



**Departamento de Salud. Gobierno Vasco**

**Dirección de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitaria**

*Santiago Esnaola, Jose Antonio Martín, Montse Calvo, Covadonga Audicana, Estibaliz Elorriaga*

**Dirección de Salud Pública y Adicciones**

*Elena Aldasoro*

**Traducción:**

**IVAP. Instituto Vasco de Administración Pública**

*Servicio Oficial de Traductores (IZO).*

**Autorización de uso:**

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

**Cita sugerida:**

*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.*

Edición: 1ª Abril 2017

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

Internet: [https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/equidad\\_en\\_salud/es\\_def/adjuntos/mort\\_0912.pdf](https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/equidad_en_salud/es_def/adjuntos/mort_0912.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 .....	7
3.2. Principales causas de muerte .....	9
3.3. Magnitud de las desigualdades socioeconómicas en la mortalidad, 2009-2012.....	11
3.4. Magnitud de las desigualdades socioeconómicas en la mortalidad según la edad, 2009-2012.....	12
3.5. Desigualdades socioeconómicas en la mortalidad por causas de defunción, 2009-2012 .....	14
3.6. Desigualdades socioeconómicas en la mortalidad por las principales causas de defunción por grupos de edad.....	20
3.7. Contribución de las causas de muerte a las desigualdades por nivel educativo en la mortalidad según la edad.....	27
4. Comentarios y conclusiones.....	28
5. Bibliografía.....	36
Anexo 1. Métodos .....	39
Anexo 2. Tablas .....	41
Anexo 3. Figuras.....	51

# 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 durante los años 2009-2012, posteriores al comienzo de la crisis económica.

## 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 2009 al 31 de diciembre de 2012. 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

### *Desigualdades en la mortalidad por todas las causas*

La mortalidad por todas las causas mostró un gradiente muy marcado según el nivel educativo en ambos sexos, con mayor mortalidad al disminuir los años de estudio. Al comparar las personas de menor y mayor nivel educativo, la diferencia en las tasas de mortalidad fue de 426 y 664 defunciones por 100.000, en las mujeres y en los hombres, respectivamente; el exceso relativo de mortalidad fue de un 47 y de un 58%, respectivamente.

Un 18% y un 21% del total de defunciones observadas en las mujeres y en los hombres, respectivamente, fueron atribuibles a las desigualdades en el nivel educativo, lo que equivale a 10 defunciones diarias.

### *Desigualdades en la mortalidad por todas las causas según la edad*

Las mujeres de 25 a 44 años con menor nivel educativo tuvieron una mortalidad cuatro veces mayor que las de mayor nivel de estudios; en los hombres fue 5,4 veces mayor. Las desigualdades relativas en la mortalidad fueron también muy relevantes en edades más avanzadas, especialmente en los hombres de 45 a 64 años.

El 51% de las defunciones en los hombres de 25 a 44 años fueron atribuibles a las desigualdades educativas; en las mujeres de esa edad la proporción fue del 34%. Entre los 45 y los 64 años, la proporción de defunciones atribuibles a las desigualdades fue del 39 y del 15%, en los hombres y las mujeres, respectivamente; en las de 65 y más años, la proporción era mayor en las mujeres (18%) que en los hombres (16%).

## *Desigualdades en la mortalidad por las principales causas de defunción*

En ambos sexos, se observaron desigualdades relativas muy relevantes en los principales grupos de grandes causas de muerte, si bien la magnitud de las desigualdades y el ranking de los grupos de causas fue distinto entre mujeres y hombres. Por causas específicas, en ambos sexos, las causas con mayores desigualdades relativas en la mortalidad fueron los envenenamientos accidentales, y el sida y el VIH. En las mujeres, les siguieron en orden de magnitud la diabetes y la cirrosis, con una mortalidad cuatro veces mayor en aquellas con menos estudios respecto a las del máximo nivel. Además, destacaron el cáncer de cuello uterino, el cáncer de recto, la cardiopatía isquémica y la EPOC, todas ellas con excesos de mortalidad (entre los extremos de la escala educativa) cercanos o mayores al 100%. En los hombres, destacaron además el suicidio y la cirrosis, con excesos de mortalidad superiores al 200%, y la EPOC, el cáncer de laringe y la diabetes, con excesos mayores al 100%.

En términos absolutos, las desigualdades en la mortalidad fueron claramente mayores en los hombres que en las mujeres. Las mayores desigualdades absolutas en las mujeres se dieron en las enfermedades cardiovasculares; en los hombres, en los tumores malignos. En las mujeres, las causas específicas de defunción con mayores desigualdades fueron, en orden de magnitud, la enfermedad cerebrovascular, la enfermedad isquémica del corazón y la diabetes. Las causas con mayores desigualdades absolutas en los hombres fueron, en orden de magnitud, la EPOC, el cáncer de pulmón y la cardiopatía isquémica.

La proporción de defunciones atribuibles a las desigualdades fue muy relevante para las principales causas de defunción. En las mujeres, más de la mitad de las defunciones por enfermedades infecciosas fue atribuible a las desigualdades por nivel de estudios. Así mismo, la proporción de muertes atribuibles fue muy relevante para las enfermedades digestivas (38%), respiratorias (25%), cardiovasculares (25%) y tumores malignos (6%). En los hombres, el 44% de las defunciones por causas externas fue atribuible a las desigualdades, seguidas en orden de magnitud por las enfermedades respiratorias (34%), las infecciosas (33%), las digestivas (29%), los tumores malignos (23%) y las enfermedades cardiovasculares (12%).

En las mujeres, las enfermedades del aparato circulatorio fueron responsables del 41% de la mortalidad atribuible a las desigualdades educativas, seguidas en orden de magnitud por las enfermedades respiratorias (10%), las enfermedades del aparato digestivo (10%) y los tumores (9%). En los hombres, la causa con mayor impacto en las desigualdades en la mortalidad fueron los tumores (40%), seguida de las enfermedades del aparato respiratorio (18%), las enfermedades del aparato circulatorio (16%) y las causas externas (8%).

## *Desigualdades en la mortalidad por las principales causas de defunción según la edad*

En las personas de 25 a 44 años de ambos sexos, las desigualdades absolutas para el cáncer de pulmón, los envenenamientos accidentales y el suicidio fueron muy relevantes; las desigualdades relativas fueron de gran magnitud para la mortalidad por envenenamientos accidentales, sida y VIH, y cirrosis.

En las mujeres de 45 a 64 años, la enfermedad cerebrovascular fue la causa de mortalidad que mostró tanto desigualdades absolutas, como relativas más relevantes; además, el 40% de las defunciones por esa causa era atribuible a las desigualdades educativas. En los hombres de 45 a 64 años, las causas de muerte con mayores desigualdades absolutas fueron el cáncer de pulmón, la cirrosis, la cardiopatía isquémica, la enfermedad cerebrovascular y el cáncer de colon.

En las mujeres de 65 y más años, los trastornos mentales orgánicos, la enfermedad cerebrovascular, la cardiopatía isquémica y la diabetes mostraron desigualdades absolutas muy relevantes. La diabetes fue la causa de muerte con mayores desigualdades relativas: la mortalidad en las mujeres con menores estudios fue 2,8 veces mayor que en aquellas con el nivel máximo de estudios.

La EPOC fue la causa de defunción con mayores desigualdades absolutas, seguida en orden de magnitud por el cáncer de pulmón, los trastornos mentales orgánicos, la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular. Más del 30% de la mortalidad por EPOC era atribuible a las desigualdades educativas.

## 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 en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) durante los años 2009-2012. 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 muerte 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 favorecidos<sup>1</sup>. 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 conocidos<sup>2</sup>. Además, la evidencia científica muestra que las desigualdades en salud pueden reducirse si se aplican las intervenciones y políticas públicas sanitarias y sociales adecuadas<sup>2</sup>, 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 sociedad<sup>3</sup>.

## 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<sup>4,5</sup>.

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 prioritarias<sup>6</sup>. 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 a otros publicados previamente en el marco de la operación estadística “Desigualdades sociales en la mortalidad”<sup>7,8</sup>.

## 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, durante los años 2009-2012, y se analiza la contribución de las principales causas de muerte (Véase la sección de métodos en el Anexo 1).

# 3. Resultados

## 3.1. Características sociodemográficas de la población de 25 y más años

De acuerdo con el censo de 2006, el 22% de las mujeres y el 16% de los hombres tenían 65 o más años de edad; el 7 y el 11% de las mujeres y de los hombres, respectivamente, tenían 75 o más años de edad. Al considerar la población de 25 y más años, objeto de este estudio, la proporción de personas de 65 y más años era del 27 y el 21% de las mujeres y los hombres, respectivamente.

- En 2006, la proporción de personas de 65 y más años llegó al 22 y al 16 % de las mujeres y los hombres, respectivamente.
- La proporción de personas con estudios primarios, sin estudios formales y con estudios universitarios era mayor en las mujeres que en los hombres.

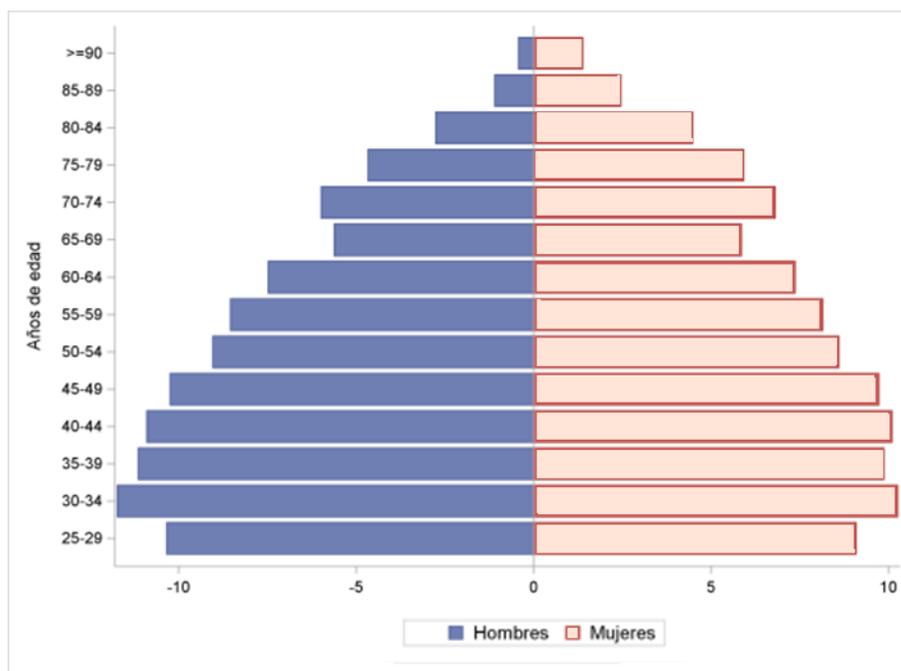


Figura 1. Distribución de la población de 25 y más años según edad, y sexo, CAPV 2006

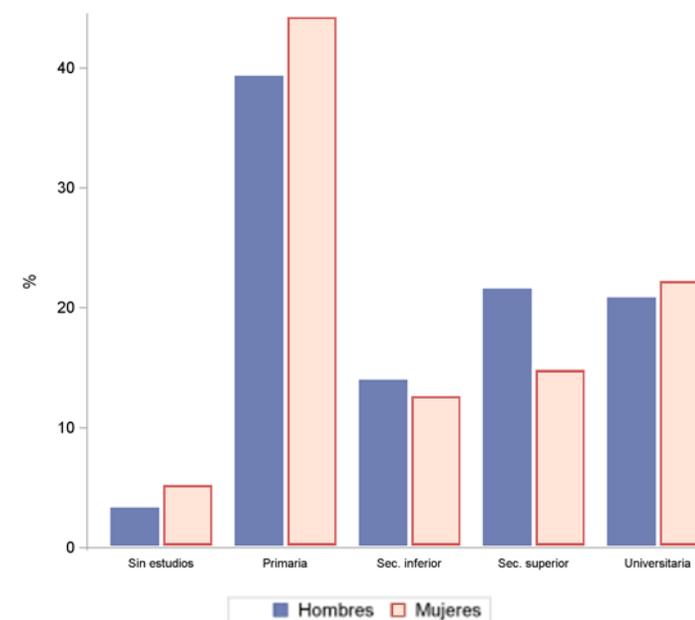


Figura 2. Distribución del nivel de estudios en las personas de 25 y más años, CAPV 2006

La distribución del nivel de estudios mostró algunas diferencias entre mujeres y hombres. La proporción de personas con estudios primarios, sin estudios formales y con estudios universitarios era mayor en las mujeres que en los hombres. Por el contrario, la enseñanza secundaria era más frecuente en los hombres que en las mujeres.

En relación con el nivel de estudios, las mujeres entre 25 y 44 años con educación universitaria superaron ampliamente el 40%, proporción que es, respectivamente, dos y nueve veces mayor que la observada entre las de 45 a 64 años (21%) y en las mayores de 64 años (5%). En los hombres de 25 a 44 años la proporción de universitarios está en torno al 31%, a la vez que predomina el grupo con educación secundaria superior, tradicionalmente vinculada a actividades de formación profesional.

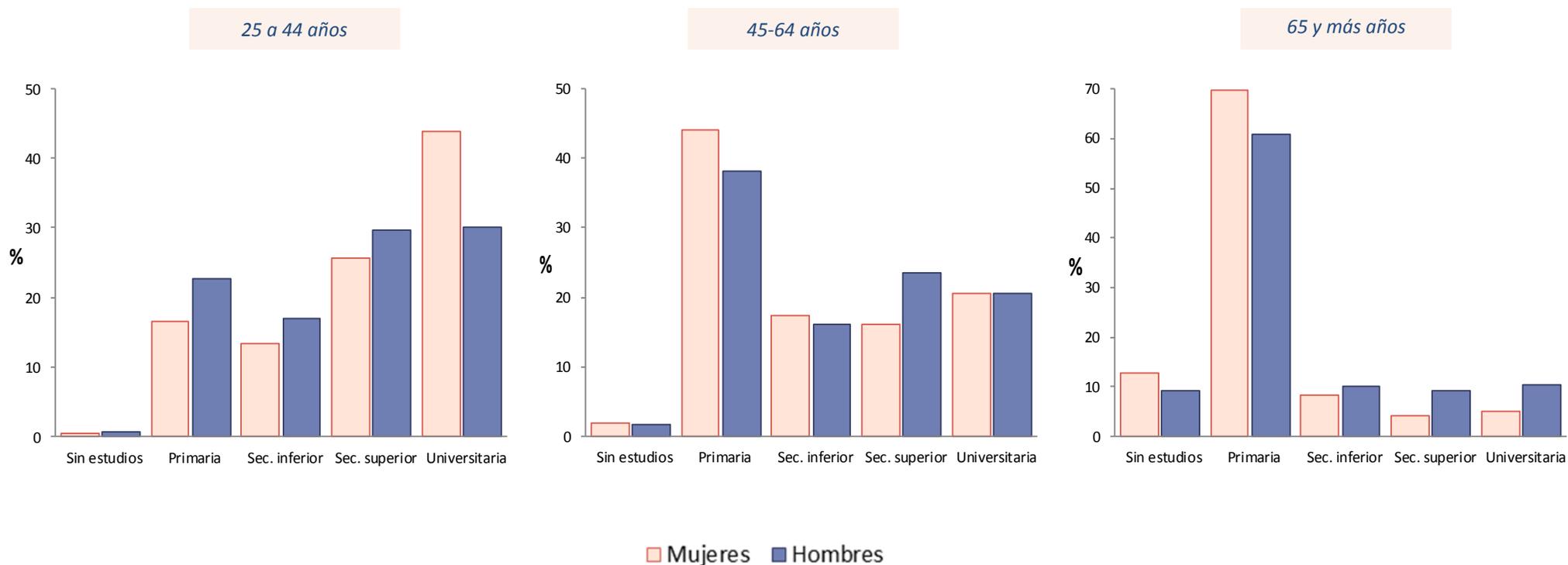


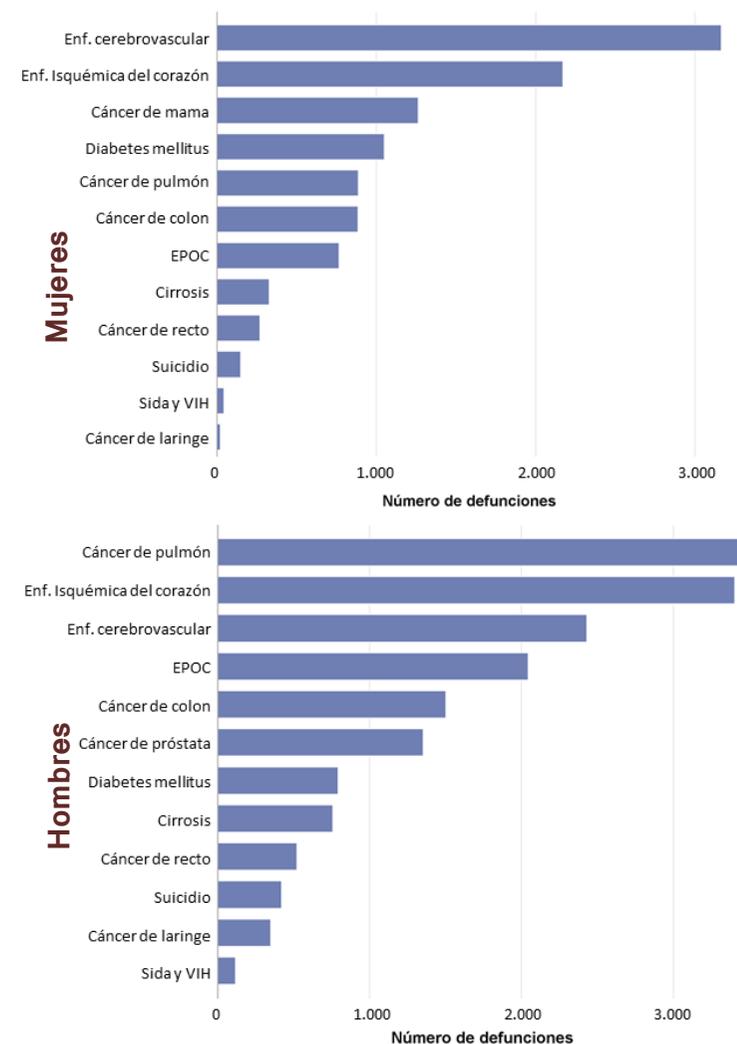
Figura 3. Distribución del nivel de estudios según grandes grupos de edad y sexo, en las personas de 25 y más años, CAPV 2006

## 3.2. Principales causas de muerte

- Las causas de muerte más frecuentes fueron las correspondientes a las enfermedades cardiovasculares en las mujeres y a los tumores en los hombres.
- Por causas específicas, la causa con más defunciones en las mujeres fue la enfermedad cerebrovascular, seguida de la cardiopatía isquémica y del cáncer de mama; entre los hombres, el cáncer de pulmón, la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular.
- En la población de 25 a 44 años, las causas más frecuentes fueron el cáncer de mama en las mujeres y el suicidio en los hombres; en las de 45 a 64 años, el cáncer de pulmón en las mujeres y en los hombres; en las personas mayores, la enfermedad cerebrovascular en las mujeres y la cardiopatía isquémica en los hombres.

Durante los años 2009-2012 se produjeron 36.636 y 39.148 defunciones en las mujeres y en los hombres de 25 y más años, respectivamente. La Tabla A1 (Anexo 2) muestra la distribución del número de defunciones y de años-persona de seguimiento por sexo, nivel de estudios y grandes grupos de edad.

Las principales causas de defunción en las mujeres fueron las enfermedades de sistema circulatorio, seguidas de los tumores malignos y de las enfermedades del aparato respiratorio (Tabla A2. Anexo 2). Por causas específicas, la primera causa de muerte en las mujeres fue la enfermedad cerebrovascular (8,6% del total de defunciones), seguida en orden de frecuencia por la enfermedad isquémica del corazón (5,9%), el cáncer de mama (3,5%), la diabetes (2,9%), el cáncer de pulmón (2,4%) y el cáncer de colon (2,4%). Es de notar que la mortalidad por cáncer de pulmón haya llegado a igualar en número de defunciones al cáncer de colon. Entre los hombres, la categoría con mayor mortalidad fue la de los tumores malignos, seguida de las enfermedades del aparato circulatorio y de las del aparato respiratorio. Por causas específicas, el cáncer de pulmón (8,9%) fue la primera causa de muerte, por delante de la enfermedad isquémica del corazón (8,7%). Les siguieron, en orden de frecuencia, la enfermedad cerebrovascular (6,2%), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (5,2%), el cáncer de colon (3,8%), y el cáncer de próstata y los trastornos mentales orgánicos, ambas con un 3,5%. La Figura 4 muestra, en orden de frecuencia, el número de defunciones por las causas seleccionadas para este informe.



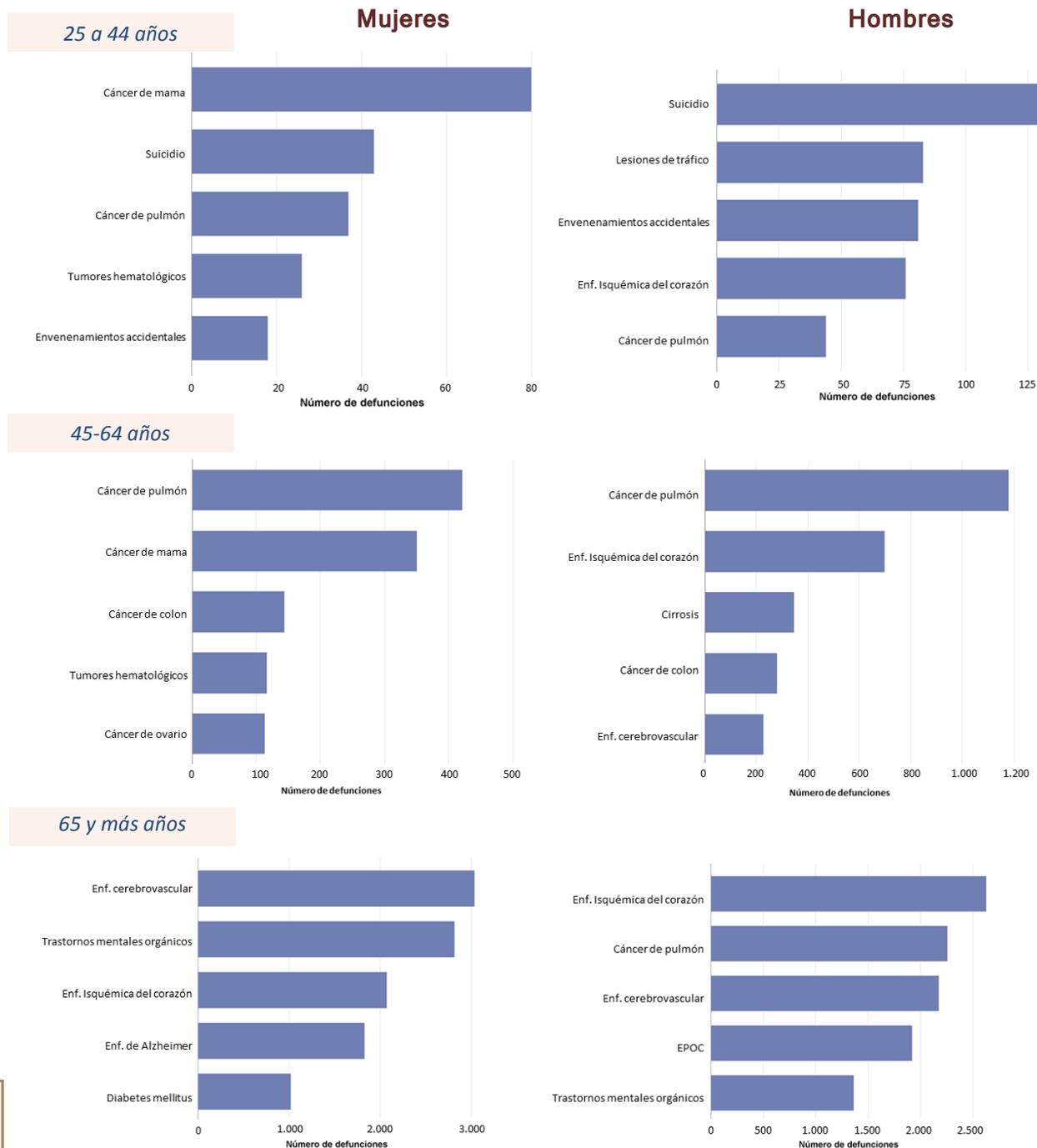
**Figura 4. Ranking de las principales causas específicas de defunción según sexo, 2009-2012**

La importancia relativa de las causas de muerte fue distinta según la edad y el sexo. En las mujeres de 25 a 44 años, en el periodo 2009-2012, el cáncer de mama (14,9 % del total) fue la principal causa de defunción, seguida por el suicidio (8,0 %) y el cáncer de pulmón (6,9 %); entre los hombres de esa misma franja de edad las tres primeras causas de muerte fueron el suicidio (12,3 %), las lesiones de tráfico (7,9 %) y los envenenamientos accidentales (7,7 %).

Entre los 45 y 64 años, el cáncer de pulmón fue la causa más frecuente en ambos sexos (14,0 % en las mujeres y 17,2% en los hombres). Es digno de mención que el cáncer de pulmón haya superado al cáncer de mama (11,6 %) como primera causa de muerte; la tercera causa más frecuente en las mujeres es el cáncer de colon (4,8 %), seguida de los tumores hematológicos (3,9 %) y del cáncer de ovario (3,8 %). Entre los hombres, tras el cáncer de pulmón, la enfermedad isquémica del corazón (10,2%) y la cirrosis (5,1 %) ocuparon los primeros puestos.

En las mujeres de 65 y más años la primera causa de muerte fue la enfermedad cerebrovascular (9,2 %), seguida de los trastornos mentales orgánicos (8,5 %) y la cardiopatía isquémica (6,3 %); entre los hombres mayores, la principal causa fue la cardiopatía isquémica (8,4 %), seguida del cáncer de pulmón (7,2 %) y la enfermedad cerebrovascular (7,0 %).

**Figura 5. Ranking de las principales causas de muerte según edad y sexo, 2009-2012**



### 3.3. Magnitud de las desigualdades socioeconómicas en la mortalidad, 2009-2012

- En el periodo 2009-2012, en ambos sexos, la mortalidad por todas las causas mostró un gradiente muy marcado según el nivel educativo, con mayor mortalidad al disminuir los años de estudios.
- Al comparar las personas de menor y mayor nivel educativo, la diferencia en las tasas de mortalidad fue de 426 y 664 defunciones por 100.000, en las mujeres y en los hombres, respectivamente.
- La mortalidad de los hombres con menor nivel educativo fue un 58% mayor que la de aquellos con el máximo nivel de estudios; en las mujeres el exceso fue de un 47%.
- Un 18% y un 21% del total de defunciones observadas en las mujeres y en los hombres, respectivamente, fueron atribuibles a las desigualdades en el nivel educativo, lo que equivale a 10 defunciones diarias.

En las personas de ambos sexos de 25 y más años se dio una relación gradual entre la mortalidad por todas las causas y el nivel de estudios, de manera que la mortalidad aumentaba al descender el nivel educativo (Figura 6). Las desigualdades en la mortalidad por nivel de estudios fueron mayores en los hombres que en las mujeres. En términos relativos, y según los valores del índice relativo de desigualdad, en el periodo 2009-2012, la mortalidad de los hombres con menor nivel educativo fue un 58% (I.C. del 95%: 51 , 64) mayor que la de aquellos con el máximo nivel de estudios; en las mujeres el exceso fue de un 47% (I.C. del 95%: 39 , 56). Las diferencias en las desigualdades entre hombres y mujeres son mayores si se consideran las desigualdades absolutas, que son las que tienen una mayor relevancia desde el punto de vista de salud pública. Mientras que la diferencia de las tasas de mortalidad entre los hombres con menor y mayor nivel educativo fue de 664 (I.C. del 95%: 539 , 789), en las mujeres la diferencia fue de 426 (I.C. del 95%: 298 , 554) defunciones por 100.000 (Tabla 1, página 13).

Las desigualdades por nivel de estudios tuvieron un gran impacto en la mortalidad en ambos sexos, de mayor magnitud en los hombres que en las mujeres (Figura 6). Si en el periodo 2009-2012 toda la población masculina de 25 y más años hubiera tenido la experiencia de mortalidad de la población con estudios universitarios, se habrían evitado o pospuesto 8.109 defunciones, un 21% del total de muertes. Entre las mujeres, el número de muertes evitadas habría sido de 6.627 (18% del total de defunciones) (Tabla 2, página 13). Al considerar ambos sexos, estos resultados equivalen a 10 defunciones diarias.

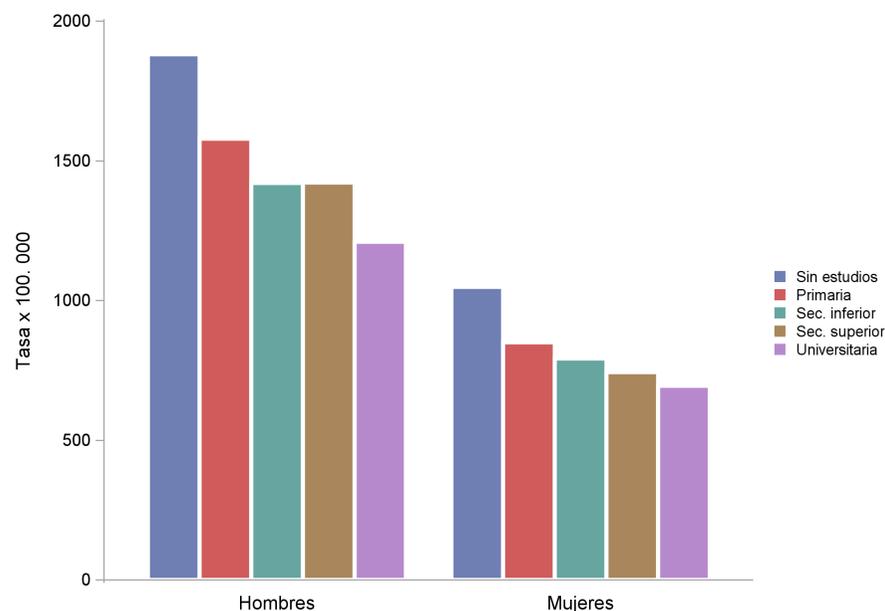


Figura 6 Tasas estandarizadas por edad de mortalidad por todas las causas según nivel de estudios y sexo, CAPV 2009-2012

### 3.4. Magnitud de las desigualdades socioeconómicas en la mortalidad según la edad, 2009-2012

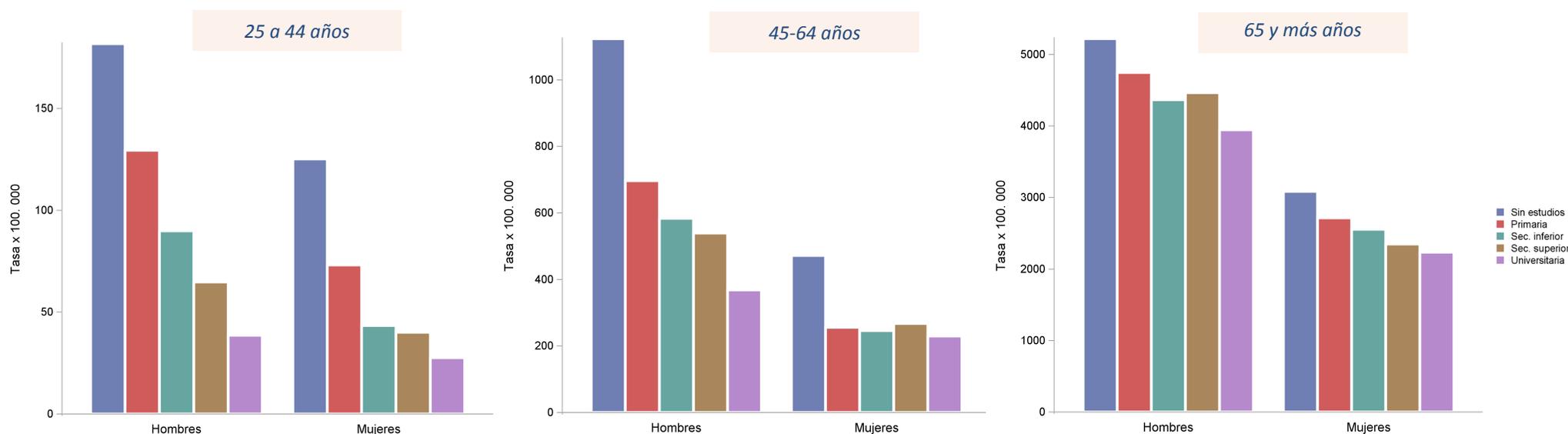


Figura 7. Tasas estandarizadas por edad de mortalidad por todas las causas por nivel de estudios, según grandes grupos de edad y sexo, CAPV 2002-2012

- Las mujeres de 25 a 44 años con menor nivel educativo tuvieron una mortalidad cuatro veces mayor que las de mayor nivel de estudios; en los hombres fue 5,4 veces mayor.
- Aunque las desigualdades relativas en la mortalidad disminuyen, siguen siendo muy relevantes, especialmente en los hombres de 45 a 64 años.
- El 51% de las defunciones de los hombres de 25 a 44 años son atribuibles a las desigualdades educativas; el 34% en las mujeres de esa edad.
- Entre los 45 y 64 años, la proporción de defunciones atribuibles a las desigualdades fue del 39 y del 15%, en los hombres y las mujeres, respectivamente; en las de 65 y más años, la proporción era mayor en las mujeres (18%) que en los hombres (16%).

La magnitud de las desigualdades en la mortalidad por todas las causas fue distinta según la edad. En las mujeres más jóvenes de menor nivel educativo, la mortalidad fue casi cuatro veces mayor que en las de mayor nivel, mientras que en los hombres de esa edad fue 5,4 veces mayor (Tabla 1, Figura 7 ). A medida que aumenta la edad, estas desigualdades relativas en la mortalidad disminuyen, pero siguen siendo muy relevantes, especialmente entre los hombres de 45 a 64 años, en los que la razón de mortalidad entre los extremos del nivel educativo fue de 2,37 (I.C. del 95%: 2,16 , 2,60); en las mujeres, el valor correspondiente era 1,34 (I.C. del 95%: 1,16 , 1,54). Es de notar que en las personas de 65 y más años las desigualdades relativas sean de magnitud similar en mujeres y hombres, con un exceso de mortalidad de las personas con menor nivel educativo respecto a los del máximo nivel cercano al 30%.

La mayor mortalidad de las personas de edad más avanzada hace que la magnitud de las desigualdades absolutas aumente con la edad (Tabla 1). Sin embargo, el patrón fue distinto según el sexo: en las mujeres el IDP no mostraba valores estadísticamente significativos en las menores de 65 años y aumentaba de forma muy notable entre las de 65 y más años; en los hombres, las desigualdades absolutas en el grupo de 45 a 64 años fueron cuatro veces mayores que en los más jóvenes. Asimismo, esas desigualdades fueron mayores en los hombres que en las mujeres. Las mayores diferencias entre hombres y mujeres se dieron en las personas de 45 a 64 años, en las que la diferencia en las tasas entre los extremos del nivel educativo fue de 631 (I.C. del 95%: 354 , 908) en los hombres y de 151 (I.C. del 95%: -115 , 417) en las mujeres.

**Tabla 1. Desigualdades absolutas y relativas en la mortalidad por todas las causas, según grandes grupos de edad y sexo, CAPV 2009-2012**

Grupos de edad	Mujeres			Hombres	
		(I.C. <sup>c</sup> del 95%)		(I.C. del 95%)	
25 y más años	IDP <sup>a</sup>	426	(381 , 471)	664	(620 , 708)
	IRD <sup>b</sup>	1,47	(1,39 , 1,56)	1,58	(1,51 , 1,64)
25-44 años	IDP	81	(-60 , 223)	147	(37 , 257)
	IRD	3,78	(2,76 , 5,17)	5,40	(4,29 , 6,8)
45-64 años	IDP	151	(-115 , 417)	631	(354 , 908)
	IRD	1,34	(1,16 , 1,54)	2,37	(2,16 , 2,6)
65 y más años	IDP	2.848	(1.624 , 4.072)	2.658	(1.667 , 3.648)
	IRD	1,32	(1,26 , 1,39)	1,30	(1,24 , 1,36)

<sup>a</sup> Índice de desigualdad de la pendiente ajustado por edad, expresado como número de defunciones por 100.000.

<sup>b</sup> Índice relativo de desigualdad ajustado por edad.

<sup>c</sup> I.C.: Intervalo de confianza.

El impacto de las desigualdades en la mortalidad también fue muy distinto según la edad (Tabla 2). En términos relativos, el impacto fue mucho mayor en las personas más jóvenes que en las muy mayores. En los hombres de 25 a 44 años se habría evitado el 51% (534 de un total de 1.046) de las defunciones; en las mujeres, el 34% (181 de 537). Entre los 45 y 64 años, la proporción de defunciones atribuibles a las desigualdades fue del 39 y del 15%, en los hombres y las mujeres, respectivamente; mientras que en las de 65 y más años, la proporción de defunciones atribuibles fue mayor en las mujeres (18%) que en los hombres (16%).

**Tabla 2. Número de defunciones por todas las causas, observadas y atribuibles a las desigualdades por nivel educativo según grandes grupos de edad y sexo, 2009-2012**

Grupos de edad	Mujeres			Hombres		
	Total	Defunciones atribuibles	%	Total	Defunciones atribuibles	%
25 y más años	36.636	6.627	18,1	39.148	8.109	20,7
25-44 años	537	181	33,7	1.046	534	51,0
45-64 años	3.007	458	15,2	6.856	2.692	39,3
65 y más años	33.092	5.988	18,1	31.246	4.883	15,6

### 3.5. Desigualdades socioeconómicas en la mortalidad por causas de defunción, 2009-2012

De manera general, la mortalidad por las principales causas de muerte siguió un claro gradiente por nivel educativo, con mayor mortalidad al descender en el mismo. Sin embargo, entre las mujeres se observó el patrón inverso para algunas causas como el cáncer de pulmón y el cáncer de mama (Véase el Anexo 3). En lo que respecta a la magnitud de las desigualdades, el ranking de las causas de muerte es distinto según se consideren las desigualdades absolutas o las relativas, y según el sexo y la edad (Figuras 8 y 9).

#### *Desigualdades relativas*

- En ambos sexos, se observaron desigualdades relativas muy relevantes en los principales grupos de grandes causas de muerte, si bien la magnitud de las desigualdades y el ranking de los grupos de causas fue distinto entre mujeres y hombres.
- Por causas específicas, en ambos sexos, las causas con mayores desigualdades relativas en la mortalidad fueron los envenenamientos accidentales, y el sida y el VIH.
- En las mujeres, les siguieron en orden de magnitud la diabetes y la cirrosis, con una mortalidad cuatro veces mayor en aquellas con menos estudios respecto a las del máximo nivel. Además, destacaron el cáncer de cuello uterino, el cáncer de recto, la cardiopatía isquémica y la EPOC, todas ellas con excesos de mortalidad (entre los extremos de la escala educativa) cercanos o mayores al 100%.
- En los hombres, destacaron además el suicidio y la cirrosis, con excesos de mortalidad superiores al 200%, y la EPOC, el cáncer de laringe y la diabetes, con excesos mayores al 100%.

Al considerar los grandes grupos de causas, entre las mujeres, las mayores desigualdades relativas se dieron en las enfermedades infecciosas: la mortalidad en aquellas con menores estudios fue 2,86 (I.C. del 95%: 1,83 , 4,47) veces mayor que en las de mayores estudios, lo que equivale a un exceso de mortalidad de un 186%. En orden de magnitud, le seguían las enfermedades del aparato digestivo (exceso de mortalidad: 96%), las enfermedades del aparato respiratorio (78%), las enfermedades del aparato circulatorio (67%) y las causas externas (38%). Entre los hombres, las mayores desigualdades relativas se dieron en las causas externas (238%), seguidas en orden de magnitud por las enfermedades infecciosas (200%), las enfermedades respiratorias (139%), las enfermedades digestivas (121%), los tumores malignos (47%) y las enfermedades cardiovasculares (31%) (Tabla A3. Anexo 2).

Por causas específicas de defunción, en ambos sexos, las mayores desigualdades relativas entre las causas seleccionadas se observaron en la mortalidad por envenenamientos accidentales (no incluida en la figura), y por sida y VIH (Figura 8. Tabla A3 en Anexo 2). Entre las mujeres, en orden de magnitud, les siguieron la diabetes, la cirrosis, el cáncer de cuello uterino, el cáncer de recto, la cardiopatía isquémica y la EPOC, todas ellas con excesos de mortalidad (entre los extremos de la escala educativa) muy relevantes, cercanos o superiores al 100%. Así, es de notar que la mortalidad por diabetes en las mujeres con menores estudios fue 4,35 veces mayor (I.C. del 95%: 2,95 , 6,41) que en aquellas con el nivel máximo de estudios, es decir, un 335% mayor, o que en el caso de la cirrosis fuera un 327%. Otras causas con desigualdades relativas muy relevantes fueron el cáncer de estómago, los tumores hematológicos, la enfermedad cerebrovascular, los trastornos mentales orgánicos y las caídas accidentales. En el caso del cáncer de mama y del cáncer de colon el gradiente inverso se tradujo en que la mortalidad en las mujeres con menor nivel de estudios, respecto a aquellas con el nivel máximo, fuera un 37 y un 25% menor , respectivamente.

Entre los hombres, de las causas seleccionadas, los envenenamientos accidentales (no incluida en la figura) y el sida y el VIH fueron las que mostraron mayores desigualdades relativas. Le siguieron en orden de magnitud, el suicidio, la cirrosis, la EPOC, el cáncer de laringe y la diabetes, con excesos en la mortalidad mayores al 100%. Otras causas con desigualdades relativas muy relevantes fueron, entre los tumores malignos, el cáncer de recto, el cáncer de pulmón, el cáncer de estómago y el cáncer de próstata; entre las enfermedades cardiovasculares, la cardiopatía isquémica y los accidentes cerebrovasculares; entre otras causas, los trastornos mentales orgánicos y las lesiones de tráfico (Figura 8. Tabla A3 en Anexo 2).

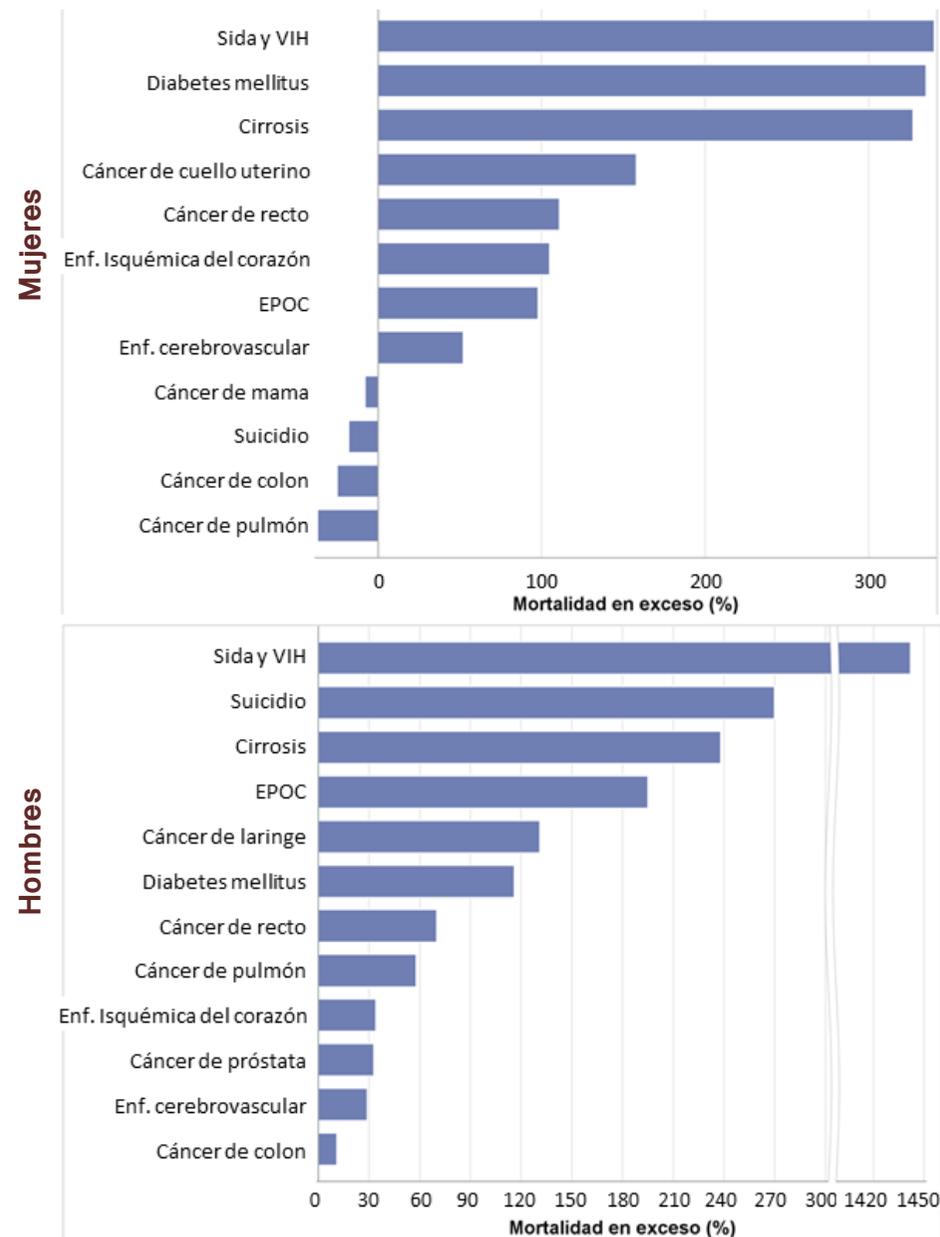


Figura 8. Desigualdades relativas<sup>a</sup> en la mortalidad por causas específicas según sexo en las personas de 25 y más años de edad, CAPV 2009-2012

<sup>a</sup>Medidas por el índice de relativo de desigualdad. Véanse los métodos en el Anexo.

## *Desigualdades absolutas*

- En términos absolutos, las desigualdades en la mortalidad fueron claramente mayores en los hombres que en las mujeres. Las mayores desigualdades absolutas en las mujeres se dieron en las enfermedades cardiovasculares; en los hombres, en los tumores malignos.
- En las mujeres, las causas específicas de defunción con mayores desigualdades fueron, en orden de magnitud, la enfermedad cerebrovascular, la enfermedad isquémica del corazón y la diabetes.
- Las causas con mayores desigualdades absolutas en los hombres fueron, en orden de magnitud, la EPOC, el cáncer de pulmón y la cardiopatía isquémica.

En general, la magnitud de las desigualdades absolutas en la mortalidad por las principales causas de defunción fue claramente mayor en los hombres que en las mujeres. En las mujeres, las mayores desigualdades se observaron en las enfermedades del aparato circulatorio (IDP: 157 defunciones por 100.000), seguidas en orden de magnitud por los tumores malignos (44 por 100.000), las enfermedades respiratorias (43 por 100.000), las enfermedades digestivas (29 por 100.000) y las enfermedades infecciosas (15 por 100.000) (Tabla A4. Anexo 2). En los hombres, el ranking fue distinto al de las mujeres. Los tumores malignos mostraron las mayores desigualdades absolutas (226 por 100.000), seguidos en orden de magnitud por las enfermedades cardiovasculares (122 por 100.000), las enfermedades respiratorias (109 por 100.000), las causas externas (54 por 100.000) y las enfermedades infecciosas (16 por 100.000) (Tabla A4. Anexo 2). Es de resaltar que las desigualdades absolutas para las enfermedades cardiovasculares fueron mayores en las mujeres que en los hombres.

La magnitud de las desigualdades absolutas en la mortalidad por las principales causas específicas fue claramente mayor en los hombres que en las mujeres. En ambos sexos, el ranking de causas difiere con respecto al antes descrito para las desigualdades relativas en la mortalidad. En las mujeres, las causas de muerte con mayores desigualdades absolutas fueron, en orden de magnitud, la enfermedad cerebrovascular (40,2 por 100.000), la enfermedad isquémica del corazón (35 por 100.000) y la diabetes (28 por 100.000). Les siguieron en magnitud la EPOC, la cirrosis, el cáncer de recto, el sida y el VIH, y el cáncer de cuello de útero. El valor negativo del IDP para el cáncer de pulmón indica que la mortalidad en las mujeres con el máximo nivel de estudios fue mayor que en las del menor nivel, con una diferencia entre ambos grupos de 12 por 100.000 (Figura 9). Las causas con mayores desigualdades absolutas en los hombres fueron, en orden de magnitud, la EPOC (66 por 100.000), el cáncer de pulmón, la cardiopatía isquémica y la cirrosis. Otras causas, como la enfermedad cerebrovascular, la diabetes, el cáncer de próstata y el suicidio mostraron desigualdades cercanas o superiores a 20 por 100.000, mientras que las producidas por el cáncer de colon, el cáncer de recto, y el sida y VIH fueron cercanas a 10 por 100.000 (Tabla A4. Anexo 2).

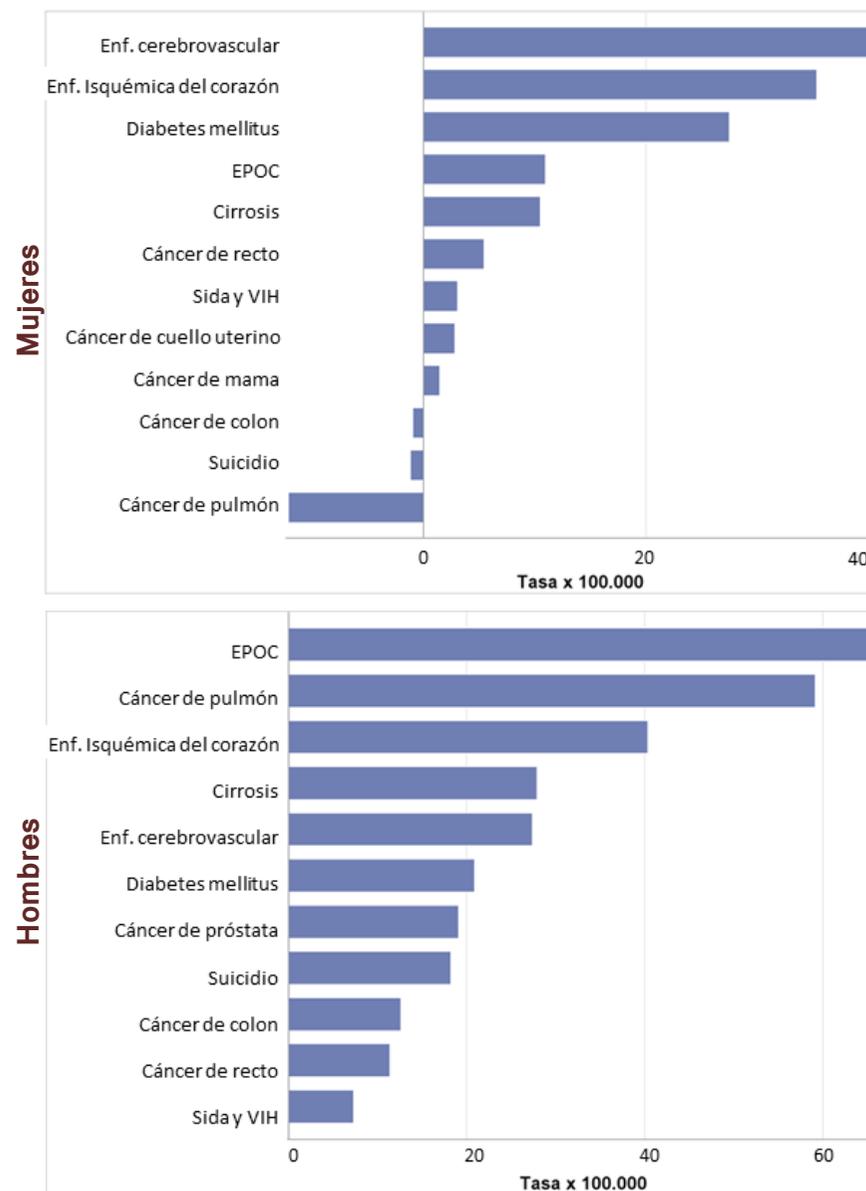


Figura 9. Desigualdades absolutas<sup>a</sup> en la mortalidad por causas específicas según sexo en las personas de 25 y más años de edad, CAPV 2009-2012

<sup>a</sup> Medidas por el índice de desigualdad de la pendiente estandarizado por edad y por 100.000. Véanse los métodos en el Anexo 1.

## Impacto de las desigualdades por nivel educativo en la mortalidad

- La proporción de defunciones atribuibles a las desigualdades fue muy relevante para las principales causas de defunción.
- En las mujeres, más de la mitad de las defunciones por enfermedades infecciosas fue atribuible a las desigualdades por nivel de estudios. Así mismo, la proporción de muertes atribuibles fue muy relevante para las enfermedades digestivas (38%), respiratorias (25%), cardiovasculares (25%) y tumores malignos (6%).
- En los hombres, el 44% de las defunciones por causas externas fueron atribuibles a las desigualdades, seguidas en orden de magnitud por las enfermedades respiratorias (34%), las infecciosas (33%), las digestivas (29%), los tumores malignos (23%) y las enfermedades cardiovasculares (12%).

En las mujeres, más de la mitad (56%) de la mortalidad por enfermedades infecciosas era atribuible a las desigualdades por nivel de estudios. La proporción de la mortalidad atribuible también es muy relevante para las enfermedades del aparato digestivo (38%), del aparato circulatorio (25%), del aparato respiratorio (22%) y, en menor magnitud, para los tumores (6%). En el caso de las causas externas se da el patrón inverso, con una mortalidad atribuible de pequeña magnitud. En los hombres, la proporción de defunciones atribuibles a las desigualdades fue muy relevante para todos los grandes grupos de causas seleccionados. La mayor proporción se dio en las causas externas (44%), seguida de las enfermedades del aparato respiratorio (34%), las enfermedades infecciosas (33%), las enfermedades del aparato digestivo (29%), los tumores (23%) y las enfermedades del aparato circulatorio (12%) (Tabla A5. Anexo 2).

Respecto a las causas específicas de defunción, en las mujeres, el 59% de las defunciones por sida y VIH fueron atribuibles a las desigualdades educativas. El impacto relativo de las desigualdades también fue muy relevante en la mortalidad por diabetes, cáncer de recto, cirrosis, cardiopatía isquémica, EPOC y enfermedad cerebrovascular. En sentido contrario, la mortalidad por cáncer de pulmón aumentaría si todas las mujeres tuvieran la misma mortalidad que las universitarias. En los hombres, la proporción de defunciones atribuibles a las desigualdades fue cercana o mayor al 50% para el sida y VIH, el suicidio, la cirrosis, el cáncer de laringe, y mayor al 20% para la EPOC, para la diabetes, el cáncer de recto y el cáncer de pulmón (Figura 10).

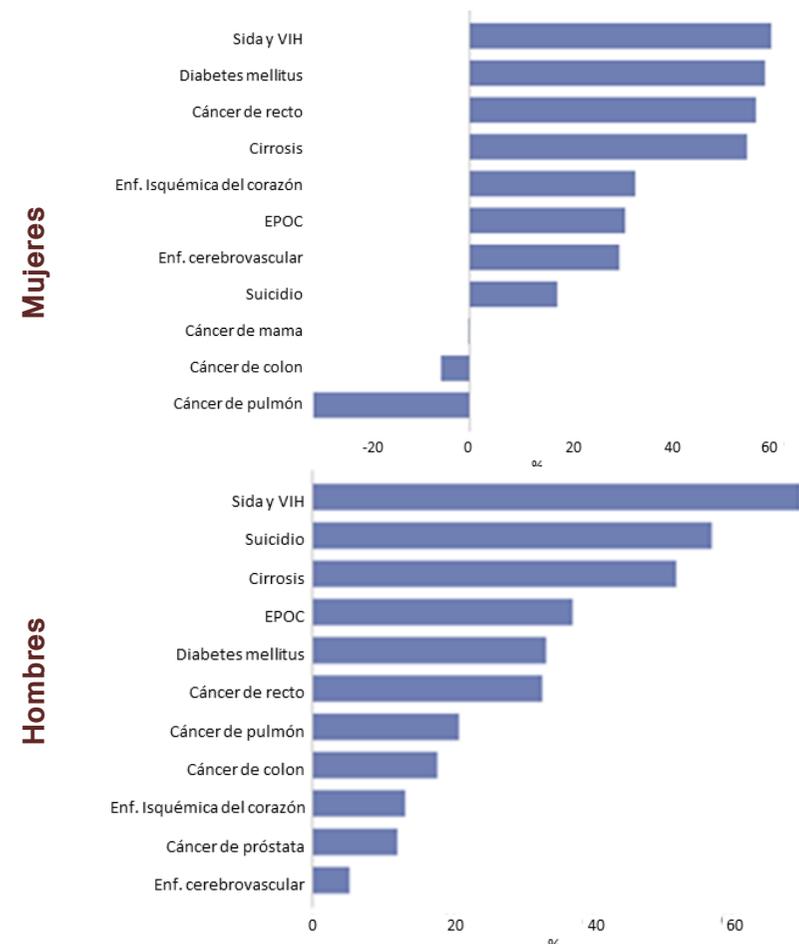


Figura 10. Proporción de defunciones atribuibles a las desigualdades educativas por causas específicas según sexo en las personas de 25 y más años de edad, CAPV 2009-2012

## Contribución de las causas de muerte a las desigualdades por nivel educativo en la mortalidad

- En las mujeres, las enfermedades del aparato circulatorio fueron responsables del 41% de la mortalidad atribuible a las desigualdades educativas, seguidas en orden de magnitud por las enfermedades respiratorias (10%), las enfermedades del aparato digestivo (10%) y los tumores (9%).
- En los hombres, la causa con mayor impacto en las desigualdades en la mortalidad fueron los tumores (40%), seguida de las enfermedades del aparato respiratorio (18%), las enfermedades del aparato circulatorio (16%) y las causas externas (8%).

El análisis de la contribución de las causas de defunción a la mortalidad atribuible a las desigualdades educativas ofrece claves para orientar las políticas de reducción de las desigualdades. Durante el periodo 2009-2012, entre las mujeres, las enfermedades del aparato circulatorio fueron responsables del 41% de la mortalidad atribuible a las desigualdades educativas, seguidas en orden de magnitud por las enfermedades respiratorias (10%), las enfermedades del aparato digestivo (10%) y los tumores (9%) (Figura 11. Tabla 3).

Entre los hombres, la causa con mayor impacto en las desigualdades en la mortalidad fueron los tumores (40%), seguida de las enfermedades del aparato respiratorio (18%), las enfermedades del aparato circulatorio (16%) y las causas externas (8%).

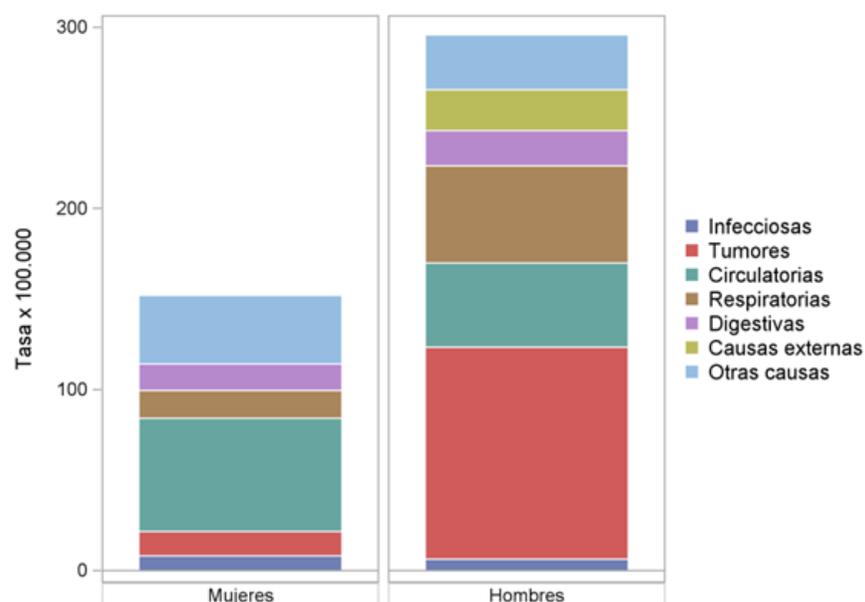


Figura 11. Mortalidad atribuible a las desigualdades por nivel educativo según causas de defunción y sexo, CAPV 2009-2012

Tabla 3. Mortalidad atribuible a las desigualdades por nivel educativo según causas de defunción y sexo, CAPV 2009-2012

	Mujeres		Hombres	
	Tasa <sup>a</sup>	%	Tasa	%
Infecciosas	8	5,4	6	2,1
Causas externas	-1	-0,5	23	7,7
Tumores	13	8,8	117	39,6
Circulatorias	63	41,4	46	15,7
Respiratorias	15	10,1	54	18,1
Digestivas	15	9,8	19	6,5
Otras causas	38	25,0	30	10,2
<b>Todas las causas</b>	<b>151</b>	<b>100,0</b>	<b>296</b>	<b>100,0</b>

<sup>a</sup>Tasa por 100.000

### 3.6. Desigualdades socioeconómicas en la mortalidad por las principales causas de defunción por grupos de edad

Tanto la magnitud de las desigualdades en la mortalidad, como las causas de defunción con mayor desigualdad fueron distintas según la edad y el sexo.

#### *25-44 años de edad.*

- En ambos sexos, las desigualdades absolutas para el cáncer de pulmón, los envenenamientos accidentales y el suicidio fueron muy relevantes. Son también de resaltar en las mujeres, los tumores hematológicos; en los hombres, las lesiones de tráfico y la cardiopatía isquémica.
- En ambos sexos, las desigualdades relativas fueron de gran magnitud para la mortalidad por envenenamientos accidentales, sida y VIH, y cirrosis. Además, en las mujeres, destacaron las desigualdades relativas para el cáncer de estómago y la enfermedad cardiovascular; en los hombres, para el cáncer de pulmón y la cardiopatía isquémica.
- En ambos sexos, la mortalidad atribuible a las desigualdades fue de gran magnitud para los envenenamientos accidentales, el cáncer de pulmón, y el suicidio. Igualmente, la proporción de defunciones atribuibles fue relevante en las mujeres para la cirrosis y los tumores hematológicos; en los hombres, para las lesiones de tráfico y la cardiopatía isquémica.

## Mujeres

Entre las mujeres de 25 a 44 años, las causas con mayores desigualdades absolutas fueron el cáncer de pulmón, los envenenamientos accidentales y el suicidio (Figura 12). Es de notar que en este grupo de edad más joven, a diferencia de lo visto para el conjunto de las mujeres, ya se observa una mayor mortalidad por cáncer de pulmón en aquellas con menor nivel de estudios. Las causas con mayores desigualdades relativas fueron los envenenamientos accidentales, la cirrosis, y el sida y el VIH. El pequeño número de defunciones para estas causas en las mujeres universitarias (categoría de referencia) hace que las estimaciones sean poco precisas (Tabla A6. Anexo 2). Sin embargo, los resultados muestran que las desigualdades relativas fueron de gran magnitud. Igualmente, en el periodo 2009-2012 fueron relevantes las desigualdades relativas en la mortalidad por cáncer de estómago, enfermedad cerebrovascular, cardiopatía isquémica y cáncer de pulmón. En lo que respecta al impacto de las desigualdades educativas en la mortalidad, la gran mayoría de las defunciones por envenenamientos accidentales fueron atribuibles a las desigualdades. También fue muy relevante la proporción de defunciones atribuibles para el cáncer de pulmón y el suicidio.



Figura 12. Desigualdades por nivel de estudios en la mortalidad por las principales causas de muerte en las mujeres de 25 a 44 años de edad, CAPV 2009-2012

## 25-44 años de edad.

### Hombres

En los hombres de 25 a 44 años de edad, las causas con mayores desigualdades absolutas fueron los envenenamientos accidentales, el suicidio y la cardiopatía isquémica, seguidas por las lesiones de tráfico y el cáncer de pulmón (Figura 13). En términos relativos, las desigualdades fueron mayores también para el sida y el VIH, los envenenamientos accidentales, la cirrosis, el cáncer de pulmón y la cardiopatía isquémica. Al igual que en las mujeres de estas edades, la magnitud de estas desigualdades relativas fue muy elevada (Tabla A6. Anexo 2). De manera similar a las mujeres, la mayoría de las desigualdades en la mortalidad por envenenamientos accidentales fueron atribuibles a las desigualdades. Es de resaltar que, además, la proporción de defunciones atribuibles a las desigualdades fuera de gran magnitud (entre el 48 y el 82%) para el cáncer de pulmón, lesiones de tráfico, cardiopatía isquémica y el suicidio.



Figura 13. Desigualdades por nivel de estudios en la mortalidad por las principales causas de muerte en los hombres de 25 a 44 años de edad, CAPV 2009-2012

Mujeres

En las mujeres, la enfermedad cerebrovascular fue la causa de mortalidad que mostró desigualdades absolutas y relativas más relevantes; además, el 40% de las defunciones por esas causas eran atribuibles a las desigualdades educativas. Otras causas con desigualdades relativas a resaltar fueron los envenenamientos accidentales, el sida y VIH, la cirrosis y el cáncer de cuello uterino.

Los envenenamientos accidentales aparecen como la causa de defunción con mayores desigualdades relativas. En las mujeres, le siguen en orden de magnitud el sida y VIH, la cirrosis, el cáncer de cuello uterino y la enfermedad cerebrovascular; en todas estas causas el exceso de mortalidad de las mujeres con menor nivel de estudios respecto a las de mayor nivel superó el 100% (Figura 14). En lo que respecta a las desigualdades absolutas, los resultados sugieren que para la enfermedad cerebrovascular y los tumores hematológicos, las desigualdades fueron estadísticamente significativas. Para esta última causa de muerte, la proporción de defunciones atribuibles a las desigualdades fue mayor al 40% (Tabla A7. Anexo 2).

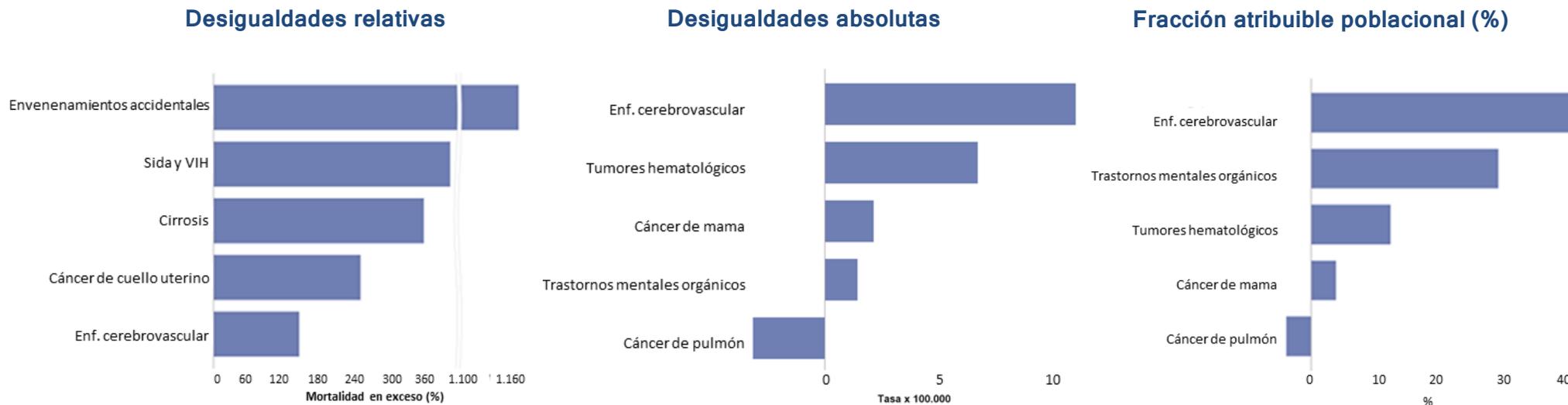


Figura 14. Desigualdades por nivel de estudios en la mortalidad por las principales causas de muerte en las mujeres de 45 a 64 años de edad, CAPV 2009-2012

## 45-64 años de edad

### Hombres

En los hombres, el cáncer de pulmón, la cirrosis, la cardiopatía isquémica, la enfermedad cerebrovascular y el cáncer de colon fueron las causas de muerte con mayores desigualdades absolutas. En todas estas causas, la fracción atribuible poblacional varió entre el 20 y el 80%; además de los envenenamientos accidentales, la diabetes, la EPOC, el sida y el VIH, y la cirrosis mostraron desigualdades relativas de gran magnitud.

Entre los hombres de 45 a 64 años, además de los envenenamientos accidentales, la diabetes, la EPOC, el sida y el VIH, y la cirrosis mostraron desigualdades relativas de gran magnitud, con excesos de mortalidad mayores al 300% (Figura 15). En términos absolutos, las mayores desigualdades se observaron, en orden de magnitud, para el cáncer de pulmón, la cirrosis, la cardiopatía isquémica, la enfermedad cerebrovascular y el cáncer de colon. En todas ellas, la magnitud de las desigualdades absolutas fue muy relevante. Esas mismas causas de muerte mostraron una fracción atribuible poblacional relativa muy elevada: la proporción de defunciones atribuibles a las desigualdades educativas varió entre el 80% para la cirrosis (valor máximo) y el 20% para el cáncer de colon (valor mínimo) (Tabla A7. Anexo 2).



Figura 15. Desigualdades por nivel de estudios en la mortalidad por las principales causas de muerte en los hombres de 45 a 64 años de edad, CAPV 2009-2012

Mujeres

En las mujeres, los trastornos mentales orgánicos, la enfermedad cerebrovascular, la cardiopatía isquémica y la diabetes mostraron desigualdades absolutas muy relevantes. La diabetes fue la causa de muerte con mayores desigualdades relativas: la mortalidad en aquellas con menores estudios fue 2,8 veces mayor que en aquellas con el nivel máximo de estudios.

En las mujeres de 65 y más años, los trastornos mentales orgánicos, la enfermedad cerebrovascular, la cardiopatía isquémica, la enfermedad de Alzheimer y la diabetes mostraron desigualdades absolutas mayores a 100 defunciones por 100.000. En términos relativos, la diabetes fue la causa de muerte con mayores desigualdades: la mortalidad en aquellas con menores estudios fue 2,8 veces mayor que en aquellas con el nivel máximo de estudios. Otras causas de muerte con excesos de mortalidad superiores al 50% fueron el cáncer de recto, la EPOC, la cardiopatía isquémica y el cáncer de estómago (Figura 16). La proporción de defunciones atribuibles a las desigualdades fue superior al 80% en la diabetes; esa proporción varió entre el 30 y el 40% para la cardiopatía isquémica, los trastornos mentales orgánicos y la enfermedad cerebrovascular (Tabla A8. Anexo 2).

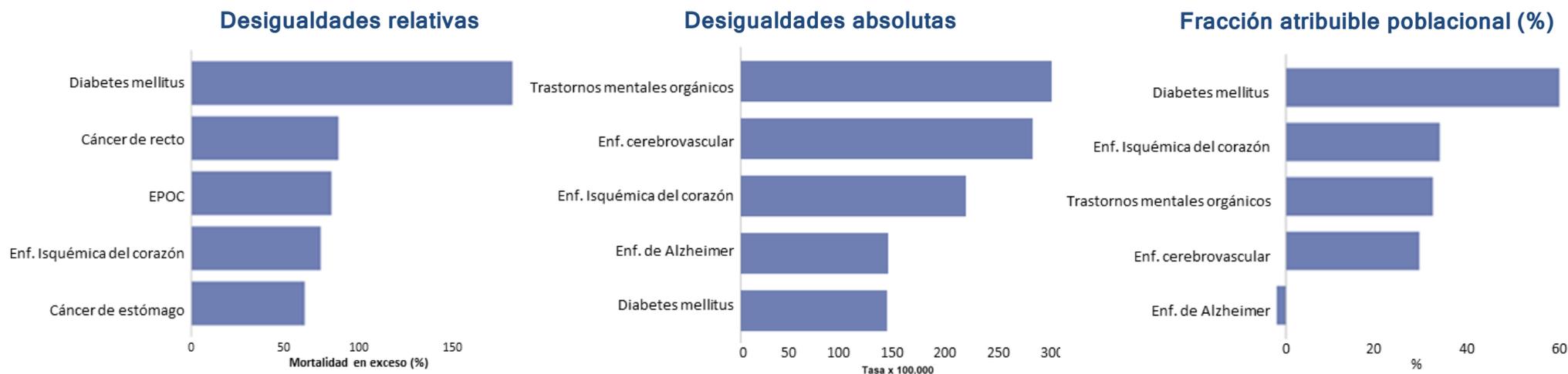


Figura 16. Desigualdades por nivel de estudios en la mortalidad por las principales causas de muerte en las mujeres de 65 y más años de edad, CAPV 2009-2012

## 65 y más años de edad

### Hombres

En los hombres, la EPOC fue la causa de defunción con mayores desigualdades absolutas, seguida en orden de magnitud por el cáncer de pulmón, los trastornos mentales orgánicos, la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular. Así mismo, más del 30% de la mortalidad por EPOC era atribuible a las desigualdades educativas.

La EPOC fue la causa de defunción con mayores desigualdades absolutas, mayores a 200 defunciones por 100.000. También fueron muy relevantes, las desigualdades en el caso de la cardiopatía isquémica, los trastornos mentales orgánicos, la enfermedad cerebrovascular y el cáncer de pulmón. Llama la atención que el sida y el VIH sea la causa de defunción con mayores desigualdades relativas: la mortalidad en los hombres con menores estudios fue 7,5 (IC del 95%: 2,8 , 19,7) veces mayor que en los que tenían el nivel educativo máximo. Le seguían en orden de magnitud el suicidio, la EPOC, el cáncer de estómago y la diabetes. En lo que respecta al impacto de las desigualdades en la mortalidad, más del 30% de la mortalidad por EPOC era atribuible a las desigualdades; la proporción de defunciones atribuibles fue también muy relevante para los trastornos mentales orgánicos, el cáncer de pulmón y la cardiopatía isquémica (Figura 17. Tabla A8 en Anexo 2).



Figura 17. Desigualdades por nivel de estudios en la mortalidad por las principales causas de muerte en los hombres de 65 y más años de edad, CAPV 2009-2012

### 3.7. Contribución de las causas de muerte a las desigualdades por nivel educativo en la mortalidad según la edad

- En las mujeres de 25 a 44 años, los tumores malignos fueron responsables del 40% de la mortalidad atribuible a las desigualdades educativas; en los hombres, las causas externas alcanzaron el 50% de la mortalidad atribuible.
- En los hombres más jóvenes las causas externas fueron la principal causa de mortalidad atribuible a las desigualdades, que cambió a los tumores malignos a partir de los 45 años.

La contribución de las causas de muerte a la mortalidad atribuible a las desigualdades fue distinta según la edad y el sexo. En las mujeres de 25 a 44 años, el 40% de la mortalidad atribuible se debía a los tumores malignos, y en segundo lugar se situaban las causas externas (21%); en los hombres de esa edad, por el contrario, las causas externas fueron la principal causa de mortalidad atribuible (50%), seguida de los tumores (20%). Al aumentar la edad en las mujeres, aumenta de forma muy notable la contribución de las enfermedades del aparato circulatorio, llegando a ser el 32 y el 60% de la mortalidad atribuible a las desigualdades en las de 45 a 64, y de 65 y más años de edad, respectivamente; en los hombres de edad media y mayores, los tumores (56 y 41% respectivamente) son la causa principal de mortalidad atribuible, seguida de las enfermedades circulatorias en los de 45 a 64 años, y las enfermedades respiratorias en los de 65 y más años (Tabla A9. Anexo 2).

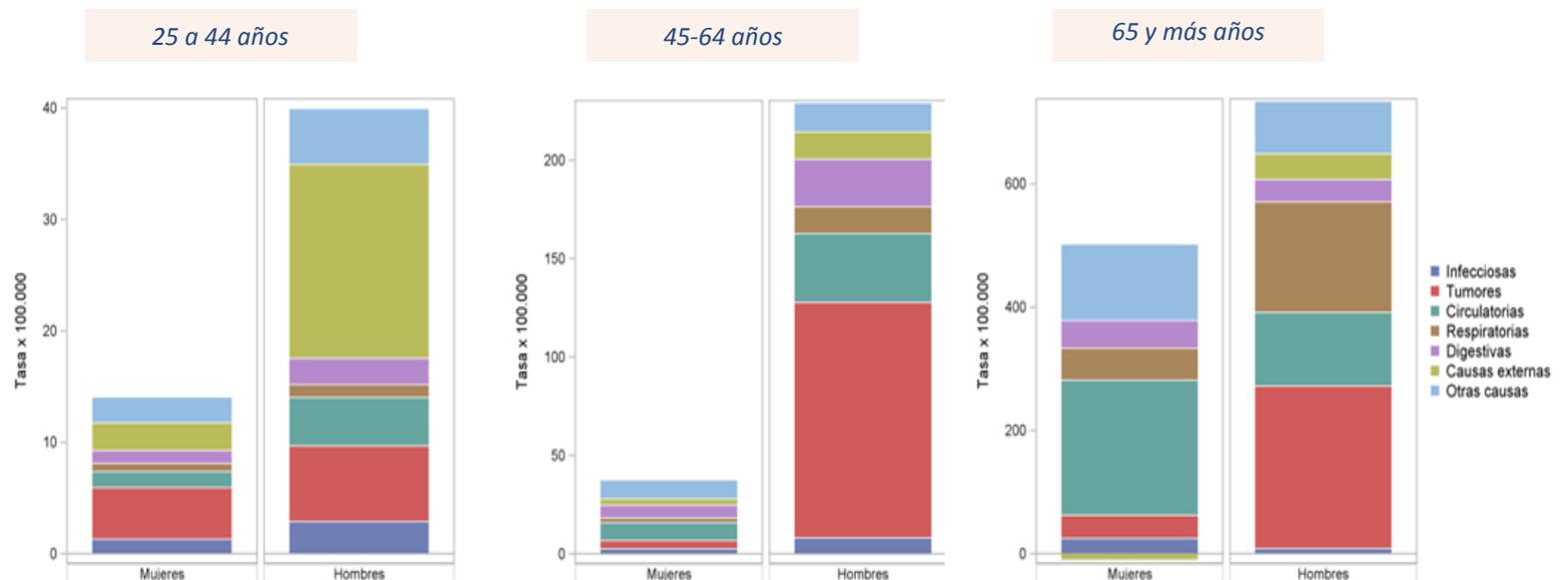


Figura 18. Mortalidad atribuible a las desigualdades por nivel educativo por causas de defunción según grandes grupos de edad y sexo, CAPV 2009-2012

## 4. Comentarios y conclusiones

### *Hallazgos principales*

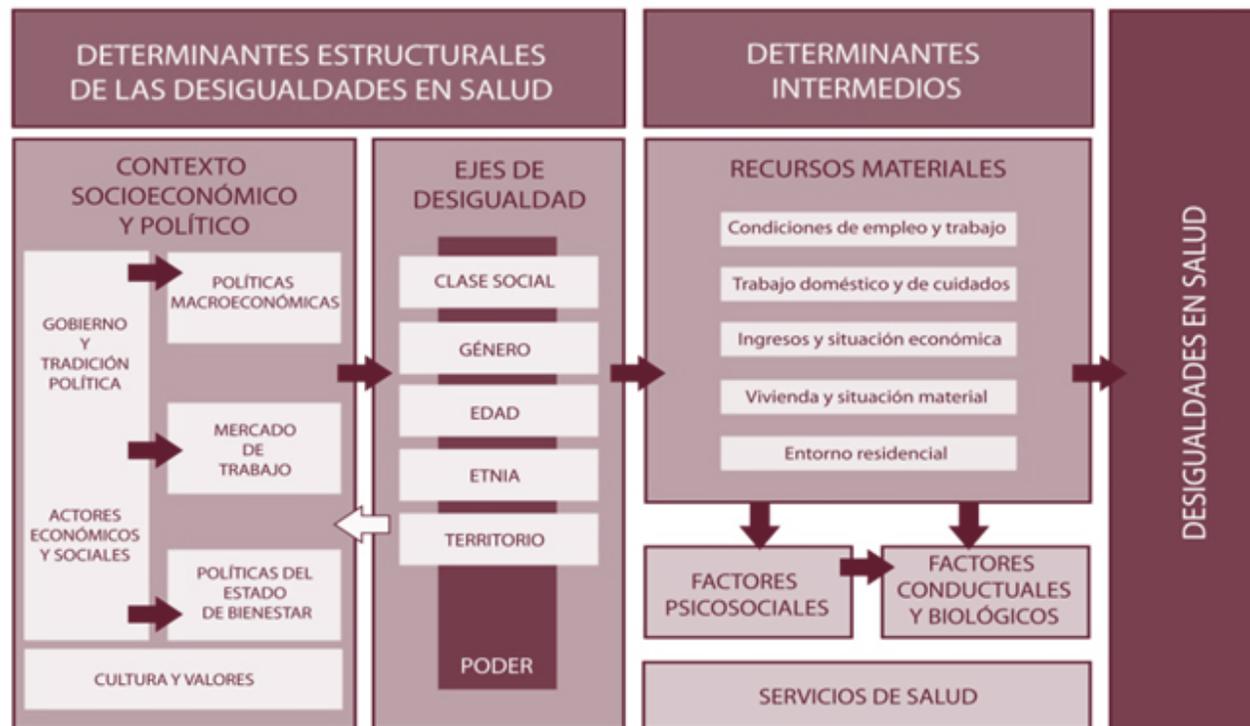
- **La mortalidad por todas las causas y por las principales causas de muerte siguió un marcado gradiente por nivel educativo, con mayor mortalidad al descender en el mismo.**
- **La magnitud de las desigualdades en la mortalidad fue muy relevante en ambos sexos.** En términos absolutos, la magnitud de las desigualdades en la mortalidad por todas las causas en los hombres fue cercana a la de la tasa de mortalidad por tumores malignos; en las mujeres, a la de las enfermedades del aparato circulatorio. Además, si toda la población tuviera la mortalidad de la población con formación universitaria, se evitarían 10 defunciones diarias, es decir, una quinta parte de las defunciones totales, lo que supera a la mortalidad atribuible a uno de los principales factores de riesgo como es el consumo de tabaco.
- **La brecha educativa en la mortalidad en las personas más jóvenes fue especialmente relevante.** La mortalidad en las personas de 25 a 44 años sin estudios formales cuadruplicó (en las mujeres) y quintuplicó (en los hombres) la de las personas con el máximo nivel de estudios. Las desigualdades en la mortalidad fueron también muy relevantes en edades más avanzadas en ambos sexos, tanto en términos relativos como absolutos.
- **Las enfermedades cardiovasculares fueron la causa que más contribuyó a las desigualdades en la mortalidad entre las mujeres, mientras que en los hombres lo fueron los tumores malignos.** En las mujeres, las causas específicas de defunción con mayores desigualdades absolutas fueron, en orden de magnitud, la enfermedad cerebrovascular, la cardiopatía isquémica y la diabetes; en los hombres, la EPOC, el cáncer de pulmón y la cardiopatía isquémica.
- **Las mayores desigualdades relativas, en ambos sexos, se dieron para los envenenamientos accidentales, y el VIH y sida.** En orden de magnitud les siguieron la diabetes, la cirrosis y el cáncer de cuello uterino; en los hombres, el suicidio, la cirrosis y la EPOC.
- **La contribución de las causas de muerte a la mortalidad atribuible a las desigualdades fue distinta según la edad y el sexo.** En las mujeres de 25 a 44 años destacaron los tumores, mientras que a partir de esa edad ocuparon el primer lugar las enfermedades cardiovasculares. En los hombres más jóvenes las causas externas fueron responsables de la mitad de la mortalidad atribuible a las desigualdades educativas; en los de 45 y más años los tumores malignos son responsables de cerca de la mitad de la mortalidad atribuible.

## *Interpretación de los resultados*

El patrón y magnitud de las desigualdades educativas en la mortalidad por sexo y grupos de edad en la CAPV son similares al conjunto Estado español<sup>9</sup>. Según el estudio que comparaba el conjunto del Estado español con las Comunidades Autónomas de Madrid, la CAPV y la ciudad de Barcelona, 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 Madrid<sup>10</sup>.

No hay estudios publicados que permitan comparar las desigualdades educativas en la mortalidad de la CAPV con las de otros países de Europa en los años posteriores a la crisis económica de 2008. Los estudios de periodos previos a la crisis muestran 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), son inferiores a las de otros países europeos<sup>2, 11, 12</sup>. Esas diferencias europeas norte-sur en las desigualdades en la mortalidad por todas las causas tienen 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 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 cáncer.<sup>13</sup> Sin embargo, las otras causas de muerte muestran 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.

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)<sup>2, 14</sup> (Figura 19).



Fuente: Comisión para reducir las Desigualdades en Salud en España, 2010<sup>7</sup>

Figura 19. Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud. Comisión para reducir 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 dieta<sup>15</sup>. Sin embargo, el potencial explicativo de esos factores de riesgo en la CAPV es relativamente reducido<sup>5</sup>. Por ello, se hace necesario tener en cuenta también otros factores como las condiciones de empleo (precariedad laboral) y trabajo (estrés laboral)<sup>16</sup>, la privación material (expresada por las dificultades para llegar a fin de mes) o la contaminación atmosférica<sup>17, 18</sup>, para explicar la magnitud de las desigualdades observada en nuestra comunidad.

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 del tabaquismo en la CAPV. Nuestra comunidad, al igual que otros países del sur de Europa, está en una etapa menos avanzada de esa epidemia que los del norte de Europa<sup>19</sup>, lo que puede explicar la mayor mortalidad por cáncer de pulmón en las mujeres más favorecidas, así como el patrón inverso en los hombres y en las mujeres más jóvenes. Además del consumo de tabaco, la valoración del patrón de las desigualdades en la mortalidad por cáncer de pulmón también debe considerar la exposición diferencial a carcinógenos en el entorno laboral<sup>20</sup>,<sup>21</sup> y a la contaminación atmosférica<sup>22</sup>.

En los hombres, es de resaltar el hallazgo relativo al cáncer de próstata, que mostró una mayor mortalidad en los grupos más desfavorecidos, lo que contrasta con la ausencia de desigualdades educativas en la mortalidad en el periodo 1996-2001<sup>23</sup>. Se hace necesario valorar si las desigualdades educativas en la mortalidad por cáncer de próstata en la CAPV tienen que ver con las desigualdades en la incidencia (lo que apuntaría a desigualdades en los factores de riesgo y la prevención primaria) y/o con la supervivencia (relacionada con las desigualdades en la atención sanitaria).

En las mujeres, de las localizaciones del cáncer sujetas a programas de cribado, las desigualdades relativas en la mortalidad por cáncer de cuello uterino son relevantes. Dada la menor frecuencia de participación en los programas de cribado de cáncer de cérvix<sup>24</sup> y en los programas de vacunación de las mujeres más desfavorecidas, será necesario asegurar una mayor participación de estas mujeres en ambos programas preventivos<sup>25</sup>. A diferencia del cáncer de colon, las desigualdades relativas en la mortalidad por cáncer de recto son evidentes en ambos sexos. Las desigualdades en la prevalencia de ciertos factores de riesgo (inactividad física, consumo de tabaco, dieta rica en carne)<sup>26</sup> o en la participación en los programas de cribado<sup>27</sup> explicaría sólo parcialmente el patrón de estas desigualdades.

Las desigualdades educativas en la mortalidad por diabetes fueron muy relevantes en ambos sexos y mayores en las mujeres que en los hombres, tanto en términos absolutos como relativos. Las desigualdades socioeconómicas en la prevalencia de obesidad, marcadamente mayores en las mujeres<sup>28</sup>, 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 favorecidas<sup>29</sup>. 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<sup>15, 30</sup>.

La cirrosis hepática, al igual que el conjunto de las enfermedades digestivas, mostraron desigualdades muy relevantes en ambos sexos, tanto en términos relativos como absolutos, que fueron mayores en los hombres que en las mujeres. La mortalidad por la 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 favorecidos<sup>29</sup>. 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 alcohol<sup>31</sup>.

Las grandes desigualdades relativas en la mortalidad por enfermedades infecciosas tienen que ver con la gran magnitud de las desigualdades relativas en la mortalidad por VIH y sida en las personas de 25 a 44 años. Sin embargo, la reducción observada en los últimos años en la mortalidad por VIH y sida hace que las desigualdades absolutas en la mortalidad por estas causas sean relativamente pequeñas<sup>32</sup>.

La mortalidad por suicidio (primera causa de muerte entre los hombres más jóvenes) mostró grandes desigualdades relativas en los hombres y especialmente en los más jóvenes, entre quienes las desigualdades absolutas en la mortalidad también fueron relevantes. Los factores explicativos de estas desigualdades incluyen aquellos que afectan más a los hombres más desfavorecidos, como son el consumo de drogas por vía parenteral<sup>33</sup>, el desempleo, la precariedad en el empleo, aspectos relacionados con la masculinidad (pérdida del rol de cabeza de familia, demandas de igualdad, etc.) y factores psicológicos individuales<sup>34</sup>. Llama también la atención la gran magnitud de las desigualdades relativas en la mortalidad por envenenamientos accidentales en las personas más jóvenes de ambos sexos y las desigualdades absolutas por esa causa en los hombres, lo que puede relacionarse con la mayor frecuencia de consumo de sustancias de riesgo<sup>35</sup> y con el menor conocimiento sobre la prevención de las sobredosis en las personas de posición socioeconómica más desfavorecida<sup>36</sup>. Es de notar que el conjunto de causas externas de defunción fue responsable de la mitad y de la quinta parte de la mortalidad atribuible a las desigualdades, respectivamente, en los hombres y en las mujeres.

## *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 evolución<sup>37</sup>.

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 mortalidad<sup>38</sup>

## *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.)<sup>39</sup>. 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” de las desigualdades sociales en salud<sup>40</sup>. 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 salud<sup>41</sup>.

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<sup>4,5,7</sup>. En este sentido, las políticas recogidas en el nuevo 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 individuales<sup>11</sup>. 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.

Los resultados descritos en este estudio se produjeron tras el comienzo de la última crisis económica, a partir de la cual aumentaron el desempleo y las desigualdades sociales. Además, las políticas de austeridad aplicadas durante esa crisis podrían haber aumentado la magnitud de las desigualdades socioeconómicas en la mortalidad descritas en este informe<sup>42</sup>. Estos argumentos refuerzan la necesidad de que las políticas antes descritas sean una prioridad de las políticas públicas, y de mantener los esfuerzos de monitorización de las desigualdades en la mortalidad en la CAPV.

## *Conclusiones*

Las desigualdades socioeconómicas en la mortalidad en la CAPV son muy 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 n° 2, Denmark, 2006.
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.
3. Graham H. Tackling Inequalities in Health in England: Remedying Health Disadvantages, Narrowing Health Gaps or Reducing Health Gradients? *Journal of Social Policy* 2004; 33:115–131.
4. Braveman P. Monitoring Equity in Health and Healthcare: A Conceptual Framework. *J Health Popul Nutr* 2003;21(3):181-192
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.
6. Departamento de Salud. Osasuna, pertsonen eskubidea, guztion ardura. Políticas de Salud para Euskadi, Plan de Salud 2013-2020. Borrador 3.0. Vitoria-Gasteiz; 2013
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. 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.
12. 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, Rodríguez-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.
13. 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.
14. 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.
15. 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.

16. 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>.
17. Franklin BA, Brook R, Arden Pope C 3rd. Air pollution and cardiovascular disease. *Curr Probl Cardiol*. 2015 May;40(5):207-38.
18. 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.
19. 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.
20. 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.
21. Andersen A, Barlow L, Engeland A, Kjaerheim K, Lynge E, Pukkala E. Work-related cancer in the Nordic countries. *Scand J Work Environ Health*. 1999;25 Suppl 2:1-116.
22. 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.
23. Osasun Saila. Departamento de Sanidad. Desberdintasun sozialak hilkortasunean: hilkortasuna eta maila sozioekonomikoa EAEn, 1996-2001. Desigualdades sociales en la mortalidad: mortalidad y posición socioeconómica en la CAPV, 1996-2001. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2005.
24. 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 yterino en la CAPV, 1992-2013. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud, Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria 2015.
25. 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.
26. 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.
27. 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.
28. Esnaola S, de Diego M, Elorriaga E, Martín U, Bacigalupe A, Calvo M, Aldasoro E, Pardillo B. Datu garrantzitsuak 2013ko Euskal Osasun Inkesta. Vitoria-Gasteiz. Osasun Saila, Azterlan eta Ikerkuntza Sanitarioko Zerbitzua 2013 / Datos relevantes de la Encuesta de Salud del País Vasco 2013. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud, Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria 2013.
29. 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.
30. Vandenhede 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.

31. Mackenbach JP, Kulhánová I, Bopp M, Borrell C, Deboosere P, Kovács K, Looman CW, Leinsalu M, Mäkelä P, Martikainen P, Menvielle G, Rodríguez-Sanz M, Rychtaříková J, de Gelder R. Inequalities in Alcohol-Related Mortality in 17 European Countries: A Retrospective Analysis of Mortality Registers. *PLoS Med.* 2015 Dec 1;12(12):e1001909.
32. 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.
33. 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.
34. Wyllie C, Platt S, Brownlie J, Chandler A, Connolly S, Evans R et al. Men, suicide and society. Samaritans, editor. Surrey (UK); 2012. Disponible en: <http://www.samaritans.org/sites/default/files/kcfinder/files/Men and Suicide Research Report 210912.pdf>.
35. 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.
36. 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.
37. 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.[Epub ahead of print]
38. 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.
39. Stringhini S, Carmeli C, Jokela M, Avendaño M, Muennig P, Guida F, Ricceri F, d'Errico A, Barros H, Bochud M, Chadeau-Hyam M, Clavel-Chapelon F, Costa G, Delpierre C, Fraga S, Goldberg M, Giles GG, Krogh V, Kelly-Irving M, Layte R, Lasserre AM, Marmot MG, Preisig M, Shipley MJ, Volenweider P, Zins M, Kawachi I, Steptoe A, Mackenbach JP, Vineis P, Kivimäki M; 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.
40. 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.
41. Tobias M. Social rank: a risk factor whose time has come? *Lancet.* 2017 Mar 25;389(10075):1172-1174. doi: 10.1016/S0140-6736(17)30191-5.
42. Stuckler D, Basu S. Por qué la austeridad mata. El coste humano de las políticas de recorte. Madrid: Taurus; 2013

# 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 la población de 25 y más años de edad, residente en la CAPV en los años 2009-2012. Los registros individuales del censo de población de 2006 se unieron con los de la mortalidad de los años 2009-2012. El periodo de seguimiento fue del 1 de enero de 2009 al 31 de diciembre de 2012. 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 2,8% y del 2,7% 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 muerte 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 muerte seleccionadas

Causas de muerte	Código CIE <sup>1</sup> -10
<b>1. Enf. Infecciosas</b>	<b>A00-B99, R75</b>
1.1 Sida y VIH	B20-B24, R75
<b>2. Tumores malignos</b>	<b>C00-D48</b>
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
<b>3. Diabetes mellitus</b>	<b>E10-E14</b>
<b>4. Trastornos mentales orgánicos</b>	<b>F00-F09</b>
<b>5. Enf. de Alzheimer</b>	<b>G30</b>
<b>6. Enf. sistema circulatorio</b>	<b>I00-I99</b>
6.1 Enf. isquémica del corazón	I20-I25
6.2 Enf. cerebrovascular	I60-I69
<b>7. Enf. sistema respiratorio</b>	<b>J0-J99</b>
7.1 EPOC <sup>2</sup>	J40-J44, J47
<b>8. Enf. sistema digestivo</b>	<b>K00-K93</b>
8.1 Cirrosis	K70, K72.1, K73, K74, K76(.1.9)
<b>9. Causas externas</b>	<b>V00-Y89, F11-F12, F14-F16, F19</b>
9.1 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(.0.1.2.3.4.5.6.7.8), V89(.2.9)
9.2 Caídas accidentales	W00-W19
9.3 Envenenamientos accidentales	X41-X45 F11-F12, F14-F16, F19
9.4 Suicidio	X60-X84
<b>10. Resto de causas</b>	-

<sup>1</sup>Clasificación Internacional de Enfermedades.

<sup>2</sup>Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

## *Análisis estadístico*

Se realizaron análisis separados en mujeres y hombres, para tres grandes grupos de edad (25-44, 46-64, y 65 y más años) y para todas las edades (25 y más años). Se calcularon tasas estandarizadas por edad de mortalidad, 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.

## Anexo 2. Tablas

---

<b>Tabla</b>	<b>Título</b>	<b>Página</b>
A1	Número de defunciones y de años-persona de seguimiento por nivel de estudios según grandes grupos de edad y sexo. CAPV 2009-2012	42
A2	Número y distribución porcentual de las defunciones según causa de muerte y sexo en las personas de 25 y más años de edad. CAPV 2009-2012	43
A3	Desigualdades relativas en la mortalidad por nivel de estudios según causa de muerte y sexo en las personas de 25 y más años de edad. CAPV 2009-2012	44
A4	Desigualdades absolutas en la mortalidad por nivel de estudios según causa de muerte y sexo en las personas de 25 y más años de edad. CAPV 2009-2012	45
A5	Defunciones observadas y atribuibles a las desigualdades por nivel de estudios según causa de muerte y sexo en las personas de 25 y más años de edad. CAPV 2009-2012	46
A6	Desigualdades absolutas y relativas, e impacto de las desigualdades por nivel de estudios en la mortalidad según causa de muerte y sexo. 25-44 años de edad, CAPV 2009-2012	47
A7	Desigualdades absolutas y relativas, e impacto de las desigualdades por nivel de estudios en la mortalidad según causa de muerte y sexo. 45-64 años de edad, CAPV 2009-2012	48
A8	Desigualdades absolutas y relativas, e impacto de las desigualdades por nivel de estudios en la mortalidad según causa de muerte y sexo. 65 y más años de edad, CAPV 2009-2012	49
A9	Tasa de mortalidad atribuible a las desigualdades en el nivel de estudios por causas de defunción, según grandes grupos de edad y sexo. CAPV 2009-2012	50

**Tabla A1**

Número de defunciones y de años-persona de seguimiento por nivel de estudios según grandes grupos de edad y sexo. CAPV 2009-2012

	Mujeres				Hombres			
	Defunciones		Años-persona		Defunciones		Años-persona	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
<b>25 y más años</b>								
<b>Total</b>	<b>36.636</b>	<b>100,0</b>	<b>3.492.780</b>	<b>100,0</b>	<b>39.148</b>	<b>100,0</b>	<b>3.247.156</b>	<b>100,0</b>
Sin estudios	6.558	17,9	159.143	4,6	4.340	11,1	95.524	2,9
Primaria	24.501	66,9	1.451.034	41,5	23.832	60,9	1.199.282	36,9
Sec. inferior	2.375	6,5	465.181	13,3	3.723	9,5	490.265	15,1
Sec. superior	1.454	4	564.219	16,2	3.862	9,9	741.360	22,8
Universitaria	1.748	4,8	853.204	24,4	3.392	8,7	720.726	22,2
<b>25-44 años</b>								
<b>Total</b>	<b>537</b>	<b>100,0</b>	<b>1.254.280</b>	<b>100,0</b>	<b>1.047</b>	<b>100,0</b>	<b>1.319.724</b>	<b>100,0</b>
Sin estudios	10	1,8	6.809	0,5	20	1,9	9.703	0,7
Primaria	176	32,9	207.686	16,6	435	41,6	299.382	22,7
Sec. inferior	68	12,6	166.574	13,3	180	17,2	222.834	16,9
Sec. superior	133	24,9	322.248	25,7	262	25,1	390.974	29,6
Universitaria	150	27,9	550.963	43,9	150	14,3	396.831	30,1
<b>45-64 años</b>								
<b>Total</b>	<b>3.007</b>	<b>100,0</b>	<b>1.235.264</b>	<b>100,0</b>	<b>6.856</b>	<b>100,0</b>	<b>1.199.105</b>	<b>100,0</b>
Sin estudios	119	3,9	23.942	1,9	237	3,5	18.812	1,6
Primaria	1.445	48,1	543.895	44,0	3.319	48,4	457.379	38,1
Sec. inferior	537	17,9	214.907	17,4	1.159	16,9	193.273	16,1
Sec. superior	445	14,8	199.518	16,2	1.349	19,7	282.539	23,6
Universitaria	461	15,3	253.002	20,5	792	11,6	247.102	20,6
<b>65 y más años</b>								
<b>Total</b>	<b>33.092</b>	<b>100,0</b>	<b>1.003.235</b>	<b>100,0</b>	<b>31.247</b>	<b>100,0</b>	<b>728.326</b>	<b>100,0</b>
Sin estudios	6.430	19,4	128.391	12,8	4.083	13,1	67.008	9,2
Primaria	22.880	69,1	699.452	69,7	20.078	64,3	442.520	60,8
Sec. inferior	1.770	5,3	83.700	8,3	2.385	7,6	74.158	10,2
Sec. superior	875	2,6	42.453	4,2	2.251	7,2	67.847	9,3
Universitaria	1.137	3,4	49.239	4,9	2.450	7,8	76.793	10,5

**Tabla A2**

Número y distribución porcentual de las defunciones según causa de muerte y sexo en las personas de 25 y más años de edad. CAPV 2009-2012

Causas de defunción	Defunciones			
	Mujeres		Hombres	
	N	(%)	N	(%)
<b>Todas las causas</b>	<b>36.636</b>	<b>100,0</b>	<b>39.148</b>	<b>100,0</b>
<b>Enf. Infecciosas</b>	<b>635</b>	<b>1,7</b>	<b>590</b>	<b>1,5</b>
Sida y VIH	44	0,1	118	0,3
<b>Tumores malignos</b>	<b>8.861</b>	<b>24,2</b>	<b>14.653</b>	<b>37,4</b>
Cáncer de pulmón	887	2,4	3.483	8,9
Cáncer de laringe	21	0,1	349	0,9
Cáncer de colon	886	2,4	1.504	3,8
Cáncer de recto	270	0,7	521	1,3
Cáncer de mama	1.264	3,5	-	-
Cáncer de estómago	555	1,5	843	2,2
Cáncer de próstata	-	-	1.354	3,5
Cáncer de páncreas	611	1,7	651	1,7
Tumores hematológicos	778	2,1	853	2,2
Cáncer de vejiga	206	0,6	794	2,0
Cáncer de cuello uterino	98	0,3	-	-
Cáncer de ovario	386	1,1	-	-
Cáncer de útero	206	0,6	-	-
<b>Trastornos mentales orgánicos</b>	<b>2.828</b>	<b>7,7</b>	<b>1.379</b>	<b>3,5</b>
<b>Enf. de Alzheimer</b>	<b>1.839</b>	<b>5,0</b>	<b>705</b>	<b>1,8</b>
<b>Enf. sistema circulatorio</b>	<b>11.531</b>	<b>31,5</b>	<b>10.459</b>	<b>26,7</b>
Enf. isquémica del corazón	2.171	5,9	3.404	8,7
Enf. cerebrovascular	3.165	8,6	2.431	6,2
<b>Diabetes mellitus</b>	<b>1.051</b>	<b>2,9</b>	<b>792</b>	<b>2,0</b>
<b>Enf. sistema respiratorio</b>	<b>3.094</b>	<b>8,4</b>	<b>3.891</b>	<b>9,9</b>
EPOC <sup>a</sup>	766	2,1	2.045	5,2
<b>Enf. sistema digestivo</b>	<b>1.699</b>	<b>4,6</b>	<b>1.919</b>	<b>4,9</b>
Cirrosis	328	0,9	759	1,9
<b>Causas externas</b>	<b>825</b>	<b>2,3</b>	<b>1.561</b>	<b>4,0</b>
Suicidio	148	0,4	422	1,1
Lesiones de tráfico	46	0,1	195	0,5
Caídas accidentales	167	0,5	261	0,7
Envenenamientos accidentales	36	0,1	138	0,4
<b>Resto de causas</b>	<b>4.273</b>	<b>11,7</b>	<b>3.199</b>	<b>8,2</b>

<sup>a</sup> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

# Tabla A3

Desigualdades relativas en la mortalidad por nivel de estudios según causa de muerte y sexo en las personas de 25 y más años de edad. CAPV 2009-2012

Causas de defunción	Mujeres		Hombres	
	IRD <sup>a</sup>	(IC <sup>b</sup> al 95%)	IRD	(IC al 95%)
<b>Todas las causas</b>	<b>1,47</b>	<b>(1,39 , 1,56)</b>	<b>1,58</b>	<b>(1,51 , 1,64)</b>
<b>Enf. Infecciosas</b>	<b>2,86</b>	<b>(1,83 , 4,47)</b>	<b>3,00</b>	<b>(2,08 , 4,33)</b>
Sida y VIH	4,40	(1,17 , 16,55)	15,42	(6,91 , 34,43)
<b>Tumores malignos</b>	<b>1,06</b>	<b>(0,95 , 1,17)</b>	<b>1,47</b>	<b>(1,37 , 1,57)</b>
Cáncer de pulmón	0,63	(0,47 , 0,84)	1,58	(1,37 , 1,81)
Cáncer de laringe	<sup>c</sup>	-	1,58	(1,37 - 1,81)
Cáncer de colon	0,75	(0,54 , 1,04)	1,11	(0,90 , 1,37)
Cáncer de recto	2,11	(1,10 , 4,06)	1,70	(1,17 , 2,46)
Cáncer de mama	0,92	(0,71 , 1,20)	-	-
Cáncer de estómago	2,52	(1,59 , 4,01)	1,98	(1,48 , 2,67)
Cáncer de próstata	-	-	1,33	(1,05 , 1,67)
Cáncer de páncreas	0,98	(0,66 , 1,46)	1,03	(0,76 , 1,40)
Tumores hematológicos	1,60	(1,10 , 2,32)	1,16	(0,88 , 1,53)
Cáncer de vejiga	1,43	(0,68 , 3,01)	1,21	(0,90 , 1,62)
Cáncer de cuello uterino	2,58	(0,98 , 6,78)	-	-
Cáncer de ovario	0,75	(0,47 , 1,20)	-	-
Cáncer de útero	1,10	(0,55 , 2,20)	-	-
<b>Trastornos mentales orgánicos</b>	<b>1,63</b>	<b>(1,32 , 2,01)</b>	<b>1,57</b>	<b>(1,23 , 1,99)</b>
<b>Enf. de Alzheimer</b>	<b>1,16</b>	<b>(0,90 , 1,49)</b>	<b>1,18</b>	<b>(0,86 , 1,62)</b>
<b>Enf. sistema circulatorio</b>	<b>1,67</b>	<b>(1,51 , 1,86)</b>	<b>1,31</b>	<b>(1,20 , 1,42)</b>
Enf. isquémica del corazón	2,05	(1,61 , 2,62)	1,34	(1,16 , 1,54)
Enf. cerebrovascular	1,52	(1,25 , 1,85)	1,29	(1,09 , 1,53)
<b>Diabetes mellitus</b>	<b>4,35</b>	<b>(2,95 , 6,41)</b>	<b>2,16</b>	<b>(1,56 , 2,99)</b>
<b>Enf. sistema respiratorio</b>	<b>1,78</b>	<b>(1,46 , 2,18)</b>	<b>2,39</b>	<b>(2,06 , 2,78)</b>
EPOC <sup>d</sup>	1,98	(1,32 , 2,99)	2,95	(2,38 , 3,66)
<b>Enf. sistema digestivo</b>	<b>1,96</b>	<b>(1,50 , 2,56)</b>	<b>2,21</b>	<b>(1,81 , 2,69)</b>
Cirrosis	4,27	(2,37 , 7,70)	3,38	(2,47 , 4,62)
<b>Causas externas</b>	<b>1,38</b>	<b>(0,98 , 1,95)</b>	<b>3,38</b>	<b>(2,73 , 4,19)</b>
Suicidio	0,82	(0,40 , 1,68)	3,70	(2,47 , 5,55)
Lesiones de tráfico	2,11	(0,54 , 8,30)	2,47	(1,40 , 4,36)
Caídas accidentales	9,23	(4,25 , 20,09)	1,31	(0,79 , 2,16)
Envenenamientos accidentales	34,92	(7,54 , 161,7)	21,36	(10,19 , 44,77)
<b>Resto de causas</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

<sup>a</sup> Índice relativo de desigualdad. Véase Anexo I Métodos

<sup>b</sup> Intervalo de confianza

<sup>c</sup> No estimado, debido al reducido número de defunciones

<sup>d</sup> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

**Tabla A4**

Desigualdades absolutas en la mortalidad por nivel de estudios según causa de muerte y sexo en las personas de 25 y más años de edad. CAPV 2009-2012

Causas de defunción	Mujeres		Hombres	
	IDP <sup>a</sup>	(IC <sup>b</sup> al 95%)	IDP	(IC al 95%)
<b>Todas las causas</b>	<b>426,1</b>	<b>(381,1 , 471,2)</b>	<b>664,0</b>	<b>(619,5 , 708,4)</b>
<b>Enf. Infecciosas</b>	<b>15,3</b>	<b>(13,3 , 17,3)</b>	<b>16,2</b>	<b>(9,5 , 22,9)</b>
Sida y VIH	3,1	(1,6 , 4,6)	7,3	(2,4 , 12,3)
<b>Tumores malignos</b>	<b>43,8</b>	<b>(29,1 , 58,4)</b>	<b>226,4</b>	<b>(205,1 , 247,8)</b>
Cáncer de pulmón	-12,2	(-19,5 , -4,8)	59,2	(49,88 , 68,47)
Cáncer de laringe	<sup>c</sup>	-	7,35	(5,2 , 9,5)
Cáncer de colon	-1,0	(-4,1 , 2,2)	12,6	(8,8 , 16,4)
Cáncer de recto	5,5	(3,8 , 7,1)	11,4	(9,1 , 13,7)
Cáncer de mama	1,5	(-3,5 , 6,4)	-	-
Cáncer de estómago	12,9	(10,4 , 15,3)	22,5	(19,4 , 25,6)
Cáncer de próstata	-	-	19,1	(17,1 , 21,1)
Cáncer de páncreas	1,3	(-0,3 , 2,8)	3,2	(-0,4 , 6,8)
Tumores hematológicos	13,0	(10,1 , 16,0)	7,7	(4,6 , 10,8)
Cáncer de vejiga	1,8	(0,7 , 2,8)	7,6	(5,0 , 10,3)
Cáncer de cuello uterino	2,5	(0,1 , 5,0)	-	-
Cáncer de ovario	2,9	(1,3 , 4,4)	-	-
Cáncer de útero	-1,9	(-4,6 , 0,9)	-	-
<b>Trastornos mentales orgánicos</b>	<b>37,3</b>	<b>(36,4 , 38,1)</b>	<b>26,7</b>	<b>(26,1 , 27,4)</b>
<b>Enf. de Alzheimer</b>	<b>11,1</b>	<b>(10,4 , 11,7)</b>	<b>6,0</b>	<b>(4,3 , 7,6)</b>
<b>Enf. sistema circulatorio</b>	<b>156,6</b>	<b>(147,1 , 166,1)</b>	<b>121,5</b>	<b>(107,2 , 135,9)</b>
Enf. isquémica del corazón	35,4	(31,4 , 39,3)	40,4	(32,6 , 48,1)
Enf. cerebrovascular	40,2	(37,4 , 43,0)	27,4	(23,4 , 31,4)
<b>Diabetes mellitus</b>	<b>27,5</b>	<b>(25,6 , 29,4)</b>	<b>20,9</b>	<b>(19,3 , 22,6)</b>
<b>Enf. sistema respiratorio</b>	<b>42,7</b>	<b>(37,6 , 47,9)</b>	<b>109,1</b>	<b>(101,6 , 116,6)</b>
EPOC <sup>d</sup>	11,0	(8,2 , 13,8)	66,2	(62,1 , 70,3)
<b>Enf. sistema digestivo</b>	<b>29,1</b>	<b>(26,1 , 32,0)</b>	<b>47,7</b>	<b>(38,0 , 57,5)</b>
Cirrosis	10,5	(8,2 , 12,9)	27,9	(23,6 , 32,3)
<b>Causas externas</b>	<b>6,2</b>	<b>(2,0 , 10,4)</b>	<b>54,0</b>	<b>(47,4 , 60,6)</b>
Suicidio	-1,2	(-3,7 , 1,3)	18,2	(14,7 , 21,8)
Lesiones de tráfico	0,8	(-1,1 , 2,7)	5,5	(2,8 , 8,1)
Caídas accidentales	-1,3	(-1,8 , -0,9)	2,7	(0,7 , 4,8)
Envenenamientos accidentales	3,1	(1,8 , 4,3)	9,6	(7,4 , 11,9)
<b>Resto de causas</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

<sup>a</sup> Índice de desigualdad de la pendiente. Véase Anexo I Métodos

<sup>b</sup> Intervalo de confianza

<sup>c</sup> No estimado, debido al reducido número de defunciones

<sup>d</sup> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

**Tabla A5**

Defunciones observadas y atribuibles a las desigualdades por nivel de estudios según causa de muerte y sexo en las personas de 25 y más años de edad. CAPV 2009-2012

Causas de defunción	Mujeres			Hombres		
	N defunciones		FAP <sup>a</sup> (%)	N defunciones		FAP (%)
	Observadas	Atribuibles		Observadas	Atribuibles	
<b>Todas las causas</b>	<b>36.636</b>	<b>6.627</b>	<b>18,1</b>	<b>39.148</b>	<b>8.109</b>	<b>20,7</b>
<b>Enf. Infecciosas</b>	<b>635</b>	<b>353</b>	<b>55,5</b>	<b>590</b>	<b>195</b>	<b>33,1</b>
Sida y VIH	44	26	59,1	118	83	70,4
<b>Tumores malignos</b>	<b>8.861</b>	<b>532</b>	<b>6,0</b>	<b>14.653</b>	<b>3.360</b>	<b>22,9</b>
Cáncer de pulmón	887	-272	-30,6	3.483	738	21,2
Cáncer de laringe	21	<sup>b</sup>	<sup>b</sup>	349	164	47,0
Cáncer de colon	886	-50	-5,7	1.504	272	18,1
Cáncer de recto	270	151	56,1	521	173	33,2
Cáncer de mama	1.264	-4	-0,3	-	-	-
Cáncer de estómago	555	187	33,7	843	324	38,4
Cáncer de próstata	-	-	-	1.354	167	12,3
Cáncer de páncreas	611	34	5,6	651	136	21,0
Tumores hematológicos	778	373	48,0	853	139	16,3
Cáncer de vejiga	206	-52	-25,4	794	70	8,9
Cáncer de cuello uterino	98	53	54,3	-	-	-
Cáncer de ovario	386	-125	-32,4	-	-	-
Cáncer de útero	206	-31	-15,0	-	-	-
<b>Trastornos mentales orgánicos</b>	<b>2.828</b>	<b>893</b>	<b>31,6</b>	<b>1.379</b>	<b>401</b>	<b>29,1</b>
<b>Enf. de Alzheimer</b>	<b>1.839</b>	<b>-37</b>	<b>-2,0</b>	<b>705</b>	<b>-66</b>	<b>-9,4</b>
<b>Enf. sistema circulatorio</b>	<b>11.531</b>	<b>2.844</b>	<b>24,7</b>	<b>10.459</b>	<b>1.244</b>	<b>11,9</b>
Enf. isquémica del corazón	2.171	705	32,5	3.404	457	13,4
Enf. cerebrovascular	3.165	928	29,3	2.431	131	5,4
<b>Diabetes mellitus</b>	<b>1.051</b>	<b>608</b>	<b>57,8</b>	<b>792</b>	<b>267</b>	<b>33,8</b>
<b>Enf. sistema respiratorio</b>	<b>3.094</b>	<b>691</b>	<b>22,3</b>	<b>3.891</b>	<b>1.302</b>	<b>33,5</b>
EPOC <sup>c</sup>	766	234	30,5	2.045	768	37,6
<b>Enf. sistema digestivo</b>	<b>1.699</b>	<b>639</b>	<b>37,6</b>	<b>1.919</b>	<b>557</b>	<b>29,0</b>
Cirrosis	328	178	54,3	759	399	52,5
<b>Causas externas</b>	<b>825</b>	<b>-55</b>	<b>-6,6</b>	<b>1.561</b>	<b>684</b>	<b>43,8</b>
Suicidio	148	26	17,2	422	243	57,6
Lesiones de tráfico	46	-13	-27,8	195	50	25,4
Caídas accidentales	167	-104	-62,0	261	40	15,5
Envenenamientos accidentales	36	15	42,5	138	109	79,2
<b>Resto de causas</b>	<b>4.273</b>	<b>160</b>	<b>3,7</b>	<b>3.199</b>	<b>166</b>	<b>5,2</b>

<sup>a</sup> Fracción atribuible poblacional. Véase Anexo I

Métodos

<sup>b</sup> No estimado, debido al reducido número de defunciones

<sup>c</sup> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

**Tabla A6**

Desigualdades absolutas y relativas, e impacto de las desigualdades por nivel de estudios en la mortalidad según causa de muerte y sexo. 25-44 años de edad, CAPV 2009-2012

Causas de defunción	Mujeres							Hombres						
	IRD <sup>a</sup>	(IC <sup>b</sup> al 95%)	IDP <sup>a</sup>	(IC <sup>b</sup> al 95%)	N defunciones		FAP <sup>a</sup> (%)	IRD	(IC al 95%)	IDP	(IC al 95%)	N defunciones		FAP (%)
					Observadas	Atribuibles						Observadas	Atribuibles	
<b>Todas las causas</b>	<b>3,78</b>	<b>(2,76 , 5,17)</b>	<b>81,5</b>	<b>(-60,2 , 223,2)</b>	<b>537</b>	<b>181</b>	<b>33,7</b>	<b>5,40</b>	<b>(4,29 , 6,80)</b>	<b>146,9</b>	<b>(36,8 , 256,9)</b>	<b>1.046</b>	<b>534</b>	<b>51,0</b>
<b>Enf. Infecciosas</b>	<b>28,00</b>	<b>(4,22 , 185,76)</b>	<b>6,7</b>	<b>(2,0 , 11,5)</b>	<b>22</b>	<b>17</b>	<b>75,5</b>	<b>56,63</b>	<b>(14,47 , 221,67)</b>	<b>11,5</b>	<b>(4,7 , 18,2)</b>	<b>54</b>	<b>39</b>	<b>72,2</b>
Sida y VIH	43,98	(4,39 , 440,45)	5,7	(2,5 , 8,8)	17	14	84,1	47,27	(9,90 , 225,81)	8,2	(3,6 , 12,7)	39	28	70,5
<b>Tumores malignos</b>	<b>2,09</b>	<b>(1,35 , 3,22)</b>	<b>26,9</b>	<b>(5,1 , 48,7)</b>	<b>268</b>	<b>60</b>	<b>22,4</b>	<b>2,92</b>	<b>(1,84 , 4,61)</b>	<b>25,0</b>	<b>(6,5 , 43,6)</b>	<b>244</b>	<b>92</b>	<b>37,6</b>
Cáncer de pulmón	8,06	(2,26 , 28,71)	8,4	(3,0 , 13,9)	37	19	51,9	9,41	(2,85 , 31,03)	9,3	(4,4 , 14,2)	44	36	81,8
Cáncer de laringe	<sup>c</sup>	-	<sup>c</sup>	-	<sup>c</sup>	-	-	<sup>c</sup>	-	<sup>c</sup>	-	<sup>c</sup>	-	-
Cáncer de colon	0,74	(0,06 , 9,25)	-0,1	(-2,0 , 1,8)	8	1	6,3	0,30	(0,03 , 2,94)	-0,7	(-2,6 , 1,2)	10	-5	-48,0
Cáncer de recto	<sup>c</sup>	-	1,2	(-0,2 , 2,5)	3	3	100,0	<sup>c</sup>	-	0,5	(-0,2 , 1,2)	2	2	100,0
Cáncer de mama	0,75	(0,34 , 1,66)	1,2	(-5,0 , 7,4)	80	-6	-6,9	-	-	-	-	-	-	-
Cáncer de estómago	42,07	(4,5 , 393,62)	5,6	(2,5 , 8,8)	17	14	84,7	1,52	(0,19 , 12,2)	0,5	(-1,5 , 2,5)	11	-4	-35,5
Cáncer de próstata	-	-	-	-	-	-	-	1,28	(1,02 , 1,61)	0,0	-	0	0	0,0
Cáncer de páncreas	7,82	(0,52 , 118,42)	3,1	(1,0 , 5,2)	8	8	100,0	1,52	(0,22 , 10,45)	3,1	(1,0 , 5,2)	13	1	7,7
Tumores hematológicos	3,69	(0,89 , 15,30)	3,4	(-0,8 , 7,5)	26	7	25,0	4,27	(1,23 , 14,84)	4,1	(0,6 , 7,6)	35	14	41,1
Cáncer de vejiga	37,55	(0,21 , 6796,19)	1,2	(-0,5 , 2,8)	3	3	100,0	0,22	(0,01 , 4,61)	-0,6	(-2,0 , 0,9)	6	-3	-43,3
Cáncer de cuello uterino	11,79	(0,54 , 258,03)	2,7	(0,7 , 4,7)	7	7	100,0	-	-	-	-	-	-	-
Cáncer de ovario	0,76	(0,09 , 6,03)	-0,1	(-2,4 , 2,2)	12	0	-0,8	-	-	-	-	-	-	-
Cáncer de útero	0,00	-	-0,1	(-0,4 , 0,1)	1	-2	-170,0	-	-	-	-	-	-	-
<b>Trastornos mentales orgánicos</b>	<sup>c</sup>	-	<sup>c</sup>	-	<sup>c</sup>	-	-	<sup>c</sup>	-	<sup>c</sup>	-	<sup>c</sup>	-	-
<b>Enf. de Alzheimer</b>	<sup>c</sup>	-	<sup>c</sup>	-	<sup>c</sup>	-	-	<sup>c</sup>	-	<sup>c</sup>	-	<sup>c</sup>	-	-
<b>Enf. sistema circulatorio</b>	<b>7,04</b>	<b>(2,49 , 19,93)</b>	<b>9,7</b>	<b>(-20,0 , 39,3)</b>	<b>53</b>	<b>18</b>	<b>34,7</b>	<b>3,00</b>	<b>(1,75 , 5,15)</b>	<b>17,7</b>	<b>(-10,15 , 45,6)</b>	<b>177</b>	<b>58</b>	<b>32,6</b>
Enf. isquémica del corazón	16,80	(1,52 , 185,63)	2,8	(-5,4 , 11,0)	12	5	39,2	7,86	(3,25 , 19,02)	13,1	(4,8 , 21,3)	76	47	62,1
Enf. cerebrovascular	24,45	(3,05 , 196,14)	4,7	(-1,9 , 11,4)	17	12	68,2	2,77	(0,70 , 10,98)	2,4	(-3,7 , 8,4)	27	3	10,7
<b>Diabetes mellitus</b>	<b>35,69</b>	<b>(0,42 , 3033,63)</b>	<b>1,5</b>	<b>(-2,3 , 5,4)</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	<b>5,00</b>	<b>(0,07 , 367,09)</b>	<b>0,3</b>	<b>(-1,3 , 2,0)</b>	<b>3</b>	<b>-1</b>	<b>-16,7</b>
<b>Enf. sistema respiratorio</b>	<b>8,38</b>	<b>(1,55 , 45,22)</b>	<b>4,2</b>	<b>(-8,6 , 17,1)</b>	<b>21</b>	<b>9</b>	<b>43,8</b>	<b>20,67</b>	<b>(4,61 , 92,71)</b>	<b>5,7</b>	<b>(-8,4 , 19,8)</b>	<b>33</b>	<b>15</b>	<b>46,7</b>
EPOC <sup>d</sup>	<sup>c</sup>	-	0,4	(-1,9 , 2,7)	1	1	100,0	<sup>c</sup>	-	1,3	(-2,8 , 5,3)	5	5	100,0
<b>Enf. sistema digestivo</b>	<b>107,57</b>	<b>(9,04 , 1280,66)</b>	<b>6,4</b>	<b>(0,5 , 12,3)</b>	<b>20</b>	<b>15</b>	<b>74,0</b>	<b>11,22</b>	<b>(3,30 , 38,14)</b>	<b>8,5</b>	<b>(1,1 , 15,8)</b>	<b>43</b>	<b>32</b>	<b>73,7</b>
Cirrosis	464,20	(11,76 , 18327,11)	4,8	(1,8 , 7,8)	14	12	82,9	18,74	(4,00 , 87,73)	7,1	(3,4 , 10,8)	31	27	88,4
<b>Causas externas</b>	<b>3,31</b>	<b>(1,59 , 6,90)</b>	<b>12,9</b>	<b>(4,0 , 21,7)</b>	<b>97</b>	<b>32</b>	<b>33,2</b>	<b>6,78</b>	<b>(4,61 , 9,99)</b>	<b>60,0</b>	<b>(45,7 , 74,3)</b>	<b>387</b>	<b>232</b>	<b>59,8</b>
Suicidio	2,01	(0,68 , 5,95)	3,7	(-1,5 , 8,9)	43	14	31,6	3,96	(2,08 , 7,52)	15,4	(8,7 , 22,1)	129	62	47,8
Lesiones de tráfico	2,25	(0,35 , 14,42)	1,2	(-2,9 , 5,2)	15	3	19,3	5,58	(2,44 , 12,77)	12,1	(6,8 , 17,4)	83	52	62,7
Caídas accidentales	35,69	(0,07 , 19105,66)	0,8	(-0,3 , 1,8)	2	2	100,0	3,93	(1,07 , 14,46)	4,5	(1,3 , 7,8)	31	22	71,0
Envenenamientos accidentales	550,72	(21,91 , 13840,93)	6,9	(3,7 , 10,2)	18	18	100,0	35,14	(12,6 , 98,04)	18,0	(12,2 , 23,8)	81	67	83,0
<b>Resto de causas</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>52</b>	<b>26</b>	<b>49,3</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>105</b>	<b>67</b>	<b>64,1</b>

<sup>a</sup> Índice relativo de desigualdad; Índice de desigualdad de la pendiente; Fracción atribuible poblacional. Véase Anexo I Métodos

<sup>b</sup> Intervalo de confianza

<sup>c</sup> No estimado, debido al reducido número de defunciones

<sup>d</sup> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

**Tabla A7**

Desigualdades absolutas y relativas, e impacto de las desigualdades por nivel de estudios en la mortalidad según causa de muerte y sexo. 45-64 años, CAPV 2009-2012

Causas de defunción	Mujeres							Hombres						
	IRD <sup>a</sup>	(IC <sup>b</sup> al 95%)	IDP <sup>a</sup>	(IC <sup>b</sup> al 95%)	N defunciones		FAP <sup>a</sup> (%)	IRD	(IC al 95%)	IDP	(IC al 95%)	N defunciones		FAP (%)
					Observadas	Atribuibles						Observadas	Atribuibles	
<b>Todas las causas</b>	<b>1,34</b>	<b>(1,16 , 1,54)</b>	<b>151,1</b>	<b>(-114,9 , 417,1)</b>	<b>3.007</b>	<b>458</b>	<b>15,2</b>	<b>2,37</b>	<b>(2,16 , 2,60)</b>	<b>631,0</b>	<b>(354,0 , 907,9)</b>	<b>6.856</b>	<b>2.692</b>	<b>39,3</b>
<b>Enf. Infecciosas</b>	<b>5,75</b>	<b>(2,02 , 16,37)</b>	<b>7,2</b>	<b>(1,3 , 13,0)</b>	<b>63</b>	<b>33</b>	<b>52,7</b>	<b>5,84</b>	<b>(2,99 , 11,39)</b>	<b>19,1</b>	<b>(8,4 , 29,9)</b>	<b>139</b>	<b>100</b>	<b>71,7</b>
Sida y VIH	4,94	(1,16 , 21,04)	1,7	(-1,4 , 4,8)	27	12	43,3	7,47	(2,84 , 19,65)	8,9	(3,0 , 14,8)	67	44	65,1
<b>Tumores malignos</b>	<b>0,93</b>	<b>(0,78 , 1,10)</b>	<b>44,1</b>	<b>(-4,8 , 93,0)</b>	<b>1.964</b>	<b>51</b>	<b>2,6</b>	<b>1,95</b>	<b>(1,72 , 2,21)</b>	<b>313,3</b>	<b>(243,0 , 383,7)</b>	<b>3.670</b>	<b>1.399</b>	<b>38,1</b>
Cáncer de pulmón	0,79	(0,55 , 1,13)	-3,1	(-18,0 , 11,7)	421	-17	-4,0	1,94	(1,56 , 2,41)	101,0	(74,2 , 127,9)	1.181	477	40,3
Cáncer de laringe	-	-	-	-	-	-	-	5,8	(2,71 - 12,58)	17,7	(11,1 , 24,3)	116	77	66,0
Cáncer de colon	0,36	(0,19 , 0,67)	-5,3	(-12,9 , 2,2)	144	-92	-63,8	1,46	(0,94 , 2,27)	18,1	(7,1 , 29,0)	280	56	20,1
Cáncer de recto	1,07	(0,35 , 3,25)	2,3	(-1,9 , 6,4)	48	2	3,8	2,52	(1,20 , 5,33)	13,8	(8,2 , 19,4)	105	71	68,0
Cáncer de mama	0,92	(0,62 , 1,38)	2,1	(-9,4 , 13,7)	350	14	3,9	-	-	-	-	-	-	-
Cáncer de estómago	2,22	(0,96 , 5,14)	8,8	(3,3 , 14,2)	91	34	37,4	1,28	(0,75 , 2,19)	8,9	(0,7 , 17,1)	185	35	18,7
Cáncer de próstata	-	-	-	-	-	-	-	1,34	(0,58 , 3,08)	6,2	(-1,0 , 13,4)	78	25	31,9
Cáncer de páncreas	1,73	(0,79 , 3,80)	10,7	(4,9 , 16,4)	103	46	44,8	0,95	(0,56 , 1,63)	10,7	(4,9 , 16,4)	178	38	21,6
Tumores hematológicos	1,27	(0,62 , 2,61)	6,7	(-0,3 , 13,6)	116	15	12,6	1,12	(0,63 , 2,00)	5,8	(-1,7 , 13,3)	156	9	5,9
Cáncer de vejiga	2,53	(0,35 , 18,34)	2,3	(-0,4 , 5,0)	17	11	63,5	1,69	(0,86 , 3,35)	8,8	(1,6 , 15,9)	119	2	1,9
Cáncer de cuello uterino	3,45	(0,99 , 12,01)	3,5	(-0,3 , 7,1)	40	17	42,5	-	-	-	-	-	-	-
Cáncer de ovario	0,72	(0,35 , 1,45)	0,8	(-5,8 , 7,4)	113	0	-0,4	-	-	-	-	-	-	-
Cáncer de útero	0,97	(0,26 , 3,59)	1,8	(-1,7 , 5,3)	34	0	0,3	-	-	-	-	-	-	-
<b>Trastornos mentales orgánicos</b>	<b>19,04</b>	<b>(0,60 , 602,52)</b>	<b>1,4</b>	<b>(-4,6 , 7,2)</b>	<b>10</b>	<b>3</b>	<b>30,0</b>	<b>10,23</b>	<b>(0,91 , 114,49)</b>	<b>3,0</b>	<b>(0,8 , 5,2)</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>
<b>Enf. de Alzheimer</b>	<b>6,13</b>	<b>(0,22 , 174,81)</b>	<b>1,1</b>	<b>(-2,3 , 4,5)</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>15,0</b>	<b>0,60</b>	<b>(0,08 , 4,61)</b>	<b>0,2</b>	<b>(-3,9 , 4,3)</b>	<b>12</b>	<b>-6</b>	<b>-51,7</b>
<b>Enf. sistema circulatorio</b>	<b>2,42</b>	<b>(1,56 , 3,74)</b>	<b>32,7</b>	<b>(-23,8 , 89,3)</b>	<b>341</b>	<b>109</b>	<b>32,0</b>	<b>2,06</b>	<b>(1,69 , 2,51)</b>	<b>108,6</b>	<b>(31,6 , 185,5)</b>	<b>1.399</b>	<b>412</b>	<b>29,4</b>
Enf. isquémica del corazón	1,63	(0,70 , 3,81)	5,9	(-10,8 , 22,6)	85	15	17,8	1,59	(1,20 , 2,1)	38,3	(12,4 , 64,1)	699	155	22,2
Enf. cerebrovascular	2,43	(1,13 , 5,24)	10,9	(-1,6 , 23,4)	110	46	42,1	3,78	(2,25 , 6,35)	27,4	(11,0 , 43,9)	228	113	49,5
<b>Diabetes mellitus</b>	<b>2,44</b>	<b>(0,49 , 12,23)</b>	<b>2,5</b>	<b>(-4,8 , 9,7)</b>	<b>25</b>	<b>4</b>	<b>15,6</b>	<b>7,79</b>	<b>(2,78 , 21,82)</b>	<b>10,5</b>	<b>(3,6 , 17,4)</b>	<b>68</b>	<b>45</b>	<b>66,8</b>
<b>Enf. sistema respiratorio</b>	<b>2,01</b>	<b>(0,94 , 4,29)</b>	<b>8,0</b>	<b>(-14,3 , 30,3)</b>	<b>108</b>	<b>30</b>	<b>28,1</b>	<b>7,90</b>	<b>(4,55 , 13,72)</b>	<b>38,8</b>	<b>(4,0 , 73,6)</b>	<b>244</b>	<b>160</b>	<b>65,7</b>
EPOC <sup>d</sup>	0,96	(0,27 , 3,43)	1,4	(-9,5 , 12,4)	36	-2	-5,3	7,66	(3,46 , 16,93)	18,7	(-1,9 , 39,2)	119	73	61,3
<b>Enf. sistema digestivo</b>	<b>3,43</b>	<b>(1,77 , 6,67)</b>	<b>17,4</b>	<b>(5,7 , 29,2)</b>	<b>151</b>	<b>80</b>	<b>52,8</b>	<b>3,95</b>	<b>(2,77 , 5,65)</b>	<b>59,3</b>	<b>(35,0 , 83,7)</b>	<b>481</b>	<b>283</b>	<b>58,8</b>
Cirrosis	4,50	(1,92 , 10,5)	12,4	(6,7 , 18,0)	96	59	61,7	4,77	(3,11 , 7,30)	51,1	(38,9 , 63,4)	347	257	74,0
<b>Causas externas</b>	<b>1,99</b>	<b>(0,97 , 4,10)</b>	<b>6,6</b>	<b>(-1,0 , 14,3)</b>	<b>114</b>	<b>38</b>	<b>33,2</b>	<b>3,19</b>	<b>(2,23 , 4,57)</b>	<b>39,9</b>	<b>(24,6 , 55,2)</b>	<b>449</b>	<b>166</b>	<b>36,9</b>
Suicidio	0,55	(0,19 , 1,56)	-2,1	(-6,9 , 2,8)	51	3	5,1	2,59	(1,38 , 4,87)	10,9	(4,0 , 17,8)	141	40	28,1
Lesiones de tráfico	25,65	(0,98 , 668,76)	1,3	(-1,0 , 4,0)	9	5	50,0	1,13	(0,46 , 2,82)	0,3	(-4,4 , 5,1)	62	-3	-4,4
Caídas accidentales	0,54	(0,01 , 37,93)	-0,2	(-1,3 , 0,9)	3	-3	-83,3	1,52	(0,59 , 3,93)	2,3	(-2,3 , 6,9)	59	2	3,6
Envenenamientos accidentales	12,95	(1,24 , 134,76)	2,7	(1,3 , 4,2)	13	13	100,0	12,58	(4,09 , 38,65)	8,4	(3,7 , 13,1)	55	40	72,9
<b>Resto de causas</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>223</b>	<b>109</b>	<b>49,1</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>380</b>	<b>119</b>	<b>31,4</b>

<sup>a</sup> Índice relativo de desigualdad; Índice de desigualdad de la pendiente; Fracción atribuible poblacional. Vease Anexo I Métodos

<sup>b</sup> Intervalo de confianza

<sup>c</sup> No estimado, debido al reducido número de defunciones

<sup>d</sup> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

**Tabla A8**

Desigualdades absolutas y relativas, e impacto de las desigualdades por nivel de estudios en la mortalidad según causa de muerte y sexo. 65 y más años de edad, CAPV 2009-2012

Causas de defunción	Mujeres							Hombres						
	IRD <sup>a</sup>	(IC <sup>b</sup> al 95%)	IDP <sup>a</sup>	(IC <sup>b</sup> al 95%)	N defunciones		FAP <sup>a</sup> (%)	IRD	(IC al 95%)	IDP	(IC al 95%)	N defunciones		FAP (%)
					Observadas	Atribuibles						Observadas	Atribuibles	
<b>Todas las causas</b>	<b>1,32</b>	<b>(1,26 , 1,39)</b>	<b>2.848,1</b>	<b>(1623,7 , 4072,5)</b>	<b>33.092</b>	<b>5.988</b>	<b>18,1</b>	<b>1,30</b>	<b>(1,24 , 1,36)</b>	<b>2.657,7</b>	<b>(1667,4 , 3648,0)</b>	<b>31.246</b>	<b>4.883</b>	<b>15,6</b>
<b>Enf. Infecciosas</b>	<b>1,55</b>	<b>(1,08 , 2,22)</b>	<b>60,5</b>	<b>(37,0 , 84,0)</b>	<b>550</b>	<b>303</b>	<b>55,1</b>	<b>1,29</b>	<b>(0,86 , 1,93)</b>	<b>33,7</b>	<b>(1,5 , 66,0)</b>	<b>397</b>	<b>57</b>	<b>14,2</b>
Sida y VIH	c	-	c	-	0	0	-	7,47	(2,84 , 19,65)	3,0	(0,8 , 5,2)	12	12	100,0
<b>Tumores malignos</b>	<b>1,04</b>	<b>(0,94 , 1,15)</b>	<b>281,1</b>	<b>(144,3 , 417,9)</b>	<b>6.629</b>	<b>422</b>	<b>6,4</b>	<b>1,23</b>	<b>(1,13 , 1,32)</b>	<b>684,4</b>	<b>(477,7 , 891,1)</b>	<b>10.739</b>	<b>1.869</b>	<b>17,4</b>
Cáncer de pulmón	0,39	(0,26 , 0,58)	-46,9	(-73,4 , -20,4)	429	-274	-63,9	1,33	(1,12 , 1,57)	111,0	(45,9 , 176,1)	2.258	225	10,0
Cáncer de laringe	c	-	c	-	c	-	-	1,04	(0,62 - 1,75)	11,8	(-6,7 , 29,0)	229	87	38,1
Cáncer de colon	0,95	(0,70 , 1,3)	30,7	(5,4 , 56,0)	734	41	5,6	1,01	(0,8 0 , 1,26)	63,2	(24,0 , 102,4)	1.214	220	18,1
Cáncer de recto	1,83	(1,02 , 3,26)	24,3	(13,1 , 35,5)	219	147	66,9	1,32	(0,89 , 1,95)	32,6	(12,8 , 52,4)	414	100	24,1
Cáncer de mama	0,95	(0,71 , 1,27)	24,4	(-3,3 , 52,0)	834	-12	-1,5	-	-	-	-	-	-	-
Cáncer de estómago	1,64	(1,09 , 2,45)	44,1	(27,2 , 61,0)	447	138	31,0	2,11	(1,53 , 2,91)	82,5	(59,4 , 105,5)	647	293	45,3
Cáncer de próstata	-	-	-	-	-	-	-	1,28	(1,02 , 1,61)	120,5	(72,8 , 168,2)	1.276	142	11,1
Cáncer de páncreas	0,77	(0,52 , 1,12)	7,5	(-14,4 , 29,4)	500	-20	-4,0	1,01	(0,70 , 1,46)	7,5	(-14,4 , 29,4)	460	97	21,1
Tumores hematológicos	1,25	(0,89 , 1,75)	56,2	(33,6 , 78,8)	636	352	55,4	1,00	(0,74 , 1,37)	34,5	(8,5 , 60,6)	662	115	17,4
Cáncer de vejiga	1,24	(0,66 , 2,31)	10,6	(-4,6 , 25,6)	186	-66	-35,5	1,13	(0,83 , 1,53)	44,9	(16,1 , 73,7)	669	71	10,6
Cáncer de cuello uterino	0,83	(0,25 , 2,70)	2,4	(-4,2 , 9,1)	51	29	57,3	-	-	-	-	-	-	-
Cáncer de ovario	0,94	(0,56 , 1,59)	-3,0	(-19,4 , 13,5)	261	-125	-47,8	-	-	-	-	-	-	-
Cáncer de útero	1,20	(0,63 , 2,31)	6,7	(-5,5 , 19,0)	171	-29	-17,2	-	-	-	-	-	-	-
<b>Trastornos mentales orgánicos</b>	<b>1,39</b>	<b>(1,19 , 1,63)</b>	<b>298,8</b>	<b>(157,1 , 440,6)</b>	<b>2.818</b>	<b>890</b>	<b>31,6</b>	<b>1,42</b>	<b>(1,14 , 1,77)</b>	<b>173,3</b>	<b>(126,8 , 219,9)</b>	<b>1.365</b>	<b>387</b>	<b>28,3</b>
<b>Enf. de Alzheimer</b>	<b>1,13</b>	<b>(0,92 , 1,37)</b>	<b>141,8</b>	<b>(60,1 , 223,5)</b>	<b>1.831</b>	<b>-38</b>	<b>-2,1</b>	<b>1,30</b>	<b>(0,96 , 1,76)</b>	<b>60,6</b>	<b>(11,11 , 110,0)</b>	<b>693</b>	<b>-60</b>	<b>-8,7</b>
<b>Enf. sistema circulatorio</b>	<b>1,43</b>	<b>(1,32 , 1,55)</b>	<b>1.088,9</b>	<b>(638,6 , 1539,2)</b>	<b>11.137</b>	<b>2.717</b>	<b>24,4</b>	<b>1,17</b>	<b>(1,08 , 1,28)</b>	<b>697,8</b>	<b>(374,0 , 1021,6)</b>	<b>8.883</b>	<b>774</b>	<b>8,7</b>
Enf. isquémica del corazón	1,73	(1,44 , 2,08)	216,4	(107,8 , 325,0)	2.074	685	33,0	1,16	(0,99 , 1,36)	192,7	(109,6 , 275,7)	2.629	255	9,7
Enf. cerebrovascular	1,27	(1,09 , 1,48)	280,4	(186,4 , 374,4)	3.038	871	28,7	1,12	(0,94 , 1,33)	161,6	(72,1 , 251,1)	2.176	15	0,7
<b>Diabetes mellitus</b>	<b>2,81</b>	<b>(2,16 , 3,67)</b>	<b>140,8</b>	<b>(89,0 , 192,6)</b>	<b>1.022</b>	<b>600</b>	<b>58,7</b>	<b>1,75</b>	<b>(1,29 , 2,37)</b>	<b>90,0</b>	<b>(51,6 , 128,4)</b>	<b>721</b>	<b>222</b>	<b>30,8</b>
<b>Enf. sistema respiratorio</b>	<b>1,54</b>	<b>(1,32 , 1,80)</b>	<b>294,8</b>	<b>(136,7 , 452,8)</b>	<b>2.965</b>	<b>651</b>	<b>22,0</b>	<b>2,02</b>	<b>(1,76 , 2,32)</b>	<b>487,6</b>	<b>(261,1 , 714,2)</b>	<b>3.614</b>	<b>1.127</b>	<b>31,2</b>
EPOC <sup>d</sup>	1,79	(1,31 , 2,45)	77,0	(13,7 , 140,2)	729	235	32,2	2,58	(2,13 , 3,13)	284,0	(149,3 , 418,7)	1.921	690	35,9
<b>Enf. sistema digestivo</b>	<b>1,36</b>	<b>(1,09 , 1,69)</b>	<b>145,4</b>	<b>(91,1 , 199,6)</b>	<b>1.528</b>	<b>544</b>	<b>35,6</b>	<b>1,52</b>	<b>(1,22 , 1,88)</b>	<b>133,2</b>	<b>(62,4 , 204,0)</b>	<b>1.395</b>	<b>242</b>	<b>17,4</b>
Cirrosis	1,66	(0,93 , 2,97)	18,3	(5,2 , 31,3)	218	107	49,2	1,70	(1,12 , 2,57)	29,9	(6,4 , 53,5)	381	115	30,1
<b>Causas externas</b>	<b>0,96</b>	<b>(0,68 , 1,35)</b>	<b>26,6</b>	<b>(-1,1 , 54,2)</b>	<b>614</b>	<b>-125</b>	<b>-20,3</b>	<b>1,73</b>	<b>(1,28 , 2,34)</b>	<b>85,8</b>	<b>(55,2 , 116,4)</b>	<b>725</b>	<b>286</b>	<b>39,5</b>
Suicidio	0,59	(0,19 , 1,85)	-2,9	(-11,3 , 5,5)	54	9	17,2	3,35	(1,69 , 6,64)	34,5	(27,0 , 42,0)	152	142	93,3
Lesiones de tráfico	0,48	(0,08 , 2,87)	-1,9	(-9,0 , 5,4)	22	-20	-91,8	1,80	(0,57 , 5,66)	3,3	(-3,8 , 10,3)	50	0	0,4
Caídas accidentales	0,66	(0,34 , 1,28)	2,2	(-10,3 , 14,7)	162	-103	-63,6	0,93	(0,51 , 1,7)	9,3	(-3,9 , 22,5)	171	16	9,5
Envenenamientos accidentales	0,22	(0,01 , 8,54)	-1,7	(-3,6 , 0,2)	5	-16	-314,0	0,33	(0,00 , 66,85)	-0,1	(-2,1 , 1,8)	2	2	100,0
<b>Resto de causas</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>3.998</b>	<b>25</b>	<b>0,6</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>2.714</b>	<b>-21</b>	<b>-0,8</b>

<sup>a</sup> Índice relativo de desigualdad; Índice de desigualdad de la pendiente; Fracción atribuible poblacional. Véase Anexo I Métodos

<sup>b</sup> Intervalo de confianza

<sup>c</sup> No estimado, debido al reducido número de defunciones

<sup>d</sup> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

**Tabla A9**

Tasa<sup>a</sup> de mortalidad atribuible a las desigualdades en el nivel de estudios por causas de defunción, según grandes grupos de edad y sexo. CAPV 2009-2012

Causas de defunción	25-44 años				45-64 años				65 y más años			
	Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres	
	Tasa	(%)	Tasa	(%)	Tasa	%	Tasa	(%)	Tasa	(%)	Tasa	(%)
Enfermedades infecciosas	1	9,1	3	7,2	3	7,1	8	3,6	25	5,1	8	1,2
Causas externas	3	17,8	17	43,7	3	8,2	14	6,1	-11	-2,1	42	5,7
Tumores malignos	5	33,0	7	17,1	4	11,0	120	52,2	38	7,6	264	35,9
Enf. sistema circulatorio	1	10,3	4	10,8	9	23,9	35	15,3	219	44,5	119	16,2
Enf. sistema respiratorio	1	5,2	1	2,9	2	6,6	14	6,0	52	10,6	179	24,4
Enf. sistema digestivo	1	8,1	2	5,9	7	17,4	24	10,5	45	9,1	36	4,9
Otras causas	2	16,5	5	12,5	10	25,9	15	6,5	124	25,3	85	11,6
Todas las causas	14	100,0	40	100,0	38	100,0	229	100,0	492	100,0	734	100,0

<sup>a</sup> Estandarizada por edad x 100.000

# Anexo 3. Figuras

---

Tasas estandarizadas por edad de mortalidad según el nivel de estudios, CAPV 2009-2012

## 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

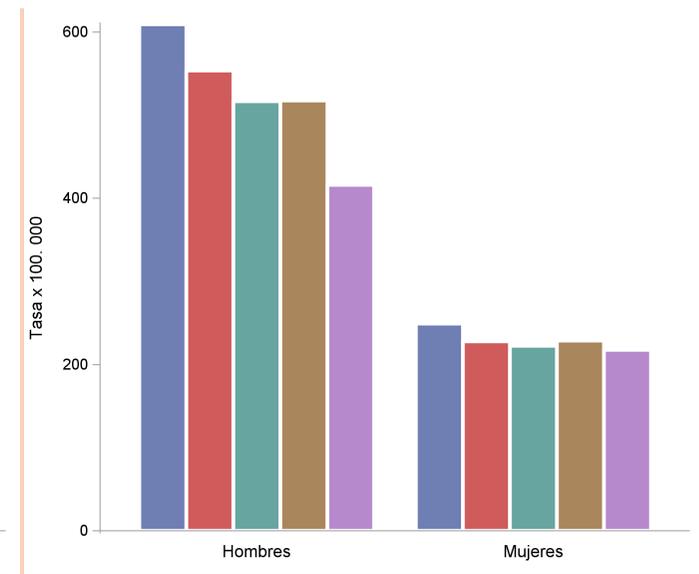
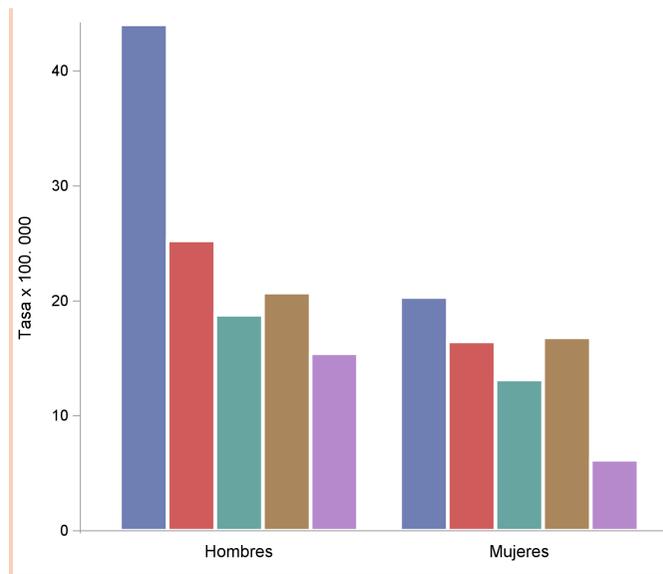
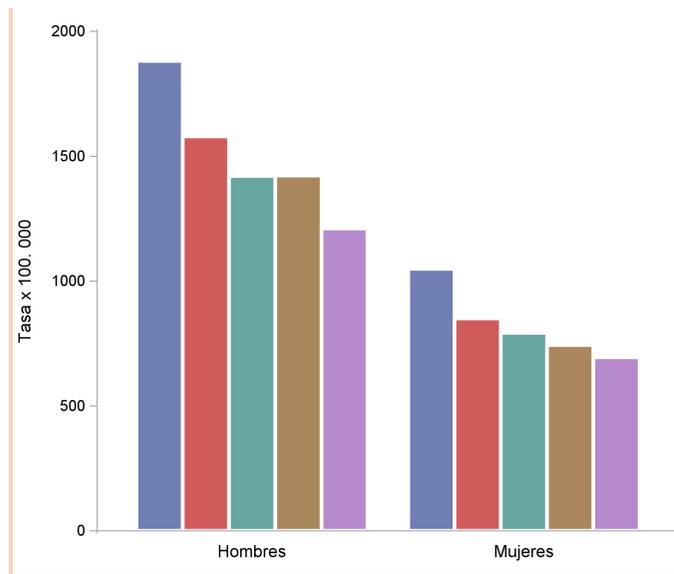
---

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 2009-2012

## 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

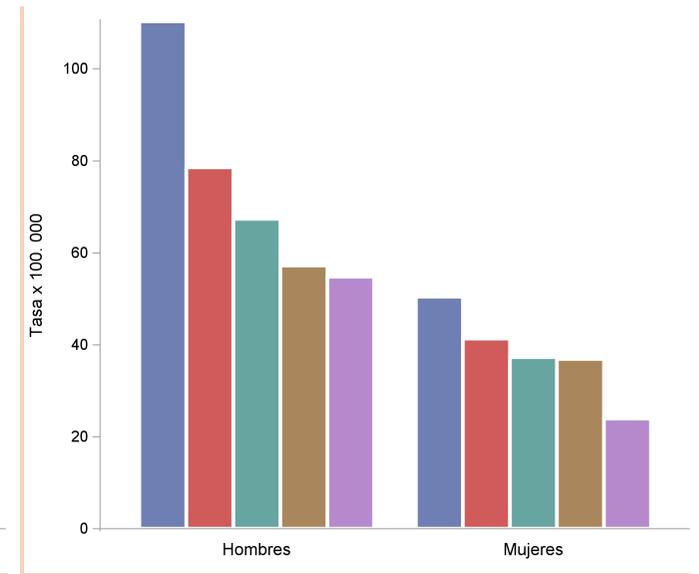
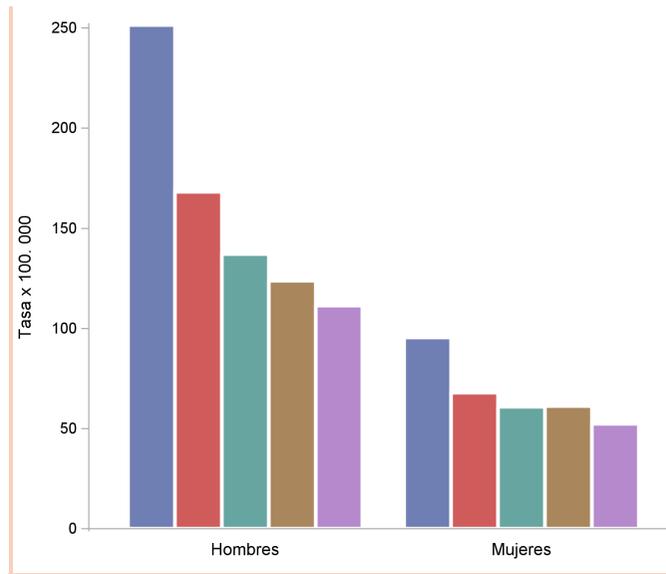
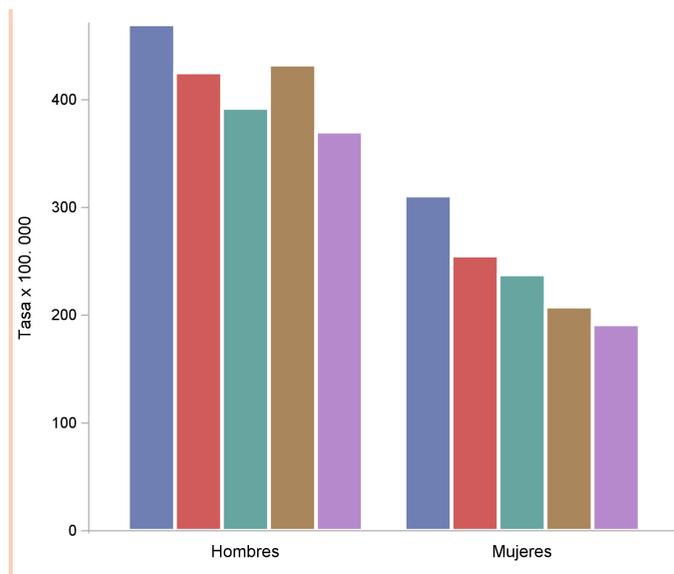
TUMORES MALIGNOS

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

# Tasas estandarizadas por edad de mortalidad según el nivel de estudios, CAPV 2009-2012

## 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

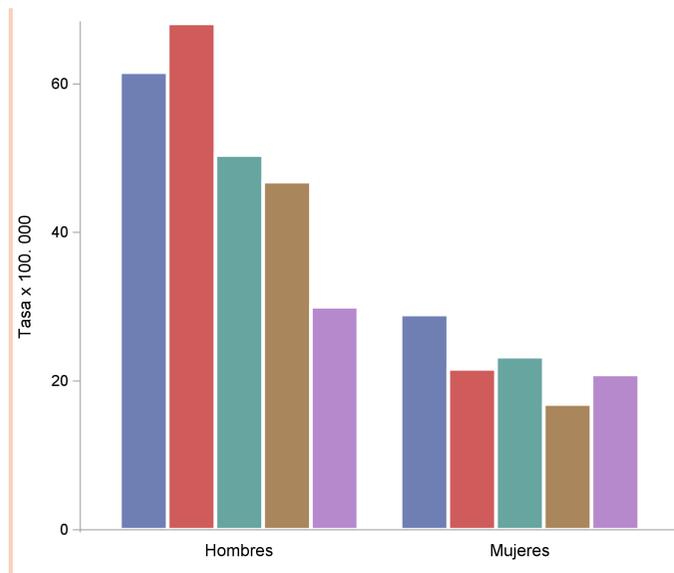
ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO

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

## Tasas estandarizadas por edad de mortalidad según el nivel de estudios, CAPV 2009-2012

### Causas generales

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



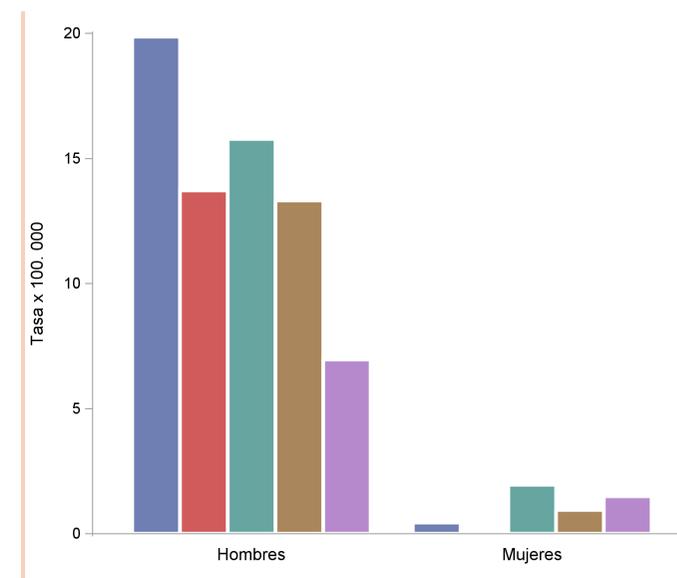
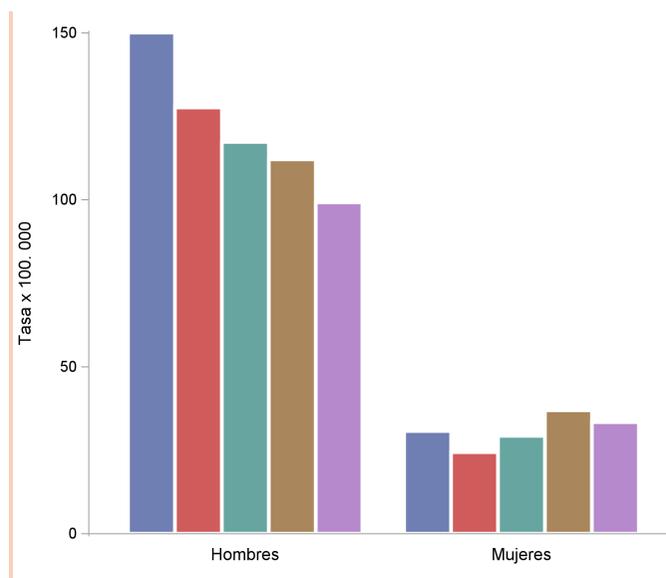
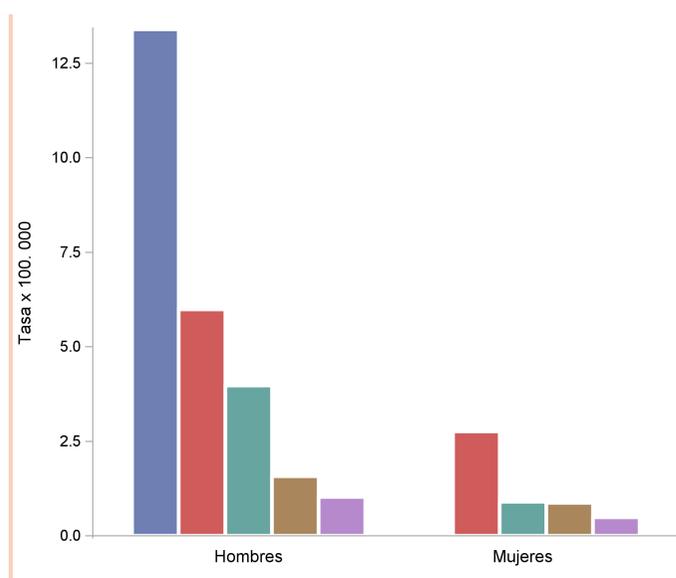
CAUSAS EXTERNAS

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

## Tasas estandarizadas por edad de mortalidad según el nivel de estudios, CAPV 2009-2012

### 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

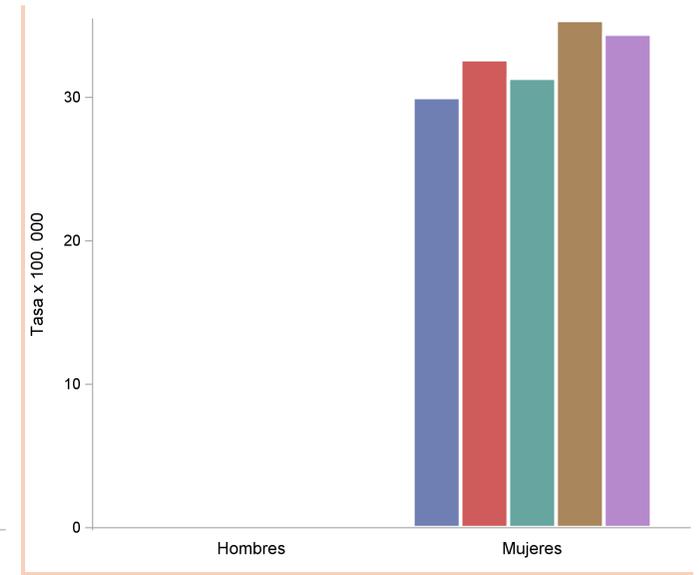
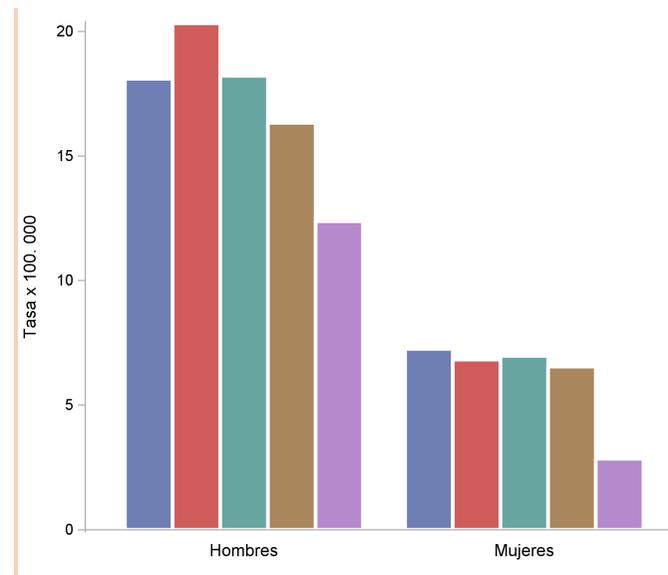
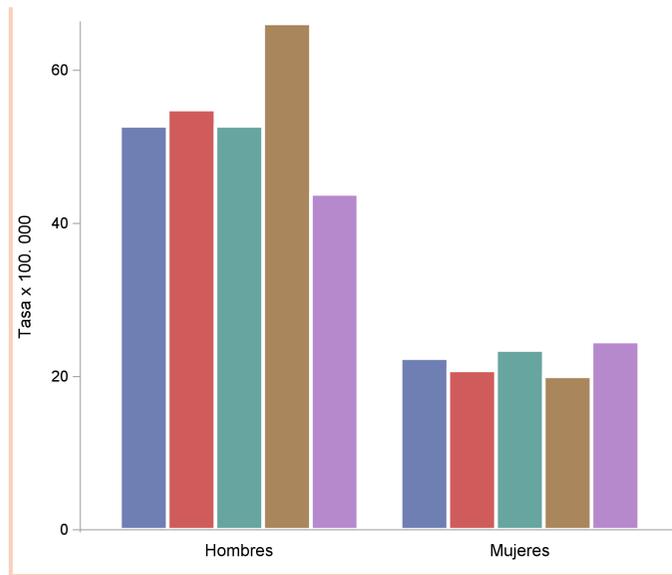
CÁNCER DE LARINGE

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

## Tasas estandarizadas por edad de mortalidad según el nivel de estudios, CAPV 2009-2012

### 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

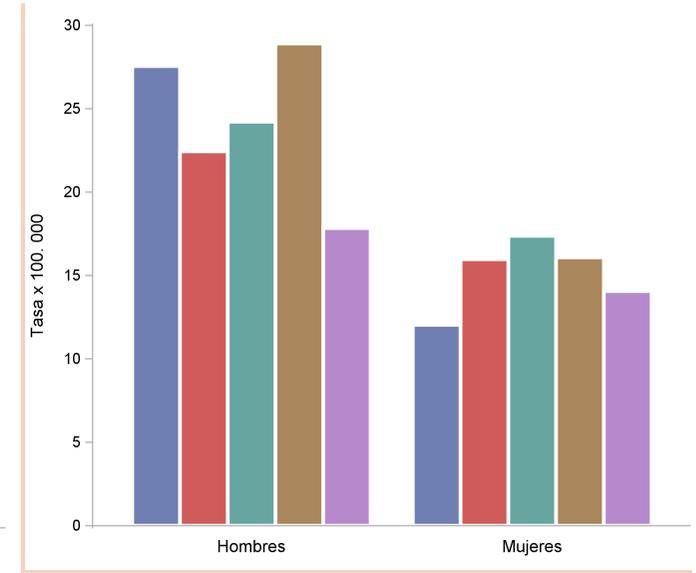
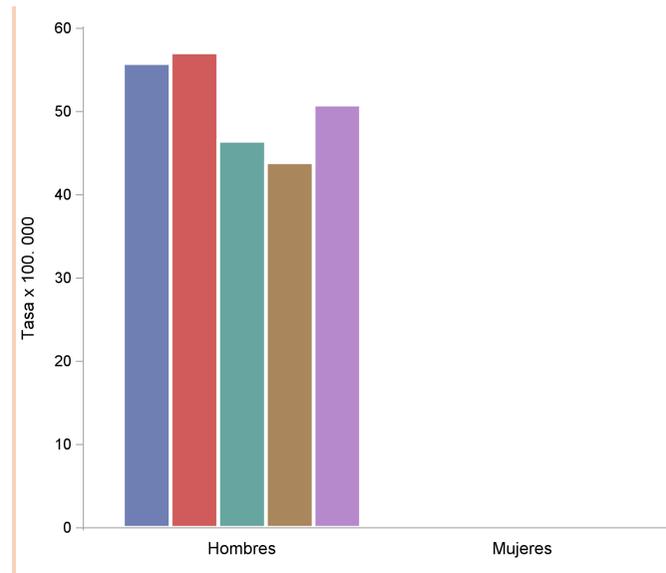
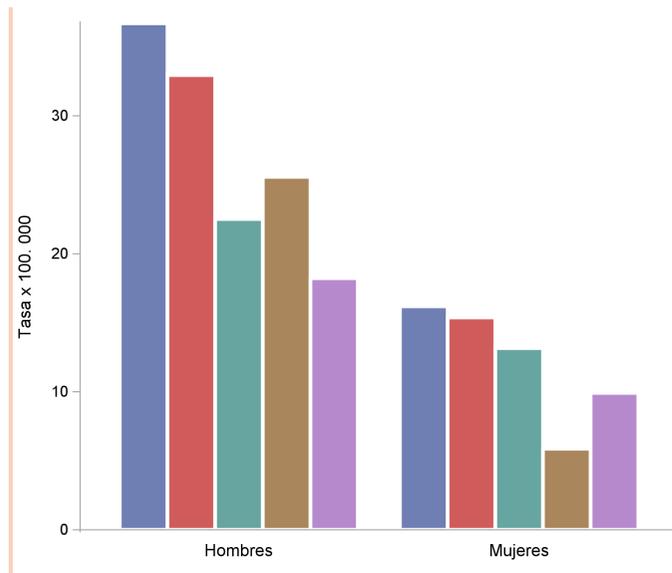
CÁNCER DE MAMA

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

## Tasas estandarizadas por edad de mortalidad según el nivel de estudios, CAPV 2009-2012

### 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

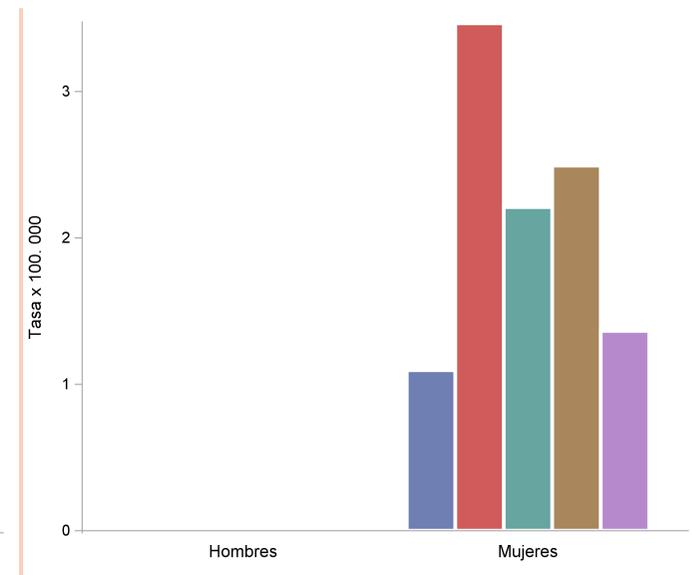
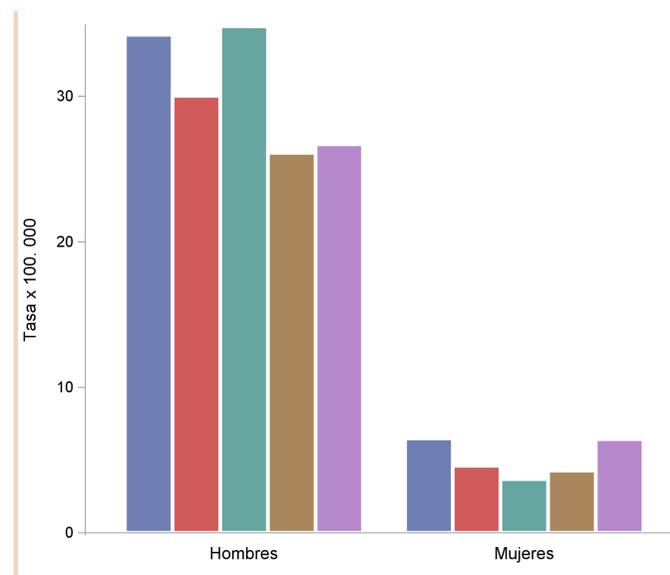
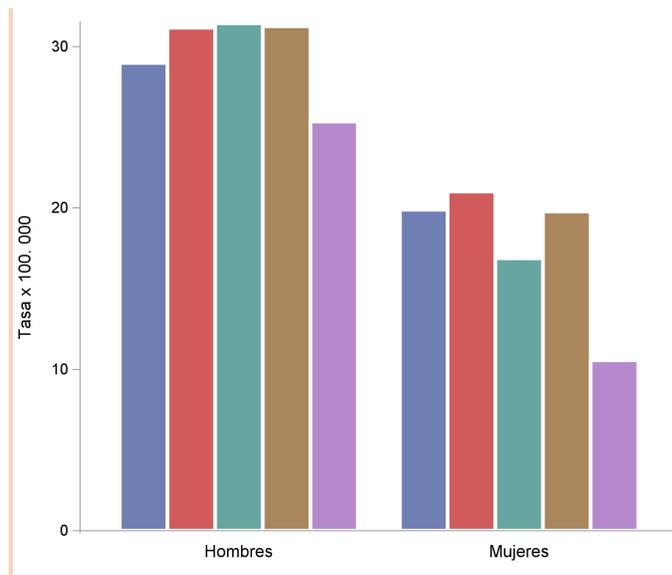
CÁNCER DE PANCREAS

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

## Tasas estandarizadas por edad de mortalidad según el nivel de estudios, CAPV 2009-2012

### 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

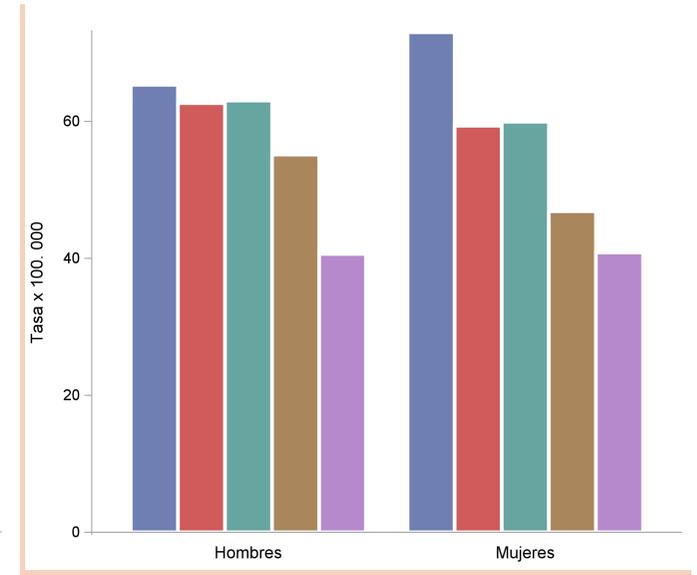
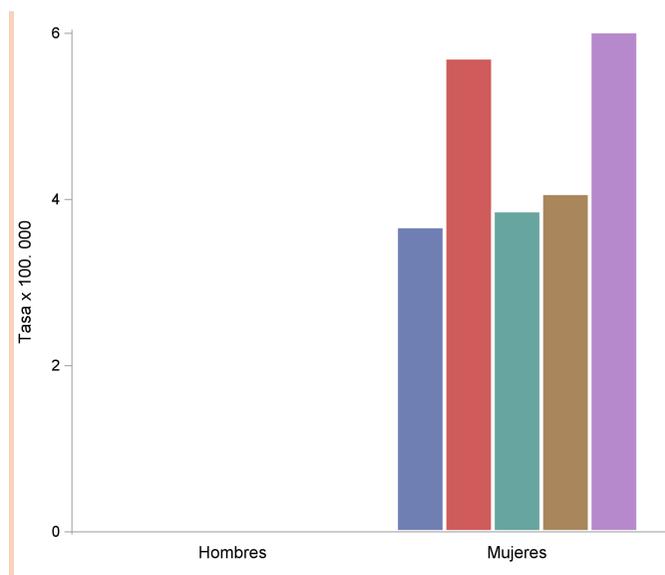
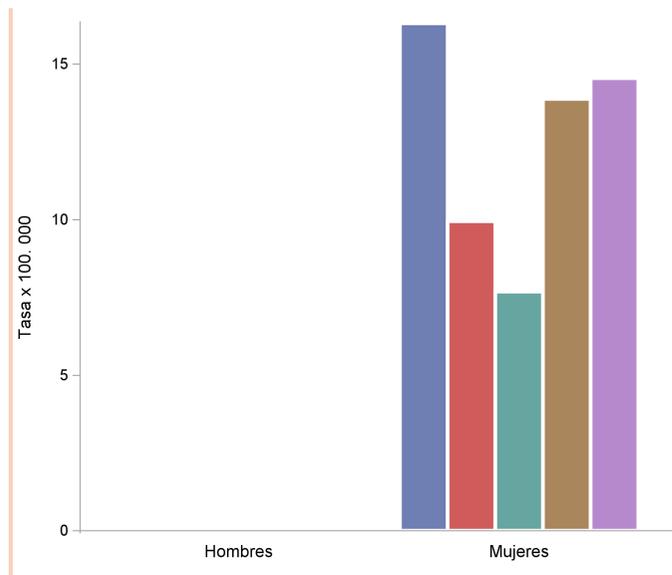
CÁNCER DE CUELLO UTERINO

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

## Tasas estandarizadas por edad de mortalidad según el nivel de estudios, CAPV 2009-2012

### 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

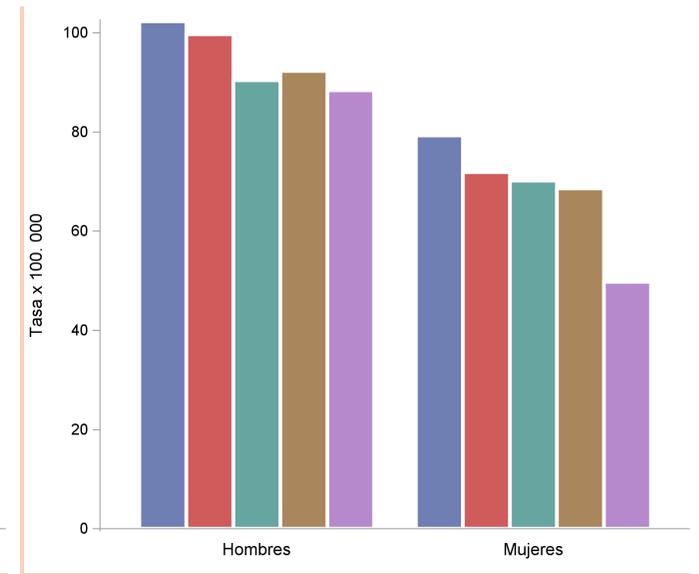
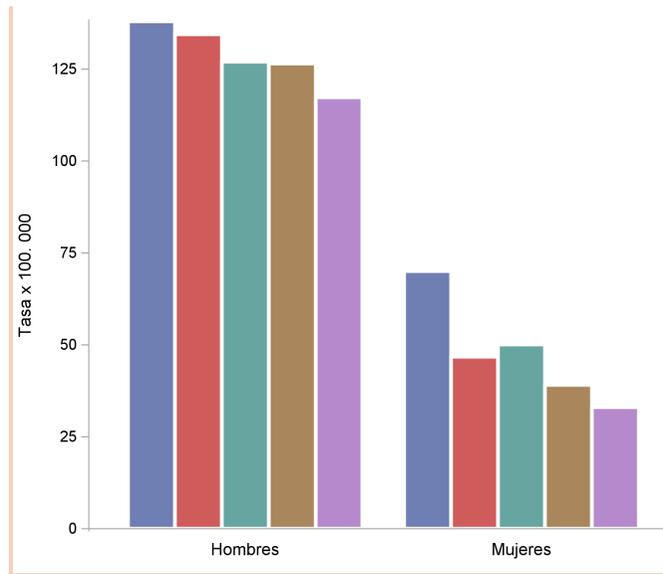
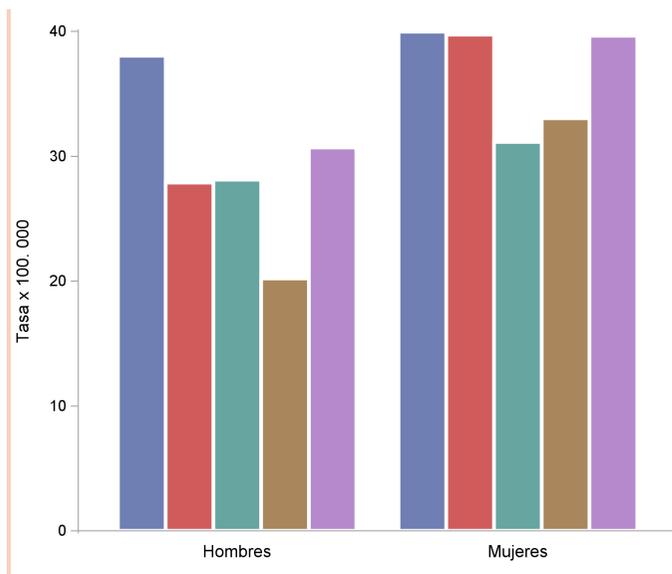
TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS

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

## Tasas estandarizadas por edad de mortalidad según el nivel de estudios, CAPV 2009-2012

### 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

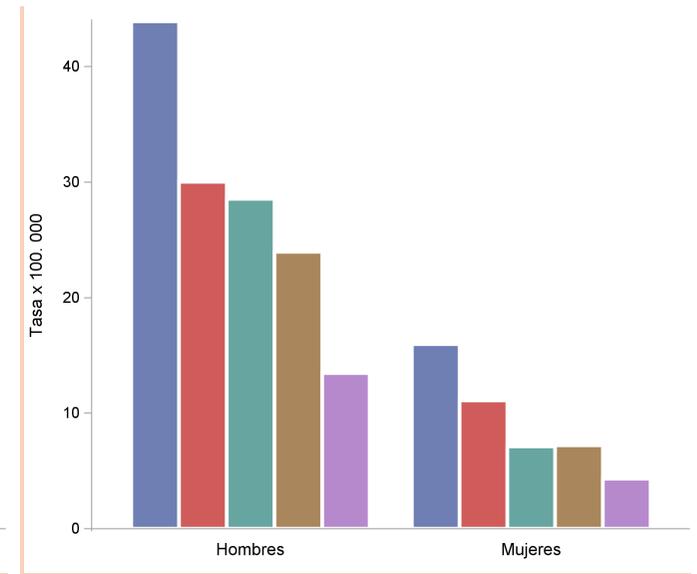
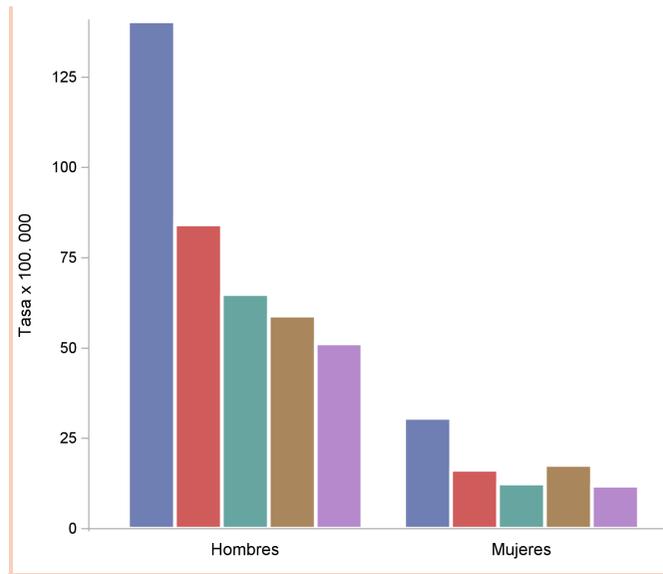
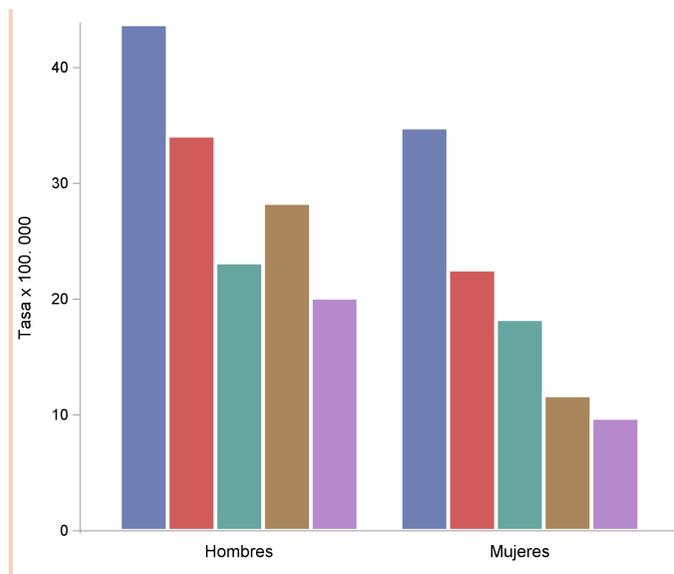
ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR

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

## Tasas estandarizadas por edad de mortalidad según el nivel de estudios, CAPV 2009-2012

### 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

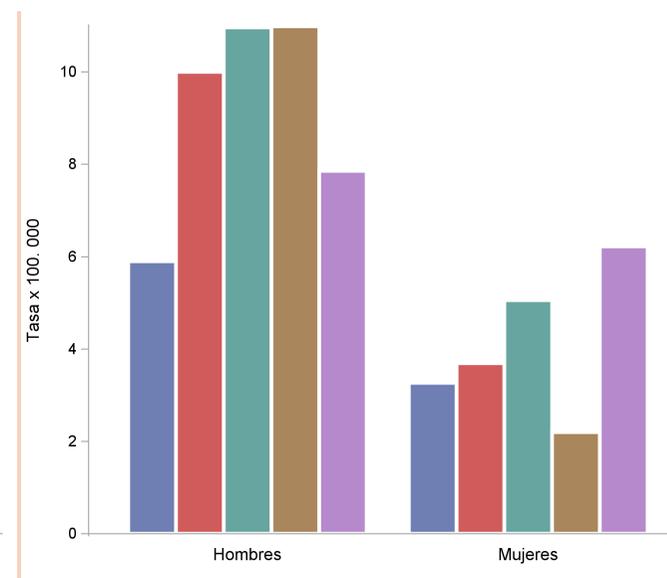
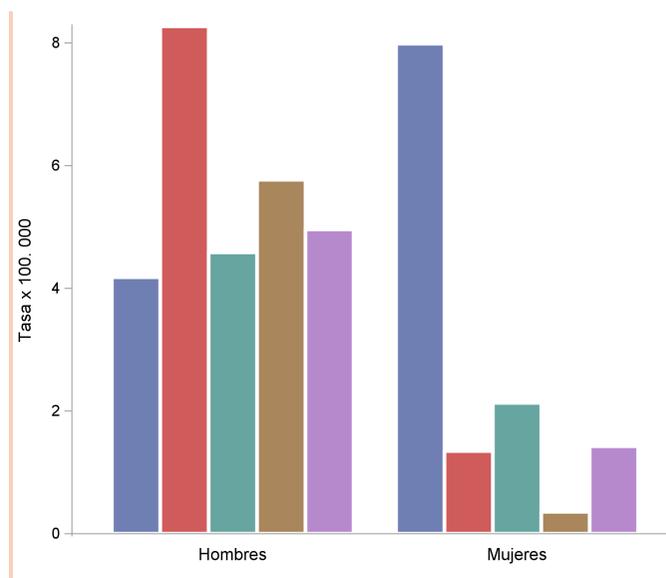
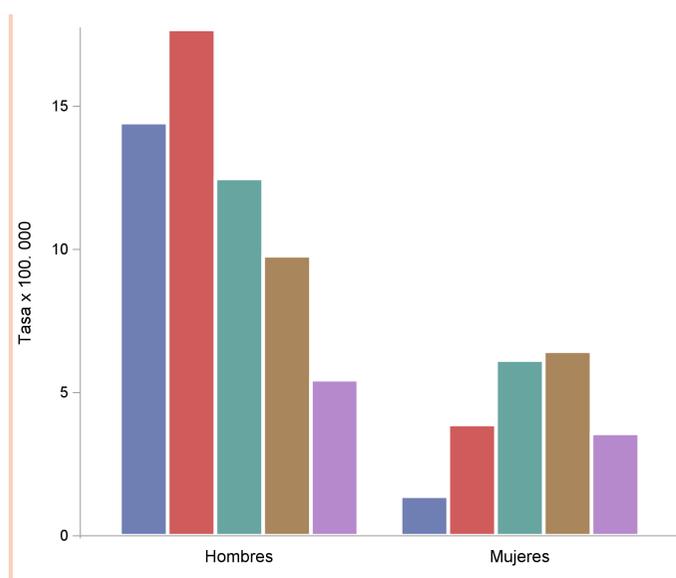
CIRROSIS

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

## Tasas estandarizadas por edad de mortalidad según el nivel de estudios, CAPV 2009-2012

### 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

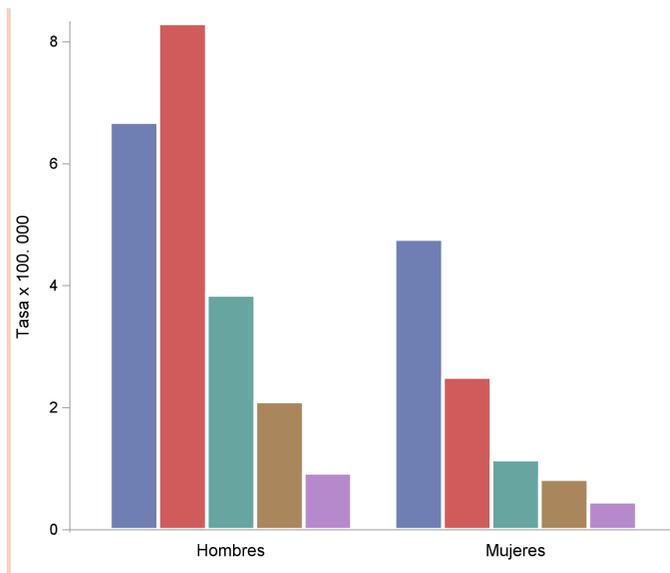
CAÍDAS ACCIDENTALES

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

## Tasas estandarizadas por edad de mortalidad según el nivel de estudios, CAPV 2009-2012

### 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