

Departamento de Salud. Gobierno Vasco

Dirección de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitarias

Jose Antonio Martín, Montse Calvo, Imanol Montoya, Maider Mateos, Covadonga Audicana

Dirección de Salud Pública y Adicciones

Elena Aldasoro

Traducción:

IVAP. Instituto Vasco de Administración Pública

Servicio Oficial de Traductores (IZO).

Maquetación:

Marta Sáez, Elena Raño

Autorización de uso:

Se autoriza su reproducción total o parcial para uso no comercial, siempre que se haga referencia al documento.

Cita sugerida:

Martín JA, Calvo M, Montoya I, Mateos M, Audicana C, Aldasoro E. Desigualdades socioeconómicas en la mortalidad por todas las causas y por las principales causas de defunción en la CAPV, 2013-2016 . Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud, Gobierno Vasco. Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria, 2020.

Edición: 1ª noviembre 2020

© Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco Departamento de Salud

Internet: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/equidad_en_salud/es_def/adjuntos/mort_1316.pdf

Índice

1. Resumen.....	1
1.1. Antecedentes y objetivos.....	1
1.2. Métodos.....	1
1.3. Resultados.....	2
1.4. Conclusiones.....	4
2. Introducción.....	5
2.1 ¿Qué son las desigualdades sociales en salud?.....	5
2.2. La monitorización de las desigualdades sociales en salud.....	6
2.3. Objetivo.....	6
3. Resultados.....	7
3.1. Características sociodemográficas de la población de 25 y más años, CAPV 2011.....	7
3.2. Principales causas de defunción según frecuencia, CAPV 2013-2016.....	10
3.3. Magnitud de las desigualdades socioeconómicas en la mortalidad total en las personas de 25 y más años, CAPV 2013-2016.....	14
3.4. Magnitud de las desigualdades socioeconómicas en la mortalidad total según grandes grupos de edad, CAPV 2013-2016.....	16
3.5. Desigualdades socioeconómicas en la mortalidad por causas de defunción en las personas de 25 y más años, CAPV 2013-2016.....	20
3.6. Desigualdades socioeconómicas en la mortalidad por causas específicas de defunción y grandes grupos de edad, CAPV 2013-2016.....	28
3.7. Contribución de las causas de defunción a las desigualdades en la mortalidad por nivel educativo según grandes grupos de edad, CAPV 2013-2016.....	40
4. Comentarios y conclusiones.....	42
5. Bibliografía.....	60
Anexo 1. Métodos.....	66
Anexo 2. Tablas.....	68
Anexo 3. Figuras.....	78

1. Resumen

1.1. Antecedentes y objetivos

La reducción de las desigualdades sociales en salud es un objetivo prioritario de las políticas de salud en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV). Siguiendo los planes anteriores, el Plan de Salud 2013-2020 incluyó como acción prioritaria la monitorización de las desigualdades en salud. El objetivo de este estudio fue describir la magnitud de las desigualdades por nivel educativo en la mortalidad por todas las causas y por las principales causas de defunción de la población de la CAPV de 25 y más años, en el periodo 2013-2016, coincidiendo temporalmente con el último año de la crisis económica acontecida entre 2009 y 2013 y los posteriores de recuperación macroeconómica.

1.2. Métodos

Se hizo un estudio longitudinal de mortalidad de base poblacional a partir del enlace de los datos del Registro de Mortalidad con los del Registro de Población de la CAPV. El periodo de seguimiento fue del 1 de enero de 2013 al 31 de diciembre de 2016. Para cada persona se calculó el número exacto de años-persona de seguimiento. Se calcularon tasas estandarizadas por edad de mortalidad para cada nivel educativo. Como medidas de desigualdad relativa se estimó el índice relativo de desigualdad (IRD) ajustado por edad, usando el modelo de regresión de Poisson. Para medir las desigualdades absolutas se estimó el índice de desigualdad de la pendiente (IDP), usando el modelo de regresión aditivo de Poisson. Además, se estimó la mortalidad (número y proporción de las defunciones) atribuible a las desigualdades educativas.

1.3. Resultados

1.3.1. Desigualdades en la mortalidad por todas las causas

La mortalidad por todas las causas mostró un marcado gradiente inverso según el nivel educativo en ambos sexos, esto es, una mayor mortalidad al disminuir el nivel de estudio. Al comparar los extremos en la escala educativa las desigualdades absolutas en la mortalidad se concretaron en unas tasas de mortalidad superiores en las personas con menor nivel de estudios de 309 y 537 defunciones por 100.000 habitantes, en las mujeres y en los hombres, respectivamente; el exceso relativo de mortalidad fue de un 45 y de un 55 %, respectivamente. Tanto las desigualdades relativas como las absolutas fueron superiores en los hombres que en las mujeres.

Un 13 y un 19 % del total de defunciones observadas en las mujeres y en los hombres, respectivamente, en el periodo 2013-2016 fueron atribuibles a las desigualdades en el nivel educativo, lo que equivale a aproximadamente 9 defunciones diarias de las cuales 3,6 corresponderían a mujeres y 5,4 a hombres.

1.3.2. Desigualdades en la mortalidad por todas las causas según grandes grupos de edad

Las mujeres de 25 a 44 años con menor nivel educativo tuvieron una mortalidad que triplicó la de aquéllas con mayor nivel de estudios y casi la duplicó entre las de 45 y 64 años; en los hombres la mortalidad fue 3,4 veces mayor entre los 25 y 44 años y 1,6 veces mayor entre los 45 y los 64 años. A partir de los 65 años las desigualdades relativas tendieron a igualarse entre ambos sexos en torno al 30 % entre los extremos en la escala educativa. Las desigualdades relativas fueron superiores en los hombres que en las mujeres en todos los grupos de edad. Las desigualdades absolutas en la mortalidad fueron también significativas en todos los grupos de edad en ambos sexos y superiores en los hombres que en las mujeres.

La mortalidad atribuible a las desigualdades educativas respecto a la mortalidad total disminuyó conforme aumentó la edad del grupo analizado en ambos sexos: el 28 % de las defunciones en las mujeres de 25 a 44 años fueron atribuibles a las desigualdades educativas y el 43 % en los hombres; entre los 45 y los 64 años, la proporción fue del 22 y del 37 %; y a partir de los 65 se redujo al 12 y al 15 %, respectivamente, en las mujeres y en los hombres.

1.3.3. Desigualdades en la mortalidad por las principales causas de defunción

En ambos sexos, se observaron desigualdades relativas y absolutas significativas y muy relevantes en la mayor parte de los principales grupos de grandes causas de defunción, si bien la magnitud de las desigualdades y el ranking de los grupos de causas fueron distintos entre las mujeres y los hombres.

Por causas específicas de defunción, ambos sexos presentaron excesos de mortalidad muy relevantes. En las mujeres, las causas con mayores desigualdades relativas en la mortalidad fueron los envenenamientos accidentales, la cirrosis y las lesiones de tráfico, con excesos de mortalidad superiores al 400 % y la diabetes con un exceso del 225 %. Es de notar la existencia de un gradiente directo de desigualdad en la mortalidad con el nivel educativo para el cáncer de pulmón, que se concretó en que las mujeres universitarias tuvieron una mortalidad estadísticamente significativa un 35 % superior que la de aquéllas con nivel educativo inferior. En los hombres, por causas específicas, el sida y VIH y los envenenamientos accidentales presentaron excesos de mortalidad superiores al 500 %. Los excesos de mortalidad fueron a su vez superiores al 150 % para el cáncer de laringe, el suicidio y la EPOC.

Por causas específicas de defunción, ambos sexos presentaron desigualdades absolutas muy relevantes. En las mujeres las mayores desigualdades, en orden de magnitud, se dieron en las isquemias del corazón, los trastornos mentales orgánicos, la diabetes, la cirrosis, la EPOC y cáncer de estómago. Se dio además un patrón directo de desigualdad estadísticamente significativo en la mortalidad por cáncer de pulmón que se concretó en una mortalidad superior en las mujeres universitarias a la de aquéllas con menor nivel educativo. En los hombres, las mayores desigualdades absolutas fueron, en orden de magnitud, por cáncer de pulmón, EPOC, isquemias del corazón, trastornos mentales orgánicos y cáncer de estómago.

La proporción de defunciones atribuibles a las desigualdades fue importante para los principales grupos de causas de defunción en los hombres. En torno a 1 de cada 3 defunciones por causas externas, enfermedades respiratorias y enfermedades digestivas fueron atribuibles a las desigualdades en el nivel educativo entre los hombres y aproximadamente 1 de cada 5 defunciones por enfermedades infecciosas y tumores malignos, correspondiendo el menor porcentaje de mortalidad atribuible a las enfermedades circulatorias (13 %). En el caso de las mujeres, 4 de cada 10 defunciones por enfermedades digestivas y 1 de cada 4 por enfermedades infecciosas fueron atribuibles a las desigualdades educativas, siendo también importante (el 17 %) la mortalidad atribuible por enfermedades circulatorias; la mortalidad atribuible por enfermedades respiratorias, causas externas y tumores malignos no superó el 7 % de la mortalidad total en cada uno de esos grandes grupos de causas.

1.3.4. Desigualdades en la mortalidad por las principales causas de defunción según grandes grupos de edad

En las mujeres de 25 a 44 años, los envenenamientos accidentales y el cáncer de pulmón fueron las dos únicas causas específicas que mostraron desigualdades relativas y absolutas estadísticamente significativas. No se detectaron desigualdades relativas ni absolutas en las dos causas con mayor mortalidad en este grupo de edad, el cáncer de mama y el suicidio, ni tampoco por el resto de causas específicas. Entre los hombres de esta misma franja de edad las desigualdades relativas más relevantes se detectaron por cirrosis, cáncer de estómago, envenenamientos accidentales, enfermedad cerebrovascular y cáncer de pulmón; las desigualdades absolutas más relevantes se dieron por envenenamientos accidentales, suicidio, lesiones de tráfico, isquemias del corazón y cáncer de pulmón.

En las mujeres de 45 a 64 años, las causas con mayores desigualdades relativas y absolutas fueron las isquemias, la enfermedad cerebrovascular, la cirrosis, la diabetes y la EPOC, siendo todas las desigualdades estadísticamente significativas. La mortalidad atribuible a la diabetes, cirrosis e isquemias fue al menos del 60%. En los hombres de esa misma franja de edad, las mayores desigualdades relativas se dieron por sida y VIH, EPOC y envenenamientos accidentales; las mayores desigualdades absolutas fueron por cáncer de pulmón, isquemias y cirrosis. Los envenenamientos accidentales y la cirrosis presentaron una mortalidad atribuible de al menos el 60 % y superior al 40% en el cáncer de pulmón.

En las mujeres de 65 y más años, los trastornos mentales orgánicos, las isquemias, la diabetes, la cirrosis y la EPOC mostraron conjuntamente desigualdades relativas y absolutas muy relevantes, al igual que el cáncer de pulmón, pero en este último caso la mortalidad fue superior entre aquellas mujeres con mayor nivel educativo. Respecto al impacto de las desigualdades educativas, casi el 80% y el 40 %, respectivamente, de las defunciones por cirrosis y diabetes fueron atribuibles a las desigualdades educativas; en el extremo opuesto, el cáncer de pulmón, que presentó una fracción atribuible poblacional negativa, lo que supone que se podrían haber evitado defunciones en las mujeres universitarias si éstas hubieran tenido la mortalidad de las mujeres con niveles de estudios inferiores. En los hombres de esa misma edad, las causas específicas que presentaron conjuntamente mayores desigualdades relativas y absolutas fueron el cáncer de estómago y la EPOC. El suicidio, el cáncer de laringe y el cáncer de recto presentaron desigualdades relativas relevantes; el cáncer de pulmón, los trastornos mentales orgánicos y las isquemias presentaron también desigualdades absolutas relevantes. Además, el cáncer de estómago y la EPOC presentaron una mortalidad atribuible de al menos el 40 % y superior al 20 % en el caso del cáncer de pulmón.

1.4. Conclusiones

Dados la relevancia y el gran impacto de las desigualdades socioeconómicas en la mortalidad en la CAPV, es necesario reforzar las políticas y poner en marcha nuevas iniciativas para reducir las desigualdades sociales, y mitigar el efecto de esas desigualdades sobre la salud. Se hace necesario avanzar en la monitorización de las desigualdades en salud y en la investigación sobre la efectividad de las intervenciones para aumentar la equidad en salud en la CAPV.

2. Introducción

Este informe describe la magnitud de las desigualdades en la mortalidad según la posición socioeconómica individual en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) durante el periodo 2013-2016. En esta sección se definen las desigualdades sociales en salud y se justifica la necesidad de la monitorización de esas desigualdades. En capítulos posteriores se describen los resultados detallados para las principales causas de defunción por sexo y grupos edad. En el Anexo 1 se incluye la descripción detallada de la metodología utilizada.

2.1 ¿Qué son las desigualdades sociales en salud?

Las desigualdades sociales en salud son diferencias sistemáticas en la salud entre grupos sociales que tienen distintos niveles de desventaja. Estas diferencias se dan a lo largo de varios ejes de estratificación social, y se originan en las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, sexo, territorio de residencia, etnia o lugar de nacimiento, lo que se traduce en una peor salud entre los colectivos socialmente menos favorecidos¹. Numerosos estudios científicos muestran que las desigualdades en salud son enormes, y responsables de un exceso de mortalidad y de morbilidad superior al producido por la mayoría de factores de riesgo de enfermar conocidos². Además, la evidencia científica muestra que las desigualdades en salud pueden reducirse si se aplican las intervenciones y políticas públicas sanitarias y sociales adecuadas² y que, por lo tanto, son evitables y, como tales, injustas. Esta es la razón por la que solemos hacer sinónimos los términos de “desigualdades sociales en salud” y el de “inequidades en salud”.

Una característica fundamental de las desigualdades sociales en salud es su carácter gradual, lo que hace que hablemos de la existencia de un gradiente social en la salud. Así, con muy pocas excepciones, la evidencia muestra que la salud empeora a medida que descendemos en la escala socioeconómica. En consecuencia, las desigualdades sociales en salud no afectan únicamente a las personas que están en la parte inferior de la escala social, a las más pobres de las pobres, sino que atraviesa al conjunto de la sociedad³.

2.2. La monitorización de las desigualdades sociales en salud

El buen gobierno de las políticas para impulsar la equidad en salud se basa en el conocimiento de las características y la evolución de las desigualdades sociales en salud. La vigilancia o monitorización de las desigualdades en salud es así, necesaria para orientar y evaluar las políticas de salud, identificar problemas de salud y grupos de población que precisan mayores esfuerzos preventivos y de promoción de la salud, y para facilitar la rendición de cuentas^{4, 5}.

La importancia creciente de la equidad en salud ha hecho que la reducción de las desigualdades sociales en salud sea un objetivo prioritario de las políticas de salud en la CAPV. Siguiendo la estela del plan anterior, el Plan de Salud 2013-2020 incluyó las desigualdades sociales en salud como una de sus áreas prioritarias⁶. Entre sus acciones destaca la monitorización de las desigualdades en salud mediante el desarrollo de los sistemas de información sanitaria y la producción de estadísticas periódicas del nivel de salud según la posición socioeconómica. Este trabajo aborda la monitorización de las desigualdades sociales en la mortalidad, utilizando información individual de la posición socioeconómica, y más concretamente, del nivel educativo. Da así continuidad al informe de “Desigualdades socioeconómicas en la mortalidad por todas las causas y por las principales causas de defunción en la CAPV, 2009-2012”⁷ publicado en el año 2017 y a otros estudios previos publicados en marco de la operación estadística “Desigualdades en la mortalidad por posición socioeconómica individual”^{8, 9}.

2.3. Objetivo

En este documento se describe la magnitud de las desigualdades por nivel educativo en la mortalidad por todas las causas y por las principales causas de defunción de la población de la CAPV de 25 y más años de edad entre los años 2013 y 2016 y se analiza la contribución de las principales causas específicas de defunción (Véase la sección de métodos en el Anexo I).

3. Resultados

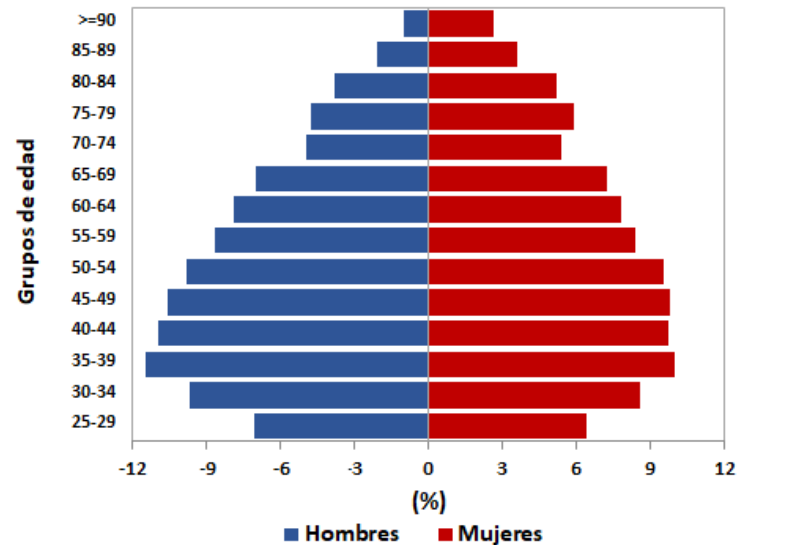
3.1. Características sociodemográficas de la población de 25 y más años, CAPV 2011

De acuerdo con del censo de población 2011 el 80 y el 78 %, respectivamente, de las mujeres y de los hombres tenían 25 o más años de edad, y el 24 y el 18 % tenían 65 o más años.

- La proporción de mujeres de 65 y más años respecto al total de las mujeres objeto de estudio (25 y más años) supuso el 30%, proporción que resultó del 24 % en hombres.
- La mayor longevidad de las mujeres respecto a los hombres se concretó en una mayor concentración relativa de la población masculina en el grupo de edad más joven y de las mujeres en el grupo de 65 y más años de edad.
- La proporción de personas con estudios primarios, sin estudios formales y con estudios universitarios era mayor en las mujeres que en los hombres, mientras que entre los hombres prevaleció la formación secundaria respecto a las mujeres.
- Los estudios primarios fueron el nivel educativo cursado más frecuente en ambos sexos tanto en la población total (25 y más años) como en la población de 45 y más años; la formación universitaria o equivalente fue el nivel educativo más frecuente en la población de 25 a 44 años.

De las personas de 25 y más años, objeto de este estudio, el 35 y el 39 % de las mujeres y de los hombres, respectivamente, tenía entre 25 y 44 años; el 35 y el 37 %, entre 45 y 64 años; y, el 30 y el 24%, respectivamente, de las mujeres y de los hombres tenían 65 o más años. La mayor esperanza de vida en las mujeres respecto a los hombres llevó a una mayor concentración relativa de la población femenina en el último estrato de edad (65 y más años) y una mayor concentración relativa de la población masculina en los 2 grupos de edad más jóvenes (**Figura 1**).

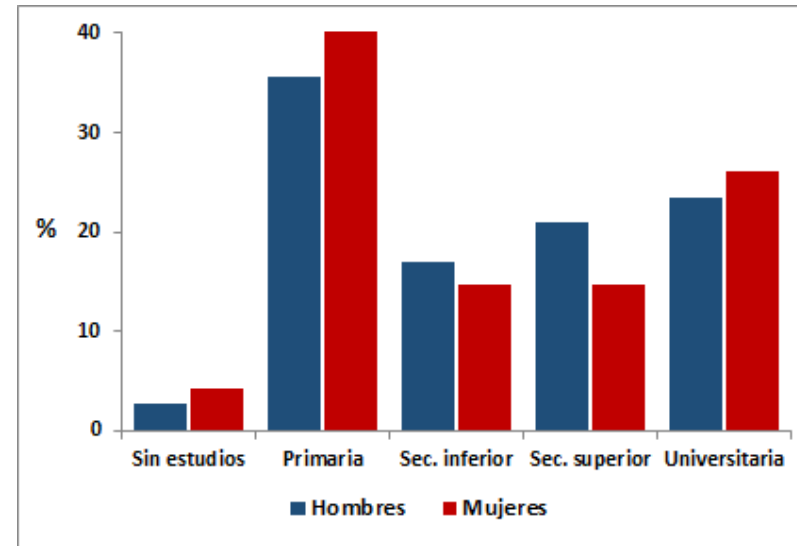
Figura 1. Distribución de la población de 25 y más años según edad y sexo, CAPV 2011



Nivel de estudios en las personas de 25 y más años

La distribución del nivel de estudios mostró diferencias según el sexo. La proporción de personas sin estudios formales, con estudios primarios y estudios universitarios fue mayor en las mujeres que en los hombres. Por el contrario, la proporción de hombres con estudios secundarios fue mayor a la de mujeres. El nivel educativo más frecuente en la población fue la primaria, tanto en mujeres (40 %) como en hombres (36 %); la educación universitaria o equivalente fue el segundo nivel de estudios más frecuente también en ambos sexos, el 26 y el 23 % de las mujeres y los hombres, respectivamente (Figura 2).

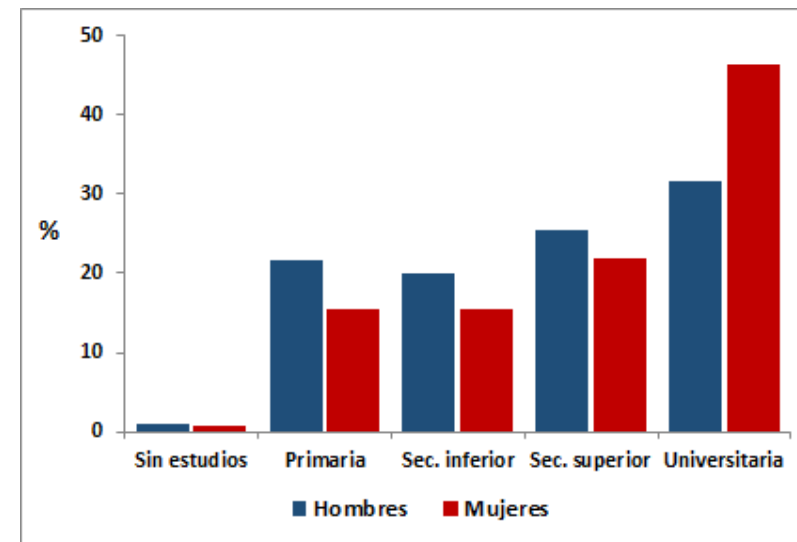
Figura 2. Distribución de la población de 25 y más años según nivel de estudios, CAPV 2011



Nivel de estudios en las personas de 25 a 44 años

En 2011, el 46 y el 32 %, respectivamente, de las mujeres y de los hombres de 25 a 44 años había cursado algún tipo de formación universitaria o equivalente, siendo el nivel educativo más frecuente en ambos sexos. En todos los niveles de estudios no universitarios fue mayor la proporción de hombres que de mujeres. La prevalencia de población joven sin haber cursado estudios formales fue muy residual, apenas el 1 % (Figura 3.1).

Figura 3.1. Distribución de la población de 25 a 44 años según nivel de estudios, CAPV 2011



Nivel de estudios en las personas de 45 a 64 años

En la población de 45 a 64 años de edad el nivel educativo cursado más frecuente fueron los estudios primarios, el 40 % de las mujeres y el 36 % de los hombres. El 41 % de los hombres y el 35 % de las mujeres habían realizado algún tipo de formación secundaria, bien inferior o superior. Las mujeres con algún tipo de formación universitaria o equivalente eran el 24 %, ligeramente superior que en los hombres, el 22%. Solo el 2 % de las mujeres y el 1 % de los hombres no habían cursado estudios formales (Figura 3.2).

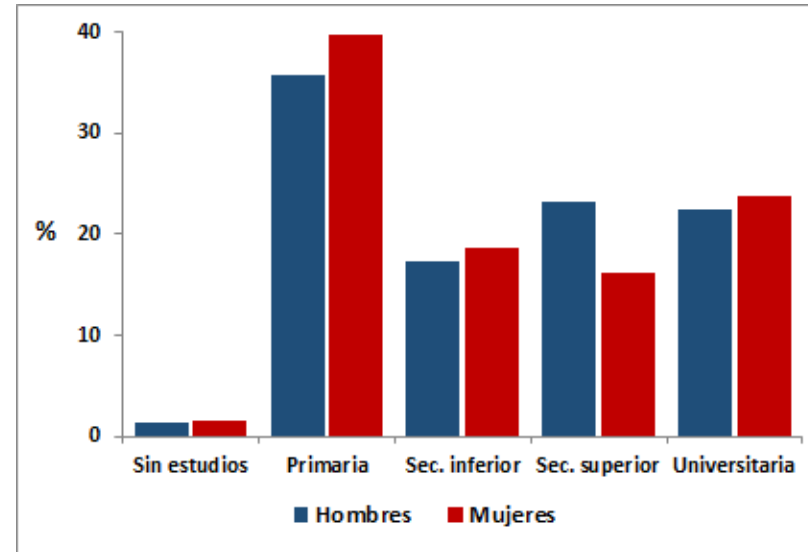


Figura 3.2. Distribución de la población de 45 a 64 años según nivel de estudios, CAPV 2011

Nivel de estudios en las personas 65 y más años

El 69 % de las mujeres y el 59 % de los hombres de 65 y más años se situaron en el grupo población con estudios primarios. La proporción de población sin estudios fue mayor en mujeres que en hombres y se situó en torno al 10 %. La proporción de hombres con algún tipo de formación universitaria o equivalente (12 %) fue el doble (6 %) que en las mujeres. La proporción de mujeres superó a la de hombres en los dos niveles de estudios inferiores, mientras que la proporción de hombres fue superior entre la secundaria inferior y la educación universitaria (Figura 3.3).

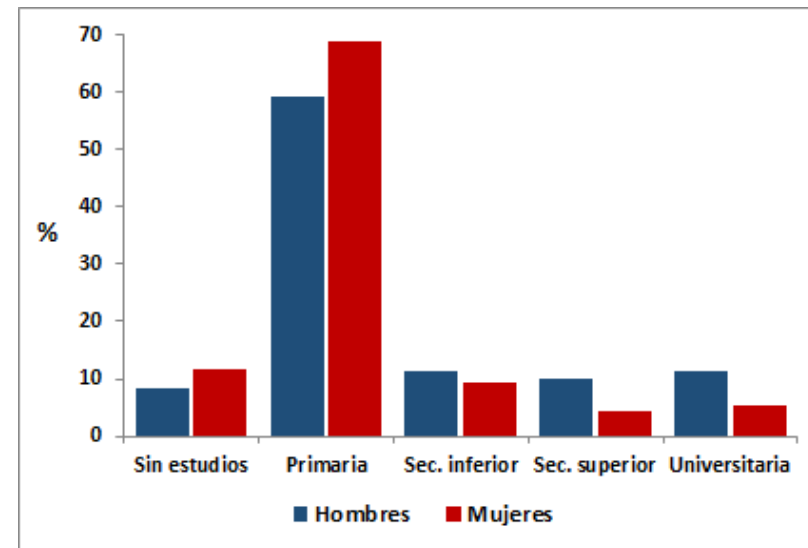


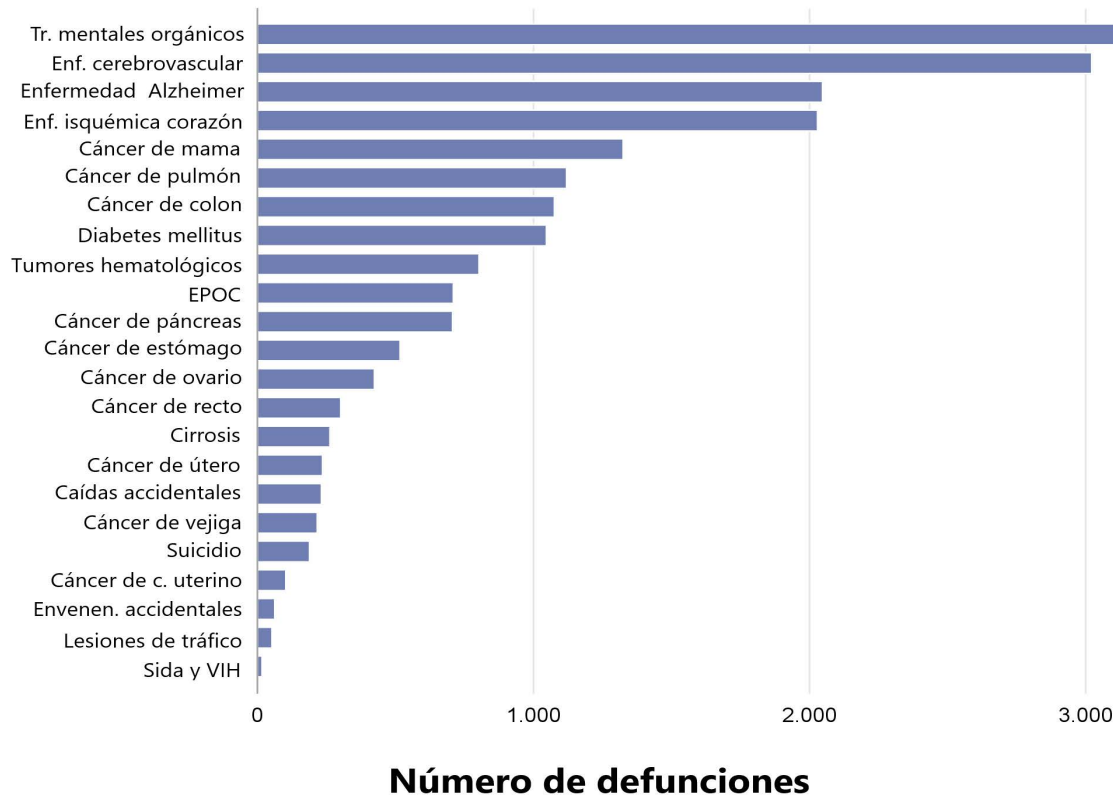
Figura 3.3. Distribución de la población de 65 y más años según nivel de estudios, CAPV 2011

3.2. Principales causas de defunción según frecuencia, CAPV 2013-2016

- Por grandes grupos de defunción, las causas más frecuentes en las personas de 25 y más años fueron las enfermedades circulatorias y los tumores malignos en las mujeres, y en los hombres esas, mismas causas, pero en orden inverso.
- Por causas específicas de defunción en las personas de 25 y más años, las más frecuentes en las mujeres fueron los trastornos mentales orgánicos, la enfermedad cerebrovascular y la enfermedad de Alzheimer; entre los hombres, el cáncer de pulmón, la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular.
- En la población de 25 a 44 años, las causas específicas de defunción más frecuentes fueron el cáncer de mama en las mujeres y el suicidio en los hombres; en las personas de 45 a 64 años, el cáncer de pulmón en ambos sexos; y, en las personas mayores de 64 años, los trastornos mentales orgánicos en las mujeres y la cardiopatía isquémica en los hombres.

3.2.1. Principales causas de defunción en las mujeres

Defunciones en las mujeres de 25 y más años



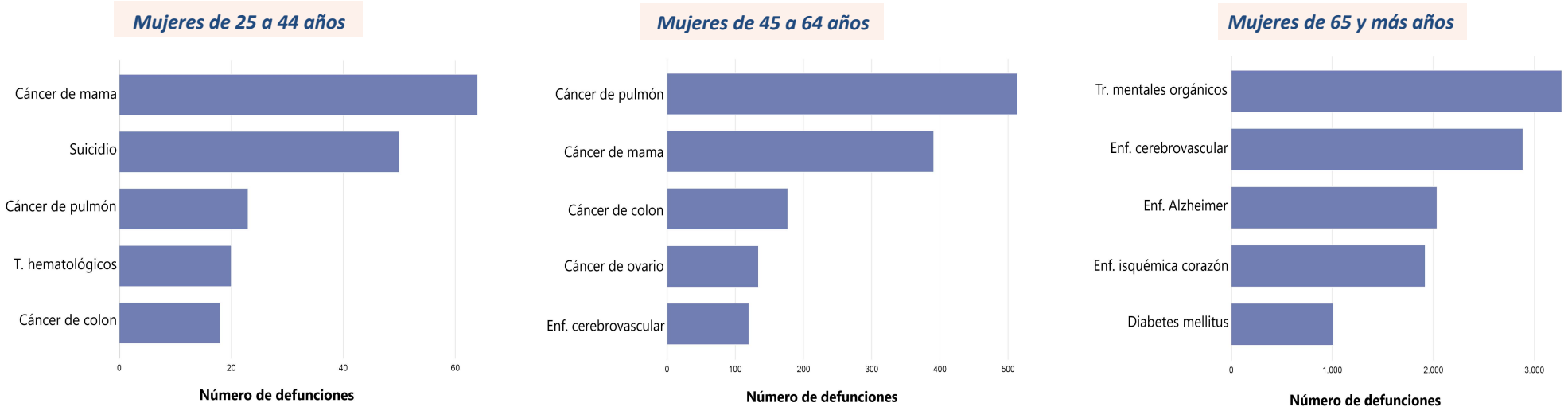
Entre los años 2013 y 2016 se produjeron 40.417 defunciones en las mujeres de 25 y más años de edad. La **Tabla A1 (Anexo 2)** muestra la distribución del número de defunciones y de años-persona de seguimiento por nivel de estudios y grandes grupos de edad en las mujeres. Por grandes grupos de defunción, las principales causas de muerte en las mujeres fueron las enfermedades del sistema circulatorio (29 % de la mortalidad total), seguidas por los tumores malignos (24 %) y por las enfermedades del sistema respiratorio (9 %) (**Tabla A2, Anexo 2**). Por causas específicas, la primera causa de defunción en las mujeres fueron los trastornos mentales orgánicos (8,1 % de la mortalidad total) seguida, en orden de frecuencia, por la enfermedad cerebrovascular (7,5 %), el Alzheimer (5,1 %) y las isquemias del corazón (5,0 %). Detrás se situaron el cáncer de mama (3,3 %), el cáncer de pulmón (2,8 %), el cáncer de colon (2,7 %) y la diabetes (2,6 %). Ninguna del resto de causas específicas superó el 2 % de la mortalidad total en el periodo 2013-2016. La **Figura 4.1** muestra, en orden de frecuencia, el número de defunciones por las causas específicas seleccionadas para este informe.

Figura 4.1. Ranking de las principales causas específicas de defunción en mujeres, CAPV 2013-2016

[Ver a pantalla completa](#)

Defunciones en las mujeres por grupos de edad: 25 a 44 años, 45 a 64 años y 65 y más años

En las mujeres, la importancia relativa de las causas específicas de defunción en el período 2013-2016 fue distinta según el grupo de edad (Tabla A2, Anexo 2). La Figura 4.2 muestra, en orden de frecuencia, las 5 principales causas específicas de defunción en cada uno de los grandes subgrupos de edad contemplados en este informe.



En las mujeres de 25 a 44 años el cáncer de mama (13,7 % de la mortalidad total) fue la principal causa de defunción, seguida por el suicidio (10,7 %), el cáncer de pulmón (4,9 %), los tumores hematológicos (4,3 %) y el cáncer de colon (3,8 %). Estas 5 causas supusieron el 37,4 % de la mortalidad total en las mujeres de esta edad. El número de defunciones en mujeres en este rango de edad entre 2013 y 2016 ascendió a 468, es decir, el 1,2 % de las muertes totales en el periodo en las mujeres de 25 y más años (Figura 4.2).

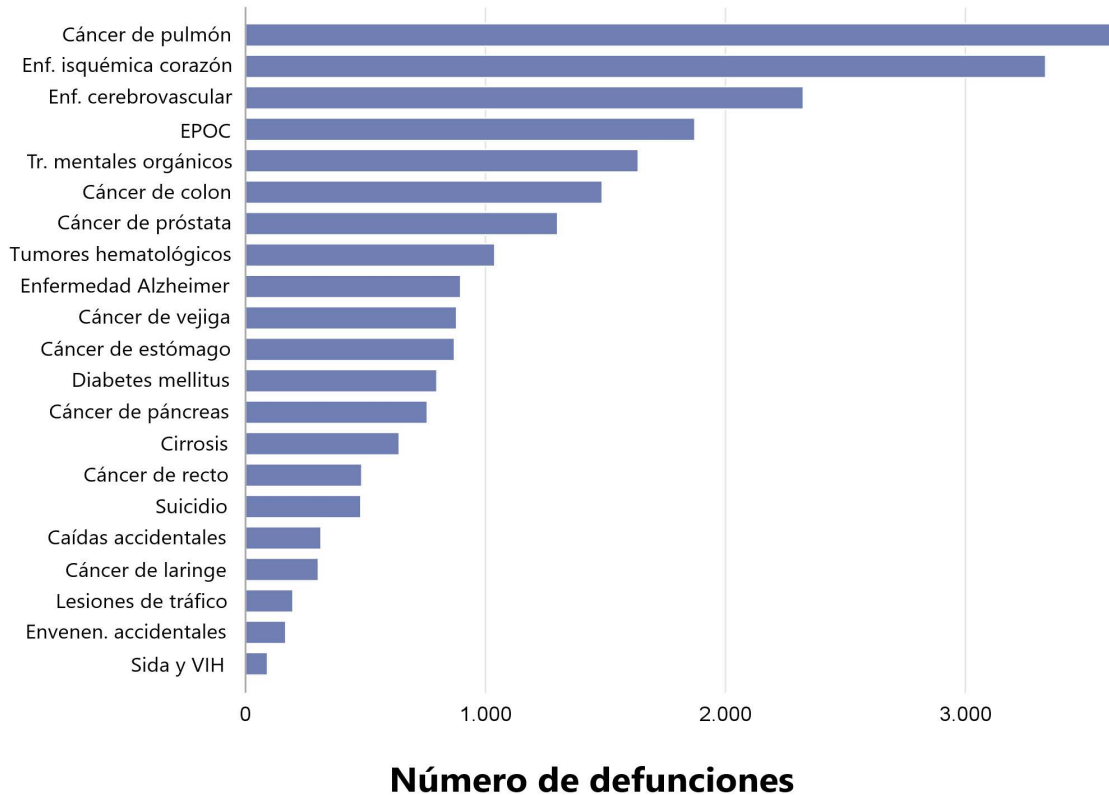
En las mujeres de 45 a 64 años el cáncer de pulmón fue la causa más prevalente (15,8 % de la mortalidad total), por delante del cáncer de mama (12,0 %), el cáncer de colon (5,4 %), el cáncer de ovario (4,1 %) y la enfermedad cerebrovascular (3,7 %). Estas 5 causas supusieron el 41,1 % de las defunciones en mujeres de esta edad. Entre 2013 y 2016 acontecieron 3.253 defunciones en las mujeres de 45 a 64 años, un 8,0 % del total de muertes en mujeres de 25 y más años de edad (Figura 4.2).

En las mujeres de 65 y más años los trastornos mentales orgánicos fueron la causa más prevalente (8,9 % de la mortalidad total), seguida por la enfermedad cerebrovascular (7,9 %), la enfermedad de Alzheimer (5,5 %), la cardiopatía isquémica (5,2 %) y la diabetes (2,8 %). Las 5 causas de defunción anteriores representaron el 30,3 % de las mismas en este rango de edad. Entre 2013 y 2016 se produjeron 36.696 defunciones en esta franja de edad, esto es, el 90,8 % de las defunciones en mujeres de 25 y más años (Figura 4.2).

Figura 4.2. Ranking de las principales causas de defunción según la edad en mujeres, CAPV 2013-2016

3.2.2. Principales causas de defunción en los hombres

Defunciones en los hombres de 25 y más años



En el periodo 2013-2016 se produjeron 41.533 defunciones en los hombres de 25 y más años de edad. La **Tabla A1 (Anexo 2)** muestra la distribución del número de defunciones y de años-persona de seguimiento por nivel de estudios y grandes grupos de edad en los hombres.

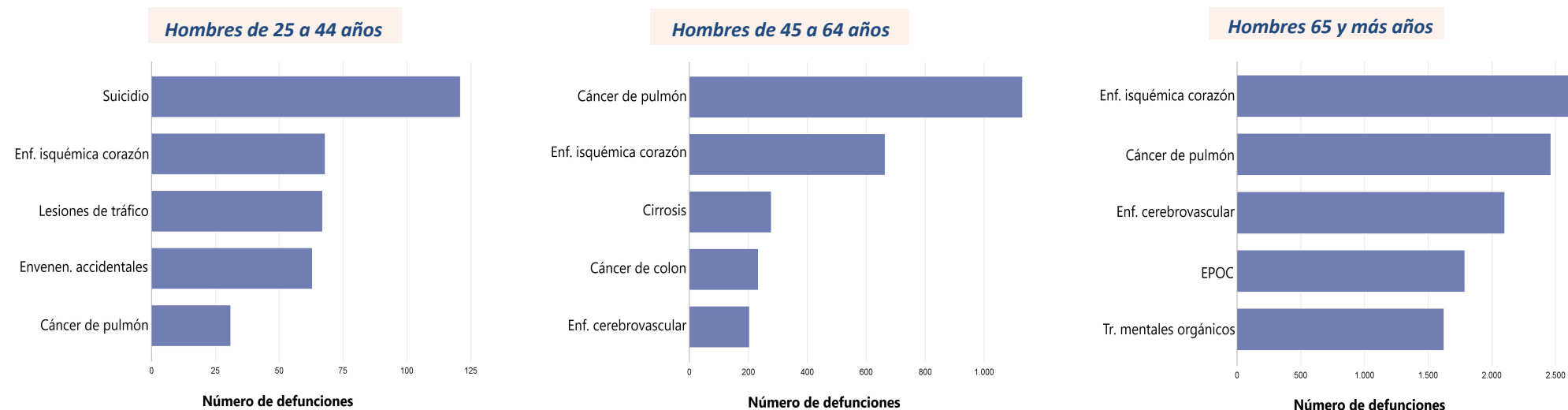
Por grandes grupos de defunción, las principales causas de muerte en los hombres fueron los tumores malignos (37 % de la mortalidad total), las enfermedades cardiovasculares (25 %) y las enfermedades del aparato respiratorio (10 %) (**Tabla A2, Anexo 2**). Por causas específicas, la más frecuente fue el cáncer de pulmón (8,7 % de la mortalidad total) seguida, en orden de frecuencia, por las isquemias del corazón (8,0 %) y la enfermedad cerebrovascular (5,6 %). Otras causas relevantes fueron la EPOC (4,5 %), los trastornos mentales orgánicos (3,9 %), el cáncer de colon (3,6 %) y el cáncer de próstata (3,1 %). Ninguna del resto de causas superó el 2,5 % de la mortalidad total en el periodo 2013-2016. La **Figura 5.1** muestra, en orden de frecuencia, el número de defunciones por las causas específicas seleccionadas para este informe.

Figura 5.1. Ranking de las principales causas específicas de defunción en hombres, CAPV 2013-2016

[Ver a pantalla completa](#)

Defunciones en los hombres por grupos de edad: 25 a 44 años, 45 a 64 años y 65 y más años

En los hombres, la importancia relativa de las causas específicas de defunción en el período 2013-2016 también fue distinta según el grupo de edad (**Tabla A2, Anexo 2**). La **Figura 5.2** muestra, en orden de frecuencia, las 5 principales causas específicas de defunción en cada uno de los grandes subgrupos de edad contemplados en este informe.



En los hombres de 25 a 44 años el suicidio fue la principal causa de defunción (14,5 % de la mortalidad total), seguida por las isquemias del corazón (8,1 %), las lesiones de tráfico (8,0 %), los envenenamientos accidentales (7,5 %) y el cáncer de pulmón (3,7 %). Estas 5 causas supusieron 4 de cada 10 (el 42 %) defunciones totales en este grupo de edad. Entre 2013 y 2016 el número total de defunciones en este rango de edad fue de 835, es decir, un 2,0 % de las defunciones totales en los hombres de 25 y más años (**Figura 5.2**).

Entre los hombres de 45 a 64 años el cáncer de pulmón fue la causa de defunción más frecuente (17,4 % del total de muertes), por delante de las isquemias del corazón (10,2 %), la cirrosis (4,3 %), el cáncer de colon (3,6 %) y la enfermedad cerebrovascular (3,1 %). Estas 5 causas representaron el 38,6 % de la mortalidad total en este grupo de edad. Entre 2013 y 2016 tuvieron lugar 6.508 defunciones en hombres de 45 a 64 años, un 15,7 % del total de muertes en hombres de 25 y más años (**Figura 5.2**).

En los hombres de 65 y más años las isquemias del corazón fueron la causa de muerte más frecuente (7,6 % del total de defunciones), seguida por el cáncer de pulmón (7,2 %) y la enfermedad cerebrovascular (6,1 %). La EPOC (5,2 %) y los trastornos mentales orgánicos (4,7 %) fueron la cuarta y la quinta causas más prevalentes y las 5 causas anteriores representaron 3 de cada 10 (el 30,8 %) defunciones en en este grupo de edad. Entre 2013 y 2016 se produjeron 34.190 defunciones en esta franja de edad, esto es, el 82,3 % de las defunciones en hombres de 25 y más años (**Figura 5.2**).

Figura 5.2. Ranking de las principales causas de defunción según edad en hombres, CAPV 2013-2016

3.3. Magnitud de las desigualdades socioeconómicas en la mortalidad total en las personas de 25 y más años, CAPV 2013-2016

- En el periodo 2013-2016, las desigualdades en mortalidad por todas las causas mostraron un marcado gradiente inverso según el nivel educativo en ambos sexos, con mayor mortalidad al disminuir el nivel de estudios y de forma más pronunciada en los hombres que en las mujeres.
- Al comparar las personas de menor y mayor nivel educativo, la desigualdad absoluta se concretó en una diferencia entre las tasas de mortalidad de 309 y 537 defunciones por 100.000 habitantes, en las mujeres y en los hombres, respectivamente.
- Las desigualdades relativas se concretaron en una mortalidad de las mujeres con menor nivel educativo un 45 % mayor que la de aquéllas con el mayor nivel de estudios; en los hombres el exceso de mortalidad fue de un 55 %.
- Un 13 % y un 19 % del total de las defunciones observadas, respectivamente, en las mujeres y en los hombres de 25 y más años fueron atribuibles a las desigualdades en el nivel educativo, lo que equivale aproximadamente a 9 defunciones diarias, de las cuales 3,6 correspondían a mujeres y 5,4 a hombres.

La magnitud de las desigualdades en la mortalidad por todas las causas fue distinta según el sexo: en las personas de 25 y más años de ambos sexos se dio una relación gradual inversa entre la mortalidad por todas las causas y el nivel de estudios, de forma que la mortalidad aumentó al descender el nivel educativo (**Figura 6; Tabla A4, Anexo 2**). El gradiente social en salud se acentuó de forma acusada entre las personas sin estudios en ambos sexos. La mortalidad en las mujeres sin estudios fue inferior a la mortalidad en los hombres en cualquier nivel educativo.

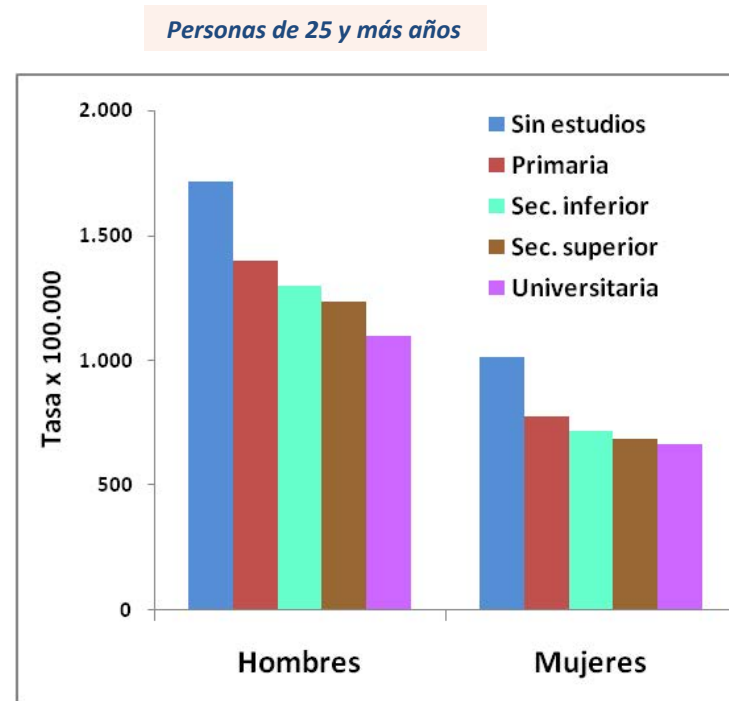


Figura 6. Tasas estandarizadas por edad de mortalidad por todas las causas según nivel de estudios y sexo en las personas de 25 y más años, CAPV 2013-2016

Tabla 1. Desigualdades relativas y absolutas, e impacto de las desigualdades educativas en la mortalidad por todas las causas según sexo en personas de 25 y más años, CAPV 2013-2016

25 y más años de edad	IRD ^a (I.C. ^c del 95%)		IDP ^b (I.C. del 95%)		Nº defunciones		FAP ^c
	Observadas	Atribuibles	Observadas	Atribuibles	Observadas	Atribuibles	
Mujeres	1,45	(1,37 : 1,52)	309	(207 : 411)	40.417	5.191	12,8
Hombres	1,55	(1,49 : 1,62)	537	(425 : 648)	41.533	7.845	19,9

^a Índice relativo de desigualdad ajustado por edad

^b Índice de desigualdad de la pendiente ajustado por edad, en tasa de defunción por 100.000 habitantes

^c Fracción atribuible poblacional

^d I.C.: Intervalo de confianza

En el periodo 2013-2016 en la población de 25 y más años, tanto las desigualdades relativas como las absolutas en la mortalidad total en ambos sexos resultaron estadísticamente significativas y fueron superiores en los hombres que en las mujeres (**Tabla 1; Tabla A5, Anexo 2**). En términos de desigualdades relativas y según los valores del índice relativo de desigualdad (IRD), la mortalidad de las mujeres con menor nivel educativo fue un 45 % [IRD: 1,45 (I.C. del 95 %. 1,37 : 1,52)] mayor que la de aquéllas con el mayor nivel de estudios y en los hombres el exceso de mortalidad fue de un 55 % [IRD: 1,55 (I.C. del 95 %. 1,49 : 1,62)]. Las desigualdades absolutas, que se midieron mediante el índice de desigualdad de la pendiente (IDP), tienen una gran relevancia desde el punto de vista de la salud pública. En términos absolutos, las mujeres con menor nivel de educativo presentaron una mortalidad superior respecto a las universitarias de 309 defunciones por 100.000 habitantes [IDP: 309 (I.C. del 95 %. 207 : 411)], desigualdades que en el caso de los hombres alcanzaron las 537 defunciones por 100.000 habitantes [IDP: 537 (I.C. del 95 %. 425 : 645)] entre los extremos en la escala educativa.

Las desigualdades por nivel de estudios tuvieron gran impacto en la mortalidad total en ambos sexos y se midieron mediante la fracción atribuible poblacional (FAP) (**Tabla 1; Tabla A5, Anexo 2**), siendo de mayor magnitud en los hombres que en las mujeres. Si entre 2013 y 2016 todas las mujeres de 25 y más años de edad hubieran tenido la experiencia de mortalidad de las universitarias, se habrían podido evitar o posponer 5.191 muertes, esto es, el 13 % del total de defunciones en el periodo (**Tabla 1**). Entre los hombres, se podrían haber evitado 7.845 defunciones, esto es, un 19 % del total de muertes en ese mismo periodo. Al considerar ambos sexos, si toda la población de 25 y más años de edad hubiese tenido la experiencia de mortalidad de las personas con formación universitaria o equivalente, se habrían podido evitar o posponer aproximadamente 9 defunciones diarias, de las cuales 3,6 corresponderían a mujeres y 5,4 a hombres.

3.4. Magnitud de las desigualdades socioeconómicas en la mortalidad total según grandes grupos de edad, CAPV 2013-2016

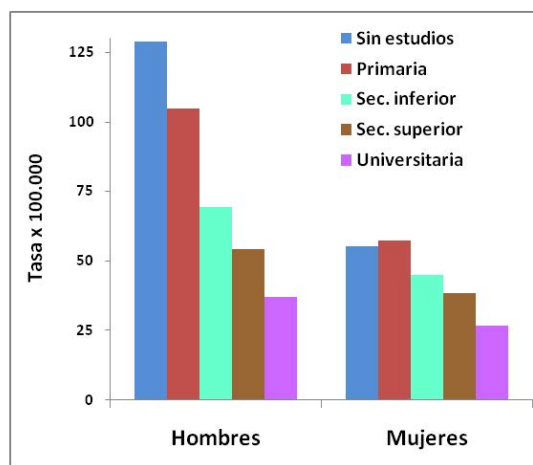
- El índice relativo de desigualdad mostró que la mortalidad en las mujeres de 25 a 44 años con menores estudios triplicó la mortalidad en las universitarias, mientras que en los hombres la mortalidad fue 3,4 veces mayor. Entre los 45 y 64 años el exceso de mortalidad en los hombres (160 %) casi duplicó el exceso en las mujeres (87 %). A partir de los 65 y más años, las desigualdades relativas en las mujeres y en los hombres se igualaron, mostrando valores en el entorno del 30 % superior en las personas de menor nivel educativo que entre las universitarias en cada uno de ambos sexos.
- Entre los 25 y 44 años las desigualdades absolutas en la mortalidad total en los hombres duplicaron las desigualdades en las mujeres y las triplicaron entre los 45 y 64 años. A partir de los 65 y más años, grupo de edad donde se observaron las mayores tasas de mortalidad, las desigualdades absolutas fueron mayores que en los grupos de edad inferiores.
- El 28 y el 43 % de las muertes, respetivamente, en las mujeres y en los hombres de 25 a 44 años fueron atribuibles a las desigualdades educativas, proporción que fue del 22 y 37 %, respetivamente, entre los 45 y 64 años. En el grupo de 65 y más años, la mortalidad atribuible fue la menor observada, 12 % en mujeres y 15 % en hombres.

Tabla 2. Tasas de mortalidad estandarizadas por edad para la mortalidad total según nivel educativo por sexo y grupos de edad, CAPV 2013-2016

TEE ^a	Mujeres				Hombres			
	25 y más años	25 a 44 años	45 a 64 años	65 y más años	25 y más años	25 a 44 años	45 a 64 años	65 y más años
Sin estudios	1014,3	55,3	614,1	2.861,3	1719,6	128,7	941,6	4.938,9
Primaria	778,7	57,4	291,3	2.421,2	1404,3	104,8	665,5	4.174,2
Sec. inferior	720,7	45,1	238,8	2.293,7	1303,4	69,3	559,5	3.991,4
Sec. superior	686,6	38,4	237,5	2.178,0	1237,1	54,3	456,7	3.905,2
Universitaria	668,0	26,7	205,5	2.167,9	1098,5	36,9	339,3	3.572,8

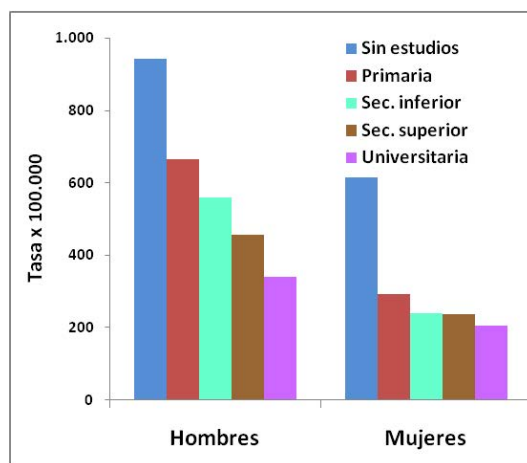
^a Tasa de mortalidad estandarizada por edad en número de defunciones por 100.000 habitantes

Personas de 25 a 44 años



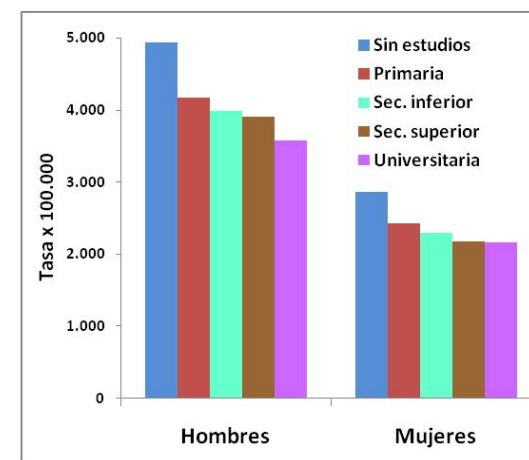
Entre los 25 y 44 años, la tasa de mortalidad en las mujeres con estudios primarios o sin estudios duplicó la mortalidad en las universitarias. En los hombres más jóvenes el gradiente de mortalidad con el nivel de estudios fue aún más claro y se acentuó en los dos grupos con menor nivel de estudios. La tasa de mortalidad en los hombres sin estudios fue 3,5 veces la mortalidad de los universitarios (Figura 7; Tabla 2).

Personas de 45 a 64 años



La mujeres de 45 a 64 años sin estudios tuvieron una mortalidad (tasa de defunción de 614 defunciones por 100.000 habitantes) entre 2 y 3 veces la tasa de mortalidad en cualquier otro nivel de estudios. Entre los hombres de esta edad existió un marcado gradiente de mortalidad por nivel de estudios, siendo la mortlidad entre los hombres sin estudios (942 defunciones por 100.000) 2,8 veces la de los universitarios (Figura 7; Tabla 2).

Personas de 65 y más años



A partir de los 65 y más años también se apreció un gradiente de desigualdad en la mortalidad por nivel de estudios, que igualmente se acentuó en el nivel educativo más bajo en ambos sexos. Así mismo, destacó que la mayor mortalidad en las mujeres en el grupo de estudios con mortalidad superior (sin estudios) fue inferior a la mortalidad en los hombres en el grupo con estudios universitarios y en cualquier otro nivel de estudios (Figura 7; Tabla 2).

Figura 7. Tasas estandarizadas por edad de mortalidad por todas las causas por nivel de estudios, según grandes grupos de edad y sexo, CAPV 2013-2016

En la población de 25 a 44 años las desigualdades relativas fueron mayores que en los grupos de edad superiores en ambos sexos y disminuyeron conforme aumentó la edad del grupo analizado: la mortalidad entre las mujeres sin estudios fue casi 2 veces superior a la mortalidad entre las universitarias [IRD: 2,96 (I.C. del 95 %. 2,12 : 4,11)] y 3,4 veces superior entre los hombres sin estudios que entre los universitarios [IRD: 4,42 (I.C. del 95 %. 3,43 : 5,69)]. Entre los 45 y 64 años el exceso de mortalidad en los hombres, un 160 % [IRD: 2,60 (I.C. del 95%. 2,37 : 2,85)], casi duplicó el exceso de mortalidad en las mujeres, un 87 % [IRD: 1,87 (I.C. del 95%. 1,64 : 2,14)]. En el grupo de edad de 65 y más años, los excesos de mortalidad por nivel de estudios se igualaron en las mujeres y en los hombres mostrando valores en torno al 30 %, el 28 % en las mujeres [IRD: 1,28 (I.C. del 95 %. 1,22 : 1,34)] y el 31 % en los hombres [IRD: 1,31 (I.C. del 95 %. 1,26 : 1,37)] (Tabla 3).

Entre los 25 y los 44 años las desigualdades absolutas, expresadas como la diferencia en las tasas de mortalidad entre las posiciones extremas en la escala educativa, en los hombres (88 defunciones por 100.000 habitantes) duplicaron las desigualdades en las mujeres (42 por 100.000) y triplicaron las desigualdades entre los 45 y 64 años (497 defunciones por 100.000 habitantes en hombres, frente a 161 en mujeres). A partir de los 65 y más años, las desigualdades absolutas se revelaron máximas, hasta alcanzar las 785 defunciones [IDP: 785 (I.C. del 95 %. 489 : 1.080)] y las 1.219 defunciones [IDP 1.219: (I.C. del 95 %. 822 : 1.616)] por 100.000 habitantes entre los extremos en la escala educativa en las mujeres y en los hombres, respectivamente (Tabla 3).

Tabla 3. Desigualdades relativas y absolutas en la mortalidad por todas las causas según grandes grupos de edad y sexo, CAPV 2013-2016

Grupos de edad	Mujeres		Hombres	
	(I.C. ^c del 95%)		(I.C. del 95%)	
25 a 44 años				
IRD ^a	2,96	(2,12 : 4,11)	4,42	(3,43 : 5,69)
IDP ^b	42	(29 : 55)	88	(55 : 120)
45 a 64 años				
IRD	1,87	(1,64 : 2,14)	2,60	(2,37 : 2,85)
IDP	161	(67 : 254)	497	(424 : 571)
65 y más años				
IRD	1,28	(1,22 : 1,34)	1,31	(1,26 : 1,37)
IDP	785	(489 : 1.080)	1.220	(822 : 1.616)

^a Índice relativo de desigualdad ajustado por edad

^b Índice de desigualdad de la pendiente ajustada por edad, en tasa de defunción por 100.000 habitantes

^c I.C.: Intervalo de confianza

El impacto de las desigualdades en la mortalidad fue también muy diferente según el grupo de edad (**Tabla 4**). En términos relativos, el impacto de las desigualdades sobre la mortalidad fue mucho mayor en las personas más jóvenes que en las más mayores: en concreto, la mortalidad atribuible fue 2,4 y 2,9 veces mayor, respectivamente, en las mujeres y en los hombres de 25 a 44 años que entre las y los mayores de 65 años. En las mujeres de 25 a 44 años se podrían haber evitado el 28 % (131 del total de 468 muertes) de las defunciones y el 43 % (355 de un total de 835) de las defunciones en los hombres. Entre los 45 y 64 años, la proporción de defunciones atribuibles a las desigualdades fue del 22 y del 37 %, en las mujeres y en los hombres, respectivamente. En las personas de 65 y más años, la proporción de defunciones atribuibles en las mujeres (12 %) y en los hombres (15 %) se mostraron muy próximas y fueron las menores de las observadas en todos los grupos de edad. El mayor número de defunciones atribuibles se produjo, sin embargo, entre las personas de 65 y más años, 4.348 en mujeres y 5.075 en hombres, lo que supuso, respectivamente, el 84 y el 65 % de la mortalidad total atribuible en cada sexo, en las personas de 25 y más años.

Tabla 4. Número de defunciones por todas las causas, observadas y atribuibles a las desigualdades por nivel educativo según grandes grupos de edad y sexo, CAPV 2013-2016

Grupos de edad	Mujeres			Hombres		
	Nº de defunciones			Nº de defunciones		
	Observadas	Atribuibles	FAP ^a (%)	Observadas	Atribuibles	FAP (%)
25 y más años	40.417	5.191	12,8	41.533	7.845	18,9
25 a 44 años	468	131	27,9	835	355	42,6
45 a 64 años	3.253	712	21,9	6.508	2.415	37,1
65 y más años	36.696	4.348	11,8	34.190	5.075	14,8

^a Fracción atribuible poblacional

3.5. Desigualdades socioeconómicas en la mortalidad por causas de defunción en las personas de 25 y más años, CAPV 2013-2016

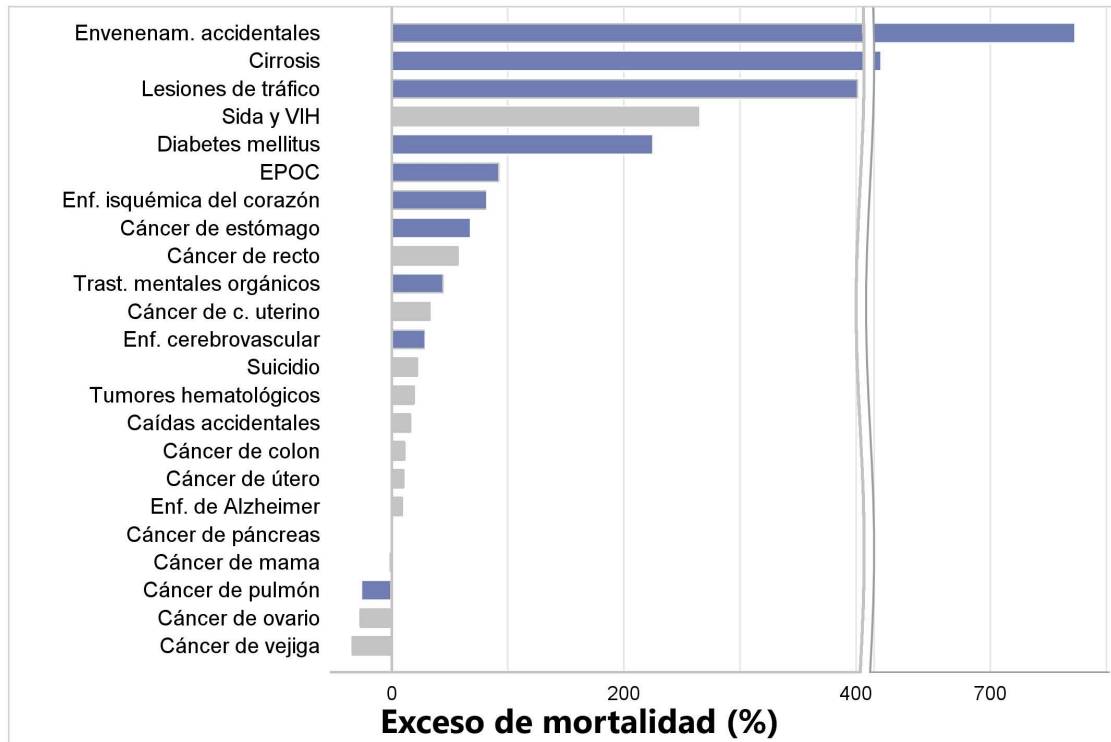
De manera general, la mortalidad por los principales grupos de causas de defunción siguió un marcado gradiente inverso por nivel educativo, es decir, con mayor mortalidad al descender en el mismo en ambos sexos. Por causas específicas, la mayor parte de las causas mostraron también mayor mortalidad al descender en el nivel educativo en ambos sexos. Entre las mujeres, sin embargo, se observó un gradiente directo (mayor mortalidad entre aquéllas con mayor nivel educativo) estadísticamente significativo para el cáncer de pulmón. En los hombres no se advirtió ningún patrón directo de desigualdad en la mortalidad por nivel educativo significativo. Respecto a la magnitud de las desigualdades en la mortalidad, el ranking de las causas fue distinto según se consideraron las desigualdades relativas o las absolutas, y según el sexo (**Figuras 8 y 9**).

3.5.1. Desigualdades relativas en la mortalidad en las personas de 25 y más años

- En los principales grandes grupos de causas de defunción, en ambos sexos, se observaron desigualdades relativas muy relevantes, si bien la magnitud de las desigualdades y el ranking de los grupos de causas fueron distintos entre las mujeres y los hombres.
- Por causas específicas, aquéllas con mayores desigualdades relativas en la mortalidad en las mujeres fueron los envenenamientos accidentales, la cirrosis, las lesiones de tráfico y la diabetes, con excesos de mortalidad superiores al 200 % (entre los extremos de la escala educativa) en todos los casos. En los hombres, fueron el sida y VIH, los envenenamientos accidentales, el cáncer de laringe, el suicidio y la EPOC, todas ellas con excesos de mortalidad superiores al 150 %.
- En las mujeres, también resultaron significativas las desigualdades relativas en la mortalidad por EPOC, isquemias del corazón, cáncer de estómago, trastornos mentales orgánicos, enfermedad cerebrovascular y cáncer de pulmón, causa esta última que mostró un exceso de mortalidad negativo, es decir, una mayor mortalidad en las universitarias que en las mujeres con niveles de estudios inferiores.
- En los hombres, también resultaron significativas las desigualdades relativas por lesiones de tráfico, cáncer de estómago, diabetes, cirrosis, cáncer de recto, cáncer de pulmón, caídas accidentales, isquemias del corazón y trastornos mentales orgánicos.

Por grandes grupos de causas en las mujeres, las mayores desigualdades relativas se dieron en las enfermedades infecciosas: la mortalidad en las mujeres con menores estudios fue 1,5 veces mayor [IRD: 2,47 (I.C. del 95 %. 1,60 : 3,82)] que en las universitarias, lo que equivale a un exceso de mortalidad de un 147 %. Le siguieron, en orden de magnitud, las enfermedades digestivas (exceso de mortalidad del 136 %), las enfermedades respiratorias (exceso del 72 %), las circulatorias (61 %) y las causas externas (54 %). Entre los hombres, por grandes grupos de causas, las mayores desigualdades relativas se dieron en las causas externas [IRD: 2,54 (I.C. del 95%. 2,09 : 3,08)], lo que equivale a un exceso de mortalidad del 154 % seguidas, en orden de magnitud, por las enfermedades infecciosas (135 %), las respiratorias (120 %), las digestivas (105 %), los tumores malignos (48 %) y las enfermedades cardiovasculares (37 %) (**Tabla A5, Anexo 2**).

Desigualdades relativas. Mujeres de 25 y más años



+ Ver a pantalla completa

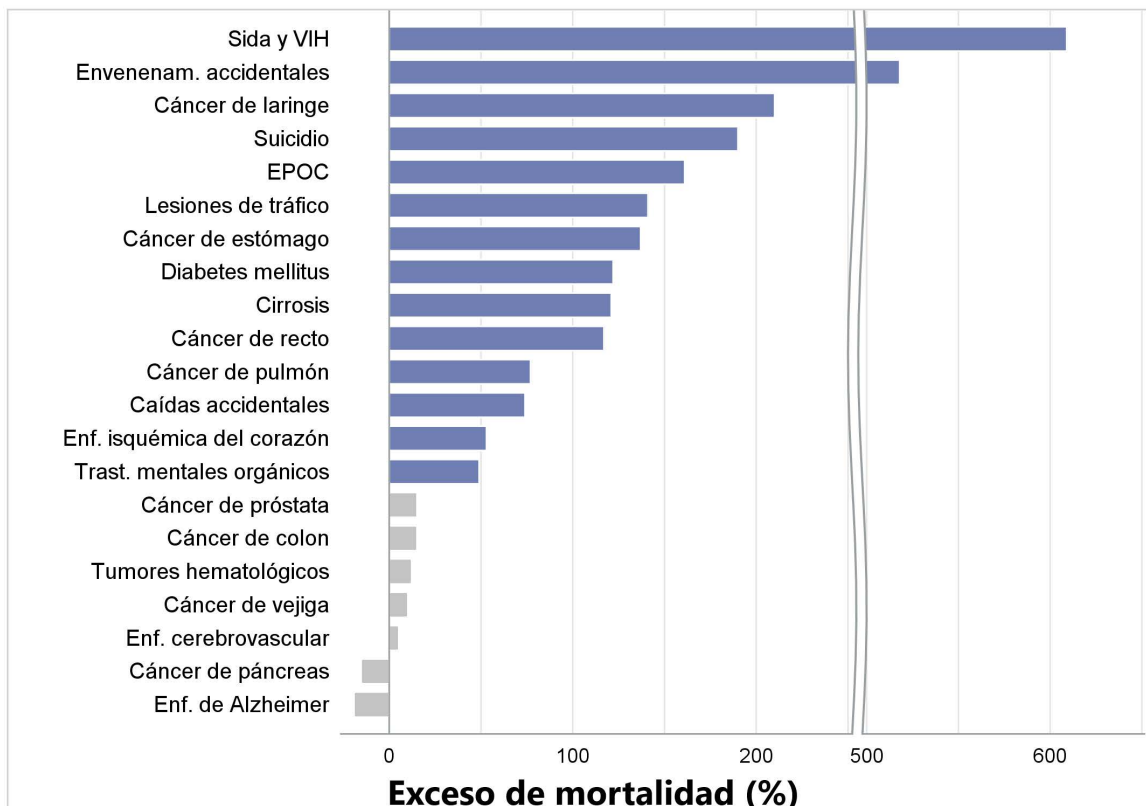
Figura 8.1. Desigualdades relativas^a en la mortalidad por causas específicas en las mujeres de 25 y más años de edad, CAPV 2013-2016

a Medidas por el índice de relativo de desigualdad. Véanse los métodos en el Anexo 1.

* En azul se resaltan aquellas causas que presentaron desigualdades relativas significativas en las mujeres de 25 y más años de edad.

En las mujeres, por causas específicas, las mayores desigualdades relativas en la mortalidad se dieron por envenenamientos accidentales, cirrosis y lesiones de tráfico, con excesos de mortalidad superiores al 400 %. Es de destacar también que la mortalidad por diabetes en las mujeres con menor nivel de estudios fue 2,25 veces mayor que en las universitarias [IRD: 3,25 (I.C. del 95 %. 3,22 : 4,76)], lo que equivale a un exceso de mortalidad del 225 %. Le siguieron, en orden de magnitud, la EPOC (exceso de mortalidad del 93 %), las isquemias del corazón (82 %), el cáncer de estómago (68 %), los trastornos mentales orgánicos (45 %) y la enfermedad cerebrovascular (29 %), excesos estadísticamente significativos en todos los casos. Es de notar la existencia de un gradiente directo de desigualdad en la mortalidad para el cáncer de pulmón [IRD: 0,74 (I.C. del 95%. 0,57 : 0,96)] estadísticamente significativo entre los extremos en la escala educativa, de forma que la mortalidad en las mujeres con formación inferior a los estudios universitarios fue un 26 % menor que en las universitarias. Este gradiente directo de desigualdad en la mortalidad por nivel de estudios se intuye también en el cáncer de vejiga y en el cáncer de ovario, aunque los resultados en estos dos casos no fueron estadísticamente significativos. Tampoco existieron desigualdades relativas significativas en ninguna del resto de neoplasias específicas estudiadas para la mujeres, es decir, cáncer de mama, cáncer de útero y cáncer de cuello uterino. Otras causas específicas que tampoco arrojaron desigualdades relativas significativas fueron el sida y VIH, el cáncer de recto, el suicidio, los tumores hematológicos, las caídas accidentales, el cáncer de colon, el Alzheimer y el cáncer de páncreas.

Desigualdades relativas. Hombres de 25 y más años



[+ Ver a pantalla completa](#)

Figura 8.2. Desigualdades relativas^a en la mortalidad por causas específicas en los hombres de 25 y más años de edad, CAPV 2013-2016

^a Medidas por el índice de relativo de desigualdad. Véanse los métodos en el Anexo 1.

* En azul se resaltan aquellas causas que presentaron desigualdades relativas significativas en los hombres de 25 y más años de edad.

En los hombres, por causas específicas, el sida y VIH y los envenenamientos accidentales presentaron excesos de mortalidad superiores al 500 %: en concreto, la mortalidad por sida y VIH en aquéllos con menor nivel de estudios fue 6,1 veces mayor [IRD: 7,09 (I.C. del 95 % . 3,09 : 16,26)] que la mortalidad entre los universitarios y 5,2 veces mayor para los envenenamientos accidentales [IRD: 6,18 (I.C. del 95 % . 3,34 : 11,41)]. Los excesos de mortalidad fueron, a su vez, superiores al 150 % para el cáncer de laringe, el suicidio y la EPOC, en todos los casos estadísticamente significativos (Figura 8; Tabla A5, Anexo 2). Otras causas específicas con desigualdades relativas en la mortalidad estadísticamente significativas fueron las lesiones de tráfico (exceso de mortalidad del 141 %), el cáncer de estómago (137 %), la diabetes (122 %), la cirrosis (121 %), el cáncer de recto (117 %), el cáncer de pulmón (77 %), las caídas accidentales (74 %), las isquemias (53 %) y los trastornos mentales orgánicos (49 %). Por último, cabe destacar la ausencia de desigualdades relativas significativas por cáncer de próstata, cáncer de colon, tumores hematológicos, cáncer de vejiga, enfermedad cerebrovascular, cáncer de páncreas y enfermedad de Alzheimer.

3.5.2. Desigualdades absolutas en la mortalidad en las personas de 25 y más años

- Se observaron desigualdades absolutas muy relevantes en los principales grandes grupos de grandes causas de defunción en ambos sexos, si bien la magnitud de las desigualdades y el ranking de causas fueron distintos según el sexo: todas las desigualdades fueron significativas excepto aquéllas en mujeres por tumores malignos. Las desigualdades absolutas en hombres fueron superiores a las de las mujeres en todos los grandes grupos de causas excepto en las enfermedades del sistema circulatorio.
- Por grandes grupos de causas las mayores desigualdades absolutas en las mujeres se observaron en las enfermedades del sistema circulatorio y a mucha distancia, en las del sistema respiratorio; en los hombres, en los tumores malignos, seguidos por las enfermedades del sistema circulatorio.
- En las mujeres, las causas específicas con mayores desigualdades absolutas fueron, en orden de magnitud, las isquemias del corazón, los trastornos mentales orgánicos y la diabetes. Destacó también el cáncer de pulmón por presentar un patrón directo de desigualdad en la mortalidad significativo, esto es, mayor mortalidad en las universitarias que en las mujeres con niveles de estudios inferiores.
- En los hombres, las causas con mayores desigualdades absolutas fueron, en orden de magnitud, el cáncer de pulmón, la EPOC y la cardiopatía isquémica. No se detectaron desigualdades en la mortalidad con patrón directo que resultaran significativas.

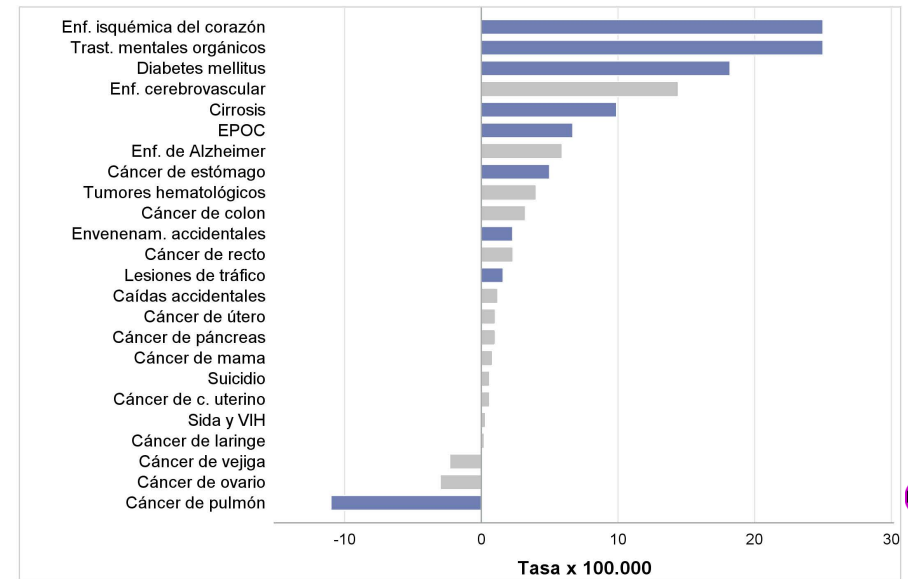
La magnitud de las desigualdades absolutas en la mortalidad por los principales grandes grupos de causas de defunción fue claramente mayor en los hombres que en las mujeres en todos ellos, excepto en las enfermedades circulatorias. En las mujeres, fueron significativas las desigualdades absolutas por todos los grandes grupos de causas excepto aquéllas por tumores malignos. El ranking de desigualdad absoluta lo encabezaron las enfermedades circulatorias [IDP: 105,6 (I.C. del 95 %. 76,0 : 135,2)], lo que equivale a una diferencia entre las tasas de mortalidad entre los extremos de la escala educativa de 106 defunciones por 100.000 habitantes seguidas, en orden de magnitud, por las enfermedades respiratorias (34 por 100.000 habitantes) y las digestivas (29 por 100.000). En los hombres fueron significativas las desigualdades absolutas por todos los grandes grupos de causas y destacaron por su magnitud los tumores malignos [IDP: 187,7 (I.C. del 95 %. 146,6 : 228,9)], lo que equivale a una diferencia entre las tasas de mortalidad entre los extremos en la escala educativa de 188 defunciones por 100.000 habitantes, seguidas por las enfermedades circulatorias (diferencia en tasas de 101 defunciones por 100.000) y las respiratorias (92 por 100.000). (**Tabla A5, Anexo 2**).

Por causas específicas de defunción, la magnitud de las desigualdades absolutas en la mortalidad fue, por lo general, claramente mayor en los hombres que en las mujeres. En ambos sexos, el ranking de causas difiere también respecto al antes descrito para las desigualdades relativas. En las mujeres, las causas con mayores desigualdades absolutas fueron, en orden de magnitud, las isquemias del corazón y los trastornos mentales orgánicos (ambas con una diferencia en las tasas de mortalidad entre los extremos en la escala educativa de 25,0 defunciones por 100.000 habitantes), seguidas por la diabetes (18,2 por 100.000), la cirrosis (9,9 por 100.00), la EPOC (6,7 por 100.000) y cáncer de estómago (5,0 por 100.000). También se detectaron desigualdades significativas por envenenamientos accidentales y lesiones de tráfico. Se observó, además, un gradiente directo de desigualdad estadísticamente significativo en la mortalidad por cáncer de pulmón, que se concretó en una mortalidad superior entre las mujeres universitarias a la de aquellas mujeres con menor nivel de estudios de 11 defunciones por 100.000 habitantes [IDP: -11,0 (I.C. del 95 %. -19,2 : -22,7)] (**Figura 9**). Este patrón directo se intuyó también en el cáncer

Desigualdades absolutas. Personas de 25 y más años

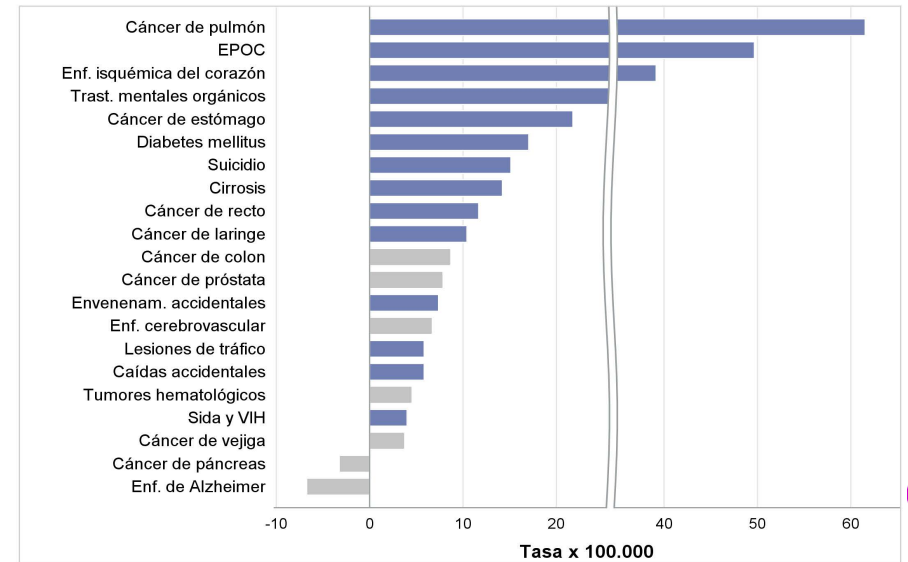
de vejiga y en el cáncer de ovario, aunque los resultados en estas dos causas no fueron estadísticamente significativos. Tampoco existieron desigualdades absolutas significativas en el resto de neoplasias específicas estudiadas para las mujeres, es decir, cáncer de mama, cáncer de útero y cáncer de cuello uterino. Otras causas específicas que tampoco presentaron desigualdades absolutas significativas fueron el cáncer de recto, el suicidio, los tumores hematológicos, las caídas accidentales, el Alzheimer, el cáncer de páncreas y el sida y VIH. Es de destacar que no se dieran desigualdades absolutas relevantes por la segunda causa específica de defunción más importante en las mujeres, la enfermedad cerebrovascular, aunque este resultado estuvo próximo a la significatividad estadística (Tabla A5, Anexo 2). En los hombres, las causas específicas con mayores desigualdades absolutas fueron, en orden de magnitud, el cáncer de pulmón (diferencia en la tasa de mortalidad entre los extremos de la escala educativa de 61,5 defunciones por 100.000 habitantes), la EPOC (49,7 por 100.000) las isquemias del corazón (39,2 por 100.000), los trastornos mentales orgánicos (29,3 por 100.000) y el cáncer de estómago (21,8 por 100.000). La diabetes, el suicidio, la cirrosis, el cáncer de recto y el cáncer de laringe presentaron también desigualdades absolutas estadísticamente significativas y superiores a 10 de funciones por 100.000 habitantes. Otras causas con desigualdades absolutas significativas fueron los envenenamientos accidentales, las lesiones de tráfico, las caídas accidentales y el sida y VIH. No se advirtieron desigualdades significativas por cáncer de colon, cáncer de próstata, tumores hematológicos, cáncer de vejiga y Alzheimer. Al igual que en las mujeres, tampoco se observaron desigualdades absolutas significativas en la mortalidad por enfermedad cerebrovascular, tercera causa específica más importante en hombres.

Mujeres



Ver a pantalla completa

Hombres



Ver a pantalla completa

Figura 9. Desigualdades absolutas^a en la mortalidad por causas específicas según sexo en las personas de 25 y más años de edad, CAPV 2013-2016

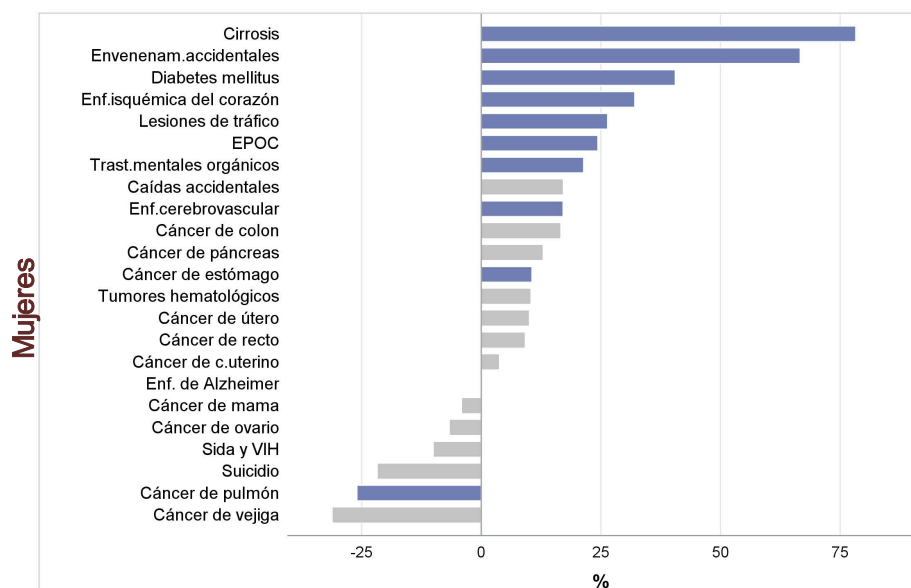
^a Medidas por el índice de desigualdad de la pendiente, estandarizado por edad, por 100.000 habitantes. Véanse los métodos en el Anexo 1.
* En azul se resaltan aquellas causas que presentaron desigualdades absolutas relevantes en las mujeres y en los hombres de 25 y más años de edad.

3.5.3. Impacto de las desigualdades por nivel educativo en la mortalidad en las personas de 25 y más años

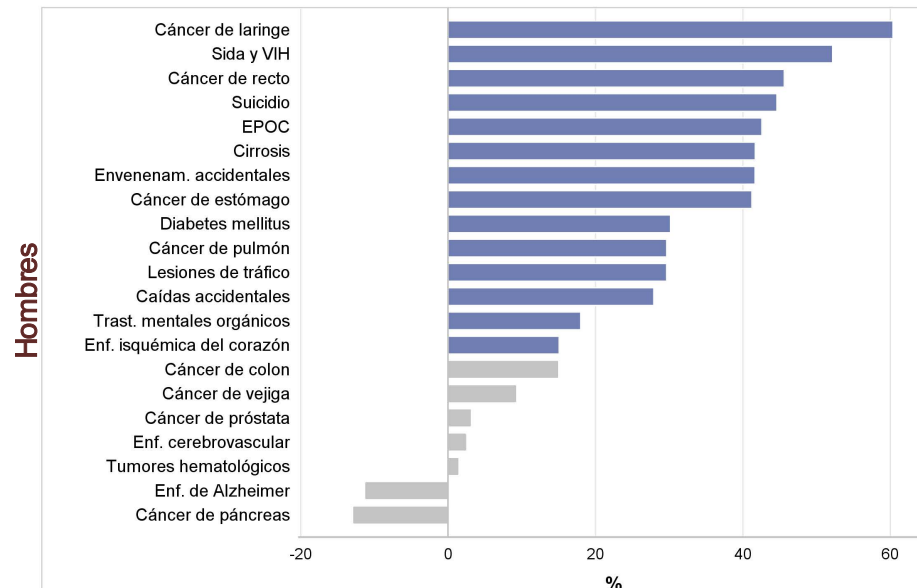
El impacto de las desigualdades educativas por nivel educativo se calculó mediante la fracción atribuible poblacional (FAP). En azul se resaltaron aquéllas causas específicas que presentaron desigualdades relativas o absolutas estadísticamente significativas en las mujeres y en los hombres de 25 y más años de edad en los apartados 3.5.1 y 3.5.2.

- El 13 % del total de las defunciones en mujeres de 25 y más años entre 2013 y 2016 fueron atribuibles a las desigualdades por nivel educativo, proporción que se elevó hasta el 19 % en el caso de los hombres en esa franja de edad.
- En las mujeres, en los principales grupos de causas de defunción, la proporción de defunciones atribuibles a las desigualdades fue importante para las enfermedades digestivas (39 %), las infecciosas (25 %) y las circulatorias (17 %), y no superó el 7 % en el caso de las respiratorias, las causas externas y los tumores malignos.
- En los hombres, en torno a 1 de cada 3 defunciones por causas externas, enfermedades del aparato respiratorio y del aparato digestivo fueron atribuibles a las desigualdades educativas, siendo relevante también (alrededor del 20 %) la fracción atribuible para las enfermedades infecciosas y los tumores malignos, y algo superior al 10 % para las enfermedades del aparato circulatorio.

Fracción atribuible poblacional. Personas de 25 y más años



Ver a pantalla completa



Ver a pantalla completa

Figura 10. Proporción de defunciones atribuibles a las desigualdades educativas por causas específicas según sexo en las personas de 25 y más años de edad, CAPV 2013-2016

^a Fracción atribuible poblacional (FAP) como proporción de defunciones atribuibles a las desigualdades educativas respecto al total de defunciones en cada causa. Véanse los métodos en el Anexo I.
^{*} No se calculó un intervalo de confianza para la fracción atribuible poblacional (FAP). En azul se resaltan aquéllas causas que presentaron desigualdades relativas o absolutas relevantes en las mujeres y en los hombres de 25 y más años de edad.

En las mujeres, 4 de cada 10 (el 39 %) de las defunciones por enfermedades aparato digestivo fueron atribuibles a las desigualdades educativas. La mortalidad atribuible también fue importante para las enfermedades infecciosas (25 %), las enfermedades del aparato circulatorio (17 %), y en menor magnitud, para las enfermedades respiratorias (7 %), las causas externas (6 %) y los tumores malignos (3 %). En los hombres, la mortalidad atribuible fue muy importante para las causas externas (34 %), las enfermedades respiratorias (33 %) y las digestivas (31 %); los tumores malignos (21 %) y las enfermedades infecciosas (20 %) también presentaron una elevada proporción de defunciones atribuibles, siendo la menor proporción para las enfermedades circulatorias (13 %) (**Tabla A5, Anexo 2**).

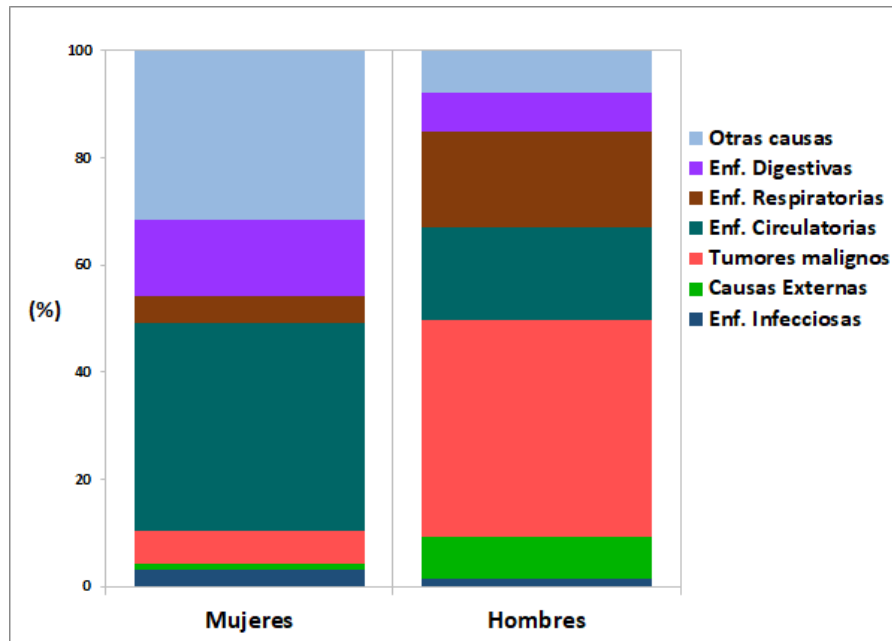
Respecto a las causas específicas de defunción (**Figura 10**), casi 4 de cada 5 (el 78 %) de las defunciones por cirrosis fueron atribuibles a las desigualdades educativas y 2 de cada 3 (el 67 %) de las muertes por envenenamientos accidentales. El impacto relativo de las desigualdades también fue importante para la diabetes (41 %), isquemias del corazón (32 %), lesiones de tráfico (26 %), EPOC (24 %), los trastornos mentales orgánicos (21 %), y en menor medida para la enfermedad cerebrovascular (17 %) y cáncer de estómago (11 %). En sentido contrario, la mortalidad por cáncer de pulmón entre las mujeres aumentaría un 26 % si todas ellas hubieran tenido la misma la experiencia de mortalidad de las universitarias.

En los hombres, por causas específicas de defunción (**Figura 10**), la proporción de defunciones atribuibles fue superior al 60 % para el cáncer de laringe y al 50 % para el sida y VIH; superior al 40 % para el cáncer de recto, el suicidio, la EPOC, la cirrosis, los envenenamientos accidentales y el cáncer de estómago; y, superior al 20 % para la diabetes, el cáncer de pulmón, las lesiones de tráfico y las caídas accidentales.

3.5.4. Contribución de las causas de defunción a las desigualdades por nivel educativo en la mortalidad en las personas de 25 y más años

- En las mujeres, las enfermedades del sistema circulatorio fueron responsables del 39 % de la mortalidad total atribuible a las desigualdades educativas seguidas, en orden de magnitud, por las del sistema digestivo (14 %) y los tumores malignos (6 %).
- En los hombres, el grupo de causas con mayor impacto en las desigualdades en la mortalidad fueron los tumores malignos (40 % de la mortalidad total atribuible), seguidos por las enfermedades del sistema respiratorio (18 %) y las del sistema circulatorio (17 %).

El análisis de la contribución de los grandes grupos de causas de defunción a la mortalidad atribuible a las desigualdades educativas ofrece claves para orientar las políticas de reducción de las desigualdades en la mortalidad. Durante el periodo 2013-2016, entre las mujeres, las enfermedades del sistema circulatorio fueron responsables del 39 % de la mortalidad total atribuible a las desigualdades educativas seguidas, en orden de magnitud, por las enfermedades del sistema digestivo (14 %), los tumores malignos (6 %) y las del sistema respiratorio (5 %), en tanto que las enfermedades infecciosas y las causas externas apenas supusieron, respectivamente, el 3 y el 1% de la mortalidad atribuible. Entre los hombres, el grupo de causas con mayor impacto en la mortalidad atribuible fueron los tumores malignos (40 % de la mortalidad total atribuible), seguidos de las enfermedades del sistema respiratorio (18 %), las del sistema circulatorio (17 %); las causas externas y las enfermedades del sistema digestivo supusieron cada una el 8 % de la mortalidad atribuible total, y las infecciosas apenas el 2 % (Figura 11, Tabla 5).



Ver a pantalla completa

Tabla 5. Impacto relativo de la mortalidad atribuible a las desigualdades por nivel educativo según grandes grupos causas de defunción y sexo en las personas de 25 y más años, CAPV 2013-2016

Grandes grupos de causas de defunción	Mujeres		Hombres	
	Nº defunciones atribuibles	Impacto relativo (%) ^a	Nº defunciones atribuibles	Impacto relativo (%) ^a
Enf. Infecciosas	169	3,2	127	1,6
Causas Externas	56	1,1	610	7,8
Tumores malignos	321	6,2	3.157	40,2
Enf. Circulatorias	2.009	38,7	1.359	17,3
Enf. Respiratorias	258	5,0	1.399	17,8
Enf. Digestivas	739	14,2	587	7,5
Otras causas	1.638	31,6	607	7,7
Todas las causas	5.191	100	7.845	100

^a El impacto relativo se establece a través de la participación de cada uno de los grandes grupos de causas de defunción en la mortalidad atribuible total

Figura 11. Impacto relativo de la mortalidad atribuible a las desigualdades por nivel educativo según grandes grupos de causas de defunción y sexo en las personas de 25 y más años, CAPV 2013-2016

3.6. Desigualdades socioeconómicas en la mortalidad por causas específicas de defunción y grandes grupos de edad, CAPV 2013-2016

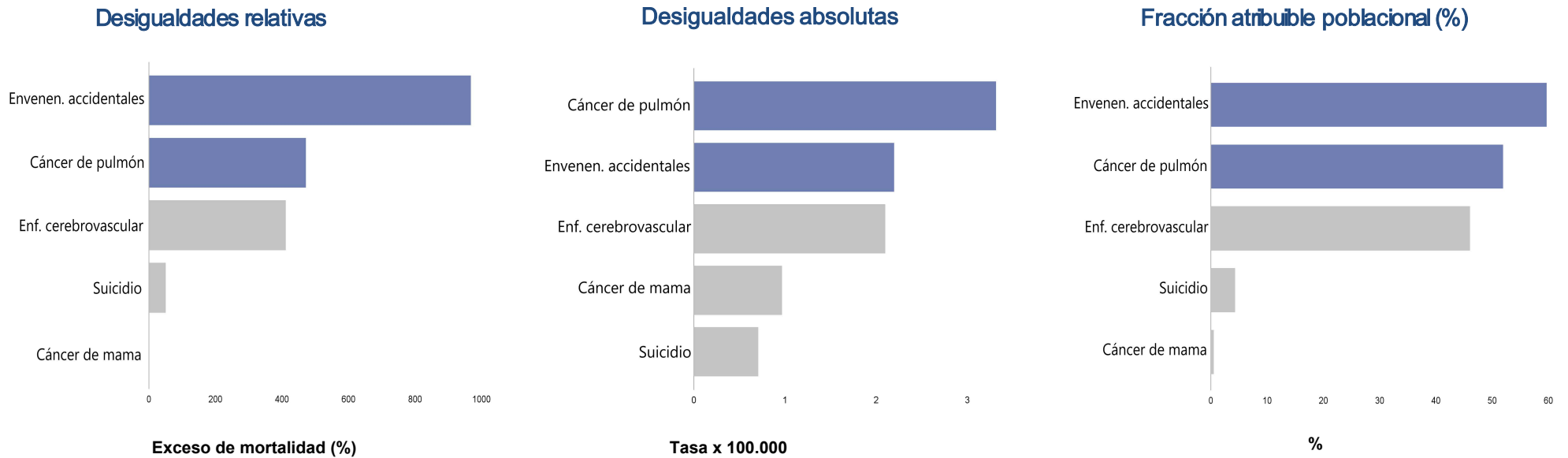
Tanto la magnitud de las desigualdades en la mortalidad como las causas de defunción con mayores desigualdades fueron distintas según el sexo y el grupo de edad analizado.

3.6.1. Desigualdades en la población de 25 a 44 años

Mujeres de 25 a 44 años

- Las desigualdades relativas y absolutas por cáncer de pulmón y por envenenamientos accidentales fueron relevantes, mientras que el resto de causas específicas no arrojó valores estadísticamente significativos, incluidas las dos principales causas de defunción, el cáncer de mama y el suicidio.
- Más de la mitad de la mortalidad por envenenamientos accidentales y cáncer de pulmón fueron atribuibles a las desigualdades educativas. La mortalidad atribuible respecto a la mortalidad total supuso el 28 % en las mujeres de esta franja de edad.

Mujeres de 25 a 44 años



Entre las mujeres de 25 a 44 años los envenenamientos accidentales y el cáncer de pulmón presentaron las mayores desigualdades tanto relativas como absolutas. Las 2 causas con mayor número de defunciones, el cáncer de mama (64 muertes) y el suicidio (50) no presentaron desigualdades, ni tampoco el resto de causas específicas analizadas (Tabla A6, Anexo 2).

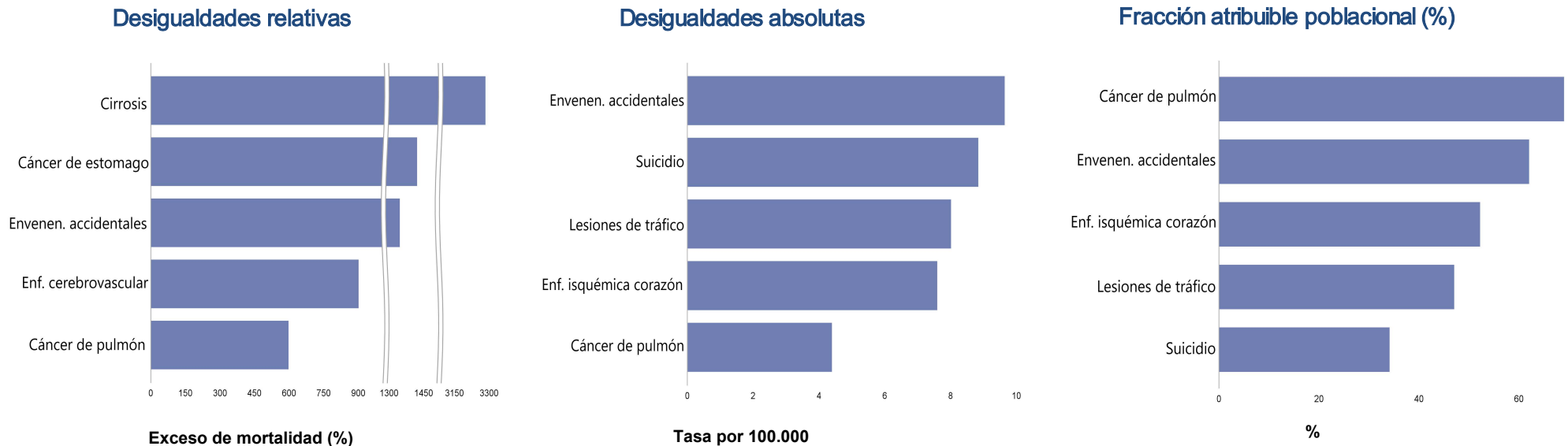
Respecto al impacto de las desigualdades educativas en la mortalidad el 60 y el 52 %, respectivamente, de las defunciones por envenenamientos accidentales y por cáncer de pulmón fueron atribuibles a las desigualdades educativas. El cáncer de mama y el suicidio, las 2 principales causas de defunción, presentaron una mortalidad atribuible muy reducida. La mortalidad atribuible respecto a la mortalidad total supuso el 28 % en las mujeres de esta franja de edad (Tabla A6, Anexo 2).

Figura 12. Desigualdades en la mortalidad por nivel de estudios por las principales causas de muerte en las mujeres de 25 a 44 años de edad, CAPV 2013-2016

Hombres de 25 a 44 años

- En términos relativos, los mayores excesos de mortalidad se dieron por cirrosis, cáncer de estómago y envenenamientos accidentales, siendo también significativas las desigualdades relativas por enfermedad cerebrovascular y cáncer de pulmón.
- Las mayores desigualdades absolutas se dieron por envenenamientos accidentales, suicidio y lesiones de tráfico, siendo también significativas aquéllas por isquemias y cáncer de pulmón.
- Más de la mitad de la mortalidad por envenenamientos accidentales, cáncer de pulmón e isquemias fueron atribuibles a las desigualdades educativas. La mortalidad atribuible respecto a la mortalidad total fue del 43 % en los hombres de esta franja de edad.

Hombres de 25 a 44 años



Entre los hombres de 25 a 44 años, las mayores desigualdades relativas en la mortalidad se dieron por cirrosis, cáncer de estómago y envenenamientos accidentales, seguidas por la enfermedad cerebrovascular y el cáncer de pulmón. También resultaron significativas las desigualdades relativas por isquemias del corazón, accidentes de tráfico, suicidio y caídas accidentales (Tabla A6, Anexo 2).

En términos absolutos, las causas específicas con mayores desigualdades en los hombres de 25 a 44 años fueron los envenenamientos accidentales, el suicidio, las lesiones de tráfico y las isquemias del corazón. También significativas las desigualdades por cáncer de pulmón, enfermedad cerebrovascular, cirrosis y cáncer de estómago (Tabla A6, Anexo).

Respecto al impacto de las desigualdades educativas en la mortalidad, casi el 70 % de las defunciones por cáncer de pulmón y más del 60 % de las defunciones por envenenamientos accidentales fueron atribuibles a las desigualdades educativas, seguidas por las isquemias (52 %), las lesiones de tráfico (47 %) y el suicidio (34 %). Estas 5 causas supusieron conjuntamente el 48 % de la mortalidad atribuible en los hombres de 25 a 44 años. La mortalidad atribuible respecto a la mortalidad total supuso el 43 % en los hombres de esta edad (Tabla A6, Anexo 2).

Figura 13. Desigualdades en la mortalidad por nivel de estudios por las principales causas de muerte en los hombres de 25 a 44 años de edad, CAPV 2013-2016

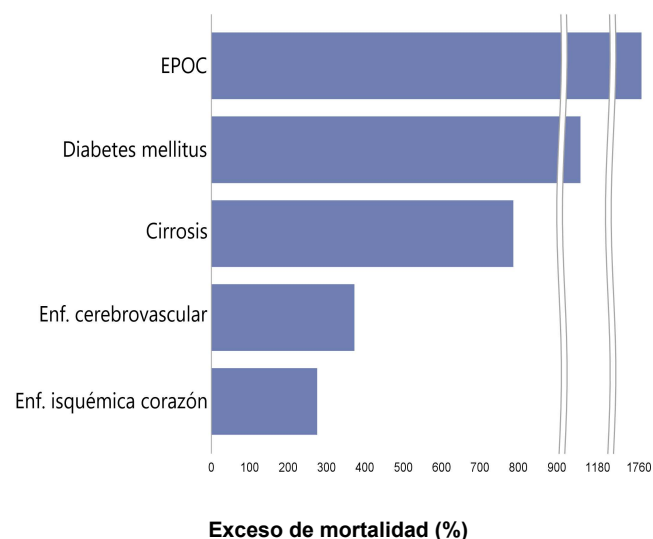
3.6.2. Desigualdades en la población de 45 a 64 años

Mujeres de 45 a 64 años

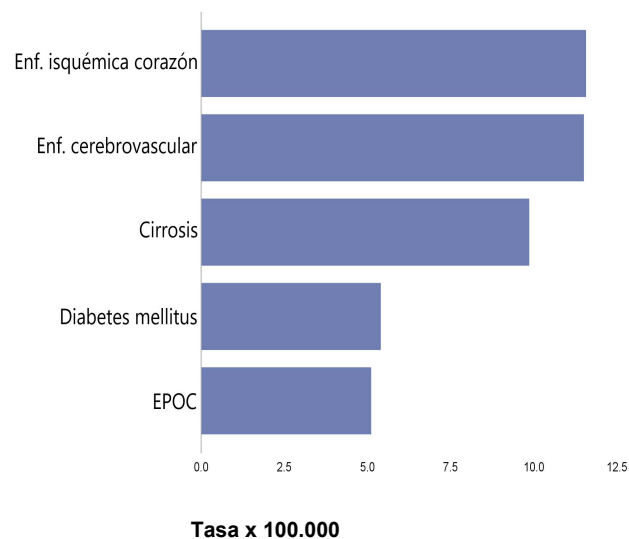
- En las mujeres, la EPOC, la cirrosis, la diabetes, la enfermedad cerebrovascular y las isquemias fueron las causas de defunción que mostraron desigualdades relativas y absolutas más relevantes.
- Las 5 causas anteriores supusieron el 29 % del total de la mortalidad atribuible a las desigualdades educativas en las mujeres de 45 a 64 años. Además, las desigualdades para esas 5 causas fueron muy importantes y se situaron entre el 74 % (máximo) para la diabetes y el 41 % (mínimo) para la enfermedad cerebrovascular. La mortalidad atribuible respecto a la mortalidad total por todas las causas fue del 22 % en las mujeres de esta franja de edad.

Mujeres de 45 a 64 años

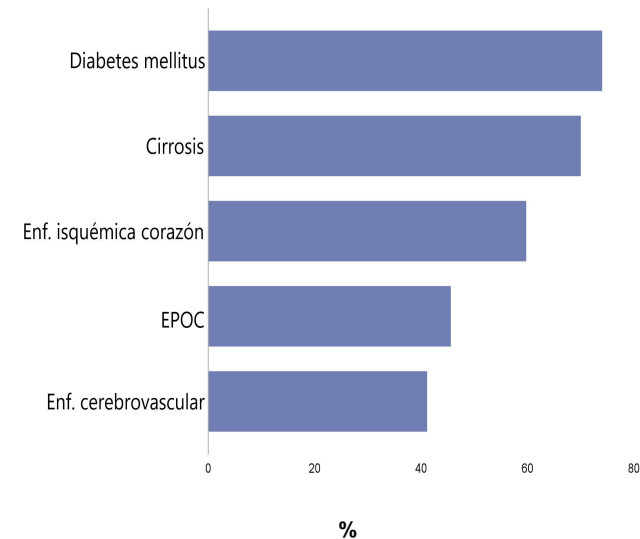
Desigualdades relativas



Desigualdades absolutas



Fracción atribuible poblacional (%)



Las causas específicas con mayores desigualdades relativas fueron la EPOC y la diabetes, con excesos de mortalidad superiores al 1.100 %, seguidas de la cirrosis (exceso superior al 700 %), la enfermedad cerebrovascular y las isquemias. También resultaron significativas las desigualdades relativas por cáncer de recto y lesiones de tráfico y no se detectaron excesos de mortalidad estadísticamente significativos por el recto de causas específicas estudiadas (Tabla A7, Anexo 2).

Las causas con mayores desigualdades absolutas, iguales o superiores a 10 defunciones por 100.000 habitantes, entre las mujeres con menor nivel de estudios y las universitarias, fueron las isquemias del corazón, la enfermedad cerebrovascular y cirrosis, siendo también significativas las desigualdades por diabetes, EPOC y lesiones de tráfico, no habiéndose contrastado desigualdades significativas para el resto de causas específicas (Tabla A7, Anexo 2).

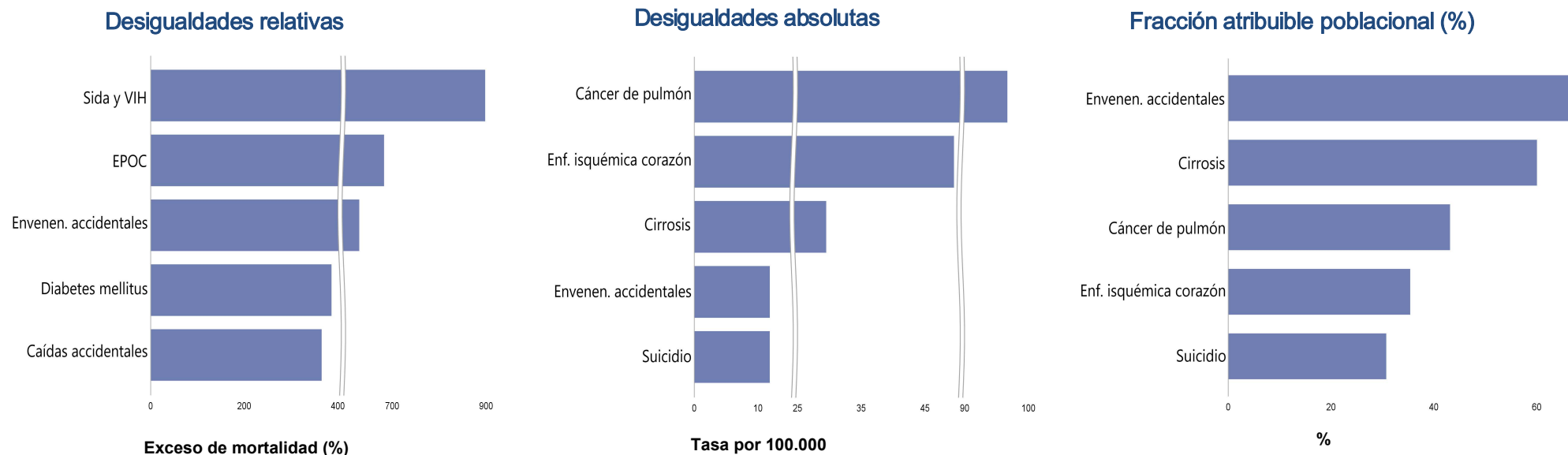
Respecto al impacto de las desigualdades educativas en la mortalidad, fueron atribuibles el 70 % o más de las defunciones por diabetes y cirrosis, el 60 % de las defunciones por isquemias, y más del 40 % de las defunciones por EPOC y enfermedad cerebrovascular. Estas cinco causas representaron el 29 % de la mortalidad atribuible en las mujeres de 45 a 64 años. La mortalidad atribuible respecto a la mortalidad total supuso el 22 % en las mujeres de esta franja de edad (Tabla A7, Anexo 2).

Figura 14. Desigualdades en la mortalidad por nivel de estudios por las principales causas de muerte en las mujeres de 45 a 64 años de edad, CAPV 2013-2016

Hombres de 45 a 64 años

- En los hombres, el Sida y VIH, la EPOC y los envenenamientos accidentales mostraron desigualdades relativas significativas de gran magnitud, con excesos de mortalidad superiores al 600 %, y en menor medida, la diabetes y las caídas accidentales.
- El cáncer de pulmón, las isquemias, la cirrosis, los envenenamientos accidentales y el suicidio mostraron las desigualdades absolutas en la mortalidad más relevantes.
- La fracción atribuible poblacional osciló entre el 67 % (máximo) para los envenenamientos accidentales y el 31% (mínimo) para los suicidios. La mortalidad atribuible respecto a la mortalidad total por todas las causas supuso el 37 % en los hombres de esta franja de edad.

Hombres de 45 a 64 años



En los hombres de 45 a 64 años las mayores desigualdades relativas fueron por sida y VIH, EPOC y envenenamientos accidentales, con excesos de mortalidad superiores al 600 %, seguidas por la diabetes y por las caídas accidentales, con excesos superiores al 350 %. También resultaron significativas las desigualdades por cirrosis, cáncer de vejiga, cáncer de pulmón, cáncer de laringe, isquemias, tumores hematológicos, suicidio y cáncer de estómago (Tabla A7, Anexo 2).

El cáncer de pulmón presentó las mayores desigualdades absolutas (diferencia de 97 defunciones por 100.000 entre los extremos en la escala educativa), que dobló la desigualdad por isquemias (50 por 100.000) y triplicó la desigualdad por cirrosis. Resultaron también significativas las desigualdades por envenenamientos accidentales, suicidio, EPOC, tumores hematológicos, cáncer de laringe, diabetes, cáncer de estómago, sida y VIH, caídas accidentales, cáncer de vejiga y cáncer de colon (Tabla A7, Anexo 2).

La proporción de defunciones atribuibles osciló entre el 67 % para los envenenamientos accidentales (valor máximo) y el 31 % para el suicidio (valor mínimo). El cáncer de pulmón, con una FAP del 43 %, presentó el mayor número de defunciones atribuibles (488 muertes), duplicando las muertes atribuibles por isquemias y triplicando aquellas por cirrosis. Además, el cáncer de pulmón supuso el 20 % de la mortalidad atribuible total. Estas 5 causas supusieron el 42 % de la mortalidad atribuible en hombres de 45 a 64 años. La mortalidad atribuible respecto a la total fue del 37 % en los hombres de esta franja de edad (Tabla A7, Anexo 2).

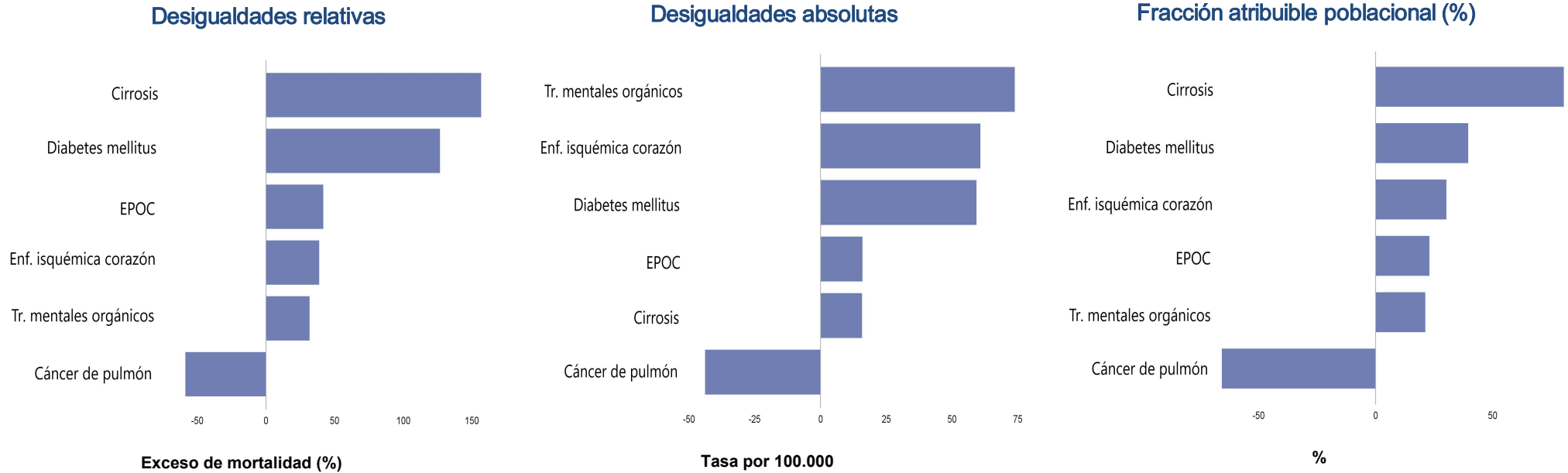
Figura 15. Desigualdades en la mortalidad por nivel de estudios por las principales causas de muerte en los hombres de 45 a 64 años de edad, CAPV 2013-2016

3.6.3. Desigualdades en la población de 65 y más años

Mujeres de 65 y más años

- Por causas específicas, las desigualdades relativas más relevantes en las mujeres fueron por cirrosis, diabetes, cáncer de estómago, EPOC y cáncer de pulmón, aunque en esta última causa las desigualdades se concretaron en una mayor mortalidad en aquellas con mayor nivel de estudios.
- Los trastornos mentales orgánicos, las isquemias, la diabetes y el cáncer de pulmón presentaron las desigualdades absolutas más relevantes, mostrando las desigualdades por esta última causa, como sucedió con las desigualdades relativas, un gradiente directo por nivel educativo, esto es, mayor mortalidad entre las universitarias.
- La mortalidad atribuible respecto a la mortalidad total fue del 12 % en las mujeres de este grupo de edad.

Mujeres de 65 y más años



La cirrosis y la diabetes tuvieron los mayores excesos de mortalidad, un 157 y un 127 %, respectivamente, seguidas por el cáncer de estómago (75 %, no representado en gráfica), la EPOC y las isquemias del corazón, con excesos de en torno al 40 %, y los trastornos mentales orgánicos, todos ellos estadísticamente significativos. El cáncer de pulmón mostró un gradiente directo de desigualdad en la mortalidad estadísticamente significativo, de forma que la mortalidad fue mayor en las mujeres universitarias que en las mujeres con nivel de estudios inferiores. No hubo desigualdades relativas significativas por el resto de causas específicas (Tabla A8, Anexo 2).

La causa con mayores desigualdades absolutas, equivalente a 74 defunciones por 100.000 habitantes, fueron los trastornos mentales orgánicos, seguida por las isquemias y la diabetes (en torno a 60 defunciones por 100.000 en ambos casos), la EPOC y la cirrosis. También fueron significativas las desigualdades por cáncer de estómago y cáncer de pulmón, aunque en esta última causa las desigualdades se concretaron en una mayor tasa de mortalidad en las universitarias que en las mujeres con nivel de estudios inferiores (Tabla A8, Anexo 2).

El impacto de las desigualdades educativas se concretó en una mortalidad atribuible del 80 % por cirrosis, del 40 % por diabetes y de entre el 20 y 30 % por isquemias, EPOC y trastornos mentales orgánicos. Estas 5 causas representaron el 46 % de la mortalidad atribuible en mujeres de 65 y más años. En el extremo opuesto, el cáncer de pulmón mostró una fracción atribuible poblacional negativa muy acusada (-66 %), esto es, si todas las mujeres no universitarias hubiesen tenido la experiencia de mortalidad de las universitarias, su mortalidad habría sido un 66 % mayor. La mortalidad atribuible respecto a la mortalidad total fue del 12 % en las mujeres en este grupo de edad (Tabla A8, Anexo 2).

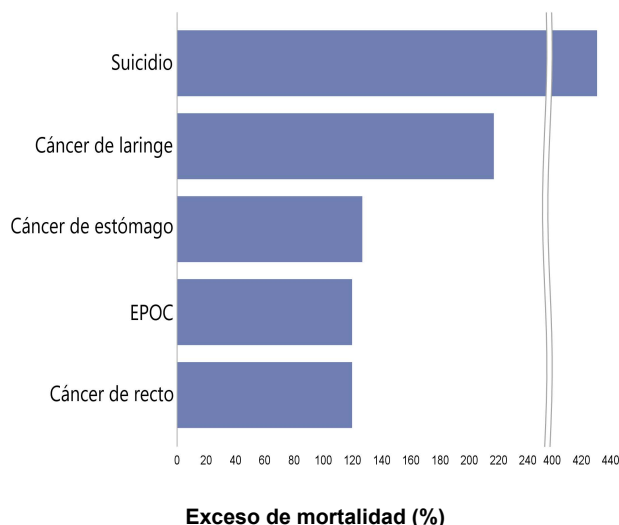
Figura 16. Desigualdades en la mortalidad por nivel de estudios por las principales causas de muerte en las mujeres de 65 y más años de edad, CAPV 2013-2016

Hombres de 65 y más años

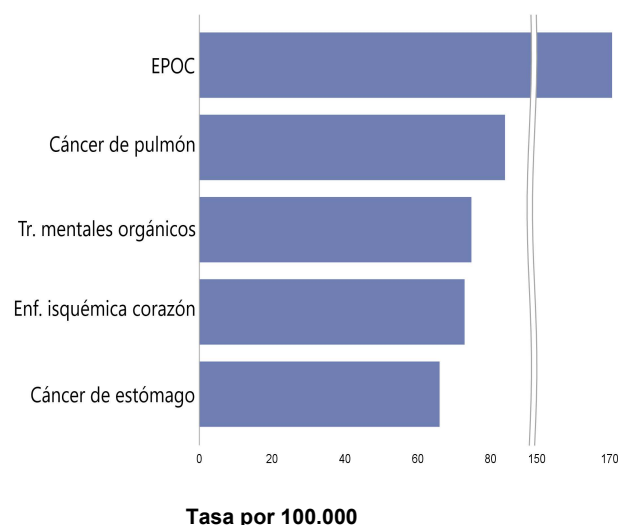
- Por causas específicas, la EPOC y el cáncer de estómago fueron las dos causas que conjuntamente mostraron mayores desigualdades relativas y absolutas en los hombres. El suicidio, el cáncer de laringe y el cáncer de recto presentaron también excesos de mortalidad significativos de gran magnitud; el cáncer de pulmón, los trastornos mentales orgánicos y las isquemias arrojaron también desigualdades absolutas significativas muy importantes.
- La mortalidad atribuible respecto a la mortalidad total fue del 15 % en los hombres de 65 y más años de edad.

Hombres de 65 y más años

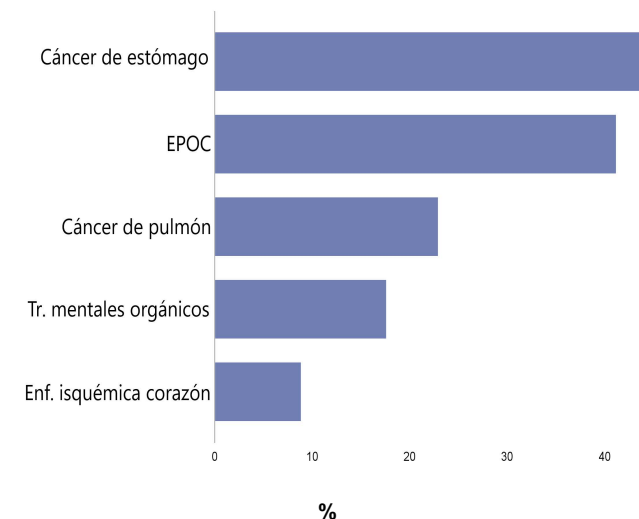
Desigualdades relativas



Desigualdades absolutas



Fracción atribuible poblacional (%)



La causa con mayores desigualdades relativas fue el suicidio (exceso de mortalidad superior al 400 %), seguida por el cáncer de laringe (exceso superior al 200 %). El cáncer de estómago, la EPOC y el cáncer de recto, a su vez, presentaron excesos de mortalidad significativos de al menos el 120 %, siendo también significativas las desigualdades relativas por diabetes, trastornos mentales orgánicos, cáncer de pulmón e isquemias del corazón (Tabla A8, Anexo 2).

Las mayores desigualdades absolutas, equivalentes a más de 170 defunciones por 100.000 habitantes, se dieron por EPOC, seguida del cáncer de pulmón, los trastornos mentales orgánicos y las isquemias, todas con desigualdades superiores a 70 defunciones por 100.000. También fueron significativas las desigualdades por cáncer de estómago, diabetes, cáncer de recto, suicidio y cáncer de laringe (Tabla A8, Anexo 2).

Respecto al impacto de las desigualdades en la mortalidad, fueron atribuibles a las diferencias en el nivel de estudios entre los hombres el 45 % de las defunciones por cáncer de estómago, el 41 % por EPOC y el 23 % por cáncer de pulmón. Los trastornos mentales orgánicos y las isquemias tuvieron también una mortalidad atribuible importante. Estas 5 causas representaron el 42 % de la mortalidad atribuible en los hombres de 65 y más años. La mortalidad atribuible respecto a la mortalidad total fue del 15 % en esta franja de edad (Tabla A8, Anexo 2).

Figura 17. Desigualdades en la mortalidad por nivel de estudios por las principales causas de muerte en los hombres de 65 y más años de edad, CAPV 2013-2016

3.7. Contribución de las causas de defunción a las desigualdades en la mortalidad por nivel educativo según grandes grupos de edad, CAPV 2013-2016

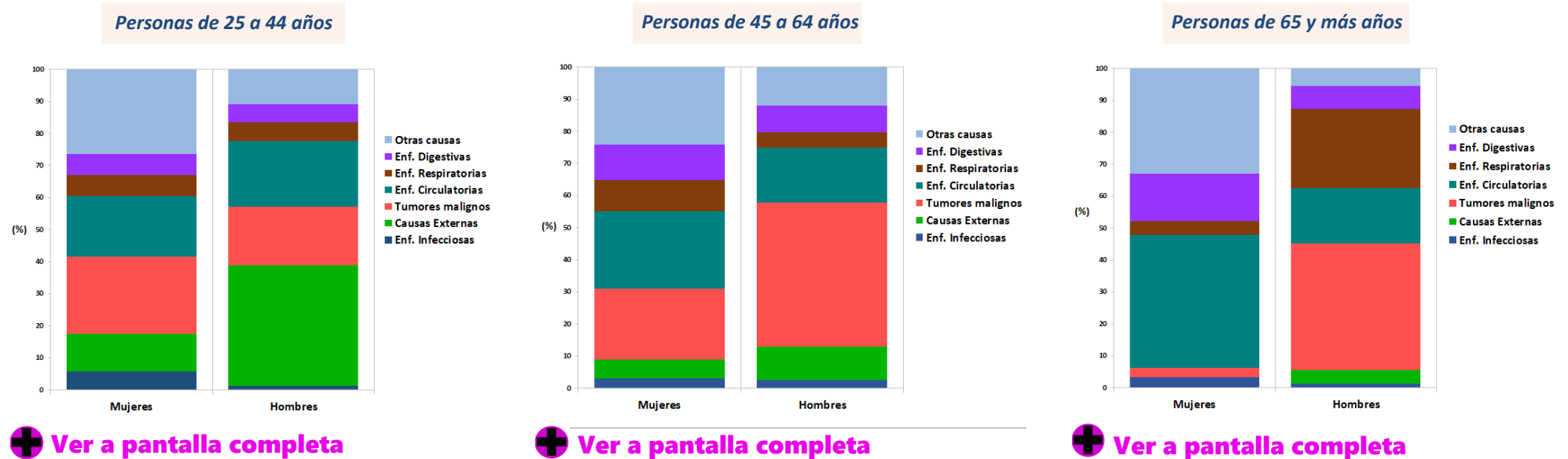
- En las mujeres de 25 a 44 años, los tumores malignos representaron una cuarta parte de la mortalidad total atribuible a las desigualdades educativas; en los hombres de esa misma edad, las causas externas fueron responsables del 38 % de las muertes atribuibles.
- En mujeres a partir de los 45 años, las enfermedades del sistema circulatorio fueron la principal causa de mortalidad atribuible: representaron 1 de cada 4 defunciones atribuibles entre los 45 y 64 años y 4 de cada 10 en las mujeres de 65 y más años.
- En los hombres, a partir de los 45 años, los tumores malignos fueron la principal causa de mortalidad atribuible, si bien perdieron importancia relativa a partir de los 64 años, cediendo peso relativo en la mortalidad atribuible a las enfermedades respiratorias.
- El 84 y el 65 %, respectivamente, de la mortalidad atribuible a las desigualdades en las mujeres y en los hombres se concentró en el grupo de edad de mayores de 64 años.

Personas de 25 a 44 años					Personas de 45 a 64 años					Personas de 65 y más años				
Grandes grupos de causas de defunción	Mujeres		Hombres		Grandes grupos de causas de defunción	Mujeres		Hombres		Grandes grupos de causas de defunción	Mujeres		Hombres	
	Nº defunciones atribuibles	Impacto relativo (%) ^a	Nº defunciones atribuibles	Impacto relativo (%) ^a		Nº defunciones atribuibles	Impacto relativo (%) ^a	Nº defunciones atribuibles	Impacto relativo (%) ^a		Nº defunciones atribuibles	Impacto relativo (%) ^a	Nº defunciones atribuibles	Impacto relativo (%) ^a
Enf. Infecciosas	8	5,7	4	1,3	Enf. Infecciosas	22	3,2	61	2,5	Enf. Infecciosas	139	3,2	62	1,2
Causas Externas	16	11,9	133	37,6	Causas Externas	41	5,8	255	10,6	Causas Externas	-1	0,0	222	4,4
Tumores malignos	32	24,1	65	18,4	Tumores malignos	156	22,0	1.078	44,6	Tumores malignos	133	3,1	2.014	39,7
Enf. Circulatorias	25	18,7	72	20,4	Enf. Circulatorias	172	24,2	415	17,2	Enf. Circulatorias	1.812	41,7	872	17,2
Enf. Respiratorias	9	6,7	20	5,8	Enf. Respiratorias	67	9,5	113	4,7	Enf. Respiratorias	181	4,2	1.266	24,9
Enf. Digestivas	9	6,5	20	5,8	Enf. Digestivas	78	11,0	206	8,5	Enf. Digestivas	652	15,0	361	7,1
Otras causas	35	26,4	38	10,8	Otras causas	172	24,2	287	11,9	Otras causas	1.431	32,9	277	5,5
Todas las causas	131	100	355	100	Todas las causas	712	100	2.415	100	Todas las causas	4.348	100	5.075	100

^a El impacto relativo se establece a través de la participación de cada uno de los grandes grupos de causas de defunción en mortalidad atribuible total

Tabla 6. Impacto relativo (Nº y %) de la mortalidad atribuible a las desigualdades por nivel educativo según grandes grupos causas de defunción por grandes grupos de edad y sexo, CAPV 2013-2016

Por grandes grupos de estudio, la contribución de cada una de las causas de defunción a la mortalidad atribuible total a las desigualdades educativas fue diferente según el sexo y el grupo de edad:



[+ Ver a pantalla completa](#)

En las mujeres de 25 a 44 años, 1 de cada 4 defunciones atribuibles a las desigualdades educativas se debió a los tumores malignos, seguidas por las enfermedades del sistema circulatorio y las causas externas, 19 y 12 %, respectivamente, de la mortalidad atribuible total. En los hombres, las causas externas fueron la principal causa de mortalidad atribuible (38 % de la mortalidad atribuible total), seguida por las enfermedades del sistema circulatorio (20 %) y los tumores malignos (18 %). La mortalidad atribuible en este grupo de edad supuso el 2,5 y el 4,5 %, respectivamente, de la mortalidad total atribuible en mujeres y en hombres mayores de 24 años (Tabla 6).

[+ Ver a pantalla completa](#)

En las mujeres de 45 a 64 años, 1 de cada 4 y algo más de 1 de cada 5 defunciones atribuibles a las desigualdades educativas se debieron, respectivamente, a las enfermedades del sistema circulatorio y a los tumores malignos. En los hombres, casi la mitad (el 45 %) de la mortalidad atribuible se debió a los tumores malignos, seguidos por las enfermedades del sistema circulatorio (17 % de mortalidad atribuible total) y las causas externas (11 %). La mortalidad atribuible en este grupo de edad supuso el 14 y el 31 %, respectivamente, de la mortalidad total atribuible en mujeres y en hombres mayores de 24 años (Tabla 6).

[+ Ver a pantalla completa](#)

Entre las mujeres de 65 y más años, las enfermedades del sistema circulatorio supusieron 4 de cada 10 defunciones atribuibles a las desigualdades educativas, seguidas por las del sistema digestivo (15 %), en tanto que los tumores malignos, segunda causa de defunción más rimportante, supusieron apenas 3 de cada 100 defunciones atribuibles. En los hombres, los tumores malignos supusieron 4 de cada 10 defunciones atribuibles, seguidos por las enfermedades del sistema respiratorio, que supusieron 1 de cada 4 defunciones atribuibles y las del sistema circulatorio (17 %). La mortalidad atribuible en este grupo de edad supuso el 84 y el 65 %, respectivamente, de la mortalidad total atribuible en mujeres y en hombres mayores de 24 años (Tabla 6).

Figura 18. Impacto relativo de la mortalidad atribuible a las desigualdades por nivel educativo según grandes grupos causas de defunción por grandes grupos de edad y sexo, CAPV 2013-2016

4. Comentarios y conclusiones

4.1. Hallazgos principales

- La mortalidad por todas las causas y por las principales causas de muerte siguió un marcado gradiente inverso por nivel educativo, con mayor mortalidad al descender en el mismo.
- Resultaron estadísticamente significativas las desigualdades relativas y absolutas para la mortalidad total en ambos sexos tanto en las personas de 25 y más años de edad, como en cada uno de los grandes grupos de edad estudiados, esto es, de 25 a 44, de 45 a 64 y a partir de los 65 años de edad.
- La magnitud de las desigualdades absolutas en la mortalidad por todas las causas fue estadísticamente significativa y muy relevante en ambos sexos: la magnitud de esas desigualdades en las mujeres fue muy similar a la tasa de mortalidad por enfermedades circulatorias, respiratorias y digestivas juntas; en los hombres, fue equivalente a la tasa de mortalidad por tumores malignos y causas externas juntas.
- Un 13 % y un 19 % del total de defunciones observadas en las mujeres y en los hombres de 25 y más años, respectivamente, fueron atribuibles a las desigualdades en el nivel educativo. Ello supone que, si toda la población hubiese tenido la experiencia de mortalidad de la población con formación universitaria, se habrían podido evitar o posponer aproximadamente 9 defunciones diarias, de las cuales 3,6 corresponderían a mujeres y 5,4 a hombres, lo que equivale a 1 de cada 6 defunciones acontecidas entre 2013 y 2016.
- En las mujeres de 25 y más años de edad la mortalidad atribuible a las desigualdades educativas equivalió aproximadamente a la suma de muertes por isquemias del corazón y enfermedad cerebrovascular entre 2013 y 2016; en los hombres la mortalidad atribuible potencialmente evitable equivalió a la suma de las muertes por cáncer de pulmón, colon, recto, estómago y próstata en ese mismo periodo.
- Por grandes grupos de causas y grupos de edad en los hombres resultaron estadísticamente significativas las desigualdades relativas y absolutas por todas las causas analizadas, excepto las desigualdades absolutas debidas a enfermedades infecciosas entre los 25 y 44 años; en las mujeres, fueron significativas también las desigualdades relativas y absolutas por todos los grandes grupos de causas y grupos de edad excepto aquéllas por tumores malignos y enfermedades del sistema digestivo de 25 a 44 años, y por tumores malignos y causas externas en las mayores de 64 años.
- En las mujeres, por grandes grupos de causas, las enfermedades infecciosas y las del sistema digestivo presentaron las mayores desigualdades relativas en la mortalidad y en los hombres las causas externas y las enfermedades infecciosas. Por causas específicas las mayores desigualdades relativas en las mujeres se dieron, en orden de magnitud, por envenenamientos accidentales, cirrosis, lesiones de tráfico y diabetes; en los hombres se dieron por sida y VIH, envenenamientos accidentales, cáncer de laringe, suicidio y EPOC.

- En las mujeres, por grandes grupos de causas, las enfermedades del aparato circulatorio presentaron las mayores desigualdades absolutas en la mortalidad y en los hombres los tumores malignos. En las mujeres, las causas específicas con mayores desigualdades absolutas fueron, en orden de magnitud, la cardiopatía isquémica, los trastornos mentales orgánicos y la diabetes; en los hombres, el cáncer de pulmón, la EPOC y la cardiopatía isquémica.
- La contribución de las causas de defunción a la mortalidad atribuible a las desigualdades fue distinta según el sexo y el grupo de edad. En las mujeres de 25 a 44 años destacaron los tumores, mientras que a partir de esa edad ocuparon el primer lugar las enfermedades del sistema circulatorio. En los hombres más jóvenes, las causas externas fueron responsables casi 4 de cada 10 defunciones atribuibles; entre los 45 y 64 años los tumores malignos supusieron el 45 % de las defunciones atribuibles; y, a partir de los 64 años los tumores y las enfermedades del sistema respiratorio supusieron el 40 y el 25 % de la mortalidad total atribuible. El 84 y el 65 %, respectivamente, de la mortalidad atribuible a las desigualdades educativas en las mujeres y en los hombres se concentró en el grupo de edad de mayores de 64 años.
- Se observó una relación gradual directa entre la mortalidad por cáncer de pulmón y el nivel de estudios en las mujeres de 25 y más años y en aquéllas mayores de 64 años, es decir, mayor mortalidad en las mujeres con mayor nivel educativo. En los hombres, la mortalidad por cáncer de pulmón presentó un patrón inverso estadísticamente significativo en todos los grupos de edad y en el total de los mayores de 24 años, al igual que en las mujeres de 25 a 44 años, con mayor mortalidad entre aquéllos/as con menor nivel de estudios.

4.2. Interpretación de los resultados

El patrón y la magnitud de las desigualdades educativas en la mortalidad por sexo y grupos de edad en la CAPV entre 2001 y 2007, años previos a la última crisis económica (2008-2013), eran similares al conjunto Estado español¹⁰ de acuerdo con un estudio del año 2014. Otro estudio del año 2016 que comparaba el conjunto del Estado español con las Comunidades Autónomas de Madrid, la CAPV y la ciudad de Barcelona entre los años 2001 y 2011 evidenció que en la CAPV las desigualdades en la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en las mujeres fueron menores a las de España, y por causas externas en los hombres, mayores a las de la Comunidad de Madrid¹¹. Además, los estudios de periodos previos a la crisis mostraban que las desigualdades en la mortalidad por todas las causas en la CAPV, al igual que ocurre en otras poblaciones del sur de Europa (España, Comunidad de Madrid, ciudad de Barcelona y algunas poblaciones de Italia), eran inferiores a las de otros países europeos^{2, 12, 13}. Esas diferencias europeas norte-sur en las desigualdades en la mortalidad por todas las causas tenían mucho que ver con la ausencia de desigualdades relativas por cáncer en las mujeres y las menores desigualdades en la mortalidad por cáncer y por enfermedades cardiovasculares en los hombres. Las menores desigualdades relativas en la mortalidad en las poblaciones del sur de Europa antes de la crisis podrían explicarse por haber tenido un proceso de modernización socioeconómico más tardío que los países del norte, lo que haría que el nivel educativo tuviera menor relevancia como factor de estratificación social que en los del norte de Europa, y produciría un retraso en la transición epidemiológica de predominio de las enfermedades infecciosas sobre las enfermedades crónicas, como las cardiovasculares y el cáncer¹⁴. Sin embargo, las otras causas de defunción mostraban desigualdades de magnitud similar o superior a las de otros países europeos, como es el caso de las enfermedades infecciosas en ambos sexos y las causas externas en los hombres.

Un estudio de 2016 que analizó las tendencias de mortalidad en España en la población de 10 a 74 años entre los años 2004 y 2011 en función de su posición socioeconómica puso de manifiesto que la mortalidad por todas las causas disminuyó de forma más intensa durante la crisis económica (2008-2011) que antes de la crisis económica (2004-2007), y de forma especial, en los grupos socioeconómicos bajos¹⁵. En la mayoría de los países de Europa occidental las tasas de mortalidad por todas las causas han venido disminuyendo constantemente, tanto entre las personas con menor nivel educativo como entre aquellas con mayor nivel educativo, sin interrupción, en las últimas décadas. Las desigualdades relativas en la mortalidad en esos países, de forma general, han venido aumentando, aunque como resultado de la disminución de la mortalidad general, las desigualdades absolutas en la mortalidad frecuentemente han disminuido. Algunos autores apuntan a que la última crisis económica podría no haber tenido un impacto perceptible a corto plazo en las desigualdades en salud a nivel poblacional en Europa occidental, especialmente en el caso de la mortalidad, y eso se debería a dos factores¹⁶. En primer lugar, las tendencias subyacentes al descenso de la mortalidad de las décadas anteriores eran demasiado poderosas y los efectos a corto plazo de la crisis en las condiciones de vida de las personas habrían sido demasiado débiles y habrían estado bien amortiguados para traducirse en riesgos generalizados para la salud del conjunto de la población¹⁶. En segundo lugar, los efectos de la crisis económica en la mortalidad probablemente

habrían sido mixtos, porque algunos riesgos, como el estrés de ser despedidos o las deudas podrían haber contribuido a un aumento en la tasa de suicidio, mientras que otros riesgos, como el riesgo de morir en un accidente de tráfico o de beber en exceso podrían haber disminuido¹⁶. Algunos estudios realizados sobre los efectos en la mortalidad de las crisis económicas han puesto de manifiesto que algunas causas de muerte podrían seguir un patrón procíclico, en el que la mortalidad aumentaría durante las expansiones económicas y disminuiría durante las recesiones¹⁷. Es probable que esos efectos procíclicos puedan explicar en parte que los aumentos a corto plazo del desempleo y de las privaciones materiales se asocien con una menor mortalidad en algunas causas, tanto entre los grupos con mayor nivel educativo como entre aquéllos con menor nivel educativo¹⁷. En el caso concreto de España y en el periodo entre el inicio de la crisis económica (año 2008) y el año 2014, el descenso de la mortalidad por todas las causas en el caso de los hombres fue más intenso entre aquéllos con mayor nivel educativo, lo que se tradujo en un aumento de las desigualdades relativas y en un mantenimiento o ligero aumento de las desigualdades absolutas en la mortalidad entre esos años (2008-2014). En el caso de las mujeres españolas, la mortalidad por todas las causas entre los años 2008 y 2014 habría caído de forma más intensa entre las mujeres con menor nivel educativo que entre las mejor formadas, lo que habría redundado en una disminución tanto de las desigualdades relativas como de las desigualdades absolutas en la mortalidad¹⁶. Estos resultados parecen consistentes con los de un estudio llevado a cabo para caracterizar los cambios de tendencias de salud en España durante la recesión económica y que concluyó que la salud continuó mejorando durante los primeros cuatro años (2008 a 2011) de la recesión económica a un ritmo igual o superior al de años anteriores¹⁸. El informe SEESPAS 2014 evidenció que en España se mantuvo una tendencia descendente en ambos sexos en la mortalidad por todas las causas y no se observó ningún cambio de tendencia significativo en la mortalidad entre los años 2008 y 2011, de recesión económica¹⁹. Un creciente número de estudios, sin embargo, ponen de manifiesto que cuando las condiciones económicas empeoran, también lo hacen la salud y las respuestas políticas a las desigualdades sociales en salud, y la mortalidad tiende a aumentar, y que las consecuencias negativas de las crisis son principalmente soportadas por las poblaciones más desfavorecidas²⁰. Además, no sólo debemos ser conscientes de los impactos de la crisis sobre las desigualdades en salud durante y tras el periodo inmediatamente posterior a la recesión, sino también de los impactos que se derivarán de la nueva estructura social que se fue imponiendo progresivamente con la excusa de superar la crisis económica²⁰.

Los resultados sobre los impactos en la equidad en salud de la última recesión económica (2008-2013) parecen, por tanto, inconsistentes. Algunos de los factores que podrían explicar la variabilidad de los resultados de la crisis sobre las desigualdades en la mortalidad son el papel de las políticas del Estado del bienestar, la diversidad de períodos de tiempo utilizados en los análisis, la heterogeneidad de las variables socioeconómicas y de salud consideradas, los cambios en el perfil socioeconómico de los grupos en comparación en tiempos de crisis y el tipo de medidas utilizadas para analizar la magnitud de las desigualdades sociales en la salud²⁰.

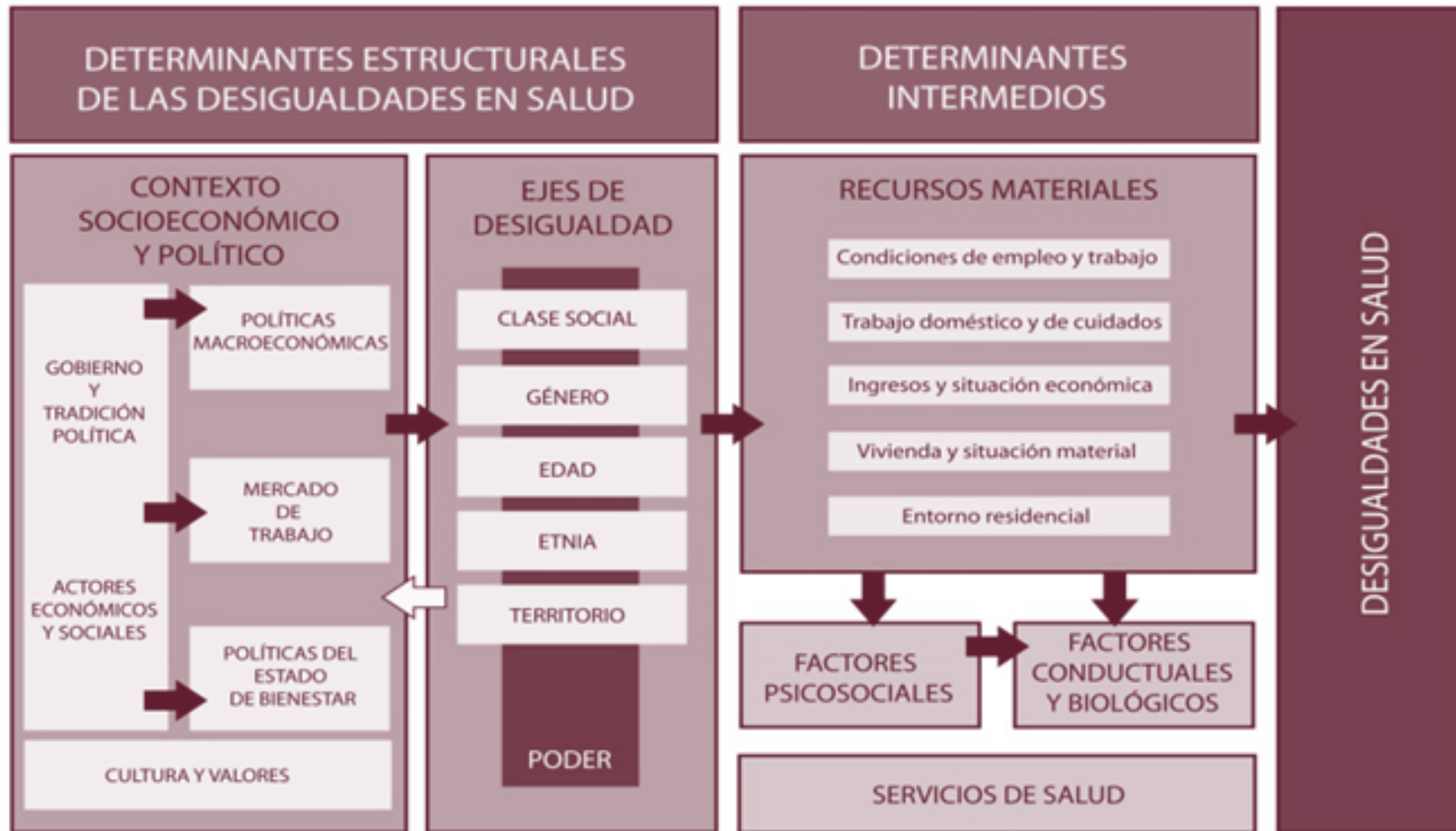
Respecto al País Vasco, la magnitud de las desigualdades relativas y absolutas en la mortalidad por todas las causas en el total de la población analizada (25 y más años de edad) en ambos sexos en el periodo 2013-2016 fueron menores que las observadas en el periodo anterior entre 2009-2012, de recesión económica. La magnitud de esas desigualdades relativas y absolutas también fue menor entre los 25 y 44 años en ambos sexos y en las mujeres de 65 y más años; en los hombres de 65 y más años las desigualdades relativas se habrían mantenido estables y las absolutas habrían descendido respecto al periodo 2009-2012, aunque de forma menos intensa que en las mujeres. En términos relativos, las desigualdades en la mortalidad en las mujeres de 45 a 64 años, por el contrario, crecieron de forma muy considerable del periodo 2009-2012 al 2013-2016 y de forma más moderada también en términos absolutos, al igual que creció ligeramente la tasa de mortalidad por todas las causas entre esos dos periodos⁷. Ese incremento en la mortalidad y en las desigualdades relativas y absolutas entre las mujeres de 45 a 64 años se debió al aumento en la tasa de mortalidad en las mujeres sin estudios y con estudios primarios; la tasa de mortalidad en las mujeres con educación secundaria o superior en esa franja de edad, por contra, cayó del periodo 2009-2012 al 2013-2016⁷. El aumento de las desigualdades relativas fue muy importante en las enfermedades del sistema circulatorio y en las del sistema respiratorio; además, las desigualdades en la mortalidad por tumores malignos, que en 2009-2012 no eran significativas en las mujeres de 45 a 64 años, pasaron a ser significativas en el periodo 2013-2016, con un exceso de mortalidad del 20 %. En el caso de los hombres de 45 a 64 años de edad, las desigualdades relativas entre ambos periodos experimentaron también un incremento, pero las desigualdades absolutas disminuyeron; ello se debió a que, pese a que la tasa de mortalidad entre 2009-2012 y 2013-2016 cayó en los hombres de cualquier nivel de estudios, ese descenso de la mortalidad fue más intenso entre aquéllos con mayor nivel educativo⁷. El aumento de las desigualdades relativas en los hombres de 45 a 64 años respecto al periodo 2009-2012 fue importante para los tumores malignos, las enfermedades del sistema circulatorio, las causas externas y las enfermedades infecciosas; el exceso de mortalidad se habría mantenido estable para las enfermedades del sistema digestivo entre ambos periodos y se habría reducido para las enfermedades del sistema respiratorio⁷.

Por tanto, aunque la evolución de la mortalidad general por todas las causas de defunción en el conjunto de la población estudiada (25 y más años de edad) y en los grupos de 25 a 44 años y de 65 y más años de edad en ambos sexos entre los periodos 2009-2012 y 2013-2016 apunta a una disminución o estabilización de las desigualdades relativas y absolutas en la mortalidad, las desigualdades en el grupo de edad de 45 a 64 años de edad habrían crecido respecto al periodo de crisis económica (2009-2012), especialmente en el caso de las mujeres⁷. El 41 y el 37 %, respectivamente, de las mujeres y de los hombres entre 45 y 64 años tenían en el año 2011 un nivel educativo correspondiente a estudios primarios o inferior. Ello supone que la crisis económica que se dio entre 2008 y 2013 podría haber tenido como consecuencia un aumento de las desigualdades en las personas de ambos sexos entre los 45 y 64 años en los años inmediatamente posteriores a la misma, en el periodo que abarca este estudio (2013-2016) y que esos efectos adversos, además, se podrían prolongar en el tiempo. Las consecuencias de la crisis en términos de desigualdades en la mortalidad parecen haberse concentrado principalmente en el grupo de edad más vulnerable a la negativa evolución del mercado de trabajo durante

la recesión (en las personas de 45 a 64 años de edad), en ambos sexos, y especialmente entre las mujeres, y en aquellas personas con menor nivel educativo o cualificación: ese es el perfil de las personas que suelen padecer de forma más intensa los efectos más adversos en términos de pérdida de empleo y de ingresos como consecuencia de una crisis económica, en la medida en que suelen soportar más cargas familiares y personales, lo cual terminaría repercutiendo en su salud, más aún si no existen las políticas adecuadas para afrontar las desigualdades sociales en la salud o si se priorizan las políticas o estrategias económicas para reducir el déficit público, que obligan a recortar los servicios públicos de salud y el Estado del bienestar. Al margen de todas las personas entre 45 y 64 años de edad que perdieron sus empleos en tiempos de crisis, habría que tener en cuenta también el aumento de la precariedad del empleo entre aquellas personas que lograron mantenerlo o consiguieron uno nuevo, como consecuencia de la Reforma de la legislación laboral que se produjo en España en el año 2012. Las reformas practicadas en el mercado de laboral y la consecuente precarización en las condiciones de trabajo han dado lugar al fenómeno de la “pobreza en el trabajo”²¹ en el conjunto del Estado español, es decir, personas que a pesar de tener un trabajo son pobres, un colectivo que creció de forma importante como consecuencia de la reforma del mercado de trabajo en 2012²². Se trata de trabajadoras y trabajadores a las que el hecho de tener un puesto de trabajo no les garantiza poder tener una vida digna. Además, gran parte del empleo femenino en las mujeres de baja cualificación se centra en sectores como el servicio doméstico, la limpieza o el cuidado de personas dependientes y en muchos casos esos trabajos permanecen en la economía sumergida, por lo que su precariedad se podría haber profundizado como consecuencia y a partir de la última recesión económica. Los recortes en la Ley de dependencia también podrían haber redundado en una precarización más acentuada del empleo, especialmente del empleo femenino en las mujeres cuidadoras de mediana edad.

De manera general, el origen de las desigualdades sociales en salud, y más concretamente de las desigualdades socioeconómicas en la mortalidad, tiene que ver tanto con factores estructurales (gobierno y tradición política, políticas macroeconómicas, mercado de trabajo, etc., estratificación social), como con los llamados factores intermedios de las desigualdades en salud (condiciones de empleo y trabajo, trabajo reproductivo y de cuidados, ingresos y situación económica, y de los entornos, conductas, sistema de salud)^{2,23} **(Figura 19)**.

Hay evidencias sólidas de que el nivel educativo tiene un efecto importante en el desarrollo de la salud durante la edad adulta. Las desigualdades en salud entre los diferentes niveles educativos probablemente pueden atribuirse en gran medida a las diferencias en las conductas o comportamientos relacionados con la salud y a los factores psicosociales que se forman durante la infancia y la edad adulta temprana, combinados con la influencia permanente que el nivel educativo tiene sobre la posición socioeconómica en la edad adulta²⁴. Las desigualdades socioeconómicas en la mortalidad se pueden contrastar ya en las edades más tempranas y persisten hasta el final de la vida. La mayoría de los estudios muestran que, empezando por las personas jóvenes adultas, las desigualdades relativas disminuyen gradualmente con la edad, mientras que las desigualdades absolutas tienden a aumentar con la edad y alcanzan sus valores máximos entre las personas de edad más avanzada²⁴.



Fuente: Comisión para reducir las Desigualdades en España, 2010⁷

Figura 19. Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud. Comisión para las Desigualdades en Salud en España

De manera particular, en lo que respecta a las enfermedades cardiovasculares, suele ponerse el acento en la distribución social de los factores de riesgo proximales relacionados con conductas tales como el consumo de tabaco, la inactividad física, el consumo de alcohol o la dieta²⁵. Sin embargo, el potencial explicativo de esos factores de riesgo en la CAPV es relativamente reducido⁵. Por ello, se hace necesario tener en cuenta también otros factores como las condiciones de empleo (precariedad laboral) y trabajo (estrés laboral)²⁶, la privación material (expresada por las dificultades para llegar a fin de mes) o la contaminación atmosférica^{27,28}, para explicar la magnitud de las desigualdades observada en nuestra comunidad. Un reciente estudio del año 2019 sobre las desigualdades sociales en la mortalidad por todas las enfermedades cardiovasculares a partir de los fallecimientos en personas de edad igual o superior a 30 años en el año 2015 puso de manifiesto que la magnitud de desigualdades relativas y absolutas en la mortalidad en Euskadi serían similares o ligeramente inferiores a las del conjunto de España. De acuerdo con este mismo estudio, la mortalidad cardiovascular está inversamente asociada con el nivel educativo y esta desigualdad afectó más a la mortalidad prematura por causas cardíacas, especialmente entre las mujeres²⁹. En el caso de Euskadi, en el periodo 2013-2016, las enfermedades cardiovasculares arrojaron desigualdades relativas y absolutas significativas en el grupo total de estudio (25 y más años) y en todos los grupos de edad analizados, en ambos sexos: las desigualdades relativas por el total de enfermedades cardiovasculares disminuyeron en ambos sexos conforme aumentó la edad del grupo de estudio contemplado, siendo en todos los casos superiores en las mujeres; las desigualdades absolutas fueron superiores en las mujeres de 25 y más años de edad y entre aquéllas de 65 y más años de edad a las de los hombres, mientras que las desigualdades absolutas fueron mayores en los hombres entre los 25 y 64 años. De esta forma, se podría decir que las desigualdades en la mortalidad por nivel educativo por enfermedad cardiovascular total en Euskadi afectaron más a la mortalidad prematura en los hombres y a la mortalidad en las mujeres de edad más avanzada. En los hombres, fueron significativas las desigualdades relativas y absolutas en la mortalidad por isquemias del corazón en el total de la población estudiada (25 y más años) y en todos los grupos de edad, y también en las mujeres, excepto entre las del grupo de edad más joven (25 a 44 años). En lo referente a la enfermedad cerebrovascular, se detectaron desigualdades relativas y absolutas significativas en los hombres de 25 a 44 años; también se observaron desigualdades relativas significativas en el total de las mujeres estudiadas (25 y más años) y en las mayores de 65 años, y desigualdades relativas y absolutas en las mujeres de 45 a 64 años, lo que supone un mayor impacto relativo de las desigualdades educativas en la mortalidad prematura (25 a 44 años) por esta causa en los hombres, y un mayor impacto relativo de las desigualdades en el total de las mujeres estudiadas (25 y más años) y en las mujeres a partir de los 45 años de edad.

El patrón diferencial por sexo y edad de las desigualdades en la mortalidad por cáncer de pulmón está relacionado con la evolución de la epidemia de tabaquismo en la CAPV. En nuestra comunidad, al igual que en otros países del sur de Europa que están en una etapa menos avanzada de esa epidemia que los del norte de Europa^{30,31,32}, las consecuencias del tabaquismo continúan expandiéndose, especialmente entre las mujeres, lo que puede explicar la mayor mortalidad por cáncer de pulmón en las mujeres con mayor nivel educativo y de mayor edad, así como el patrón inverso en los hombres y en las mujeres más jóvenes. En el periodo 2013-2016, en los hombres, existieron desigualdades relativas y absolutas en la mortalidad por

cáncer de pulmón significativas en todos los grupos de edad, con mayor mortalidad en aquéllos con menor nivel educativo. Las desigualdades relativas en los hombres, además, crecieron en los de 25 y más años de edad y en aquéllos de 45 a 64 años respecto al periodo 2009-2012 y cayeron ligeramente en los mayores de 64 años. Por su parte, en las mujeres de 25 y más años y en las mayores de 64, existieron desigualdades relativas y absolutas en la mortalidad por cáncer de pulmón con patrón directo, es decir, mayor mortalidad en aquéllas con mayor nivel de estudios, aunque de magnitud inferior a las detectadas en 2009-2012. El patrón de desigualdad en la mortalidad por cáncer de pulmón en las mujeres de 25 a 44 años fue, por el contrario, el ya descrito en los hombres. Las proyecciones de mortalidad general por cáncer para Europa para el año 2017 confirmaron la tendencia general a la baja de la misma, aunque con mayor intensidad en los hombres, lo que se debió principalmente a las diferentes tendencias de prevalencia del tabaquismo en las diferentes generaciones de hombres y mujeres³³. En el caso del País Vasco se observó la misma tendencia a la disminución de las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón en los hombres de todos los grupos de edad, pero no así en las mujeres, entre las que la tasa de mortalidad siguió aumentando, tanto en el total de las mujeres analizadas (25 y más años), como en las mujeres entre 45 y 64 años de edad. Las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón en las mujeres jóvenes europeas para 2017 eran comparables a las de los hombres, lo que confirma que el tabaquismo tiene el mismo impacto en la mortalidad por cáncer de pulmón en ambos sexos³³, circunstancia que también se observó en el País Vasco en el periodo 2013-2016.

Destacó la gran magnitud de las desigualdades relativas observadas en ambos sexos en la mortalidad por EPOC, con mayor mortalidad entre aquellos/as con menor nivel educativo, tanto entre las personas de 25 y más años como entre aquellos/as a partir de los 45 y más años de edad. La magnitud de esas desigualdades relativas resultó, además, muy superior a las desigualdades relativas por cáncer de pulmón; la magnitud de esas desigualdades, no obstante, habría descendido respecto al periodo 2009-2012, excepto en las mujeres de 45 a 64 años. Asimismo, destacó el hecho de que las desigualdades absolutas en los hombres de 65 y más años por EPOC duplicaron las desigualdades por cáncer de pulmón en los hombres de esa misma edad. La EPOC como causa de defunción, no obstante, perdió peso en la mortalidad total respecto al periodo 2009-2012. La magnitud de las desigualdades en la mortalidad de enfermedades como el cáncer de pulmón o la EPOC está directamente relacionada con el consumo de tabaco. El consumo de tabaco, aunque es una conducta individual, está claramente determinado por factores estructurales como la privación material o las condiciones psicosociales desfavorables³⁴. Además de los diferentes efectos de los patrones geográficos y temporales de consumo de tabaco sobre la incidencia y mortalidad por cáncer de pulmón, principal factor etiológico en la carcinogénesis pulmonar y de la EPOC, en la valoración del patrón de las desigualdades en la mortalidad por esta causa, también se debe considerar la exposición diferencial a carcinógenos en el entorno laboral^{35,36,37}, a la contaminación atmosférica^{37,38}, la susceptibilidad genética y la mala alimentación, factores que pueden actuar de forma independiente o en conjunto con el tabaquismo para configurar la epidemiología descriptiva del cáncer de pulmón³⁷. En los hombres el cáncer de próstata en el período 2013-2016, como ya sucedió en el periodo 1996-2001⁸, no mostró mayor mortalidad en los grupos más desfavorecidos, lo que contrasta con las desigualdades relativas y absolutas por nivel educativo en la mortalidad que se detectaron en el período 2009-2012⁷. Las modificaciones del estilo de vida, como dejar de fumar, el ejercicio y el control de peso, reducen el riesgo de desarrollar cáncer de próstata.

La detección temprana del cáncer de próstata y el manejo de casos de diagnosticados según su riesgo o gravedad podría estar detrás de la desaparición de desigualdades en la mortalidad en el periodo 2013-2016³⁹. Se hace necesario valorar si la favorable evolución de las desigualdades educativas en la mortalidad por cáncer de próstata en la CAPV se debió a una reducción de las desigualdades en la incidencia, lo que apuntaría a una mejora de las desigualdades en los factores de riesgo y en la prevención primaria, o con el aumento de la supervivencia, relacionada con la mejora de las desigualdades en la atención sanitaria.

En las mujeres, de las localizaciones del cáncer sujetas a programas de cribado, la mortalidad por cáncer de cuello uterino no arrojó desigualdades significativas en el periodo 2013-2016, en contraste con las desigualdades relativas significativas que se detectaron en el periodo 2009-2012⁷. A pesar del aumento en los últimos años de la participación de las mujeres en el programa de cribado de cáncer de cérvix, la frecuencia de participación en dicho programa sigue siendo significativamente menor en las mujeres con nivel de estudios inferior^{40,41}. El establecimiento en 2018 por parte de Osakidetza de un cribado poblacional de cáncer de cérvix y su aplicación de forma adecuada y sistemática podría reducir en el futuro de forma importante la incidencia y la mortalidad por este cáncer⁴². La vacunación sistemática frente al VPH (virus del papiloma humano) se considera actualmente la intervención más eficaz y efectiva para el control de la infección y la prevención de la carga de enfermedad asociadas al VPH⁴³. El aumento en la cobertura de vacunación frente al VPH en las adolescentes de 11 a 14 años de edad en Euskadi⁴⁴ previsiblemente redundara en una disminución futura de la carga de la enfermedad y de la mortalidad en esas mujeres por cáncer de cérvix. Es por ello que se hace necesario profundizar en una mayor participación de las mujeres independientemente de su clase social en ambos programas preventivos, el programa de cribado de cáncer de cérvix y el programa de vacunación⁴⁵. Al igual que en el cáncer de próstata en los hombres, se hace necesario valorar si la favorable evolución de las desigualdades educativas en la mortalidad por cáncer de cérvix en las mujeres se debió a una reducción de las desigualdades en la incidencia o a un aumento en la supervivencia.

El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente entre las mujeres vascas⁴⁶. Su detección temprana es un factor de gran importancia, que permite llevar a cabo tratamientos más eficaces y menos agresivos, consiguiendo de esta manera, mayor calidad de vida y mayores tasas de supervivencia. El cribado poblacional de cáncer de mama y su participación masiva en el mismo de las mujeres independientemente de su estrato social (nivel educativo) puede explicar, al menos parcialmente, la inexistencia de desigualdades significativas en la mortalidad por esta causa en el periodo 2013-2016, como ya sucedió en el periodo 2009-2012⁴¹.

Al igual que en el periodo 2009-2012⁷, no existieron desigualdades relativas ni absolutas significativas en la mortalidad por cáncer de colon ni en los hombres ni en las mujeres. En lo que respecta al cáncer de recto, las desigualdades significativas contrastadas en ambos sexos en el periodo 2009-2012 persistieron en el caso de los hombres en el periodo 2013-2016, mientras que no se detectó la existencia de desigualdades en mujeres por esta causa. Las desigualdades en la prevalencia de ciertos factores de riesgo (inactividad física, consumo de tabaco, dieta rica en carne)^{41,47} o las desigualdades en la participación en los programas de cribado de cáncer colo-rectal⁴⁸ por parte de los hombres explicarían sólo parcialmente el patrón de estas desigualdades.

Según un estudio del año 2010, los grupos con estatus socioeconómico bajo mostraron una mayor incidencia y mortalidad, y una menor supervivencia por cáncer colorrectal en comparación con los grupos de estatus socioeconómico elevado en Europa, aunque esas desigualdades fueron inferiores a las de países como Canadá o EE.UU.^{1, J}. La mortalidad en Europa fue para las personas más desfavorecidas hasta 1,6 veces la mortalidad de las personas con mejor estatus económico para el cáncer de colon y hasta 3,1 veces para el cáncer de recto⁴⁹. Además, el sexo influye significativamente en las características clínicas y patológicas del cáncer de colon y de recto, lo que supone diferencias en las tasas de incidencia y mortalidad, edad de presentación clínica de los casos, tasas de participación en el cribado, localización, etapa y utilización del tratamiento, histopatología y supervivencia. Los factores ambientales, conductuales y biológicos contribuyen también al riesgo diferencial⁵⁰.

El cáncer de estómago presentó también desigualdades relativas significativas en ambos sexos en las personas de 25 y más años de edad; las desigualdades relativas también fueron significativas en los hombres en todos los grupos de edad analizados y en las mujeres de 65 y más años de edad. En el periodo 2013-2016 las desigualdades relativas por esta causa fueron superiores en los hombres que en las mujeres. Respecto al periodo 2009-2012, en términos generales, las desigualdades relativas por cáncer de estómago crecieron en los hombres y se redujeron en las mujeres. La magnitud de las desigualdades absolutas por esta causa, aunque inferior a la del periodo 2009-2012, fue también significativa en los hombres de 65 y más años de edad. Algunos autores encontraron una asociación estadísticamente significativa entre la mortalidad por cáncer de estómago y su nivel educativo, más clara en el caso de los hombres que de las mujeres, con mayor mortalidad entre aquéllos/as con menor formación⁵¹. El riesgo de incidencia de cáncer de estómago parece estar relacionado de forma inversa con el nivel de ingresos y con la categoría ocupacional⁵². Entre las causas del cáncer de estómago se hallan factores ambientales (la infección por *helicobacter pylori* es el factor de riesgo más importante para el cáncer de estómago), pero también de estilos de vida como la dieta (una elevada ingesta de sal; una ingesta elevada de alimentos que contengan nitratos o nitritos, como la carne en conservada; o la no ingesta de frutas y vegetales), el consumo de tabaco, la ocupación o el sedentarismo⁵³, que a su vez se ven determinados por el nivel educativo o la posición socioeconómica.

Las desigualdades educativas en la mortalidad por diabetes en el periodo 2013-2016 fueron significativas y muy relevantes en ambos sexos, y mayores en las mujeres que en los hombres, tanto en términos absolutos como relativos, como ya sucedió en el periodo 2009-2012. Las desigualdades socioeconómicas en la prevalencia de obesidad, marcadamente mayores en las mujeres⁴¹, explicarían parcialmente el patrón de desigualdades en la mortalidad por diabetes. En lo que respecta a la atención sanitaria, a pesar de que en la CAPV los esfuerzos preventivos y de atención de la diabetes tienden a ser equitativos, el mal control metabólico y las complicaciones son más frecuentes en las mujeres menos favorecidas⁵⁴. La influencia de la obesidad y de la atención sanitaria deben además considerarse en el marco de las desigualdades socioeconómicas en las oportunidades y las circunstancias materiales de vida, relación que se genera como consecuencia del contexto socioeconómico y político^{25, 55}. Un estudio ecológico llevado a cabo en el año 2017 en 26 ciudades españolas para analizar el patrón geográfico de las desigualdades en la mortalidad por diabetes mellitus y su asocia-

ción con factores socioeconómicos entre 1996 y 2007 (en dos periodos, 1996-2001 y 2002-2007) demostró la clara existencia de desigualdades en la mortalidad por esta causa, que esas desigualdades tienden a permanecer estables en el tiempo y que fueron más marcadas en las mujeres que en los hombres. La mayor asociación entre la privación socioeconómica del área de residencia y la mortalidad por diabetes en las mujeres entre todas las ciudades estudiadas se dio en Donostia-San Sebastián⁵⁶.

Entre 2013-2016, como ya sucedió en el periodo 2009-2012, la cirrosis hepática, al igual que el conjunto de las enfermedades digestivas, mostraron desigualdades significativas muy relevantes en ambos sexos: en periodo 2013-2016, las desigualdades relativas fueron mayores en las mujeres que en los hombres y las absolutas fueron mayores en los hombres, mientras que en el periodo 2009-2012 las desigualdades relativas y absolutas fueron superiores en los hombres. La mortalidad por cirrosis hepática está fuertemente asociada al consumo excesivo de alcohol. Sin embargo, en la CAPV, el consumo excesivo de alcohol sigue un patrón inverso al de la mortalidad, con mayor consumo en los grupos más favorecidos⁵⁴. Esta paradoja podría explicarse, entre otros factores, por la mayor vulnerabilidad de las personas de grupos socioeconómicos más desfavorecidos, como consecuencia de la interacción del consumo de alcohol con los hábitos dietéticos, la seguridad del medioambiente de consumo, y el apoyo familiar o laboral para hacer frente a los problemas relacionados con el consumo de alcohol⁵⁷.

Las desigualdades relativas y absolutas en la mortalidad por enfermedades infecciosas entre 2013 y 2016, que fueron significativas en hombres, tuvieron que ver en parte con la magnitud de las desigualdades en la mortalidad por sida y VIH entre los 45 y 64 años, siendo también significativas esas desigualdades en la población masculina total estudiada (25 y más años de edad). Las desigualdades relativas en la mortalidad por enfermedades infecciosas en las mujeres, que también fueron significativas, no se debieron, sin embargo, al sida y VIH, dado que no existieron desigualdades significativas por esta causa. Además, la reducción observada en los últimos años en la mortalidad por sida y VIH hace que las desigualdades absolutas en la mortalidad solo sean relevantes en los hombres de 45 a 64 años y sean relativamente pequeñas en el resto de grupos de edad y entre las mujeres⁵⁸.

En el periodo 2013-2016 las desigualdades relativas en la mortalidad por nivel educativo por suicidio en el total de los hombres (25 y más años) disminuyeron ligeramente respecto al periodo 2009-2012, pero siguieron siendo importantes, con excesos de mortalidad significativos y muy relevantes. Las desigualdades relativas por esta causa en hombres fueron significativas en todos los grupos de edad analizados: disminuyeron de forma importante entre los 25 y 44 años (primera causa de muerte en los hombres de esta franja de edad en ambos periodos); permanecieron estables entre los 45 y 64 años; y, aumentaron de forma considerable entre los hombres de 65 y más años de edad. Entre las mujeres, al igual que en el período 2009-2012, no se detectaron desigualdades educativas en la mortalidad significativas por suicidio. De acuerdo con un reciente estudio de tendencias de las desigualdades socioeconómicas en la mortalidad por suicidio entre 2001 y 2012 de los residentes mayores de 25 años en la ciudad de Barcelona y en el País Vasco, las desigualdades educativas en la mortalidad por suicidio permanecieron estables entre los hombres antes (2001-2008) y durante la última recesión económica (2009-2012)⁵⁹. Para los hombres en el País Vasco, las desigualdades relativas por suicidio fueron significativas y similares a lo largo de todo el

periodo de estudio, mientras que en Barcelona las desigualdades fueron generalmente menores⁵⁹. Entre las mujeres no se encontró una asociación significativa entre el nivel educativo y la mortalidad por suicidio en el periodo analizado ni en Barcelona ni en Euskadi⁵⁹. Según otro estudio de tendencias de las desigualdades socioeconómicas en la mortalidad por suicidio en Barcelona entre 2006 y 2016 en la población de 25 y más años de edad, las desigualdades en la mortalidad por suicidio por nivel educativo entre los hombres tendieron a desaparecer entre 2013 y 2016, aunque los hombres que vivían en barrios con mayor desempleo podrían haber tenido más probabilidades de suicidarse⁶⁰. En Euskadi, al contrario que en Barcelona, las desigualdades en la mortalidad por nivel educativo en los hombres entre 2013 y 2016 persistieron. Al igual que en Euskadi, en Barcelona tampoco se encontró asociación entre la mortalidad por suicidio y el nivel educativo en las mujeres entre 2013 y 2016⁶⁰. Entre los factores explicativos de las diferencias en las desigualdades en la mortalidad por suicidio entre las mujeres y los hombres se incluyen, entre otros, aquéllos que afectan más a los hombres más desfavorecidos, como la falta de confianza social (como parte del capital social)^{61,62}, el menor de apoyo social o familiar (medida por la proporción de personas que viven solas)⁶³, el desempleo o la pérdida del trabajo^{64,65,66}, el deterioro de la salud mental en los hombres (especialmente en aquéllos de clases socioeconómicas más bajas durante la última crisis económica)⁶⁷, la presencia de enfermedades mentales⁶⁸, la precariedad en el empleo, los aspectos relacionados con la masculinidad (pérdida del rol de cabeza de familia, demandas de igualdad, etc.), la pérdida de la vivienda⁶⁹, factores psicológicos individuales⁷⁰ y el consumo de drogas por vía parenteral⁷¹ o aquéllos factores relacionados con la mortalidad prematura en hombres como el abuso de drogas⁷², la menor tendencia entre los hombres jóvenes a expresar sus sentimientos y a buscar apoyo en redes sociales cuando necesitan ayuda⁷² o la mayor predisposición a padecer patologías relacionadas con el juego⁷³.

En el periodo 2013-2016, como ya sucedió en 2009-2012, es de destacar la gran magnitud de las desigualdades relativas en la mortalidad por envenenamientos accidentales en el total de la población (25 y más años) en ambos sexos. Asimismo, fueron también significativas las desigualdades relativas y absolutas por envenenamientos en las mujeres más jóvenes y en los hombres de 25 a 64 años de edad. Ello puede relacionarse con la mayor frecuencia de consumo de sustancias de riesgo⁷⁴ y con el menor conocimiento sobre la prevención de las sobredosis en las personas de posición socioeconómica más desfavorecida⁷⁵.

De igual forma que en el periodo 2009-2012, no se encontraron desigualdades en la mortalidad por la enfermedad de Alzheimer ni en mujeres ni en hombres. Por el contrario, al igual que en periodo 2009-2012, se contrastó la existencia de desigualdades significativas por nivel educativo en la mortalidad por trastornos mentales orgánicos en ambos sexos entre 2013 y 2016, tanto en las personas mayores de 64 años como entre las personas mayores de 24 años, si bien la magnitud y el impacto de esas desigualdades habría descendido, de forma más clara en las mujeres, de un periodo al otro; la importancia relativa de esta causa ganaría peso, sin embargo, respecto al periodo 2009-2012 en la mortalidad total en ambos sexos. En el periodo 2013-2016 la magnitud de las desigualdades relativas y absolutas en la mortalidad por trastornos mentales orgánicos en los hombres fue ligeramente superior a las mujeres, pero el impacto en términos de mortalidad atribuible fue superior en las mujeres. Además, las muertes por trastornos mentales en

las mujeres, tanto en número de defunciones totales como en las atribuibles a las desigualdades educativas, duplicaron las muertes en los hombres, siendo la principal causa de defunción entre las mujeres mayores de 64 años. Las personas con trastornos mentales más graves o de orden superior presentan, por lo general, un mayor riesgo de mortalidad y una menor esperanza de vida en cualquier causa de muerte en relación con la población general^{76,77}. De acuerdo con un reciente estudio de 2019 para el total de la población danesa menor de 95 años de edad, los años de vida perdidos, teniendo en cuenta la edad de aparición del trastorno para los trastornos mentales orgánicos, supusieron una pérdida de años de vida estadísticamente significativa de 5,4 años en las mujeres danesas⁷⁸. Cuando se examinaron las causas específicas de muerte, se contrastó que los hombres con cualquier tipo de trastorno mental perdieron menos años de vida debido a su mayor mortalidad por cáncer⁷⁸.

Los resultados descritos para el periodo 2013-2016 se produjeron coincidiendo cronológicamente con el último año de la crisis económica acontecida entre 2008 y 2013 y los posteriores de recuperación macroeconómica. Después de la gran recesión económica que comenzó en 2008, algunos países vieron mejorados sus indicadores de salud en diversos aspectos, mientras que otros sufrieron grandes descensos en el nivel de salud del conjunto de sus habitantes⁶⁹. La respuesta a estas variaciones entre países se halla en las políticas económicas llevadas a cabo por los mismos y que responden a dos maneras diferentes de concebir la mejor solución ante la problemática de las crisis económicas: por un lado, un mayor gasto para ayudar al impulso de la economía; y, por otro lado, políticas de austeridad de recorte drástico del gasto para controlar y reducir el déficit y así, generar mayor confianza en los inversores que conduzca al crecimiento de la economía, pero con el consiguiente coste humano en la salud de las personas que conlleva esta última estrategia⁶⁹. Los países que optaron por la austeridad acabaron adoptando recortes en políticas de salud y de protección social que empeoraron la salud de los colectivos más vulnerables, provocando literalmente la muerte de muchos habitantes. La idea sería, por tanto, que la austeridad mata⁶⁹.

Por lo general, en el periodo 2013-2016, la magnitud de las desigualdades socioeconómicas en la mortalidad en Euskadi se redujo respecto al periodo 2009-2012, analizado en el estudio anterior⁷. Sin embargo, sí se advirtió un aumento de las desigualdades, tanto en la mortalidad total como en algunos de los principales grupos de causas de defunción, en las personas de 45 a 64 años de edad, especialmente entre las mujeres. Podría ser que consecuencias adicionales sobre las desigualdades en la mortalidad de las políticas de austeridad se muestren en periodos posteriores al analizado, 2013-2016. No obstante, la magnitud de las políticas en términos de recortes y austeridad en Euskadi durante la crisis económica parece haber sido menor que las de nuestro entorno. Así, en el conjunto del Estado español, el País Vasco mostró el comportamiento más claro tanto hacia una escasa o nula política de austeridad como de no privatización sanitaria de entre todas las comunidades autónomas: mantuvo su gasto sanitario público y aumentó la tasa de personal público en atención primaria y especializada, cuando la mayoría de las comunidades redujeron de forma importante su personal y su gasto público⁷⁹. Además, el sistema de ingresos mínimos del País Vasco tuvo un impacto significativo en la reducción del número de personas en riesgo de pobreza, contribuyendo de esta forma a aliviar la exclusión social⁸⁰.

En definitiva, la apuesta por el fortalecimiento una sanidad pública universal, equitativa, solidaria, sostenible y de calidad que pone como núcleo de toda acción a las personas, y la mejora de su salud como meta y prioridad absoluta⁶, junto con los programas de protección social y de mantenimiento del estado de bienestar, pueden haber redundado en la reducción de las desigualdades en la mortalidad en Euskadi en el periodo 2013-2016 respecto a las que se observaron en el periodo anteriormente analizado, 2009-2012, durante la recesión económica, a pesar del aumento de esas desigualdades en el grupo de edad de 45 a 64 años, especialmente en las mujeres. De esta forma, lo anteriormente expuesto refuerza la necesidad de que las políticas para reducir las desigualdades sociales en salud sean una prioridad de las políticas públicas y de mantener los esfuerzos de monitorización de las desigualdades en la mortalidad en la CAPV.

4.3. Fortalezas y limitaciones

Entre las fortalezas de este estudio cabe destacar que se basa en datos enlazados con el registro de población, lo que permite incluir al total de la población residente en la CAPV. Además, el diseño longitudinal utilizado en este estudio permite obtener estimaciones más válidas de las desigualdades en la mortalidad que los basados en datos transversales.

La proporción de defunciones no enlazadas fue relativamente baja, por lo que su impacto potencial en las estimaciones de las desigualdades en la mortalidad será presumiblemente poco relevante. Otra limitación potencial es la relacionada con la pérdida diferencial por nivel de estudios de la información a lo largo del seguimiento, especialmente la relacionada con las personas que cambiaron de residencia. Si la migración fuera de la CAPV fuese mayor en las personas con un menor nivel de estudios, que tienen una mayor mortalidad, los resultados de este estudio podrían subestimar las desigualdades en la mortalidad. Además, se ha utilizado como variable socioeconómica el nivel de estudios cursado, lo que podría subestimar las desigualdades respecto a las estimadas si se usara el nivel de estudios completado. Finalmente, las transformaciones económicas y estructurales de una sociedad pueden cambiar la asociación del nivel de estudios con otros determinantes socioeconómicos de la mortalidad, lo que es una limitación para la interpretación de este estudio en términos causales, pero no para valorar de forma descriptiva la magnitud de las desigualdades y su evolución⁸¹.

Por otro lado, el escaso número de defunciones acontecidas para algunas causas específicas, sobre todo en el grupo de edad de 25 a 44 años, es una limitación de este estudio y hace que los resultados obtenidos para esas causas deban interpretarse con cierta precaución.

El uso de medidas absolutas y relativas de las desigualdades, que incorporan información sobre el rango de las categorías educativas, ha permitido valorar mejor la magnitud y el impacto de las desigualdades educativas en la mortalidad⁸².

4.4. Implicaciones prácticas

Este estudio evidencia la necesidad de avanzar en el desarrollo de políticas para reducir las desigualdades sociales en salud en la CAPV. Recientemente, se ha mostrado que la posición socioeconómica tiene un impacto en la mortalidad comparable, y en muchos casos mayor, que los factores de riesgo clásicos (como el consumo de tabaco, la actividad física, la obesidad, la diabetes, etc.)⁸³. Esto refuerza la evidencia de que para reducir las desigualdades sociales en salud no basta con afrontar los factores de riesgo clásicos, sino que es necesario desarrollar políticas que reduzcan las desigualdades sociales y hacer frente a las llamadas “causas fundamentales” o “causas de las causas” de las desigualdades sociales en salud⁸⁴. Además, las intervenciones dirigidas a los factores de riesgo individuales (por ejemplo, el consejo preventivo individual), “aguas abajo”, suelen beneficiar a las personas más favorecidas, mientras que son las políticas “aguas arriba” (mejora del empleo, redistribución de la renta, protección de la infancia, etc.) las que tienen un impacto positivo en la equidad en salud⁸⁵.

Las recomendaciones de organismos internacionales y estatales sobre las políticas a llevar a cabo para reducir las desigualdades sociales en salud ponen el acento en la necesidad de fortalecer la equidad del sistema sanitario, actuar a lo largo del ciclo de la vida (garantizando un comienzo seguro en la infancia, y mejorando las condiciones de vida y de trabajo de las personas adultas y mayores), fortalecer el sistema de protección social, y desarrollar políticas intersectoriales que incorporen como meta la equidad en salud y aumenten la cohesión social y la responsabilidad mutua^{4,5,8}. En este sentido, las políticas recogidas en el Plan de Salud de la CAPV 2013-2020 proponen como primera meta reducir las desigualdades sociales y de género en salud en la población de la CAPV a través de estrategias poblacionales e individuales⁶. Los resultados de este estudio servirán para orientar las intervenciones que consideren los factores estructurales, y de condiciones de vida y de trabajo, mediante la estrategia de “salud en todas las políticas”. Igualmente, se ofrecen claves para desarrollar la acción comunitaria en salud y reforzar la equidad del sistema sanitario.

La salud es un factor macroeconómico de primer orden, un derecho humano, un componente esencial del bienestar, un producto-bien público global y parte constituyente de la justicia social y de la equidad⁸⁶. Su ausencia incrementa los costes sanitarios, conlleva unos costes sociales elevados y repercute en los sistemas asistenciales generando demandas y retrayendo recursos. El nivel de salud de una población (la magnitud de la salud) está íntimamente relacionado con la distribución de la salud entre los grupos sociales. El nivel de salud y la equidad en salud son las dos caras de una misma moneda⁶.

4.5. Conclusiones

Las desigualdades socioeconómicas en la mortalidad en la CAPV siguen siendo relevantes. Su impacto poblacional es de gran magnitud y distinto según el sexo, la edad y las causas de defunción. La mejora de la salud y de la equidad en salud de la población de la CAPV exige reforzar las políticas, poner en marcha nuevas iniciativas para reducir las desigualdades sociales y mitigar el efecto de esas desigualdades sobre la salud.

Los resultados de este estudio ofrecen claves para orientar los esfuerzos de mejora de la equidad en salud. Se hace necesario avanzar en la monitorización de las desigualdades en salud y en la investigación sobre la efectividad de las intervenciones para aumentar la equidad en salud en la CAPV.

Bibliografía

- (1). Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health. Levelling up (part 1). World Health Organization: Studies on social and economic determinants of population health nº 2, Denmark, 2006.
https://www.researchgate.net/publication/252203552_Concepts_and_Principles_for_Tackling_Social_Inequities_in_Health_Levelling_Up_Part_1
- (2). CSDH. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43943>
- (3). Graham H. Tackling Inequalities in Health in England: Remediating Health Disadvantages, Narrowing Health Gaps or Reducing Health Gradients? *Journal of Social Policy* 2004; 33:115–131. <http://eprints.whiterose.ac.uk/6860/>
- (4). Braveman P. Monitoring Equity in Health and Healthcare: A Conceptual Framework. *J Health Popul Nutr* 2003; 21(3): 181-192.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14717564/>
- (5). Marmot M, Allen J, Bell R, et al. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet* 2012; 380(9846): 1011-29.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22964159/>
- (6). Departamento de Salud. Osasuna, pertsonen eskubidea, guztion ardura. Políticas de Salud para Euskadi, Plan de Salud 2013-2020. Vitoria-Gasteiz; 2013.
<https://www.euskadi.eus/informacion/politicas-de-salud-para-euskadi-2013-2020/web01-s2osa/es/>
- (7). Esnaola S, Martín JA, Calvo M, Audicana C, Aldasoro E, Elorriaga, E. Desigualdades socioeconómicas en la mortalidad por todas las causas y por las principales causas de defunción en la CAPV, 2009-2012. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud, Gobierno Vasco. Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria, 2017. https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/equidad_en_salud/es_def/adjuntos/mort_0912.pdf
- (8). Departamento de Sanidad y Consumo. Desigualdades sociales en la mortalidad: Mortalidad y posición socioeconómica en la CAPV, 1996-2001. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2005. <https://www.euskadi.eus/informacion/equidad-en-salud/web01-a2osagin/es/>
- (9). Esnaola S, Martín U, Bacigalupe A. Desigualdades sociales en la esperanza de vida en Euskadi. Magnitud y cambio 1996-2006. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud. Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria; 2014.
http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-pkosag00/es/contenidos/informacion/osagin/es_profesio/infopubli.html#a1
- (10). Reques L, Giráldez-García C, Miqueleiz E, Belza MJ, Regidor E. Educational differences in mortality and the relative importance of different causes of death: a 7-year follow-up study of Spanish adults. *J Epidemiol Community Health*. 2014 Dec; 68(12): 1151-60. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25124190/>
- (11). Regidor E, Reques L, Belza MJ, Kunst AE, Mackenbach JP, de la Fuente L. Education and mortality in Spain: a national study supports local findings. *Int J Public Health*. 2016 Jan;61(1):139-45. <https://europepmc.org/article/med/26572139>
- (12). Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, Kunst AE; European Union Working Group on Socioeconomic inequalities in Health. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med*. 2008 Jun 5; 358(23): 2468-81.
[https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18525043/388\(10060\):2642-52](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18525043/388(10060):2642-52). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27745879/>

- (13). Mackenbach JP, Kulhánová I, Menvielle G, Bopp M, Borrell C, Costa G et al., Deboosere P, Esnaola S, Kalediene R, Kovacs K, Leinsalu M, Martikainen P, Regidor E, Rodriguez-Sanz M, Strand BH, Hoffmann R, Eikemo TA, Östergren O, Lundberg O; Eurothine and EURO-GBD-SE consortiums. Trends in inequalities in premature mortality: a study of 3.2 million deaths in 13 European countries. *J Epidemiol Community Health*. 2015 Mar; 69(3): 207-17. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24964740/>
- (14). Kulhánová I, Bacigalupe A, Eikemo TA, Borrell C, Regidor E, Esnaola S, Mackenbach JP; Eurothine consortium. Why does Spain have smaller inequalities in mortality? An exploration of potential explanations. *Eur J Public Health*. 2014 Jun;24(3): 370-7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24568755/>
- (15). Mortality decrease according to socioeconomic groups during the economic crisis in Spain: a cohort study of 36 million people. Regidor E, Vallejo F, Granados JAT, Viciano-Fernandez FJ, de la Fuente L, Barrio G. *Lancet*. 2016; 388(10060): 2642-52). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27745879/>
- (16). Johan P. Mackenbach, José Rubio Valverde, Barbara Artnik, Matthias Bopp, Henrik Brønnum-Hansen, Patrick Deboosere, Ramune Kalediene, Katalin Kovács, Mall Leinsalu, Pekka Martikainen, Gwenn Menvielle, Enrique Regidor, Jitka Rychtaříková, Maica Rodriguez-Sanz, Paolo Vineis, Chris White, Bogdan Wojtyniak, Yannan Hu, and Wilma J. Nusselder. Trends in health inequalities in 27 European countries. <https://doi.org/10.1073/pnas.1800028115>
- (17). Ruhm CJ (2000) Are recessions good for your health? *Q J Econ* 115:617–650. http://libres.uncg.edu/ir/uncg/f/C_Ruhm_Are_2000.pdf
- (18). E. Regidor, G. Barrio, M.J. Bravo, et al. Has health in Spain been declining since the economic crisis? *J Epidemiol Community Health*., 68 (2014), pp. 280-282 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24153246/>
- (19). M. Ruiz-Ramos, J.A. Córdoba-Doña, A. Bacigalupe, et al. Crisis económica al inicio del siglo XXI y mortalidad en España. Tendencia e impacto sobre las desigualdades sociales. *Informe SESPAS 2014 Gac Sanit.*, 28 (Supl 1) (2014), pp. 89-96 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6379163>
- (20). A. Bacigalupe, A. Escolar-Pujolar The impact of economic crises on social inequalities in health: what do we know so far? *Int J Equity Health*., 13 (2014), p. 52 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25063518/>
- (21). F.J. Calvo, M.R. Gómez-Álvarez. Trabajadores pobres y pobreza en el trabajo. Concepto y evolución de la pobreza en la ocupación: El impacto de las últimas reformas legales. <http://grupo.us.es/iwpr/wp-content/uploads/2017/12/libro1.pdf>
- (22). Indicadores de ingresos y condiciones de vida de EUROSTAT. Ocupados y asalariados en riesgo de pobreza o exclusión social (AROPE). People at risk of poverty or social exclusion by most frequent activity status (population aged 18 and over) (ilc_peps02) <https://ec.europa.eu/eurostat/web/income-and-living-conditions/data/database>
- (23). Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. 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; 2010. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/jornadaVigilancia2010/docs/ponencia_2.pdf
- (24). Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union. Health&Consumer Protection. Directorate-General. https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/socioeco_inequalities_en.pdf
- (25). Lynch, JW, Davey Smith G, Harper S, Bainbridge K. Explaining the social gradient in coronary heart disease: comparing relative and absolute risk approaches. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2006; 60: 436–441. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2563981/>
- (26). Theorell T, Hammarstrom A, Aronsson G, Traskman Bendz L, Grape T, Hogstedt C, Hall C. A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms. *BMC Public Health* 2015; 15, 738. <http://doi.org/10.1186/s12889-015-1954-4>.

- (27). Franklin BA, Brook R, Arden Pope C 3rd. Air pollution and cardiovascular disease. *Curr Probl Cardiol*. 2015 May;40(5):207-38. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109718383554>
- (28). Koulova A, Frishman WH. Air pollution exposure as a risk factor for cardiovascular disease morbidity and mortality. *Cardiol Rev*. 2014 Jan-Feb;22(1):30-6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24304808/>
- (29). Haeberer M, León-Gómez I, Pérez-Gómez B, Tellez-Plaza M, Rodríguez-Artalejo F, Galán I. Social inequalities in cardiovascular mortality in Spain from an intersectional perspective. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31784414>
- (30). Bacigalupe A, Esnaola S, Martín U, Borrell C. Two decades of inequalities in smoking prevalence, initiation and cessation in a southern European region: 1986-2007. *Eur J Public Health*. 2013 Aug; 23(4): 552-8. <https://academic.oup.com/eurpub/article/23/4/552/427812>
- (31). Bosetti C, Malvezzi M, Rosso T et al. Lung cancer mortality in European women: trends and predictions. *Lung Cancer* 2012; 78: 171–178. <https://core.ac.uk/display/18150110>
- (32). Malvezzi M, Bosetti C, Rosso T et al. Lung cancer mortality in European men: trends and predictions. *Lung Cancer* 2013; 80: 138–145 <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0169500213000561>
- (33). M Malvezzi, G Carioli, P Bertuccio, P Boffetta, F Levi, C La Vecchia, E Negri. European Cancer Mortality Predictions for the Year 2017, With Focus on Lung Cancer. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28327906/>
- (34). Mackenbach JP, Vos V, Andersen O, Cardano M, Costa G, Harding S, et al. Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries. *Int J Epidemiol*. 2003; 32: 830-7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14559760/>
- (35). De Matteis S, Consonni D, Lubin JH, Tucker M, Peters S, Vermeulen RCh, Kromhout H, Bertazzi PA, Caporaso NE, Pesatori AC, Wacholder S, Landi MT. Impact of occupational carcinogens on lung cancer risk in a general population. *Int J Epidemiol*. 2012 Jun; 41(3): 711-21. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3396321/>
- (36). Andersen A, Barlow L, Engeland A, Kjaerheim K, Lyng E, Pukkala E. Work-related cancer in the Nordic countries. *Scand J Work Environ Health*. 1999;25 Suppl 2: 1-116. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10507118/>
- (37). Malhotra J, Malvezzi M, Negri E et al. Risk factors for lung cancer worldwide. *Eur Respir J* 2016; 48: 889–902. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27174888/>
- (38). Raaschou-Nielsen O, Andersen ZJ, Beelen R, Samoli E, Stafoggia M, Weinmayr G, et al. Air pollution and lung cancer incidence in 17 European cohorts: prospective analyses from the European Study of Cohorts for Air Pollution Effects (ESCAPE). *Lancet Oncol*. 2013 Aug; 14(9): 813-22. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23849838/>
- (39). Cuzick J, Thorat MA, Andriole G et al. Prevention and early detection of prostate cancer. *Lancet Oncol* 2014; 15: e484–e492. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25281467/>
- (40). Esnaola S, Elorriaga E, Aldasoro E, Bacigalupe A, de Diego M, Sarriugarte G, Portillo I. Evolución de la participación y las desigualdades sociales en los cribados de cáncer de mama y de cáncer de cuello uterino en la CAPV, 1992-2013. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud, Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria 2015. https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/equidad_en_salud/es_def/adjuntos/cribado_mama_cito_cas.pdf

- (41). Encuesta de Salud del País Vasco. ESCAV 2013 y 2018. Datos relevantes ESCAV 2013 Y 2018.
<https://www.euskadi.eus/informacion/publicaciones-encuesta-salud-2018/web01-a3osag17/es/>
<https://www.euskadi.eus/informacion/publicaciones-encuesta-salud-2013/web01-a3osag13/es/>
- (42). Osakidetza. Programa de cribado de cáncer de cérvix. <https://www.osakidetza.euskadi.eus/programa-de-cribado-de-cancer-de-cervix/ab84-oescacon/es>
- (43). Asociación española de patología cervical y colposcopia (AEPCC) Guía de vacunación selectiva frente al virus del papiloma humano en poblaciones de riesgo elevado http://www.aepcc.org/wp-content/uploads/2016/12/AEPCC_revista07_VACUNACION-SELECTIVA.pdf
- (44). Vacunación frente a virus del papiloma humano (VPH) en niñas adolescentes: porcentaje de niñas de 11 a 14 años que han recibido una pauta completa de vacuna frente a VPH. M^o de Sanidad, Consumo y Bienestar social
<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/vacunas/ciudadanos/vph.htm>
- (45). Malagón T, Drolet M, Boily MC, Laprise JF, Brisson M. Changing inequalities in cervical cancer: modeling the impact of vaccine uptake, vaccine herd effects, and cervical cancer screening in the post-vaccination era. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2015 Jan;24(1):276-85
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25380735/>
- (46). Cáncer en la Comunidad Autónoma de Euskadi 2011-2017.
https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/registros_cancer/es_def/adjuntos/Cancer-CAE-2001-2017.pdf
- (47). Goy J, Rosenberg MW, King WD. Health risk behaviors: examining social inequalities in bladder and colorectal cancers. *Ann Epidemiol.* 2008 Feb; 18(2): 156-62. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2007.09.004>
- (48). Hurtado JL, Bacigalupe A, Calvo M, Esnaola S, Mendizabal N, Portillo I, Idigoras I, Millán E, Arana-Arri E. Social inequalities in a population based colorectal cancer screening programme in the Basque Country. *BMC Public Health.* 2015 Oct 5; 15: 1021.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4594998/>
- (49). Mieke J Aarts, Valery E P P Lemmens, Marieke W J Louwman, Anton E Kunst, Jan Willem W Coebergh. Socioeconomic Status and Changing Inequalities in Colorectal Cancer? A Review of the Associations With Risk, Treatment and Outcome. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20570136/>
- (50). Koo JH, Leong RW.J. Sex differences in epidemiological, clinical and pathological characteristics of colorectal cancer.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19874446/>
- (51). Rosa Puigpinós, Carme Borrell, José Leopoldo Ferreira Antunes, Enric Azlor, M Isabel Pasarín, Gemma Serral, Mariona Pons-Vigués, Maica Rodríguez-Sanz, and Esteve Fernández. Trends in socioeconomic inequalities in cancer mortality in Barcelona: 1992–2003.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2640474/>
- (52). Siegfried Geyer. Social Inequalities in the Incidence and Case Fatality of Cancers of the Lung, the Stomach, the Bowels, and the Breast
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18431680/>
- (53). Cáncer de Estómago: Una guía para pacientes. Información para el paciente, basada en la guía clínica de la ESMO.
<https://www.esmo.org/content/download/6632/115227/file/ESMO-ACF-Cancer-de-Estomago-Guia-para-Pacientes.pdf>
- (54). Amaia Bacigalupe, Santiago Esnaola, Iñaki Fraile, Josu Ibarra, Javier Urraca, Sheila Sánchez, Eduardo Millán. Desigualdades sociales en la atención a la diabetes tipo 2 en la Comarca Araba. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud, Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria 2017.
https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/equidad_en_salud/es_def/adjuntos/diabetes.pdf

- (55). Vandenheede H, Deboosere P, Espelt A, Bopp M, Borrell C, Costa G, Eikemo TA, Gnavi R, Hoffmann R, Kulhanova I, Kulik M, Leinsalu M, Martikainen P, Menvielle G, Rodriguez-Sanz M, Rychtarikova J, Mackenbach JP. Educational inequalities in diabetes mortality across Europe in the 2000s: the interaction with gender. *Int J Public Health*. 2015 May; 60(4): 401-10. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4555194/>
- (56). Aguilar-Palacio I, Martinez-Beneito MA, Rabanaque MJ, Borrell C, et al. Diabetes mellitus mortality in Spanish cities: Trends and geographical inequalities. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28623082>
- (57). Mackenbach JP, Kulhánová I, Bopp M, Borrell C, et al. Inequalities in Alcohol-Related Mortality in 17 European Countries: A Retrospective Analysis of Mortality Registers. *PLoS Med*. 2015 Dec 1;12(12): e1001909. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26625134>
- (58). Audicana C. Hilkortasuna Euskal Autonomia Erkidegoan 2015. Mortalidad en la Comunidad Autónoma del País Vasco 2015. Vitoria-Gasteiz: Servicio de Registros e Información Sanitaria. Dirección de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitaria. Departamento de Salud, 2017. <https://www.euskadi.eus/informacion/registro-de-mortalidad/web01-a3regepi/es/>
- (59). Borrell C, Mari-Dell’Olmo M, Gotsens M, et al. Socioeconomic inequalities in suicide mortality before and after the economic recession in Spain. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-017-4777-7>
- (60). Natalia López-Contreras, Maica Rodríguez-Sanz, et al. Socioeconomic inequalities in suicide mortality in Barcelona during the economic crisis (2006–2016): a time trend study. <https://bmjopen.bmj.com/content/9/8/e028267>
- (61). Kelly BD, Davoren M, Mhaoláin AN, et al. Social capital and suicide in 11 european countries: an ecological analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009; 44:971–7. <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00127-009-0018-4>
- (62). Smith NDL, Kawachi I. State-level social capital and suicide mortality in the 50 U.S. states. *Soc Sci Med* 2014; 120: 269–77. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953614005747?via%3Dihub>
- (63). Middleton N, Whitley E, Frankel S, et al. Suicide risk in small areas in England and Wales, 1991-1993. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39: 45–52. <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00127-004-0707-y>
- (64). Milner A, McClure R, De Leo D. Socio-Economic determinants of suicide: an ecological analysis of 35 countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012; 47:19–27. <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00127-010-0316-x>
- (65). Catalano R, Goldman-Mellor S, Saxton K, et al. The health effects of economic decline. *Annu Rev Public Health* 2011; 32:431–50. <https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev-publhealth-031210-101146>
- (66). Baumbach A, Gulis G. Impact of financial crisis on selected health outcomes in Europe. *Eur J Public Health* 2014; 24:399–403. <https://academic.oup.com/eurpub/article/24/3/399/2837375>
- (67). Bartoll X, Palència L, Malmusi D, et al. The evolution of mental health in Spain during the economic crisis. *Eur J Public Health* 2014; 24: 415–8. <https://academic.oup.com/eurpub/article/24/3/415/477138>
- (68). Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet* 2016; 387: 1227–39. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)00234-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)00234-2/fulltext)
- (69). Stuckler D, Basu S. Por qué la austeridad mata. El coste humano de las políticas de recorte. Madrid: Taurus; 2013. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5418694>
- (70). Wyllie C, Platt S, Brownlie J, Chandler A, Connolly S, Evans R et al. Men, suicide and society: Why disadvantaged men in mid-life die by suicide. Samaritans, editor. Surrey (UK); 2012. https://media.samaritans.org/documents/Samaritans_MenSuicideSociety_ResearchReport2012.pdf

- (71). Orti RM, Domingo A, Muñoz A, et al. Mortality trends in a cohort of opiates addicts, Catalonia, Spain. *Int J Epidemiol* 1996; 25: 545-553. <https://academic.oup.com/ije/article/25/3/545/757021>
- (72). Möller-Leimkühler AM. The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2003; 253: 1–8. <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00406-003-0397-6>
- (73). European Monitoring center for Drugs and druds actions ESPAD Report 2015 : Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs http://www.espad.org/sites/espad.org/files/ESPAD_report_2015.pdf
- (74). SIIS Centro de Documentación y Estudios. Desigualdades Socioeconómicas, Consumo De Drogas Y Territorio En España. Donostia-San Sebastián: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2015. <https://www.siiis.net/es/investigacion/ver-estudio/350/>
- (75). Sarasa-Renedo A, Espelt A, Folch C, Vecino C, Majó X, Castellano Y, Casabona J, Brugal MT; Redan Study Group. Overdose prevention in injecting opioid users: the role of substance abuse treatment and training programs. *Gac Sanit.* 2014 Mar-Apr; 28(2): 146-54. <https://www.gacetasanitaria.org/es-estadisticas-S0213911113002276>
- (76). Chesney, E., Goodwin, G. M., & Fazel, S. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry*, 13(2), 153-160. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4102288/>
- (77). Nordentoft M, Wahlbeck K, Hallgren J, et al. Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. *PLoS One.* 2013; 8: e55176. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3555866/>
- (78). Oleguer Plana-Ripoll , Carsten Bøcker Pedersen , Esben Agerbo , et al. A Comprehensive Analysis of Mortality-Related Health Metrics Associated With Mental Disorders: A Nationwide, Register-Based Cohort Study. [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(19\)32316-5.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(19)32316-5.pdf)
- (79). Bacigalupe A, Martín U, Font R, González-Rábago Y, Bergantiños N. Austeridad y privatización sanitaria en época de crisis: ¿existen diferencias entre las comunidades autónomas? <http://www.gacetasanitaria.org/es/austeridad-privatizacion-sanitariaepoca-crisis/articulo/S0213911115002071/>
- (80). European Commission. European Social Policy Network. Minimum Income Schemes in Europe. A study of national policies 2015. <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=7882&type=2&furtherPubs=yes>
- (81). Chen JT, Beckfield J, Waterman PD, Krieger N. Can Changes in the Distributions of and Associations Between Education and Income Bias Temporal Comparisons of Health Disparities? An Exploration With Causal Graphs and Simulations. *Am J Epidemiol.* 2013 Apr 7. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4023297/>
- (82). Mackenbach JP, Kunst AE. Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe. *Soc Sci Med.* 1997 Mar; 44(6): 757-71. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9080560/>
- (83). Stringhini S, Carmeli C, Jokela M, et al.; LIFEPAATH consortium. Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1·7 million men and women. *Lancet.* 2017 Mar 25; 389(10075): 1229-1237. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)32380-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)32380-7/fulltext)
- (84). Phelan JC, Link BG, Tehranifar P. Social conditions as fundamental causes of health inequalities: theory, evidence, and policy implications. *J Health Soc Behav.* 2010;51 Suppl: S28-40. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20943581>
- (85). Tobias M. Social rank: a risk factor whose time has come? *Lancet.* 2017 Mar 25; 389(10075): 1172-1174. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28159389/>
- (86). Kickbusch I, Gleicher D. Governance for health in the 21st century [monografía en Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf

Anexo 1. Métodos

Diseño y población de estudio

Este es un estudio longitudinal de mortalidad de base poblacional, a partir del enlace de registros vitales (Estadística de defunciones - Registro de mortalidad) con el Registro de población. La población de estudio fue aquella de 25 y más años de edad, residente en la CAPV entre los años 2013 y 2016. Los registros individuales del censo de población de 2011 se unieron con los de la mortalidad de los años 2013-2016. El periodo de seguimiento fue del 1 de enero de 2013 al 31 de diciembre de 2016. El número exacto de años-persona se calculó restando la fecha del comienzo del seguimiento de la fecha de defunción (para las personas fallecidas) o de la fecha del final del seguimiento. El número de defunciones fue ponderado por el inverso de la proporción de defunciones no enlazadas según el sexo, el grupo de edad y la causa de defunción. El total de defunciones no enlazadas fue del 2,1% y del 2,3% para las mujeres y los hombres, respectivamente.

Fuentes de información y variables de estudio

Los datos sobre las defunciones se obtuvieron de la Estadística de Defunciones de la CAPV realizada por el Instituto Vasco de Estadística (Eustat) en colaboración con el Instituto Nacional de Estadística. Además de los datos de los Boletines Estadísticos de Defunción, esa estadística recoge la codificación de la causa básica de la defunción realizada por el equipo del Registro de Mortalidad del Departamento de Salud. Para cada una de las defunciones se incluyó información relativa al sexo, la edad (en grupos quinquenales) y la causa básica de la defunción. La tabla incluida en este anexo recoge los códigos correspondientes a las causas de defunción estudiadas. Los datos sobre el nivel de estudios alcanzado se obtuvieron del Registro de Población de la CAPV (Eustat) y fue categorizada en cinco grupos: educación no formal o pre-primaria, primaria, secundaria inferior, secundaria superior y universitaria.

Causas de defunción seleccionadas según la clasificación CIE¹-10

Causas de defunción	Código CIE ¹ -10
1. Enfermedades infecciosas	A00-B99, R75
1.1 Sida y VIH	B20-B24, R75
2. Tumores malignos	C00-D48
2.1 Cáncer de estómago	C16
2.2 Cáncer de colon	C18
2.3 Cáncer de recto	C19-C21
2.4 Cáncer de páncreas	C25
2.5 Cáncer de laringe	C32
2.6 Cáncer de pulmón	C33-C34
2.7 Cáncer de mama	C50
2.8 Cáncer de cuello uterino	C53
2.9 Cáncer de útero	C54
2.10 Cáncer de ovario	C56
2.11 Cáncer de próstata	C61
2.12 Cáncer de vejiga	C67
2.13 Tumores hematológicos	C81-C9
3. Enfermedades del sistema circulatorio	I00-I99
3.1 Enfermedad isquémica del corazón	I20-I25
3.2 Enfermedad cerebrovascular	I60-I69
4. Enfermedades del sistema respiratorio	J0-J99
4.1 EPOC ²	J40-J44, J47
5. Enfermedades del sistema digestivo	K00-K93
5.1 Cirrosis	K70, K72.1, K73, K74, K76(.1.9)
6. Causas externas	V00-Y89
6.1 Lesiones de tráfico	V02-V04(.1.9), V09(.2.3), V12-V14(.3.4.5.9), V19(.4.5.6.9), V20-V28(.3.4.5.9), V29-V79(.4.5.6.7.8.9), V80(.3.4.5), V81-V82(.1), V83-V86(.0.1.2.3), V89(.2.9)
6.2 Caídas accidentales	W00-W19
6.3 Envenenamientos accidentales	X41-X45
6.4 Suicidio	X60-X84
7. Otras causas específicas	-
7.1 Diabetes mellitus	E10-E14
7.2 Trastornos mentales orgánicos	F00-F09
7.3 Enfermedad de Alzheimer	G30
8. Resto de causas	-

¹ Clasificación Internacional de Enfermedades - 10.ª Revisión

² Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Análisis estadístico

Se realizaron análisis por separado en mujeres y hombres, para tres grandes grupos de edad (25 a 44, 45 a 64, y 65 y más años) y para todas las edades (25 y más años de edad). Se calcularon tasas estandarizadas de mortalidad por edad, mediante el método directo, tomando como referencia la población europea estándar de 2013 propuesta por Eurostat. Para medir las desigualdades relativas se estimó el índice relativo de desigualdad (IRD) y su intervalo de confianza del 95 %, ajustado por edad, usando el modelo de regresión de Poisson. La variable dependiente fue el logaritmo de las tasas de mortalidad. Como variables independientes, además de la edad (variable categórica), se incluyó el nivel de estudios como variable cuantitativa, con cinco valores que van de 0 a 1 y que se corresponden con los valores medios de la distribución acumulativa de la población en el rango de las categorías educativas. De esta manera, el IRD se interpreta como la razón de tasas de mortalidad entre los extremos del rango del nivel educativo y tiene en cuenta el tamaño de cada categoría. Para medir las desigualdades absolutas se estimó el índice de desigualdad de la pendiente (IDP), que representa, de manera análoga al IRD, la diferencia en las tasas de mortalidad entre los extremos del rango del nivel educativo. Para calcular el IDP y su intervalo de confianza del 95 % se utilizó el modelo de regresión aditivo de Poisson, aplicado a cada grupo de edad; los valores obtenidos fueron ponderados utilizando los pesos de la población europea estándar de 2013. Para estimar el impacto de las desigualdades educativas en la mortalidad, se calculó la fracción atribuible poblacional (FAP) correspondiente al nivel de estudios. La FAP se calculó en términos absolutos (número de defunciones) y relativos (proporción de defunciones atribuibles a las desigualdades). El cálculo de la FAP se realizó mediante modelos de regresión de Poisson ajustados para cada sexo y grandes grupos de edad, incluyendo la edad y el nivel de estudios como variables categóricas, y tomando como valor de referencia la categoría de estudios universitarios. El número de defunciones esperadas en ausencia de desigualdades educativas se estimó aplicando los coeficientes de los modelos estimados a la población de cada grupo de edad y sexo, suponiendo que todas las personas pertenecían al nivel de estudio universitario. El número de defunciones atribuibles a las desigualdades educativas fue calculado restando el número de defunciones esperadas en ausencia de desigualdades educativas del número de defunciones observadas.

Anexo 2. Tablas

Tabla	Título	Página
A1	Número de defunciones y de años-persona de seguimiento según nivel de estudios, por sexo y grupos de edad, en las personas de 25 y más años. CAPV, 2013-2016	69
A2	Número y distribución porcentual de las defunciones según causa de muerte, por sexo y grupos de edad, en las personas de 25 y más años. CAPV, 2013-2016	70
A3	Tasas de mortalidad estandarizadas por edad según causa de muerte, por sexo y grupos de edad, en las personas de 25 y más años. CAPV, 2013-2016	71
A4	Tasas de mortalidad estandarizadas por edad según causa de muerte, por sexo y nivel de estudios, en las personas de 25 y más años. CAPV, 2013-2016	72
A5	Desigualdades relativas y absolutas, e impacto de las desigualdades por nivel de estudios en la mortalidad, según causa de muerte, por sexo, en las personas de 25 y más años. CAPV, 2013-2016	73
A6	Desigualdades relativas y absolutas, e impacto de las desigualdades por nivel de estudios en la mortalidad, según causa de muerte, por sexo, en las personas de 25 a 44 años. CAPV, 2013-2016	74
A7	Desigualdades relativas y absolutas, e impacto de las desigualdades por nivel de estudios en la mortalidad, según causa de muerte, por sexo, en las personas de 45 a 64 años. CAPV, 2013-2016	75
A8	Desigualdades relativas y absolutas, e impacto de las desigualdades por nivel de estudios en la mortalidad, según causa de muerte, por sexo, en las personas de 65 y más años. CAPV, 2013-2016	76
A9	Impacto relativo (Nº y %) de la mortalidad atribuible a las desigualdades por nivel educativo según grandes grupos causas de defunción por grandes grupos de edad y sexo, CAPV 2013-2016	77

Tabla A1

Número de defunciones y de años-persona de seguimiento según nivel de estudios, por sexo y grupos de edad, en las personas de 25 y más años. CAPV, 2013-2016

Nivel de estudios	Mujeres				Hombres			
	Defunciones		Años-persona		Defunciones		Años-persona	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
	25 y más años				25 y más años			
Total	40.417	100	3.595.683	100	41.533	100	3.339.462	100
Sin estudios	6.391	15,8	143.077	4,0	4.095	9,9	87.017	2,6
Primaria	27.059	66,9	1.389.724	38,6	24.585	59,2	1.147.560	34,4
Sec. inferior	3.038	7,5	542.963	15,1	4.571	11,0	587.890	17,6
Sec. superior	1.719	4,3	540.845	15,0	4.208	10,1	714.504	21,4
Universitaria	2.211	5,5	979.074	27,2	4.073	9,8	802.491	24,0
	25 a 44 años				25 a 44 años			
Total	468	100	1.191.236	100	835	100	1.249.673	100
Sin estudios	5	1,1	8.440	0,7	17	2,1	12.652	1,0
Primaria	115	24,5	164.784	13,8	305	36,6	246.227	19,7
Sec. inferior	86	18,4	191.573	16,1	183	21,9	272.438	21,8
Sec. superior	105	22,4	256.890	21,6	176	21,1	314.666	25,2
Universitaria	157	33,5	569.550	47,8	154	18,4	403.690	32,3
	45 a 64 años				45 a 64 años			
Total	3.253	100	1.293.124	100	6.508	100	1.264.520	100
Sin estudios	115	3,5	17.191	1,3	152	2,3	14.741	1,2
Primaria	1.460	44,9	469.486	36,3	2.929	45,0	429.308	34,0
Sec. inferior	595	18,3	235.396	18,2	1.247	19,2	214.576	17,0
Sec. superior	488	15,0	229.312	17,7	1.279	19,6	308.962	24,4
Universitaria	596	18,3	341.739	26,4	900	13,8	296.933	23,5
	65 y más años				65 y más años			
Total	36.696	100	1.111.323	100	34.190	100	825.269	100
Sin estudios	6.271	17,1	117.446	10,6	3.926	11,5	59.624	7,2
Primaria	25.484	69,4	755.454	68,0	21.351	62,4	472.025	57,2
Sec. inferior	2.357	6,4	115.994	10,4	3.141	9,2	100.875	12,2
Sec. superior	1.126	3,1	54.643	4,9	2.753	8,1	90.877	11,0
Universitaria	1.458	4,0	67.785	6,1	3.020	8,8	101.867	12,3

Fuente: Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Desigualdades socioeconómicas en la mortalidad por todas las causas y por las principales causas de defunción en la CAPV, 2013-2016

Tabla A2

Número y distribución porcentual de las defunciones según causa de muerte, por sexo y grupos de edad, en las personas de 25 y más años. CAPV, 2013-2016

Causas de defunción	Defunciones															
	Mujeres								Hombres							
	25 y más años		25 a 44 años		45 a 64 años		65 y más años		25 y más años		25 a 44 años		45 a 64 años		65 y más años	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Todas las causas	40.417	100,0	468	100,0	3.253	100,0	36.696	100,0	41.533	100,0	835	100,0	6.508	100,0	34.190	100,0
Enf. Infecciosas	683	1,7	10	2,1	55	1,7	618	1,7	636	1,5	20	2,4	157	2,4	459	1,3
Sida y VIH	17	0,0	3	0,6	14	0,4	0	0,0	92	0,2	16	1,9	68	1,0	8	0,0
Tumores malignos	9.804	24,3	239	51,1	2.157	66,3	7.408	20,2	15.270	36,8	198	23,7	3.419	52,5	11.653	34,1
Cáncer de pulmón	1.120	2,8	23	4,9	514	15,8	583	1,6	3.625	8,7	31	3,7	1.130	17,4	2.464	7,2
Cáncer de laringe	27	0,1	0	0,0	15	0,5	12	0,0	304	0,7	2	0,2	105	1,6	197	0,6
Cáncer de colon	1.076	2,7	18	3,8	177	5,4	881	2,4	1.487	3,6	17	2,0	234	3,6	1.236	3,6
Cáncer de recto	302	0,7	3	0,6	46	1,4	253	0,7	485	1,2	5	0,6	94	1,4	386	1,1
Cáncer de mama	1.325	3,3	64	13,7	391	12,0	870	2,4	-	-	-	-	-	-	-	-
Cáncer de estómago	517	1,3	11	2,4	90	2,8	416	1,1	871	2,1	12	1,4	182	2,8	677	2,0
Cáncer de próstata	-	-	-	-	-	-	-	-	1.301	3,1	1	0,1	62	1,0	1.238	3,6
Cáncer de páncreas	707	1,7	14	3,0	108	3,3	585	1,6	758	1,8	7	0,8	188	2,9	563	1,6
Tumores hematológicos	803	2,0	20	4,3	94	2,9	689	1,9	1.039	2,5	25	3,0	156	2,4	858	2,5
Cáncer de vejiga	217	0,5	0	0,0	31	1,0	186	0,5	880	2,1	0	0,0	98	1,5	782	2,3
Cáncer de cuello uterino	103	0,3	10	2,1	41	1,3	52	0,1	-	-	-	-	-	-	-	-
Cáncer de ovario	424	1,0	13	2,8	134	4,1	277	0,8	-	-	-	-	-	-	-	-
Cáncer de útero	236	0,6	0	0,0	34	1,0	202	0,6	-	-	-	-	-	-	-	-
Enf. sistema circulatorio	11.737	29,0	47	10,0	353	10,9	11.337	30,9	10.501	25,3	141	16,9	1.268	19,5	9.092	26,6
Enf. isquémica del corazón	2.029	5,0	6	1,3	104	3,2	1.919	5,2	3.335	8,0	68	8,1	664	10,2	2.603	7,6
Enf. cerebrovascular	3.022	7,5	16	3,4	120	3,7	2.886	7,9	2.325	5,6	20	2,4	204	3,1	2.101	6,1
Enf. sistema respiratorio	3.617	8,9	16	3,4	105	3,2	3.496	9,5	4.267	10,3	27	3,2	226	3,5	4.014	11,7
EPOC ^a	710	1,8	0	0,0	39	1,2	671	1,8	1.873	4,5	2	0,2	83	1,3	1.788	5,2
Enf. sistema digestivo	1.900	4,7	15	3,2	134	4,1	1.751	4,8	1.880	4,5	27	3,2	400	6,1	1.453	4,2
Cirrosis	263	0,7	6	1,3	68	2,1	189	0,5	641	1,5	17	2,0	278	4,3	346	1,0
Causas externas	1.011	2,5	82	17,5	131	4,0	798	2,2	1.793	4,3	335	40,1	527	8,1	931	2,7
Suicidio	189	0,5	50	10,7	74	2,3	65	0,2	481	1,2	121	14,5	193	3,0	167	0,5
Lesiones de tráfico	53	0,1	4	0,9	10	0,3	39	0,1	198	0,5	67	8,0	76	1,2	55	0,2
Caídas accidentales	232	0,6	1	0,2	10	0,3	221	0,6	315	0,8	23	2,8	59	0,9	233	0,7
Envenenamientos accidentales	63	0,2	11	2,4	14	0,4	38	0,1	168	0,4	63	7,5	80	1,2	25	0,1
Otras causas específicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Diabetes mellitus	1.047	2,6	2	0,4	35	1,1	1.010	2,8	798	1,9	3	0,4	81	1,2	714	2,1
Trastornos mentales orgánicos	3.279	8,1	0	0,0	8	0,2	3.271	8,9	1.637	3,9	1	0,1	12	0,2	1.624	4,7
Enf. de Alzheimer	2.047	5,1	0	0,0	11	0,3	2.036	5,5	897	2,2	0	0,0	15	0,2	882	2,6
Resto de causas	5.292	13,1	57	12,2	264	8,1	4.971	13,5	3.854	9,3	83	9,9	403	6,2	3.368	9,9

^a Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Fuente: Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Desigualdades socioeconómicas en la mortalidad por todas las causas y por las principales causas de defunción en la CAPV, 2013-2016

Tabla A3

Tasas de mortalidad estandarizadas por edad según causa de muerte, por sexo y grupos de edad, en las personas de 25 y más años. CAPV, 2013-2016

Causas de defunción	Tasas de mortalidad estandarizadas por edad por 100.000 habitantes ^a							
	Mujeres				Hombres			
	25 y más años	25 a 44 años	45 a 64 años	65 y más años	25 y más años	25 a 44 años	45 a 64 años	65 y más años
Todas las causas	763,5	37,1	253,4	2.444,0	1.323,4	64,0	527,3	4.116,6
Enf. Infecciosas	13,0	0,8	4,3	41,4	19,9	1,5	12,4	55,0
Sida y VIH	0,5	0,2	1,1	0,0	2,6	1,2	5,3	0,9
Tumores malignos	225,5	18,8	168,0	584,7	484,0	15,0	278,7	1.400,2
Cáncer de pulmón	29,0	1,7	40,1	51,1	114,1	2,2	92,0	296,3
Cáncer de laringe	0,7	0,0	1,2	1,1	9,6	0,1	8,6	23,9
Cáncer de colon	23,5	1,4	13,8	66,5	47,5	1,4	19,2	148,7
Cáncer de recto	6,5	0,2	3,6	19,1	15,3	0,4	7,6	2,3
Cáncer de mama	31,1	5,0	30,3	67,7	-	-	-	-
Cáncer de estómago	11,8	0,9	7,0	33,1	27,5	0,8	14,8	81,1
Cáncer de próstata	-	-	-	-	42,0	0,1	5,1	148,9
Cáncer de páncreas	16,3	1,0	8,4	47,8	24,0	0,5	15,4	67,5
Tumores hematológicos	17,8	1,7	7,3	53,9	32,9	1,9	12,7	102,5
Cáncer de vejiga	4,4	0,0	2,4	13,3	28,1	0,0	8,1	93,6
Cáncer de cuello uterino	2,7	0,7	3,2	4,7	-	-	-	-
Cáncer de ovario	10,8	1,0	10,4	24,7	-	-	-	-
Cáncer de útero	5,5	0,0	2,7	16,8	-	-	-	-
Enf. sistema circulatorio	205,0	3,6	27,5	719,7	335,9	10,7	102,6	1.094,9
Enf. isquémica del corazón	37,1	0,5	8,1	126,3	105,0	5,0	53,4	311,1
Enf. cerebrovascular	53,9	0,3	9,4	186,1	74,2	1,5	16,6	251,3
Enf. sistema respiratorio	62,7	1,3	8,3	220,0	138,1	2,0	18,5	485,4
EPOC ^b	13,1	0,0	3,1	44,5	60,1	0,1	6,8	213,9
Enf. sistema digestivo	35,7	1,2	10,4	117,0	59,6	2,0	32,3	175,1
Cirrosis	6,3	0,5	5,3	15,8	19,9	1,3	22,4	41,8
Causas externas	21,0	6,7	10,1	55,4	54,5	26,1	41,5	110,7
Suicidio	5,1	4,1	5,7	5,8	14,3	9,4	15,2	19,7
Lesiones de tráfico	1,2	0,3	0,8	3,2	5,9	5,4	6,0	6,6
Caídas accidentales	4,3	0,1	0,8	15,0	9,8	1,9	4,7	27,5
Envenenamientos accidentales	1,4	0,8	1,1	2,4	4,7	4,7	6,1	2,9
Otras causas específicas	-	-	-	-	-	-	-	-
Diabetes mellitus	18,7	0,2	2,8	65,5	25,5	0,2	6,6	85,6
Trastornos mentales orgánicos	52,3	0,0	0,6	193,5	53,3	0,1	1,0	196,8
Enf. de Alzheimer	34,4	0,0	0,9	126,6	28,6	0,0	1,3	104,7
Resto de causas	95,2	4,5	22,0	640,3	124,0	6,5	32,4	408,2

^a Tasas estandarizadas a la población europea de referencia 2013 de EUROSTAT

^b Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Fuente: Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Desigualdades socioeconómicas en la mortalidad por todas las causas y por las principales causas de defunción en la CAPV, 2013-2016

Tabla A4

Tasas de mortalidad estandarizadas por edad según causa de muerte, por sexo y nivel de estudios, en las personas de 25 y más años. CAPV, 2013-2016

Causas de defunción	Tasas de mortalidad estandarizadas por edad por 100.000 habitantes ^a									
	Mujeres					Hombres				
	Sin estudios	Primaria	Sec. Inferior	Sec. Superior	Universitaria	Sin estudios	Primaria	Sec. Inferior	Sec. Superior	Universitaria
Todas las causas	1.014,3	778,7	720,7	686,6	668,0	1.719,6	1.404,3	1.303,4	1.237,1	1.098,5
Enf. Infecciosas	25,1	14,0	9,4	13,5	9,7	35,9	23,4	16,6	17,0	16,7
Sida y VIH	0,0	1,1	0,3	0,2	0,6	6,2	4,4	2,6	1,7	1,3
Tumores malignos	264,4	225,9	226,9	241,3	222,7	570,1	512,0	493,2	474,8	391,0
Cáncer de pulmón	21,7	29,2	31,3	40,3	38,2	122,9	125,2	121,8	115,4	82,3
Cáncer de laringe	1,4	0,8	0,3	1,8	0,4	15,8	10,6	8,8	10,1	4,0
Cáncer de colon	34,6	22,2	29,6	23,9	20,0	57,0	46,8	46,6	53,3	41,0
Cáncer de recto	8,5	7,1	5,5	8,0	6,0	29,2	15,0	18,1	13,9	8,2
Cáncer de mama	34,5	31,1	27,2	33,7	32,8	-	-	-	-	-
Cáncer de estómago	17,7	12,0	9,2	7,8	12,1	39,0	30,9	26,1	23,8	16,3
Cáncer de próstata	-	-	-	-	-	49,9	42,5	41,2	36,5	39,1
Cáncer de páncreas	15,4	16,2	17,5	18,5	14,2	27,0	23,3	24,3	22,7	26,9
Tumores hematológicos	19,0	18,1	20,0	15,4	16,0	35,6	34,2	36,7	28,4	34,0
Cáncer de vejiga	1,9	4,5	5,4	4,3	5,9	29,6	28,7	27,6	32,9	24,5
Cáncer de cuello uterino	2,6	2,6	3,1	3,9	2,7	-	-	-	-	-
Cáncer de ovario	11,7	9,5	13,6	11,2	11,3	-	-	-	-	-
Cáncer de útero	6,8	5,6	5,6	5,0	5,0	-	-	-	-	-
Enf. sistema circulatorio	265,8	208,6	186,4	167,2	168,2	414,7	350,3	329,5	320,5	297,5
Enf. isquémica del corazón	44,8	38,6	36,7	27,7	24,8	140,1	113,3	101,4	100,7	90,4
Enf. cerebrovascular	75,0	54,2	46,0	47,8	60,5	82,3	74,5	74,3	76,1	73,9
Enf. sistema respiratorio	85,5	63,7	51,1	52,1	57,4	211,7	146,9	127,0	103,9	96,9
EPOC ^b	17,2	13,6	11,4	13,0	10,3	86,3	65,5	58,3	40,9	34,3
Enf. sistema digestivo	57,9	36,6	34,2	28,1	21,8	88,3	66,1	55,4	56,9	40,6
Cirrosis	14,9	8,2	4,4	6,4	1,3	22,2	23,3	20,2	23,4	11,5
Causas externas	19,8	24,7	21,7	18,3	19,0	68,8	67,1	55,8	49,4	37,6
Suicidio	1,4	6,7	4,3	4,4	5,9	11,4	18,0	12,5	11,7	7,8
Lesiones de tráfico	2,7	1,7	0,5	0,6	0,9	6,7	7,5	5,1	5,9	4,3
Caídas accidentales	3,1	4,6	4,2	4,3	3,7	11,3	10,6	11,9	8,4	7,8
Envenenamientos accidentales	1,3	1,7	1,9	1,6	0,3	0,2	8,6	4,8	4,4	3,3
Otras causas específicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Diabetes mellitus	31,5	18,9	14,2	10,6	10,3	33,3	28,2	19,1	21,1	17,9
Trastornos mentales orgánicos	57,7	51,8	51,5	47,7	40,3	68,0	54,3	54,3	43,7	43,6
Enf. de Alzheimer	33,6	35,5	32,9	24,1	34,6	27,1	27,9	32,0	31,5	32,9
Resto de causas	173,0	99,0	92,4	83,7	84,0	201,7	128,1	120,5	118,3	123,8

^a Tasas estandarizadas a la población europea de referencia 2013 de EUROSTAT

^b Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Fuente: Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Desigualdades socioeconómicas en la mortalidad por todas las causas y por las principales causas de defunción en la CAPV, 2013-2016

Tabla A5

Desigualdades relativas y absolutas, e impacto de las desigualdades por nivel de estudios en la mortalidad, según causa de muerte, por sexo, en las personas de 25 y más años. CAPV, 2013-2016

Causas de defunción	Mujeres						Hombres							
	IRD ^a	(IC ^d al 95%)	IDP ^b	(IC ^d al 95%)	N defunciones		FAP ^c (%)	IRD	(IC al 95%)	IDP	(IC al 95%)	N defunciones		FAP (%)
					Observadas	Atribuibles						Observadas	Atribuibles	
Todas las causas	1,45	(1,37 : 1,52)	308,6	(206,5 : 410,7)	40.417	5.191	12,8	1,55	(1,49 : 1,62)	536,5	(425,3 : 647,7)	41.533	7.845	18,9
Enf. Infecciosas	2,47	(1,60 : 3,82)	9,6	(4,8 : 14,4)	683	169	24,7	2,35	(1,67 : 3,31)	12,1	(5,2 : 18,9)	636	127	19,9
Sida y VIH	3,65	(0,55 : 24,29)	0,3	(-0,6 : 1,3)	17	-2	-10,0	7,09	(3,09 : 16,26)	4,0	(2,1 : 6,0)	92	48	52,2
Tumores malignos	1,07	(0,98 : 1,18)	20,6	(-5,1 : 46,3)	9.804	321	3,3	1,48	(1,39 : 1,58)	187,7	(146,6 : 228,9)	15.270	3.157	20,7
Cáncer de pulmón	0,74	(0,57 : 0,96)	-11,0	(-19,2 : -2,7)	1.120	-291	-26,0	1,77	(1,55 : 2,02)	61,5	(44,5 : 78,6)	3.625	1.075	29,7
Cáncer de laringe	1,02	(0,20 : 5,33)	0,2	(-1,0 : 1,3)	27	16	60,7	3,10	(1,90 : 5,05)	10,4	(6,4 : 14,4)	304	184	60,4
Cáncer de colon	1,12	(0,83 : 1,52)	3,2	(-7,8 : 14,1)	1.076	179	16,6	1,15	(0,94 : 1,41)	8,7	(-1,8 : 19,2)	1.487	223	15,0
Cáncer de recto	1,58	(0,87 : 2,85)	2,3	(-1,4 : 5,9)	302	28	9,1	2,17	(1,47 : 2,87)	11,7	(6,9 : 16,5)	485	221	45,6
Cáncer de mama	0,98	(0,76 : 1,26)	0,8	(-7,3 : 8,8)	1.325	-54	-4,1	-	-	-	-	-	-	-
Cáncer de estómago	1,68	(1,08 : 2,63)	5,0	(0,2 : 9,8)	517	55	10,6	2,37	(1,78 : 3,17)	21,8	(15,3 : 28,2)	871	359	41,2
Cáncer de próstata	-	-	-	-	-	-	-	1,15	(0,92 : 1,44)	7,8	(-2,4 : 18,0)	1.301	41	3,1
Cáncer de páncreas	1,00	(0,70 : 1,44)	1,0	(-5,5 : 7,5)	707	91	12,9	0,85	(0,65 : 1,12)	-3,2	(-10,0 : 3,5)	758	-98	-12,9
Tumores hematológicos	1,20	(0,84 : 1,71)	4,0	(-2,7 : 10,7)	803	83	10,3	1,12	(0,88 : 1,44)	4,5	(-4,3 : 13,3)	1.039	15	1,4
Cáncer de vejiga	0,65	(0,34 : 1,23)	-2,3	(-5,6 : 0,9)	217	-68	-31,1	1,10	(0,84 : 1,43)	3,7	(-3,7 : 11,1)	880	82	9,3
Cáncer de cuello uterino	1,34	(0,55 : 3,22)	0,6	(-1,7 : 2,9)	103	4	3,8	-	-	-	-	-	-	-
Cáncer de ovario	0,72	(0,47 : 1,10)	-3,0	(-7,8 : 1,9)	424	-28	-6,6	-	-	-	-	-	-	-
Cáncer de útero	1,11	(0,59 : 2,11)	1,0	(-2,4 : 4,5)	236	24	10,0	-	-	-	-	-	-	-
Enf. sistema circulatorio	1,61	(1,45 : 1,79)	105,6	(76 : 135,2)	11.737	2.009	17,1	1,37	(1,27 : 1,49)	101,4	(67,0 : 135,8)	10.501	1.359	12,9
Enf. isquémica del corazón	1,82	(1,42 : 2,34)	25,0	(17,1 : 33,0)	2.029	651	32,1	1,53	(1,33 : 1,77)	39,2	(22,7 : 55,6)	3.335	502	15,1
Enf. cerebrovascular	1,29	(1,06 : 1,57)	14,4	(-1,3 : 30,0)	3.022	517	17,1	1,05	(0,89 : 1,24)	6,7	(-5,5 : 18,9)	2.325	58	2,5
Enf. sistema respiratorio	1,72	(1,42 : 2,07)	33,8	(16,3 : 51,2)	3.617	258	7,1	2,20	(1,91 : 2,52)	92,2	(68,2 : 116,1)	4.267	1.399	32,8
EPOC ^e	1,93	(1,26 : 2,60)	6,7	(1,8 : 11,6)	710	173	24,4	2,61	(2,10 : 3,24)	49,7	(39,5 : 59,9)	1.873	797	42,6
Enf. sistema digestivo	2,36	(1,82 : 3,07)	29,4	(18,0 : 40,8)	1.900	739	38,9	2,05	(1,68 : 2,49)	36,7	(25,0 : 48,3)	1.880	587	31,2
Cirrosis	7,06	(3,54 : 14,11)	9,9	(5,5 : 14,3)	263	206	78,3	2,21	(1,61 : 3,03)	14,2	(8,4 : 20,1)	641	267	41,7
Causas externas	1,54	(1,12 : 2,12)	8,9	(1,9 : 15,9)	1.011	56	5,6	2,54	(2,09 : 3,08)	44,4	(34,7 : 54,1)	1.793	610	34,0
Suicidio	1,23	(0,65 : 2,30)	0,6	(-2,7 : 3,9)	189	-41	-21,7	2,90	(2,02 : 4,16)	15,1	(10,5 : 19,7)	481	215	44,6
Lesiones de tráfico	5,02	(1,14 : 22,13)	1,6	(0,1 : 3,0)	53	14	26,4	2,41	(1,39 : 4,20)	5,8	(2,7 : 9,0)	198	59	29,6
Caidas accidentales	1,17	(0,58 : 2,35)	1,2	(-1,8 : 4,2)	232	40	17,1	1,74	(1,09 : 2,78)	5,8	(0,8 : 10,9)	315	88	27,9
Envenenamientos accidentales	8,73	(2,43 : 31,29)	2,3	(0,9 : 3,6)	63	42	66,7	6,18	(3,34 : 11,41)	7,4	(3,7 : 11,0)	168	70	41,6
Otras causas específicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Diabetes mellitus	3,25	(2,22 : 4,76)	18,2	(11,6 : 24,8)	1.047	425	40,6	2,22	(1,61 : 3,04)	17,0	(10,5 : 23,6)	798	241	30,2
Trastornos mentales orgánicos	1,45	(1,19 : 1,76)	25,0	(14,3 : 35,8)	3.279	702	21,4	1,49	(1,20 : 1,85)	29,3	(25,7 : 32,9)	1.637	294	18,0
Enf. de Alzheimer	1,10	(0,87 : 1,33)	5,9	(-2,4 : 14,1)	2.047	2	0,1	0,81	(0,62 : 1,05)	-6,7	(-14,9 : 1,4)	897	-101	-11,3
Resto de causas	-	-	-	-	5.292	510	9,6	-	-	-	-	3.854	173	4,5

^a Índice relativo de desigualdad; ^b Índice de desigualdad de la pendiente; ^c Fracción atribuible poblacional. Véase Anexo I Métodos

^d Intervalo de confianza

^e Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

* No estimado debido al reducido número de defunciones

Fuente: Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Desigualdades socioeconómicas en la mortalidad por todas las causas y por las principales causas de defunción en la CAPV, 2013-2016

Tabla A7

Desigualdades relativas y absolutas, e impacto de las desigualdades por nivel de estudios en la mortalidad, según causa de muerte, por sexo, en las personas de 45 a 64 años. CAPV, 2013-2016

Causas de defunción	Mujeres						Hombres							
	IRD ^a	(IC ^d al 95%)	IDP ^b	(IC ^d al 95%)	N defunciones		FAP ^c (%)	IRD	(IC al 95%)	IDP	(IC al 95%)	N defunciones		FAP (%)
					Observadas	Atribuibles						Observadas	Atribuibles	
Todas las causas	1,87	(1,64 : 2,14)	160,5	(67,4 : 253,6)	3.253	712	21,9	2,60	(2,37 : 2,85)	497,4	(424,0 : 571,0)	6.508	2.415	37,1
Enf. Infecciosas	5,69	(1,90 : 17,03)	5,8	(1,7 : 10,0)	55	22	39,7	5,30	(2,87 : 9,79)	16,5	(6,4 : 26,5)	157	61	38,8
Sida y VIH	0,92	(0,13 : 6,44)	-0,1	(-2,2 : 2,1)	14	-5	-33,9	9,99	(3,75 : 26,59)	10,0	(5,9 : 14,1)	68	45	65,4
Tumores malignos	1,20	(1,03 : 1,41)	38,6	(8,0 : 69,3)	2.157	156	7,2	2,14	(1,89 : 2,43)	221,2	(188,7 : 253,8)	3.419	1.078	31,5
Cáncer de pulmón	1,24	(0,89 : 1,72)	10,6	(-2,5 : 23,6)	514	81	15,7	2,83	(2,26 : 3,54)	96,8	(73,5 : 120,1)	1.130	488	43,2
Cáncer de laringe	1,04	(0,15 : 7,15)	0,3	(-2,4 : 3,0)	15	4	29,2	2,67	(1,29 : 5,54)	10,2	(4,7 : 15,8)	105	62	59,3
Cáncer de colon	1,22	(0,70 : 2,13)	4,0	(-13,3 : 21,2)	177	3	1,8	1,43	(0,89 : 2,30)	8,8	(0,1 : 17,5)	234	48	20,5
Cáncer de recto	3,17	(1,01 : 9,93)	3,4	(-1,1 : 7,9)	46	21	44,8	1,59	(0,75 : 3,36)	3,6	(-2,0 : 9,1)	94	19	20,7
Cáncer de mama	0,86	(0,60 : 1,25)	-3,7	(-15,0 : 7,6)	391	-35	-8,9	-	-	-	-	-	-	-
Cáncer de estómago	1,48	(0,67 : 3,23)	2,8	(-2,6 : 8,2)	90	13	13,9	1,83	(1,06 : 3,14)	10,1	(2,6 : 17,6)	182	44	24,0
Cáncer de próstata	-	-	-	-	-	-	-	1,42	(0,56 : 3,57)	2,4	(-2,8 : 7,7)	62	15	23,6
Cáncer de páncreas	0,73	(0,36 : 1,47)	-1,8	(-8,2 : 4,5)	108	4	4,0	0,84	(0,50 : 1,41)	-1,4	(-9,9 : 7,4)	188	-19	-9,9
Tumores hematológicos	1,77	(0,81 : 3,87)	4,6	(-0,7 : 9,9)	94	13	13,3	2,32	(1,28 : 4,20)	10,5	(3,4 : 17,6)	156	42	26,8
Cáncer de vejiga	1,17	(0,31 : 4,39)	0,8	(-2,7 : 4,3)	31	8	26,2	3,03	(1,40 : 6,56)	9,0	(3,6 : 14,4)	98	39	39,8
Cáncer de cuello uterino	1,96	(0,61 : 6,30)	2,2	(-1,4 : 5,7)	41	7	15,8	-	-	-	-	-	-	-
Cáncer de ovario	0,88	(0,47 : 1,65)	-0,5	(-8,3 : 7,3)	134	2	1,3	-	-	-	-	-	-	-
Cáncer de útero	0,84	(0,24 : 2,97)	0,3	(-1,4 : 1,9)	34	-20	-58,0	-	-	-	-	-	-	-
Enf. sistema circulatorio	4,31	(2,80 : 6,64)	36,1	(20 : 52,2)	353	173	48,9	2,35	(1,91 : 2,90)	86,7	(58,7 : 114,7)	1.268	415	32,8
Enf. isquémica del corazón	3,77	(1,74 : 8,19)	11,6	(6,4 : 16,8)	104	62	59,8	2,65	(1,99 : 3,54)	49,6	(34,0 : 65,3)	664	236	35,5
Enf. cerebrovascular	4,74	(2,25 : 9,99)	11,5	(1,5 : 21,6)	120	50	41,2	1,19	(0,72 : 1,96)	3,9	(-4,3 : 12,0)	204	18	9,0
Enf. sistema respiratorio	7,88	(3,32 : 18,67)	14,3	(7,7 : 21,0)	105	68	64,5	5,20	(3,06 : 8,83)	10,1	(5,4 : 14,8)	226	113	49,8
EPOC ^e	18,68	(3,57 : 97,64)	5,1	(0,9 : 9,4)	39	18	45,7	7,83	(3,11 : 19,70)	11,8	(4,2 : 19,3)	83	59	70,7
Enf. sistema digestivo	3,49	(1,76 : 6,89)	13,5	(7,4 : 19,5)	134	78	58,5	3,97	(2,70 : 5,82)	41,0	(30,3 : 51,7)	400	206	51,4
Cirrosis	8,88	(3,14 : 25,08)	9,9	(5,7 : 14,0)	68	48	70,1	3,52	(2,23 : 5,55)	29,5	(18,8 : 40,3)	278	167	60,1
Causas externas	2,61	(1,35 : 5,05)	9,5	(3,2 : 15,8)	131	41	31,5	3,46	(2,50 : 4,79)	50,0	(37,7 : 62,3)	527	255	48,5
Suicidio	1,28	(0,54 : 3,01)	1,5	(-3,4 : 6,4)	74	-1	-1,0	2,23	(1,32 : 3,75)	11,9	(4,3 : 19,5)	193	60	30,8
Lesiones de tráfico	18,58	(1,01 : 343,39)	2,1	(0,7 : 3,4)	10	9	94,0	2,16	(0,94 : 4,95)	4,4	(-0,4 : 9,1)	76	23	29,9
Caidas accidentales	3,86	(0,34 : 44,09)	1,5	(-0,2 : 3,1)	10	6	63,1	4,66	(1,70 : 12,77)	9,5	(2,9 : 16,0)	59	45	76,8
Envenenamientos accidentales	5,17	(0,70 : 38,39)	1,6	(-0,5 : 3,7)	14	7	50,6	7,30	(3,06 : 17,39)	11,9	(7,6 : 16,3)	80	54	67,2
Otras causas específicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Diabetes mellitus	12,36	(2,54 : 60,20)	5,4	(2,7 : 8,1)	35	26	74,1	4,87	(2,02 : 11,71)	10,1	(5,4 : 14,8)	81	52	63,7
Trastornos mentales orgánicos	*	*	*	*	8	*	*	2,92	(0,32 : 26,36)	1,4	(-1,8 : 4,6)	12	7	58,8
Enf. de Alzheimer	5,58	(0,39 : 79,66)	1,2	(-0,5 : 2,9)	11	5	45,0	0,56	(0,09 : 3,48)	-0,8	(-3,2 : 1,5)	15	-2	-10,5
Resto de causas	-	-	-	-	264	141	53,2	-	-	-	-	403	230	57,1

^a Índice relativo de desigualdad; ^b Índice de desigualdad de la pendiente; ^c Fracción atribuible poblacional. Véase Anexo I Métodos

^d Intervalo de confianza

^e Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

* No estimado debido al reducido número de defunciones

Fuente: Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Desigualdades socioeconómicas en la mortalidad por todas las causas y por las principales causas de defunción en la CAPV, 2013-2016

Tabla A9

Impacto relativo (Nº y %) de la mortalidad atribuible a las desigualdades por nivel educativo según grandes grupos causas de defunción por grandes grupos de edad y sexo, CAPV 2013-2016

Grandes grupos de causas de defunción	Grandes grupos de edad															
	25 y más años				25 a 44 años				45 a 64 años				65 y más años			
	Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres	
	Nº defunciones atribuibles	Impacto relativo (%) ^a	Nº defunciones atribuibles	Impacto relativo (%)	Nº defunciones atribuibles	Impacto relativo (%)	Nº defunciones atribuibles	Impacto relativo (%)	Nº defunciones atribuibles	Impacto relativo (%)	Nº defunciones atribuibles	Impacto relativo (%)	Nº defunciones atribuibles	Impacto relativo (%)	Nº defunciones atribuibles	Impacto relativo (%)
Enfermedades infecciosas	169	3,2	127	1,6	8	5,7	4	1,3	22	3,2	61	2,5	139	3,2	62	1,2
Causas externas	56	1,1	610	7,8	16	11,9	133	37,6	41	5,8	255	10,6	-1	0,0	222	4,4
Tumores malignos	321	6,2	3.157	40,2	32	24,1	65	18,4	156	22,0	1.078	44,6	133	3,1	2.014	39,7
Enfermedades circulatorias	2.009	38,7	1.359	17,3	25	18,7	72	20,4	172	24,2	415	17,2	1.812	41,7	872	17,2
Enfermedades respiratorias	258	5,0	1.399	17,8	9	6,7	20	5,8	67	9,5	113	4,7	181	4,2	1.266	24,9
Enfermedades digestivas	739	14,2	587	7,5	9	6,5	20	5,8	78	11,0	206	8,5	652	15,0	361	7,1
Otras causas	1.638	31,6	607	7,7	35	26,4	38	10,8	172	24,2	287	11,9	1.431	32,9	277	5,5
Todas las causas	5.191	100	7.845	100	131	100	355	100	712	100	2.415	100	4.348	100	5.075	100

^a El impacto relativo se establece a través de la participación de cada uno de los grandes grupos de causas de defunción en la mortalidad atribuible total

Fuente: Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Desigualdades socioeconómicas en la mortalidad por todas las causas y por las principales causas de defunción en la CAPV, 2013-2016

Anexo 3. Figuras

Tasas estandarizadas por edad de mortalidad según el nivel de estudios, CAPV 2013-2016

Causas generales

Todas las causas - Enfermedades infecciosas - Tumores malignos - Enfermedades del sistema circulatorio - Enfermedades del sistema respiratorio - Enfermedades del sistema digestivo - Causas externas

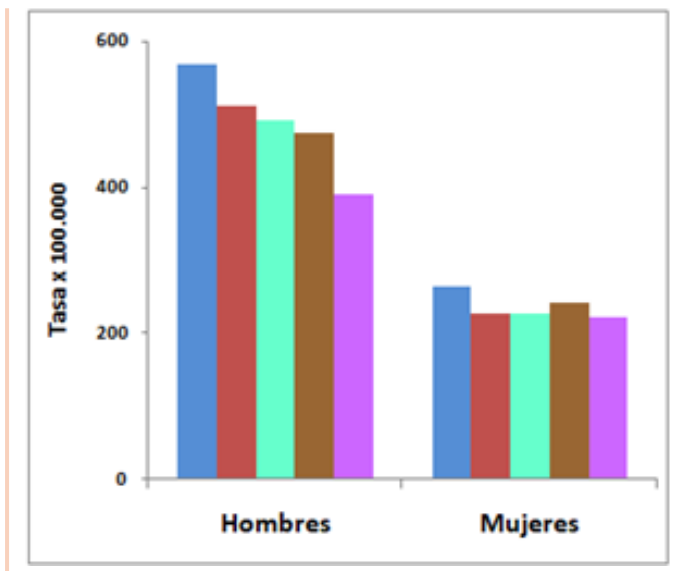
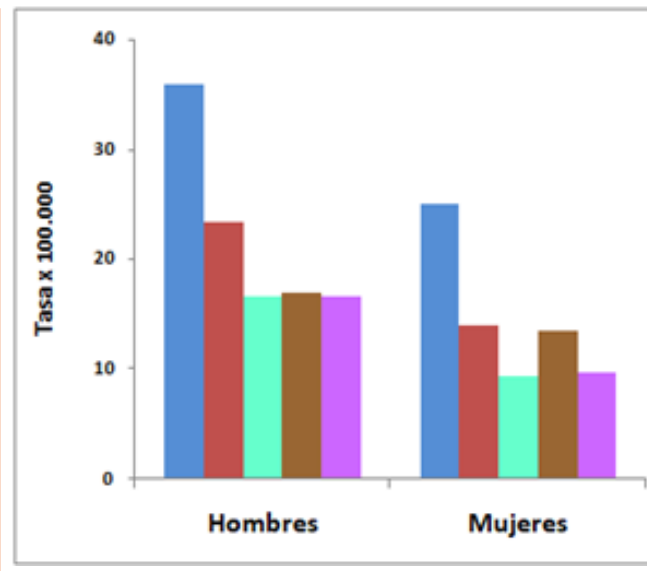
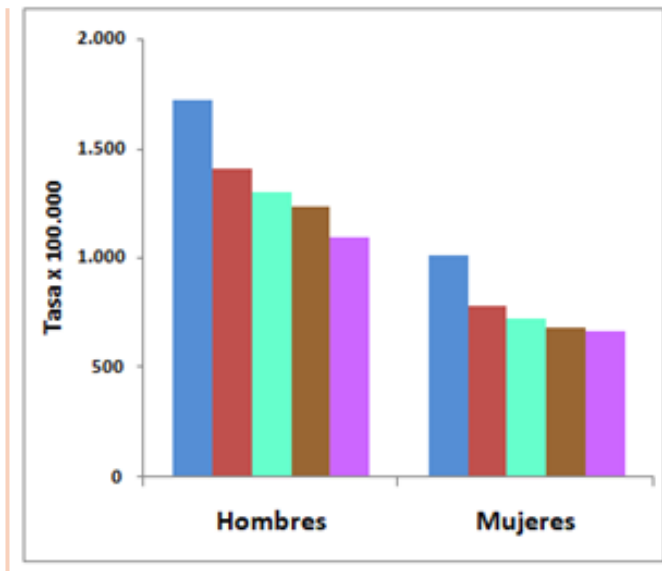
Causas específicas

Sida y VIH - Cáncer de pulmón - Cáncer de laringe - Cáncer de colon - Cáncer de recto - Cáncer de mama - Cáncer de estómago - Cáncer de próstata - Cáncer de páncreas - Tumores hematológicos - Cáncer de vejiga - Cáncer de cuello uterino - Cáncer de ovario - Cáncer de útero - Trastornos mentales orgánicos - Enfermedad de Alzheimer - Enfermedad isquémica del corazón - Enfermedad cerebrovascular - Diabetes mellitus - EPOC - Cirrosis - Suicidio - Lesiones por accidentes de tráfico - Caídas accidentales - Envenenamientos accidentales

Tasas estandarizadas por edad de mortalidad según el nivel de estudios, CAPV 2013-2016

Causas generales

Todas las causas - Enfermedades infecciosas - Tumores malignos - Enfermedades del sistema circulatorio - Enfermedades del sistema respiratorio - Enfermedades del sistema digestivo - Causas externas



TODAS LAS CAUSAS

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

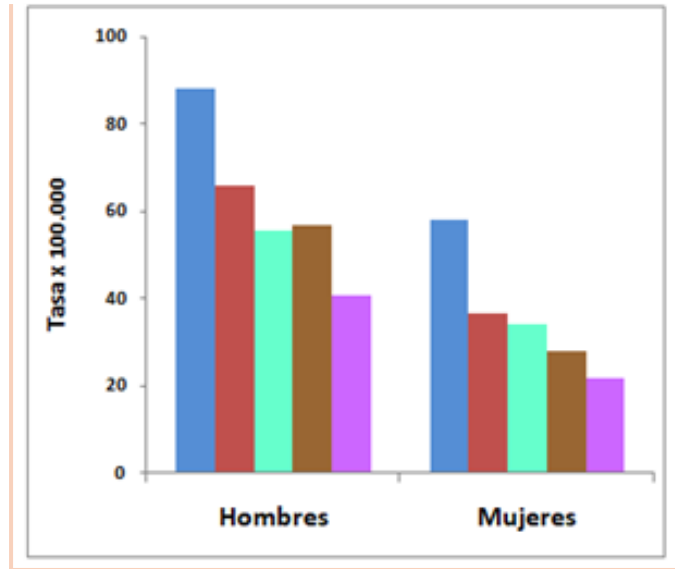
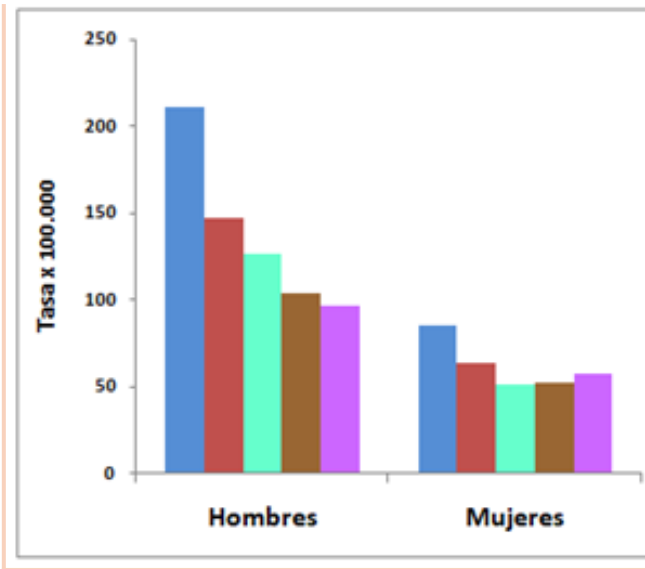
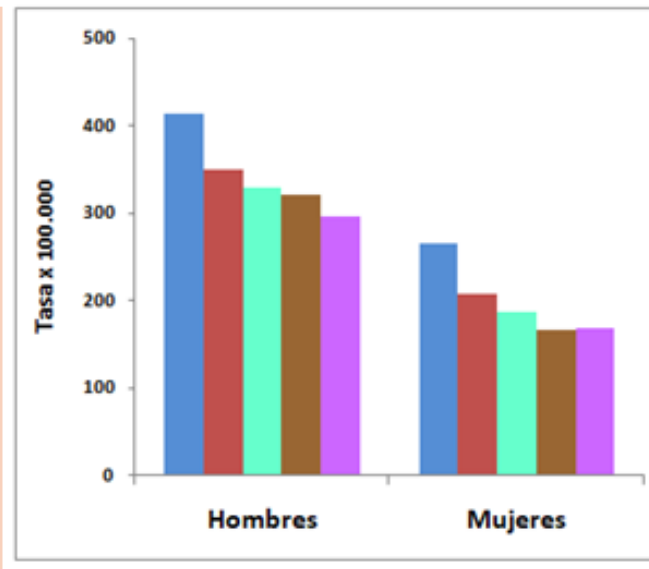
TUMORES MALIGNOS

■ Sin estudios ■ Primaria ■ Sec. inferior ■ Sec. superior ■ Universitaria

Tasas estandarizadas por edad de mortalidad según el nivel de estudios, CAPV 2013-2016

Causas generales

Todas las causas - Enfermedades infecciosas - Tumores malignos - Enfermedades del sistema circulatorio - Enfermedades del sistema respiratorio - Enfermedades del sistema digestivo - Causas externas



ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO

ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO

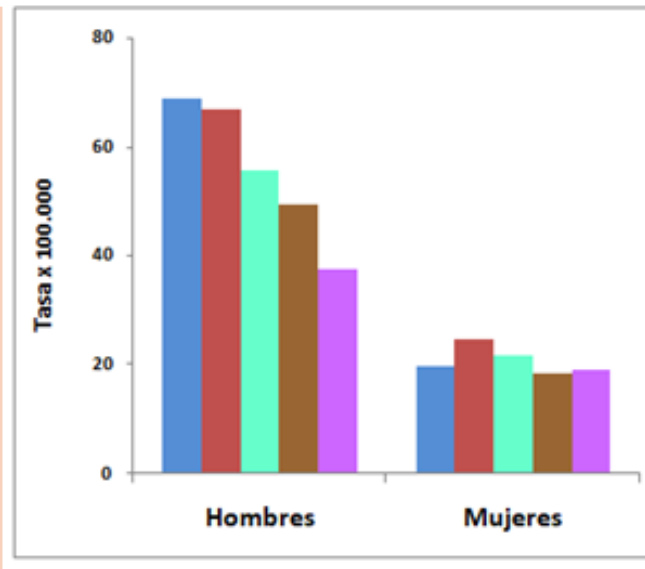
ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO

■ Sin estudios ■ Primaria ■ Sec. inferior ■ Sec. superior ■ Universitaria

Tasas estandarizadas por edad de mortalidad según el nivel de estudios, CAPV 2013-2016

Causas generales

Todas las causas - Enfermedades infecciosas - Tumores malignos - Enfermedades del sistema circulatorio - Enfermedades del sistema respiratorio - Enfermedades del sistema digestivo - Causas externas



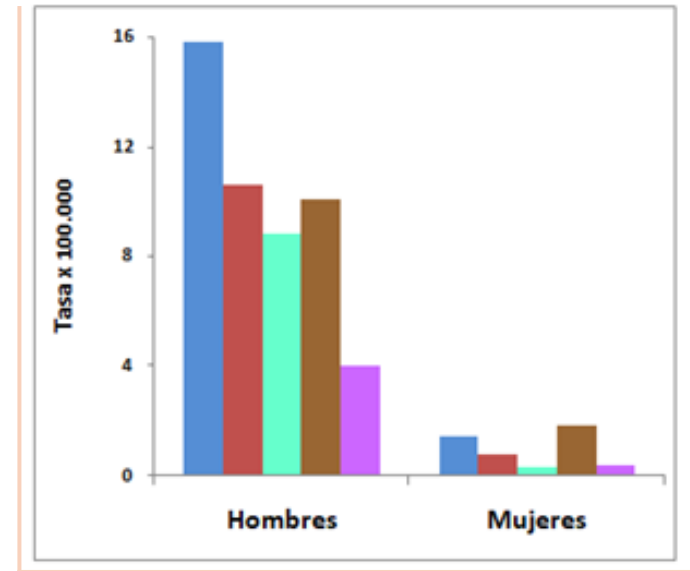
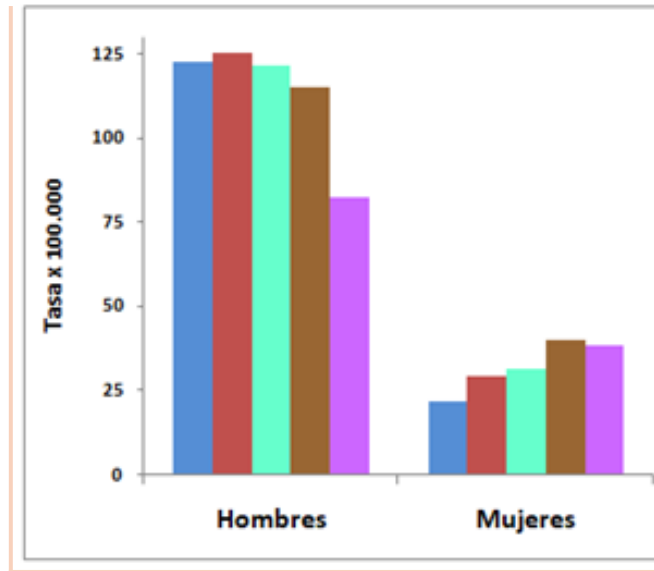
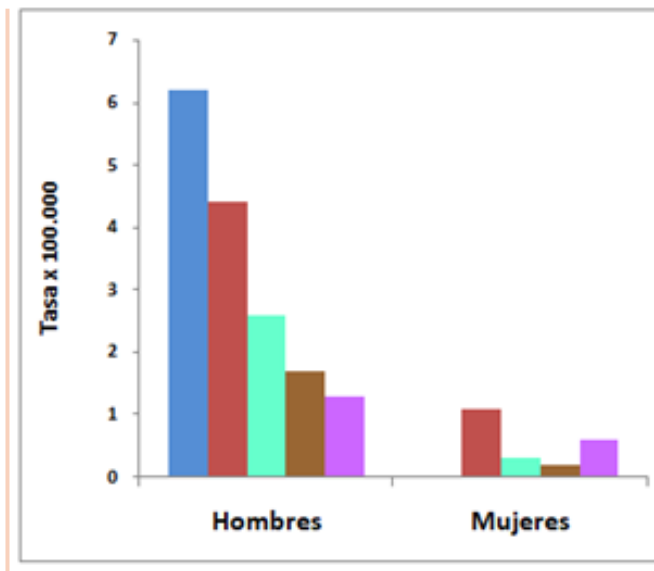
CAUSAS EXTERNAS

■ Sin estudios ■ Primaria ■ Sec. inferior ■ Sec. superior ■ Universitaria

Tasas estandarizadas por edad de mortalidad según el nivel de estudios, CAPV 2013-2016

Causas específicas

Sida y VIH - Cáncer de pulmón - Cáncer de laringe - Cáncer de colon - Cáncer de recto - Cáncer de mama - Cáncer de estómago - Cáncer de próstata - Cáncer de páncreas - Tumores hematológicos - Cáncer de vejiga - Cáncer de cuello uterino - Cáncer de ovario - Cáncer de útero - Trastornos mentales orgánicos - Enfermedad de Alzheimer - Enfermedad isquémica del corazón - Enfermedad cerebrovascular - Diabetes mellitus - EPOC - Cirrosis - Suicidio - Lesiones por accidentes de tráfico - Caídas accidentales - Envenenamientos accidentales



SIDA Y VIH

CÁNCER DE PULMÓN

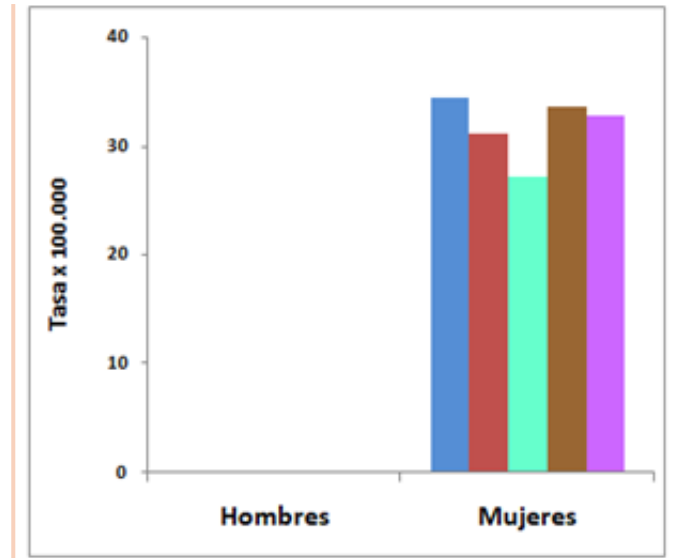
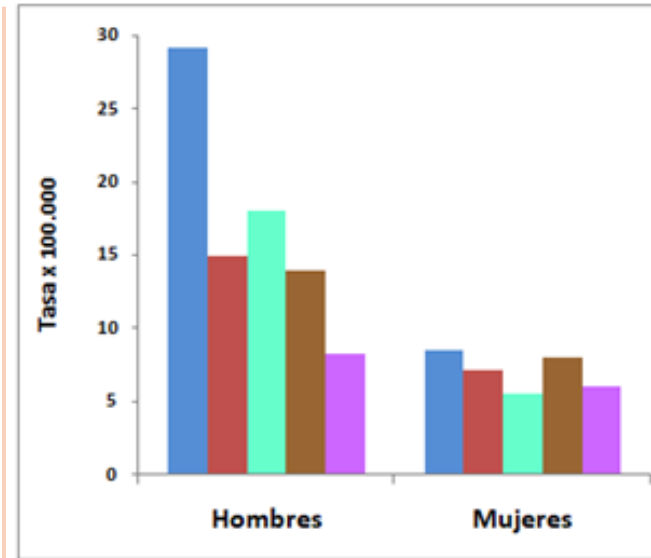
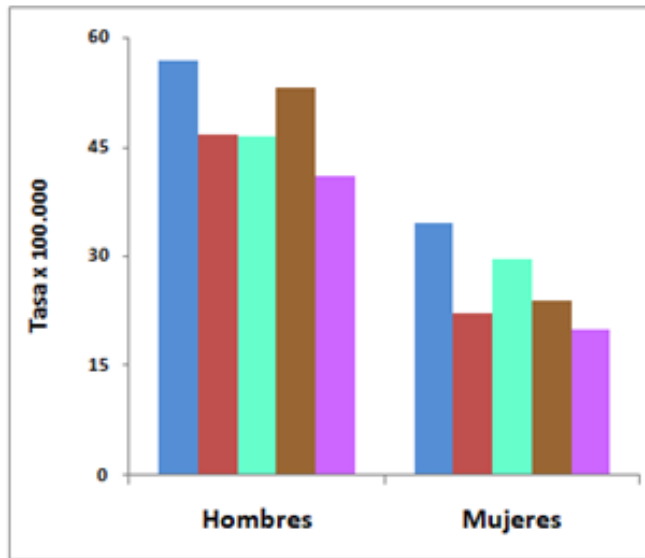
CÁNCER DE LARINGE

■ Sin estudios ■ Primaria ■ Sec. inferior ■ Sec. superior ■ Universitaria

Tasas estandarizadas por edad de mortalidad según el nivel de estudios, CAPV 2013-2016

Causas específicas

Sida y VIH - Cáncer de pulmón - Cáncer de laringe - Cáncer de colon - Cáncer de recto - Cáncer de mama - Cáncer de estómago - Cáncer de próstata - Cáncer de páncreas - Tumores hematológicos - Cáncer de vejiga - Cáncer de cuello uterino - Cáncer de ovario - Cáncer de útero - Trastornos mentales orgánicos - Enfermedad de Alzheimer - Enfermedad isquémica del corazón - Enfermedad cerebrovascular - Diabetes mellitus - EPOC - Cirrosis - Suicidio - Lesiones por accidentes de tráfico - Caídas accidentales - Envenenamientos accidentales



CÁNCER DE COLON

CÁNCER DE RECTO

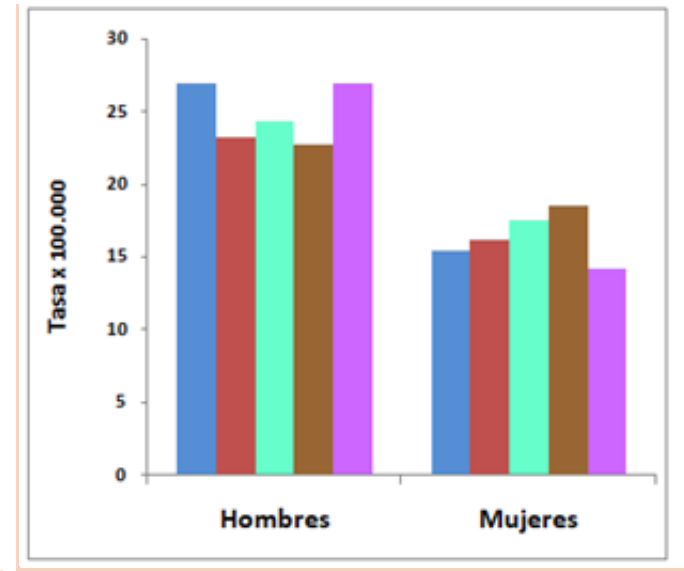
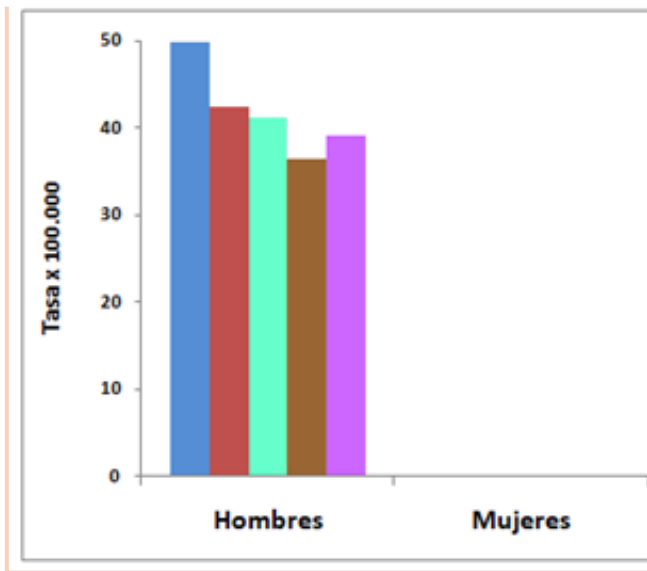
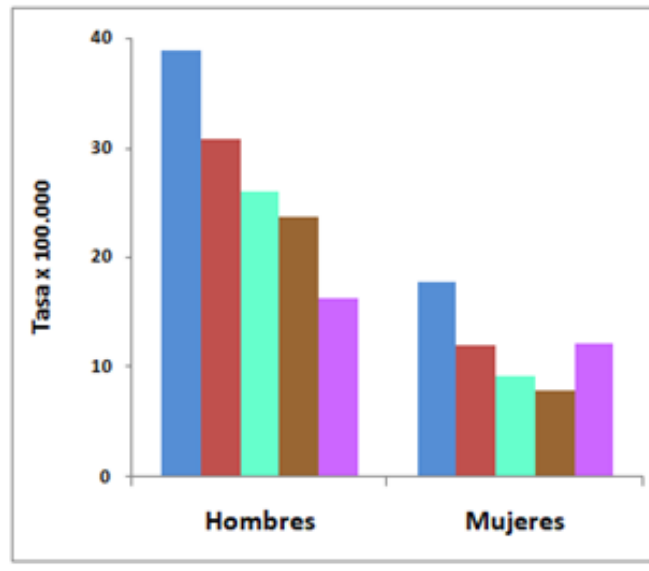
CÁNCER DE MAMA

■ Sin estudios ■ Primaria ■ Sec. inferior ■ Sec. superior ■ Universitaria

Tasas estandarizadas por edad de mortalidad según el nivel de estudios, CAPV 2013-2016

Causas específicas

Sida y VIH - Cáncer de pulmón - Cáncer de laringe - Cáncer de colon - Cáncer de recto - Cáncer de mama - Cáncer de estómago - Cáncer de próstata - Cáncer de páncreas - Tumores hematológicos - Cáncer de vejiga - Cáncer de cuello uterino - Cáncer de ovario - Cáncer de útero - Trastornos mentales orgánicos - Enfermedad de Alzheimer - Enfermedad isquémica del corazón - Enfermedad cerebrovascular - Diabetes mellitus - EPOC - Cirrosis - Suicidio - Lesiones por accidentes de tráfico - Caídas accidentales - Envenenamientos accidentales



CÁNCER DE ESTÓMAGO

CÁNCER DE PRÓSTATA

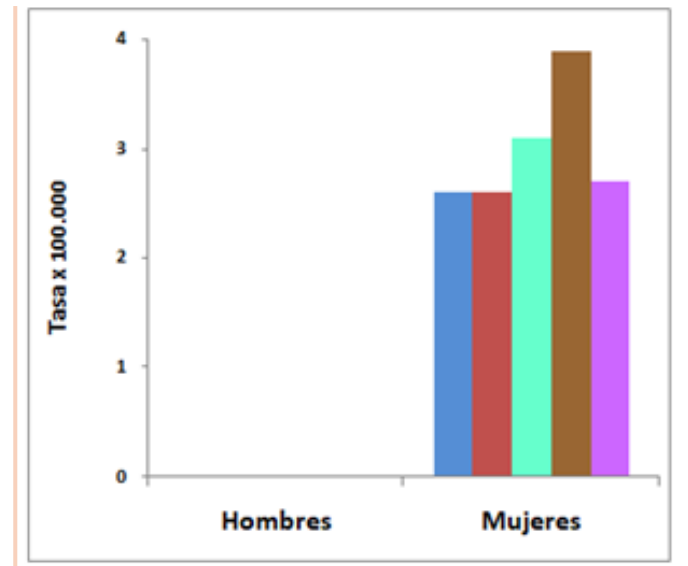
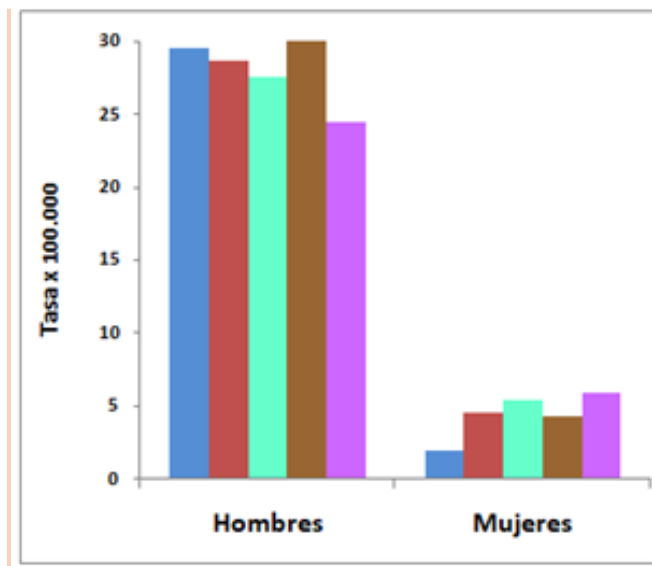
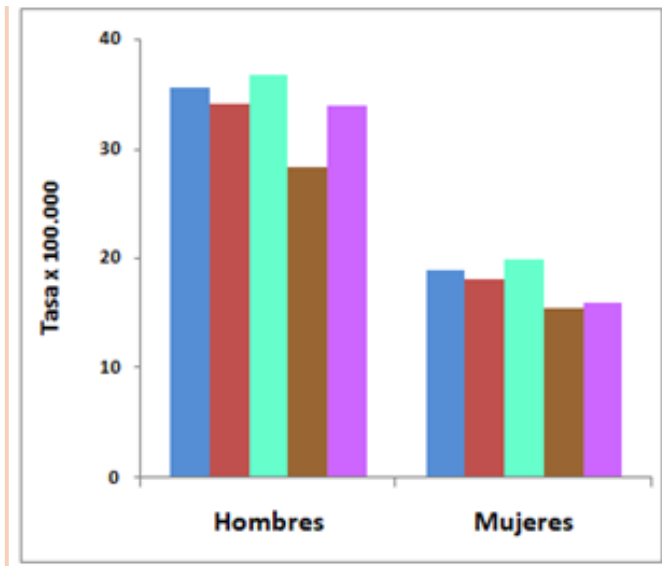
CÁNCER DE PANCREAS

■ Sin estudios ■ Primaria ■ Sec. inferior ■ Sec. superior ■ Universitaria

Tasas estandarizadas por edad de mortalidad según el nivel de estudios, CAPV 2013-2016

Causas específicas

Sida y VIH - Cáncer de pulmón - Cáncer de laringe - Cáncer de colon - Cáncer de recto - Cáncer de mama - Cáncer de estómago - Cáncer de próstata - Cáncer de páncreas - **Tumores hematológicos** - **Cáncer de vejiga** - **Cáncer de cuello uterino** - Cáncer de ovario - Cáncer de útero - Trastornos mentales orgánicos - Enfermedad de Alzheimer - Enfermedad isquémica del corazón - Enfermedad cerebrovascular - Diabetes mellitus - EPOC - Cirrosis - Suicidio - Lesiones por accidentes de tráfico - Caídas accidentales - Envenenamientos accidentales



TUMORES HEMATOLÓGICOS

CÁNCER DE VEJIGA

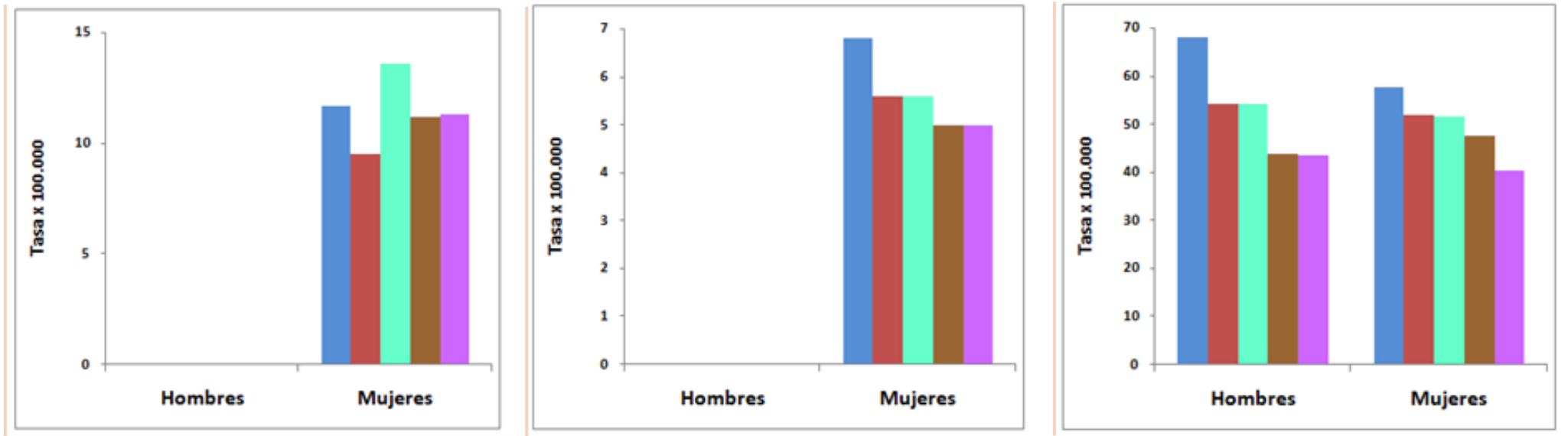
CÁNCER DE CUELLO UTERINO

■ Sin estudios ■ Primaria ■ Sec. inferior ■ Sec. superior ■ Universitaria

Tasas estandarizadas por edad de mortalidad según el nivel de estudios, CAPV 2013-2016

Causas específicas

Sida y VIH - Cáncer de pulmón - Cáncer de laringe - Cáncer de colon - Cáncer de recto - Cáncer de mama - Cáncer de estómago - Cáncer de próstata - Cáncer de páncreas - Tumores hematológicos - Cáncer de vejiga - Cáncer de cuello uterino - Cáncer de ovario - Cáncer de útero - Trastornos mentales orgánicos - Enfermedad de Alzheimer - Enfermedad isquémica del corazón - Enfermedad cerebrovascular - Diabetes mellitus - EPOC - Cirrosis - Suicidio - Lesiones por accidentes de tráfico - Caídas accidentales - Envenenamientos accidentales



CÁNCER DE OVARIO

CÁNCER DE ÚTERO

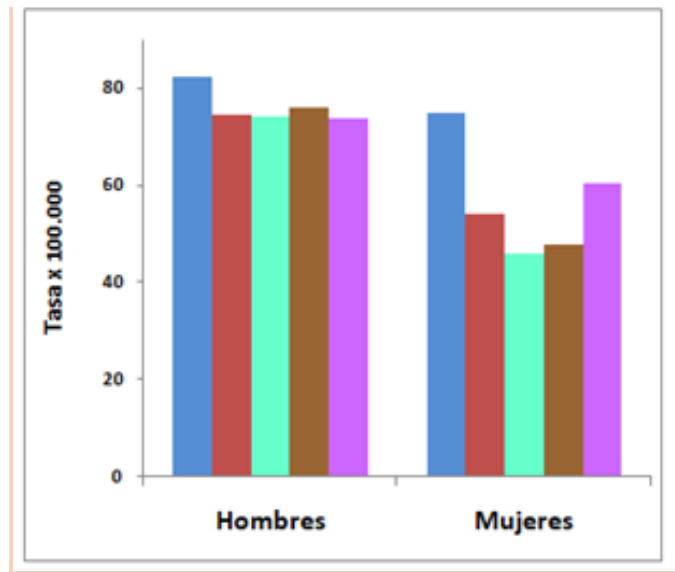
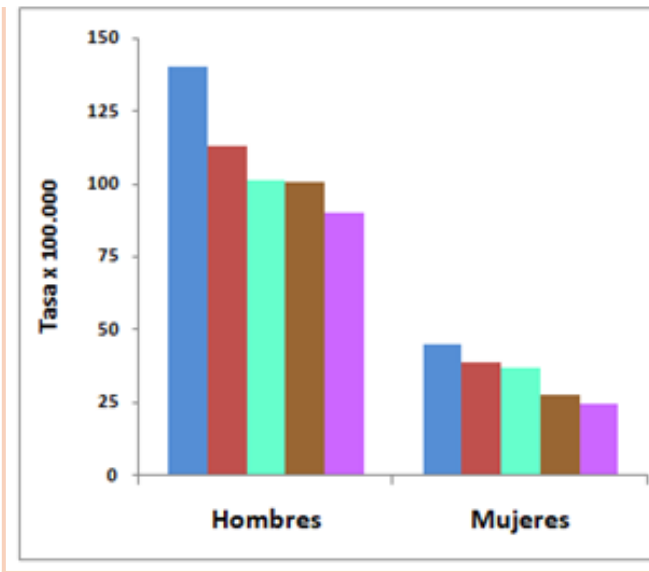
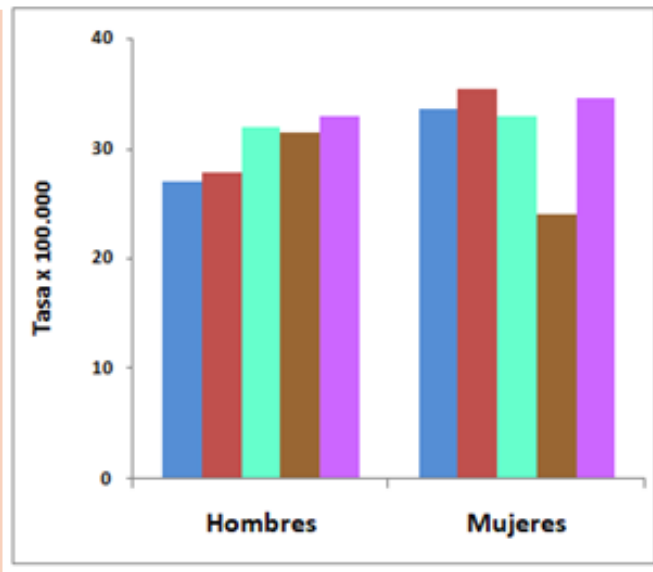
TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS

■ Sin estudios ■ Primaria ■ Sec. inferior ■ Sec. superior ■ Universitaria

Tasas estandarizadas por edad de mortalidad según el nivel de estudios, CAPV 2013-2016

Causas específicas

Sida y VIH - Cáncer de pulmón - Cáncer de laringe - Cáncer de colon - Cáncer de recto - Cáncer de mama - Cáncer de estómago - Cáncer de próstata - Cáncer de páncreas - Tumores hematológicos - Cáncer de vejiga - Cáncer de cuello uterino - Cáncer de ovario - Cáncer de útero - Trastornos mentales orgánicos - Enfermedad de Alzheimer - Enfermedad isquémica del corazón - Enfermedad cerebrovascular - Diabetes mellitus - EPOC - Cirrosis - Suicidio - Lesiones por accidentes de tráfico - Caídas accidentales - Envenenamientos accidentales



ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

ENFERMEDAD ISQUÉMICA DEL CORAZÓN

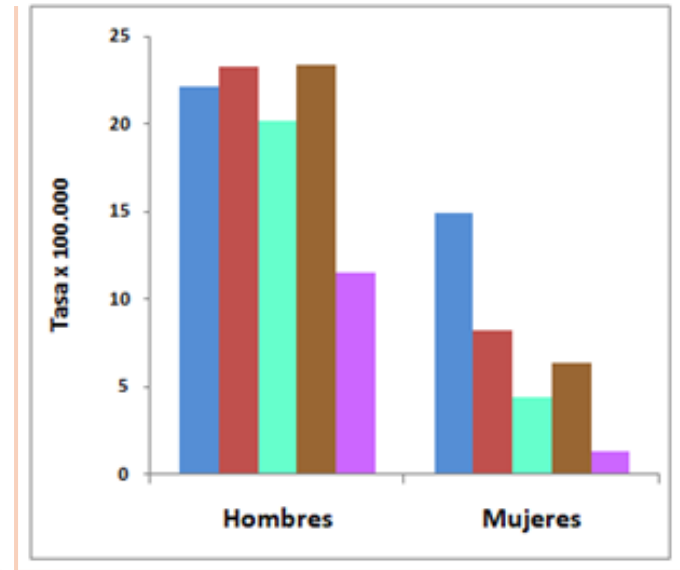
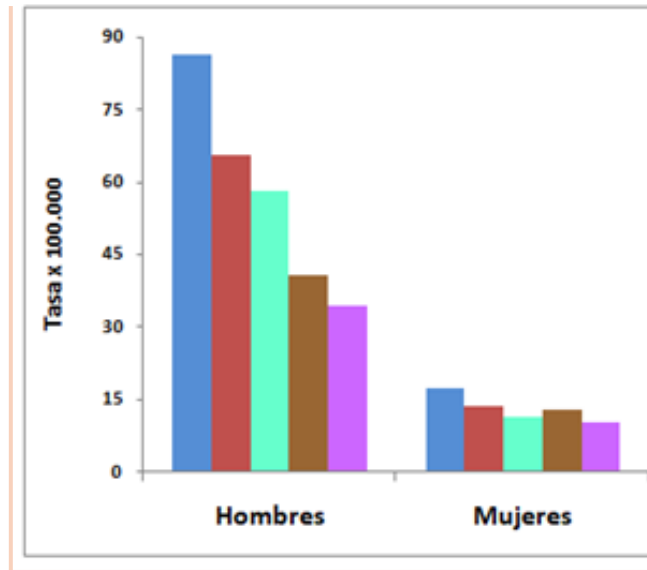
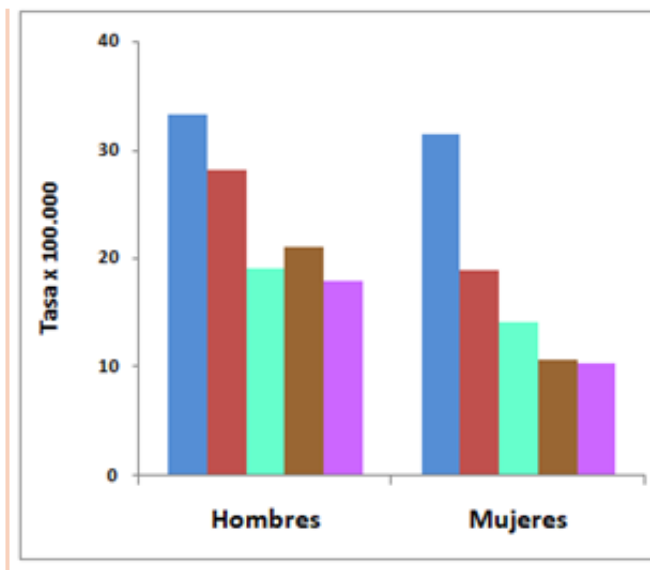
ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR

■ Sin estudios ■ Primaria ■ Sec. inferior ■ Sec. superior ■ Universitaria

Tasas estandarizadas por edad de mortalidad según el nivel de estudios, CAPV 2013-2016

Causas específicas

Sida y VIH - Cáncer de pulmón - Cáncer de laringe - Cáncer de colon - Cáncer de recto - Cáncer de mama - Cáncer de estómago - Cáncer de próstata - Cáncer de páncreas - Tumores hematológicos - Cáncer de vejiga - Cáncer de cuello uterino - Cáncer de ovario - Cáncer de útero - Trastornos mentales orgánicos - Enfermedad de Alzheimer - Enfermedad isquémica del corazón - Enfermedad cerebrovascular - Diabetes mellitus - EPOC - Cirrosis - Suicidio - Lesiones por accidentes de tráfico - Caídas accidentales - Envenenamientos accidentales



DIABETES MELLITUS

EPOC

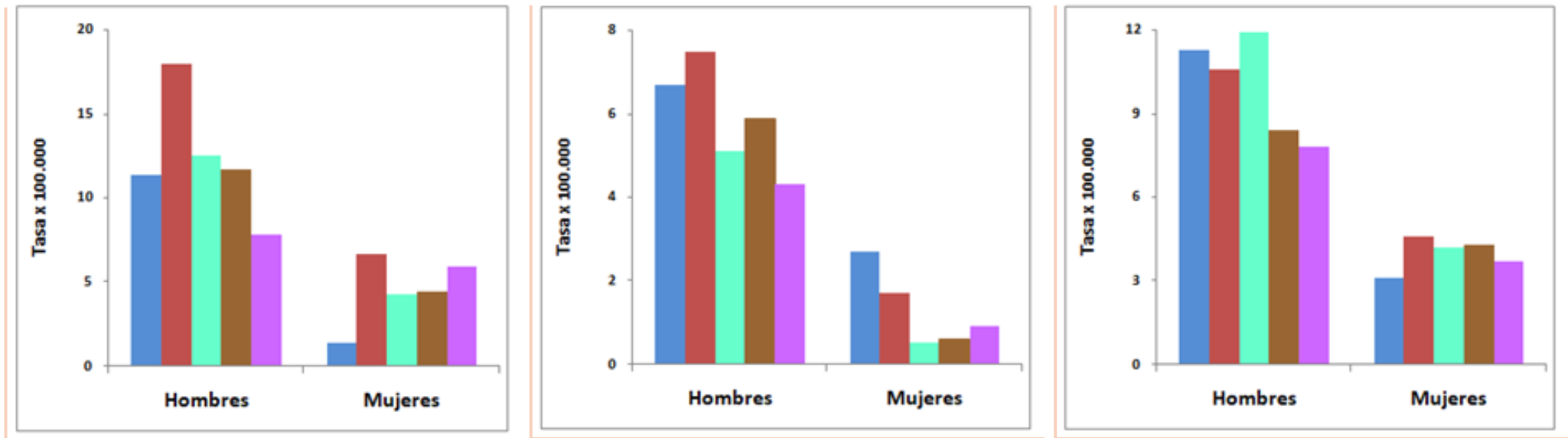
CIRROSIS

■ Sin estudios ■ Primaria ■ Sec. inferior ■ Sec. superior ■ Universitaria

Tasas estandarizadas por edad de mortalidad según el nivel de estudios, CAPV 2013-2016

Causas específicas

Sida y VIH - Cáncer de pulmón - Cáncer de laringe - Cáncer de colon - Cáncer de recto - Cáncer de mama - Cáncer de estómago - Cáncer de próstata - Cáncer de páncreas - Tumores hematológicos - Cáncer de vejiga - Cáncer de cuello uterino - Cáncer de ovario - Cáncer de útero - Trastornos mentales orgánicos - Enfermedad de Alzheimer - Enfermedad isquémica del corazón - Enfermedad cerebrovascular - Diabetes mellitus - EPOC - Cirrosis - Suicidio - Lesiones por accidentes de tráfico - Caídas accidentales - Envenenamientos accidentales



SUICIDIO

LESIONES POR ACCIDENTES DE TRÁFICO

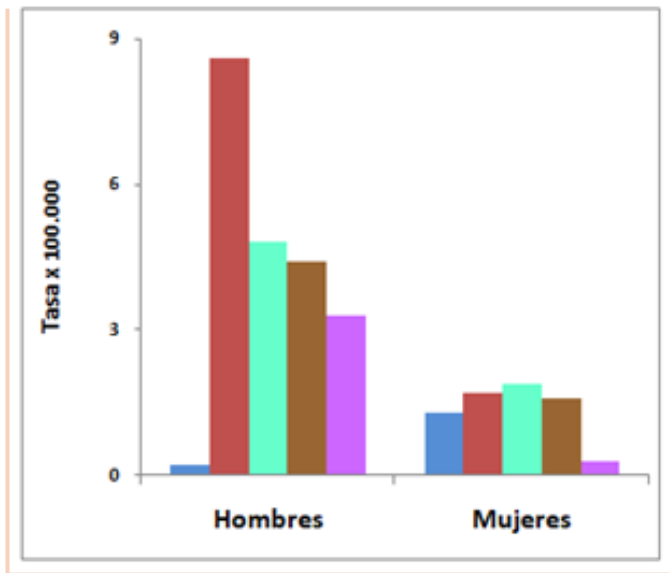
CAÍDAS ACCIDENTALES

■ Sin estudios ■ Primaria ■ Sec. inferior ■ Sec. superior ■ Universitaria

Tasas estandarizadas por edad de mortalidad según el nivel de estudios, CAPV 2013-2016

Causas específicas

Sida y VIH - Cáncer de pulmón - Cáncer de laringe - Cáncer de colon - Cáncer de recto - Cáncer de mama - Cáncer de estómago - Cáncer de próstata - Cáncer de páncreas - Tumores hematológicos - Cáncer de vejiga - Cáncer de cuello uterino - Cáncer de ovario - Cáncer de útero - Trastornos mentales orgánicos - Enfermedad de Alzheimer - Enfermedad isquémica del corazón - Enfermedad cerebrovascular - Diabetes mellitus - EPOC - Cirrosis - Suicidio - Lesiones por accidentes de tráfico - Caídas accidentales - **Envenenamientos accidentales**



ENVENENAMIENTOS ACCIDENTALES

■ Sin estudios ■ Primaria ■ Sec. inferior ■ Sec. superior ■ Universitaria

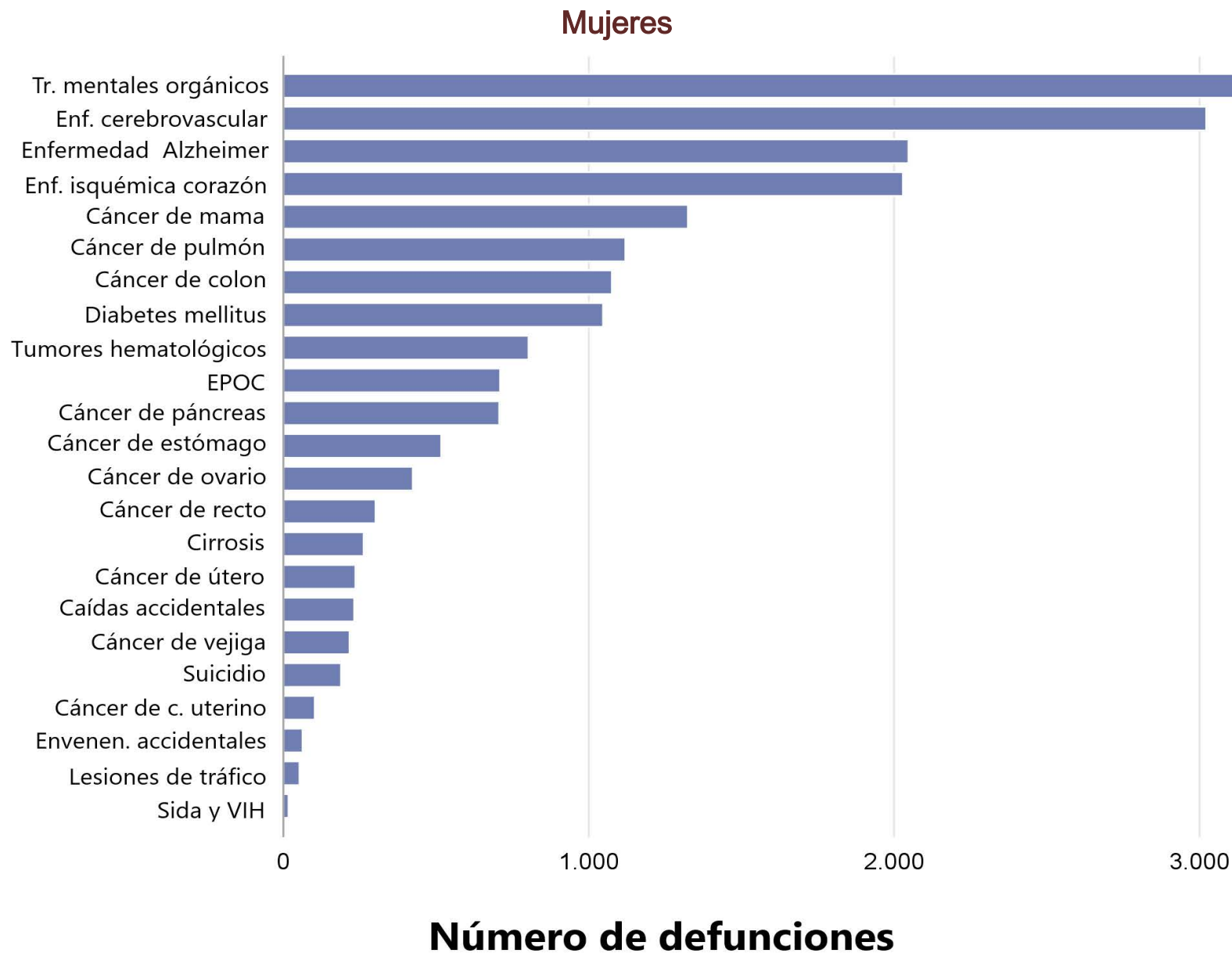


Figura 4.1. Ranking de las principales causas específicas de defunción en mujeres, CAPV 2013-2016

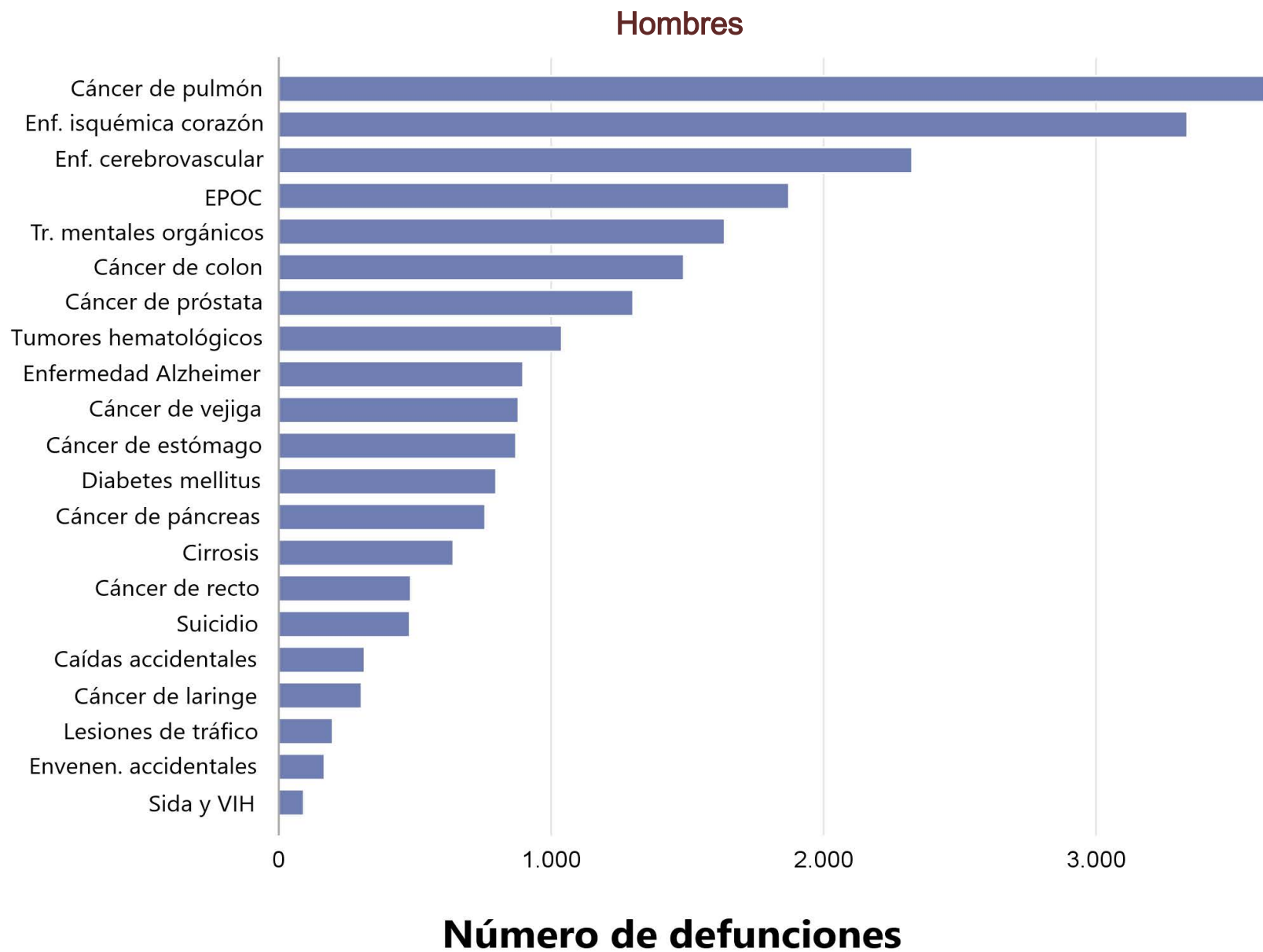


Figura 5.1. Ranking de las principales causas específicas de defunción en hombres, CAPV 2013-2016

Mujeres

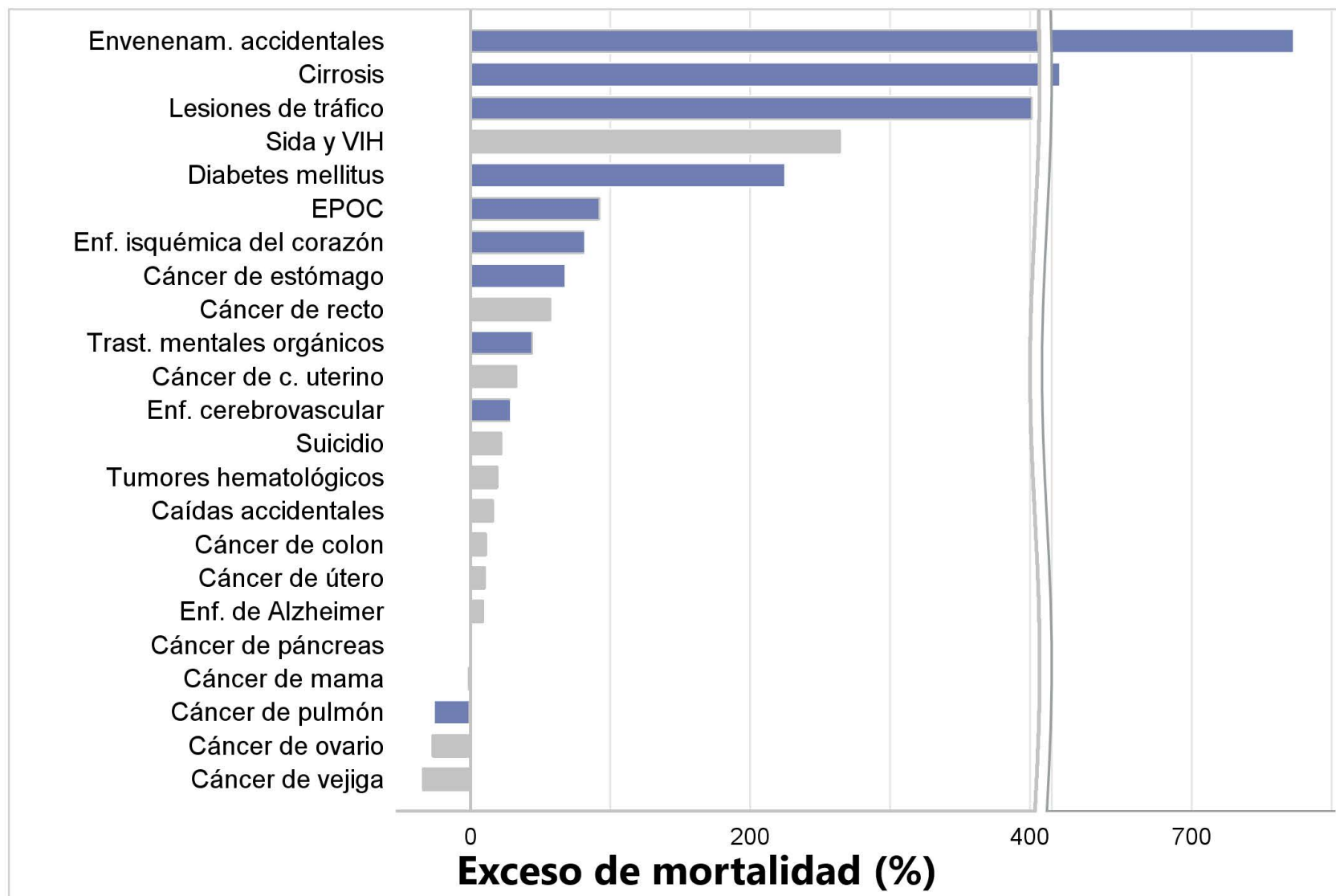


Figura 8.1. Desigualdades relativas en la mortalidad por causas específicas en las mujeres de 25 y más años de edad. CAPV2013-2016

Hombres

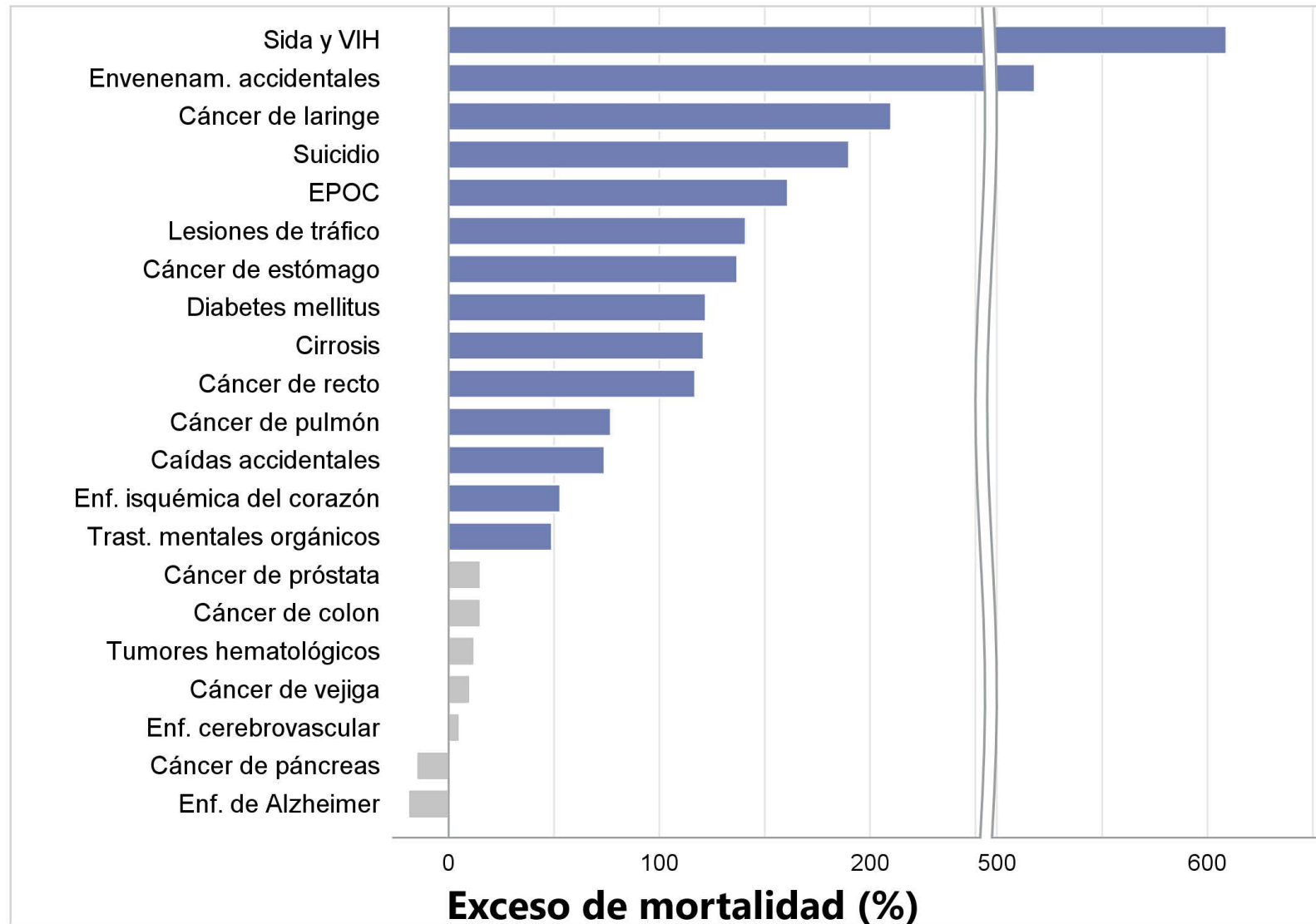


Figura 8.2. Desigualdades relativas en la mortalidad por causas específicas en los hombres de 25 y más años de edad, CAPV 2013-2016

Mujeres

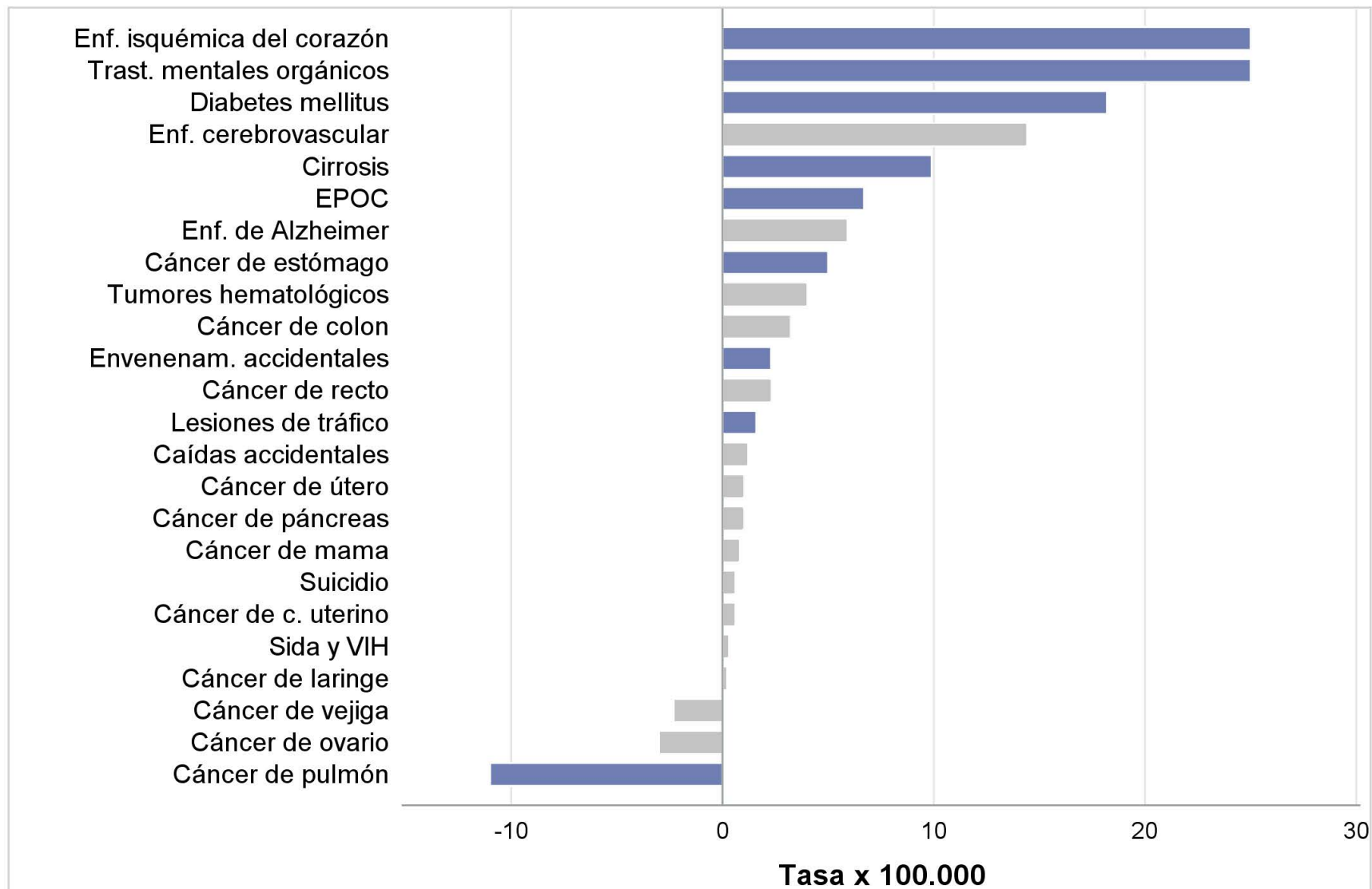


Figura 9. Desigualdades absolutas en la mortalidad por causas específicas en las mujeres de 25 y más años de edad, CAPV 2013-2016

Hombres

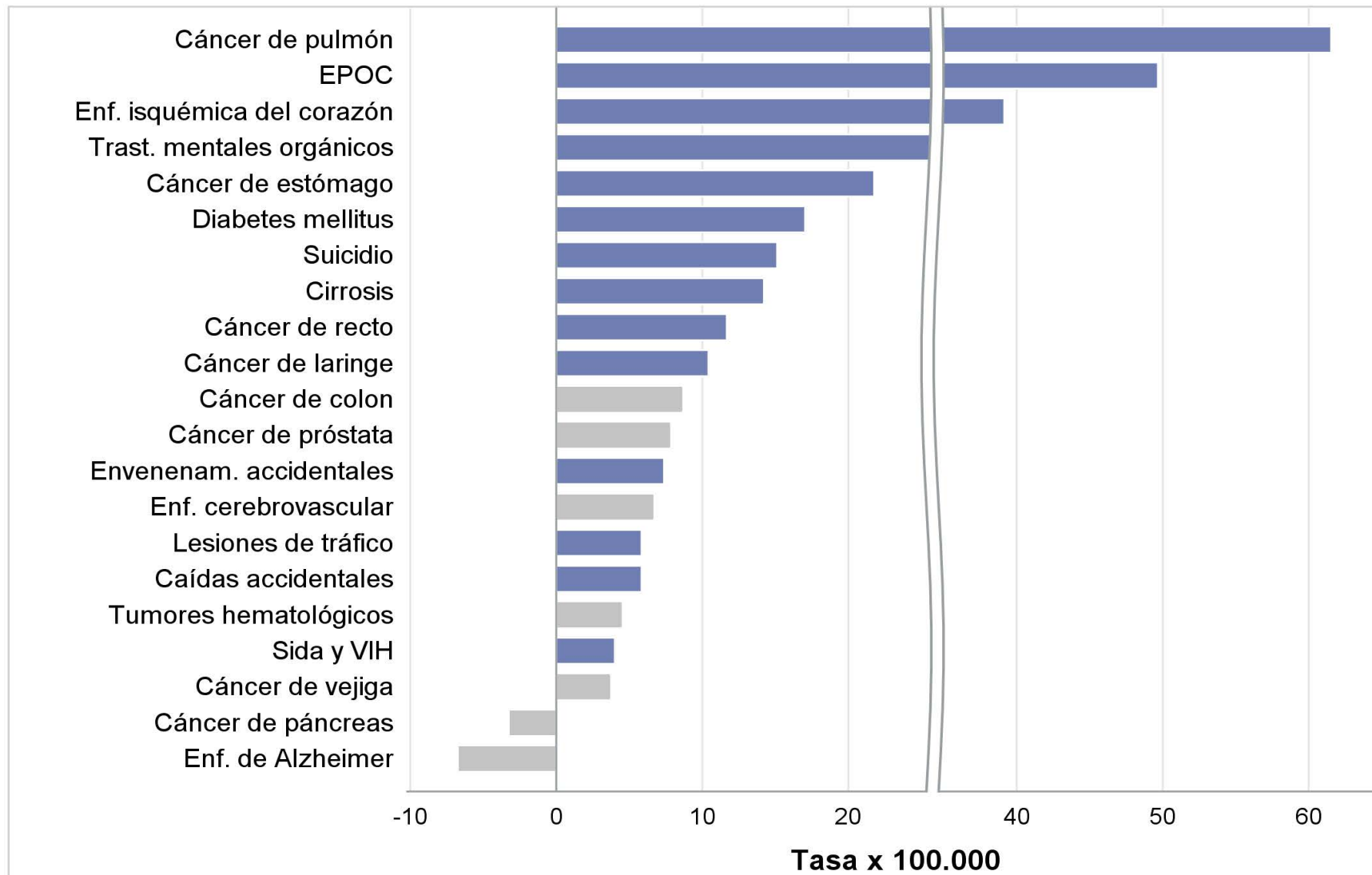


Figura 9. Desigualdades absolutas en la mortalidad por causas específicas en los hombres de 25 y más años de edad, CAPV 2013-2016

Mujeres

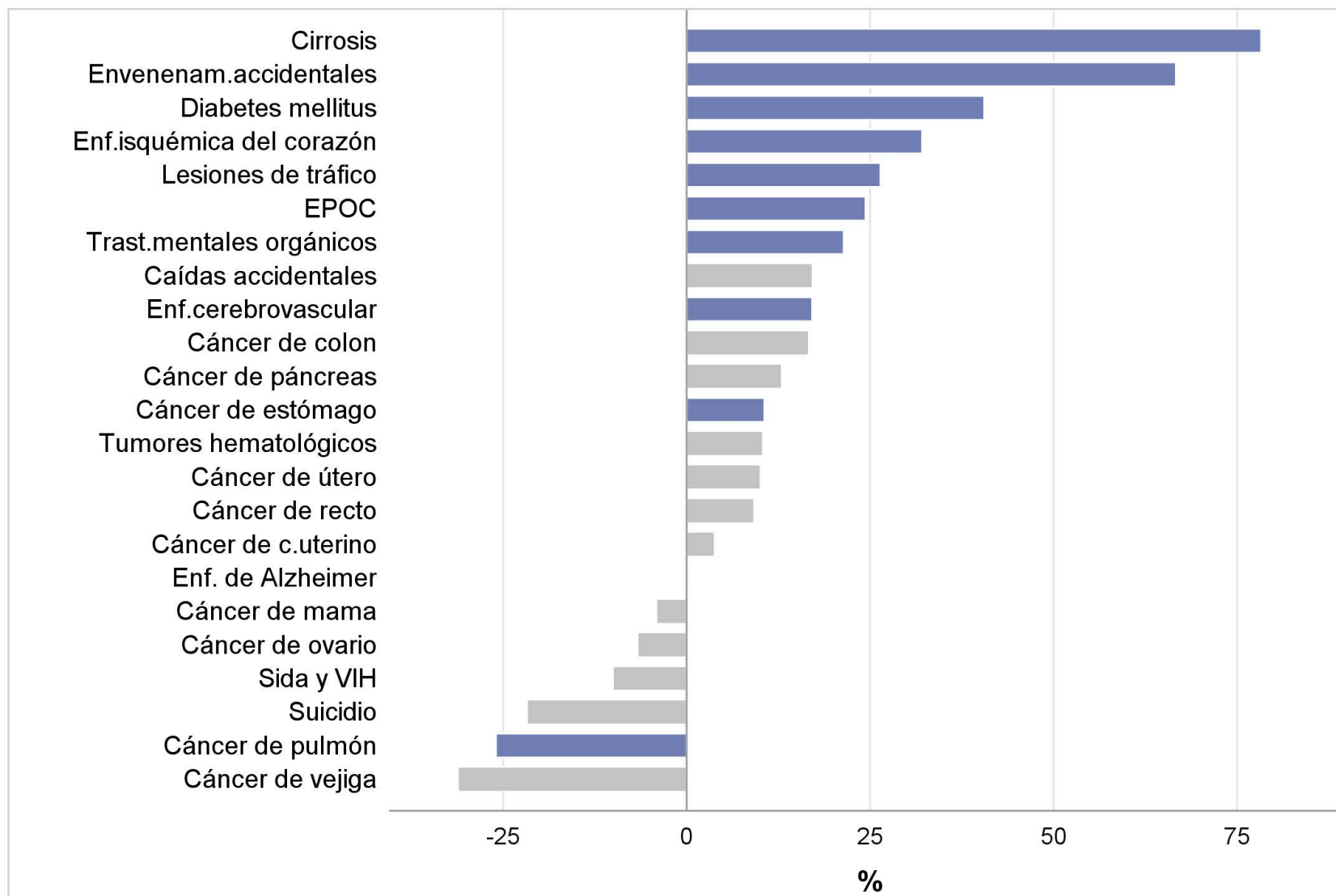


Figura 10. Proporción de defunciones atribuibles a las desigualdades educativas por causas específicas en las mujeres de 25 y más años de edad, CAPV 2013-2016

Hombres

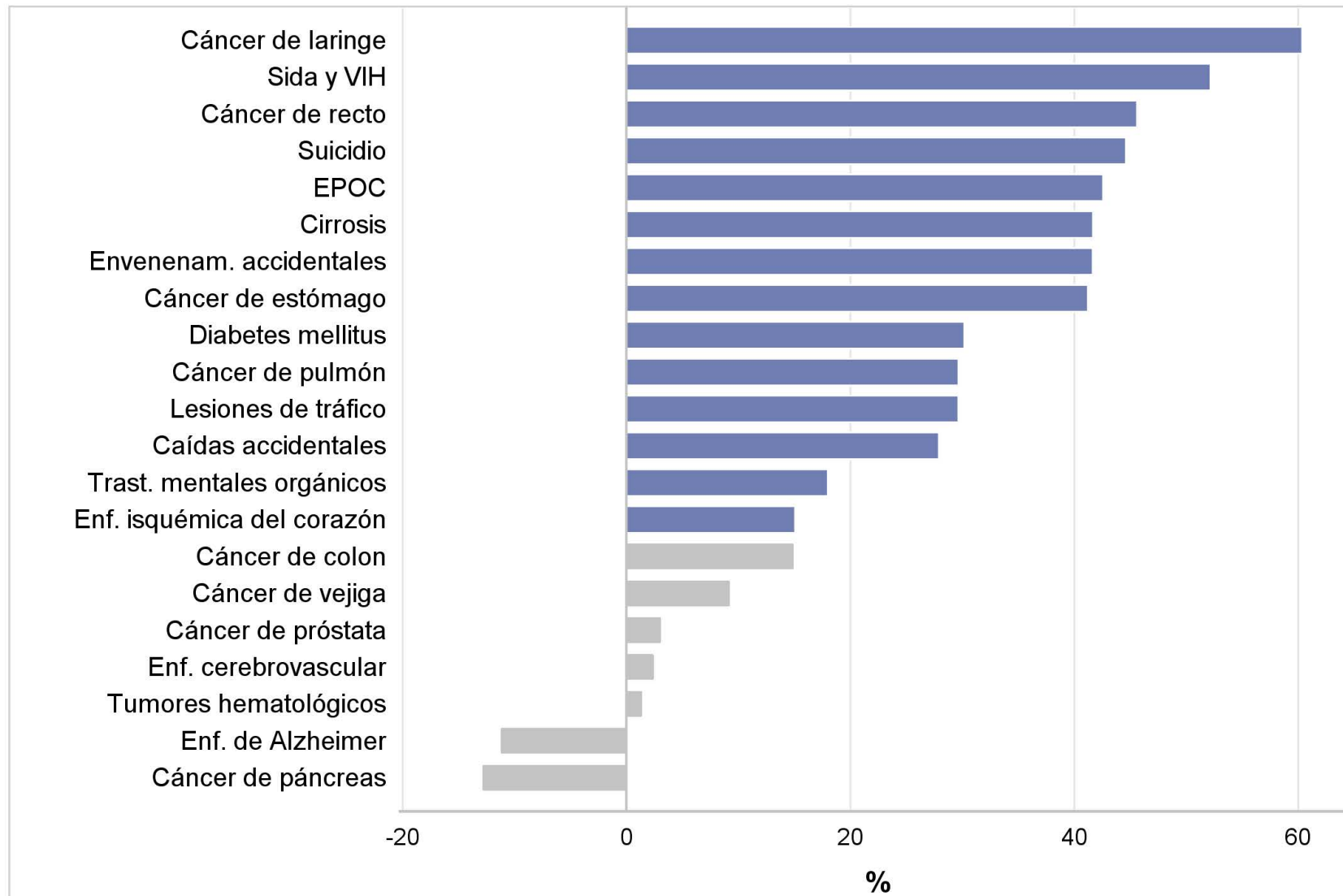


Figura 10. Proporción de defunciones atribuibles a las desigualdades educativas por causas específicas en los hombres de 25 y más años de edad, CAPV 2013-2016

25 y más años de edad

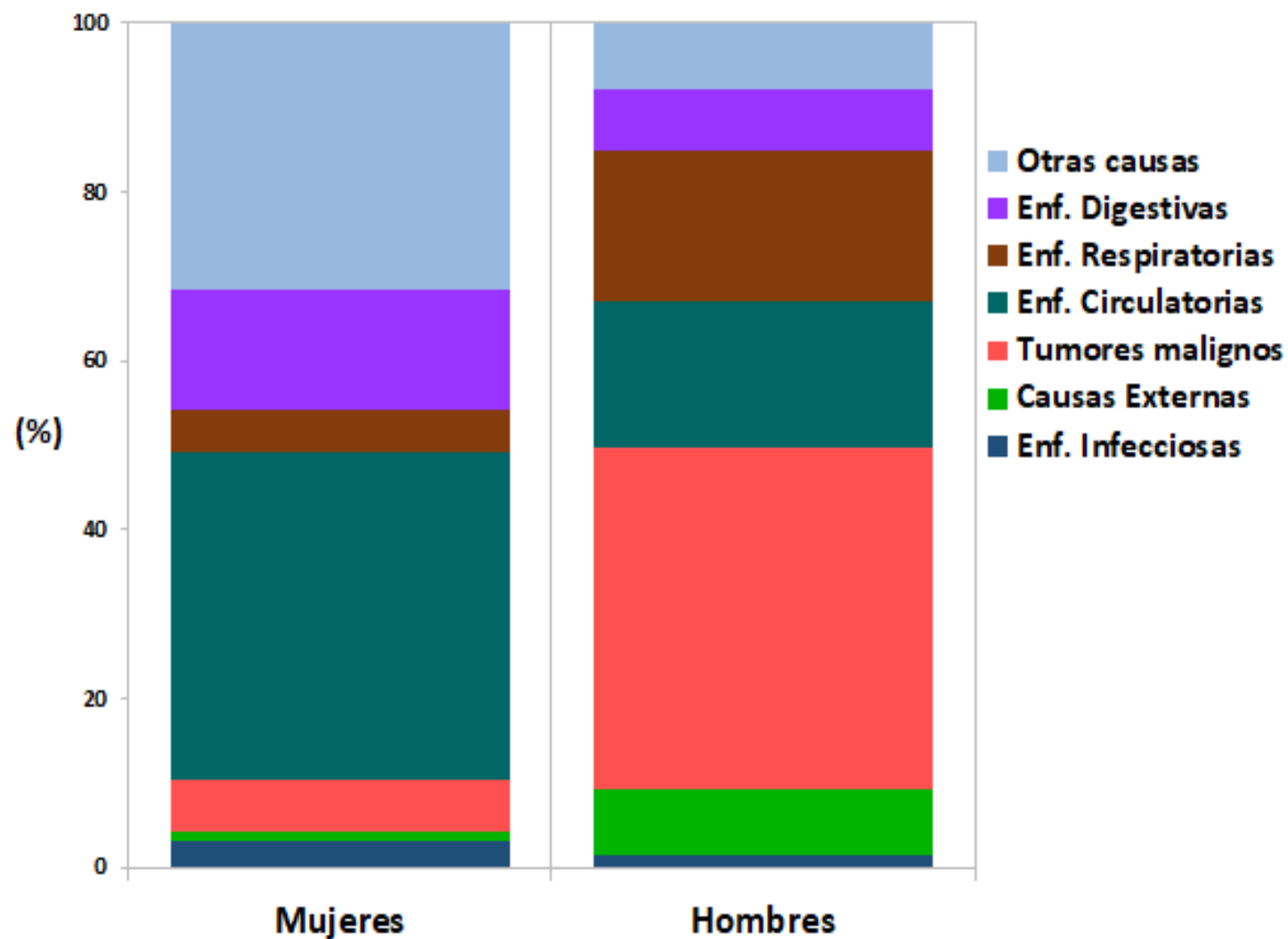


Figura 11. Impacto relativo de la mortalidad atribuible a las desigualdades por nivel educativo según grandes grupos de causas de defunción y sexo en las personas de 25 y más años de edad, CAPV 2013-2016

25 a 44 años de edad

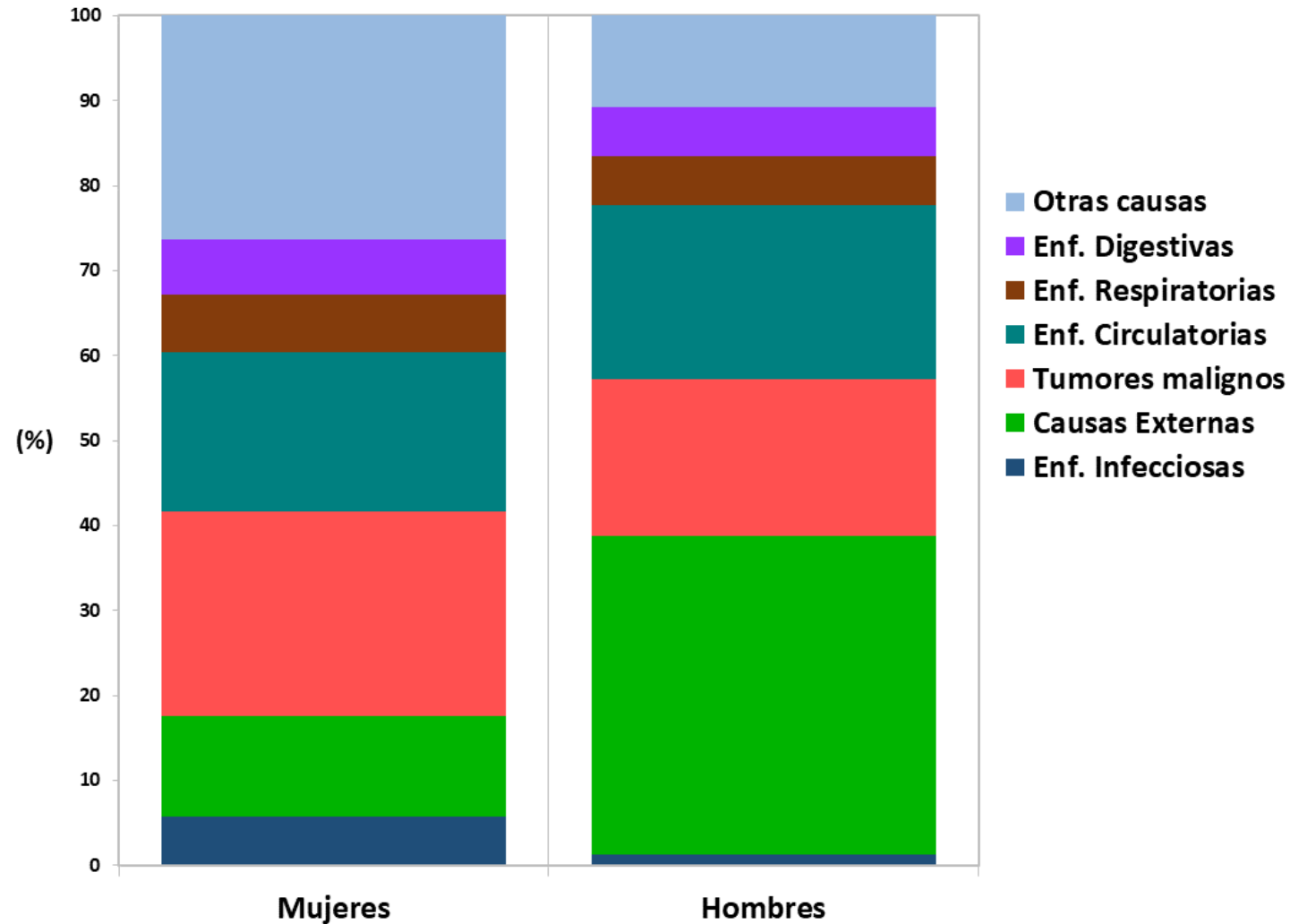


Figura 18. Impacto relativo de la mortalidad atribuible a las desigualdades por nivel educativo según grandes grupos de causas de defunción y sexo en las personas de 25 a 44 años de edad, CAPV 2013-2016

45 a 64 años de edad

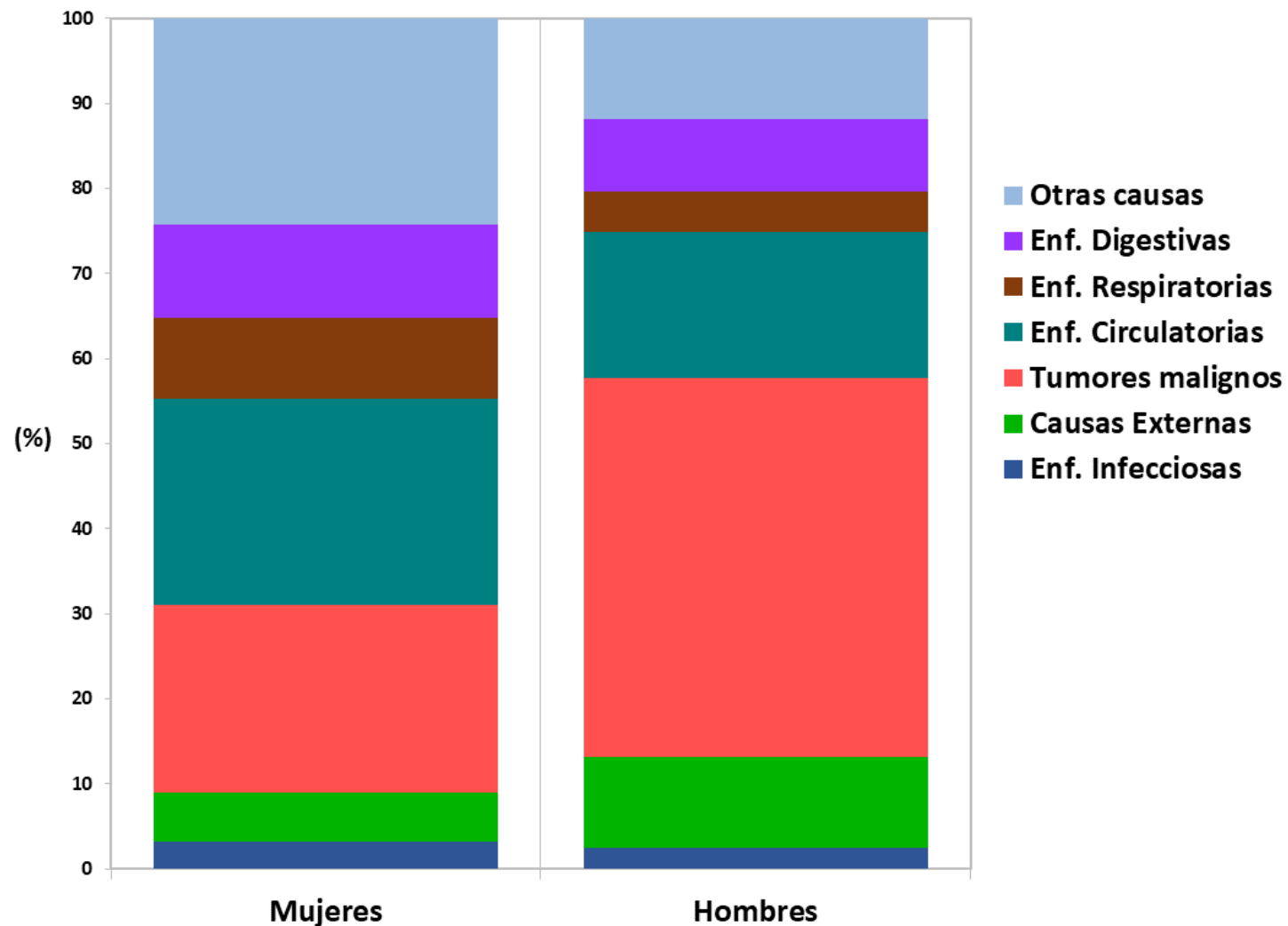


Figura 18. Impacto relativo de la mortalidad atribuible a las desigualdades por nivel educativo según grandes grupos de causas de defunción y sexo en las personas de 45 a 64 años de edad, CAPV 2013-2016

65 y más años de edad

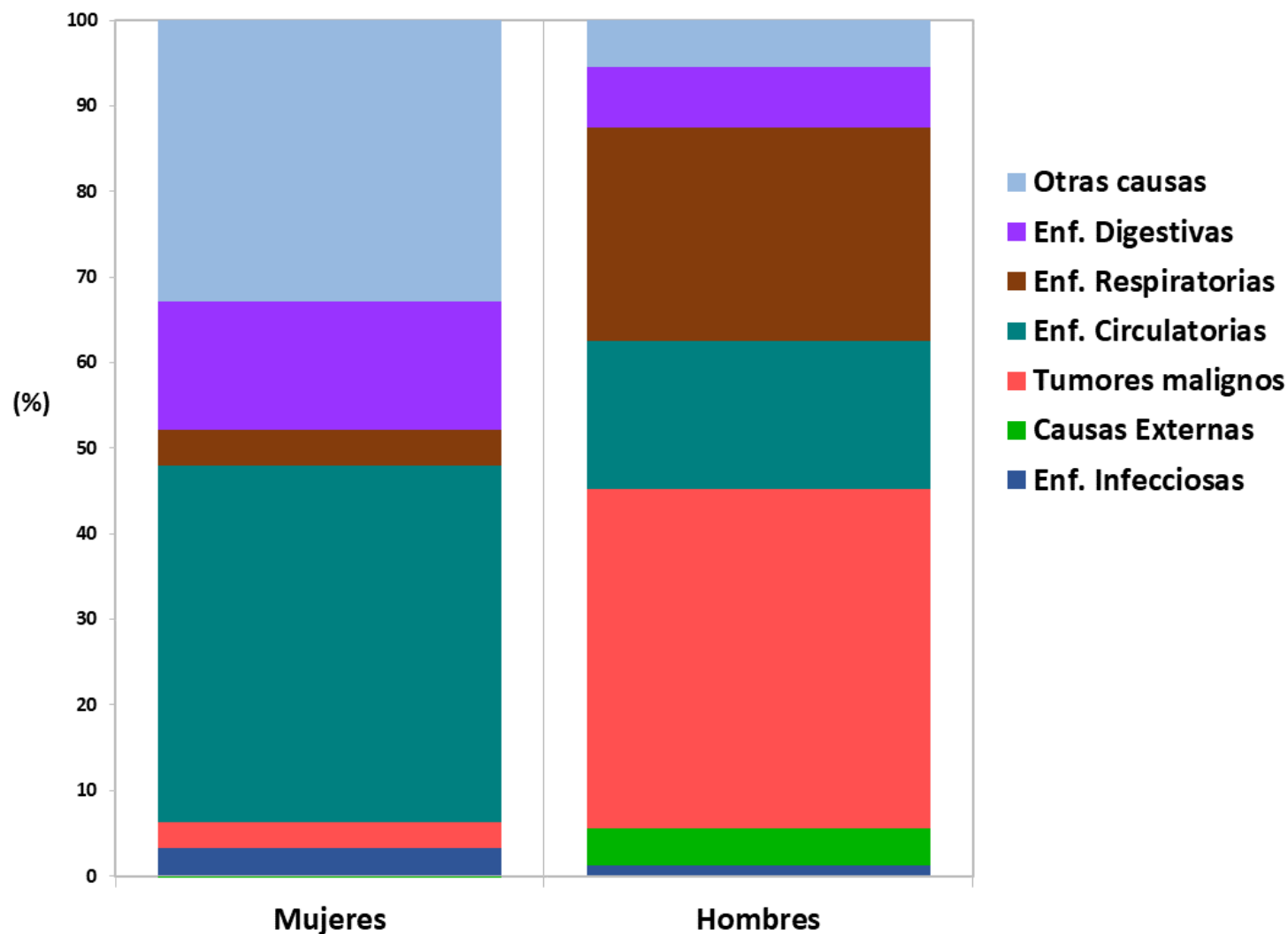


Figura 18. Impacto relativo de la mortalidad atribuible a las desigualdades por nivel educativo según grandes grupos de causas de defunción y sexo en las personas de 65 y más años de edad, CAPV 2013-2016