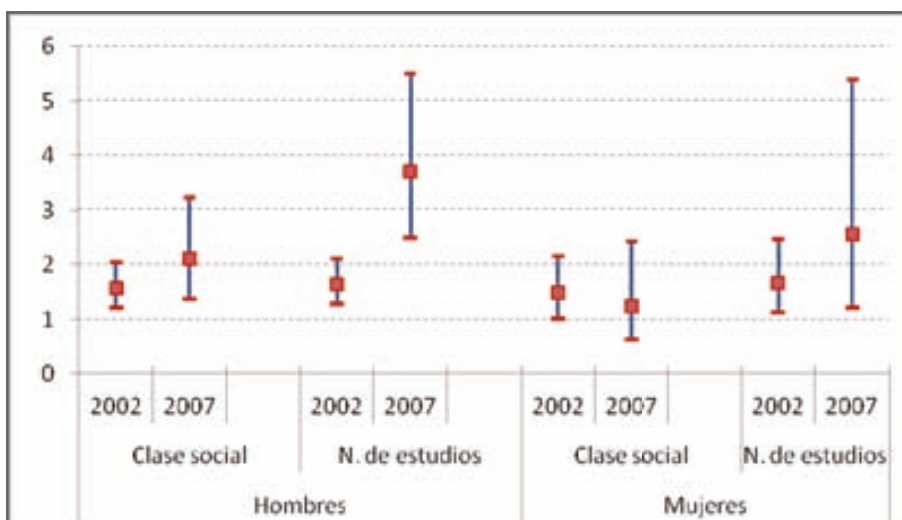
En el caso de la exposición diaria o muy frecuente al humo en el lugar de trabajo, el patrón es consistente con lo comentado en relación a la ausencia total de exposición, e incluso más claro, ya que en esta ocasión no se producen excepciones en el patrón de mayor exposición entre las personas socioeconómicamente menos favorecidas (figura 4.57). El aumento de las desigualdades en el periodo 2002-2007 es asimismo de mayor magnitud que el observado en la ausencia de exposición, ya que en todos los casos, con la excepción de las mujeres según la clase social, las desigualdades entre grupos sociales han aumentado de forma muy relevante. Especialmente subrayable es el cambio producido en los hombres según el nivel de estudios, que han visto cómo la probabilidad de estar expuestos frecuentemente en sus lugares de trabajo al humo entre aquéllos de niveles de estudios inferiores respecto a los de mayor nivel de estudios ha aumentado de 1,64 en 2002 (IRD 1,64 [IC95% [1,27-2,11]) a 3,7 en 2007 (IRD 3,71 [IC95% 2,50 -5,51]).

Figura 4.57. Prevalencias estandarizadas de exposición diaria o muy frecuente al humo ambiental del tabaco en el lugar de trabajo, según el nivel de estudios y la clase social. Población trabajadora de 25 a 64 años por sexo. CAE, 2002-2007



Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 2002-2007

Figura 4.58. Índice relativo de Desigualdad* e IC 95% de la exposición diaria o muy frecuente al humo ambiental del tabaco en el lugar de trabajo, según el nivel de estudios y la clase social. Población trabajadora de 25 a 64 años por sexo. CAE, 2002-2007



*Referencia: posición socioeconómica más favorecida.

Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 2002-2007

4.2.3. Desigualdades sociales en el tabaquismo en la población mayor de 44 años

4.2.3.1. Desigualdades sociales en el consumo de tabaco e intensidad del consumo

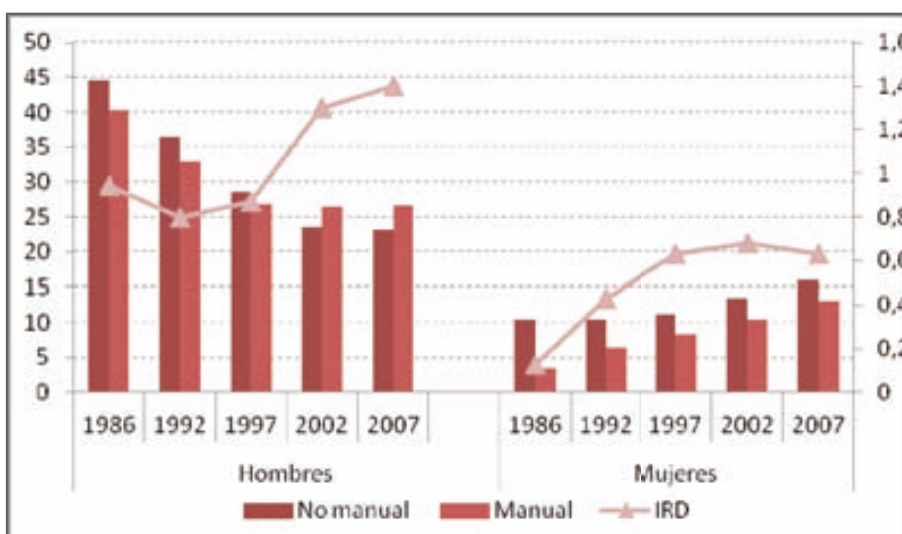
El consumo de tabaco ha descendido entre los hombres mayores de 45 años en

la CAE desde 1986 en ambas clases sociales, aunque el descenso ha sido más pronunciado en los de clase no manual, entre quienes el consumo se ha retraído 21,6 puntos porcentuales, frente a los 13,6 de las clases manuales. Se aprecia, además, un estancamiento en la reducción de tabaquismo en ambas clases, que comenzó con anterioridad, en 1997, para las clases más desfavorecidas y en 2002 para las más desfavorecidas. Hasta 1997, la frecuencia de consumo de tabaco era más elevada entre los hombres de clase social no manual (más favorecida) mientras que ya a partir de 2002 se apreciaba el patrón inverso por el que las clases manuales pasaron a fumar más que las no manuales, aumentando las desigualdades en 2007. En el último año, la probabilidad de consumir tabaco de los hombres menos favorecidos se multiplicó por 1,40 respecto a los más favorecidos (IRD 1,40 [IC95% 1,00-1,95]) (tabla 4.12).

Entre las mujeres de más de 45 años, se observó un aumento constante de la prevalencia del tabaquismo desde 1986 a 2007, que ha sido más pronunciado entre aquéllas de clase social manual (más desfavorecida), que han visto como su consumo se ha incrementado en 9,7 puntos porcentuales en los 21 años de estudio. A lo largo de todo el periodo, sin embargo, han sido las mujeres de clases más favorecidas las que han fumado en mayor medida, si bien las diferencias entre ambos grupos han ido progresivamente reduciéndose, pasando de un IRD de 0,13 [IC95% 0,03-0,67] en 1986 a 0,68 [IC95% 0,43-1,08] en 2002. En 2007 parece que de nuevo se ha incrementado la diferencia en el consumo entre ambas clases sociales (IRD 0,63 [IC95% 0,41-0,96]).

Al analizar la prevalencia en exceso de tabaquismo atribuible a las desigualdades por clase social en la población mayor de 45 años, la tabla 4.12 muestra que entre los hombres algo más de dos puntos porcentuales del consumo podrían no haberse producido si no hubieran existido desigualdades por clase social en el consumo a partir de 2002.

Figura 4.59. Prevalencias estandarizadas de fumadores/as habituales e Índice Relativo de Desigualdad (IRD)* según la clase social. Población mayor de 44 años por sexo. CAE, 1986-2007



*Referencia: clase social no-manual.

Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986-2007

Tabla 4.12. Índice Relativo de Desigualdad (IRD)* y prevalencia atribuible a las desigualdades (PAD) calculados según clase social. Población mayor de 44 años por sexo. CAE, 1986-2007

	Hombres		Mujeres	
	IRD	PAD	IRD	PAD
1986	0,94 (0,54-1,66)	-0,92	0,13 (0,03-0,67)	-4,17
1992	0,80 (0,54-1,20)	-2,56	0,43 (0,17-1,05)	-2,49
1997	0,87 (0,56-1,35)	-1,29	0,63 (0,29-1,38)	-1,40
2002	1,30 (0,95-1,78)	2,04	0,68 (0,43-1,08)	-1,27
2007	1,40 (1,00-1,95)	2,50	0,63 (0,41-0,96)	-1,82

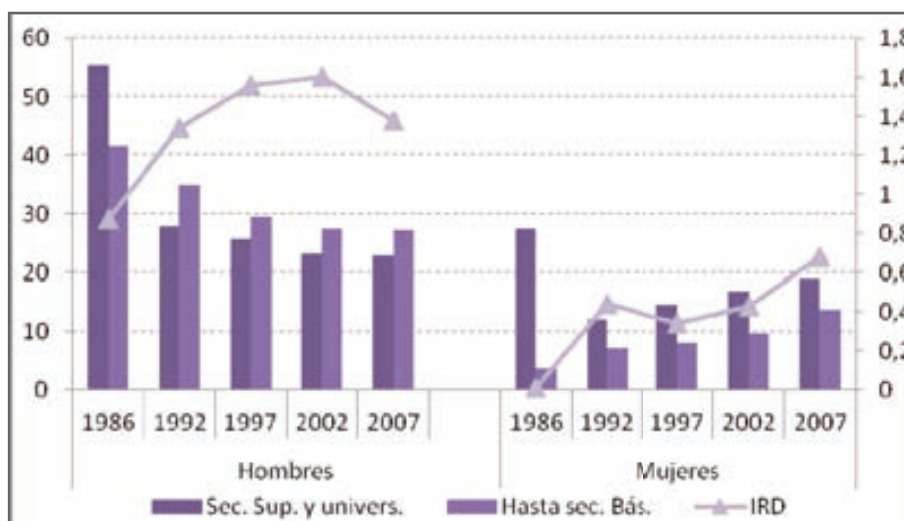
*Referencia: clase social no-manual.

Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986-2007

En relación a las desigualdades por nivel de estudios en los hombres y las mujeres mayores de 44 años, la figura 4.60 muestra que el consumo de tabaco ha descendido entre los hombres de ambos niveles educativos desde 1986, siendo el descenso superior entre aquéllos con estudios superiores. A excepción del año 1986, en el que los hombres de más estudios fumaban con más frecuencia, a partir de 1992 fueron aquéllos de estudios inferiores los que han mostrado prevalencias de tabaquismo más elevadas. Las desigualdades han seguido una tendencia ascendente hasta 2002, año en el que los de posición más desaventajada tuvieron una probabilidad un 60% superior (IRD 1,60 [IC95% 1,15-2,22]) de ser fumadores que los situados en la posición más aventajada, mientras que en 2007 la desigualdad en el consumo en ambos grupos parece haber disminuido (tabla 4.13).

Entre las mujeres de más de 44 años, tal y como ocurría con la clase social, se observó un aumento constante de la prevalencia de tabaquismo desde 1992, que ha sido ligeramente más pronunciado entre aquéllas de niveles de estudios inferiores quienes, sin embargo, mostraron un menos consumo (figura 4.60). Esta evolución diferencial entre ambos grupos está reduciendo las desigualdades, tal y como se aprecia en el IRD, que pasó de un valor de 0,44 [IC95% 0,12-1,53] en 1992 a 0,68 [IC95% 0,44-1,07] en 2007, año en el que las diferencias han dejado de ser estadísticamente significativas (tabla 4.13.).

Figura 4.60. Prevalencias estandarizadas de fumadores/as habituales e Índice Relativo de Desigualdad (IRD)* según el nivel de estudios. Población mayor de 44 años por sexo. CAE, 2002-2007



Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986-2007

Tabla 4.13. Índice Relativo de Desigualdad (IRD)* y prevalencia atribuible a las desigualdades (PAD) calculados según el nivel de estudios. Población mayor de 44 años por sexo. CAE, 1986-2007

	Hombres		Mujeres	
	IRD	PAD	IRD	PAD
1986	0,87 (0,41-1,83)	-2,90	0,01 (0,01-0,07)	-23,50
1992	1,34 (0,80-2,23)	3,76	0,44 (0,12-1,53)	-3,44
1997	1,56 (0,94-1,58)	4,20	0,34 (0,15-0,79)	-4,43
2002	1,60 (1,15-2,22)	3,61	0,43 (0,26-0,69)	-3,51
2007	1,38 (0,99-1,93)	2,25	0,68 (0,44-1,07)	-1,57

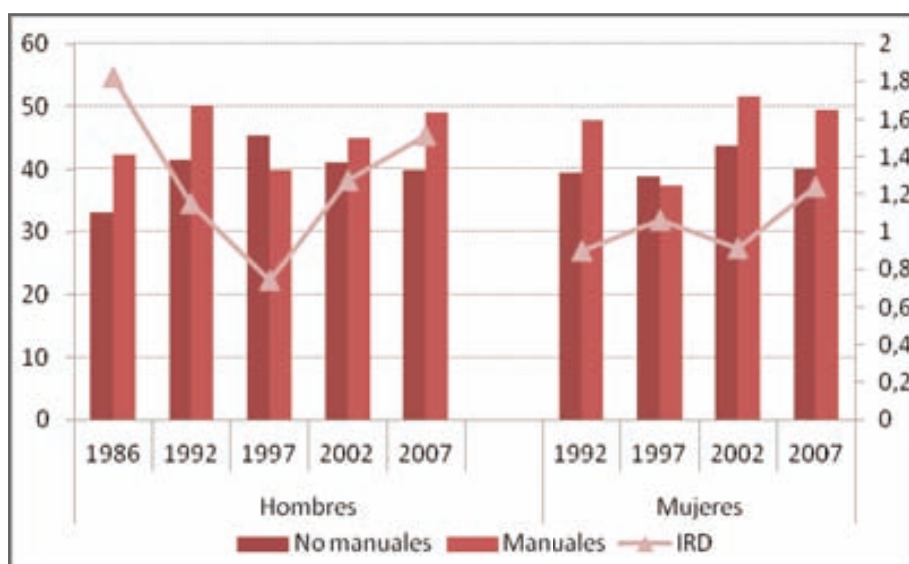
*Referencia: nivel de estudios secundario superior y universitario.

Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986-2007

Al observar no sólo la prevalencia del consumo sino su intensidad a partir del análisis de la cantidad de cigarrillos fumados, se ve que en los hombres, se produjo un aumento del número medio de cigarrillos de 1986 a 1992, si bien a partir de entonces se ha producido un descenso, que fue claramente superior entre los grupos sociales más aventajados. Así, en aquéllos de clase social no manual se produjo entre 1992 y 2007 una caída de 3,8 cigarrillos diarios y en los de estudios secundarios o universitarios, de 3,4. En los otros grupos, la bajada del número de cigarrillos fue mínima. En las mujeres, por su parte, se produjo, en términos generales, un aumento del número medio de cigarrillos, que fue superior entre aquéllas de clase social manual (1,5 de 1992 a 2007) y de nivel de estudios inferior (1,2 de 1997 a 2007) (tabla 4.21).

La prevalencia de grandes fumadores/as por nivel de estudios y clase social en la población mayor de 45 años sigue, en el caso de los hombres, un patrón similar al de la población joven. Así, con la excepción de 1997, la prevalencia de personas que fumaban más de 15 cigarrillos diarios fue superior entre aquéllos de clase social manual en todos los años (figura 4.61). Las desigualdades observadas únicamente fueron significativas en el año 2007, cuando la probabilidad de que un hombre en la posición más baja de la jerarquía social fuera un gran fumador fue un 52% superior respecto a los situados en la posición más elevada [IRD 1,52 IC95% 1,01 - 2,28]). En las mujeres mayores, se observó un patrón similar al masculino con una mayor prevalencia de grandes fumadoras entre aquéllas de clase social manual, con la excepción de 1997, y con unas desigualdades que han ido en aumento desde 2002, aunque sin llegar a ser estadísticamente significativas (tabla 4.14).

Figura 4.61. Prevalencias estandarizadas de grandes fumadores/as e Índice Relativo de Desigualdad (IRD)* según la clase social. Población mayor de 44 años por sexo. CAE, 1986-2007

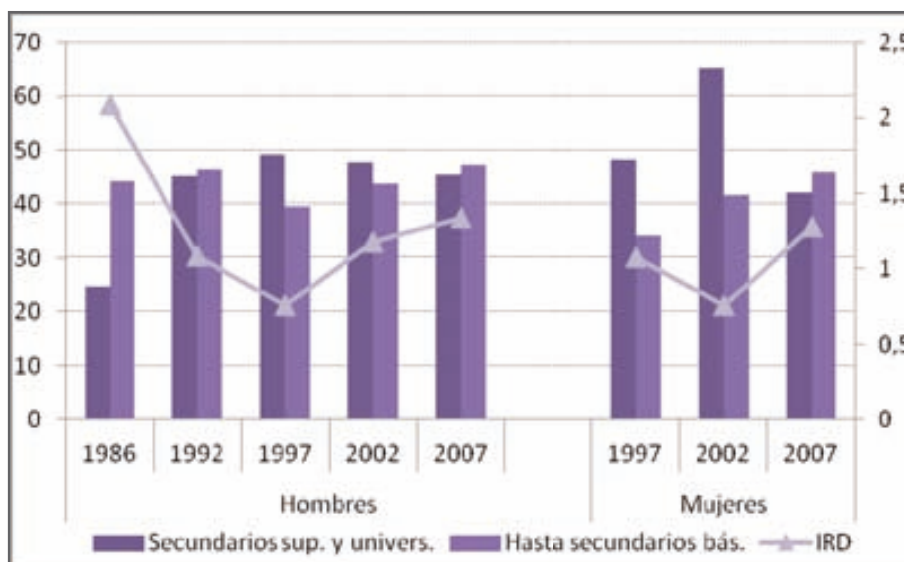


*Referencia: clase social no-manual.

Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986-2007

Según el nivel de estudios, atendiendo a los resultados del IRD, la probabilidad de ser gran fumador ha sido siempre superior entre los hombres que se sitúan en la posición más desaventajada de la jerarquía social respecto a los más favorecidos, a excepción de 1997. Sin embargo, en este caso las desigualdades observadas no serían en ningún caso estadísticamente significativas. En las mujeres, por su parte, en 2007 aquéllas de nivel de estudios inferior han pasado a ser con mayor frecuencia grandes fumadoras, si bien estas desigualdades tampoco son estadísticamente significativas (IRD 1,28 [IC95% 0,77-2,12]).

Figura 4.62. Prevalencias estandarizadas de grandes fumadores/as e Índice Relativo de Desigualdad (IRD)* según el nivel de estudios. Población mayor de 44 años por sexo. CAE, 1986-2007



*Referencia: nivel de estudios secundarios superiores y universitarios

Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986-2007

Tabla 4.14. Índice Relativo de Desigualdad* de gran consumo de tabaco según la clase social y el nivel de estudios. Población mayor de 44 años por sexo. CAE, 1986-2007

	Hombres		Mujeres	
	Clase social	Nivel de estudios	Clase social	Nivel de estudios
1986	1,82 (0,67 - 4,97)	2,08 (0,44 - 9,74)	-	-
1992	1,15 (0,71 - 1,87)	1,09 (0,61 - 1,93)	0,90 (0,34 - 2,39)	-
1997	0,74 (0,43 - 1,29)	0,76 (0,42 - 1,35)	1,06 (0,43 - 2,63)	1,08 (0,4 - 2,86)
2002	1,27 (0,86 - 1,87)	1,18 (0,8 - 1,74)	0,91 (0,53 - 1,56)	0,75 (0,43 - 1,31)
2007	1,52 (1,01 - 2,28)	1,34 (0,91 - 1,97)	1,24 (0,75 - 2,06)	1,28 (0,77 - 2,12)

*Referencia: posición socioeconómica más favorecida.

Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986-2007

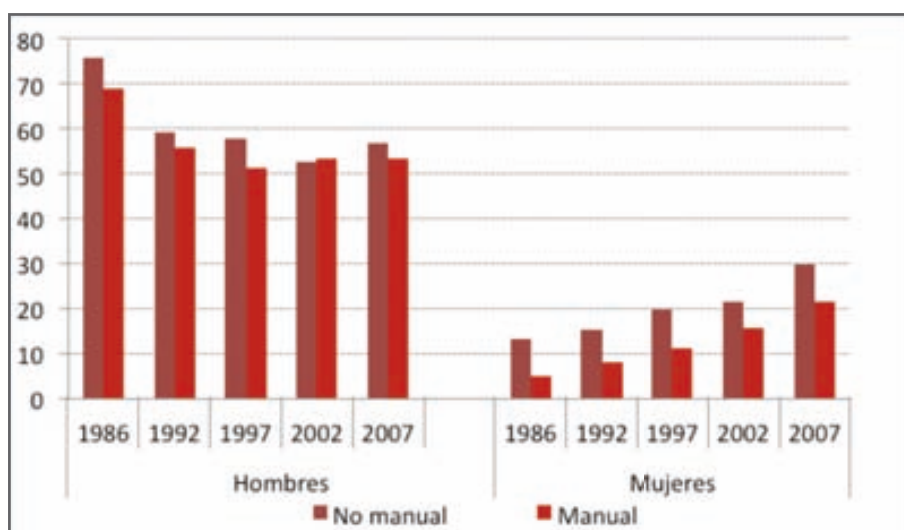
4.2.3.2. Desigualdades sociales en el inicio del consumo de tabaco

En el siguiente apartado, se analizarán, en primer lugar, las desigualdades en la prevalencia del inicio del consumo de tabaco en algún momento su vida, así como la probabilidad de comenzar a fumar y, por último, la edad media de inicio del consumo en la población mayor, según las dos variables socioeconómicas consideradas, clase social y nivel de estudios.

Inicio del consumo de tabaco a lo largo de la vida

El inicio del consumo descendió en la primera parte del periodo y se estabilizó durante los últimos años en el caso de los hombres mayores de 44 años, mientras que ha ido aumentando de forma relevante en las mujeres. En los primeros, las desigualdades observadas entre las clases sociales son poco relevantes, aunque en todos los casos, con la excepción de 2002, el inicio ha sido superior entre aquéllos de clase social más favorecida (figura 4.63). La diferencia entre ambos grupos en 2007 fue de 3,4 puntos porcentuales (56,9% frente a 53,5%). En las mujeres se observó de forma consistente un mayor inicio del consumo a lo largo de la vida entre las de mayor clase social, con diferencias que de forma absoluta tienden a mantenerse y de forma relativa a descender. En 2007, el 29,9% de las mujeres de clase social más elevada se habían iniciado en el consumo de tabaco, mientras que este porcentaje descendió a un 21,6% en las de clase social más baja.

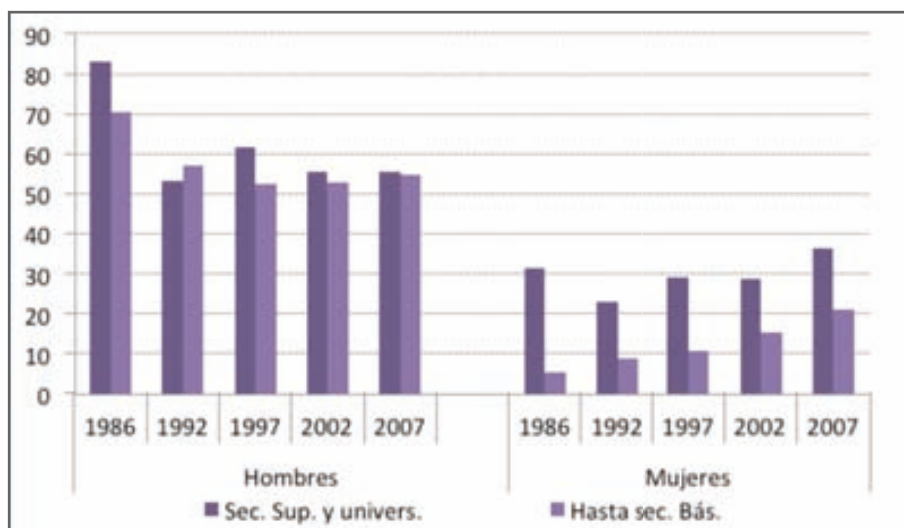
Figura 4.63. Prevalencias estandarizadas de inicio del consumo a lo largo de la vida según la clase social. Población mayor de 44 años por sexo. CAE, 1986-2007



Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986-2007

El mismo ejercicio por nivel de estudios, nos muestra un patrón similar respecto a lo que se observaba por clase social. En los primeros, de nuevo, se ve un mayor inicio del consumo entre aquéllos de nivel de estudios superior, a excepción en este caso del año 1992, si bien desde 1997 las diferencias entre los grupos han sido poco relevantes y tendentes a decrecer. En las mujeres, las diferencias entre las de mayor y menor nivel de estudios son de mayor relevancia que las que se observaban según la clase social, de forma que en 2007 mientras que 36,3% de mujeres de nivel de estudios superior había sido o eran fumadoras habituales, esa prevalencia se reducía al 20,9% en el caso de las mujeres con menor nivel educativo (figura 4.66).

Figura 4.64. Prevalencias estandarizadas de inicio del consumo a lo largo de la vida según el nivel de estudios. Población mayor de 44 años por sexo. CAE, 1986-2007



Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986-2007

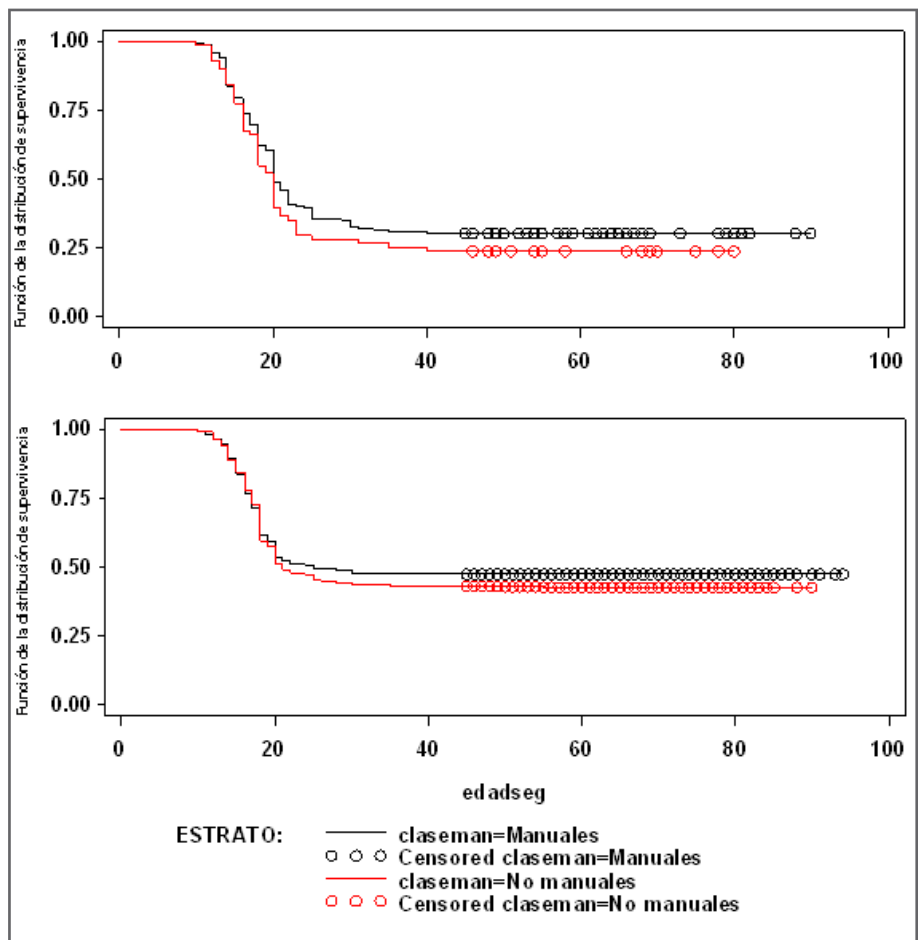
Probabilidad de inicio del consumo

Muy en relación con las prevalencias de inicio del consumo a lo largo de la vida, las siguientes figuras muestran, en primer lugar, las curvas de supervivencia representando las probabilidades de inicio del consumo según la clase social y el nivel de estudios en hombres y mujeres mayores de 44 años en 1986 y 2007¹⁸ y, en segundo lugar, los riesgos relativos de inicio del consumo según esas mismas variables socioeconómicas.

Comenzando por las desigualdades observadas según la clase social, la figura 4.65 muestra cómo el cambio producido de 1986 a 2007 en los hombres mayores de 44 años no ha sido muy evidente y en ninguno de los años se observan diferencias significativas entre las curvas de aquéllos de clase manual y no manual (tabla 4.15).

¹⁸ Sólo se mostrarán a continuación las curvas referidas a 1986 y 2007. El resto pueden consultarse al final de la sección de resultados.

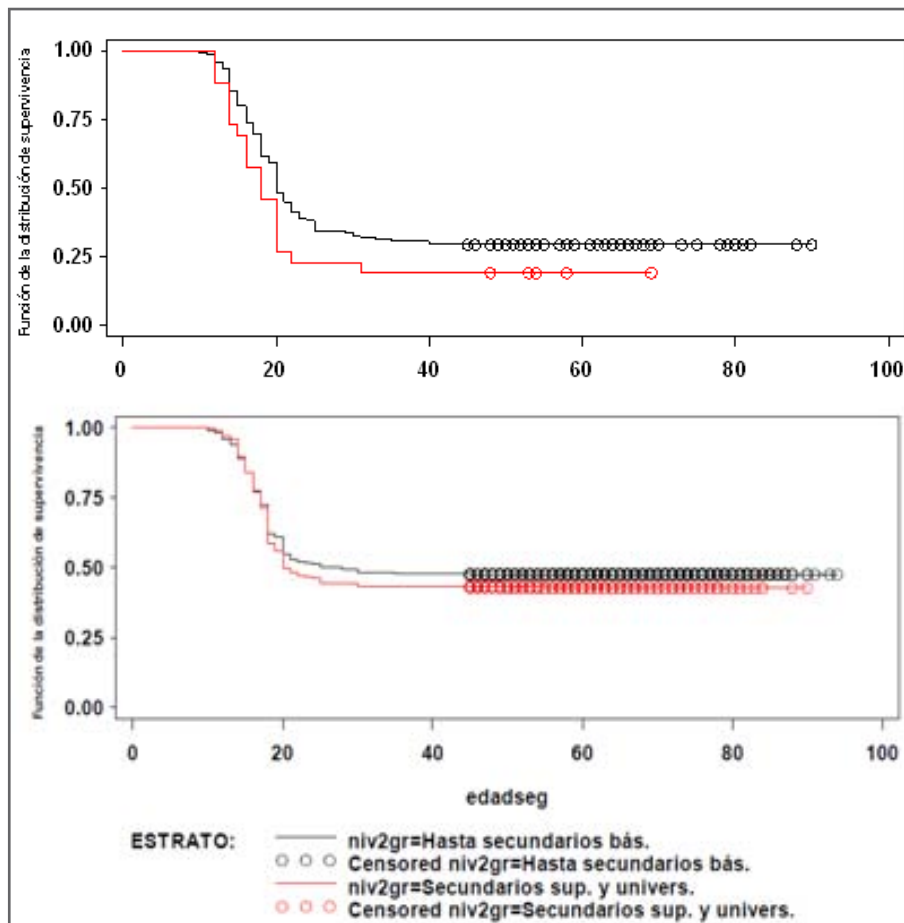
Figura 4.65. Curvas del inicio del consumo de tabaco en hombres según la clase social. Población mayor de 44 años. CAE, 1986 (arriba) y 2007 (abajo)



Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986 y 2007

Por nivel de estudios, las diferencias entre las curvas que representan las probabilidades de inicio de los hombres han sido ligeramente más evidentes, aunque en términos generales tampoco han sido estadísticamente significativas, de forma que no se puede hablar de desigualdades en el inicio entre los grupos sociales (figura 4.66).

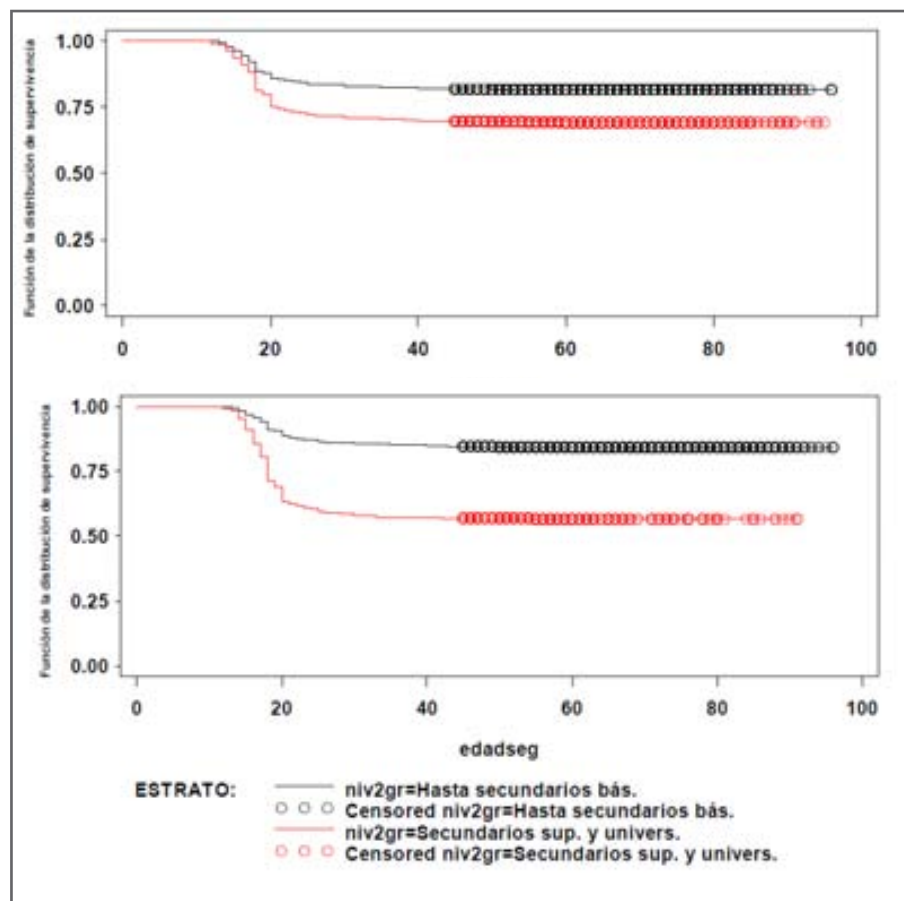
Figura 4.66. Curvas del inicio del consumo de tabaco en hombres según el nivel de estudios. Población mayor de 44 años. CAE, 1986 (arriba) y 2007 (abajo)



Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986 y 2007

El patrón observado en las mujeres mayores de 44 años es muy distinto ya que, para empezar, sus curvas muestran una pendiente muy inferior, debido a un menor inicio del consumo. Además, a diferencia de los hombres, se observa un patrón consistente a lo largo de los años de mayor probabilidad de adopción del hábito tabáquico entre las mujeres de clases no manuales y de niveles de estudios superiores (figura 4.67), con diferencias entre las curvas estadísticamente significativas cada año (tabla 4.15), especialmente evidentes según el nivel de estudios.

Figura 4.67. Curvas del inicio del consumo de tabaco en mujeres según la clase social (arriba) y el nivel de estudios (abajo). Población mayor de 44 años. CAE, 2007



Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 2007

Tabla 4.15. Valor p del test Log-Rank* de comparación de curvas de inicio del consumo según la clase social y el nivel de estudios. Población mayor de 44 años. CAE, 1986-2007

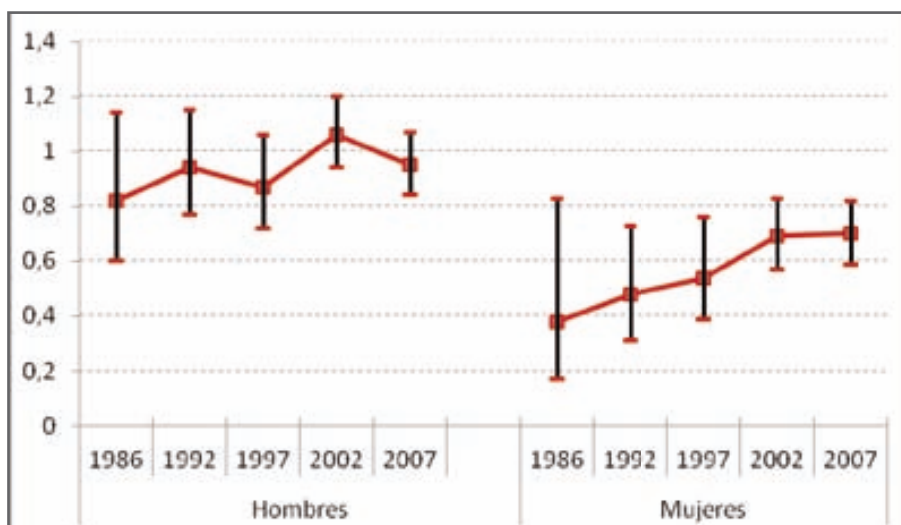
	Clase social		Nivel de estudios	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
1986	0,2270	0,0079	0,0958	<0,0001
1992	0,5318	<0,0001	0,5198	<0,0001
1997	0,0945	<0,0001	0,0489	<0,0001
2002	0,5442	<0,0001	0,2531	<0,0001
2007	0,1080	<0,0001	0,0575	<0,0001

*Para un NC del 95%

Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986-2007

En relación a los riesgos relativos de comenzar a fumar en hombres y mujeres en función de su clase social y nivel de estudios a lo largo del periodo, se observa claramente cómo el patrón difiere por sexo. Comenzando con las desigualdades por clase social en los hombres, la figura 4.68 refleja que no han existido desigualdades significativas entre grupos a lo largo de los años, si bien parece haber existido una tendencia a que los hombres mayores de clase no manual hayan tenido mayor probabilidad de comenzar a fumar, a excepción de 2002 (RR 1,06 [IC95% 0,94-1,2]). Las desigualdades a lo largo de los años no se han modificado sustancialmente. En las mujeres, por su parte, se observa un claro patrón según el cual aquellas de clase social más favorecida han mostrado un mayor riesgo de adoptar el hábito tabáquico, siendo estas desigualdades estadísticamente significativas en todos los años analizados. Conviene también subrayar que se identifica una disminución de tales desigualdades, de forma que el riesgo de comenzar a fumar por parte de las mujeres de la clase no manual era en 1986 un 62% superior, mientras que en 2007 la probabilidad era menor (RR 0,7 [IC95% 0,59-0,82]). Este patrón que se observa en las mujeres es consistente con lo descrito sobre el mayor consumo de tabaco entre las mujeres de clase social más aventajada a lo largo del periodo.

Figura 4.68. Riesgo relativo* e IC 95% de inicio del consumo de tabaco según la clase social. Población mayor de 44 años por sexo. CAE, 1986-2007



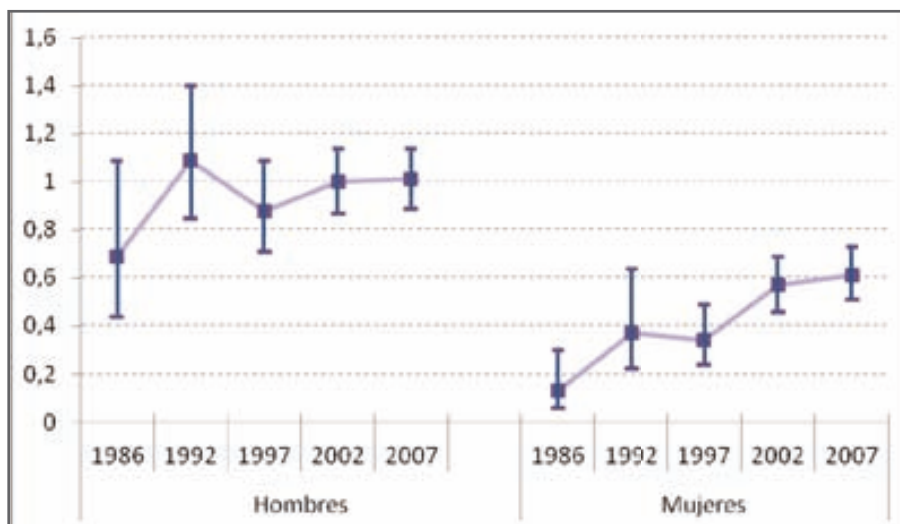
*Referencia: clase social no-manual.

Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986-2007

Los riesgos relativos del inicio del consumo en el algún momento de la vida según el nivel de estudios, muestran que el patrón es similar a lo observado por clase social. Así, mientras que en los hombres no se observan desigualdades en la probabilidad de inicio del consumo (RR₀₇ 1,01 [IC95% [0,89-1,14]], en las mujeres se observan desigualdades consistentes y significativas, en el sentido de que aquellas con mayor nivel de estudios han tenido mayor probabilidad de comenzar a fumar. Estas

desigualdades, sin embargo, tendieron a decrecer a lo largo de los años, de forma que en 2002 y 2007 el riesgo de que una mujer con estudios secundarios superiores o universitarios se iniciara en el consumo era alrededor de un 40% superior al de aquéllas con estudios secundarios básicos o inferiores (RR_{07} 0,61 [IC95% 0,51-0,73]).

Figura 4.69. Riesgo relativo* e IC 95% de inicio del consumo de tabaco según el nivel de estudios. Población mayor de 44 años por sexo. CAE, 1986-2007



*Referencia: nivel de estudios superior.

Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986-2007

Edad media de inicio del consumo

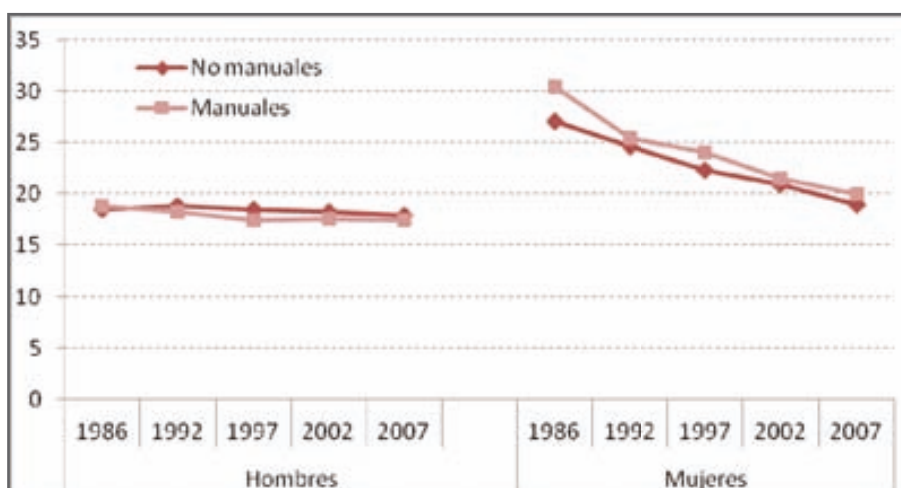
En las siguientes figuras 4.70 y 4.71 y en la tabla 4.23 se observa cuál ha sido la evolución de la edad de inicio en el consumo de tabaco para la población mayor según el nivel de estudios y la clase social ocupacional. Lo más destacable es señalar que, según la clase social no se observan cambios subrayables en la edad de inicio de los hombres a lo largo del periodo ni diferencias entre aquéllos de clase social manual o no manual. En el caso de las mujeres, sin embargo, es apreciable un descenso continuado de la edad a la que iniciaron el consumo de tabaco, siendo ésta a lo largo de los años ligeramente superior entre las más desfavorecidas. Como consecuencia de esta evolución diferencial por sexos, al finalizar del periodo, las desigualdades en la edad de inicio entre hombres y mujeres se han reducido muy sustancialmente (figura 4.70).

Atendiendo a las diferencias en la edad de inicio calculadas de forma resumida según la clase social¹⁹, parece sin embargo que sí se produce un inicio más temprano por

¹⁹ Tal y como se explica en el capítulo de la metodología, la diferencia entre las medias no se calculó directamente con las variables originales de nivel de estudios y clase social, sino que se utilizó una variable continua de resumen

parte de los hombres más desfavorecidos, con diferencias entre grupos que fueron significativas en los años 1997, 2002 y 2007. En las mujeres, no se observan diferencias significativas a lo largo del periodo (tabla 4.16).

Figura 4.70. Edad de inicio del consumo de tabaco ajustada por edad según la clase social. Población mayor de 44 años por sexo. CAE, 1986-2007



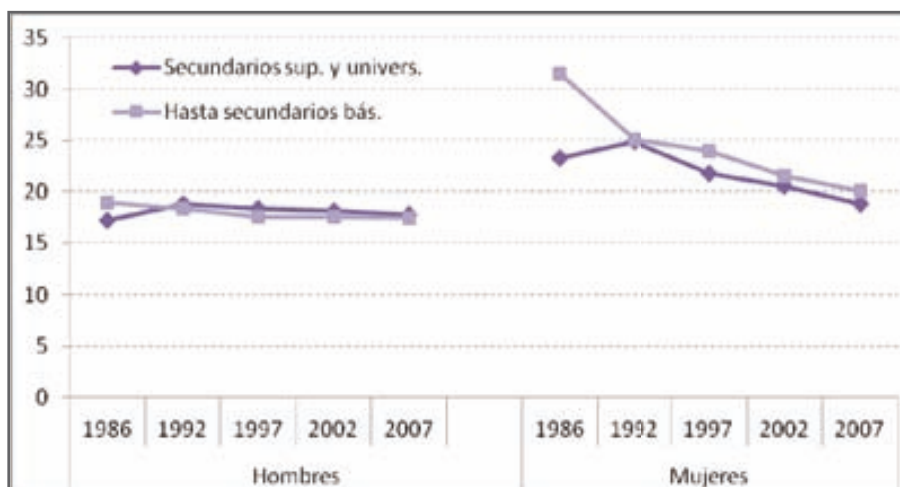
Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986-2007

En relación al nivel de estudios, el patrón es prácticamente el mismo que por clase social. En este sentido, de nuevo, entre los hombres no se aprecian cambios a lo largo del periodo en relación a la edad en la que iniciaron su consumo de tabaco, mientras que en las mujeres, se observa un descenso constante de la edad de inicio, siendo, tal y como ocurría con la clase social, ligeramente más precoz entre aquéllas de estudios secundarios o superiores que entre las de estudios inferiores (figura 4.73).

En función de las diferencias en la edad de inicio y sus intervalos de confianza calculadas de forma resumida para analizar el efecto del nivel de estudios, en los hombres parece que la edad de inicio es algo más temprana entre aquéllos situados en la posición socioeconómica más desfavorecida a partir de 1992, aunque no se observaron diferencias significativas (tabla 4.16). En las mujeres, por su parte, a pesar de no hallarse diferencias significativas según la variable resumida de nivel de estudios, sí parece constatar que el inicio se produce de forma más tardía entre aquéllas en una posición más desaventajada.

de la posición socioeconómica, como en el cálculo del IRD. Para ello, se calculó la posición relativa de cada individuo en la jerarquía socioeconómica a partir de su clase social ocupacional o nivel de estudios.

Figura 4.71. Edad de inicio del consumo de tabaco ajustada por edad según el nivel de estudios. Población mayor de 44 años por sexo. CAE, 1986-2007



Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986-2007

Tabla 4.16. Diferencias de medias entre grupos de mayor y menor nivel socioeconómico* en la edad de inicio del consumo por sexo. Población mayor de 44 años, CAE 1986-2007

	Hombres		Mujeres	
	Clase social	Nivel de estudios	Clase social	Nivel de estudios
1986	0,61 (-2,89 ; 4,11)	3,45 (-1,42 ; 8,31)	-0,16 (-24,9 ; 24,6)	7,36 (-16,3 ; 31,1)
1992	-1,06 (-2,90 ; 0,78)	-1,36 (-3,66 ; 0,93)	1,23 (-6,78 ; 9,23)	1,29 (-8,68 ; 11,2)
1997	-2,14 (-3,96 ; -0,32)	-1,51 (-3,49 ; 0,46)	2,83 (-2,77 ; 8,44)	4,26 (-1,57 ; 10,1)
2002	-1,57 (-2,62 ; -0,51)	-0,98 (-2,08 ; 0,12)	0,71 (-1,85 ; 3,28)	2,20 (-0,44 ; 4,85)
2007	-1,11 (-2,16 ; -0,66)	-0,83 (-1,91 ; 0,26)	1,80 (-0,13 ; 3,74)	2,58 (0,63 ; 4,52)

*Referencia: posición socioeconómica más favorecida

Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986-2007

4.2.3.3. Desigualdades sociales en la cesación del consumo de tabaco, los intentos de cesación y el papel del sistema sanitario

En el siguiente apartado se muestran la evolución de la cesación del consumo de tabaco en la población mayor de 44 años de la CAE de 1986 a 2007 así como los intentos de abandono del hábito²⁰.

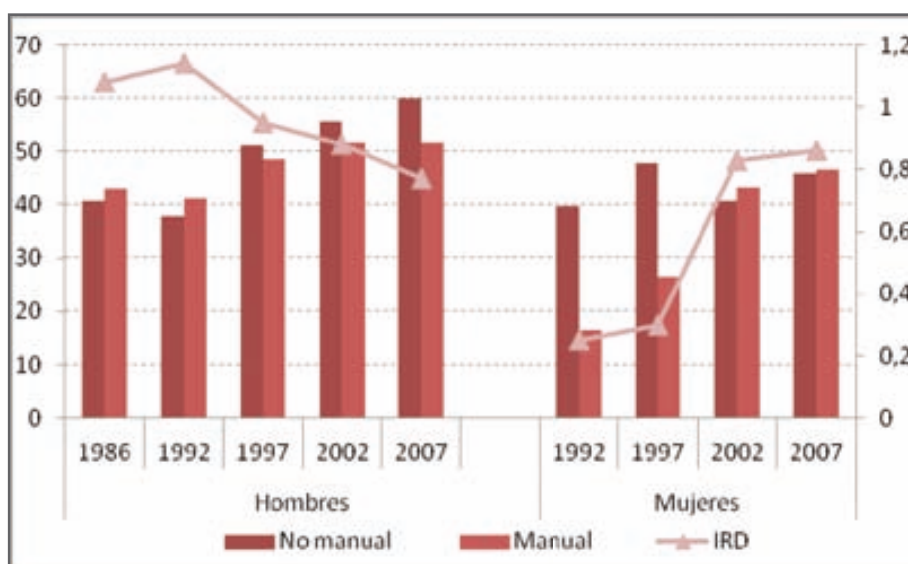
²⁰ Tal y como se explica en el apartado de la metodología, el escaso número de individuos en las primeras ediciones de la ESCAV ha limitado el análisis de la cesación al periodo 1992-2007 en las mujeres. Asimismo, el cálculo de las desigualdades en los intentos de abandono se limitó en ambos sexos a ese mismo periodo, mientras que no se pudo realizar el análisis de la población fumadora empedernida o *hardcore*.

Cesación del consumo de tabaco e intentos de cesación

Según la clase social, tanto los hombres mayores de 45 años de clase social manual como no manual han ido incrementando el abandono del hábito tabáquico desde 1986 a 2007, si bien el incremento ha sido claramente superior entre aquéllos de clase social más aventajada, que han pasado de una cesación del 40,8% al comienzo del periodo a un 59,9% en 2007 (figura 4.72). El cambio, entre los hombres de clase social menos favorecida el incremento ha sido de un 43,8% a un 51,7%. Asimismo, se observa que ha habido un cambio de patrón a lo largo del periodo, ya que si bien hasta 1992 los hombres de menor clase social abandonaban con mayor frecuencia el hábito de fumar, a partir de 1997 fueron los de mayor clase social, aumentando las desigualdades de forma continuada hasta 2007 (IRD 0,77 [IC95% 0,61-0,96]).

En las mujeres es muy destacable el patrón distintivo que se observa, debido al relevante aumento de la cesación que han protagonizado aquéllas de clase social manual, frente a un leve y no sostenido aumento entre las de clase social no manual. Así, mientras que en las primeras se ha producido un incremento de 30 puntos porcentuales de 1992 a 2007, en las segundas este aumento ha sido de 6,2 puntos. Este aumento diferencial según la clase social ha provocado una práctica desaparición de las desigualdades en 2007 –con una ligeramente mayor prevalencia entre las más desaventajadas-, ya que la distancia entre ambas clases fue de 0,6 puntos y el IRD de 0,86 [IC95% 0,56-1,30] y, por tanto, diferencias estadísticamente no significativas en 2007 (tabla 4.17).

Figura 4.72. Prevalencias estandarizadas de cesación del hábito tabáquico e Índice Relativo de Desigualdad (IRD)* según la clase social. Población mayor de 44 años por sexo. CAE, 1986-2007



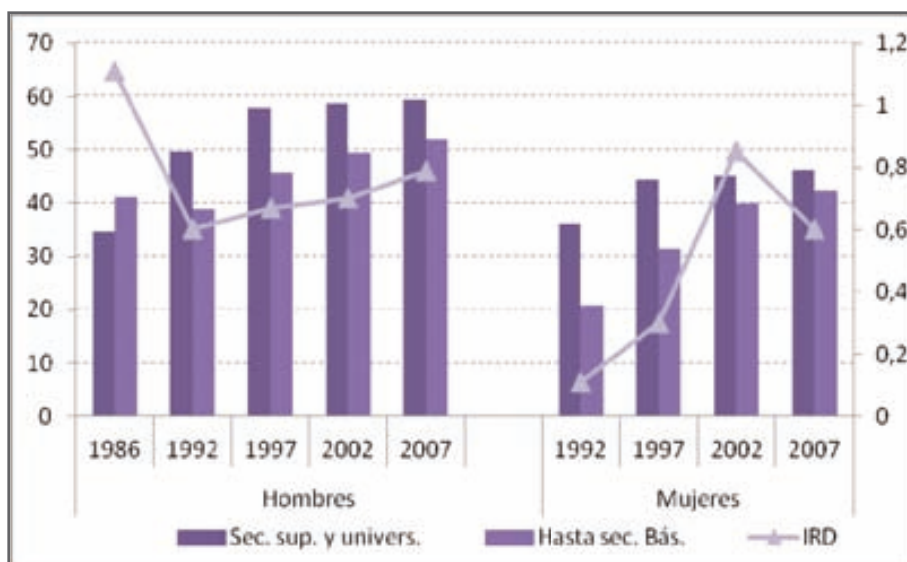
*Referencia: clase social no-manual

Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986-2007

En relación al nivel de estudios, el patrón observado guarda ciertas similitudes con el análisis según la clase social. En el caso de los hombres, el aumento de la cesación se ha producido en ambos niveles de estudios, si bien, de nuevo, se aprecia que éste ha sido de mayor importancia entre aquéllos con estudios de secundaria superior o universitarios (71%) frente a los de secundaria básica o inferior (20%) (figura 4.73). Al igual que por clase social, se ha registrado un cambio de patrón por el que si en 1986 la cesación era más habitual entre los hombres de nivel de estudios inferior, a partir de 1992 pasaron a ser los de más nivel los que cesaron en mayor medida. A diferencia de lo que se observaba antes, sin embargo, en este caso las desigualdades tienden a ir reduciéndose en los últimos años, debido fundamentalmente a la estabilización de la cesación que se está produciendo entre aquéllos de mayor nivel de estudios y el incremento sostenido que sigue produciéndose entre los de menor formación. Así, en 2007, el IRD no mostró desigualdades significativas entre ambos grupos (0,79 [IC95% 0,62-1,00]).

En las mujeres, por su parte, el mayor incremento desde 1992 en la cesación se ha producido entre aquéllas con menor nivel de estudios, pasando de una prevalencia de 20,8% a un 42,3%. A diferencia de lo que ocurría con la clase social, las mujeres de mayor nivel de estudios han cesado en su hábito tabáquico en mayor proporción a lo largo de todo el periodo, si bien la mayor velocidad en el aumento de las mujeres de menores estudios ha provocado una disminución de las desigualdades hasta alcanzar un IRD de 0,85 [IC95% 0-49-1,47] en 2002 y de 0,60 [IC95% 0,40-0,92] en 2007.

Figura 4.73. Prevalencias estandarizadas de cesación del hábito tabáquico e Índice Relativo de Desigualdad (IRD)* según el nivel de estudios. Población mayor de 44 años por sexo. CAE, 1986-2007



*Referencia: nivel de estudios secundario superior y universitario.

Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986-2007

Tabla 4.17. Índice Relativo de Desigualdad* de la cesación del hábito tabáquico calculado según la clase social y el nivel de estudios. Población mayor de 44 años por sexo. CAE, 1986-2007

	Hombres		Mujeres	
	Clase social	Nivel de estudios	Clase social	Nivel de estudios
1986	1,08 (0,54-2,18)	1,11 (0,40-3,12)	-	-
1992	1,14 (0,69-1,88)	0,60 (0,33-1,11)	0,25 (0,05-1,28)	0,11 (0,02-0,48)
1997	0,95 (0,65-1,38)	0,67 (0,46-0,97)	0,30 (0,11-0,82)	0,30 (0,12-0,76)
2002	0,88 (0,70-1,10)	0,70 (0,56-0,87)	0,83 (0,49-1,44)	0,85 (0,49-1,47)
2007	0,77 (0,61-0,96)	0,79 (0,62-1,00)	0,86 (0,56-1,30)	0,60 (0,40-0,92)

*Referencia: posición socioeconómica más favorecida.

Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986-2007

En relación a los intentos de dejar de fumar en el último año, y al igual que ocurría con la población más joven, no se observaron desigualdades según la clase social y el nivel de estudios en ambos sexos (datos no mostrados). En la siguiente tabla se recogen los índices relativos de desigualdad, que muestran cómo las probabilidades de intentarlo no siguen ninguna tendencia concreta y las diferencias, en ningún caso, son estadísticamente significativas (tabla 4.18).

Tabla 4.18. Índice Relativo de Desigualdad* sobre intento de dejar de fumar en el último año según la clase social y el nivel de estudios. Población mayor de 44 años por sexo. CAE, 1992-2007

	Hombres		Mujeres	
	Clase social	Nivel de estudios	Clase social	Nivel de estudios
1992	0,98 (0,43-2,21)	1,44 (0,48-4,35)	1,45 (0,34-6,23)	1,15 (0,15-8,83)
1997	0,97 (0,51-1,85)	0,90 (0,44-1,83)	0,61 (0,20-1,87)	1,13 (0,33-3,9)
2002	1,24 (0,73-2,11)	1,12 (0,65-1,93)	1,35 (0,67-2,71)	0,91 (0,46-1,83)
2007	1,09 (0,61-1,97)	0,83 (0,46-1,48)	1,20 (0,61-2,38)	1,49 (0,73-3,02)

Referencia: posición socioeconómica más favorecida.

Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986-2007

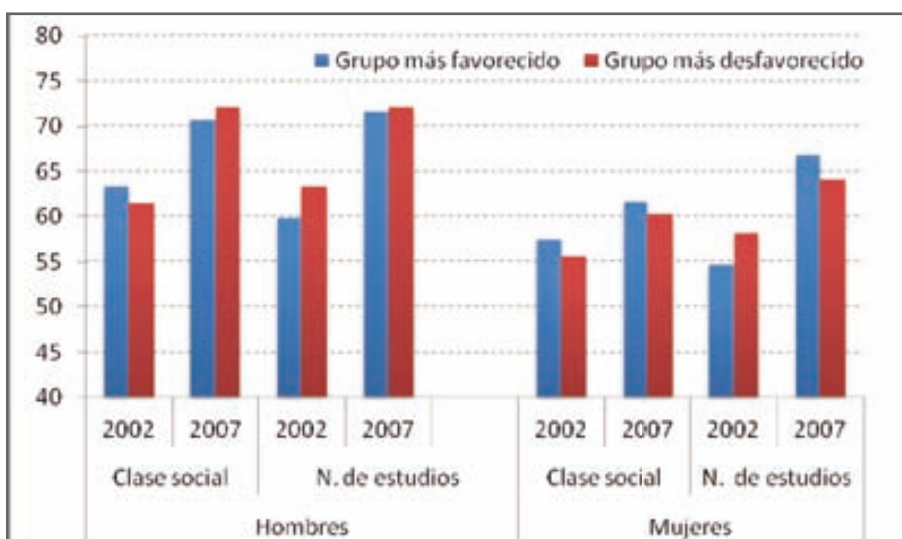
El papel del sistema sanitario

Al igual que con la población joven, se analizó, por una parte, la distribución socioeconómica del consejo antitabaco realizado en la consulta de atención primaria en los años 2002 y 2007 en la población mayor de 44 años y, por otra, a partir de los datos de la historia clínica digital de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, se pudo realizar un análisis de las desigualdades sociales de la población fumadora en

deshabitación en el servicio sanitario público en 2010-2011.

Comenzando con el consejo antitabaco, la situación que se observa en la población mayor difirió de la descrita en la de 25 a 44 años. Por una parte, se observa un aumento del consejo en todos los grupos sociales, si bien este incremento, a diferencia de la población joven, fue más evidente en el caso de los hombres, y en 2007 la prevalencia del consejo fue claramente superior en los hombres que en las mujeres. Por grupos socioeconómicos, en los hombres el consejo ha tendido a ser ligeramente más frecuente en aquéllos de nivel de estudios inferior y clase social manual, si bien en ningún caso las diferencias fueron estadísticamente significativas (tabla 4.19). En las mujeres fumadoras, por su parte, se observó un patrón diferente ya que el consejo en la consulta de AP fue más frecuente entre aquéllas fumadoras de grupos más favorecidos, exceptuando lo observado por nivel de estudios en 2002. En ningún caso las diferencias observadas fueron estadísticamente significativas (tabla 4.19).

Figura 4.74. Prevalencias estandarizadas de población fumadora que ha recibido consejo antitabaco en atención primaria, según el nivel de estudios y la clase social. Población mayor de 44 años por sexo. CAE, 2002-2007



Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 2002-2007

Tabla 4.19. Índice Relativo de Desigualdad* de población fumadora que ha recibido consejo antitabaco en atención primaria según la clase social y el nivel de estudios. Población mayor de 44 años por sexo. CAE, 1986-2007

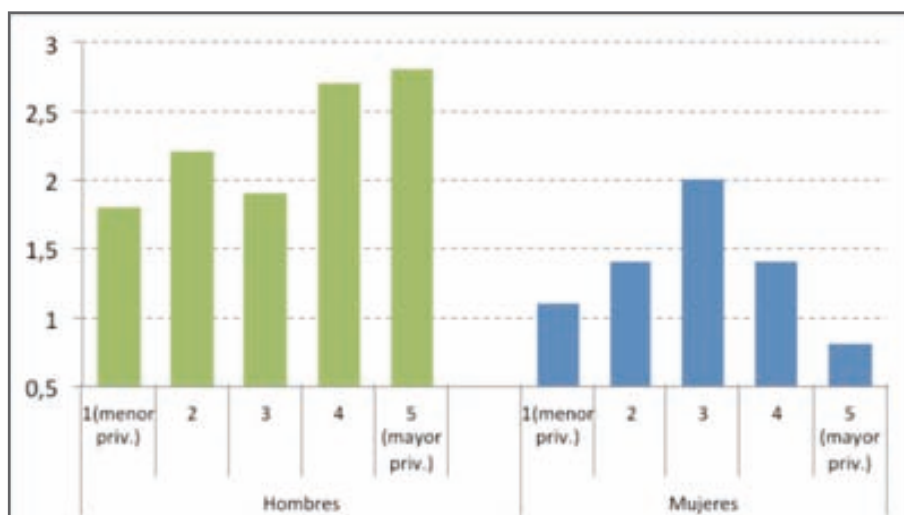
	Hombres		Mujeres	
	Clase social	Nivel de estudios	Clase social	Nivel de estudios
2002	0,99 (0,73 - 1,35)	1,03 (0,75 - 1,41)	0,74 (0,45 - 1,21)	0,96 (0,58 - 1,61)
2007	1,06 (0,83 - 1,37)	1,10 (0,85 - 1,43)	1,07 (0,74 - 1,53)	1,16 (0,80 - 1,69)

*Referencia: posición socioeconómica más favorecida.

Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 2002-2007

En relación a la deshabituación tabáquica en atención primaria, la siguiente figura muestra que, a diferencia de la población joven, ésta es más frecuente entre los hombres fumadores, siendo las diferencias entre sexos muy evidentes en los niveles de mayor privación socioeconómica -3,5 veces superior en los hombres del quintil más desfavorecido que en las mujeres del mismo quintil. En relación a las desigualdades, en los hombres se observa un gradiente claro, según el cual la proporción de población fumadora en deshabituación aumenta con la privación socioeconómica, siendo ésta un 55% superior en el quintil más desfavorecido (IRD 2,39 [IC95% 1,38-4,12]). En las mujeres, por su parte, no se observa un patrón claro, si bien queda patente que aquéllas pertenecientes al quintil menos favorecido muestran la prevalencia más baja de población en deshabituación tabáquica (figura 4.75).

Figura 4.75. Prevalencias estandarizadas de población fumadora que en deshabituación tabáquica en atención primaria, según nivel de privación. Población de 44 y más años por sexo. CAE, 2010-2011



Fuente: elaboración propia a partir de Osabide-AP 2010-2011

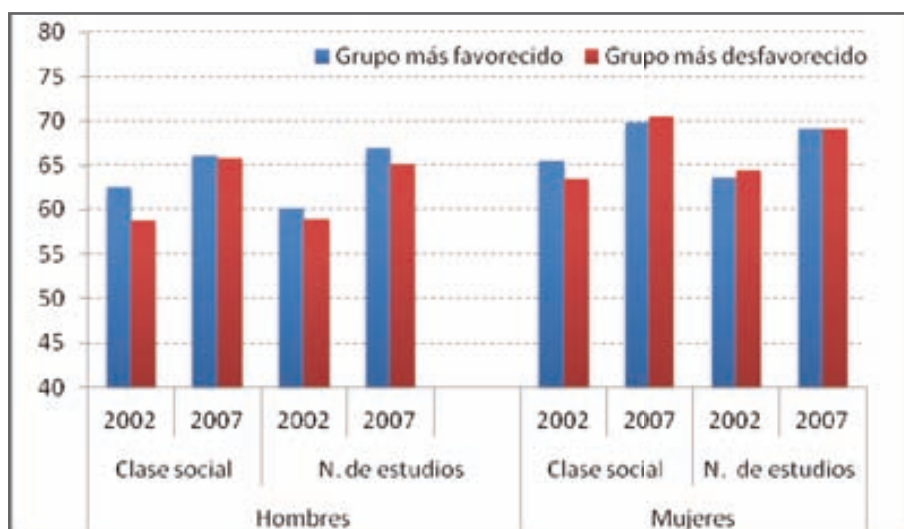
4.2.3.4. Desigualdades sociales en la exposición al humo ambiental del tabaco

Al igual que con la población menor de 45 años, se analizó la exposición al humo de tabaco ocurrida en el hogar y los lugares cerrados de forma separada²¹.

Exposición en el hogar

Comenzando con la ausencia de exposición al humo en el hogar, las figuras 4.76 y 4.77 muestran que las prevalencias son, en términos generales, superiores a las de la población joven y ligeramente superiores en las mujeres. No se aprecian desigualdades relevantes por nivel de estudios y clase social y, si bien en algunos de los casos parecen existir cambios de tendencia, las diferencias tienden a disminuir o a mantenerse estables en la mayor parte de los casos de 2002 a 2007, periodo en el que aumenta la proporción de personas que afirman no estar expuestas al humo en el hogar.

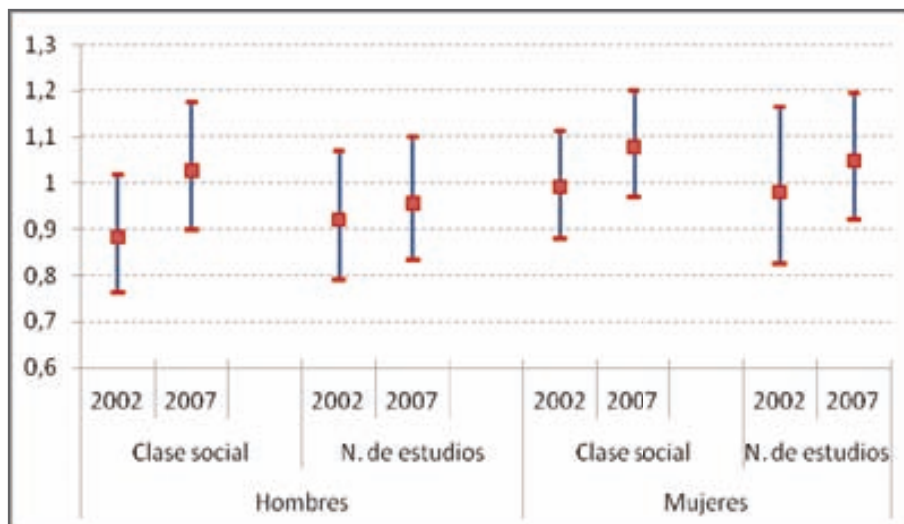
Figura 4.76. Prevalencias estandarizadas de ausencia de exposición al humo ambiental del tabaco en el hogar, según el nivel de estudios y la clase social. Población mayor de 44 años por sexo. CAE, 2002-2007



Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 2002-2007

²¹ La exposición al HAT en el lugar de trabajo se realizó sólo para la población en edad de trabajar –de 25 a 64 años– que se ha incluido en el apartado relativo a la población joven.

Figura 4.77. Índice relativo de Desigualdad* e IC 95% de ausencia de exposición al humo ambiental del tabaco en el hogar, según el nivel de estudios y la clase social. Población mayor de 44 años por sexo. CAE, 2002-2007

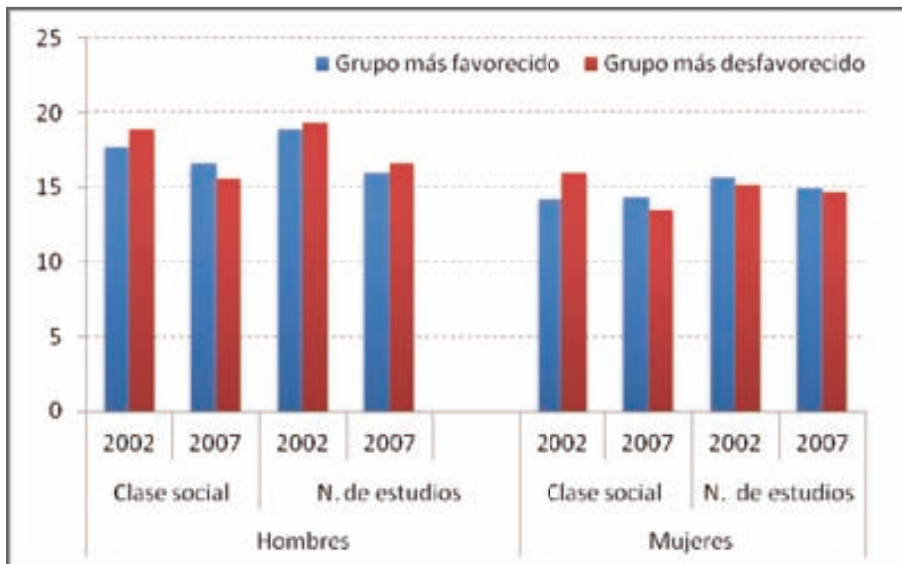


*Referencia: posición socioeconómica más favorecida.

Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 2002-2007

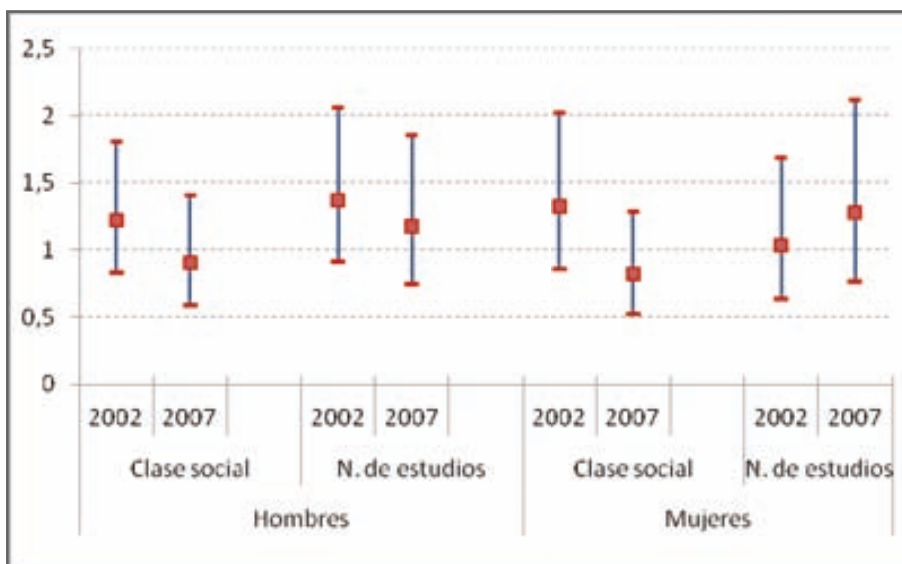
De forma complementaria, al observar la exposición diaria o muy frecuente al humo en el hogar, se aprecia un ligero descenso de la exposición de 2002 a 2007, muy inferior al identificado en la población más joven. De nuevo, se observan diferencias muy pequeñas entre los grupos sociales, que en ningún caso son estadísticamente significativas (figura 4.78) y que no han variado sustancialmente, aunque sí quizás merece la pena destacar el cambio de patrón ocurrido según el cual en 2002 las personas de clase social no manual estaban más frecuentemente expuestas al humo en el hogar de forma habitual mientras que en 2007 pasaron a ser aquéllas de clase social menos favorecida.

Figura 4.78. Prevalencias estandarizadas de exposición diaria o muy frecuente al humo ambiental del tabaco en el hogar, según el nivel de estudios y la clase social. Población mayor de 44 años por sexo. CAE, 2002-2007



Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 2002-2007

Figura 4.79. Índice relativo de Desigualdad* e IC 95% de exposición diaria o muy frecuente al humo ambiental del tabaco en el hogar, según el nivel de estudios y la clase social. Población mayor de 44 años por sexo. CAE, 2002-2007



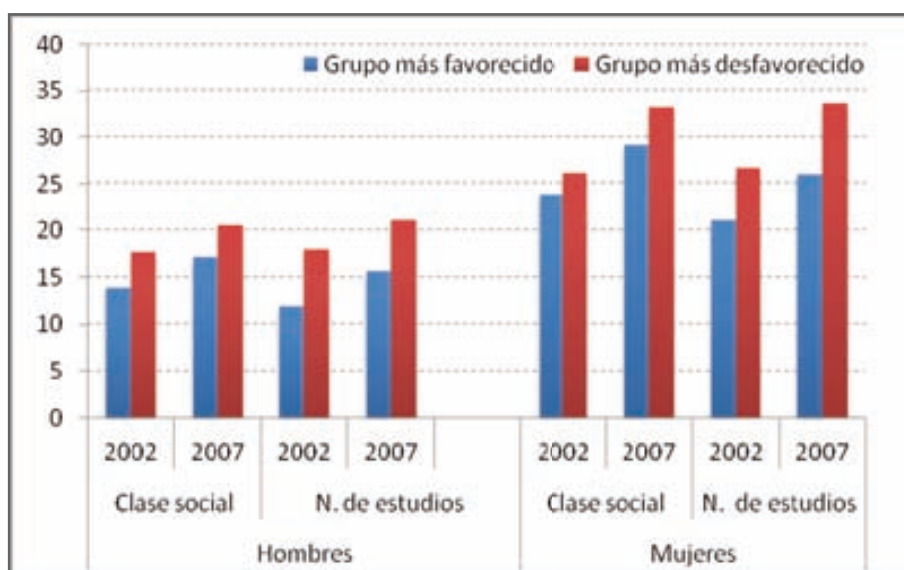
*Referencia: posición socioeconómica más favorecida.

Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 2002-2007

Exposición en los lugares cerrados

La ausencia de exposición al HAT en los lugares cerrados como cafeterías o restaurantes ha sido superior en los dos años en los grupos más desfavorecidos de hombres y mujeres, siendo estas desigualdades estadísticamente significativas por nivel de estudios en ambos sexos. Así, la probabilidad de no estar expuestos en estos lugares para los hombres en la posición más baja según el nivel de estudios se multiplicó por dos (IRD 2,01 [IC95% 1,28-3,17]) y en las mujeres por 1,9 (IRD 1,90 [IC95% 1,29-2,79]). A diferencia de la población más joven, en la que se observaba un aumento muy relevante de la población de grupos más desfavorecidos no expuesta, en la población mayor la magnitud de tales desigualdades apenas ha variado de 2002 a 2007 (figura 4.80 y 4.81).

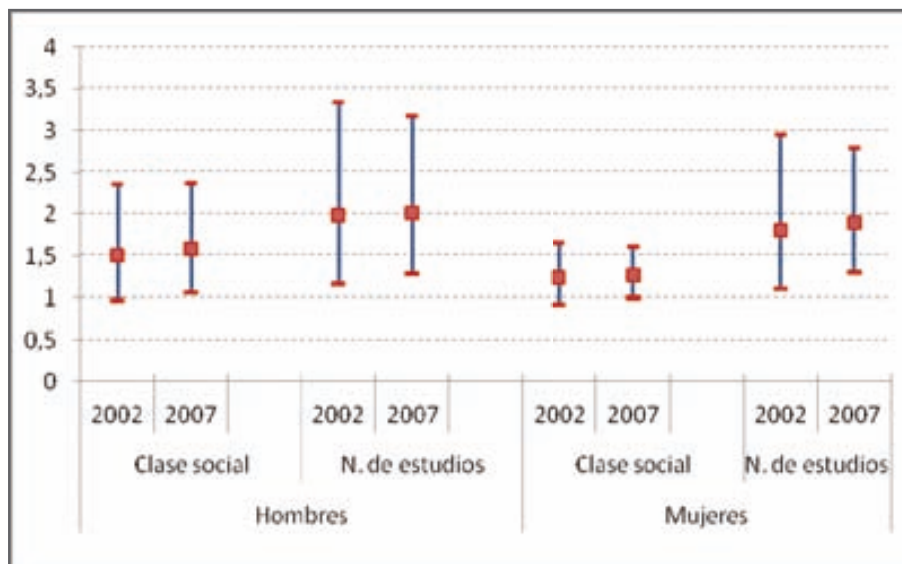
Figura 4.80. Prevalencias estandarizadas de ausencia de exposición al humo ambiental del tabaco en lugares cerrados, según el nivel de estudios y la clase social. Población mayor de 44 años por sexo. CAE, 2002-2007



*Referencia: posición socioeconómica más favorecida.

Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 2002-2007

Figura 4.81. Índice relativo de Desigualdad* e IC 95% de la ausencia de exposición al humo ambiental del tabaco en los lugares cerrados, según el nivel de estudios y la clase social. Población mayor de 44 años por sexo. CAE, 2002-2007



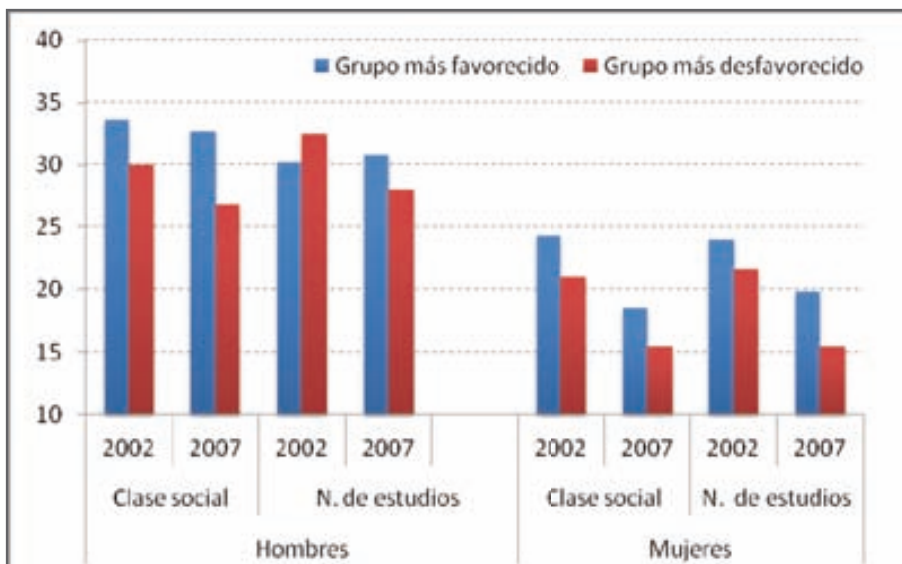
*Referencia: posición socioeconómica más favorecida.

Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 2002-2007

Al poner el acento en la exposición diaria o muy frecuente al HAT en los lugares cerrados, ésta es inferior a la observada en la población joven, probablemente debido a su menor frecuentación de este tipo de lugares, especialmente entre la población de mayor edad²². Las diferencias en este caso entre hombres y mujeres son especialmente llamativas, con porcentajes muy inferiores entre las segundas, que no superan en ningún caso el 25%. En relación a la distribución de la exposición en este ámbito por clase social y nivel de estudios, se observa que, con la única excepción de los hombres de menor nivel de estudios en 2002, la prevalencia de exposición diaria es superior en los grupos más favorecidos tanto en 2002 como en 2007. En relación al cambio en las desigualdades, éstas tienden a aumentar en el periodo, de forma que en 2007 existen desigualdades que son estadísticamente significativas por clase social entre los hombres (IRD 0,69 [IC95% 0,52 -0,92]) y por nivel de estudios en las mujeres (IRD 0,60 [IC95% 0,39 -0,91]) (figura 4.83).

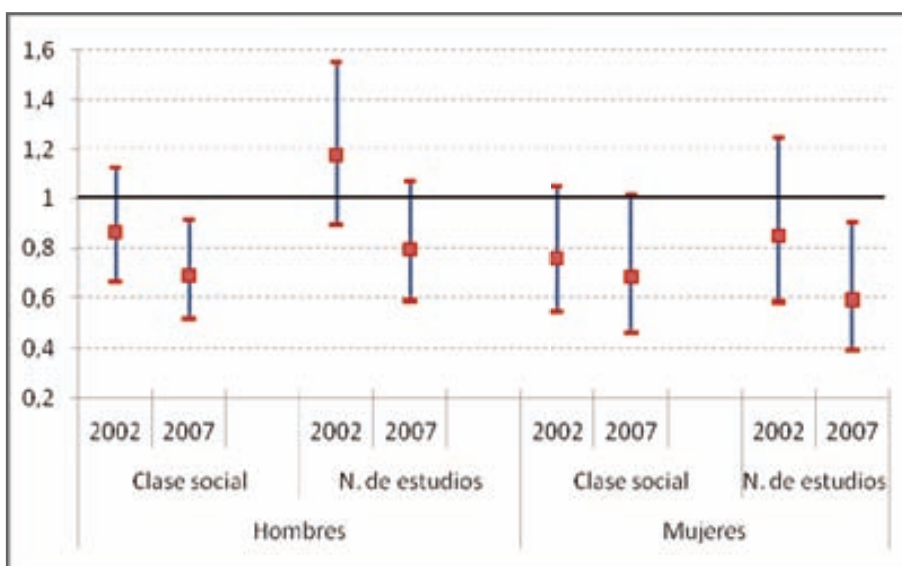
²² Tal y como se ha explicado en el apartado de la metodología, es importante recordar la limitación de esta pregunta en la ESCAV en relación a la exposición en lugares cerrados como cafeterías, restaurantes etc., ya que no permite distinguir adecuadamente aquellas personas que contestan no estar expuestas por no frecuentar dichos lugares de aquéllas otras que frecuentándolos efectivamente afirman no estar expuestas.

Figura 4.82. Prevalencias estandarizadas de exposición diaria o muy frecuente al humo ambiental del tabaco en los lugares cerrados, según el nivel de estudios y la clase social. Población mayor de 44 años por sexo. CAE, 2002-2007



Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 2002-2007

Figura 4.83. Índice relativo de Desigualdad* e IC 95% de exposición diaria o muy frecuente al humo ambiental del tabaco en los lugares cerrados, según el nivel de estudios y la clase social. Población mayor de 44 años por sexo. CAE, 2002-2007



*Referencia: posición socioeconómica más favorecida.

Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 2002-2007

Tabla 4.20. Número medio de cigarrillos fumados diariamente ajustado por edad según la clase social y el nivel de estudios. Población de 25 a 44 años por sexo. CAE, 1986-2007

	Hombres					Mujeres						
	Clase social		Nivel de estudios			Clase social		Nivel de estudios				
	Manuales	No manuales	Hasta sec. bás.	Sec. sup. y univer.	Manuales	No manuales	Hasta sec. bás.	Sec. sup. y univer.	Manuales	No manuales	Hasta sec. bás.	Sec. sup. y univer.
1986	18,6 (15,6 - 21,6)	18,7 (15,2 - 22,2)	20,1 (17,1 - 23,1)	16,8 (13,4 - 20,2)	-	-	-	-	-	-	-	-
1992	17,3 (15,8 - 18,8)	17,5 (15,3 - 19,6)	18,0 (16,3 - 19,7)	16,6 (14,9 - 18,4)	14,8 (13,4 - 16,2)	15,1 (13,5 - 16,7)	14,3 (12,8 - 15,7)	15,7 (14,2 - 17,2)				
1997	16,6 (14,8 - 18,5)	19,6 (17,3 - 21,9)	17,0 (14,8 - 19,2)	18,4 (16,5 - 20,2)	15,3 (14 - 16,5)	14,3 (12,8 - 15,7)	14,0 (12,5 - 15,5)	15,4 (14,2 - 16,6)				
2002	17,8 (16,7 - 19)	16,4 (14,8 - 18,1)	19,1 (17,6 - 20,6)	16,1 (14,9 - 17,4)	15,2 (14 - 16,5)	15,3 (13,7 - 16,9)	15,8 (14,3 - 17,4)	14,8 (13,6 - 16,1)				
2007	16,4 (15,3 - 17,4)	12,9 (11,3 - 14,5)	16,6 (15 - 18,1)	14,7 (13,6 - 15,8)	13,4 (12,5 - 14,4)	12,1 (10,8 - 13,4)	13,7 (12,2 - 15,3)	12,7 (11,8 - 13,6)				

Tabla 4.21. Número medio de cigarrillos fumados diariamente ajustado por edad según la clase social y el nivel de estudios. Población mayor de 44 años por sexo. CAE, 1986-2007

	Hombres					Mujeres						
	Clase social		Nivel de estudios			Clase social		Nivel de estudios				
	Manuales	No manuales	Hasta sec. bás.	Sec. sup. y univer.	Manuales	No manuales	Hasta sec. bás.	Sec. sup. y univer.	Manuales	No manuales	Hasta sec. bás.	Sec. sup. y univer.
1986	11,7 (8,5 - 14,9)	9,9 (6,1 - 13,7)	11,0 (8,3 - 13,8)	10,6 (4,6 - 16,5)	-	-	-	-	-	-	-	-
1992	13,0 (10,9 - 15,1)	15,0 (12,4 - 17,6)	13,5 (11,6 - 15,4)	14,9 (11,2 - 18,6)	11,9 (8,0 - 15,8)	11,7 (7,0 - 16,5)	-	-				
1997	11,5 (9,3 - 13,8)	12,9 (10,2 - 15,7)	11,7 (9,5 - 13,8)	13,5 (10,3 - 16,7)	12,0 (8,4 - 15,7)	12,4 (8,2 - 16,6)	11,8 (8,4 - 15,2)	13,6 (8,8 - 18,4)				
2002	13,2 (11,5 - 14,9)	12,1 (10,1 - 14,1)	13,2 (11,5 - 14,8)	11,8 (9,6 - 14,0)	13,7 (11,4 - 16,0)	14,8 (12,5 - 17,0)	14,0 (11,9 - 16,1)	14,8 (12,3 - 17,3)				
2007	12,9 (11,5 - 14,4)	11,2 (9,4 - 13,1)	12,8 (11,3 - 14,2)	11,5 (9,6 - 13,5)	13,4 (11,4 - 15,5)	12,4 (10,5 - 14,4)	13,0 (11,1 - 14,9)	12,8 (10,7 - 14,8)				

Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986-2007

Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986-2007

Tabla 4.22. Edad de inicio del consumo de tabaco ajustada por edad según la clase social y el nivel de estudios. Población de 25 a 44 años por sexo. CAE, 1986-2007

	Hombres						Mujeres					
	Clase social			Nivel de estudios			Clase social			Nivel de estudios		
	Manuales	No manuales	Hasta sec. bás.	Sec. sup. y univer.	Manuales	No manuales	Hasta sec. bás.	Sec. sup. y univer.	Manuales	No manuales	Hasta sec. bás.	Sec. sup. y univer.
1986	17,8 (17,1-18,4)	18,2 (17,4-18,9)	17,9 (17,3-18,6)	17,9 (17,1-18,7)	19 (17,7-20,4)	19,1 (17,8-20,3)	19 (17,9-20,2)	19,1 (17,6-20,5)	18 (17,5-18,4)	18,2 (17,6-18,7)	17,8 (17,3-18,3)	18,3 (17,8-18,8)
1992	16,9 (16,6-17,3)	17,6 (17,2-18,1)	16,9 (16,5-17,3)	17,5 (17,1-17,9)	17,3 (16,9-17,7)	17,3 (16,9-17,8)	17,3 (16,5-17,4)	17,5 (17,2-17,9)	17,5 (17,1-17,8)	17,4 (17-17,8)	17,2 (16,8-17,7)	17,6 (17,2-17,9)
1997	17,2 (16,9-17,5)	17 (16,6-17,4)	16,7 (16,3-17,1)	17,4 (17,1-17,7)	17,3 (16,9-17,7)	17,3 (16,9-17,8)	17,3 (16,1-17,4)	17,6 (17,2-18)	17,5 (17,1-17,8)	17,5 (17,2-17,8)	17,5 (17,2-17,9)	17,5 (17,2-17,9)
2002	17,1 (16,8-17,4)	17,3 (16,9-17,8)	16,5 (16-16,9)	17,5 (17,2-17,8)								
2007												

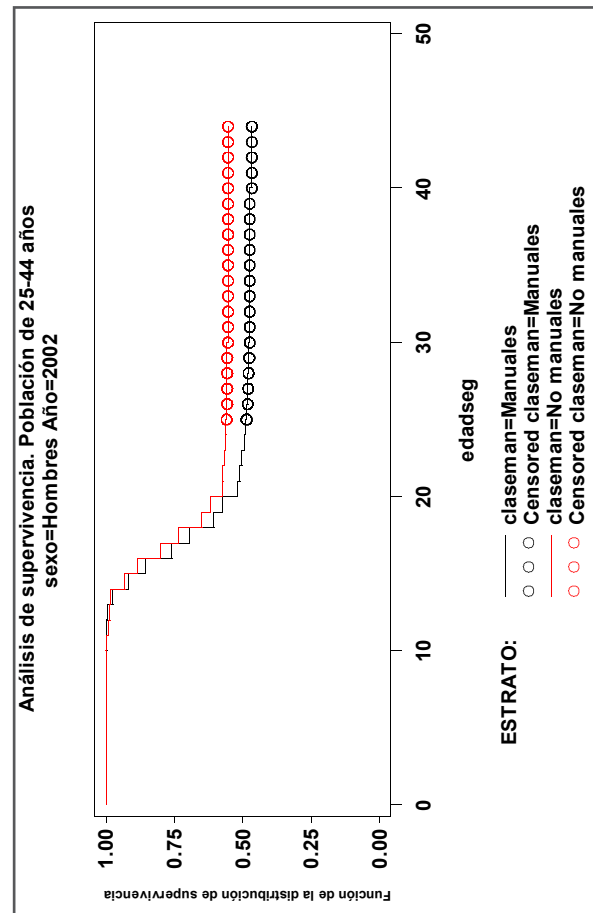
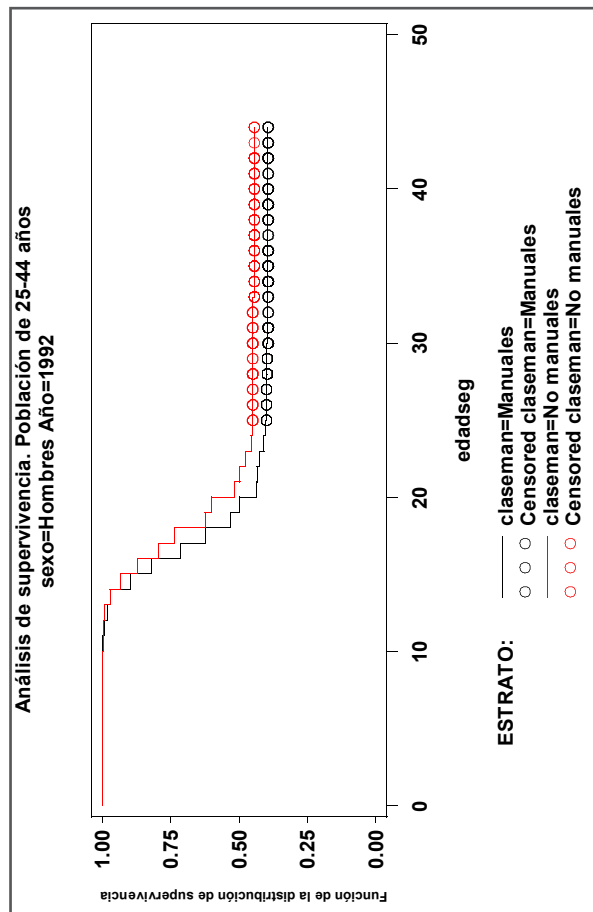
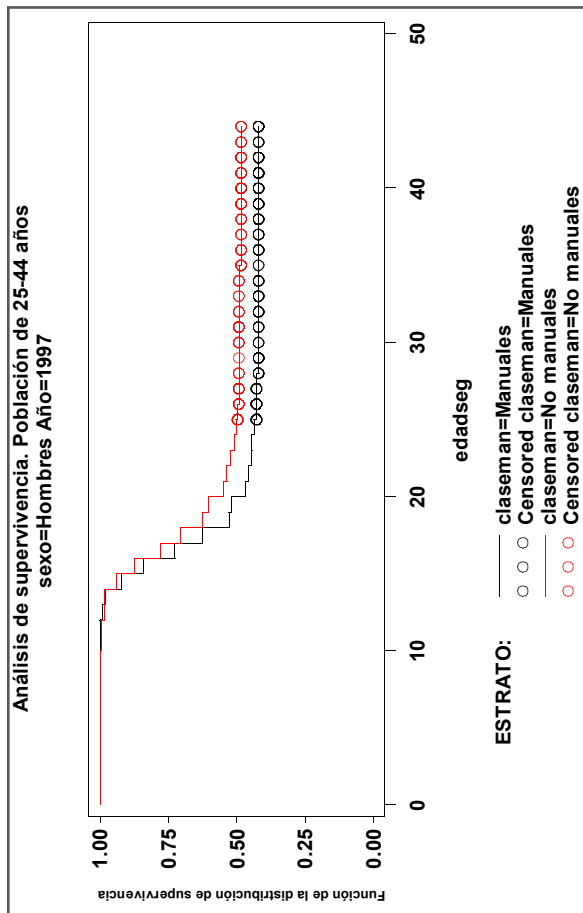
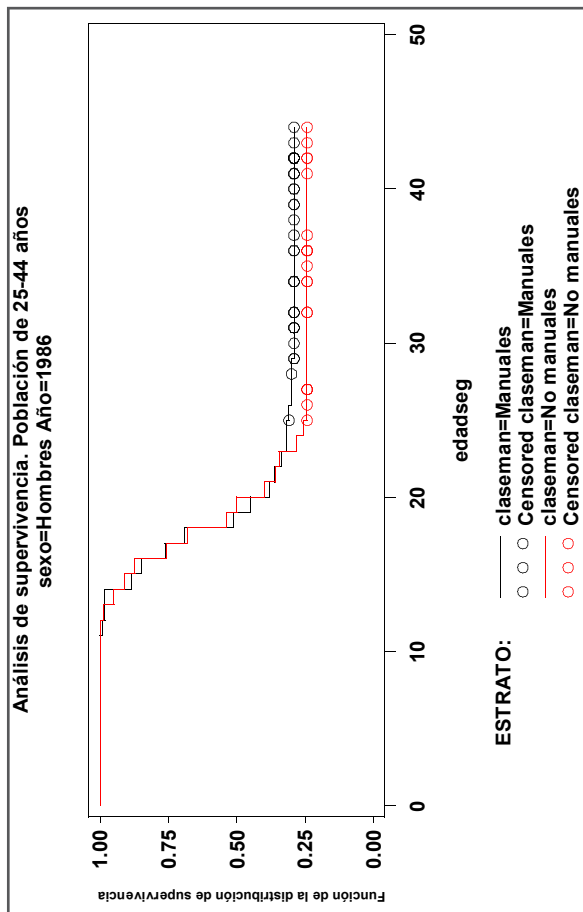
Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986-2007

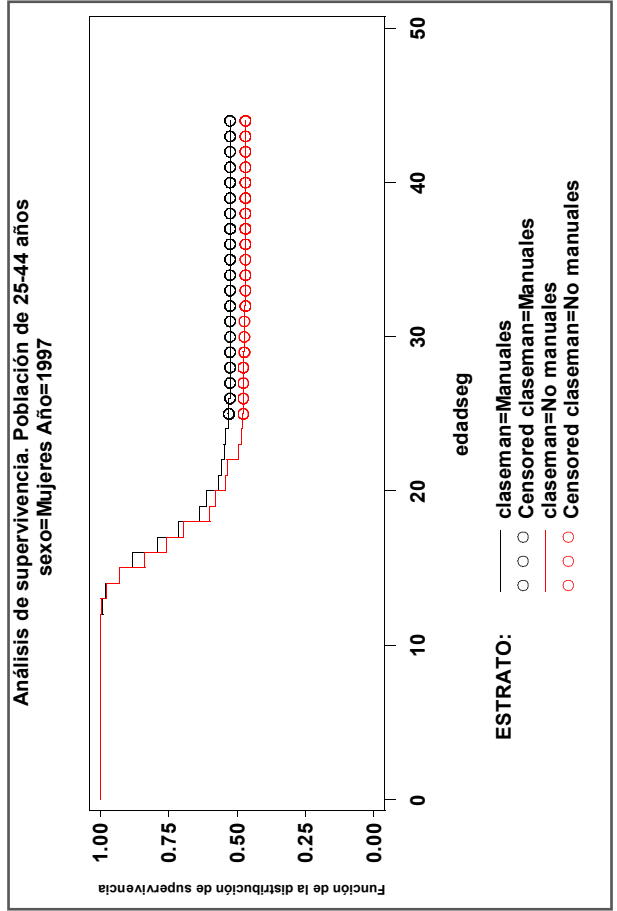
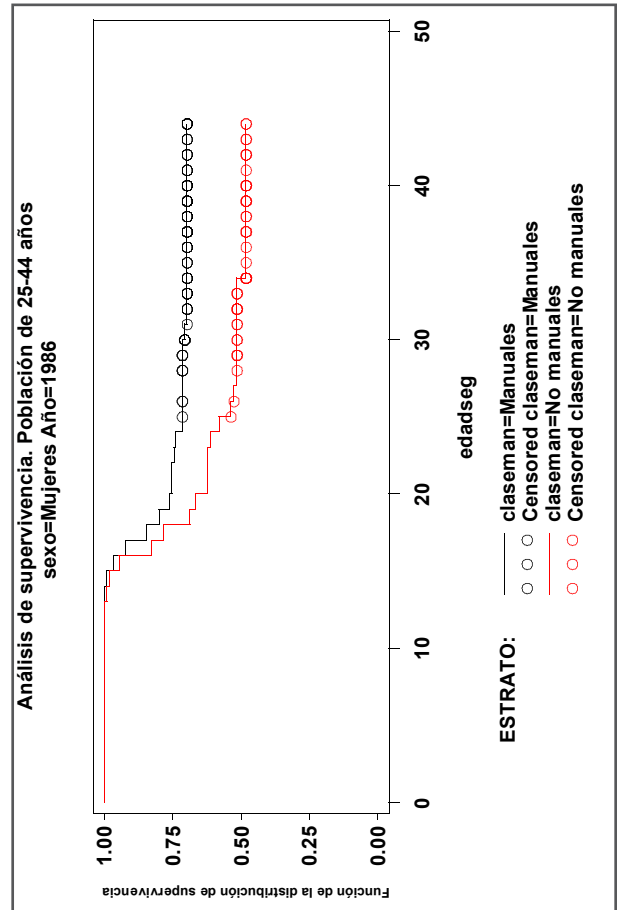
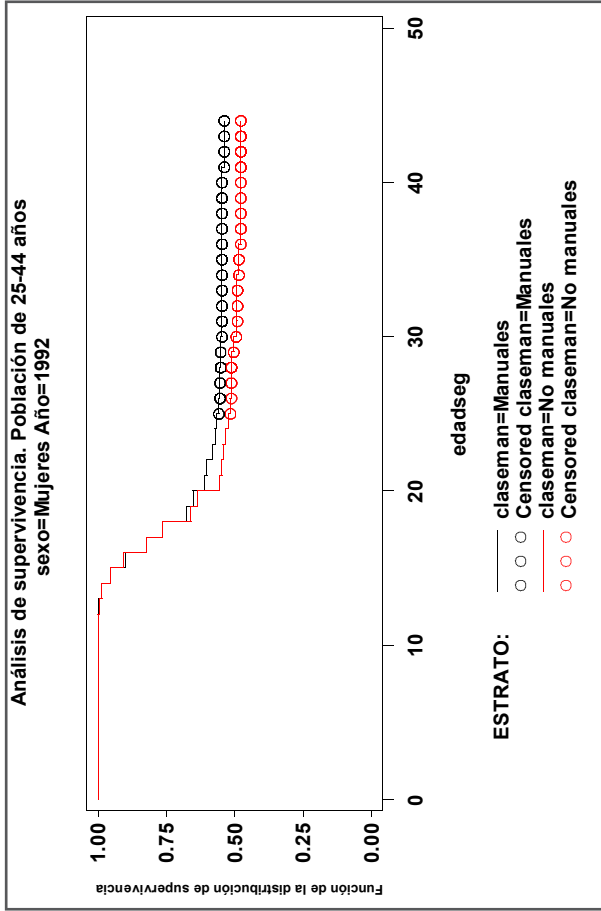
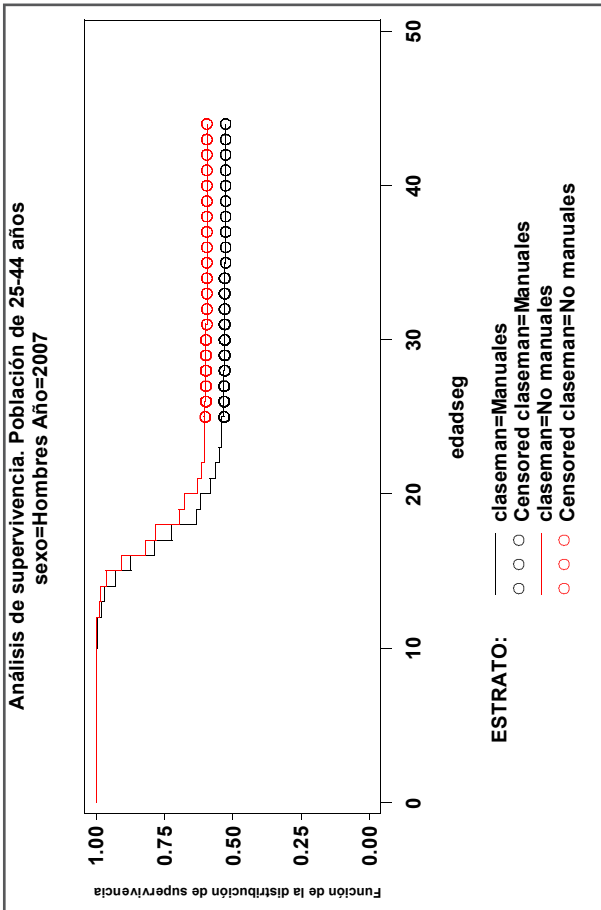
Tabla 4.23. Edad de inicio del consumo de tabaco ajustada por edad según la clase social y el nivel de estudios. Población mayor de 44 años por sexo. CAE, 1986-2007

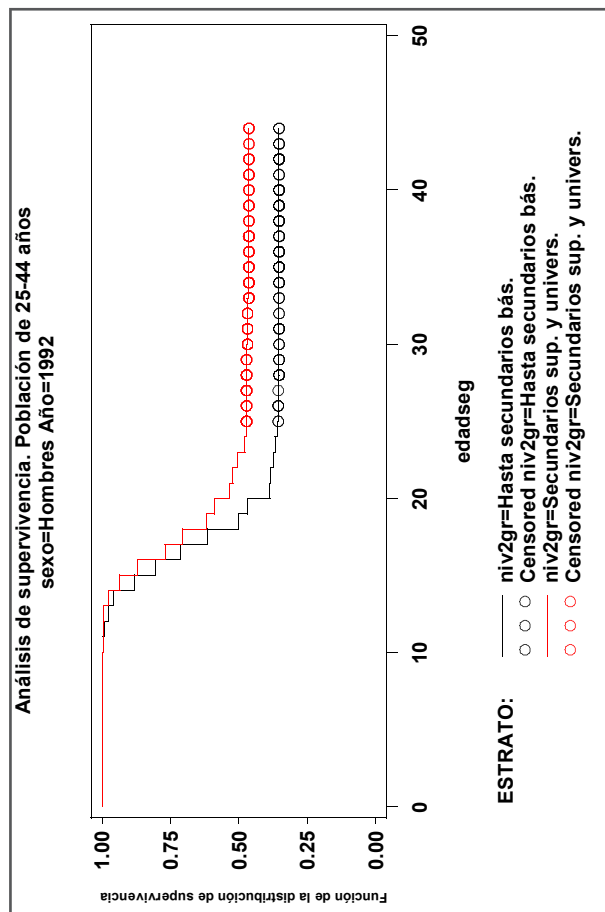
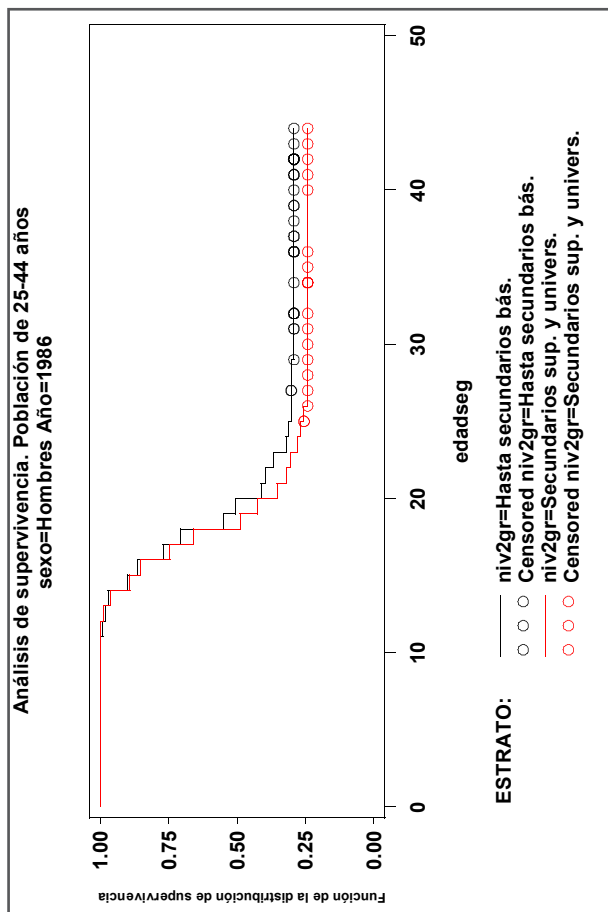
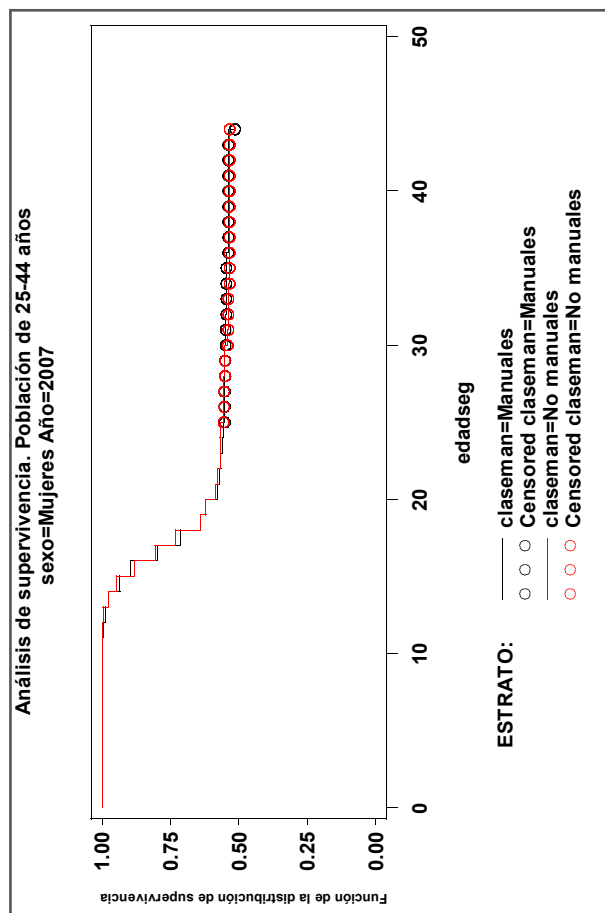
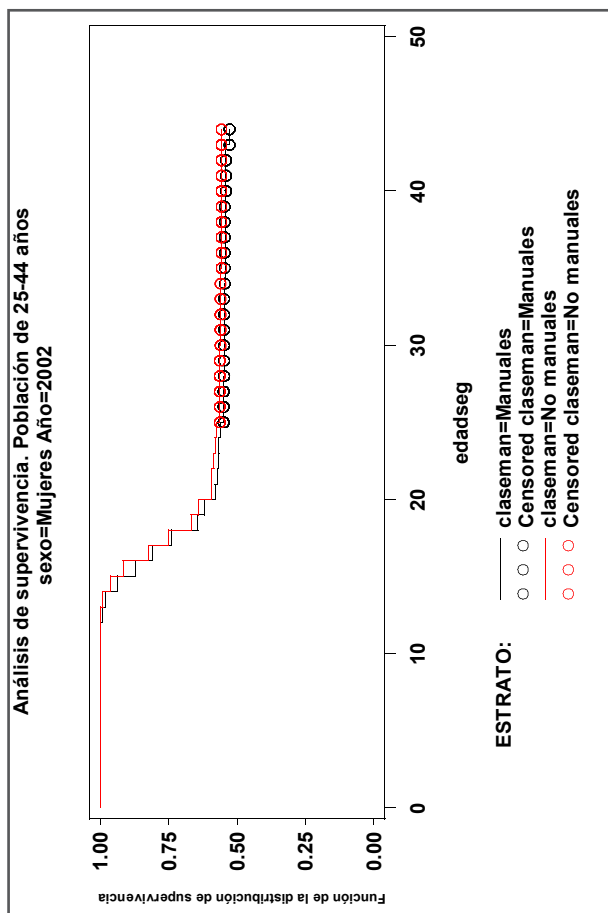
	Hombres						Mujeres					
	Clase social			Nivel de estudios			Clase social			Nivel de estudios		
	Manuales	No manuales	Hasta sec. bás.	Sec. sup. y univer.	Manuales	No manuales	Hasta sec. bás.	Sec. sup. y univer.	Manuales	No manuales	Hasta sec. bás.	Sec. sup. y univer.
1986	18,8 (17,8-19,8)	18,4 (17-19,9)	18,9 (18-19,8)	17,2 (15-19,5)	30,4 (21,8-39,1)	27,1 (19,4-34,8)	31,5 (24,7-38,3)	23,2 (14,1-32,4)	18,3 (17,7-18,8)	18,7 (18-19,5)	18,3 (17,8-18,8)	18,9 (17,9-19,9)
1992	17,4 (16,8-18)	18,4 (17,7-19,1)	17,6 (17-18,1)	18,3 (17,5-19,2)	25,4 (22,7-28)	24,7 (21,7-27,6)	25,1 (22,9-27,3)	24,9 (20,5-29,3)	17,5 (17,2-17,8)	18,3 (17,8-18,7)	17,6 (17,3-17,9)	18,1 (17,7-18,5)
1997	17,5 (17,2-17,8)	17,9 (17,5-18,3)	17,4 (17,1-17,8)	17,8 (17,4-18,2)	21,4 (20,6-22,3)	20,9 (20-21,8)	21,6 (20,8-22,4)	20,5 (19,5-21,5)	17,4 (17-17,7)	17,9 (17,5-18,3)	17,4 (17,1-17,8)	17,8 (17,4-18,2)
2002					19,9 (19,3-20,6)	18,9 (18,2-19,6)	20 (19,3-20,7)	18,8 (18,1-19,5)				
2007												

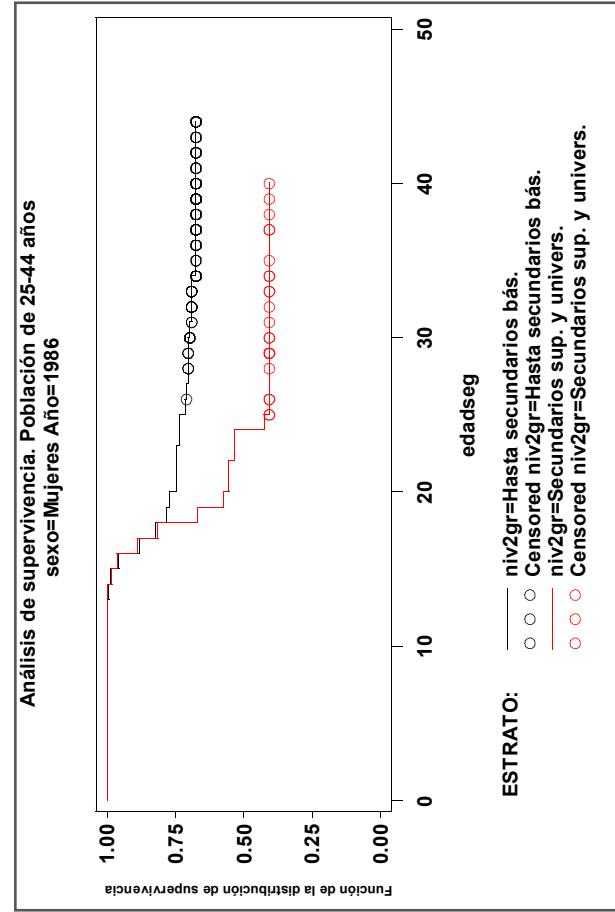
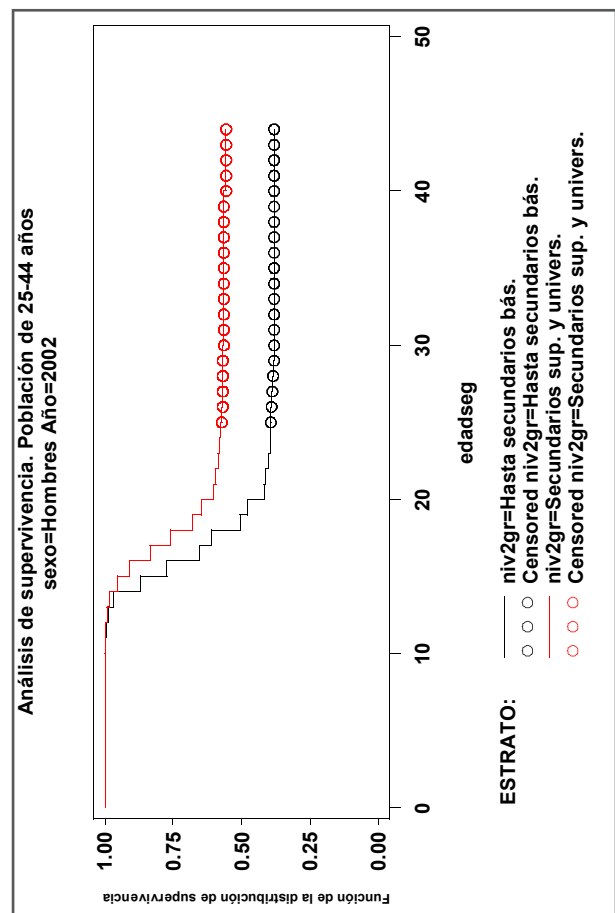
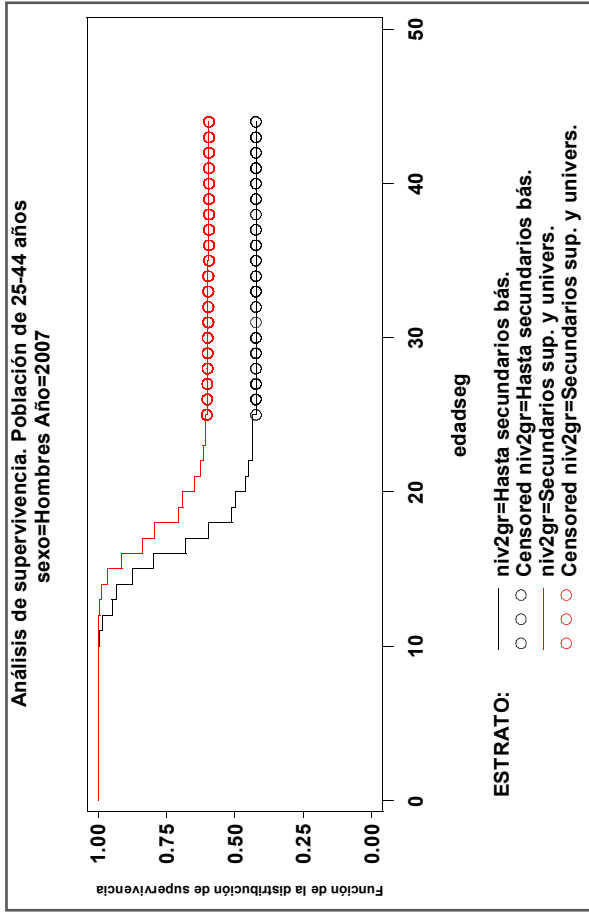
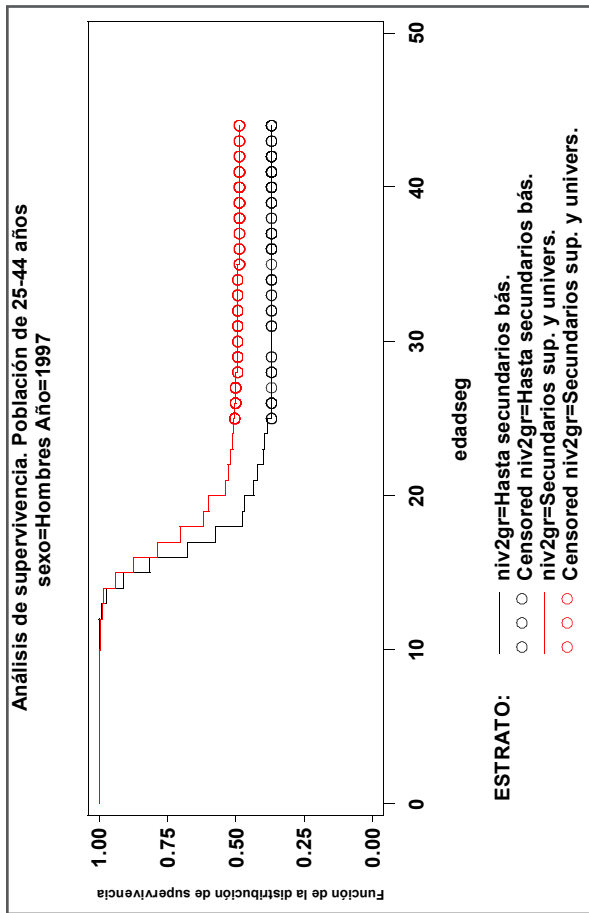
Fuente: elaboración propia a partir de la ESCAV 1986-2007

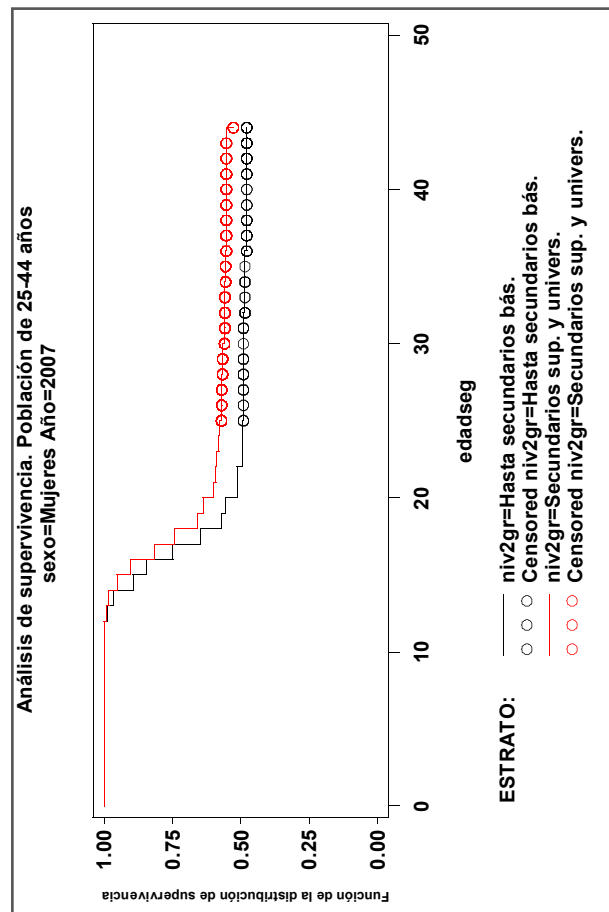
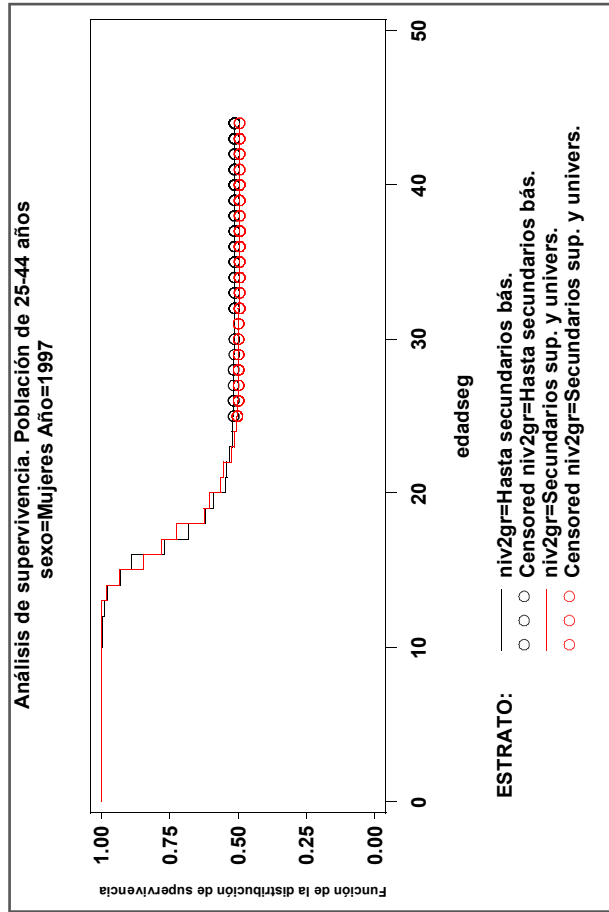
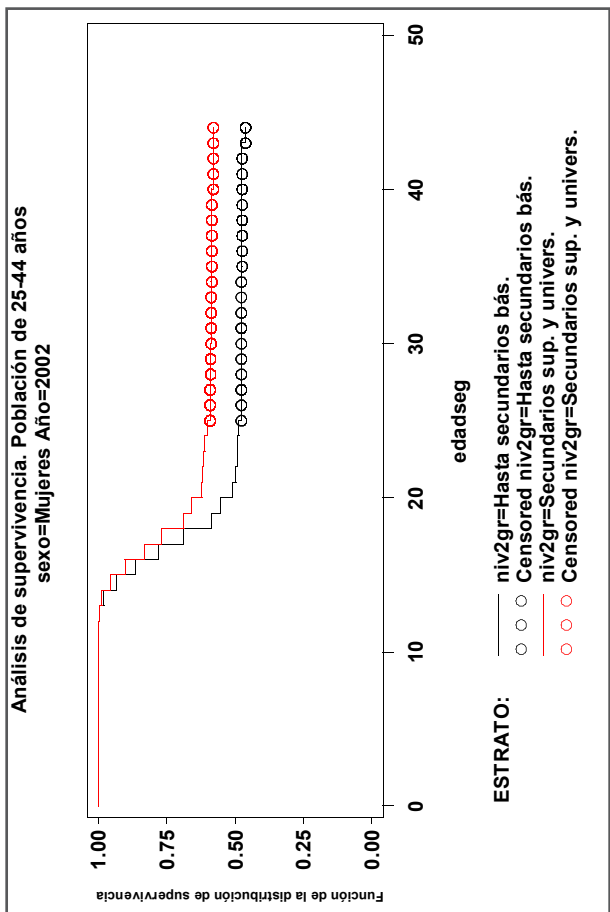
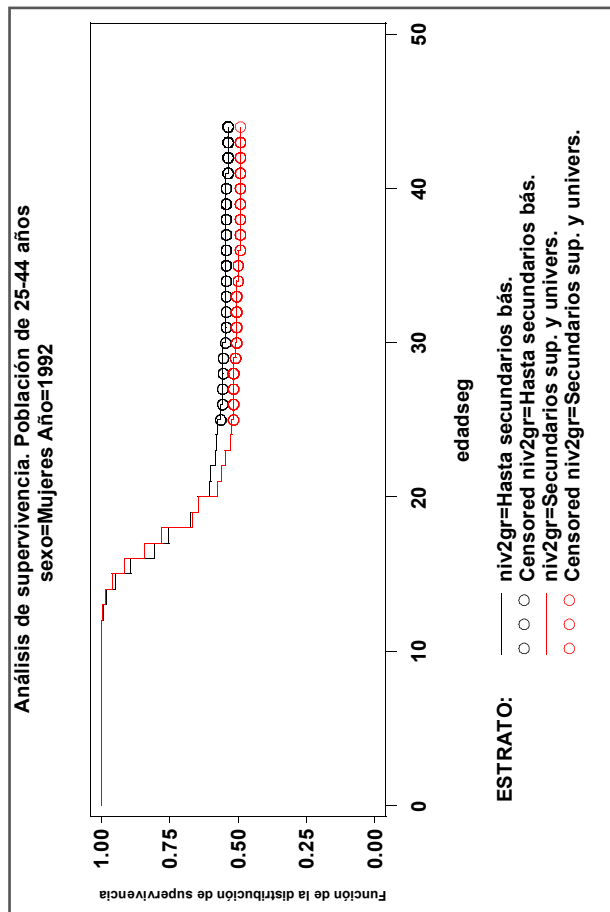
Figuras 4.84-4.104. Curvas del inicio del consumo de tabaco en hombres y mujeres según la clase social y el nivel de estudios. Población de 25 a 44 y mayor de 44 años. CAE, 1986-2007

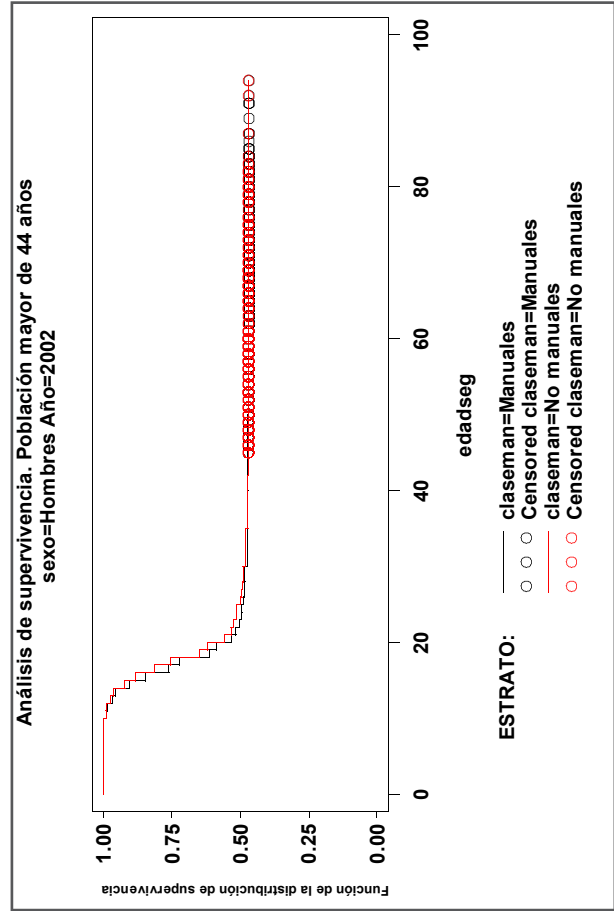
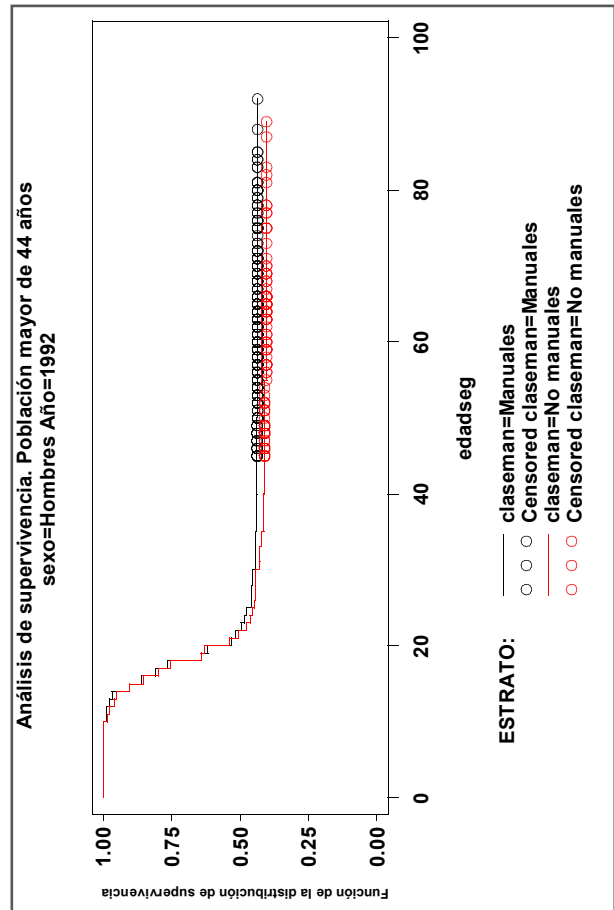
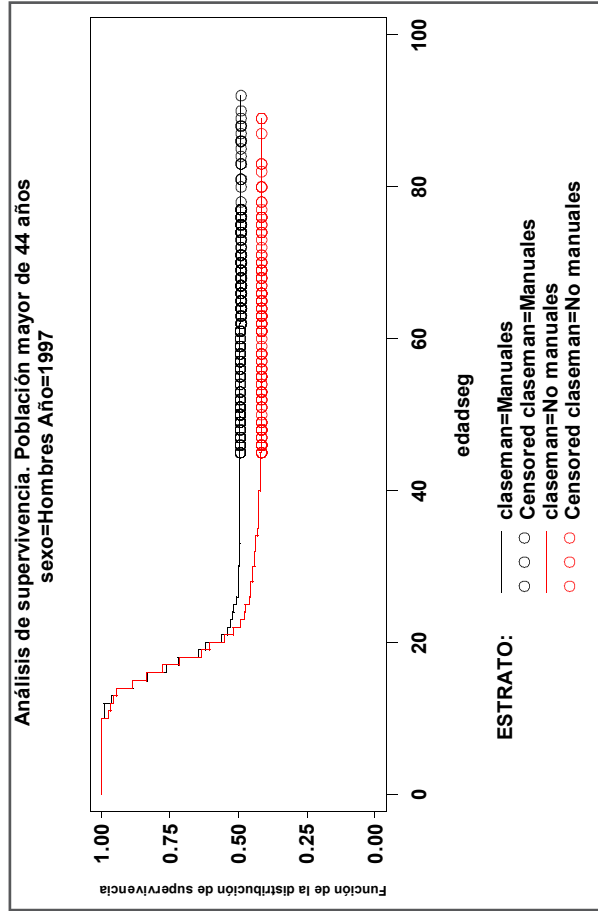
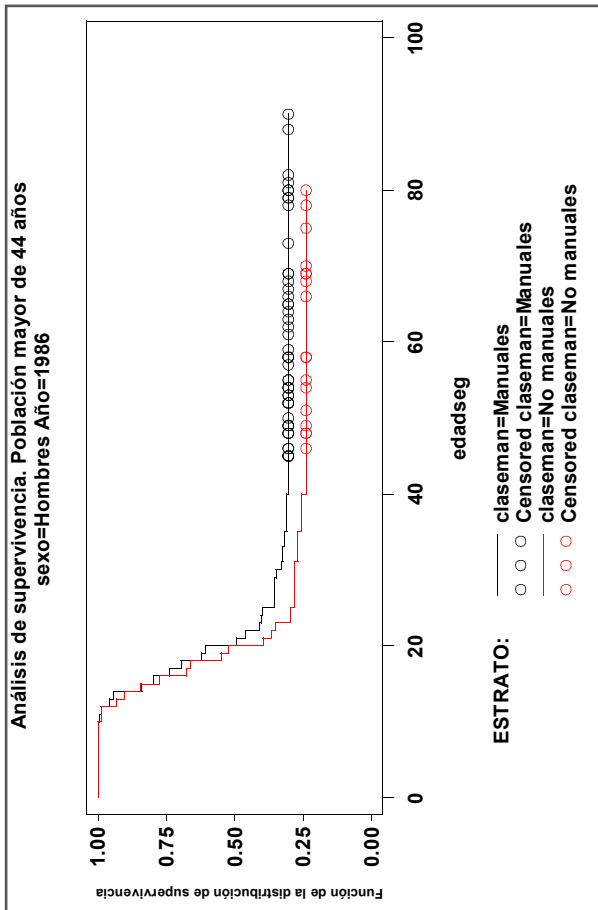


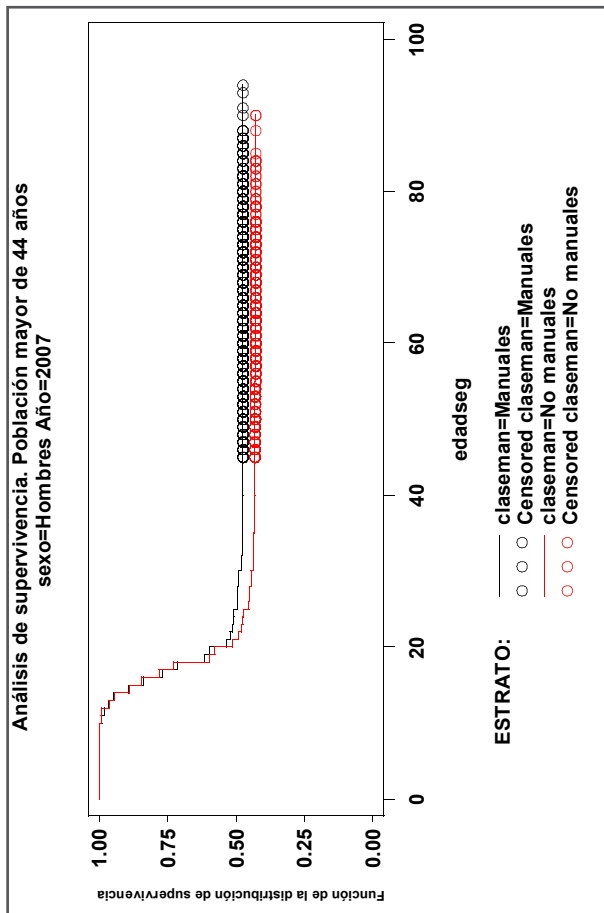
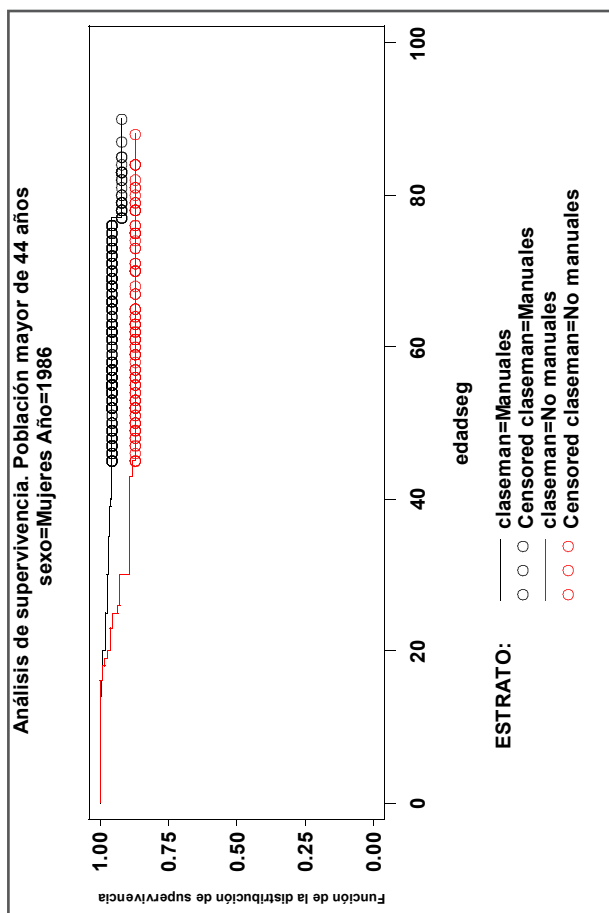
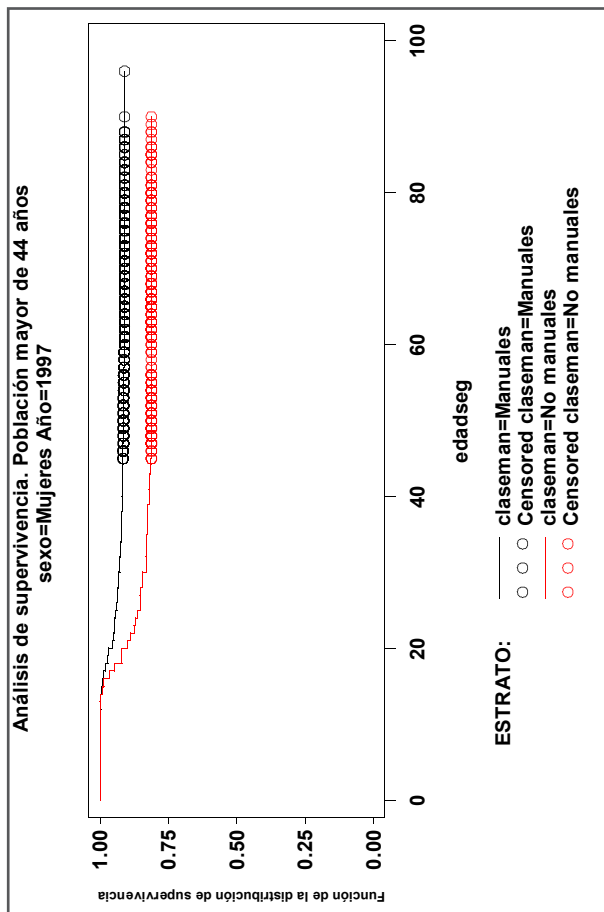
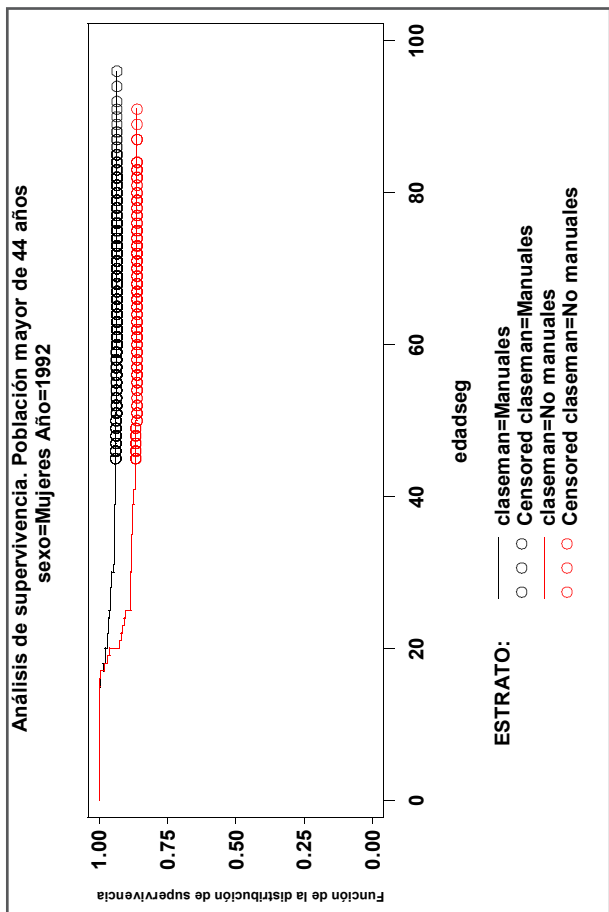


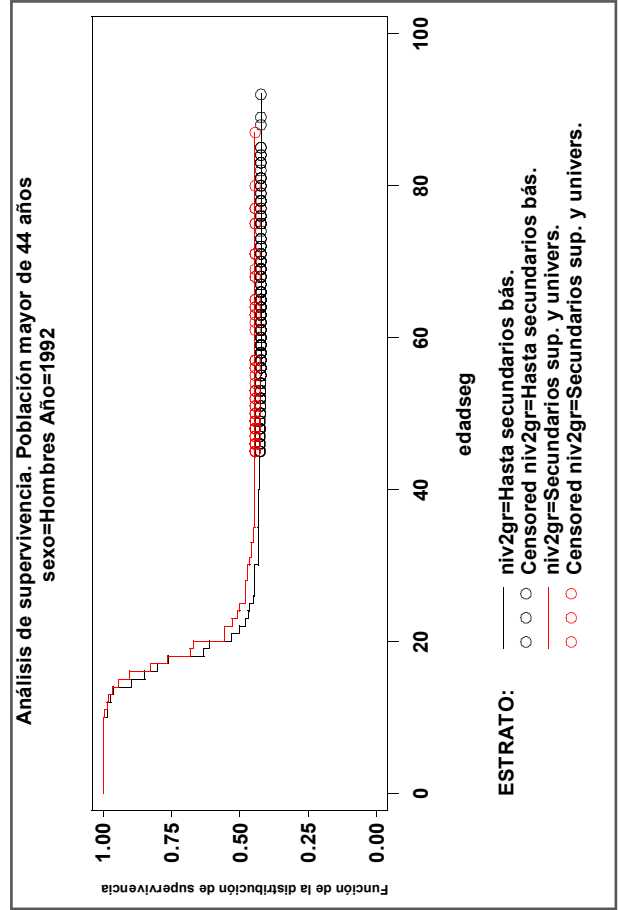
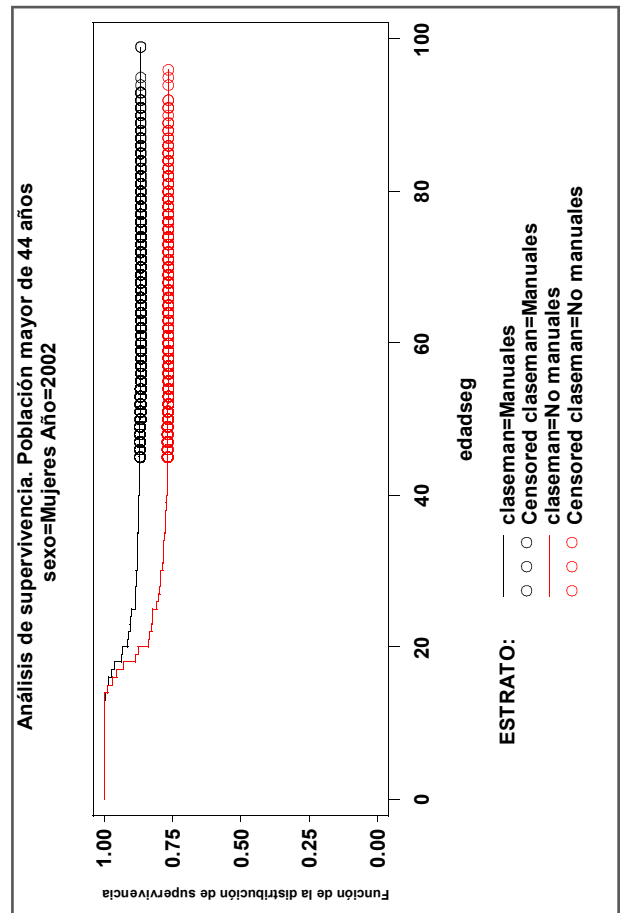
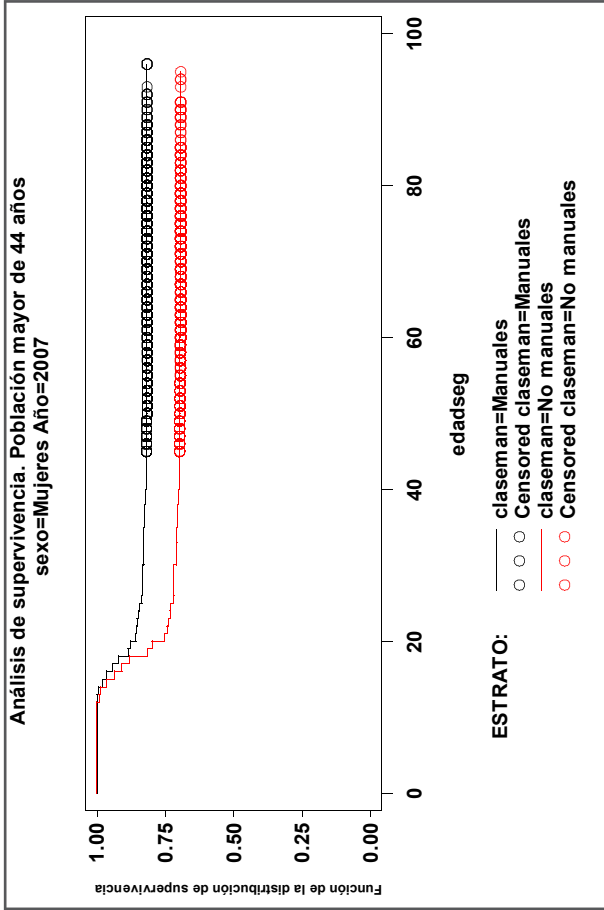
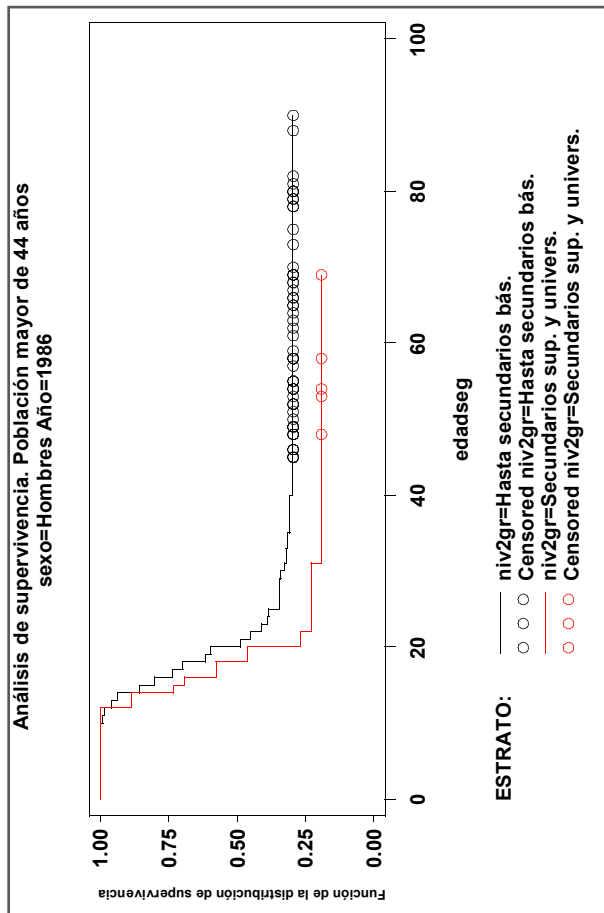


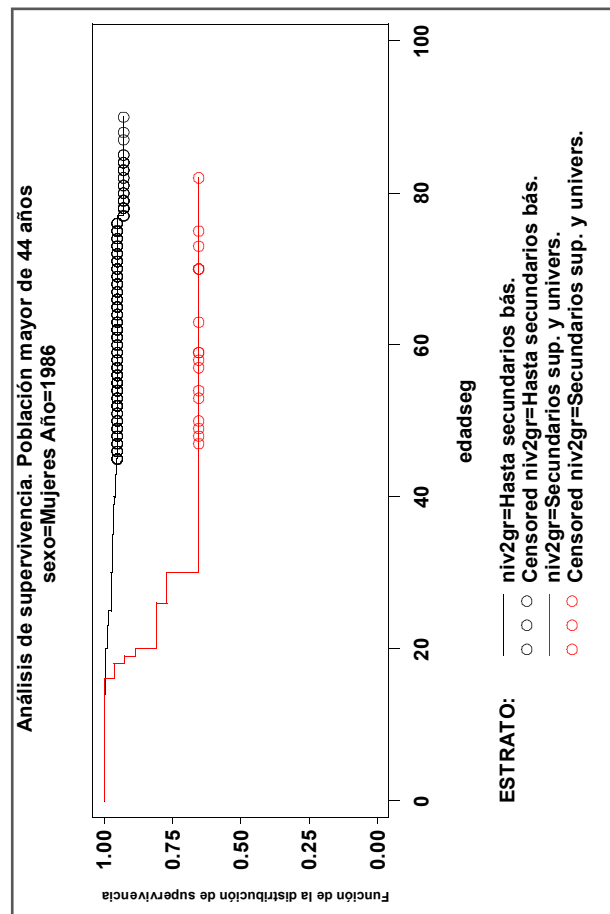
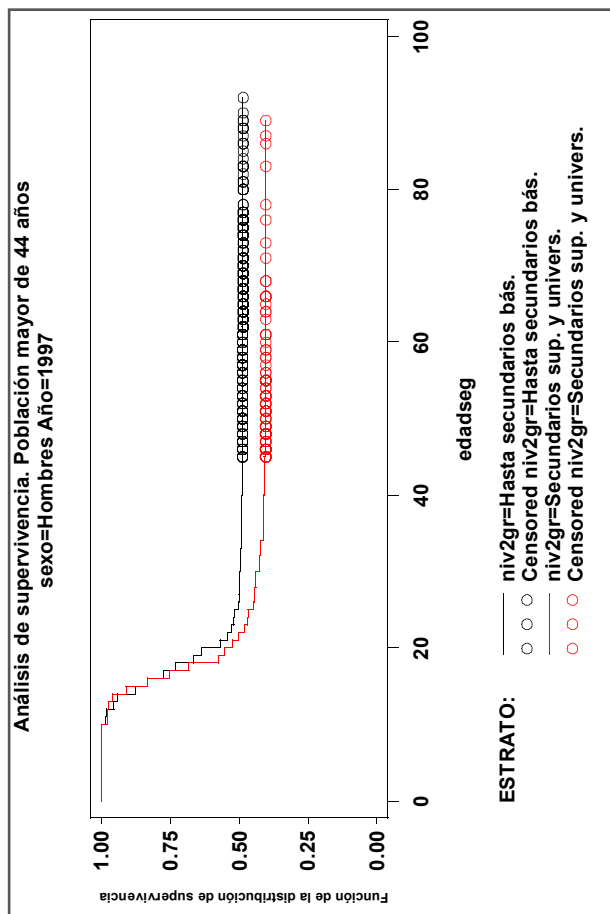
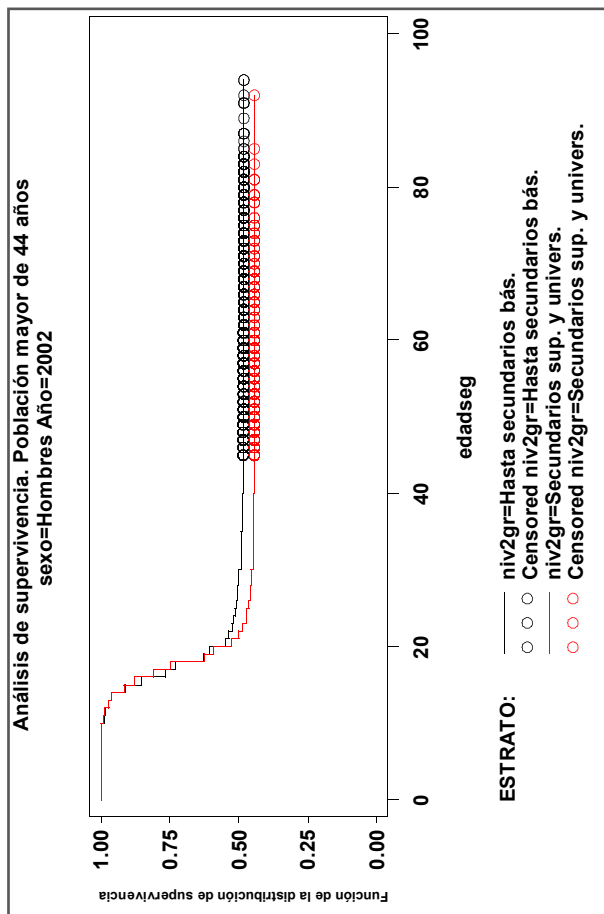
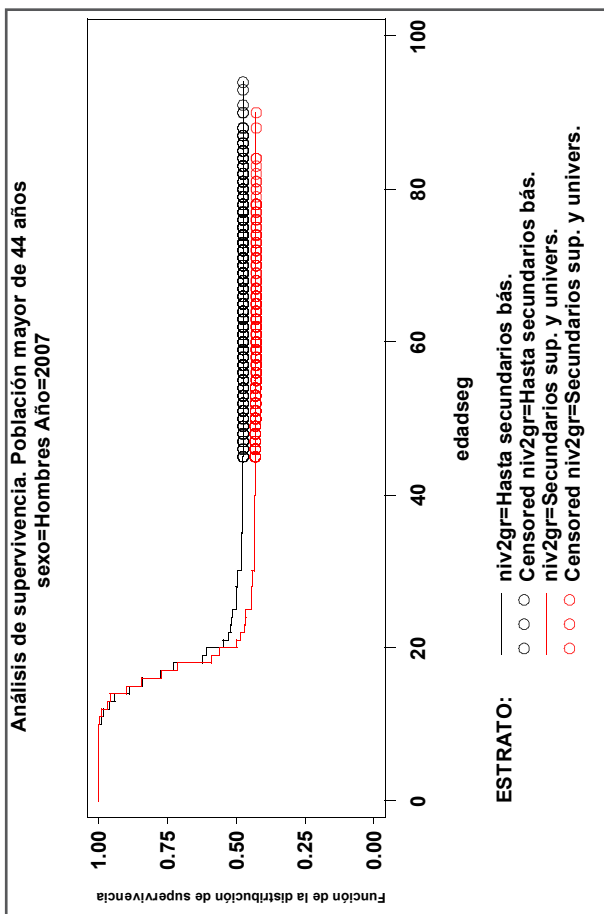


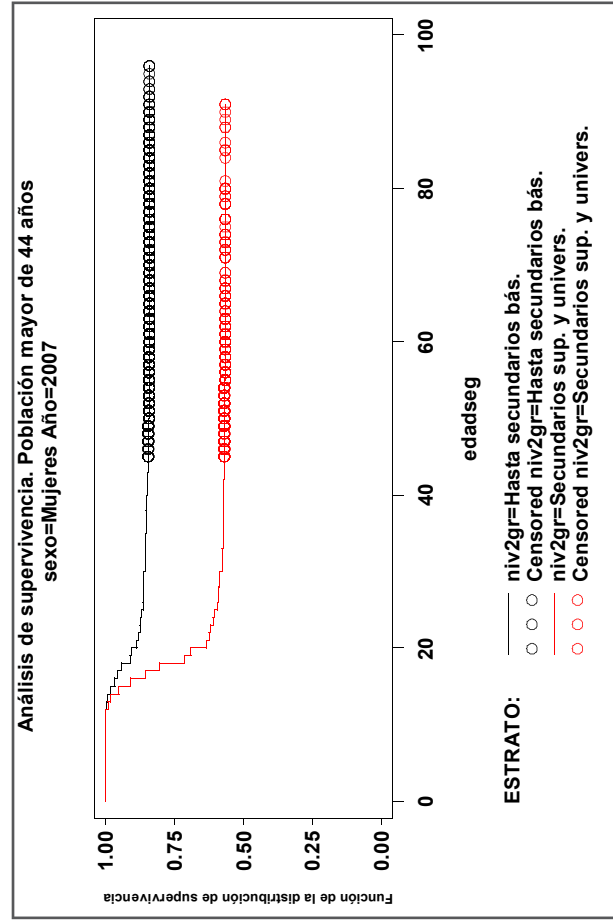
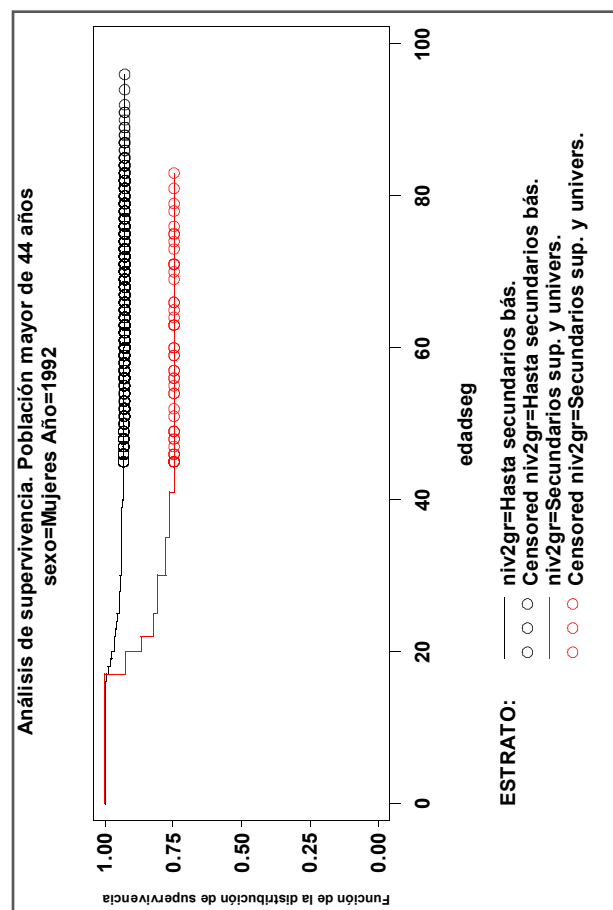
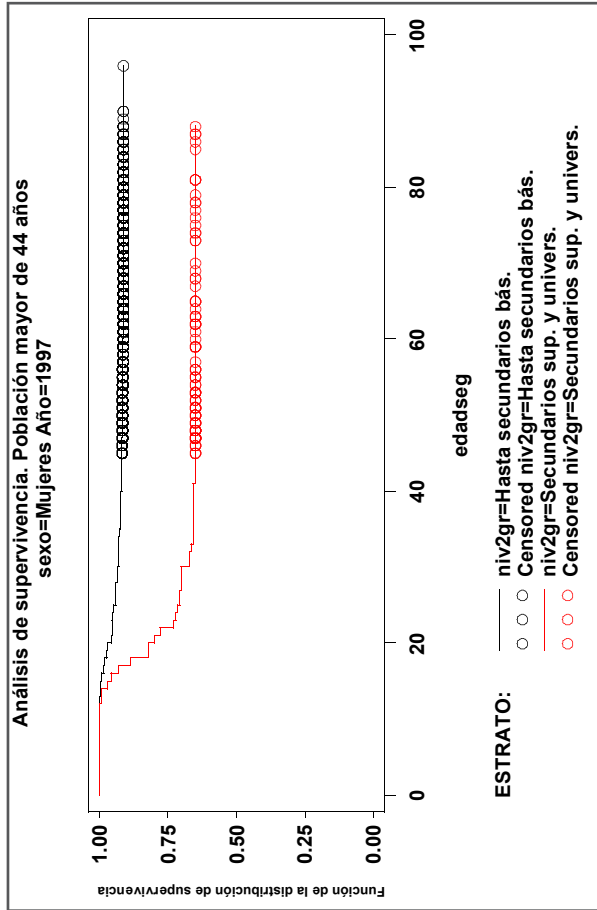
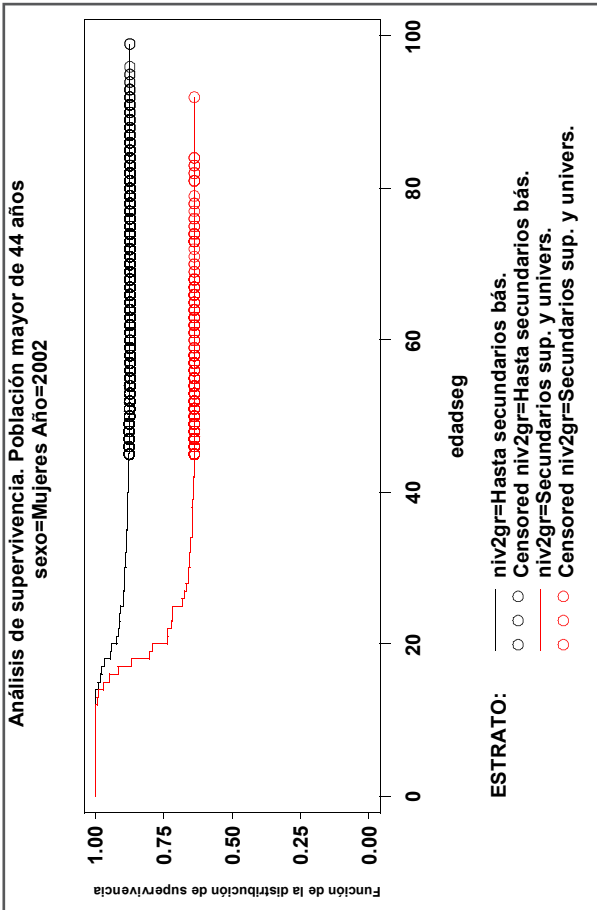














DISCUSIÓN

El objetivo principal de esta tesis ha sido analizar la magnitud y evolución de las desigualdades socioeconómicas en el consumo actual de tabaco, el inicio y la cesación, así como en la exposición al humo ambiental del tabaco en un periodo de 21 años (1986-2007) en la CAE. A diferencia de la gran mayoría de estudios, que han centrado su atención en las desigualdades en la prevalencia del consumo (Schaap y Kunst, 2009), esta tesis ha realizado un diagnóstico sobre la evolución reciente de la epidemia del tabaquismo y su distribución socioeconómica desde un marco integral que ha aportado una visión comprehensiva de las interrelaciones que se producen en las dinámicas de inicio, mantenimiento del consumo y cesación.

5.1. ¿CUÁLES HAN SIDO LOS RESULTADOS PRINCIPALES DE ESTA TESIS?

Sobre la evolución del tabaquismo en la población general de la CAE

El consumo de tabaco ha disminuido de forma sostenida entre los hombres de la CAE mientras que en las mujeres parece que el pico del consumo ha sido superado en los últimos años. En los hombres, el descenso más acusado se ha producido entre los más jóvenes y los mayores de 65 años y, por el contrario, en las mujeres la reducción se ha limitado a las más jóvenes mientras que en las de 45 a 64 años, se ha incrementado de forma sostenida. Por primera vez en 2007, las mujeres jóvenes muestran prevalencias mayores de tabaquismo que los hombres jóvenes en la CAE. La intensidad del consumo, por su parte, ha sido superior en los hombres y su edad de inicio más temprana, si bien las diferencias entre sexos han ido progresivamente recortándose como consecuencia, sobre todo, de la disminución en los grupos de edad más jóvenes.

La proporción de personas que ha abandonado el hábito tabáquico ha ido progresivamente aumentando en la CAE y ha estado concentrada en las edades mayores tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, los intentos de cesación se han reducido en los hombres y ha aumentado, por el contrario, el porcentaje de fumadores empedernidos. En las mujeres se aprecia un incremento de la proporción de aquéllas que sí les gustaría dejarlo aunque no lo hayan intentado. En relación al consejo antitabaco y la deshabituación tabáquica realizados en la consulta de atención primaria, se ha observado, por una parte, un aumento relevante del consejo de 2002 a 2007, que fue más frecuente entre las mujeres en 2007 y aumentó en ambos años claramente con la edad. Por otra, la deshabituación tabáquica fue, en términos generales, más recuente en los hombres aunque en las edades más jóvenes lo fue entre las mujeres.

Respecto a la exposición al humo ambiental del tabaco (HAT), entre 2002 y 2007 los espacios libres de humo se han incrementando en la CAE. Tanto en el hogar, como en el lugar de trabajo y los lugares cerrados las mujeres están menos expuestas al HAT y la exposición disminuye, en términos generales, con la edad. Sin embargo, en 2007 sigue siendo elevada la proporción de personas que sufren diariamente o con mucha frecuencia el tabaquismo pasivo, especialmente entre los hombres en los lugares cerrados como bares y restaurantes.

Sobre la evolución de las desigualdades sociales en el tabaquismo en la población de la CAE

La evolución de la epidemia del tabaquismo ha seguido en los países desarrollados un marcado patrón diferencial por grupos de edad y sexo, lo que ha hecho necesaria la realización del análisis de las desigualdades sociales en dos grandes grupos de edad,

de 25 a 44 años y mayores de 45, de forma que se evidencien adecuadamente sus peculiaridades.

Comenzando con los hombres jóvenes, su consumo de tabaco ha descendido de 1986 a 2007 en ambas clases sociales y niveles de estudios, si bien el descenso ha sido más acusado entre aquéllos de posición socioeconómica más aventajada, con lo que las desigualdades sociales en el consumo han ido en aumento a lo largo del periodo, especialmente por nivel de estudios. En las mujeres, se observa un cambio de patrón que a partir de 2002 se ha traducido en un mayor consumo tanto en las de clase manual como las de nivel de estudios inferior, con desigualdades significativas por nivel de estudios. En relación a las desigualdades en la intensidad del consumo, en los hombres el porcentaje de los que fumaban más de quince cigarrillos ha sido, en términos generales, superior en los grupos sociales más desaventajados, con desigualdades crecientes según la clase social a partir de 2002 y decrecientes según el nivel de estudios. En las mujeres, por el contrario, no se observan desigualdades claras al respecto, si bien parece que en 2007 la intensidad del consumo es superior entre las de posición social más desaventajada, sin que las desigualdades sean estadísticamente significativas.

El inicio en el consumo a lo largo de la vida ha ido decreciendo en los hombres, especialmente en los grupos más favorecidos, de forma que las desigualdades han ido aumentando progresivamente. A partir de 2002, tanto aquéllos de nivel de estudios inferior como de clase social manual tuvieron un riesgo significativamente superior de comenzar a fumar. En las mujeres, el cambio de patrón evidente que se observaba en el consumo habitual de tabaco no se refleja aún en el inicio en algún momento de la vida, si bien a partir de 2002 ya son aquéllas de posición socioeconómica más desfavorecida las que se han iniciado ligeramente más en el consumo, especialmente por nivel de estudios. En relación a la edad de inicio del consumo, ésta ha sido claramente más temprana entre los hombres con menor nivel de estudios y las desigualdades han ido creciendo hasta 2007, mientras que la clase social no estableció desigualdades tan evidentes. En las mujeres, se reprodujo, en términos generales, el esquema de la población masculina.

Respecto a la cesación, el patrón de las desigualdades no ha sido claro en hombres, aunque a partir de 2002 se aprecia que el abandono se empieza a concentrar en los de clase no manual y de niveles de estudios superiores, con desigualdades significativas en 2007 por clase social. En las mujeres, por su parte, el patrón es más claro ya que a partir de 1997 las mujeres de clase social no manual y de nivel de estudios superior abandonan con mayor frecuencia el hábito, con desigualdades que son significativas por nivel de estudios en 2002 y 2007. Por su parte, las probabilidades de intentar abandonarlo no siguen ninguna tendencia concreta y las diferencias, en ningún caso, son estadísticamente significativas. Sí se observan desigualdades, por el contrario, en la distribución de la población fumadora empedernida a partir de 2002 en los hombres,

mientras que no se aprecia un patrón socioeconómico claro a lo largo el tiempo en las mujeres.

En relación al consejo antitabaco en atención primaria, se produjo un aumento del mismo en todos los grupos sociales de 2002 a 2007 especialmente entre los más desfavorecidos, en los que fue más frecuente en 2007, aunque las desigualdades fueron estadísticamente significativas sólo en las mujeres según el nivel de estudios. La deshabituación, por su parte, fue ligeramente superior en los hombres fumadores más desfavorecidos, aunque las desigualdades no fueron significativas en el conjunto de quintiles. En las mujeres, por el contrario, no se observó un patrón claro.

Por su parte, en la población mayor de 44 años, el consumo de tabaco ha descendido en los hombres desde 1986 en todos los grupos socioeconómicos, aunque éste ha sido más pronunciado entre los de clase no manual y mayor nivel de estudios que mostraban valores superiores hasta 1997. En las mujeres, se observó un aumento constante del tabaquismo de 1986 a 2007, más pronunciado entre aquéllas de nivel socioeconómico superior, con lo que la distancia entre ambos grupos se ha ido reduciendo. La intensidad del consumo fue superior, en términos generales, en la población masculina más desfavorecida, con desigualdades ligeramente crecientes desde 1997. En las mujeres, el patrón socioeconómico no fue claro, aunque en 2007 la intensidad del consumo fue superior en la clase manual y nivel de estudios inferior. Sólo en los hombres según su clase social se observaron desigualdades estadísticamente significativas en la intensidad del consumo.

Respecto al inicio del consumo en algún momento de la vida, éste ha ido descendiendo a lo largo del tiempo en los hombres, mientras que en las mujeres se ha ido incrementando constantemente. En ellos, no se han observado desigualdades relevantes por nivel socioeconómico y su riesgos de comenzar a fumar por clase social o nivel de estudios no han sido en ningún caso estadísticamente significativo. En las mujeres, por el contrario, se observa un mayor inicio en los grupos más favorecidos, con desigualdades significativas pero decrecientes de 1986 a 2007.

En relación a la edad de inicio, en los hombres no se aprecian cambios ni existen desigualdades por nivel socioeconómico, aunque el cálculo de las diferencias entre las medias según la variable resumen de posición socioeconómica indica una edad de inicio significativamente más temprana entre los de clase social manual en 2007. En las mujeres, sin embargo, se observa un descenso continuado de la edad de inicio, que tiende a ser algo inferior entre las más favorecidas, si bien en ningún caso se observan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

Las desigualdades sociales en la cesación han ido aumentando en la población masculina mayor de 44 años a lo largo de los años de forma que se ha ido concentrando progresivamente en los grupos más desfavorecidos, especialmente según el nivel de

estudios. En las mujeres, al comienzo del periodo eran las más desfavorecidas las que cesaban significativamente en mayor proporción, si bien las desigualdades han ido disminuyendo y ya durante los últimos años del periodo parecen haber desaparecido por clase social.

Por su parte, el consejo médico para abandonar el hábito no se distribuyó según un patrón socioeconómico claro y en ningún caso se observaron desigualdades estadísticamente significativas entre los grupos. La deshabituación tabáquica, por el contrario, sí fue significativamente superior en los hombres de los quintiles más desfavorecidos, mientras que en las mujeres no se observó un patrón claro, aunque las de quintil más desfavorecido mostraron la menor proporción de fumadoras en deshabituación.

En conclusión, se podría afirmar que la interacción entre el género, la edad y el nivel socioeconómico parece situar en la actualidad a los hombres y mujeres de la CAE en diferentes etapas de la evolución de la epidemia del tabaquismo, que conllevan diferencias en la magnitud y sentido de las desigualdades en su consumo, así como un papel específico de las dinámicas de inicio y cesación en la generación de dichas desigualdades:

- Las mujeres mayores de la CAE serían las que se situarían en una etapa más retrasada de la epidemia, con un consumo aún creciente y unas desigualdades socioeconómicas inversas. El papel fundamental lo ha jugado el mayor inicio de las más aventajadas, que no ha sido compensado por una cesación que también ha sido superior en ellas a lo largo del periodo. En los próximos años, debido a que el inicio de las mujeres más desaventajadas está creciendo con mayor intensidad, se espera un cambio en su patrón hacia un mayor consumo entre las más desfavorecidas.
- Los hombres mayores y las mujeres jóvenes se situarían en una posición intermedia en el modelo de la difusión de la epidemia. En los primeros, el consumo ha pasado a ser más frecuente entre los más desfavorecidos durante los años de estudio. La generación de este patrón desigual se debe, fundamentalmente, a la mayor cesación de los grupos más aventajados ya que, en cambio, el inicio del consumo ha sido similar en los diferentes grupos socioeconómicos a lo largo del periodo. Las mujeres jóvenes se encontrarían ligeramente más avanzadas en el proceso, con un consumo que es ya marcadamente más elevado entre aquéllas de nivel socioeconómico más desfavorecido. Ello se debe, en gran parte, a una mayor cesación entre las más favorecidas pero también a un ligero mayor inicio en los últimos años de las mujeres más desaventajadas.
- Los hombres jóvenes de la CAE se sitúan en la posición más adelantada en la epidemia del tabaquismo, con unas desigualdades en el consumo muy evidentes

desde los primeros años del periodo de estudio. Además de una mayor cesación entre los más aventajados, el papel fundamental en la generación de las desigualdades en el consumo lo ha jugado el mayor inicio entre los grupos más desaventajados, debido al mayor descenso registrado entre los más aventajados a lo largo de los años. En los próximos años, previsiblemente el consumo de tabaco se irá concentrando cada vez más en los grupos socioeconómicos más desfavorecidos.

Por último, en relación a la exposición al HAT, en la población joven ésta ha sido superior en el hogar en los grupos socioeconómicos más desfavorecidos, con una tendencia a la disminución entre 2002 a 2007. No se aprecian, en cambio, desigualdades relevantes en la población mayor. En los lugares cerrados como bares y restaurantes, se observa una situación diferente según el grado de exposición: la ausencia de la exposición es más frecuente en los grupos socioeconómicamente más desfavorecidos, como consecuencia probablemente de su menor frecuentación de estos lugares, tanto en la población mayor como en la joven. Sin embargo, la exposición diaria o muy frecuente se concentró también en los hombres jóvenes de clase social manual y nivel de estudios inferior, con unas desigualdades que tendieron a disminuir ligeramente. En las mujeres jóvenes y la población mayor, la exposición diaria fue, sin embargo, algo más frecuente en los grupos más favorecidos, con una tendencia al aumento de la distancia entre grupos de 2002 a 2007. Por último, en relación a la exposición al HAT en los lugares de trabajo, los resultados han mostrado que, con pocas excepciones, los grupos más favorecidos trabajan más frecuentemente en lugares libres de humo y que las desigualdades han aumentado según el nivel de estudios en ambos sexos de 2002 a 2007, mientras se han reducido en las mujeres según la clase social.

5.2. ¿CÓMO SE RELACIONAN ESTOS RESULTADOS CON OTROS ESTUDIOS DEL CONTEXTO ESTATAL E INTERNACIONAL?

En comparación con el consumo de tabaco en los países del entorno, los hombres de la CAE se situaban en 2007 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, o anglosajones. Las mujeres se situaron en una posición intermedia, con un consumo superior a algunos países del norte de Europa pero más bajo que los países anglosajones. En relación a otros países del sur de Europa, las mujeres de la CAE únicamente fumaron menos que las griegas alrededor de 2007 (WHO, varios años).

Respecto a la evolución del tabaquismo, los resultados de este estudio son coherentes con lo descrito en el contexto español en los últimos años sobre el descenso del consumo entre los hombres y el mantenimiento en las mujeres (Villalbí et al., 2009; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008). A nivel internacional, este patrón es compartido por otros países del sur y centro de Europa (Rohrmann et al., 2003; Gallus

et al., 2003). Se trata de una situación intermedia entre países como Portugal, con un consumo de tabaco bajo pero ascendente en la población femenina (Precioso et al., 2009) y países del norte de Europa, inmersos en la última etapa de la epidemia del tabaquismo, en los que el consumo de tabaco ha comenzado claramente a descender (Boström, 2006).

La caída del consumo entre las mujeres hasta 44 años desde 1997 en la CAE, hace pensar que ya se avanza hacia la última etapa de la epidemia del tabaquismo en la población más joven, tal y como ocurre en otras poblaciones del contexto español, aunque quizás en la CAE de forma ligeramente más adelantada en el tiempo (Villalbí et al., 2009). Los análisis históricos de la evolución del consumo de tabaco por cohortes de nacimiento realizados en España hasta 2000 (Fernández et al., 2003b; Jiménez, 2007) permiten prever, además, que el consumo seguirá descendiendo en los próximos años, al menos entre las mujeres de 25 a 44, debido a la incorporación de generaciones con un menor inicio en el consumo que la de 1960-1969, que protagonizó los consumos más elevados. Por su parte, el aumento del consumo entre las mujeres de 45 a 64 años descrito en la CAE coincide con los resultados de otros estudios en España (Villalbí et al., 2009) relacionado, en parte, con la incorporación de mujeres pertenecientes a cohortes progresivamente más fumadoras, particularmente aquéllas nacidas a partir de 1940. En los próximos años, este consumo se prevé que siga aumentando, debido a que las mujeres cercanas a la cohorte de 1960-1969 engrosarán este grupo de edad. Asimismo, el consumo entre las mayores de 65 años, muy poco relevante a lo largo de estos años, también se incrementará a más largo plazo con la llegada de generaciones que tuvieron un inicio en el consumo progresivamente más intenso.

El mayor consumo de las mujeres más jóvenes respecto a los hombres descrito en la CAE, no se había producido todavía en otras poblaciones del estado alrededor de 2007, aunque sí se habían reducido ya de forma relevante las diferencias tradicionales en el consumo entre ambos sexos (Villalbí et al., 2009; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).

En relación a las desigualdades en el tabaquismo y su evolución en el tiempo, los resultados son coincidentes con multitud de estudios que muestran cómo en la población masculina joven de otros países de Europa, el tabaco también se ha ido concentrando progresivamente en los grupos socioeconómicos más desfavorecidos (Huisman et al., 2005; Schaap et al., 2008; Huisman et al., 2005b), mientras que en los hombres mayores se ha observado un patrón más retrasado, con desigualdades claras únicamente al final del periodo, tal y como ha ocurrido en otros países con un gradiente socioeconómico en el consumo menos fuerte e incluso contrario como en Portugal alrededor de los años noventa (Caavelars, 2000; Huisman, 2005). Las desigualdades en los hombres de todas las edades han ido, además, aumentando con el tiempo, tal y como se recoge en las etapas más avanzadas de la epidemia del tabaquismo López

et al., 1994), lo cual ya se venía observando en otros países del norte de Europa (Giskes et al., 2005). Datos publicados en el estado español así como en otros países del sur de Europa, confirman los resultados sobre la progresiva concentración del consumo en grupos desfavorecidos y el aumento de las desigualdades, especialmente en los más jóvenes (Regidor et al., 2001; Villalbí et al., 2004; Federico et al., 2004) o en la población en su conjunto (Daponte et al., 2009; Nebot et al., 2004; Paluzie et al., 2001; Faggiano et al., 2001), con datos hasta comienzos de la década de 2000. En relación a la intensidad del consumo, otros estudios confirman el mayor consumo medio de cigarrillos entre los hombres y mujeres de grupos más desfavorecidos (Chilcoat, 2009; Boback et al., 2000).

Por su parte, el cambio de patrón observado en las mujeres jóvenes de la CAE hacia un mayor consumo entre las más desfavorecidas es compartido por las mujeres de otros países del sur de Europa (Schaap et al., 2008; Federico et al., 2004), que claramente hasta la década de los ochenta (Graham, 1996) y aún durante los noventa mostraban un gradiente inverso (Huisman et al., 2005; Caavelars et al., 2000) y prevalencias de consumo crecientes (Graham, 1996). Ya a comienzos del nuevo siglo, se mostró que, con la excepción de Portugal, en la mayor parte de los países europeos, el consumo de tabaco se concentraba claramente en las mujeres jóvenes de menor nivel de estudios (Schaap et al., 2009). En el contexto español, se ha descrito un aumento similar del consumo hasta 1997 en las más desaventajadas, mientras que los datos de la CAE sugieren un comienzo más temprano del descenso del consumo entre las de posición socioeconómica superior que dieron inicio al cambio de patrón (Regidor et al., 2001). Datos para el conjunto de la población de mujeres indicaron a comienzos de 2001 el descenso de las de clase social más aventajada (Daponte et al., 2009; Villalbí et al., 2004; Paluzie et al., 2001). En relación al patrón inverso de las mujeres mayores, que son las que con mayor retraso están recorriendo las etapas de la epidemia, éste es compartido con otros países europeos, especialmente del sur (Huisman et al., 2005), aunque también del norte, con la única excepción de las mujeres inglesas (Schaap et al., 2009). En Barcelona, con datos de 2000, también se confirmó este mayor consumo entre las más favorecidas (Villalbí et al., 2004). Las desigualdades, han ido decreciendo en el periodo tal y como también se ha descrito para el caso italiano (Federico et al., 2004; Faggiano et al., 2001).

En relación a las desigualdades en el inicio del consumo, un estudio con datos de Catalunya concluyó que, a mediados de los noventa, en los hombres se observaba un menor inicio del consumo a medida que aumentaba el nivel educativo, especialmente en los mayores de 45 años, lo cual contrastó con la situación de la CAE, donde las desigualdades eran evidentes entre los jóvenes y no existían en los mayores (Fernández et al., 2001). En las mujeres, el mayor inicio entre las de mayor nivel de estudios se dio en todos los grupos de edad, a diferencia de los resultados para la CAE, que mostraron un inicio similar entre clases en las mujeres jóvenes. Estudios retrospectivos que han calculado las tasas de inicio desde 1948 a 1992 en España y Catalunya

(Schiaffino et al., 2003; Borrás et al., 2000) resultan de interés para comprender los datos de la CAE de 1986 a 2007: en los años 1968-1972, las tasas de inicio en los hombres eran similares según su nivel de estudios mientras que progresivamente fueron aquéllos de menor nivel educativo los que comenzaron a iniciarse en mayor proporción. Por su parte, el inicio en las mujeres fue irrelevante hasta comienzos de la década de los sesenta y fue, desde entonces y hasta los ochenta, cuando las mujeres más favorecidas protagonizaron las tasas de inicio más elevadas, tal y como se veía para la población joven en 1986 y 1992 y para la población mayor en 2007 en los resultados de esta tesis. A partir de 1978, en el conjunto del estado pasaron a ser las mujeres de peor posición socioeconómica las que tuvieron unas tasas de inicio más elevadas, que se reflejaron años más tarde en la población joven en los años 2002 y 2007 aproximadamente en la CAE (Schiaffino et al., 2003). Con cierto adelanto en el tiempo, otros estudios realizados en Italia (Federico et al., 2007) y Francia (Legleye et al., 2011) parecen mostrar el mismo proceso histórico del cambio en las tasas de inicio según el nivel socioeconómico.

Por su parte, los patrones desiguales observados en esta tesis sobre la cesación coinciden y toman el relevo a la evolución histórica descrita por Schiaffino et al. desde 1965 a 2000 en España, mostrando un progresivo crecimiento de las desigualdades en la cesación hasta comienzos de la década de 2000 en las mujeres de 20 a 50 años y una falta de patrón claro en los hombres de la misma edad, tal y como se veía en los primeros años de evolución de los datos para la CAE. Por el contrario, estos resultados contrastarían con los hallados en esta tesis para los hombres mayores en los que, a diferencia de este estudio, la cesación habría sido superior desde finales de la década de los noventa entre los de posición socioeconómica más favorecida (Schiaffino et al., 2007). Con datos relativos al periodo 1987-1997, otros estudios han mostrado resultados coincidentes en el caso de las mujeres de ambos grupos de edad y los hombres mayores, pero, en cambio, un patrón de mayor desigualdad en la cesación en los hombres jóvenes (Fernández et al., 2001b). Con datos del mismo periodo, otro estudio mostró resultados similares para los grupos de edad comparables con esta tesis durante la década de los noventa (Regidor et al., 2001; Fernández et al., 2001). En Italia se mostraron desigualdades en la cesación tanto en hombres como en mujeres (Federico et al., 2007; 2009; Fernández et al., 1997), mientras que en Francia se observaron únicamente en las mujeres (Legleye et al., 2011).

Tal y como se ha observado en la CAE, otros estudios también han mostrado que las desigualdades en la cesación no parecen poder explicarse por una desigual distribución de los intentos de abandono, sino por el éxito de los mismos (Willemsen et al., 1996; Clark et al., 1998). Asimismo, se ha descrito que una recaída en el consumo más frecuente tras el abandono en los grupos más desfavorecidos podría constituir un factor importante en la explicación de las desigualdades en la cesación (Fernández et al., 2006b; Kotz y West, 2009). La inexistencia de desigualdades en el consejo antitabaco realizado desde Atención Primaria en la CAE o su mayor frecuencia en la

población más desfavorecida difiere con lo hallado en Barcelona donde, si bien no se observaron desigualdades en los hombres, sí existieron en las mujeres (Daban et al., 2007). Otros estudios realizados en el Reino Unido parecen no mostrar resultados consistentes al respecto (Murray et al., 2009).

En relación a la población fumadora empedernida, los estudios publicados con datos del sur de Europa tienden a mostrar una ausencia de patrón socioeconómico claro, tal y como se veía también en los resultados de esta tesis para las mujeres (Ferketich et al., 2009; Tavolacci et al., 2009). Sin embargo, estudios realizados en el Reino Unido y Noruega mostraron una mayor concentración de esta población en los grupos socioeconómicos más desfavorecidos, lo cual podría relacionarse con que se encuentren en una fase más avanzada de la epidemia del tabaquismo (Jarvis et al., 2003; Sorg et al., 2011; Augustson et al., 2008). Se ha descrito que la edad de inicio y la cantidad de cigarrillos fumados también mostraron una clara asociación con la población fumadora empedernida (Jarvis et al., 2003; Ferketich et al., 2009).

Respecto a la exposición al HAT, parece que los resultados de esta tesis contrastan con otros estudios que han descrito un aumento de las desigualdades en la exposición en el hogar en los últimos años. Sin embargo, concuerdan con el aumento de las desigualdades en la exposición diaria en los lugares de trabajo, debido a una mayor reducción en las clases más favorecidas observada también en Barcelona (Manzanares-Laya et al., 2011).

Por último, merece la pena comentar aquellos estudios que han realizado un análisis integrado sobre el papel que las desigualdades en los patrones de inicio y cesación han tenido en la generación de las desigualdades en el consumo de tabaco: Un análisis sobre tres generaciones en Italia, destacó que, tal y como se veía para la CAE, en los hombres jóvenes la distribución desigual del inicio constituyó el factor fundamental para entender el aumento de las desigualdades en el consumo. En las mujeres se observó también un patrón similar con desigualdades incipientes en el inicio del consumo en las más jóvenes y claras desigualdades en la cesación (Federico et al., 2007). Un estudio con datos de Holanda mostró patrones que, en términos generales, eran similares para los hombres y mujeres, aunque no distinguió entre grupos de edad (Nagelhout et al., 2012). En EEUU, se destacó especialmente la relevancia de la cesación desigual y, en el caso de los hombres, también el inicio, con datos de la década de los setenta y ochenta (Pierce et al., 1989)

En relación a la relevancia o peso de cada una de las dos variables de posición socioeconómica utilizadas en esta tesis como determinantes sociales del tabaquismo, en términos generales se podría decir que en la población joven el nivel de estudios ha marcado desigualdades más relevantes, especialmente en el consumo habitual de tabaco, el inicio del consumo y la cesación entre las mujeres. Esta situación coincide parcialmente con lo descrito por Schaap et al. al afirmar que el nivel educativo era la

variable que con mayor fuerza se asociaba al consumo de tabaco en la población joven del norte y sur de Europa, mientras que en la población mayor lo eran otras variables como la clase social ocupacional o la renta (Schaap et al., 2008). La especial relevancia del nivel de estudios como eje de desigualdad en el consumo de tabaco en las poblaciones jóvenes puede estar relacionada, por una parte, con una clase social aún no definitivamente adquirida y, por otra, por la influencia especialmente relevante que puede tener el conocimiento sobre los riesgos asociados al consumo de tabaco (Siahpush et al., 2006) en la reducción de la probabilidad de inicio del mismo (Layte y Whelan, 2009). Por su parte, en la población mayor de la CAE parece que el nivel de estudios es menos relevante en la descripción de las desigualdades en el tabaquismo y, en cambio, la clase social aumenta su peso, lo cual concuerda con que esta última constituya un eje de estratificación social de mayor relevancia que el nivel de estudios, por la gran proporción en este grupo de edad de población con estudios bajos o sin estudios, que se ha descrito en los resultados de esta tesis.

5.3. ¿QUÉ LIMITACIONES HA TENIDO ESTA TESIS?

Esta tesis representa el primer estudio, con datos de base poblacional, que ha analizado la evolución del consumo de tabaco en un periodo superior a 20 años en el sur de Europa, desde una perspectiva integral que ha tratado de entender el papel que han jugado las desigualdades en el inicio y la cesación, utilizando más de un indicador socioeconómico. Además, en sus análisis, ha incorporado el uso de medidas resumen como el índice relativo de desigualdad y otras medidas de impacto poco utilizadas como la versión absoluta de la prevalencia de tabaquismo atribuible a las desigualdades y análisis de supervivencia aplicados al consumo de tabaco. Estas fortalezas, sin embargo, vienen acompañadas de una serie de limitaciones que, junto a las estrategias para su gestión, han de ser tenidas en cuenta para valorar sus implicaciones. Éstas harán referencia a aspectos metodológicos como conceptuales.

Limitaciones metodológicas

La investigación se ha basado en un diseño transversal, lo que no permite establecer relaciones de causalidad entre la posición social y el consumo de tabaco, ya que ambas variables son medidas en el mismo momento temporal. Sin embargo, a la hora de explicar la relación entre la posición social y el hábito tabáquico, lo más plausible es que la posición social tenga un efecto sobre el consumo de tabaco, sobre todo en el mantenimiento y cesación, así como en la exposición pasiva al humo.

El uso de preguntas retrospectivas sobre el inicio y la cesación del consumo ha permitido complementar esta visión transversal, contando con información relativa a las biografías de consumo. Sin embargo, el uso de este tipo de preguntas, como la edad de inicio en el consumo, puede estar afectado por sesgos de recuerdo, sobre

todo en las personas mayores, aunque se ha descrito que éste no es relevante (Gilpin et al., 1994). Además, este tipo de diseño basado en información retrospectiva puede conllevar sesgos derivados de la diferente supervivencia de la población fumadora y no fumadora, así como entre personas de diferentes posiciones sociales (Departamento de Sanidad, 2005). Ello infraestimaría levemente la prevalencia de inicio del consumo y aumentaría la edad de inicio debido a la relación inversa entre la mortalidad de las personas fumadoras y su edad de inicio. Además, podría subestimar levemente la magnitud de las desigualdades.

Otra limitación tiene que ver con el uso de información auto declarada. En la medida en que el consumo de tabaco sea concebido como un hábito socialmente no deseado o estigmatizante, su medición a través de la auto declaración podría llevar a su infraestimación. Además, este hecho puede introducir un sesgo en la medición de la evolución del tabaquismo en tanto que la consideración social del consumo de tabaco puede haber variado a lo largo del periodo analizado. Sin embargo, se ha demostrado que la recogida de información sobre tabaquismo a través de la auto declaración es, en términos generales, válida (Caraballo, et al., 2001; Van Loon et al., 2003), sobre todo a la hora de clasificar a las personas según el consumo de tabaco y algo peor a la hora de medir el número de cigarrillos (Fernández et al., 1999) ya que existe una tendencia al redondeo (Klesges et al., 1989). El sesgo derivado de la información auto declarada, puede, además, variar según la edad, la etnia o el nivel de estudios (Caraballo et al., 2001; Patrick et al., 1994), lo que influiría en el análisis de las desigualdades sociales. Sin embargo, la infradeclaración del consumo de tabaco por nivel de estudios ha mostrado resultados inconsistentes (Klesges et al., 1992; Wagenknecht et al., 1992; Van Loon et al., 2003), por lo que no es previsible que el uso de información auto declarada haya afectado a la descripción de las desigualdades en esta tesis de manera significativa. De hecho, es muy probable que la ESCAV ofrezca estimaciones válidas del consumo de tabaquismo, debido a la coincidencia de las prevalencias de consumo de tabaco con las obtenidas a partir de la historia clínica digital de Osakidetza, Osabide-AP, también utilizada en esta tesis (Bacigalupe, 2012).

En relación a la medición de la exposición al humo del tabaco, su medida poblacional a través de encuestas de salud, aunque puede conllevar una ligera infraestimación (Haley et al., 1989) y problemas de comparabilidad (IARC, 2008; Nebot et al., 2011), ofrece estimaciones razonablemente válidas (Nebot et al., 2011). Además, esta es la única fuente de datos con la que se cuenta en la CAE para analizar el cambio producido en la exposición al HAT en los últimos años y valorar, tal y como ha realizado esta tesis, el efecto de intervenciones poblacionales como la ley 28/2005. Sin embargo, es también importante tener en cuenta que la forma en la que se recoge la HAT tiene limitaciones en la ESCAV: por una parte, tampoco distingue entre diferentes lugares cerrados en los que se produce la exposición y, por otra, no permite distinguir adecuadamente entre aquellas personas que contestan no estar expuestas al HAT por no frecuentar dichos lugares de aquéllas otras que frecuentándolos efectivamente

afirman no estar expuestas. Este sesgo puede ser relevante en el caso de la población mayor, especialmente entre las mujeres, quienes, según otras fuentes, dedican menos tiempo diario en estos lugares en comparación con los hombres y con la población más joven (Eustat, 2006).

Asimismo, en la ESCAV no se recoge información sobre la edad de cesación del hábito tabáquico en la población ex fumadora, sino los años transcurridos desde el abandono, agrupados en intervalos amplios. Ello no permitió realizar análisis del cambio del tabaquismo según las generaciones ni la reconstrucción histórica de la epidemia del tabaquismo en la CAE, lo que dificultó una mejor comprensión de los efectos cohorte, edad y periodo en las tendencias descritas en los resultados. Sin embargo, esta limitación intentó ser compensada con el uso de los resultados para el caso español sobre reconstrucciones históricas del consumo, inicio y cesación (Schiaffino et al., 2003; 2007; Fernández et al., 2003; 2003b; Jiménez, 2007; Borrás et al., 2000) a la hora de interpretar las tendencias y prever la evolución de la epidemia del tabaquismo en la CAE.

A pesar de las limitaciones citadas en relación a las características del cuestionario de la ESCAV, son varias las fortalezas que presenta en relación a otras encuestas de salud. Así, por ejemplo, incorpora la información necesaria para el análisis de la población fumadora empedernida que, hasta donde se conoce, no se había realizado para el contexto español y apenas se ha hecho con perspectiva de desigualdad social en el contexto internacional.

Por su parte, la medición de la posición socioeconómica a partir de la clase social ocupacional de la persona de referencia, o cabeza de familia, también muestra limitaciones, debido a la asignación de clase de forma indirecta que se realiza al resto de miembros del hogar que pueden tener una clase social diferente o a las personas que por quedar fuera del mercado laboral no se les puede asignar ninguna clase social de forma directa, como las mujeres que trabajan en el hogar, la población estudiante o la jubilada. Este planteamiento metodológico se nutre de la base conceptual que subyace en los estudios clásicos de estratificación social, que tradicionalmente han considerado la familia como unidad de estratificación básica, bajo la hipótesis de que todos sus miembros comparten una misma posición de clase y que no existen conflictos de intereses entre los mismos. En el caso de las mujeres, se han mostrado ciertas variaciones que pueden producirse en el análisis de las desigualdades en salud según se utilice un indicador de clase social individual o de cabeza de familia (Borrell, 2004).

En esta tesis, sin embargo, además de la clase social, se ha utilizado el nivel de estudios y una medida ecológica de privación para el caso de la deshabituación tabáquica. Ello permitió, por una parte, compensar las limitaciones que el uso de la clase social tiene en determinadas poblaciones y, por otra, ofrecer otras medidas de posición

socioeconómica que amplíen la visión de las múltiples dimensiones relacionadas con la posición de las personas en la jerarquía social (Layte y Whelan, 2009).

Otro grupo de limitaciones se deriva del uso de la ESCAV del año 1986. En relación a la comparabilidad entre preguntas, hay que destacar que en 1986 la variable de consumo habitual de tabaco no consideró un mínimo de cien cigarrillos diarios fumados. Para hacerla comparable con el resto de años, a partir de las preguntas relativas a la cantidad fumada y la edad de comienzo del consumo, se estimó el número aproximado de cigarrillos fumados desde el comienzo del consumo. En relación a la medida de clase social, ésta se construyó en todas las ediciones en base a la ocupación, si bien en 1986 se midió únicamente a través de una pregunta abierta, mientras que a partir de 1992 se utilizaron tres preguntas sobre la relación laboral, el cargo o la categoría y el sector de actividad, lo que ha podido introducir variaciones en los resultados. Por último, el muestreo utilizado en la edición de 1986 fue ligeramente diferente y con un tamaño muestra inferior que en ediciones posteriores, lo que ha provocado que, sobre todo en mujeres, no haya sido posible analizar todas las variables de estudio. Sin embargo, contar con datos desde 1986 constituyó una de las principales fortalezas de esta tesis, permitiendo un análisis temporal superior a veinte años para la CAE, lo que justificó el esfuerzo de homogeneizar al máximo los datos de dicha encuesta con el resto.

Por último, es necesario considerar los efectos del muestreo complejo de la ESCAV que, al igual que la mayor parte de encuestas de salud, utiliza un diseño muestral que puede conllevar la infraestimación de los errores suponiendo un muestreo aleatorio simple. No se contó con la información necesaria para conocer la magnitud de esta limitación y poder calcular los errores muestrales teniendo en cuenta las características de ese diseño muestral. Sin embargo, análisis realizados con ediciones de la ESCAV en las que sí se ha contado con esa información han mostrado que el efecto diseño del muestreo de la ESCAV en 1997 y 2002 era pequeño y que a penas aumentaba el error muestral (Anitua et al., 1997; Martín et al., 2007).

Por su parte, el uso de la historia clínica informatizada para el análisis de la deshabituación tabáquica mostró también una serie de limitaciones que hay que considerar: por una parte, sólo toma en consideración a las personas en deshabituación en el sistema sanitario público, lo cual puede influir en la medición de las desigualdades, ya que las personas de mayor nivel socioeconómico pueden estar en mayor proporción participando en programas de deshabituación en el sistema privado de salud. La realización del análisis únicamente sobre la población de la provincia de Araba ha minimizado el alcance de esta limitación, con menor cobertura de atención sanitaria privada que el conjunto de la CAE, que alcanzó en 2008 un 17% de la población²³. Por

²³ Fuente: EUSTAT, 2008. Disponible en: http://www.eustat.es/elementos/ele0000000/ti_Entidades_de_Seguro_Libre_de_Asiistencia_Medico-farmaceutica_1993-2008/tbl0000080_c.html

otra parte, el registro informatizado realizado por los/as profesionales de AP no está exento de problemas y pueden cometerse errores de codificación. Sin embargo, se ha mostrado que la calidad de la codificación en las historias clínicas informatizadas de atención primaria ha mejorado notablemente en el ámbito de la CAE, tras diversas mejoras en el sistema y la puesta en marcha de mecanismos de control (Orueta et al., 2006). Por último, el enlace realizado a partir del número de identificación de cada paciente de su historia clínica con la información del nivel de privación de su sección censal de residencia también mostró algunos problemas, ya que no se enlazó adecuadamente para todos los individuos, sino el 93% de los casos y tampoco se recogió información sobre el consumo de tabaco para todas las personas, entre otras cuestiones, porque no todas habrían acudido a los servicios sanitarios en el año de recogida de los datos.

Sin embargo, el uso de la información sobre la historia clínica supuso una gran fortaleza en esta tesis ya que no se han encontrado estudios, al menos en el contexto español, que hayan utilizado estos registros para el análisis del tabaquismo y las desigualdades asociadas al mismo.

Limitaciones conceptuales

Existen, además, ciertas limitaciones de tipo conceptual o de planteamiento teórico en esta tesis que también merecen la pena ser tenidas en cuenta. Para comenzar, el análisis se hubiera enriquecido si se hubieran incluido variables relacionadas con las desigualdades de género, para realizar una verdadera integración con la perspectiva de la desigualdad socioeconómica (Artazcoz, 2004) para el análisis del tabaquismo. Asimismo, hubiera sido interesante poder ver las desigualdades en el consumo de tabaco relacionadas con otras variables como la situación laboral, el lugar de nacimiento o medidas ecológicas de privación. Además, el análisis de los factores que han influido en la evolución del tabaquismo podría haber incorporado también variables contextuales como el cambio en el precio del tabaco, la evolución de la inversión publicitaria en tabaco o el marco legal autonómico y estatal sobre prevención y control del tabaquismo, que han mostrado ser importantes condicionantes del consumo de tabaco (Salvador-Llivina, 2004).

Otro aspecto o limitación de tipo conceptual no específica de esta tesis, sino de aquellos análisis sobre el cambio en las desigualdades en salud en términos generales, es la transformación del significado social que han podido sufrir las variables socioeconómicas utilizadas a lo largo del tiempo, así como la variación del tamaño de los grupos, que pueden afectar a los resultados observados. Este fenómeno se produciría especialmente en el análisis de las desigualdades por nivel de estudios ya que, tal y como se ha podido comprobar en los resultados, en pocos años el nivel de estudios más bajo se ha reducido de forma muy intensa, especialmente entre las mujeres jóvenes y los hombres mayores, y ello podría implicar que se

tratara de un grupo sociológicamente diferente al de 1986. En este sentido, algunos estudios han sugerido que con el paso del tiempo, los niveles de estudios inferiores podrían representar grupos socialmente más marginales, asociados a características socioeconómicas más adversas, lo que podría incidir en sus peores resultados en salud y, por tanto, en un aumento de las desigualdades sociales en salud. Para el caso español y con perspectiva histórica, este progresivo fortalecimiento de la relación entre el nivel educativo más bajo y otras características socioeconómicas desfavorecidas fue mostrado por varios estudios, así como el retraso relativo del estado español en este proceso respecto a otros países (Gobernado, 1996; Andersen y van de Werfhorst, 2010).

Sin embargo, un análisis realizado por la autora (no mostrado en esta tesis) en el que se calculó cómo ha variado la probabilidad de pertenecer a la clase más desfavorecida según el nivel de estudios de 1986 a 2007, parece indicar que no se ha producido un aumento claro del peso de la clase más desfavorecida entre las personas con menor nivel educativo en la CAE a lo largo de los años. Ello, junto con el hecho de que para el análisis de las desigualdades se hayan agrupado el nivel de estudios inferior con el de secundaria básica, así como las clases IV y V, en una única clase social manual, hace de este posible efecto un sesgo poco relevante en la presente tesis. En relación al tamaño de los grupos, además, la evidente reducción de los niveles de estudios inferiores y el aumento de los universitarios, se ha podido tomar en cuenta en los análisis gracias a la utilización de indicadores resumen de las desigualdades en salud como el índice relativo de desigualdad (IRD) y la prevalencia atribuible a las desigualdades (PAD). A diferencia de otros indicadores, el IRD y la PAD tienen 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 que se analicen.

5.4. ¿QUÉ IMPLICACIONES TIENEN LOS RESULTADOS DE ESTA TESIS?

Una de las principales implicaciones de esta tesis ha sido dejar patente la importancia que los factores socioeconómicos, el género y la edad tienen a la hora de entender el comportamiento de las poblaciones con respecto al tabaco y cómo el papel de estos factores se ha ido transformando a lo largo del tiempo. Frente a modelos que, incluso en la actualidad, siguen entendiendo y afrontando la lucha contra el tabaquismo desde esquemas individualistas o, como mucho, psicologicistas, los resultados de esta tesis, junto a los diversos estudios que se han descrito en el capítulo de la introducción, confirman que el tabaco debería ser concebido como un producto social, por lo que las herramientas para su prevención y control deberían exceder los límites de los servicios sanitarios y las actuaciones destinadas a la modificación de conductas mediante la información y la persuasión. En este sentido, los resultados de esta tesis han proporcionado el primer diagnóstico sobre esta realidad en la CAE, describiendo

la evolución de la epidemia del tabaquismo y su diferente presentación en función de la clase social y el nivel de estudios. Asimismo, ha actualizado el conocimiento existente sobre la evolución de las desigualdades en el tabaquismo y sus diversos determinantes en relación al inicio y la cesación en un periodo amplio, con lo cual sus resultados pueden resultar de utilidad más allá de los límites de la comunidad autónoma para el ámbito de la intervención política en el ámbito del control del tabaquismo.

Es cierto que la evolución de la epidemia tabáquica en los últimos años arroja tendencias esperanzadoras, ya que se observa un descenso sostenido en la población masculina y también el comienzo de una tendencia decreciente entre las mujeres jóvenes. Por su parte, se ha mostrado cómo las tasas de cesación se van incrementando progresivamente, lo cual tendrá un impacto positivo previsible en la morbilidad y la mortalidad en un futuro. Sin embargo, son varios los aspectos que deben centrar aún la atención de los/as responsables de la salud pública así como de las diferentes administraciones, en términos más generales, para hacer frente a esta problemática.

Por una parte, estamos asistiendo a la reproducción de un modelo importado desde los países más desarrollados que implica una progresiva concentración del consumo de tabaco en las poblaciones socialmente más castigadas. Esta tesis ha mostrado que esta realidad ya es evidente en los hombres y también en las mujeres jóvenes de la CAE, y que previsiblemente lo será en las mujeres mayores, en ausencia de medidas que logren evitarlo. Asimismo, se ha mostrado el diferente papel que el inicio del consumo y la cesación han jugado en la generación de estas desigualdades según el sexo y los diferentes grupos de edad, lo cual otorga claves para la comprensión del desarrollo de la epidemia del tabaquismo desde una perspectiva más completa.

Otro punto crítico lo constituye el aumento del consumo que todavía se observa entre las mujeres de 45 a 64 años, que previsiblemente continuará incrementándose en los próximos años ya que no es hasta las generaciones nacidas a finales de la década de los años setenta y ochenta cuando las tasas de inicio comienzan a disminuir entre las mujeres en el conjunto del estado (Jiménez, 2007). El progresivo aumento del tabaquismo que se dio en las mujeres, fundamentalmente a partir de la década de los setenta, estuvo relacionado con los cambios trascendentales que se produjeron tras cuarenta años de dictadura franquista en el que el papel de las mujeres estuvo ligado casi exclusivamente a las labores reproductivas y de cuidados en el ámbito doméstico y familiar. En estos últimos treinta años, en cambio, las mujeres han protagonizado un proceso relevante de incorporación al mercado laboral y de ocupación de espacios tradicionalmente reservados a los hombres, lo que las ha ido exponiendo a nuevas ideas y prácticas sociales, que como el consumo de tabaco, a menudo se han asociado a valores como la emancipación, la libertad e igualdad entre sexos. De hecho, se ha afirmado que 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 (Schaap et al., 2009).

Otro de los puntos interesantes que ha traído a la luz esta tesis es la visibilización de la población fumadora empedernida, es decir, aquella que teniendo un consumo diario superior a quince cigarrillos, no muestran deseo y tampoco han tratado de abandonar el hábito tabáquico en el último años. Esta población ha comenzado a suscitar interés en los últimos años debido a la hipótesis del “endurecimiento” del consumo (*smoking hardening hypothesis*), que afirma que como consecuencia de las políticas poblacionales de control del tabaquismo, la prevalencia general del consumo va disminuyendo -ya que las personas con menor dependencia logran abandonar el hábito-, pero queda atrás otro sector de fumadores/as con una alta dependencia (Costa et al., 2003). Sin embargo, aún son escasos los estudios que han estudiado este fenómeno y menos aún los que han analizado la distribución de los llamados fumadores empedernidos según su nivel socioeconómico. La mayor parte de los mismos, además, han sido realizados fuera del contexto del sur europeo y no se han hallado estudios para el estado español al respecto. Efectivamente, esta tesis ha mostrado que en un contexto de descenso generalizado del consumo de tabaco en los hombres, parece que se está asistiendo a un incremento de estos fumadores tanto en la población mayor como en la joven así como una concentración de los mismos en los grupos más desfavorecidos. Como fenómeno relativamente desconocido, la población fumadora persistente o *hardcore* debería comenzar a ser considerada como grupo específico de la actuación de las políticas contra el tabaquismo debido a que, según han mostrado, sus necesidades se contemplan con menor intensidad por parte de las políticas públicas de control del tabaquismo y suelen constituir colectivos socialmente más aislados que, por tanto, están menos expuestos a las intervenciones poblacionales (Augustson et al., 2008).

Las políticas públicas de prevención y control del tabaquismo han ido creciendo en intensidad en el estado español (Salvador-Llivina, 2004) y, sin embargo, comparaciones de ámbito internacional siguen situándolo en las últimas posiciones en relación al grado de desarrollo de actividades en los ámbitos de la fiscalidad del tabaco, la regulación de la publicidad y el consumo en espacios públicos, las campañas de información y la extensión de los programas de deshabituación (Joosens y Raw, 2006). Por otra parte, no cabe duda de que el incremento del coste del tabaco como consecuencia de modificaciones fiscales desde la década de los 90 (Villalbí et al., 2006) así como la aprobación de las leyes 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco y su modificación de 2011 para extender efectivamente la prohibición del consumo en todos los lugares de ocio, así como otras leyes de ámbito autonómico, han constituido avances sin precedentes. En este sentido, esta tesis ha mostrado la disminución de la exposición al humo del tabaco tras la entrada en vigor de la ley 28/2005, lo que subraya la importancia de este tipo de medidas estructurales de carácter poblacional para la disminución del tabaquismo pasivo.

Sin embargo, todo ello no es suficiente para enfrentarnos a problemática en toda su

complejidad ya que la prevención y reducción del tabaquismo debería constituirse en una estrategia multisectorial que incluya políticas realizadas desde diferentes niveles de la administración y sectores, y que necesariamente considere la especificidad de los diferentes grupos sociales. Todo ello, además, desde una perspectiva vital, entendiendo que el consumo actual es el resultado de unas dinámicas de inicio y cesación concretas, desigualmente distribuidas según diferentes ejes de estratificación social y que la incidencia sobre ellas desde una óptica integral es la única forma de reducir efectivamente y de forma equitativa el consumo de tabaco.

Si bien han sido varios los estudios que han evaluado el impacto de las políticas de control del tabaquismo sobre el conjunto de la población, pocos lo han realizado desde la lente de la equidad (Thomas et al., 2008; Giskes et al., 2007; Levy et al., 2004). Sin embargo, es evidente que el incremento de las desigualdades en el tabaquismo que se observa en la actualidad en la gran mayoría de los países occidentales, implica que las políticas están teniendo una incidencia desigual en los diferentes grupos sociales. En el caso español, por ejemplo, varios estudios han mostrado que la implementación de la ley 28/2005 supuso, por una parte, el incremento del tabaquismo en los hombres de 25 a 64 y en las mujeres de 25 a 44 (Regidor et al., 2010) así como una mayor reducción de la exposición al HAT entre las personas de mayor clase social en Barcelona (Manzanares-Laya et al., 2011).

Las revisiones realizadas parecen indicar, en este sentido, que las políticas de múltiples elementos que combinan la regulación de la publicidad del tabaco, la protección de espacios libres de humo, la facilitación del acceso a programas de deshabituación y la elevación del precio del tabaco son las más efectivas para la reducción de las desigualdades en el tabaquismo (Giskes et al., 2007). Sin embargo, incluso la aplicación de este conjunto de medidas puede resultar limitada si no se actúa de forma paralela sobre otros determinantes relacionados con la mejora de las condiciones de vida y trabajo de las personas, así como la modificación de otros ejes de desigualdad social que son, asimismo, determinantes poblacionales de gran importancia en la generación de las desigualdades en el consumo de tabaco (Shaap, 2010). Contar, además, con datos específicos de cada contexto sobre la tendencia temporal de los patrones de inicio, cesación y consumo actual por sexo, edad y nivel socioeconómico, tal y como aporta esta tesis para el caso de la CAE, constituyen el mejor punto de partida para la planificación de políticas públicas que incidan directamente sobre los factores sociales que generan la distribución desigual de estos fenómenos.

Curiosamente, sin embargo, parecería que se asiste a una paradoja según la cual mientras que la industria tabaquera ha sabido durante años atender a las particularidades de diversos colectivos como las mujeres (Waldron, 1991) o las personas de grupos socioeconómicos desfavorecidos (Apollonio y Malane, 2005), las políticas públicas, apoyadas en la actualidad por la mayor evidencia de la historia sobre la distribución desigual del consumo, inicio y cesación del hábito, se han mostrado miopes, si no

ciegas, desde la perspectiva de la equidad socioeconómica y androcéntricas desde la perspectiva de género. Ello hace patente la importante dimensión ideológica en los procesos de decisión política, que explica por qué a pesar de la gran consistencia en los estudios acerca del patrón social del consumo de tabaco, sean muy escasas las políticas que lo hayan considerado.

5.5. LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

A partir de los resultados hallados en esta tesis son muchas las líneas de investigación de interés que a futuro se abren:

La primera de ellas es la continuación de la monitorización de las desigualdades en tabaquismo, con sus diferentes dimensiones, utilizando la próxima edición de la ESCAV de 2012, con la que se podrán confirmar algunas de las tendencias que en este momento aún no son del todo evidentes. Especialmente interesante resultará observar si los cambios de patrón en la distribución socioeconómica de algunas de las dimensiones del tabaquismo en las mujeres jóvenes y los hombres mayores definitivamente se consolidan.

Asimismo, se podrá continuar con el estudio de la evolución de aquellas variables que no han tenido presencia en todas las ediciones de la ESCAV como los/as fumadores/as empedernidos/as. La monitorización de los cambios en esta población fumadora persistente así como las desigualdades sociales asociadas a la misma en una población del sur europeo permitirá generar evidencia relevante en nuestro contexto que permita cribar a colectivos de mayor dificultad para que abandonen el hábito y planificar, por tanto, actuaciones más efectivas sobre los mismos.

Otra de las áreas de gran interés que no ha estado presente a lo largo de toda la serie histórica de la ESCAV es la exposición al humo ambiental del tabaco. Los resultados de la tesis han mostrado que la entrada en vigor de la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo en el estado español ha ejercido una importante influencia en el descenso de la exposición pasiva al tabaquismo, si bien su distribución ha variado según el sexo, la edad y la posición socioeconómica así como según el lugar de exposición, siendo los lugares cerrados donde ha tenido un menor incidencia. La implementación en 2011 de la ley estatal 42/2010 que modificaba la anterior ley 28/2005 así como la ley autonómica vasca “Ley de tercera modificación de la Ley sobre Prevención, Asistencia e Inserción en materia de Drogodependencias” supondrán una oportunidad para observar el cambio producido en el consumo de tabaco utilizando los datos de la ESCAV 2012.

Otra de las líneas de investigación futura hace referencia a la ampliación de las variables de posición socioeconómica consideradas para analizar las desigualdades

en el tabaquismo. Por una parte, podría ser interesante estudiar las desigualdades en el consumo de tabaco según el lugar de nacimiento, distinguiendo entre las personas autóctonas, nacidas en la CAE, y aquéllas nacidas en otras comunidades autónomas, de forma que se visibilice la distribución desigual que se puede estar produciendo como consecuencia de la migración interna que se produjo en el estado español a partir de mediados del siglo pasado y que originó un gran movimiento poblacional de las zonas menos a las más favorecidas. Tal y como se ha puesto de evidencia con datos sobre la autovaloración de la salud en Catalunya y Euskadi en 2006-2007 (Martín et al., 2012), las personas inmigradas de otras CCAA tenían una peor autovaloración de salud tanto en mujeres como en hombres, y en las personas de clases sociales manuales y no manuales de ambos sexos. Análisis realizados por la autora en los que se calculó la prevalencia de tabaquismo según el lugar de nacimiento en la población mayor de 50 de la CAE (no mostrados en esta tesis) ya sugieren la existencia de un patrón de mayor consumo de tabaco entre las personas inmigradas de otras CCAA en Euskadi.

Desde el punto de vista de las desigualdades de género y su interacción con las desigualdades socioeconómicas, otra área de estudio poco trabajada la constituye la influencia de la desigual asignación de cargas domésticas y su compaginación con el trabajo remunerado en los patrones de tabaquismo. Tal y como se ha expuesto en el apartado relativo a las explicaciones de las desigualdades en el consumo de tabaco, algunos estudios lo han relacionado con la vivencia en circunstancias materiales adversas que, en el caso de las mujeres, además podría ser de mayor magnitud. La posible interacción entre la clase social y el género explicaría que el consumo de tabaco actuara especialmente entre las mujeres de bajo nivel social encargadas del cuidado de criaturas como un método para gestionar el estrés producido por sus circunstancias adversas al tiempo que les aportaría un espacio de tiempo de libertad para ellas mismas (Graham, 1987; 1994). De hecho, un estudio realizado en la CAE con datos de 2002 (Bacigalupe y Martín, 2007) ya mostró que aquellas mujeres trabajadoras con un reparto de tareas muy desigual tenían más probabilidad de ser fumadoras habituales que aquéllas con un reparto de tareas igualitaria. Por ello, el análisis temporal de tales desigualdades hasta 2012, podría aportar claves de gran interés para la mejor comprensión de los factores de vulnerabilidad social en relación al género y el nivel socioeconómico y su influencia en el consumo de tabaco.

Por último, un área de análisis de gran interés sería describir lo que ocurriría con las desigualdades en salud si se lograra disminuir el tabaquismo o incluso eliminarlo, partiendo de que en la actualidad es considerado como uno de los factores intermedios más relevantes en la generación de las desigualdades sociales en la mortalidad, que algunos estudios han estimado en más de un 25% (Stringhini et al., 2011). Sin embargo, tal y como se ha mostrado en la introducción, el origen de las desigualdades sociales en la salud reside en la desigual distribución de los recursos y el poder en nuestras sociedades, y el tabaco no es más que un efecto mediador. Siguiendo a Link

y Phelan, es evidente que el tabaquismo no se trata de una causa fundamental de las enfermedades (Link y Phelan, 1995), ya que éstas hacen referencia a determinantes como el acceso a los recursos materiales y al poder, de forma que si estos determinantes no se modifican, otros factores de riesgo reemplazarían progresivamente al tabaquismo como mediador entre las causas fundamentales y la mortalidad o la salud. En concreto, los análisis que se han realizado sobre población no fumadora (Hart et al., 2011) han mostrado el importante efecto mediador de la obesidad cuando el tabaco no ejerce ese papel, lo que ha permitido señalar a la obesidad como el potencial factor sustituto tras la hipotética desaparición del tabaquismo como mediador entre la posición social y la salud (Mackenbach, 2011).

El análisis de la relación que las poblaciones tienen con el tabaco será, probablemente, una de las áreas de estudio en las que más evidencia se produce desde la salud pública. Son muchos los pasos dados hacia delante para entender el porqué de un complejo proceso de naturaleza multicausal y, además, con muchas interacciones entre sus diversos determinantes. Sin embargo, tal y como se ve, son todavía muchas las cuestiones que quedan sin resolver, algunas dependientes de cada contexto, y otras más generales que implican a la problemática del tabaquismo *per se* independientemente de sus diferentes manifestaciones locales. Por ello, se trata de un área de trabajo de incesantes preguntas en el que la salud pública sigue teniendo una responsabilidad de gran magnitud tanto en el ámbito de la promoción de la investigación como de la planificación política.

BIBLIOGRAFÍA

- Agudo A, Pera G, Rodríguez M. et al. 2004. Changes in smoking habits in adults: results from a prospective study in Spain. *Annals of Epidemiology*. 14: 235-243
- Ahacic K, Kennison R, Thorslund M. 2008. Trends in smoking in Sweden from 1968 to 2002: age, period, and cohort patterns. *Preventive Medicine*. 46: 558-564
- Albertsen K, Hannerz H, Borg V. et al. 2003. The effect of work environment and heavy smoking on the social inequalities in smoking cessation. *Public Health*. 117: 383-388
- Amos A. 1990. How women are targeted by the tobacco industry. *World Health Forum*. 11(4): 416-422
- Amos A, Haglund M. 2000. From Social Taboo to “torch of freedom”: the marketing of cigarettes to women. *Tobacco Control*. 9: 3-8
- Andersen R, Van de Werfhorst G. 2010. Education and occupational status in 14 countries: the role of educational institutions and labour market coordination. *British Journal of Sociology*. 61: 336-355
- Anitua C, Ayestaran M, Iztueta A. et al. 1997. Métodos. En: Departamento De Sanidad. Encuesta de Salud del País Vasco 1997. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco
- Apollonio DE, Malane RE. 2005. Marketing to the marginalised: tobacco industry targeting of the homeless and mentally ill. *Tobacco Control*. 14: 409-415
- Artazcoz L. 2004. Desigualtats en salut en un marc integrat de gènere, classe social y treball. Universitat Pompeu Fabra. Tesis Doctoral
- Artazcoz L, Benach J, Borrell C. et al. 2004. Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles, and social class. *American Journal of Public Health*. 94(1): 82-88
- Augustson EM, Barzani D, Rutten LJF. et al. 2008. Gender differences among hardcore smokers: an analysis of the Tobacco Use Supplement of the current population survey.

- Journal of Women's Health. 17(7): 1167-1173
- Bacigalupe A, Martín U. 2007. Desigualdades sociales en la salud de la población de la Comunidad Autónoma del País Vasco: la clase social y el género como determinantes de la salud. Vitoria-Gasteiz: Ararteko
- Bacigalupe A. 2012. Desigualdades sociales en el consumo de tabaco en Euskadi: 1986-2007. Ponencia presentada en la I Jornada Euskadi libre de humo de tabaco. 1 de junio de 2012. Vitoria-Gasteiz
- Bambra C. 2011. Health inequalities and welfare state regimes: theoretical insights on a public health "puzzle". *Journal Epidemiology Community Health*. 65: 740-745
- Banegas JR, Díez L, González J. et al. 2005. La mortalidad atribuible al tabaquismo comienza a descender en España. *Medicina Clínica (Barc)*. 124(20): 769-771
- Banegas JR, Díez-Gañán L, Bañuelos-Marco B. et al. 2011. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España en 2006. *Medicina Clínica (Barc)*. 136(3): 97-102
- Barbeau E, Leady-Sperounis A, Balbach ED. 2004. Smoking, social class and gender: what can public health learn from the tobacco industries about disparities in smoking?. *Tobacco Control*. 13: 115-120
- Barker DJ, Clark PM. 1997. Fetal undernutrition and disease in later life. *Reviews of Reproduction*. 2: 105-112
- Bauld L, Judge K, Platt S. 2007. Assessing the impact of smoking cessation services on reducing health inequalities in England: observational study. *Tobacco Control*. 16: 400-404
- Blaxter M. 1990. *Health and lifestyles*. London: Routledge
- Blaxter M, Patterson L. 1982. *Mothers and daughters: a three generational study of health attitudes and behaviour*. London: Heinemann Educational Books
- Becoña E. (coord). 1999. *Libro blanco sobre el tabaquismo en España*. Barcelona: Glosa
- Berkman L, Syme SL. 1979. Social networks, host resistance and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*. 109: 186-204
- Blakely T, Fawcett J, Hunt D. et al. 2006. What is the contribution of smoking and socioeconomic position to ethnic inequalities in mortality in New Zealand? *Lancet*. 368(9529): 44-52
- Blakely T, Carter K, Wilson N. et al. 2010. If nobody smoked tobacco in New Zealand from 202 onwards, what effect would this have on ethnic inequalities in life expectancy? *New Zealand Medical Journal*. 123(1320): 26-36
- Blakely T, Wilson N. 2005. The contribution of smoking to inequalities in mortality by education varies over time and by sex: two national cohort studies, 1981-84 and 1996-99. *International Journal of Epidemiology*. 34: 1054-1062
- Blane D, Bartley M, Davey Smith G. 1997. Disease aetiology and materials explanations of socioeconomic mortality differentials. *European Journal of Public Health*. 7: 385-391
- Boback M, Jarvis MJ, Skodova Z. et al. 2000. Smoke intake among smokers is higher in lower socioeconomic groups. *Tobacco Control*. 9: 310-312
- Boback M, Gilmore A, McKee M. et al. 2006. Changes in smoking prevalence in Russia, 1996-2004. *Tobacco Control*. 15: 131-135

- Boor M, Samphier M, Prior I. 1987. Artefact explanations of inequalities in health: an assessment of the evidence. *Sociology of Health and Illness*. 9(3): 231-264
- Borg V, Kristensen TS. 2000. Social class and self-rated health: can the gradient be explained by differences in live style or work environment? *Social Science & Medicine*. 51: 1019-1030
- Borras JM, Fernández E, Schiaffino A. et al. 2000. Pattern of smoking initiation in Catalonia, Spain, from 1948 to 1992. *American Journal of Public Health*. 90(9): 1459-1462
- Borrell C. 2004. Desigualdades en salud según la clase social en las mujeres. *Diálogo Filosófico*. 59: 245-260
- Borrell C, Rue M, Pasarín I. et al. 2000. Trends in social class inequalities in health status, health related behaviors, and health services utilization in a Southern European Urban Area (1983-1994). *Preventive Medicine*. 31: 691-701
- Borrell C, Benach J. (coord). 2003. Les desigualtats en la salut a Catalunya. Barcelona: Editorial Mediterrània
- Borrell C, Espelt A, Rodriguez-Sanz M. et al. 2007. Politics and health. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 61(8): 658-659
- Boström G. 2006. Chapter 9: Habits of life and health. *Scandinavian Journal of Public Health*. 34(67): 199-228
- Bourdieu P. 1986. The forms of social capital. En: Richardson JG. (ed). *Handbook of theory and research for the sociology of education*. New York: Greenwood
- Bourdieu P. 1999. Razones prácticas: sobre la teoría de la acción. Barcelona: Anagrama
- Bourdieu P. 1999b. La distinción. Criterios y bases sociales del gusto. Madrid: Taurus
- Burgess DJ, Fu S, Van Ryn M. 2009. Potential unintended consequences of tobacco-control policies on mothers who smoke: a review of the literature. *American Journal of Preventive Medicine*. 37(2): 151-158
- Brown T, Scheffler R, Sukyong S. et al. 2006. The empirical relationship between community social capital and the demand for cigarettes. *Health Economics*. 15: 1159-1172
- Bubolz MM. 2001. Family as source, user, and builder of social capital. *Journal of Socio-Economics*. 30(2): 129-131
- Caavelars AEJM, Kinst AE, Geurts JJM. et al. 2000. Educational differences in smoking: international comparison. *British Medical Journal*. 320: 1102-1107
- Caínzos MA. 1993. Marxismo, posmarxismo y teoría de las clases. Universidad de Santiago de Compostela. Tesis Doctoral
- Caraballo R, Giovino G, Pechacek TF. et al. 2001. Factors associated with discrepancies between self-reports on cigarette smoking and measured serum cotinine levels among persons aged 17 years or older. *American Journal of Epidemiology*. 153(8): 807-814
- Carpenter C, Wayner G, Connolly G. 2005. Designing cigarettes for women: new findings from the tobacco industry documents. *Addiction*. 100(6): 837-851
- Casitas R, García-García R, Barrueco M. 2009. El cine como vector de expansión de la epidemia tabáquica. *Gaceta Sanitaria*. 23(3): 238-243
- Cassel J. 1976. The contribution of the Social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*. 104(2): 107-123
- CDC. 2010. Tobacco Control State Highlights, 2010. Atlanta: US Department of Health and

- Human Services.
- Chamberlain K, O'Neill D. 1998. Understanding social class differences in health: a qualitative analysis of smokers. *Psychology and Health*. 13: 1105-1119
- Chapple A, Ziebland S, McPerson A. 2004. Stigma, shame, and blame experienced by patients with lung cancer: qualitative study. *British Medical Journal*. 328(7454): 1470-1475
- Chilcoat HD. 2009. An overview of the emergence of disparities in smoking prevalence, cessation, and adverse consequences among women. *Drug and Alcohol Dependence*. 104S: S17-S23
- Christofides N. 2002. How to make policies more gender sensitive. En: Samet J, Yoon SY. (ed). *Women and the Tobacco Epidemic*. Geneva: World Health Organization
- Chung H, Muntaner C. 2006. Political and welfare state determinants of infant and child health indicators: an analysis of wealthy countries. *Social Science & Medicine*. 63: 829-842
- Clark MA, Kviz FJ, Crittenden KS. et al. 1998. Psychosocial factors and smoking cessation behaviours among smokers who have and have not ever tried to quit. *Health Education Research*. 13(1): 145-153
- Coburn D. 2004. Beyond the income inequality hypothesis: class, neo-liberalism and health inequalities. *Social Science & Medicine*. 58: 41-56
- Coleman JS. 1988. Social capital in the creation of human capital. *American Journal of Sociology*. 94: 95-120
- Coleman JS. 1990. *Foundations of Social Capital*. Cambridge: Harvard University Press
- Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. 2010. *Avanzando hacia la equidad: propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social
- Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. 2003. *Atención Tabaco y Publicidad*. Madrid: Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo.
- Conley D, Springer KW. 2001. Welfare state and infant mortality. *American Journal of Sociology*. 107(3): 768-807
- Costa ML, Cohen JE, Chaiton MO. et al. 2010. "Hardcore" definitions and their application to a population-based sample of smokers. *Nicotine & Tobacco Research*. 12(8): 860-864
- Crawford R. 1977. You are dangerous to your health: the ideology and politics of victim blaming. *International Journal of Health Services*. 7: 663-680
- CSDH. 2008. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. En: *Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization
- Daban F, Pasarín MI, Rodríguez-Sanz M. et al. 2007. *Atención Primaria*. 39(7): 339-347
- Dahl E, Malmberg-Heimonen I. 2010. Social inequality and health: the role of social capital. *Sociology of Health and Illness*. 32(7): 1102-1119
- Dahl E, Fritzell J, Lahelma E. et al. 2006. Welfare State Regimes and Health Inequalities. En: Siegrist J, Marmot M. (eds). *Social Inequalities in Health*. Oxford: Oxford University Press
- Daniel K, Subramanian SV, Kawachi I. 2008. Social capital and physical health: a systematic review of the literature. En: Kawachi I, Subramanian SV, Kim D. (eds). *Social capital and health*. New York: Springer

- Daponte-Codina A, Bolívar-Muñoz J, Ocaña-Riola R. et al. 2009. Patterns of smoking according to individual social position, and to socio-economic environment in municipal areas, Spain 1987-2001. *Health & Place*. 15: 709-716
- Davis RM. 1993. When doctors smoke. *Tobacco Control*. 2: 187-188
- Davey Smith G, Hart C, Watt G. et al. 1998. Individual social class, area-based deprivation, cardiovascular disease risk factors, and mortality: the Renfrew and Paisley Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 52: 399-405
- David A, Esson K, Perucic AM. et al. 2010. Tobacco use: equity and social determinants. En WHO: *Equity, social determinants and public health programmes*. Geneva: World Health Organization
- De Leon J, Diaz FJ, Becoña E. et al. 2003. Exploring brief measures of nicotine dependence for epidemiological surveys. *Addictive Behaviors*. 28: 1481-1486
- De Maio F. 2010. *Health and social theory*. London: Palgrave
- Departamento de Sanidad. 2002. *Euskadirako osasun politikak: 2002-2010 osasun plana. Políticas de salud para Euskadi: plan de salud 2002-2010*. Vitoria-Gasteiz: Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco
- Departamento de Sanidad. 2005. *Desigualdades sociales en la mortalidad: Mortalidad y posición socioeconómica en la CAPV, 1996-2001*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco
- Departamento de Sanidad. 2007. *Encuesta de Salud de la C.A. del País Vasco 2007. Avance de resultados*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco
- Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. 2001. The social basis of disparities in health. En: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F. et al. (eds). *Challenging inequities in health: from ethics to action*. Nueva York: Oxford University Press
- Díez-Roux AV. 2001. Investigating neighborhood and area effects on health. *American Journal of Public Health*. 91: 1783-1789
- Doll R, Hill AB. 1950. Smoking and carcinoma of the lung; preliminary report. *British Medical Journal*. 2(4682): 739-748
- Doll R, Peto R, Wheatley K. et al. 1994. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *British Medical Journal*. 309: 901-911
- Doll R, Peto R. 2004. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *British Medical Journal*. 328: 1519-1528
- Domingo A, Marcos J. 1989. Propuesta de un indicador de la "clase social" basado en la ocupación. *Gaceta Sanitaria*. 10(3): 320-326
- Domínguez-Berjón MF, Borrell C, Cano-Serral G. et al. 2008. Construcción de un índice de privación a partir de datos censales en grandes ciudades española (Proyecto Medea). *Gaceta Sanitaria*. 22(3): 178-187
- Dohrenwend BP, Levav I, ShROUT PE. et al. 1992. Socioeconomic status and psychiatric disorders: the causation-selection issue. *Science*. 255(5047): 946-952
- Doyal L, Pennell I. 1979. *The Political Economy of Health*. London: Pluto Press
- Droomers M, Schrijvers TM, Mackenbach JP. 2002. Why do lower educated people continue smoking? Explanations from the longitudinal GLOBE study. *Health Psychol*. 21(3): 263-272

- Droomers M, Schrijvers TM, Mackenbach JP. 2004. Educational differences in the intention to stop smoking. *European Journal of Public Health*. 14: 194-198
- Durkheim E. 1995. *El suicidio*. Madrid: Akal
- Eek F, Östergren P, Diderichsen F. et al. 2010. Differences in socioeconomic and gender inequalities in tobacco smoking in Denmark and Sweden; a cross sectional comparison of the equity effect of different public health policies. *BMC Public Health*. 10: 9
- Eikemo TA, Huisman M, Bambra C. et al. 2008. Health inequalities according to educational level in different welfare regimes: a comparison of 23 European countries. *Sociology of Health and Illness*. 30(4): 565-582
- Erikson R, Goldthorpe JH. 1992. *The constant flux*. Oxford: Clarendon Press
- Eriksson M. 2011. Social capital and health implications for health promotion. *Global Health Action*. 4: 5611 doi: 10.3402/gha.v4i0.5611
- Escolar A. 2011. Sobremortalidad por cáncer en El Campo de Gibraltar. El medio social, la piedra clave. Sevilla: Junta de Andalucía
- Espinàs JA. 1999. Determinantes sociodemográficos del hábito tabáquico y de su abandono en la población de Cornellá de Llobregat. *Gaceta Sanitaria*. 13: 126-134
- EUSTAT. 2006. Denbora-aurrekontuen inkesta. 2003. Monografikoak. Encuesta de Presupuestos de Tiempo. 2003. Monográficos. Vitoria-Gasteiz: Instituto Vasco de Estadística
- Evans T, Peters F. 2001. Ethical dimensions of health equity. En: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F. *Challenging inequities in health: from ethics to action*. New York: Oxford University Press
- Faggiano F, Versino E, Lemma P. 2001. Decennial trends of social differentials in smoking habits in Italy. *Cancer Causes Control*. 12: 665-671
- Federico B, Kunst AE, Vannoni F. et al. 2004. Trends in educational inequalities in smoking in northern, mid and southern Italy, 1980-2000. *Preventive Medicine*. 39(5): 919-926
- Federico B, Costa G, Kunst AE. 2007. Educational inequalities in initiation, cessation, and prevalence of smoking among 3 Italian birth cohorts. *American Journal of Public Health*. 95(5): 838-845
- Federico B, Costa G, Ricciardi W. 2009. Educational inequalities in smoking cessation trends in Italy, 1982-2002. *Tobacco Control*. 18(5): 393-398
- Feito R. 1995. *Estructura social contemporánea. Las clases sociales en los países industrializados*. Madrid: Siglo XXI
- Ferketich AK, Gallus S, Colombo P. 2009. Hardcore smoking among Italian men and women. *European Journal of Cancer Prevention*. 18: 100-105
- Fernández E, La Vecchia C, D'Avanzo B. et al. 1997. Quitting smoking in Northern Italy: A cross-sectional analysis of 2621 subjects. *European Journal of epidemiology*. 13: 267-273
- Fernández E, Saltó E, Pardell H. et al. 1998. Smoking prevalence decreases in males but not in females: the case of Catalonia (Spain). *European Journal of Epidemiology*. 14: 629-630
- Fernández E. 1999. El abandono del hábito tabáquico en Cataluña. *Gaceta Sanitaria*. 13: 353-360

- Fernández E, Schiaffino A, La Vecchia C. et al. 1999. Age at starting smoking and number of cigarettes smoked in Catalonia, Spain. *Preventive Medicine*. 28: 361-366
- Fernández E, García M, Schiaffino A. 2001. Smoking initiation and cessation by gender and educational level in Catalonia, Spain. *Preventive Medicine*. 32: 218-223
- Fernández E, Schiaffino A, García M. et al. 2001b. Widening social inequalities in smoking cessation in Spain, 1987-1997. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 55: 729-730
- Fernández E, Schiaffino A, García M. et al. 2003. Prevalencia del consumo de tabaco en España entre 1945 y 1995. Reconstrucción a partir de las Encuestas Nacionales de Salud. *Medicina Clínica (Barc)*. 120(1): 14-16
- Fernández E, Schiaffino A, Borràs JM. et al. 2003b. Prevalence of cigarette smoking by birth cohort among males and females in Spain, 1910-1990. *European Journal of Cancer Prevention*. 12(1): 57-62
- Fernández E, Villalba JR, Córdoba R. et al. 2006. Lecciones aprendidas en el control del tabaquismo en España. *Salud Pública de México*. 48(1): 148-154
- Fernández E, Schiaffino A, Borrell C. et al. 2006b. Social class, education, and smoking cessation: long-term follow-up of patients treated at a smoking cessation unit. *Nicotine & Tobacco Research*. 8(1): 29-36
- Fernandez E, Fu M, Martinez C. et al. 2008. Secondhand smoke in hospitals of Catalonia (Spain) before and after a comprehensive ban on smoking at the national level. *Preventive Medicine*. 47: 624-628
- Ferrence R. 1988. Sex-differences in cigarette-smoking in Canada, 1900-1978-a reconstructed cohort study. *Canadian Journal of Public Health*. 79(3): 160-165
- Ferri E. (ed). 1993. *Life at 33: the fifth follow-up of the National Child Development Study*. London: National Children's Bureau
- Flint AJ, Novotny TE. 1997. Poverty status and cigarette smoking prevalence and cessation in the United States, 1983-1993: the independent risk of being poor. *Tobacco Control*. 6(1): 14-18
- Gabe J, Thorogood N. 1986. Prescribed drug use and the management of everyday life: the experience of black and white working-class women. *Sociological Review*. 34(4): 738-772
- Galán I, Mata N, Estrada C. et al. 2007. Impact of the "Tobacco control law" on exposure to environmental tobacco smoke in Spain. *BMC Public Health*. 7: 224
- Galea S, Karpati A, Kennedy B. 2002. Social capital and violence in the United States, 1974-1993. *Social Science & Medicine*. 55(8): 1373-1383
- Gallus S, Fernandez E, Townsend J. et al. 2003. Price and consumption of tobacco in Italy over the last three decades. *European Journal of Cancer Prevention*. 12(4): 333-337
- Galindo J. 2008. *Entre la necesidad y la contingencia. Autoobservación teórica de la sociología*. Barcelona: Anthropos
- García A, Hernández I, Álvarez-Dardet C. 1991. El abandono del hábito tabáquico en España. *Medicina Clínica (Barc)*. 97: 161-165
- García M, Schiaffino A, Twose J. et al. 2004. Smoking cessation in a population-based cohort study. *Archivos de Bronconeumología*. 40(8): 348-354

- Garrido P, Castillo E, Benavides F. 1994. Situación laboral y salud mental. Resultados de un estudio transversal. *Gaceta Sanitaria*. 8: 128-132
- Gilman SE, Abrams DB, Buka SL. 2003. Socioeconomic status over the life course and stages of cigarette use: initiation, regular use, and cessation. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 57: 802-808
- Gilmore A, McKee M. 2004. Tobacco and transition: an overview of industry investments: impact and influence in the former Soviet Union. *Tobacco Control*. 13: 136-142
- Gilpin EA, Lee L, Evans N. et al. 1994. Smoking initiation rate in adults and minors: United States, 1944-1988. *American Journal of Epidemiology*. 140(6): 535-543
- Giner S, Lamo de Espinosa E, Torres C. (eds). 1998. *Diccionario de Sociología*. Madrid: Alianza
- Giordano G, Lindström M. 2010. The impact of social capital on changes in smoking behavior: a longitudinal cohort study. *European Journal of Public Health*. 21(3): 347-354
- Giskes K, Kunst AE, Benach J. et al. 2005. Trends in smoking behaviour between 1985 and 2000 in nine European countries by education. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 59: 395-401
- Giskes K, Kunst AE, Ariza C. et al. 2007. Applying an equity lens to tobacco-control policies and their uptake in six western-European countries. *Journal of Public Health Policy*. 28: 261-98
- Gobernado R. 1996. El logro ocupacional en España, veinte años después. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. 74: 209-224
- Godtfredsen NS, Prescott E, Osler M. 2005. Effect of smoking reduction on lung cancer risk. *Journal of the American Medical Association*. 294(12): 1505-1510
- Goldthorpe JH. 2012. De vuelta a la clase y el estatus: por qué debe reivindicarse una perspectiva sociológica de la desigualdad social. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. 137: 43-58
- Graham H. 1987. Women's smoking and family health. *Social Science & Medicine*. 25(1): 47-56
- Graham H. 1994. Gender and class as dimensions of smoking-behaviour in Britain: insights from a survey to mothers. *Social Science & Medicine*. 38: 691-698
- Graham H. 1996. Smoking prevalence among women in the European Community 1950-1990. *Social Science & Medicine*. 43(2): 243-254
- Granero L. 2002. Las políticas de control y prevención del tabaquismo en España y los actores a favor y en contra del tabaco. *Mestratge en Gestió Pública*. Universitat Pompeu Fabra. Barcelona. Tesina de Licenciatura.
- Granero L, Villalbí JR, Gallego R. 2004. ¿Quién se opone a la prevención? Un mapa de los actores pro tabaco en España. *Gaceta Sanitaria*. 18(5): 374-379
- Gruer L, Hart CL, Watt GCM. 2009. Effect of tobacco smoking on survival of men and women by social position: a 28 year cohort study. *British Medical Journal*. 338: b480
- Grupo de trabajo de la SEE. 1995. *La medición de la clase social en ciencias de la salud*. Barcelona: SG Editores
- Haley NJ, Colosimo SG, Axelrad CM. et al. 1989. Biochemical validation of self-reported exposure to environmental tobacco smoke. *Environmental Research*. 49: 127-135

- Hammarstrom A, Janlert U. 2003. Unemployment: an important predictor for future smoking: a 14-year follow up study of school leavers. *Scandinavian Journal of Public Health*. 31: 229-232
- Hanlon P, Walsh D, Whyte B. 2006. *Let Glasgow Flourish*. Glasgow: Glasgow Centre for Population Health
- Hansen MD. 2005. Estrategias de la industria del tabaco en España: grupos de presión, marketing y publicidad al servicio de un producto adictivo. *Medicina Clínica (Barc)*. 124(6): 220-232
- Harris J. 1983. Cigarette smoking among successive birth cohorts of men and women in the United States during 1900-80. *Journal of the National Cancer Institute*. 71(3): 473-479
- Hart JT. 1971. The inverse care law. *Lancet*. 1(7696): 405-412
- Hart CL, Gruer L, Watt GCM. 2011. Cause specific mortality, social position, and obesity among women who had never smoked: 28 year cohort study. *British Medical Journal*. 342: d3785.
- Haustein KO. 2006. Smoking and poverty. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*. 13(3): 312-318
- Helasoja VV, Lahelma E, Prättälä RS. et al. 2006. Determinants of daily smoking in Estonia, Latvia, Lithuania, and Finland in 1994-2002. *Scandinavian Journal of Public Health*. 34: 353-362
- Hernández-García I, Sáenz-González MC, González-Celador R. 2010. Mortalidad atribuible al consumo de tabaco en España en el año 2006. *An Sist Sanit Navar*. 33: 23-33
- Higgs P, Scambler G. 1998. *Explaining Health Inequalities: How Useful are Concepts of Social Class?* En: Scambler G, Higos P. *Modernity, Medicine and Health*. London: Routledge
- Hilton M. 2000. *Smoking in British Popular Culture, 1800-2000*. Manchester: Manchester University Press
- Hirschfelder A. 1999. *Encyclopedia of Smoking and Tobacco*. Phoenix: Oryx Press
- Hiscock R, Judge K, Bauld L. 2010. Social inequalities in quitting smoking: what factors mediate the relationship between socioeconomic position and smoking cessation? *Journal of public health*. 33(1): 39-47
- Hogan MJ. 2001. Social capital: potential in family social sciences. *Journal of Socio-Economics*. 30: 151
- Honjo K, Tsutsumi A, Kawachi I. et al. 2006. What accounts for the relationship between social class and smoking cessation? Results of a path analysis. *Social Science & Medicine*. 62: 317-328
- Huijts T, Eikemo TA. 2009. Causality, social selectivity or artefacts? Why socioeconomic inequalities in health are not smallest in the Nordic countries. *European Journal of Public Health*. 19(5): 452-453
- Huisman M, Kunst AE, Mackenbach JP. 2005. Educational inequalities in smoking among men and women aged 16 years and older in 11 European countries. *Tobacco Control*. 14: 106-113
- Huisman M, Kunst AE, Mackenbach JP. 2005b. Inequalities in the prevalence of smoking in the European Union: comparing education and income. *Preventive Medicine*. 40: 756-764

- Hyde A, Lohan M, McDonnell O. 2004. *Sociology for health professionals in Ireland*. Dublin: Institute of Public Administration
- IARC. 2004. *IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans* 83. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. Lyon: IARC
- IARC. 2008. *Handbooks of Cancer Prevention, Tobacco Control*, Vol. 12. *Methods for Evaluating Tobacco Control Policies*. Lyon: IARC
- Idris BI, Giskes K, Borrell C. et al. 2007. Higher smoking prevalence in urban compared to non-urban areas: time trends in six European countries. *Health & Place*. 13: 702-712
- Illich I. 1976. *Limits to medicine. Medical Nemesis: The Exploration of Health*. Middlesex: Penguin Books
- INE. Varios años. *Encuesta Nacional de Salud de España*. Disponible en [consultado el 1 de abril de 2012]: <http://pestadistico.msc.es/PEMSC25/ArbolNodos.aspx>
- Jacobs R. 2001. Economic policies, taxation and fiscal measures. En: Samet J, Yoon SY. (eds). *Women and the Tobacco Epidemic*. Geneva: World Health Organization
- Jané M, Saltó E, Pardell H. et al. 2002. Prevalencia del tabaquismo en Cataluña, 1982-1998: una perspectiva de género. *Medicina Clínica (Barc)*. 118(3): 81-85
- Jarvis MJ. 1999. Social patterning of individual health behaviours: the case of cigarette smoking. In: Marmot MG, Wilkinson RG (eds). *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press
- Jarvis J, Wardle J, Waller J. et al. 2003. Prevalence of hardcore smoking in England, and associated attitudes and beliefs: Cross sectional study. *British Medical Journal*. 326: 1061-1066
- Jha P, Peto R, Zatonski W. et al. 2006. Social inequalities in male mortality from smoking: indirect estimation from national death rates in England and Wales, Poland and North America. *Lancet*. 368: 367-370
- Jiménez ML. 2007. *Mujeres y tabaco: La feminización del consumo de cigarrillos en España*. Universidad de Granada. Tesis doctoral
- Jiménez-Ruiz CA, Riesco JA, Hurt R. et al. 2008. Study of the impact of laws regulating tobacco consumption on the prevalence of passive smoking in Spain. *European Journal of Public Health*. 18(6): 622-625
- Joosens L, Raw M. 2006. The Tobacco Control Scale: a new scale to measure country activity. *Tobacco Control*. 15(3): 247-253
- Katainen A. 2010. Social class differences in the accounts of smoking—striving for distinction? *Sociology of health & illness*. 32(7): 1087-1101
- Kawachi I, Berkman L. 2000. Social cohesion, social capital, and health. En: Berkman L, Kawachi I. (eds). *Social epidemiology*. New York: New York University Press
- Kawachi I, Kennedy B, Lochner K. et al. 1997. Social capital, income inequality, and mortality. *American Journal of Public Health*. 87: 1491-1498
- Kim D, Subramanian SV, Kawachi I. 2008. Social capital and physical health: a systematic review of the literature. En: Kawachi I, Subramanian SV, Kim D. (eds). *Social capital and health*. New York: Springer
- Klesges LM, Klesges RC, Cigrang JA. 1992. Discrepancies between self-reported smoking and carboxyhemoglobin: an analysis of the second National Health and Nutrition Survey.

- American Journal of Public Health. 82: 1026–1029
- Klesges RC, Debon M, Ray JW. 1995. Are self-reports of smoking rate biased? Evidence from the Second National Health and Nutrition Examination Survey. *Journal of Clinical Epidemiology*. 48: 1225-1233
- Kotz D, West R. 2009. Explaining the social gradient in smoking cessation: it's not in the trying, but in the succeeding. *Tobacco Control*. 18: 43-46
- Krieger N. 1994. Epidemiology and the web of causation: has anyone seen the spider? *Social Science & Medicine*. 39(7): 887-903
- Krieger N. 2001. Theories for social epidemiology in the 21st Century: an ecosocial perspective. *International Journal of Epidemiology*. 30: 668-677
- Krieger N. 2001b. A glossary for social epidemiology. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 55: 693-700
- Krieger N. 2008. Proximal, distal, and the politics of causation: what's level got to do with it? *American Journal of Public Health*. 98(2): 221-230
- Krupka L, Vener AM, Richmond G. 1990. Tobacco advertising in gender-oriented popular magazines. *Journal of Drug Education*. 20(1): 15-29
- Kunst AE, Mackenbach JP. 1994. Measuring socio-economic inequalities in health. Copenhagen: WHO
- Kunst AE, Giskes K, Mackenbach JP. 2004. Socio-economic inequalities in smoking in the European Union: applying an equity lens to Tobacco Control Policies. Rotterdam: Erasmus Medical Center
- Kunze M. 1989. Current smoking habits in Europe. Comunicación presentada en European conference on Tobacco Priorities & Strategies. International Union Against Cancer and Dutch Foundation on Smoking and Health. 1-3 Noviembre 1989. La Haya. Países Bajos
- Laaksonen M, Prättälä R, Helasoja V. et al. 2003. Income and health behaviours. Evidence from monitoring surveys among Finnish adults. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 57: 711-717
- Laaksonen M, Rahkonen O, Karvonen S. et al. 2005 Socioeconomic status and smoking. Analysing inequalities with multiple indicators. *European Journal of Public Health*. 15(3): 262-269
- Lahelma E, Lundberg O. 2009. Health inequalities in European welfare states. *European Journal of Public Health*. 19(5): 445-446
- Lakhdar CB, Cauchie G, Vaillant NG. et al. 2012. The role of family incomes in cigarette smoking: evidence from French students. *Social Science & Medicine*. 74(12): 1864-1873
- Lantz PM, House JS, Lepkowski JM. et al. 1998. Socioeconomic factors, health behaviors and mortality. *Journal of the American Medical Association*. 279(21): 1703-1708
- Lantz PM, Golberstein E, House JS. et al. 2010. Socioeconomic and behavioral risk factors for mortality in a national 19 year prospective study of U.S. adults. *Social Science & Medicine*. 70: 1558-1566
- Law M, Morris J. 1998. Why is mortality higher in poorer areas and in more northern areas in England and Wales? *Journal Epidemiology and Community Health*. 52: 344-352
- Layte R, Whelan C. 2009. Explaining social class inequalities in smoking: the role of education, self-efficacy and deprivation. *European Sociological Review*. 25: 399-410

- Legleye S, Khlal M, Bech F. et al. 2011. Widening inequalities in smoking initiation and cessation patterns: a cohort and gender analysis in France. *Drug and Alcohol Dependence*. 117: 233-241
- Leinsalu M, Tekkel M, Kunst AE. 2007. Social determinants of ever initiating smoking differ from those of quitting: a cross-sectional study in Estonia. *European Journal of Public Health*. 17(6): 572-578
- Letón E, Zuluaga P. 2006. Cómo elegir el test adecuado para comparar curvas de supervivencia. *Medicina Clínica (Barc)*. 127(3): 96-99
- Levy DT, Chaloupka F, Gitchell J. 2004. The effects of tobacco control policies on smoking rates: a Tobacco Control Scorecard. *Journal of Public Health Management and Practice*. 10(4): 338-353
- Lin N. 2001. *Social capital-A theory of social structure and action*. New York: Cambridge University Press
- Lindström M, Moghaddassi M, Bolin K. et al. 2003. Social capital and daily tobacco smoking: a population based multilevel study in Malmö, Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*. 31(6): 444-450
- Lindström M, Isacson OM. 2000. The Malmo Shoulder Neck Study Group. Smoking cessation among daily smokers, aged 45–69 years: a longitudinal study in Malmo, Sweden. *Addiction*. 97: 205-215
- Lindström M. 2009. Social capital, political trust and daily smoking and smoking cessation: a population-based study in southern Sweden. *Public Health*. 123: 496-501
- Lindström M. 2003. Social capital and the miniaturization of community among daily and intermittent smokers: a population-based study. *Preventive Medicine*. 36: 177-184
- Lindström M, Hanson BS, Östergren PO. et al. 2000. Socioeconomic differences in smoking cessation: the role of social participation. *Scandinavian Journal of Public Health*. 28: 200-208
- Lindström M. 2010. Social capital, economic conditions, marital status and daily smoking: a population-based study. *Public Health*. 124: 71-77
- Lynch J, Due E, Muntaner C. et al. 2004. Social capital-is good investment strategy for public health? *Journal of Epidemiology and Community Health*. 54: 404-408
- Link BG, Phelan J. 1995. Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal Health of Social Behaviour*. 35: 80-94
- López AD, Collishaw NE, Piha T. 1994. A descriptive model of the cigarette epidemia in Developer countries. *Tobacco Control*. 3: 242-247
- López MJ. 2010. The Spanish smoking law: a model to be followed?. *International Journal of Public Health*. 55: 231-232
- López MJ, Pérez-Rios M, Schiaffino A. et al. 2007. Mortality attributable to passive smoking in Spain, 2002. *Tobacco Control*. 16: 373-377
- López MJ, Nebot M, Schiaffino A. 2011. Two-year impact of the Spanish smoking law on exposure to secondhand smoke: evidence of the failure of the 'Spanish model'. *Tobacco Control*. doi:10.1136/tc.2010.042275
- Lund M, Lund KE, Kvaavik E. 2011. Hardcore smokers in Norway 1996-2009. *Nicotine and Tobacco Research*. 13(11): 1132-1139

- Macinko J, Starfield B. 2001. The utility of social capital in research on health determinants. *Milbank Quarterly*. 79: 387-427
- Macintyre S, Hunt K, Sweeting H. 1996. Gender differences in health: are things really as easy as they seem?. *Social Science & Medicine*. 42(4): 617-624
- Mackenbach J, Stirbu I, Roskam AR. 2008. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England Journal of Medicine*. 358: 2468-2481
- Mackenbach JP. 2011. What would happen to health inequalities if smoking were eliminated?. *British Medical Journal*. 342 doi: 10.1136/bmj.d3460
- Manzanares-Laya S, López MJ, Sánchez-Martínez F. et al. 2011. Impacto de la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo en la prevalencia de la exposición al humo ambiental del tabaco en Barcelona. *Gaceta Sanitaria*. 25(6): 495-500
- Margolles M, Donate I. Encuesta de Salud para Asturias 2008. Consumo de Tabaco (II). Disponible en: [http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/As_Vigilancia/Encuesta%20de%20Salud/Methodolog%C3%ADa:%20ESA%202008/ESA_2008_1_Metodologia\[1\].pdf](http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/As_Vigilancia/Encuesta%20de%20Salud/Methodolog%C3%ADa:%20ESA%202008/ESA_2008_1_Metodologia[1].pdf)
- Marmot M. 2007. Achieving health equity: From root causes to fair outcomes. *Lancet*. 370: 1153-1163
- Marqués-Vidal P, Cerveira J, Paccaud F. et al. 2009. Smoking trends in Switzerland, 1992-2007: a time for optimism? *Journal of Epidemiology and Community Health*. 65(3): 281-286
- Martikainen P, Bartley M, Lahelma E. 2002. Psychosocial determinants of health in social epidemiology. *International Journal of Epidemiology*. 31: 1091-1093
- Martín M, Quiles MC, López C. 2004. Los sistemas de autorregulación como mecanismos de control de la publicidad del tabaco: evaluación mediante análisis empírico. *Gaceta Sanitaria*. 18: 366-373
- Martín U, Esnaola S, Pérez Y. et al. 2007. Desigualdades socioeconómicas en las esperanzas de salud en la Comunidad Autónoma del País Vasco. *Inguruak*. 44: 25-37
- Martín U. 2011. Salud y desigualdades sociales en salud en la C.A. del País Vasco en el cambio de siglo: una visión desde las esperanzas de salud. Universidad del País Vasco. Tesis doctoral
- Martín U, Malmusi D, Bacigalupe A. et al. 2012. Migraciones internas en España durante el siglo XX: un nuevo eje para el estudio de las desigualdades sociales en salud. *Gaceta Sanitaria*. 26: 9-15
- Mckeown T. 1976. *The modern rise of population*. London: Edward Arnold
- Mckeown T. 1979. *The role of medicine: dream, mirage or nemesis*. Oxford: Basil Blackwell
- Mechanic D. 2000. Rediscovering the social; determinants of health. *Health Affairs*. 19(3): 269-273
- Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008. Informe 2007 del Observatorio español sobre drogas. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo
- Mummery WK, Lauder W, Schofield G. 2008. Associations between physical inactivity and measures of social capital in a sample of Queensland adults. *Journal of Science and Medicine in Sport*. 11(3): 308-315

- Muntaner C, Lynch J, Davey Smith G. 2000. Social capital and health promotion: a review. *Social Science & Medicine*. 51: 871-885
- Murray RL, Bauld L, Hackshaw LE. et al. 2009. Improving access to smoking cessation services for disadvantaged groups: a systematic review. *Journal of Public Health*. 31(2): 258-277
- Nagelhout GE, Korte-de-Boer D, Kunst AE. et al. 2012. Trends in socioeconomic inequalities in smoking prevalence, consumption, initiation, and cessation between 2001 and 2008 in the Netherlands. Findings from a national population survey. *BMC Public Health*. 12: 303
- Nakhaie R, Arnold R. 2010. A four year (1996-2000) analysis of social capital and health status of Canadians: the difference that love makes. *Social Science & Medicine*. 71: 1037-1044
- Navarro V. 1976. *Medicine under capitalism*. London: Croom Helm
- Navarro V. 1980. Work, ideology and medicine. *International Journal of Health Services*. 10: 523-550
- Navarro V, Shi LY L. 2001. The political context of social inequalities and health. *International Journal of Health Services: Planning, administration, evaluation*. 31(1): 1-21
- Navarro V. (ed). 2004. *The political and social contexts of health*. Amityville, New York: Baywood Publishing
- Navarro V, Muntaner C, Borrell C. et al. 2006. Politics and health outcomes. *Lancet*. 368: 1033-1037
- Nebot M, Tomás Z, Lóez MJ. et al. 2004. Cambios en el consumo de tabaco en la población general en Barcelona, 1983-2000. *Atención Primaria*. 34(9): 457-464
- Nebot M, López MJ, Ariza C. et al. 2008. Impact of the Spanish Smoking Law on Exposure to Secondhand Smoke in Offices and Hospitality Venues: Before-and-After Study. *Environmental Health Perspectives*. 117(3): 344-347
- Nebot M, Manzanares S, López MJ. et al. 2011. Estimación de la exposición al humo ambiental de tabaco: revisión de cuestionarios utilizados en España. *Gaceta Sanitaria*. 25(4): 322-328
- OCDE. 2001. *The well-being of Nations. The role of Human and Social Capital*. Paris: Organisation for Economics Cooperation and Development: OECD. Disponible en [consultado el 16 de mayo de 2012]: <http://www.oecd.org/dataoecd/36/40/33703702.pdf>
- OMS-Organización Mundial de la Salud. 2006. *Tabaco: Mortífero en todas sus formas..* Disponible en [consultado el 27 de noviembre de 2010]: www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2006/translations/Brochure_Spanish.pdf
- Orueta JF, Urraca J, Berraondo I. et al. 2006. ¿Es factible que los médicos de primaria utilicen CIE-9-MC? Calidad de la codificación de diagnósticos en las historias clínicas informatizadas. *Gaceta Sanitaria*. 20(3): 194-201
- Paluzie G, Sans S, Balaña L. et al. 2001. Tendencias seculares del tabaquismo según el nivel educativo entre 1986 y 1996: estudio MONICA-Cataluña. *Gaceta Sanitaria*. 15(4): 303-311
- Patrick DL, Cheadle A, Thompson DC. et al. 1994. The validity of self-reported smoking: a review and meta-analysis. *American Journal of Public Health*. 84: 1086-1093
- Peretti-Watel P, Constance J, Seror V. et al. 2009. Cigarettes and social differentiation in

- France: is tobacco use increasingly concentrated among the poor? *Addiction*. 104: 1718-1728
- Peretti-Watel P, Constance J, Seror V. et al. 2009. Working conditions, job dissatisfaction and smoking behaviours among French clerks and manual workers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 51(3): 343-350
- Periago MR. 2003. El convenio marco para el control del tabaco: un hito en la historia de la salud pública [editorial]. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 13: 201-202
- Perlman F, Bobak M, Gilmore A. et al. 2007. Trends in the prevalence of smoking in Russia during the transition to a market economy. *Tobacco Control*. 16: 299-305
- Phelan JC, Link BG, Diez-Roux A. et al. 2004. Fundamental causes of social inequalities in mortality: A test of a theory. *Journal of Health and Social Behaviour*. 45: 265-285
- Philip Morris. 1977. First Report by Working Party on Social Acceptability of Smoking to International Committee on Smoking Issues. Philip Morris. Disponible en [consultado el 22 abril 2012]: <http://legacy.library.ucsf.edu/tid/sve84e00>
- Pierce JP, Fiore MC, Novotny TE. et al. 1989. Trends in cigarette smoking in the United States. Educational differences are increasing. *Journal of the American Medical Association*. 261(1): 56-60
- Pierce JP, Messer K, White MM. et al. 2011. Prevalence of heavy smoking in California and the United States, 1965-2007. *Journal of the American Medical Association*. 305(11): 1101-1112
- Pisinger C, Godtfredsen NS. 2007. Is there a health benefit of reduced tobacco consumption? A systematic review. *Nicotine & Tobacco Research*. 9: 631-646
- Pomerleau J, Gilmore A, McKee M. et al. 2004. Determinants of smoking in eight countries of the former soviet union: results from the Living Conditions, Lifestyles and Health Study. *Addiction*. 99: 1577-1585
- Poortinga W. 2006. Do health behaviors mediate the association between social capital and health. *Preventive Medicine*. 43: 488-493
- Portes A. 1998. Social Capital: its origins and application in modern sociology. *Annual Review of Social Sciences*. 24: 1-24
- PRB. 2010. Cuadro de Datos de la Población Mundial 2010. Population Reference Bureau. Disponible en [consultado el 22 abril 2012]: www.prb.org/pdf10/10wpds_sp.pdf
- Precioso J, Calheiros J, Pereira D. et al. 2009. Estado actual e evolução da epidemia tabágica em portugal e na Europa. *Acta Medica Portuguesa*. 22: 335-348
- Putnam RD, Leonardi R, Nanetti R. 1993. Making democracy work: civil tradition in modern Italy. Princeton: Princeton University Press
- Putnam RD. 1995. Tuning in, tuning out: the strange disappearance of social capital in America. *Political Science & Politics*. 28: 664-683
- Putnam RD. 2000. Bowling alone: the collapse and revival of American community. New York: Simon and Schuster
- Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL, Calle ME. et al. 2001. Trends in cigarette smoking in Spain by social class. *Preventive Medicine*. 33: 241-248
- Regidor E, de Mateo S, Ronda E. 2010. Heterogeneous trend in smoking prevalence by sex and age group following the implementation of a national smoke-free law. *Journal of*

- Epidemiology and Community Health. 65(8): 702-708
- Reynolds RJ. 1989. Our Target Is (More) Downscale. RJ Reynolds. Bates No. 515603998/4000 Disponible en [consultado el 22 abril 2012]: <http://legacy.library.ucsf.edu/tid/pbs92d00>
- Registrar General. 1970. Classification of Occupations. London: HMSO
- Rogers EM. 1995. Diffusion of innovations. New York: Free Press
- Rohrmann S, Kroke A, Boeing H. et al. 2003. Time trends in cigarette smoking in two German cohorts –results from EPIC Germany. *European Journal of Cancer Prevention*. 12(4): 327-332
- Ronneberg A, Lund K, Hafstad A. 1994. Lifetime smoking habits among Norwegian men and women born between 1980 and 1974. *International Journal of Epidemiology*. 23: 267-276
- Salvador-Llivina T. 2004. Condicionantes del consumo de tabaco en España. *Adicciones*. 16(2): 25-58
- Sampson R, Raudenbush S, Earls F. 1997. Neighborhoods and violent crime: a multilevel study of collective efficacy. *Science*. 277: 918-924
- Santos AC, Barros H. 2004. Smoking patterns in a community sample of Portuguese adults, 1999-2000. *Preventive Medicine*. 38: 114-119
- Schaap M, Van Agt HME, Kunst AE. 2008. Identification of socioeconomic groups at increased risk for smoking in European countries: Looking beyond educational level. *Nicotine & Tobacco Research*. 10(2): 359-369
- Schaap MM, Kunst AE. 2009. Monitoring of socio-economic inequalities in smoking: learning from the experiences of recent scientific studies. *Public Health*. 123: 103-109
- Schaap M, Kunst AE, Leinsalu M. 2009. Female ever-smoking, education, emancipation and economic development in 19 European countries. *Social Science & Medicine*. 68: 1271-1278
- Schaap M. 2010. Socioeconomic inequalities in smoking in Europe. Erasmus University. Tesis doctoral
- Schiaffino A, Fernández E, Borell C. et al. 2003. Gender and educational differences in smoking initiation rates in Spain from 1948 to 1992. *European Journal of Public Health*. 13: 56-60
- Schiaffino A, Fernández E, Kunst A. et al. 2007. Time trends and educational differences in the incidence of quitting smoking in Spain (1965-2000). *Preventive Medicine*. 45:226-232
- SEE. 2012. Un año después: menos humo y más salud. Disponible en [consultado el 26 abril 2012]: <http://www.seepidemiologia.es/descargas/prensa/13261.pdf>
- Shaffer ER, Brenner JE, Houston TP. 2005. International trade agreements: a threat to tobacco control policy. *Tobacco Control*. 14: ii19-ii25
- Shaw M, Dorling D, Davey Smith G. 1999. Poverty, social exclusion, and minorities. En: Marmot M, Wilkinson R. (eds). *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press
- Shilling C. 1993. *The body and social theory*. London: Sage

- Sholaimi S, Luben R, Wareham N. et al. 2003. Residential area deprivation predicts smoking habit independently of individual educational level and occupational social class. A cross sectional study in the Norfolk cohort of the European Investigation into Cancer (EPIC-Norfolk). *Journal of Epidemiology and Community Health*. 57: 270-276
- Siahpush M, McNeill A, Hammond D. 2006. Socioeconomic and country variations in knowledge of health risks of tobacco smoking and toxic constituents of smoke: results from the 2002 International Tobacco Control four Country Survey. *Tobacco Control*. 15: 65-70
- Siahpush M, Borland R, Taylor J. et al. 2006b. The association of smoking with perception of income inequality, relative material well-being, and social capital. *Social Science & Medicine*. 63: 2801-2812
- Shiffmann A, Brockwell SE, Pillitteri JL. et al. 2008. Individual differences in adoption of treatment for smoking cessation: demographic and smoking history characteristics. *Drug and Alcohol Dependence*. 93: 121-131
- Sklo M, Nieto J. 2003. *Epidemiología intermedia. Conceptos y aplicaciones*. Madrid: Díaz Santos
- Solar O, Irwin A. 2007. A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2*. Geneva: World Health Organization
- Solar O, Irwin A. 2010. A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2*. Geneva: World Health Organization
- Sorg A, Xu J, Doppalapudi SB. et al. 2011. Hardcore smokers in a challenging tobacco control environment: the case of Missouri. *Tobacco Control*. 20(5): 388-389
- Soto-Mas F, Villalbí JR, Granero L. et al. 2003. Los documentos internos de la industria tabaquera y la prevención del tabaquismo en España. *Gaceta Sanitaria*. 17(supl 3): 9-14
- Stockwell T, Glantz S. 1999. Tobacco use is increasing in popular films. *Tobacco Control*. 8(1): 37-44
- Stoyanova A, Dóez-Serrano L. 2008. Salud y capital social. En: Rodríguez M, Urbanos R. *Desigualdades sociales en salud. Factores determinantes y elementos para la acción*. Barcelona: Elsevier Masson
- Strand BH, Tverdal A. 2004. Can cardiovascular risk factors and lifestyle explain the educational inequalities in mortality from ischaemic heart disease and from other heart diseases? 26 year follow up of 50,000 Norwegian men and women. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 58: 705-709
- Stringhini S, Sabia S, Shipley M. et al. 2010. Association of socioeconomic position with health behaviors and mortality. *Journal of the American Medical Association*. 303(12): 1159-1166
- Stringhini S, Dugravot A, Shipley M. et al. 2011. Health behaviours, socioeconomic status, and mortality: further analyses of the British Whitehall II and the French GAZEL prospective cohorts. *PLoS Medicine*. 8(2): e1000419 doi:10.1371/journal.pmed.1000419
- Stronks K, van de Mheen HD, Caspar MA. et al. 1997. Cultural, material, and psychosocial correlates of the socioeconomic gradient in smoking behavior among adults. *Preventive Medicine*. 26: 754-766

- Suadiciani P, Hein HO, Gyntelberg F. 2001. Socioeconomic status and ischaemic heart disease mortality in middle-aged men: importance of the duration of follow-up. The Copenhagen Male Study. *International Journal of Epidemiology*. 30: 248–255
- Subramanian SV, Kim DJ, Kawachi I. 2002. Social trust and self-related health in US communities: a multilevel analysis. *Journal of Urban Health*. 79(4): S21-S34
- Szreter S, Woolcock M. 2004. Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health. *International Journal of Epidemiology*. 33: 650-667
- Tavolacci MP, Marini H, Bailly L. et al. 2009. Prévalence et caractéristiques socio-sanitaires des fumeurs invétérés en haute-normandie. *Santé Publique*. 6(21): 583-593
- Thomas S, Fayter D, Misso K. et al. 2008. Population tobacco control interventions and their effects on social inequalities in smoking: systematic review. *Tobacco Control*. 17: 230-237
- Thorlindson T, Valdimarsdottir M, Hrafn Jonsson S. 2012. Community social structure, social capital and adolescent smoking: a multi-level analysis. *Health & Place* [en prensa]
- US Department of Health and Human Services. 2004. The Health Consequences of Smoking. A Report of the Surgeon General. Atlanta, Centers for Disease Control, National Center for Chronic Disease Prevention and Promotion, Office on Smoking and Health
- UNDP. 2005. Human development report 2005 – International cooperation at a crossroads: aid, trade and security in an unequal world. New York: United Nations Development Programme
- Van de Mheen H, Stronks K, Looman C. et al. 1997. Role of childhood health in the explanation of socioeconomic inequalities in early adult health". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52: 15-19
- Van Loon AJ, Tjihuis M, Picavet HS. et al. 2003. Survey non-response in the Netherlands: effects on estimates and associations. *Annals of Epidemiology*. 13: 105-110
- Van Loon AJM, Tjihuis M, Surtees PG. et al. 2005. Determinants of smoking status: cross-sectional data on smoking initiation and cessation. *European Journal of Public Health*. 15(3): 256-261
- Victora CG, Wagstaff A, Schellenberg JA. et al. 2003. Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough. *Lancet*. 362(9379): 233-241
- Villalbí JR. 2004. Políticas para reducir el daño que causa el tabaco. *Adicciones*. 16(2): 379-390
- Villalbí JR, Tomás Z, López MJ. et al. 2004. La cambiante epidemiología del tabaquismo: Barcelona, 2000-2001. *Revista Clínica Española*. 204(6): 312-316
- Villalbí JR, López-Nicolás A, Córdoba B. 2006. Cigarette taxes and prices in Spain. Government and industry initiatives. *Tobacco Control*. 15: 343
- Villalbí JR, Daban F, Pasarín MI. et al. 2008. Abandono y prevalencia del tabaquismo: sexo, clase social y atención primaria de salud. *Atención Primaria*. 40(2): 87-92
- Villalbí JR, Rodríguez-Sanz M, Villegas R. et al. 2009. Cambios en el patrón de tabaquismo de la población: Barcelona, 1983-2006. *Medicina Clínica (Barc)*. 132(11): 414-419
- Wagenknecht LE, Burke GL, Perkins LL. et al. 1992. Misclassification of smoking status in the CARDIA study: a comparison of self-report with serum cotinine levels. *American Journal of Public Health*. 82: 33-36

- Wagstaff A. 2002. Poverty and health sector inequalities. *Bulletin of the World Health Organization*. 80(2): 97-105
- Wainwright D. 2008. *The Changing Face of Medical Sociology*. En: Wainwright D. *A Sociological of Health*. London: SAGE
- Waitzkin H. 1986. A Marxist interpretation of the growth and development of coronary care technology. En: Conrad P, Kern R. (eds). *The sociology of Health and Illness*. New York: St Martin's Press
- Waldron I, Lye D. 1989. Employment, unemployment, occupation, and smoking. *American Journal of Preventive Medicine*. 5: 142-149
- Waldron I. 1991. Patterns and causes of gender differences in smoking. *Social Science & Medicine*. 32(9): 989-1005
- Weitzman ER, Chen Y. 2005. Social capital's risk modifying effects on measures of heavy alcohol consumption, alcohol abuse, harms, and second-hand effects; national survey findings. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 59(4): 303-309
- Wejnert B. 2002. Integrating models of diffusion of innovations: a conceptual framework. *Annual Review of Sociology*. 28: 297-326
- Whitehead M. 1992. The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*. 22: 429-445
- WHO. 1992. *Women and tobacco*. Geneva: World Health Organization
- WHO. 1999. *Making a difference to tobacco and health: avoiding the tobacco epidemic in women and youth*. Disponible en [consultado el 20 abril 2012]: www.who.int/tobacco/research/economics/en/kobe_report.pdf
- WHO. 2002. *The world health report 2002 – Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva: World Health Organization
- WHO. 2004. *Building blocks for tobacco control a handbook*. France: WHO
- WHO. 2007. *The European tobacco control report 2007*. Copenhagen: World Health Organization
- WHO. Varios años. *European Health for All Database*.
- Willemsen MC, de Vries H, van Breukelen G. et al. 1996. Determinants of intention to quit smoking among Dutch employees: the influence of the social environment. *Preventive Medicine*. 25: 195-202
- Williams SM. 1995. Theorising class, health and lifestyles: can Bourdieu help us? *Sociology of health & illness*. 17(5): 577-604
- Wilkinson R. 1996. *Unhealthy Societies: the affliction of inequality*. Routledge: London
- Wilkinson RG. 1997. Socioeconomic determinants of health: Health inequalities: relative or absolute material standards?. *British Medical Journal*. 314: 591-595
- Wilkinson RG, Pickett KE. 2006. Income inequality and population health: a review and explanation of the evidence. *Social Science & Medicine*. 62(7): 1768-1784
- Wilson N, Blakely T, Tobias M. 2006. What potential has tobacco control for reducing health inequalities? The New Zealand situation. *International Journal for Equity in Health*. 5: 14 doi:10.1186/1475-9276-5-14
- Wolf SH, Johnson RE, Phillips RL. et al. 2007. Giving everyone the health of the educated: an examination of whether social change would save more lives than medical advances.

- American Journal of Public Health. 97(4): 679-683
- Wright EO. 1978. Class structure, and income inequality. New York: Academic Press
- Wright EO. 2000. Class Counts: comparative studies in class analysis. Cambridge: Cambridge University Press
- Wynder EL, Graham EA. 1950. Tobacco smoking as a possible etiologic factor in bronchiogenic carcinoma; a study of 684 proved cases. Journal of American Medical Association. 143(4): 329-336
- Zola IK. 1972. Medicine as an instrument of social control. Sociological Review. 20: 487-504
- Zola IK. 1984. Healthism and disabling medicalisation. En: Lee PR, Estes CL, Ramsey NB. (eds). The Nation's Health. San Francisco: Boyd and Fraser Publishing Co

Índice de figuras

Figura 1.1. Modelo de dos fases de la epidemia del tabaquismo en población médica y población general	20
Figura 1.2. Modelo de la epidemia de tabaquismo	22
Figura 1.3. Evolución de la prevalencia (%) del consumo diario de cigarrillos en la población mayor de 15 años, España, 1945-1995*	26
Figura 4.1. Distribución de la población* según su relación con el tabaco por sexo. Población mayor de 16 años. CAE, 1986-2007	94
Figura 4.2. Distribución de la población según su relación con el tabaco en los hombres por grupos de edad. CAE, 1986-2007.	95
Figura 4.3. Distribución de la población según su relación con el tabaco en las mujeres por grupos de edad. CAE, 1986-2007	96
Figura 4.4. Consumo medio* diario de cigarrillos en población fumadora según sexo. Población mayor de 16 años. CAE, 1986-2007	97
Figura 4.5. Inicio del consumo en algún momento de la vida por grupos de edad según sexo. Población mayor de 16 años. CAE, 1986-2007	99
Figura 4.6. Edad media* de inicio del consumo de tabaco por sexo. Población mayor de 16 años. CAE, 1986-2007	100
Figura 4.7. Cesación del consumo por grupos de edad según sexo. Población mayor de 16 años. CAE, 1986-2007	102
Figura 4.8. Distribución de la población fumadora habitual* según intento y/o deseo de abandonar el hábito por sexo. Población mayor de 16 años. CAE, 1997-2007	103
Figura 4.9. Prevalencia del consejo antitabaco en la consulta de atención primaria por grupos de edad según sexo. Población mayor de 16 años. CAE, 2002-2007	104
Figura 4.10. Prevalencia de población en deshabituación tabáquica en atención primaria por grupos de edad según sexo. Población mayor de 16 años. Araba, 2010-2011	104
Figura 4.11. Prevalencias estandarizadas de ausencia de exposición al humo ambiental del tabaco en el hogar, el trabajo y los lugares cerrados por sexo. Población mayor de 16 años. CAE, 2002-2007	105
Figura 4.12. Prevalencias estandarizadas de exposición diaria o muy frecuente al humo ambiental del tabaco en el hogar, el trabajo y los lugares cerrados por sexo. Población mayor de 16 años. CAE, 2002-2007	106
Figura 4.13. Distribución de la frecuencia de exposición al humo ambiental del tabaco en el hogar en los hombres por grupos de edad. CAE, 2002-2007.	107

Figura 4.14. Distribución de la frecuencia de exposición al humo ambiental del tabaco en el hogar en las mujeres por grupos de edad. CAE, 2002-2007	108
Figura 4.15. Distribución de la frecuencia de exposición al humo ambiental del tabaco en el lugar de trabajo o estudio en los hombres por grupos de edad. CAE, 2002-2007	109
Figura 4.16. Distribución de la frecuencia de exposición al humo ambiental del tabaco en el lugar de trabajo o estudio en las mujeres por grupos de edad. CAE, 2002-2007	109
Figura 4.17. Distribución de la frecuencia de exposición al humo ambiental del tabaco en lugares cerrados en los hombres por grupos de edad. CAE, 2002-2007	110
Figura 4.18. Distribución de la frecuencia de exposición al humo ambiental del tabaco en lugares cerrados en las mujeres por grupos de edad. CAE, 2002-2007	111
Figura 4.19. Distribución de la población por nivel de estudios según sexo. Población de 25 a 44 años. CAE, 1986-2007.	112
Figura 4.20. Distribución de la población por nivel de estudios según sexo. Población mayor de 44 años. CAE, 1986-2007	113
Figura 4.21. Distribución de la población por situación laboral según sexo. Población de 16 a 44 años. CAE, 1986-2007.	114
Figura 4.22. Distribución de la población por situación laboral según sexo. Población de 45 a 64 años. CAE, 1986-2007.	114
Figura 4.23. Distribución de la población por clase social según sexo. Población de 25 a 44 años. CAE, 1986-2007.	115
Figura 4.24. Distribución de la población por clase social según sexo. Población mayor de 44 años. CAE, 1986-2007	115
Figura 4.25. Proporciones estandarizadas de población de clase social manual y nivel de estudios hasta secundarios básicos por sexo. Población de 25 a 44 años. CAE, 1986-2007.	116
Figura 4.26. Proporciones estandarizadas de población de clase social manual y nivel de estudios hasta secundarios básicos por sexo. Población mayor de 44 años. CAE, 1986-2007	117
Figura 4.27. Prevalencias estandarizadas de fumadores/as habituales e Índice Relativo de Desigualdad (IRD)* según la clase social. Población de 25 a 44 años por sexo. CAE, 1986-2007	118
Figura 4.28. Prevalencias estandarizadas de fumadores/as habituales e Índice Relativo de Desigualdad (IRD)* según el nivel de estudios. Población de 25 a 44 años por sexo. CAE, 1986-2007	120
Figura 4.29. Prevalencias estandarizadas de grandes fumadores/as e Índice Relativo de Desigualdad (IRD)* según la clase social. Población de 25 a 44 años por sexo. CAE, 1986-2007	121

Figura 4.30. Prevalencias estandarizadas de grandes fumadores/as e Índice Relativo de Desigualdad (IRD)* según el nivel de estudios. Población de 25 a 44 años por sexo. CAE, 1986-2007	122
Figura 4.31. Prevalencias estandarizadas de inicio del consumo a lo largo de la vida según la clase social. Población de 25 a 44 años por sexo. CAE, 1986-2007	123
Figura 4.32. Prevalencias estandarizadas de inicio del consumo a lo largo de la vida según el nivel de estudios. Población de 25 a 44 años por sexo. CAE, 1986-2007	124
Figura 4.33. Curvas del inicio del consumo de tabaco en hombres según la clase social. Población de 25 a 44 años. CAE, 1986 (arriba) y 2007 (abajo).	125
Figura 4.34. Curvas del inicio del consumo de tabaco en hombres según el nivel de estudios. Población de 25 a 44 años. CAE, 1986 (arriba) y 2007 (abajo).	126
Figura 4.35. Curvas del inicio del consumo de tabaco en mujeres según la clase social. Población de 25 a 44 años. CAE, 1986 (arriba) y 2007 (abajo).	127
Figura 4.36. Curvas del inicio del consumo de tabaco en mujeres según el nivel de estudios. Población de 25 a 44 años. CAE, 1986 (arriba) y 2007 (abajo)	128
Figura 4.37. Riesgo relativo* e IC 95% de inicio del consumo de tabaco según la clase social. Población de 25 a 44 años por sexo. CAE, 1986-2007	129
Figura 4.38. Riesgo relativo* e IC 95% de inicio del consumo de tabaco según el nivel de estudios. Población de 25 a 44 años por sexo. CAE, 1986-2007	130
Figura 4.39. Edad de inicio del consumo de tabaco ajustada por edad según la clase social. Población de 25 a 44 años por sexo. CAE, 1986-2007	131
Figura 4.40. Edad de inicio del consumo de tabaco ajustada por edad según el nivel de estudios. Población de 25 a 44 años por sexo. CAE, 1986-2007	132
Figura 4.41. Prevalencias estandarizadas de cesación del hábito tabáquico e Índice Relativo de Desigualdad (IRD)* según la clase social. Población de 25 a 44 años por sexo. CAE, 1986-2007	133
Figura 4.42. Prevalencia de cesación del hábito tabáquico e Índice Relativo de Desigualdad (IRD)* según el nivel de estudios. Población de 25 a 44 años por sexo. CAE, 1986-2007	134
Figura 4.43. Prevalencias estandarizadas de población fumadora que ha recibido consejo antitabaco en atención primaria, según el nivel de estudios y la clase social. Población de 25 a 44 años por sexo. CAE, 2002-2007	136
Figura 4.44. Prevalencias estandarizadas de población fumadora en deshabitación tabáquica en atención primaria, según el nivel de privación de la sección censal de residencia. Población de 25 a 44 años por sexo. CAE, 2010-2011	137
Figura 4.45. Prevalencias estandarizadas de población fumadora empedernida e Índice Relativo de Desigualdad (IRD)* según la clase social. Población de 25 a 44 años por sexo. CAE, 1997-2007	138
Figura 4.46. Prevalencias estandarizadas de población fumadora empedernida e Índice Relativo de Desigualdad (IRD)* según el nivel de estudios.	

Población de 25 a 44 años por sexo. CAE, 1997-2007	139
Figura 4.47. Prevalencias estandarizadas de ausencia de exposición al humo del tabaco en el hogar, según el nivel de estudios y la clase social.	
Población de 25 a 44 años por sexo. CAE, 2002-2007	140
Figura 4.48. Índice relativo de Desigualdad* e IC 95% de la ausencia de exposición al humo ambiental del tabaco en el hogar, según el nivel de estudios y la clase social.	
Población de 25 a 44 años por sexo. CAE, 2002-2007	141
Figura 4.49. Prevalencias estandarizadas de exposición diaria o muy frecuente al humo ambiental del tabaco en el hogar, según el nivel de estudios y la clase social.	
Población de 25 a 44 años por sexo. CAE, 2002-2007	142
Figura 4.50. Índice relativo de Desigualdad* e IC 95% de exposición diaria o muy frecuente al humo ambiental del tabaco en el hogar, según el nivel de estudios y la clase social. Población de 25-44 por sexo. CAE, 2002-2007	142
Figura 4.51. Prevalencias estandarizadas de ausencia de exposición al humo ambiental del tabaco en los lugares cerrados, según el nivel de estudios y la clase social. Población de 25 a 44 años por sexo. CAE, 2002-2007	143
Figura 4.52. Índice relativo de Desigualdad* e IC 95% de la ausencia de exposición al humo ambiental del tabaco en los lugares cerrados, según el nivel de estudios y la clase social. Población de 25 a 44 años por sexo. CAE, 2002-2007	144
Figura 4.53. Prevalencias estandarizadas de exposición diaria o muy frecuente al humo ambiental del tabaco en los lugares cerrados, según el nivel de estudios y la clase social. Población de 25 a 44 años por sexo. CAE, 2002-2007	145
Figura 4.54. Índice relativo de Desigualdad* e IC 95% de la exposición diaria o muy frecuente al humo ambiental del tabaco en los lugares cerrados, según el nivel de estudios y la clase social. Población de 25 a 44 años por sexo. CAE, 2002-2007	145
Figura 4.55. Prevalencias estandarizadas de ausencia de exposición al humo ambiental del tabaco en el lugar de trabajo, según el nivel de estudios y la clase social. Población trabajadora de 25 a 64 años por sexo. CAE, 2002-2007	146
Figura 4.56. Índice relativo de Desigualdad* e IC 95% de la ausencia de exposición al humo ambiental del tabaco en el lugar de trabajo, según el nivel de estudios y la clase social. Población trabajadora de 25 a 64 años por sexo. CAE, 2002-2007	147
Figura 4.57. Prevalencias estandarizadas de exposición diaria o muy frecuente al humo ambiental del tabaco en el lugar de trabajo, según el nivel de estudios y la clase social. Población trabajadora de 25 a 64 años por sexo. CAE, 2002-2007	148
Figura 4.58. Índice relativo de Desigualdad* e IC 95% de la exposición diaria o muy frecuente al humo ambiental del tabaco en el lugar de trabajo, según el nivel de estudios y la clase social. Población trabajadora de 25 a 64 años por sexo. CAE, 2002-2007	148
Figura 4.59. Prevalencias estandarizadas de fumadores/as habituales e Índice Relativo de Desigualdad (IRD)* según la clase social.	

Población mayor de 44 años por sexo. CAE, 1986-2007	149
Figura 4.60. Prevalencias estandarizadas de fumadores/as habituales e Índice Relativo de Desigualdad (IRD)* según el nivel de estudios. Población mayor de 44 años por sexo. CAE, 2002-2007	151
Tabla 4.13. Índice Relativo de Desigualdad (IRD)* y prevalencia atribuible a las desigualdades (PAD) calculados según el nivel de estudios. Población mayor de 44 años por sexo. CAE, 1986-2007	151
Figura 4.61. Prevalencias estandarizadas de grandes fumadores/as e Índice Relativo de Desigualdad (IRD)* según la clase social. Población mayor de 44 años por sexo. CAE, 1986-2007	152
Figura 4.62. Prevalencias estandarizadas de grandes fumadores/as e Índice Relativo de Desigualdad (IRD)* según el nivel de estudios. Población mayor de 44 años por sexo. CAE, 1986-2007	153
Figura 4.63. Prevalencias estandarizadas de inicio del consumo a lo largo de la vida según la clase social. Población mayor de 44 años por sexo. CAE, 1986-2007	154
Figura 4.64. Prevalencias estandarizadas de inicio del consumo a lo largo de la vida según el nivel de estudios. Población mayor de 44 años por sexo. CAE, 1986-2007	155
Figura 4.65. Curvas del inicio del consumo de tabaco en hombres según la clase social. Población mayor de 44 años. CAE, 1986 (arriba) y 2007 (abajo)	156
Figura 4.66. Curvas del inicio del consumo de tabaco en hombres según el nivel de estudios. Población mayor de 44 años. CAE, 1986 (arriba) y 2007 (abajo)	157
Figura 4.67. Curvas del inicio del consumo de tabaco en mujeres según la clase social (arriba) y el nivel de estudios (abajo). Población mayor de 44 años. CAE, 2007.	158
Figura 4.68. Riesgo relativo* e IC 95% de inicio del consumo de tabaco según la clase social. Población mayor de 44 años por sexo. CAE, 1986-2007.	159
Figura 4.69. Riesgo relativo* e IC 95% de inicio del consumo de tabaco según el nivel de estudios. Población mayor de 44 años por sexo. CAE, 1986-2007	160
Figura 4.70. Edad de inicio del consumo de tabaco ajustada por edad según la clase social. Población mayor de 44 años por sexo. CAE, 1986-2007.	161
Figura 4.71. Edad de inicio del consumo de tabaco ajustada por edad según el nivel de estudios. Población mayor de 44 años por sexo. CAE, 1986-2007	162
Figura 4.72. Prevalencias estandarizadas de cesación del hábito tabáquico e Índice Relativo de Desigualdad (IRD)* según la clase social. Población mayor de 44 años por sexo. CAE, 1986-2007	163
Figura 4.73. Prevalencias estandarizadas de cesación del hábito tabáquico e Índice Relativo de Desigualdad (IRD)* según el nivel de estudios. Población mayor de 44 años por sexo. CAE, 1986-2007	164
Figura 4.74. Prevalencias estandarizadas de población fumadora que ha recibido consejo	

antitabaco en atención primaria, según el nivel de estudios y la clase social. Población mayor de 44 años por sexo. CAE, 2002-2007	166
Figura 4.75. Prevalencias estandarizadas de población fumadora que en deshabitación tabáquica en atención primaria, según nivel de privación. Población de 44 y más años por sexo. CAE, 2010-2011	167
Figura 4.76. Prevalencias estandarizadas de ausencia de exposición al humo ambiental del tabaco en el hogar, según el nivel de estudios y la clase social. Población mayor de 44 años por sexo. CAE, 2002-2007	168
Figura 4.77. Índice relativo de Desigualdad* e IC 95% de ausencia de exposición al humo ambiental del tabaco en el hogar, según el nivel de estudios y la clase social. Población mayor de 44 años por sexo. CAE, 2002-2007	169
Figura 4.78. Prevalencias estandarizadas de exposición diaria o muy frecuente al humo ambiental del tabaco en el hogar, según el nivel de estudios y la clase social. Población mayor de 44 años por sexo. CAE, 2002-2007	170
Figura 4.79. Índice relativo de Desigualdad* e IC 95% de exposición diaria o muy frecuente al humo ambiental del tabaco en el hogar, según el nivel de estudios y la clase social. Población mayor de 44 años por sexo. CAE, 2002-2007	170
Figura 4.80. Prevalencias estandarizadas de ausencia de exposición al humo ambiental del tabaco en lugares cerrados, según el nivel de estudios y la clase social. Población mayor de 44 años por sexo. CAE, 2002-2007	171
Figura 4.81. Índice relativo de Desigualdad* e IC 95% de la ausencia de exposición al humo ambiental del tabaco en los lugares cerrados, según el nivel de estudios y la clase social. Población mayor de 44 años por sexo. CAE, 2002-2007	172
Figura 4.82. Prevalencias estandarizadas de exposición diaria o muy frecuente al humo ambiental del tabaco en los lugares cerrados, según el nivel de estudios y la clase social. Población mayor de 44 años por sexo. CAE, 2002-2007	173
Figura 4.83. Índice relativo de Desigualdad* e IC 95% de exposición diaria o muy frecuente al humo ambiental del tabaco en los lugares cerrados, según el nivel de estudios y la clase social. Población mayor de 44 años por sexo. CAE, 2002-2007	173
Figuras 4.84-4.104. Curvas del inicio del consumo de tabaco en hombres y mujeres según la clase social y el nivel de estudios. Población de 25 a 44 y mayor de 44 años. CAE, 1986-2007	176

Índice de tablas

Tabla 1.1. Muertes atribuibles al consumo de tabaco en personas de 35 y más años. España, 1978-2006	18
Tabla 3.1. Tamaños muestrales y tasas de respuesta en la ESCAV	73
Tabla 3.2. Población total y analizada con datos de Osabide-AP por sexo. 2010-2011	74
Tabla 3.3. Variables analizadas en cada año de estudio, por sexo y grupos de edad	89
Tabla 3.4. Descripción (N ,% y perdidos) de las variables sociodemográficas y de resultado principales del estudio recogidas en la ESCAV por sexo y año	90
Tabla 3.5. Descripción de la población con datos provenientes de Osabide-AP (N ,%) por sexo. 2010-2011	91
Tabla 4.1. Consumo medio diario de cigarrillos en población fumadora por grupos de edad según sexo. Población mayor de 16 años. CAE, 1986-2007	98
Tabla 4.2. Edad media de inicio del consumo de tabaco por grupos de edad según sexo. Población mayor de 16 años. CAE, 1986-2007	101
Tabla 4.3. Índice Relativo de Desigualdad (IRD)* y prevalencia atribuible a las desigualdades (PAD) calculados según la clase social. Población de 25 a 44 años por sexo. CAE, 1986-2007.	119
Tabla 4.4. Índice Relativo de Desigualdad (IRD)* y prevalencia atribuible a las desigualdades (PAD) calculados según el nivel de estudios. Población de 25 a 44 años por sexo. CAE, 1986-2007	120
Tabla 4.5. Índice Relativo de Desigualdad (IRD)* de gran consumo de tabaco según la clase social y el nivel de estudios. Población de 25 a 44 años por sexo. CAE, 1986-2007	122
Tabla 4.6: Valor p del test Log-Rank* de comparación de curvas de inicio del consumo según la clase social y el nivel de estudios por sexo. Población de 25 a 44 años. CAE, 1986-2007.	128
Tabla 4.7. Diferencias de medias entre grupos de mayor y menor nivel socioeconómico* en la edad de inicio del consumo. Población de 25 a 44 años por sexo. CAE, 1986-2007	132
Tabla 4.8. Índice Relativo de Desigualdad* de la cesación del hábito tabáquico calculado según la clase social y el nivel de estudios. Población de 25 a 44 años por sexo. CAE, 1986-2007	135
Tabla 4.9. Índice Relativo de Desigualdad* sobre intento de dejar de fumar en	

el último año según la clase social y el nivel de estudios. Población de 25 a 44 años por sexo. CAE, 1986-2007	135
Tabla 4.10. Índice Relativo de Desigualdad* de población fumadora que ha recibido consejo antitabaco en atención primaria según la clase social y el nivel de estudios. Población de 25 a 44 años por sexo. CAE, 1986-2007	136
Tabla 4.11. Índice Relativo de Desigualdad* de la población fumadora empedernida según la clase social y el nivel de estudios. Población de 25 a 44 años por sexo. CAE, 1997-2007	139
Tabla 4.12. Índice Relativo de Desigualdad (IRD)* y prevalencia atribuible a las desigualdades (PAD) calculados según clase social. Población mayor de 44 años por sexo. CAE, 1986-2007	150
Tabla 4.14. Índice Relativo de Desigualdad* de gran consumo de tabaco según la clase social y el nivel de estudios. Población mayor de 44 años por sexo. CAE, 1986-2007	153
Tabla 4.15. Valor p del test Log-Rank* de comparación de curvas de inicio del consumo según la clase social y el nivel de estudios. Población mayor de 44 años. CAE, 1986-2007	158
Tabla 4.16. Diferencias de medias entre grupos de mayor y menor nivel socioeconómico* en la edad de inicio del consumo por sexo. Población mayor de 44 años, CAE 1986-2007	162
Tabla 4.17. Índice Relativo de Desigualdad* de la cesación del hábito tabáquico calculado según la clase social y el nivel de estudios. Población mayor de 44 años por sexo. CAE, 1986-2007	165
Tabla 4.18. Índice Relativo de Desigualdad* sobre intento de dejar de fumar en el último año según la clase social y el nivel de estudios. Población mayor de 44 años por sexo. CAE, 1992-2007	165
Tabla 4.19. Índice Relativo de Desigualdad* de población fumadora que ha recibido consejo antitabaco en atención primaria según la clase social y el nivel de estudios. Población mayor de 44 años por sexo. CAE, 1986-2007	167
Tabla 4.20. Número medio de cigarrillos fumados diariamente ajustado por edad según la clase social y el nivel de estudios. Población de 25 a 44 años por sexo. CAE, 1986-2007	174
Tabla 4.21. Número medio de cigarrillos fumados diariamente ajustado por edad según la clase social y el nivel de estudios. Población mayor de 44 años por sexo. CAE, 1986-2007	174
Tabla 4.22. Edad de inicio del consumo de tabaco ajustada por edad según la clase social y el nivel de estudios. Población de 25 a 44 años por sexo. CAE, 1986-2007	175
Tabla 4.23. Edad de inicio del consumo de tabaco ajustada por edad según la clase social y el nivel de estudios. Población mayor de 44 años por sexo . CAE, 1986-2007	175

