

Tabakismoa eta biriketako minbizia

Nafarroan- 2018ko egoera

Egileak:

Conchi Moreno Iribas (NOPLOI*, REDISSEC), Iosu Delfrade (CIBERESP, NOPLOI*), Eva Ardanaz (CIBERESP, NOPLOI*) eta Marcela Guevara (CIBERESP, NOPLOI*)

* Nafarroako Osasun Publikoaren eta Lan Osasunaren Institutua. Nafarroako Gizarte Osasunaren Behatokia

Laguntzen dute:

Saray Dominguez. Nafarroako Estatistika Institutua

Marina Sagaseta López. Nafarroako Estatistika Institutua

Carmen Fuertes. Plangintzarako, Ebaluaziorako eta Ezagutza Kudeatzeko Zerbitzua

Itxaso Mugarra. Plangintzarako, Ebaluaziorako eta Ezagutza Kudeatzeko Zerbitzua

Mariví Mateo. Gizarte Osasuna Sustatzeko Zerbitzua. NOPLOI

Nerea Egües. Gizarte Osasuna Sustatzeko Zerbitzua. NOPLOI

Koldo Cambra. Gizarte Osasuna Sustatzeko Zerbitzua. NOPLOI

Yugo Floristán. Gizarte Osasuna Sustatzeko Zerbitzua. NOPLOI

Edurne Areta. Gizarte Osasuna Sustatzeko Zerbitzua. NOPLOI

Álvaro Martín. Gizarte Osasuna Sustatzeko Zerbitzua. NOPLOI

María Aldareguía. Gizarte Osasuna Sustatzeko Zerbitzua. NOPLOI

Rosana Burgui. Gizarte Osasuna Sustatzeko Zerbitzua. NOPLOI

Maribel Eciolaza. Gizarte Osasuna Sustatzeko Zerbitzua. NOPLOI

Marta Ibarra. Gizarte Osasuna Sustatzeko Zerbitzua. NOPLOI

Antonio Sanz Sobejano. Gizarte Osasuna Sustatzeko Zerbitzua. NOPLOI



Observatorio de Salud Comunitaria de Navarra
Nafarroako Osasun Komunitarioaren Behatokia

Aurkibidea

Aurkezpena.....	3
Biriketako minbizia- tabakismoak eragindako eritasunen izozmenda-	4
Tabakismoa, sexuaren eta adinaren arabera. Joerak	9
Tabakismoa, maila sozioekonomikoaren arabera. Joerak.....	14
Biriketako minbizia. Heriotza tasa, sexuaren arabera.....	17
Biriketako minbizia. Joerak, sexuaren eta adinaren arabera	18
Biriketako minbizia. Joerak, maila sozioekonomikoaren arabera	24
Ondorioak.....	25
Bibliografia.....	27
1. eranskina. Madrilgo Adierazpena-2018, Espainian tabakoa erregularizatzeko prozesuan aurrera egiteko.....	31

Aurkezpena

Biztanleriaren osasunean duen eragina dela eta, tabakismoa XX. mendeko «hiltzailerik» handiena izan zela uste dute zenbait adituk. Nafarroan tabakismoari edo tabakoaren kearekiko esposizio pasiboari egozten ahal zaizkion milaka heriotza zenbatu dira aurreko mendeko 70eko hamarkadaren bukaeratik hona. Heriotza horiei tabakismoarekin erlazionatutako bertze heriotza batzuk gehitu behar zaizkie, esaterako: bertze minbizi batzuek eragindako heriotzak, istripu kardiobaskularrek eragindakoak, bertzeak bertze, miokardio infartuak eta burmuineko iktusak, eta, esaterako, BEBK edo enfisema eritasunek eragindakoak.

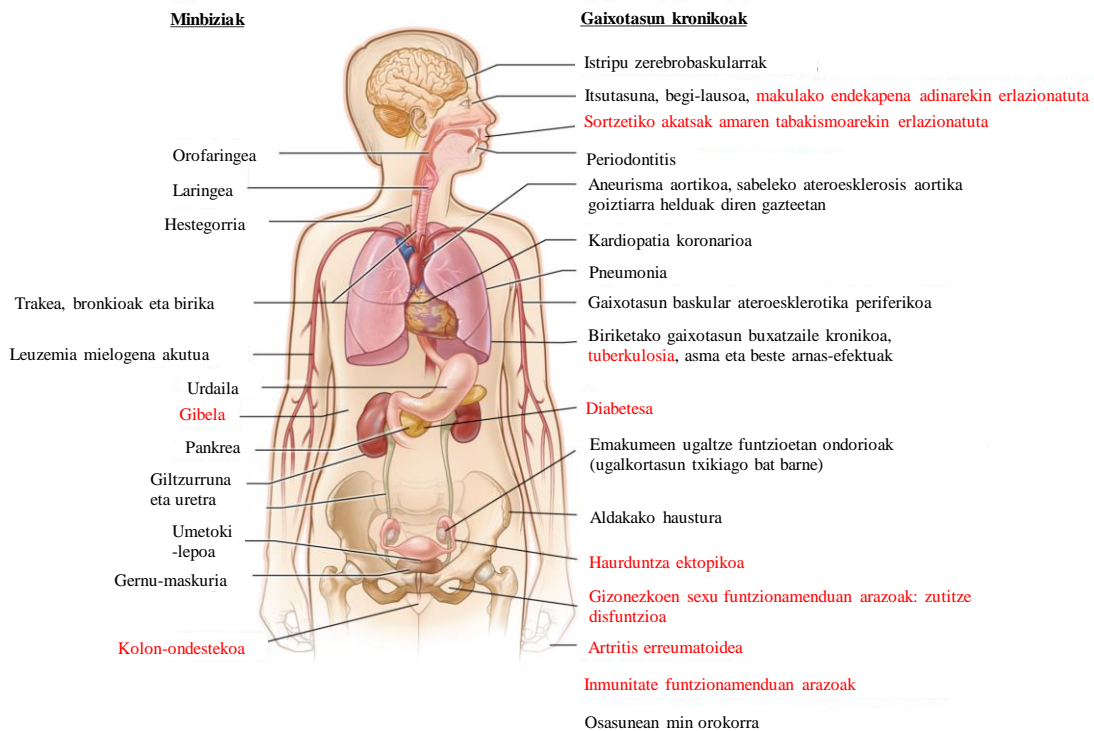
Bertzeak bertze, osasuneko lehen mailako arretatik, osasun publikotik, hezkuntzatik, familiengandik eta gobernuetatik egindako esfortzuek lortu dute gero eta pertsona gutxiago hastera tabakoa kontsumitzen eta milaka pertsonak erretzeari uztea. Kerik gabeko guneak arautzen dituzten legeei esker, egun ez dago baimenduta hegazkin, jatetxe, taberna, lantoki edo eraikin publikoetan erretzea. Nafarroako 2017ko Bizi Baldintzei buruzko Inkesta Sozialaren datuek agerian utzi zuten Nafarroan bizi diren 100.000 pertsonak baino gehiagok erretzen dutela egunero. Horrenbestez, argi dago osasun publikoko arazo bat dela.

Garrantzitsua da Nafarroako datuak edukitzea, bai tabakoaren kontsumoari dagozkionak, bai arrisku faktore horrekin erlazionatutako eritasunen ingurukoak. Izan ere, lagungarri izanen dira oraingo nahiz etorkizuneko ahaleginen oinarri gisa, epidemia ahalik eta arinen murriztea nahi baldin badugu. Xede horrekin egin da jarraian emanen dugun lana. Bertan jasotzen dira Nafarroako azken 4 hamarkadetako estatistikak biriketako minbiziari eta tabakoaren kontsumoari dagokionez, adinaren, sexuaren eta maila sozioekonomikoaren arabera.

Biriketako minbizia- tabakismoak eragindako eritasunen izozmendia-

Joan den mendeko osasun arloko ikerketaren eremurik garrantzitsuenetako bat izan zen tabakoarekiko esposizioak eragindako ondorioak aztertzea, batez ere zigarreten kontsumoa zabaldu eta, bertzeak bertze, Ingalaterran eta Ameriketako Estatu Batuetan gizonezkoek pairatutako biriketako minbiziaren eta bronkitis kronikoaren kasuak gora egiten hasi zirenetik. Frogatuta dago tabakismoak handitu egiten duela eritasun asko pairatzeko arriskua, eta erretzaileek ez-erretzaileek baino bizi itxaropen txikiagoa dutela. Tabakoaren kontsumoari lotutako eritasun nagusiak dira eritasun kardiobaskularrak, biriketako minbizia eta biriketako eritasun buxatzaile kronikoa. Dena den, bertze baldintza eta eritasun asko hartu behar dira kontuan tabakismoarekiko lotura kausal bat dagoela esateko (1. irudia). Biriketako minbizia izateko arriskua handitzeaz gain, erretzeak orofaringeko, laringeko, hestegorriko, urdaileko, pankreako, gibelesko, maskuriko eta kolon-ondesteko minbiziak garatzeko arriskua areagotzen du. Horrez gain, handitu egiten du osasuneko bertze arazo batzuk izateko arriskua, esaterako, diabetesa, aldakako haustura, erekzioaren disfuntzioa edo eritasun periodontala. *Nahi gabeko tabakismoak*, hau da, erretzen ez duten pertsonak erretzaileen kearekiko esposizioan egoteak, handitu egiten ditu arnas sintomak haurrengan. Helduengan, aldiz, biriketako minbiziaren, kardiopatia iskemikoaren eta eritasun zerebrobaskularren kausa da, bertze eragin kaltegarri batzuen artean. (U.S. Department of Health and Human Services, 2014).

1. irudia. Tabakismoarekin erlazio kausala duten osasun arazoak.



Iturria: Ameriketako Estatu Batuetako Osasun eta Giza Zerbitzuen Saila (2004, 2006, 2012).

Las Consecuencias del Tabaquismo en la Salud: 50 años de Progreso; Informe de la Dirección General de Servicios de Salud de los EE. UU.

Oharra: **Gorritz** dagoen gaitza, Estatu Batuetako informe honetan lehen aldiz agertzen den tabakismoarekin kausalki erlazionatuta dagoen gaixotasun da.

Espainiako ikerketa batek 2000-2014 artean tabakismoari egozten ahal zaizkion heriotza kopurua kalkulatu du, erretzaileen prebalentzia eta hainbat kausagatiko heriotza tasari dagozkion arrisku erlatiboak erabiliz horretarako (Osasunaren, Gizarte Zerbitzuen eta Berdintasunaren Ministerioa, 2016). Arrisku erlatiborik altuenak biriketako eritasun buxatzaile kronikoari (BEBK), biriketako minbiziari eta bihotzaren eritasun iskemikoari dagozkie (1. taula). Hona hemen adibide bat: erretzaileak eta ez-erretzaileak konparatuta, 65-74 urte bitarteko gizonezko erretzaileek biriketako minbizia pairatzeko duten arriskua 28 aldiz handiagoa da, eta erretzaile ohiena 8 aldiz handiagoa.

1. taula. Hainbat eritasunek eragindako heriotza tasari dagozkion arrisku erlatiboak erretzaile eta erretzaile ohiengan, adinaren eta sexuaren arabera eta 35 urtetik gorako biztanleen artean. U.S Department of Health and Human Services sailak argitaratuak.

	Erretzaileak				Erretzaile ohiak			
	35-54	55-64	65-74	≥75	35-54	55-64	65-74	≥75
Gizonezkoak								
Biriketako minbizia	14,33	19,03	28,29	22,51	4,40	4,57	7,79	6,46
Bertzelako minbiziak	1,74	1,86	2,35	2,18	1,36	1,31	1,49	1,46
Bihotzaren eritasun iskemikoa	3,88	2,99	2,76	1,98	1,83	1,52	1,58	1,32
Bihotzeko bertze eritasun batzuk			2,22	1,66			1,32	1,15
Eritasun zerebrobaskularra	2,40	2,51	2,17	1,48	1,07	1,51	1,23	1,12
Bertzelako eritasun baskularrak			7,25	4,93			2,20	1,72
Diabetes mellitusa			1,50	1,00			1,53	1,06
Influentza, pneumonia, tuberkulosia	4,47	15,17	2,58	1,62	2,22	3,98	1,62	1,42
Biriketako eritasun buxatzaile kronikoa (BEBK)			29,69	23,01			8,13	6,55
Emakumezkoak								
Biriketako minbizia	13,30	18,95	23,65	23,08	2,64	5,00	6,80	6,38
Bertzelako minbiziak	1,28	2,08	2,06	1,93	1,24	1,28	1,26	1,27
Bihotzaren eritasun iskemikoa	4,98	3,25	3,29	2,25	2,23	1,21	1,56	1,42
Bihotzeko bertze eritasun batzuk			1,85	1,75			1,29	1,32
Eritasun zerebrobaskularra	2,44	1,98	2,27	1,70	1,00	1,10	1,24	1,10
Bertzelako eritasun baskularrak			6,81	5,77			2,26	2,02
Diabetes mellitusa			1,54	1,10			1,29	1,06
Influentza, pneumonia, tuberkulosia	6,43	9,00	1,75	2,06	1,85	4,84	1,28	1,21
Biriketako eritasun buxatzaile kronikoa (BEBK)			38,89	20,96			15,72	7,06

Iturria: Osasuneko, Gizarte Zerbitzuetako eta Berdintasuneko Ministerioa. *Muertes atribuibles al consumo de tabaco en España, 2000-2014*. Madril: Osasuneko, Gizarte Zerbitzuetako eta Berdintasuneko Ministerioa, 2016.

35 urte edo gehiagoko biztanleriaren heriotza guztien %13 errepresentatzen dute tabakoari egozten ahal zaizkion heriotzek Espainian 2010-2014 aldian, %23 gizonezkoen artean eta %3 emakumezkoen artean, hurrenez hurren. 2000-2004 bosturtekoari dagokionez, murriztu egin zen tabakoari egozten ahal zaizkion gizonezkoen heriotza kopurua (baita guztizko heriotza kopurua ere); aldiz, handitu egin zen emakumezkoena.

Biriketako minbizia izan zen tabakoari egozten ahal zaizkion heriotza kopururik altuena izan zuen heriotza kausa (%81) Espainian 2010-2014 bosturtekoan; ondoren, biriketako eritasun buxatzaile kronikoa eta bihotzaren eritasun iskemikoa datoz (%73 eta % 19, hurrenez hurren). (Osasunaren, Gizarte Zerbitzuen eta Berdintasunaren Ministerioa, 2016). 2010-2014 bosturtekoan tabakoari egozten ahal zaizkion heriotzen erdiak minbiziak eragin zituen (%49,9), laurdena baino apur bat gehiago bihotz-hodietako eritasunek (%27,0) eta laurdena baino apur bat gutxiago arnasbideetako eritasunek (2. taula).

2. taula. Espainian 2000-2004 eta 2010-2014 bosturtekoetan tabakoari egozten ahal zaizkion heriotzak. Heriotza kopuru absolutua eta kausaren arabeko ehunekoaren banaketa.

	2000-2004		2010-2014	
	Tabakoari egozten ahal zaizkion heriotzak	Ehunekoaren banaketa	Tabakoari egozten ahal zaizkion heriotzak	Ehunekoaren banaketa
Guztira	263731	100,0	259348	100,0
Minbizia	116003	44,0	129413	49,9
Biriketako minbizia	75846	28,8	85762	33,1
Bertzelako minbiziak ^a	40157	15,2	43651	16,8
Eritasun kardiobaskularrak	85537	32,4	69927	27,0
Bihotzaren eritasun iskemikoa	40743	15,4	32322	12,5
Bihotzeko bertze eritasun batzuk ^b	16604	6,3	16614	6,4
Eritasun zerebrobaskularra	14805	5,6	10692	4,1
Bertze eritasun kardiobaskular batzuk ^c	13385	5,1	10299	4,0
Arnasbideetako eritasunak	62191	23,6	60007	23,1
Biriketako eritasun buxatzaile kronikoa ^d	54757	20,8	52770	20,3
Arnasbideetako bertze eritasun batzuk ^e	7434	2,8	7237	2,8

^a Ezpaina, faringea eta aho barrunbea, hestegorria, urdaila, pankrea, umetoki lepoa, giltzurruna eta giltzurrun pelbisa, maskuria, gibel, kolon eta ondestea, leuzemia mieloide akutua.

^b Bihotzeko eritasun reumatikoa, bihotz biriketako eritasunak eta bihotzeko bertze gaixotasun batzuk.

^c Aterosklerosia, aneurisma aortikoa, arterietako bertzelako gaixotasunak eta diabetes melitusa.

^d Bronkitisa, enfisema eta arnasbideen oztopatze kronikoa.

^e Pneumonia eta influenza eta tuberkulosia.

Iturria: Osasuneko, Gizarte Zerbitzuetako eta Berdintasuneko Ministerioa. *Muertes atribuibles al consumo de tabaco en España, 2000-2014*. Madril: Osasuneko, Gizarte Zerbitzuetako eta Berdintasuneko Ministerioa, 2016.

2018an argitaratutako Espainiako 2016ko eritasun kargaren inguruko azterlan bati jarraikiz, Espainiako bost heriotza kausa espezifikoak kardiopatia iskemikoa (heriotzen %14,6), Alzheimer-en eritasuna eta bertze demenzia batzuk (%13,6), eritasun zerebrobaskularrak (%7,1), biriketako eritasun buxatzaile kronikoa (%6,9) eta biriketako minbizia (% 5) dira. Azterlan horren arabera, erretzea da argi eta garbi arrisku faktorerik garrantzitsuena Espainian. Horregatik, hau da egileen ondorioa: «tabakoa da Espainian jorratu beharreko osasunarentzako arriskurik larriena» (Soriano JB, 2018).

Biriketako minbizia tabakoak biztanlerian duen eragina neurtzeko gertakari zelataritzat hartzen da; izan ere, lotura estua dago minbiziaren eta tabakismoaren artean. Hori dela eta, eritasun horren intzidentzia edo heriotza tasak erabiltzen dira tabakismoak eragindako eritasunen kargaren adierazle gisa. Espainian eta Nafarroan zigarreten kontsumo masiboa Europako iparraldeko herrialdeetan eta Ameriketako Estatu Batuetan baino beranduago hasi zen, bereziki emakumezkoen dagokienez. Horregatik, eta hala jaso zuen Health at a Glance 2013 txostenak, 1990ko hamarkadan ELGAko herrialdeen artean Espainiak erregistratu zuen emakumezkoen biriketako minbiziagatik heriotza tasarik baxuena; zehazki, 6 emakumezko 100.000tik. Oso ezberdinak ziren garai hartan, bertzeak bertze, Danimarkan, Kanadan eta Ameriketako Estatu Batuetan erregistratutako zifrak: 30 emakumezko 100.000tik, edo gehiago. Gizonezkoen biriketako minbiziagatik heriotza tasa askoz altuagoa zen emakumezkoena baino: 67 heriotza 100.000 gizonezkoetik. Zifra horiekin tarteko posizio batean kokatu zen Espainia herrialdeen sailkapenean. Tasa baxuagoak zituzten herrialdeak zituen azpitik, bertzeak bertze, Suedia eta Portugal (32 eta 41 heriotza 100.000 gizonezkoetik, hurrenez hurren), eta tasa altuenak zituen Hungaria zuen gainetik (102 heriotza 100.000 gizonezkoetik). Eritasunaren epidemiologia oso arin aldatzen ahal da; izan ere, tabakismoak herrialdeetan sartzeko gaitasun handia du, baita lehen tabakoa kontsumitzen ez zutenen artean zabaltzeko ere. Horren adibide da Txinan gertatutakoa: kalkulatu da gizonezkoen %50 baino gehiago erretzailea dela (Stone, EC, 2016), eta tabakoaren intzidentzia eta heriotza tasa adin tarte guztietan hazi zen 2000. eta 2010. urteen artean (Chen W, 2015).

Egun, erretzaileek biriketako minbizia pairatzeko arrisku handiagoa dute duela hamarkada batzuetako erretzaileek baino, nahiz eta zigarreta gutxiago erre. Biriketako minbiziaren tasa altuagoak azaltzen ahal dituen hipotesi bat honako hau da: zigarreta moderno gehien iragazki eta aireztapenerako zuloek erretzaileek sakonago arnastea eragiten dute, eta horrela substantzia kimiko arriskutsuenak biriken barren-barrenera joaten dira. Kalkulatu da, batez beste, emakumezko erretzaileak 11 urte gutxiago bizi direla erretzen ez duten emakumezkoak baino, eta gizonezkoak 12 urte gutxiago. Dena den, aipagarria da onuragarria dela edozein adinekin tabakoa erretzeari uztea: 40 urterekin erretzeari uzteak galera horren %90 murrizten du. 60 bat urterekin erretzeari uzteak %40 murrizten du galera hori (U.S. Department of Health and Human Services, 2014).

Tabakoaren kontsumoaren kontrako guda irabazten ahal da etenik gabeko esfortzuak egin eta estrategia alternatiboak erabiltzen badira (Frieden TR, 2014). Ameriketako Estatu Batuetan tabakismoak behera egin du helduengan. %42koa zen 1965ean eta %17ra jaitsi zen 2014an (Centers for Disease Control and Prevention). Era berean, biriketako minbizia ere murrizten joan da 1982tik aurrera gizonezkoengan eta 1998tik aurrera emakumezkoengan. Antzeko zerbait gertatzen ari da gaur egun Suedian. Biriketako minbiziaren intzidentzia kurbak beherazko joera du sexu biei dagokienez. Azpimarratu behar da Suediak denbora luzea daramala tabakoa kontrolatzen. 1975ean hasi zen, publizitatea mugatzeko eta bertze hainbat xedetarako politikak lehen aldiz martxan jartzean. 1994tik, Suedian handitu egin dira zigarretei ezarritako zergak, martxan jarri dira tabako kerik gabeko gunetarako politikak, erraztu egin da erretzeari uzteko tratamenduetarako sarbidea, mugatu egin da tabakoaren merkaturatzea, eta

neurri horiek guztiak osasun ohartarazpenez betetako etengabeko kanpainen bitartez indartu dira (Near AM, 2014). Suedian, 2014an, helduen %8,7k bakarrik adierazi zuten egunero erretzen zutela. Espainian, aldiz, %22,2k (EUROSTAT).

Tabakoa espazio publikoetan erretzea mugatzen duen Espainiako legeria mende honetakoa da, eta tabakismoaren aurkako bi osasun araudiren bidez garatu zen 2005ean (lege partziala) eta 2010ean (lege integrala). Oraindik ere zenbait neurri ez daude ezarrita, bertzeak bertze, pakete neutroak erabiltzea eta bertze estrategia batzuk; adibidez, erretzeari uzteko farmakoen finantzazioa ez da zabaldu. Prestazio horri dagokionez, aipatu behar da Nafarroak duela gutxi berreskuratu duela eskubide hori; izan ere, debekatua egon da 2011tik gastu publikoari eusteko beharragatik. Zehazki, ekainaren 16ko 139/2003 Foru Dekretuaren bidez ezarri ziren erretzeari uzten laguntzeko farmazia prestazioa jasotzeko baldintzak. Beranduago, urtarrilaren 18ko 3/2012 Foru Dekretuak indarrrik gabe utzi zuen lehen aipatutako 139/2003 Foru Dekretua. Prestazio hori ezabatzeko arau indargabetzailearen zioen azalpenaren arabera, gastu publikoari eutsi beharrak eragin zuen «lehentasunezkoak ez ziren» neurriak aurrekontuko zuzkidura gabe gelditzea. Bost urte igaro behar izan ziren 2017ko dekretu batek Nafarroako biztanleentzako prestazio hori berreskuratu arte (Nafarroako Aldizkari Ofiziala). Hainbat ikerketak erakutsi dute erretzeko ohitura kentzeko farmako bidezko laguntza emateak uzte tasa hobetzen ahal duela. Zehazki, %14-20ko tasa bat lortzen ahal da, eta hezkuntza laguntza soilik emanen tasa hori %8-11koa da (Nafarroako Gobernuak). 2018ko lehen 9 hilabeteetan, 4.526 pertsona hasi ziren Vareniclinan, nikotinazko partxeetan eta Bupropionean oinarritutako tratamenduak hartzen. Hiru sendagai horiek dira Medikamentuen eta Produktu Sanitarioen Espainiako Agentziak xede horretarako onartuta dauzkan sendagaiak. Sendagai finantzatu bihurtu direnez, errentaren arabera tarteen eta Nafarroan ezarritako koordinketa sistemaren arabera ordaintzen dira orain; horrenbestez, talde sozial apalenetako kideen sendagaietarako duten irisgarritasuna hobetu da. Sendagai horiek erretzeari uzteko hezkuntza laguntzaren testuinguruan agintzen dira beti, hala banakako nola taldeko laguntzaren bidez.

Azpimarragarria da erretzea partzialki debekatu zenean lehen aldian %14,7 murriztu zirela BEBK eritasunak eragindako ospitaleratzeak (Galán I, 2017). Era berean, murrizketa garrantzitsua egon da azken bosturtekoetan 75 urte baino gutxiagoko gizonezkoen BEBKren ondoriozko heriotza tasan. 1990eko hamarkadan 20 heriotza ziren 100.000tik, eta azken hamarkadan, berriz, 10 heriotzatik beherako zifrak lortu dira 100.000tik.

Herrialdeek sustatzen dituzten tabakismoaren kontrolerako estrategien arrakasta ebaluatzea ahalbidetzen dute biztanleriaren tabakoaren kontsumoari buruzko datuek; baina, horrez gain, baita intzidentzia tasak monitorizatzeak eta biriketako minbiziagatiko heriotza tasak kontrolatzeak ere, bereziki biztanle gazteenen artean gertatzen denari erreparatuta (Jemal A, 2003). Kontuan hartu behar da biriketako minbiziagatiko intzidentzia eta heriotza tasek tabakismoaren prebalentziaren joera historikoei jarraitzen dietela, betiere 20-30 urteko atzerapenarekin biriketako minbiziaren tasei dagokienez (Islami F, 2015).

Lan honetan jasotzen dira biriketako minbiziari dagozkion azken lau hamarkadetako intzidentzia eta heriotza tasak, adinaren eta sexuaren arabera, baita tabakismoaren prebalentziaren aldaketa ere, aldagai beren arabera. Horrez gain, biriketako minbiziaren heriotza tasa eta tabakoaren kontsumoan eragina duten desberdinkeria ekonomikoen inguruko estatistika batzuk ere biltzen dira. Biriketako minbiziaren intzidentzia eta heriotza tasak Minbiziaren Erregistrotik eta Heriotza Tasen Erregistrotik ateratakoak dira; aldiz, tabakoaren kontsumoari dagozkion datuak Hipertentsio Arterialari buruzko Azterlanetik (1981-1982) eta 2017ko Bizi Baldintzei buruzko Inkesta Sozialetik hartu dira. Sexuaren arabera, Europako biztanleria arruntari egokitutako intzidentzia eta heriotza tasa orokorrak eta 20-44, 45-54, 55-64, 65-74, 75-84 eta ≥ 85 adin-tarteei dagozkien tasak kalkulatu ziren metodo zuzenaren bitartez. Bost urteko tarteetarako kalkulaturako tasak urteko tasak bezala adierazita daude: 100.000 pertsona/urte.

Tabakismoa, sexuaren eta adinaren arabera. Joerak

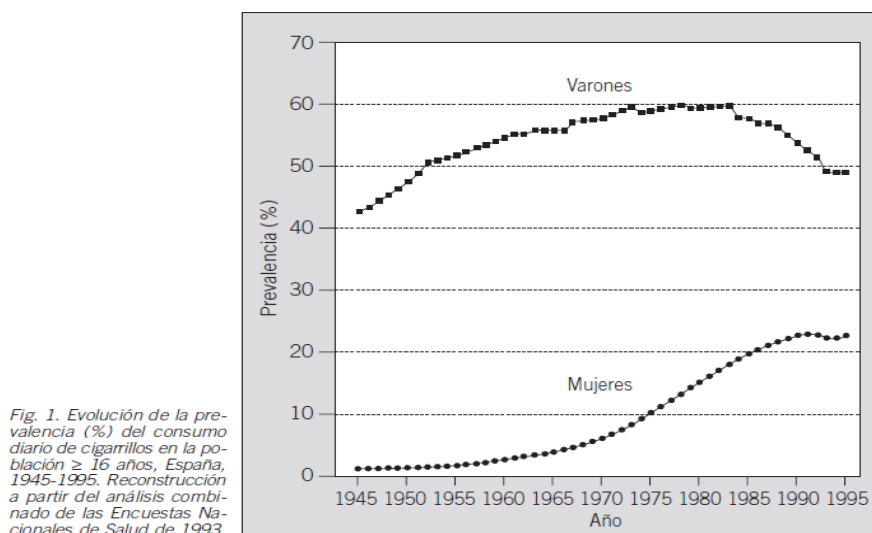
Tabakoaren kontsumoaren prebalentzia, edo, bertze hitz batzuetan, biztanleria bateko erretzaileen proportzioa, biztanleriaren lagin adierazgarriei egindako inkestak erabiliz kalkulatu da. 1980ko hamarkada baino lehenagoko datuei dagokienez, Osasunari buruzko Espainiako Inkestek (1993, 1995 eta 1997koek) zigarreten kontsumoaren prebalentzia berreraikiz lortutako Espainiako estimazioak ditugu (Fernández E, 2003). Nafarroako tabako kontsumoaren prebalentziari buruzko lehen estatistikak Nafarroako Osasun Publikoaren Institutuak 1982an egindako Hipertentsio Arterialari buruzko Azterlanetik hartutakoak dira, eta azkenekoak, berriz, Nafarroako Estatistika Institutuak egindako 2017ko Bizi Baldintzei buruzko Inkesta Sozialetik (NASTAT, 2017).

1945ean, gizonezkoen %42k eta 16 urte edo gehiagoko emakumezkoen %0,9k erretzen zuten Espainian (2. irudia). Gizonezkoen prebalentzia orokor altuena 1975-1980 epealdian erregistratu zen: %59,3k erretzen zuten. Emakumezkoen kasuan, berriz, zifrarik altuenak bi hamarkada geroago erregistratu ziren (%24,8), 1997-2001 aldirian (Fernández E 2003, ENSE, 2018).

1982an, 20 urte edo gehiagoko gizonezkoen %57,4k eta emakumezkoen %18,8k erretzen zuten Nafarroan. Ehuneko horiek eta Espainian 1980an 16 urte baino gehiagoko biztanleei dagozkien ehunekoak oso antzekoak izan ziren, %59 eta %15ekoak izan baitziren estatuan, hurrenez hurren (Fernández E, 2003). 1980ko hamarkadaren hasieran gizonezkoetan erregistraturako tabakismoaren prebalentzia (%57,4 Nafarroan eta %59 Espainian), Ameriketako Estatu Batuetakoaren oso antzeko da (~%55); hala ere, Nafarroa eta Espainia 1980ko hamarkadan iritsi ziren puntu horretara, eta Ameriketako Estatu Batuak, berriz, 1950eko hamarkadan (Islami F, 2015). Emakumezkoen dagokienez, Espainian erregistraturako prebalentzia tasarik altuena 1997-2001 aldirian izan zen (%24,8), gizonezkoena baino bi hamarkada beranduago (ENSE, 2018). Gizonezkoen kasuan bezala, epidemiaren goreneko puntu hori Ameriketako Estatu Batuetan baino ia 40 urte beranduago erregistratu zen, han 1960ko hamarkadan hauteman baitzuten (~%35). Datu horiek azaltzen dute zergatik iritsi den bereziki emakumezkoen biriketako minbiziaren epidemia askoz beranduago

Espainiara eta Nafarroara Ameriketako Estatu Batuekin edo Europako iparraldeko herrialdeekin alderatuta.

2. irudia. Espainiako ≥ 16 urteko biztanleen eguneroko zigarreten kontsumoaren prebalentziaren (%) bilakaera, 1945-1995.



Iturria: Fernández E et al. *Prevalencia del consumo de tabaco en España entre 1945 y 1995. Reconstrucción a partir de las Encuestas Nacionales de Salud.* Med Clin (Bartz.). 2003 Jan 18; 120(1):14-6.

1982an, 20 urte edo gehiagoko gizonezkoen %57,4k eta emakumezkoen %18,8k erretzen zuten Nafarroan. Ehuneko horiek eta Espainian 1980an 16 urte baino gehiagoko biztanleei dagozkien ehunekoak oso antzekoak izan ziren, %59 eta %15ekoak izan baitziren estatuan, hurrenez hurren (Fernández E, 2003). 1980ko hamarkadaren hasieran gizonezkoetan erregistratutako tabakismoaren prebalentzia (%57,4 Nafarroan eta %59 Espainian), Ameriketako Estatu Batuetakoaren oso antzeko da (~%55); hala ere, Nafarroa eta Espainia 1980ko hamarkadan iritsi ziren puntu horretara, eta Ameriketako Estatu Batuak, berriz, 1950eko hamarkadan (Islami F, 2015). Emakumezkoen dagokionez, Espainian erregistratutako prebalentzia tasarik altuena 1997-2001 aldian izan zen (%24,8), gizonezkoena baino bi hamarkada beranduago (ENSE, 2018). Gizonezkoen kasuan bezala, epidemiaren goreneko puntu hori Ameriketako Estatu Batuetan baino ia 40 urte beranduago erregistratu zen, han 1960ko hamarkadan hauteman baitzuten (~%35). Datu horiek azaltzen dute zergatik iritsi den bereziki emakumezkoen biriketako minbiziaren epidemia askoz beranduago Espainiara eta Nafarroara Ameriketako Estatu Batuekin edo Europako iparraldeko herrialdeekin alderatuta.

1982an, tabakismoaren prebalentzia edo aurrekariak oso altuak ziren Nafarroan adin guztietako gizonezko helduetan eta emakume gazteetan (3. taula). 20 eta 34 urte bitarteko gizonezkoen %73 inguruk esaten zuen erretzaileak edo erretzaile ohiak zirela. 35-44, 45-54, 55-64, 65-74 eta 75-84 adin-tarteetan erretzaileen eta erretzaile ohiaren ehunekoaren batura %50etik gorakoa zen. Gainera, adin gehieneko taldeetan erretzaile ohi gehiago zeuden. Deigarria da, dena den, tabakoaren prebalentzia baxua 84 urtetik gorako gizonen artean: 10etik 7k esaten zuten ez zirela ez erretzaileak, ez

erretzaile ohiak. 85 urte edo gehiagoko gizonezkoen kasuan izan ezik, erretzaileen ehunekoa erretzaile ohiena baino altuagoa zen. Emakumezkoen dagokienez, honako hauek dira erretzaile edo erretzaile ohi zirela adierazten zuten emakumeen ehunekoak adin tarteka: 20-24 urte, %66; 25-34 urte, %47; 35-44 urte, %23; eta hortik aurrera ehunekoa murriztuz zihoan 65 urte edo gehiagoko taldean %3ra iritsi arte (3. taula). 1982ko Nafarroako datuek erakusten dute tabakismoaren epidemiaren II. fase gisa ezagutzen den momentuan geundela: gizonezkoen prebalentzia %50-80koa izaten ahal da, eta ia ez dago erretzaile ohirik. Prebalentzia baxuagoa da emakumezkoetan, baina goranzko joera du, gizonekiko hamarkada bateko edo biko atzerapenarekin (Ariza, C, 2000).

3. taula. Nafarroako \geq 20 urteko erretzaileen, erretzaile ohien eta ez erretzaileen prebalentzia sexuaren eta adinaren arabera, 1982an. Hipertentsio Arterialari buruzko Azterlana.

	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	\geq 85	Guztira
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
GIZONEZKOAK									
Erretzailea	68,0	67,7	62,3	56,2	54,8	38,9	28,7	11,8	57,4
Erretzaile ohia	4,5	4,3	6,0	7,5	15,3	21,7	21,5	20,6	9,6
Ez-erretzailea	27,5	28,0	31,8	36,3	30,0	39,4	49,7	67,6	32,9
Guztira	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
EMAKUMEZKOAK									
Erretzailea	60,6	42,0	19,4	6,6	3,8	1,6	1,0	1,6	18,8
Erretzaile ohia	4,7	4,7	3,0	2,1	1,1	2,0	1,7	0,0	2,8
Ez-erretzailea	34,8	53,3	77,5	91,3	95,1	96,4	97,3	98,4	78,4
Guztira	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

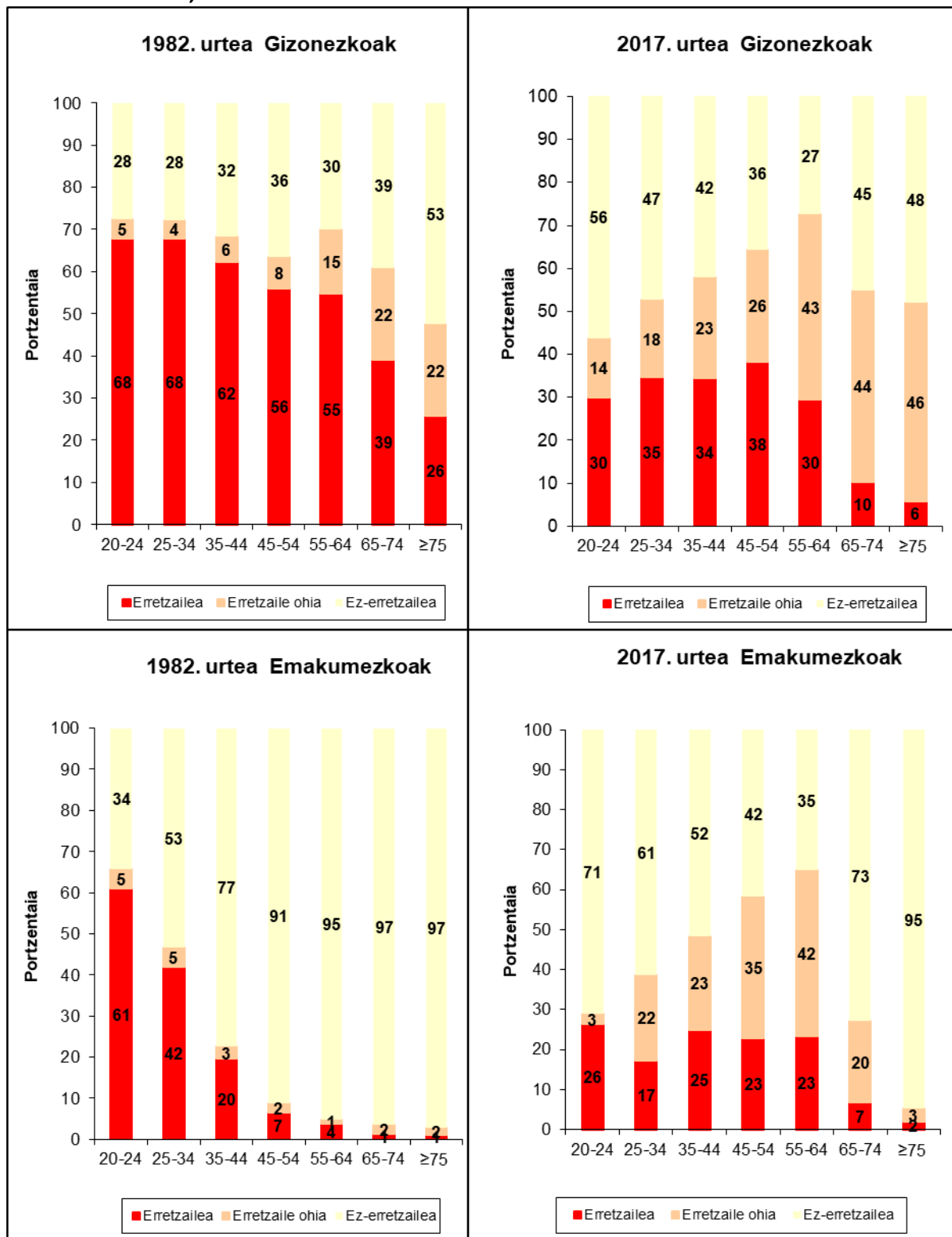
2017an, 15 urte eta gehiagoko biztanleriaren %52k ez zuen erregularitasunez erretzen, eta ez zuen inoiz halakorik egin; %25 erretzaile ohi gisa sailkatzen zen, eta %22 erretzaile gisa. (NASTAT, 2018). Erretzaile ohien ehunekoa (%25,4) erretzaileena baino altuagoa zen (%22,4). Gizonezkoek esan zuten emakumezkoek baino gehiago erretzen zutela adin tarte guztietan. Ezberdintasun horiek bereziki deigarriak dira 25-54 adin tartean (3. irudia).

1982 eta 2017 artean, 20-24 adin tartean handitu egin zen erregularitasunez erretzen ez zuten eta halakorik inoiz egin ez zuten biztanleen ehunekoa: zehazki, %27,5etik %56,3ra igaro zen gizonezkoetan eta %34,8tik %71ra emakumeetan. Hazkunde horiek %105ekoa eta %104koa dira, hurrenez hurren. Hau da, joan diren ia 40 urteotan, bikoiztu egin da tabakoa kontsumitzen hasten ez diren gazteen ehunekoa. 18 eta 33 puntu bitarteko beherakada egon da gizonezko erretzaileen prebalentzian 25-34, 35-44, 45-54, 55-64, 65-74 eta 75 urte baino gehiagoko adin tartetan (3. irudia). Emakumezkoetan, erretzaileen prebalentzia 35 urtetik beherako emakumezkoetan baino ez da murriztu, eta ia 20 puntuko hazkundera egon da 45-64 adin tarteko emakumezkoetan (3. irudia). Gainera, 3. irudiak agerian uzten du 2017an erretzaile ohien prebalentziaren hazkunde garrantzitsua egon zela, 1982ko datuekin alderatuta, adin tarte guztietan.

Erretzaile ohien ehunekoa adin tarte guztietan hazi izanak eta gazteen artean tabakoaren prebalentzia murriztu izanak ekarpenak egin zizkioten 2017an eman zen erretzaileen prebalentzia orokorraren murrizketa garrantzitsuari, aurreko hamarkadetako datuekin alderatuta. 1982 eta 2017 artean, ≥ 15 urteko biztanleriari dagokionez, eguneroko edo noizean behingo erretzaileen prebalentzia %58,8tik %27,6ra jaitsi zen gizonezkoetan eta %24,7tik %17,2ra emakumezkoetan; hau da, %53 eta %30 gutxiago, hurrenez hurren (4. taula). Berriki argitaratu den eta ia 200 herrialdetako tabakismoaren prebalentzia aztertu duen azterlan batek ondorioztatu zuen Espainiako tabakismoaren urteko murrizketa 1990 eta 2005 artean handiagoa izan zela gizonezkoetan (-%1,5) emakumezkoetan baino (-%0,6). Ostera, 2005-2015 epealdian murrizketa horiek handiagoak izan ziren, eta berdintzeko joera izan zuten bi sexuei erreparatuta; zehazki, -%1,9 emakumeetan eta -%2,0 gizonezkoetan (GBD, 2015).

Zifra absolutuetan eta epealdi horretan Nafarroako biztanleria guztiaren hazkundera kontuan hartu gabe, kalkulatzen da gutxi gorabehera 114.000 gizonezko eta 50.000 emakumezko erretzen zutela 1982an, eta 74.000 gizonezko eta 47.000 emakumezko 2017an (4. taula). 2002an argitaratutako *El tabaco como problema de salud* monografikoan honako hau ondorioztatzen da Espainiako tabako epidemiaren inguruan: «baldintza ekonomikoak zirela eta, Espainiak batezbesteko kontsumo erlatiboki apala izan zuen prebalentzia altua izanda ere, erretzaile gehienek gutxi erretzen zutelako, erlatiboki behartsuak zirelako. Hirurogeiko hamarkadan hasi zen erretzaile bakoitzeko kontsumoa nabarmen hazten. Bestalde, tabakoaren industrian monopolioa egoteak ez du tabakoaren erregulazioa erraztu. Tabacaleraren pribatizazioa duela oso gutxi gertatu da; ordura arte, gobernuaren politikan eragin zuzena izan dute osasunarekin zerikusirik ez duten bertze kontsiderazio batzuek. Egoera hori are gehiago larritu zen diktaduran zehar: tabakoak osasunean dituen eraginak deskubritzeak ez zuen inolako efektu praktikorik izan Espainian, eta bai ostera inguruko herrialde demokratikoetan. Herrialde horietan, botere publikoek derrigortuta ikusi zituzten beren buruak tabakoa arautzera (Villabi JR, 2002). Tabakoa Kontrolatzeko OMEren Esparru Hitzarmenari jarraikiz, tabakoaren kontrolerako politikek kerik gabeko guneei buruzko araudi bat sustatu zuten Espainian (28/2005 eta 42/2010 Legeak) ez-erretzaileak babesteko. Horretaz landa, MPOWERen gomendioak ere aplikatu ziren (Jimenez 2014, Fernandez 2011).

3. irudia. Nafarroako erretzaileen, erretzaile ohien eta ez-erretzaileen prebalentzia sexuaren eta adinaren arabera, 1982an eta 2017an.



4. taula. Nafarroako erretzaile kopurua eta ehunekoa (%) 1982an eta 2017an.

	Eguneroko edo noizean behingo erretzaileen prebalentzia (%)					
	1982ko biztanleria		Eguneroko edo noizean behingo erretzaile kopurua (%)		Eguneroko edo noizean behingo erretzaile kopurua (%)	
	Gizonezkoak	Emakumezkoak	Gizonezkoak	Emakumezkoak	Gizonezkoak	Emakumezkoak
15 -24[§]	42961	41285	67,8	60,9	29145	25161
25-34	37421	35543	67,8	42,0	25387	14933
35-44	30540	28941	62,3	19,5	19035	5645
45-54	30474	29794	56,0	6,5	17067	1940
55-64	25795	27376	54,9	3,7	14149	1015
65-74	16928	21462	39,0	1,4	6604	302
≥75	9448	14887	25,8	1,1	2440	168
Guztira	193567	199288	58,8	24,7	113820	49163

	Eguneroko edo noizean behingo erretzaileen prebalentzia (%)					
	2017ko biztanleria		Eguneroko edo noizean behingo erretzaile kopurua (%)		Eguneroko edo noizean behingo erretzaile kopurua (%)	
	Gizonezkoak	Emakumezkoak	Gizonezkoak	Emakumezkoak	Gizonezkoak	Emakumezkoak
15 -24[§]	32364	31139	22,2	17,5	7187	5456
25-34	35886	35134	34,6	17,1	12420	6019
35-44	53309	50870	34,5	24,9	18385	12663
45-54	50914	48750	38,2	22,8	19468	11133
55-64	39870	39749	29,5	23,2	11774	9228
65-74	29950	32034	10,4	6,7	3106	2145
≥75	24781	37748	5,8	1,9	1449	714
Guztira	267074	275424	27,6	17,2	73695	47341

	Eguneroko erretzaileen prebalentzia					
	2017ko biztanleria		Eguneroko erretzaile kopurua		Eguneroko erretzaile kopurua	
	Gizonezkoak	Emakumezkoak	Gizonezkoak	Emakumezkoak	Gizonezkoak	Emakumezkoak
15 -24[§]	32364	31139	18,9	13,8	6130	4305
25-34	35886	35134	28,5	13,6	10230	4792
35-44	53309	50870	29,8	21,6	15877	11001
45-54	50914	48750	35,1	21,0	17870	10253
55-64	39870	39749	27,5	18,4	10975	7330
65-74	29950	32034	9,8	6,4	2938	2036
≥75	24781	37748	4,8	1,7	1188	647
Guztira	267074	275424	24,4	14,6	65252	40271

[§] 15-19 adin tartean 20-24 adin tarteko prebalentzia aplikatu da.
Iturria: guk egina.

Tabakismoa, maila sozioekonomikoaren arabera. Joerak

1982an tabakoaren kontsumoaren eta klase sozialaren inguruko estatistikek patroiz berdina zuten gizonezko eta emakumezkoen artean (5. taula). Gizonezkoetan ez zegoen maila sozioekonomikoarekin erlazionatutako patroiz argirik, ez zegoen klase ertain eta altuko prebalentziaren eta klase apaleko prebalentziaren arteko ratioaren antzekorik. Aldiz, klase ertain eta altuko emakumezkoek klase apaleko emakumeek baino tabakismo prebalentzia handiagoa zuten adin tarte beretan. Hau da, bertze

herrialde batzuetan bezalaxe, Nafarroako klase ertain eta altuko emakumeak klase apaleko emakumeak baino gehiago hasi ziren erretzeko ohitura hartzen tabakismo epidemiaren lehen faseetan.

5. taula. Erretzaile edo erretzaile ohien prebalentzia adinaren, sexuaren eta norberak aitortutako klase sozialaren arabera. Nafarroa. 1982. urtea. Hipertentsio Arterialari buruzko Azterlana.

	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74
	%	%	%	%	%	%
Gizonezkoak						
Altua eta ertain altua	65,5	66,1	67,8	56,1	50,7	47,3
Ertain apala	67,3	67,6	58,6	55,9	56,1	36,0
Apala	79,5	72,5	76,5	57,1	54,1	40,9
<i>Apala:Altua/ertain altua arrazoia</i>	<i>1,2</i>	<i>1,1</i>	<i>1,1</i>	<i>1,0</i>	<i>1,1</i>	<i>0,9</i>
Emakumezkoak						
Altua eta ertain altua	64,8	52,5	30,0	10,8	4,7	5,7
Ertain apala	58,9	39,2	16,6	6,3	3,8	0,7
Apala	60,7	30,3	9,1	0,9	2,7	1,0
<i>Apala:Altua/ertain altua arrazoia</i>	<i>0,9</i>	<i>0,6</i>	<i>0,3</i>	<i>0,1</i>	<i>0,6</i>	<i>0,2</i>

2012ko eta 2017ko Nafarroako Bizi Baldintzei buruzko Inkestak emandako datu berriagoek erakusten dute tabakoaren kontsumoa desberdinkeria sozial handiagoak pairatzen dituzten taldeetan pilatzen ari dela. 2012an, 25-64 urte bitarteko unibertsitate ikasketak zituzten gizonezko gehiagok esan zuten ez zutela inoiz erre lehen hezkuntzako ikasketak edo ikasketa apalagoak zituzten gizonezkoen aldean, zehazki, %50,5ek eta %33,8k, hurrenez hurren. Gainera, unibertsitateko ikasketak zituzten gizonezkoen %11k esan zuten egunero erretzen zutela, eta lehen hezkuntzako ikasketak edo ikasketa apalagoak zituztenen %37k. Emakumezkoen dagokienez, inkesta berean esan zuten egunero erretzen zutela lehen hezkuntzako ikasketak edo ikasketa apalagoak zituzten emakumezkoen %30,7k, eta unibertsitateko ikasketak zituztenen %15,6k (Moreno-Iribas C, 2017).

2017an kontsumo tasarik altuenak ikasketa maila apaleko biztanlerian aurkitzen ahal ziren. Bigarren hezkuntzako lehen zikloko ikasketak dituzten eta 20-54 urte bitarteko adin tartean dauden gizonezko eta emakumezkoen artean bikoitza da erretzaile kopurua unibertsitateko ikasketak dituzten biztanleen multzoarekin alderatuta. Unibertsitateko ikasketak dituzten 20-34 urte bitarteko emakumezkoak dira gutxien erretzen dutenak (%10,3). Ostera, prebalentziarik altuena (%44) bigarren hezkuntzako lehen zikloko ikasketak edo ikasketa apalagoak dituzten 35-44 urteko gizonezkoetan hauteman da (6. taula). 2011ko Osasunari buruzko Espainiako Inkestak hauteman zuen Espainian unibertsitateko ikasketak zituzten eta egunero erretzen zuten gizonezkoen ehuneko (%22) lehen hezkuntzako ikasketak zituen biztanleriarena baino askoz txikiagoa zela (%38). Ehuneko horiek antzekoagoak ziren emakumezkoen kasuan: %28 eta %21, hurrenez hurren. Ikerketa horretan bertan hauteman zuten unibertsitateko ikasketak zituzten biztanleen artean erretzaile ohi gehiago zeudela lehen hezkuntzako

ikasketak zituen biztanleriaren artean baino, eta erretako zigarreten batezbestekoa baxuagoa zela (León-Gómez BB, 2017).

6. taula. Nafarroako eguneroko erretzaileen eta erretzaile ohien prebalentzia adinaren, sexuaren eta ikasketa mailaren arabera. Bizi Baldintzen buruzko Inkesta, 2017.

	Gizonezkoak					Emakumezkoak				
	20-34 %	35-44 %	45-54 %	55-64 %	65-74 %	20-34 %	35-44 %	45-54 %	55-64 %	65-74 %
Eguneroko erretzaileak	27,2	29,8	35,1	27,5	9,8	16,0	21,6	21,0	18,4	6,4
Bigarren hezkuntzako 1. zikloko ikasketak edo apalagoak	39,2	44,0	41,6	27,7	9,2	22,5	31,6	36,2	20,1	7,8
Bigarren hezkuntzako 2. zikloko ikasketak	31,5	37,4	38,8	28,8	9,4	24,9	32,4	14,8	14,0	4,2
Unibertsitateko ikasketak	19,2	21,3	22,3	26,3	12,1	10,3	14,9	16,3	18,9	1,7
<i>Bigarren hezkuntzako 1. zikloko ikasketak edo apalagoak: unibertsitateko ikasketak</i>	2,0	2,1	1,9	1,1	0,8	2,2	2,1	2,2	1,1	4,7
Erretzaile ohiak	16,5	23,4	26,1	43,0	44,4	15,5	23,4	35,4	41,7	20,4
Bigarren hezkuntzako 1. zikloko ikasketak edo apalagoak	13,1	31,6	30,8	50,6	43,1	23,2	17,2	34,8	35,5	14,2
Bigarren hezkuntzako 2. zikloko ikasketak	13,8	12,0	21,2	40,9	46,9	10,3	21,3	39,9	44,7	17,6
Unibertsitateko ikasketak	20,0	23,8	23,8	30,6	46,5	15,6	25,8	33,4	48,8	49,6

Osasunari buruzko Espainiako inkesta bat baino gehiagotako datuak konparatuz hauteman zen unibertsitateko ikasketak zituen biztanleriaren artean erretzaileen ehunekoa murriztu zela 1999. eta 2011. urteen artean; zehazki, %32,2tik %21,9ra igaro zen gizonezkoen artean eta %32,1etik %21,1era emakumezkoen kasuan. Alabaina, ez zen murrizketa esanguratsurik egon lehen hezkuntzako ikasketak zituzten biztanleengan 1999. eta 2011. urteen artean. Eguneroko erretzaileen ehunekoa ia egonkor mantendu zen: gizonezkoen %40,5 eta %38,1, eta emakumezkoen %25,3 eta %27,9 (León-Gómez BB, 2017).

Alderantzizko gradientea hauteman da tabakismoaren prebalentziaren eta ikasketa mailaren artean bertze herrialde batzuetan ere. 2009-2010an, Ameriketako Estatu Batuetan lehen hezkuntzako ikasketak zituen biztanleria helduaren %34,6k erretzen zuen eta unibertsitateko ikasketak zituen biztanleriaren %13,2k. Herrialde horretan ere ikusi da tabakismoaren joera ezberdina izan dela pertsonen ikasketa mailaren edo maila sozioekonomikoaren arabera. Bigarren hezkuntzako ikasketak baino maila apalagoko ikasketak zituzten erretzaileen ehunekoa %35 inguruan mantendu zen 1968 eta 1993 artean; aldiz, %34tik %15era murriztu zen unibertsitate ikasketak bukatuak zituen biztanleriaren kasuan (Garfinkel L, 1997). Kanadan ere tabakismoaren prebalentzia 3,9 aldiz handiagoa da batxilergoa bukatzen ez duten biztanleen artean,

unibertsitateko ikasketak bukatu dituen biztanleekin alderatuta (Public Health Agency of Canada, 2018).

Hau da, bertze herrialde batzuetan hautemandako aldea edo desberdinkeria Nafarroan ere hauteman da. Hortaz, esfortzu handiagoak egin behar dira ikasketa maila apalagoa duen biztanleriari dagokionez, desberdinkeria hori murrizten joan dadila lortu nahi bada.

Biriketako minbizia. Heriotza tasa, sexuaren arabera.

2012-2016 bosturtekoan, Nafarroako heriotzen %5,5 biriketako minbiziaren ondoriozkoak izan ziren. Datu hori Espainian 2016an (%5,5) eta Europar Batasuna-28n 2014an (%5,5) jasotakoan antzekoa da (EUROSTAT). Sexuaren arabera, hildakoen % 8,7 gizonezkoak izan ziren eta %2,3 emakumezkoak. Europar Batasuna-28n, ehuneko horiek baxuagoak izan ziren gizonezkoetan eta altuagoak emakumezkoetan (%7,5 eta %3,5, hurrenez hurren).

Nafarroako biriketako minbiziaren ondoriozko heriotza tasa orokorra (100.000tik 55,5) Europarako zenbatetsitako batezbestekoaren antzekoa da (100.000tik 59,1). Hungarian (100.000tik 96,4 heriotza) eta Suedian (100.000tik 26,4) erregistratu dira tasa altu eta baxuenak, hurrenez hurren (Ferlay J, 2013). Emakumezkoen heriotza tasa (100.000tik 14,9) 2012an Europarako zenbatetsitako batezbestekoaren azpitik dago pixka bat (100.000tik 17,3). Bielorrusian, Portugalen edo Maltaan, bertzeak bertze, Nafarroan baino biriketako minbizi kasu gutxiago daude emakumezkoen artean (Ferlay, 2013). Europako herrialde batzuetan, hala nola Ingalaterran edo Suedian, gizonezkoen eta emakumezkoen heriotza tasak oso antzekoak dira: Suedian, 100.000tik 26,4 gizonezkoetan eta 24,1 emakumezkoetan. Datu hori oso desberdina da Nafarroan, non biriketako minbiziaren ondoriozko heriotza tasa orokorra 4 aldiz altuagoa baita gizonezkoetan emakumezkoetan baino.

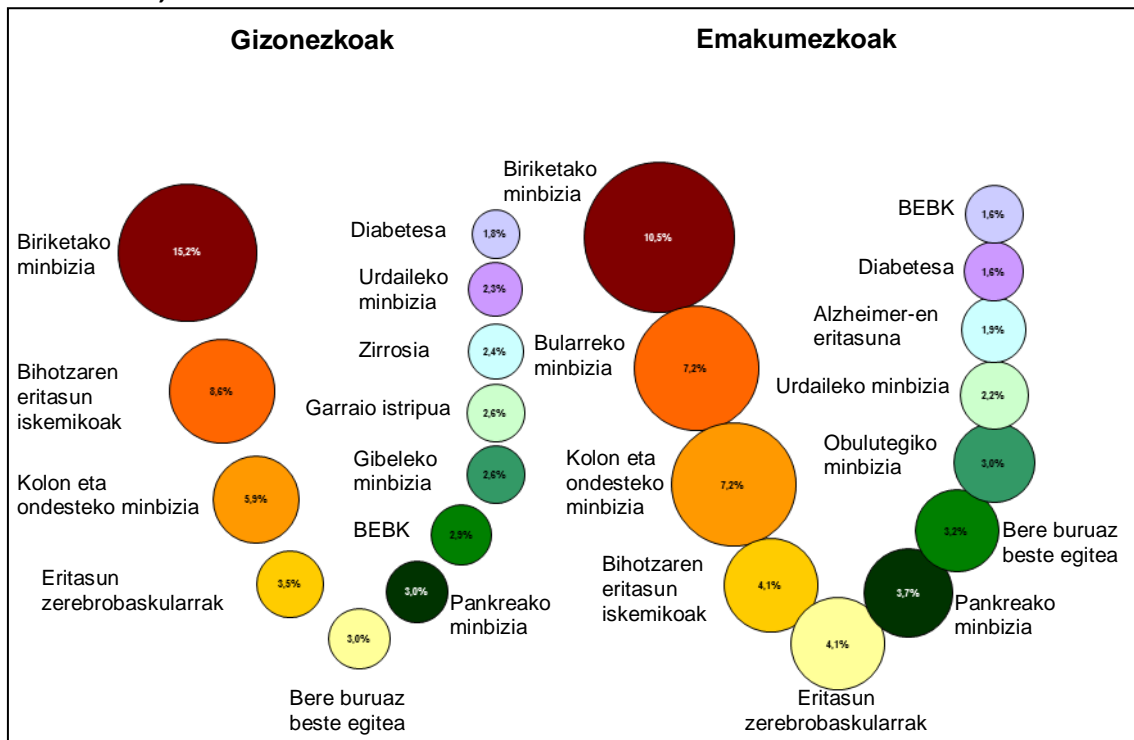
Biriketako minbizia da minbiziagatiko heriotzaren lehen kausa Nafarroako gizonezkoen artean, eta minbiziaren ondoriozko 4 heriotzatik bat eragiten du. Emakumeen artean, biriketako minbizia eta bularrekoa parekatu egin dira, eta baliteke datozen urteetan biriketako minbiziak lehen postua hartzea, bularreko minbiziak ez bezala goranzko joera hartu baitu. 2012-2016 bosturtekoan, bularreko minbiziaren eta biriketakoaren ondoriozko 68 eta 67 heriotza erregistratu ziren batezbeste. Datu horiek ez dute zerikusirik 1970eko hamarkadan jasotakoekin: 55 heriotza bularreko minbiziagatik eta 16 biriketako minbiziagatik. Egoera horren berri eman zuten duela zenbait hamarkada Europako herrialde batzuetan eta Ameriketako Estatu Batuetan, non emakumezkoen arteko tabakismoaren epidemia lehenago sortu baitzen Nafarroan baino.

Nafarroan biriketako minbiziaren ondorioz hildako pertsonen %80 gizonezkoak ziren, eta %20 emakumezkoak. 2010-2014 aldian Espainiarako egindako zenbatespenen arabera, gizonezkoen artean biriketako minbiziaren ondorioz gertatutako heriotzen %86 tabakoari egotzen ahal zaizkio, eta emakumezkoen artean %58 (Osasun Ministerioa, Gizarte Zerbitzuak eta Berdintasuna, 2016). Tabakoaren epidemia

gizonezkoen artean zabaldu zen lehenbizi eta emakumezkoen artean ondoren. Horrek azaltzen du zergatik biriketako minbiziaren ondorioz hildako gehiago diren gizonezkoak, eta zergatik tabakoari egozten ahal zaizkion frakzioaren zenbatespenak baxuagoak diren emakumezkoen artean.

Heriotza guztien ehuneko esanguratsu bat hartzeaz gain, biriketako minbizia heriotza kausa garrantzitsua da 75 urtetik beherakoen artean edo heriotza goiztiarreko kasuen artean. 2016an, 75 urtetik beherako 147 gizonezko eta 43 emakumezko hil ziren Nafarroan biriketako minbiziaren eraginez (Nafarroako Osasun Publikoaren Buletina, 2018). Horrez gain, tabakismoarekin lotutako bertze heriotza kausa batzuk ere Nafarroako heriotza goiztiarraren lehen kausen artean daude. Horiek dira, esaterako, eritasun zerebrobaskularrak, arnasbideetako eritasun kronikoak (BEBK) edo miokardio infartua. Tabakismoa eta tabakoaren kearekiko esposizioa saihesteak eritasun horien guztien intzidentzia eta horien ondoriozko heriotza tasa murrizten laguntzen du, baita bizi itxaropena luzatzen ere (4. irudia).

4. irudia. Heriotza goiztiarraren (75 urtetik behera) kausa nagusiak Nafarroan, 2012-2016 aldian, sexuaren arabera.



Biriketako minbizia. Joerak, sexuaren eta adinaren arabera

Biriketako minbiziaren hilgarritasun handia (0,79ko intzidentzia:heriotza arrazoa) eta biziraupenaren aldakortasun txikia kontuan hartuta, herrialde gehienetan heriotza tasaren datuak erabiltzen dira eritasun karga alderatzeko. Nolanahi ere, biztanleriaren minbiziaren erregistroetan jasotako intzidentzia datuek ematen dute eritasun horren magnitudea eta joerak fidagarritasun handienarekin alderatzeko aukera.

desberdinak egoten ahal direlako. Hala, biriketako minbiziaren tasa orokorra baxua izaten ahal da adineko biztanleriaren tasak baxuak direlako eta biztanle gazteenak altuak. Gainera, azterketa batzuek erakutsi dutenez, heldu gazteen arteko heriotza tasen beherakadak proportzionalak dira berriki tabakismoaren prebalentzian egon diren aldaketekiko, eta korrelazio alderantzikatuak dute tabakismoa kontrolatzeko adierazleekin (Jemal, 2003). 6. taulan ikusten ahal dira Nafarroan diagnostikatutako biriketako minbiziaren kasuen kopurua, heriotza kopurua eta intzidentzia tasak, eta heriotza tasa adin taldeen eta sexuaren arabera, aldi desberdinetan. Intzidentzia kasuak 1978-2012 aldikoak dira, 7 bosturtekotan banatuta, eta heriotzak 1978-2012 aldiko 7 bosturteko beretakoak dira, gehi azkeneko laurtekoa (2013-2016).

2008-2012 bosturtekoan, ≥ 85 urteko gizonen biriketako minbiziaren intzidentzia izan zen altuena (100.000tik 443 kasu), eta 20-44 urte arteko gazteena baxuena (100.000tik 2,5 kasu). Patroi hori tabakismo historia luzea izan duten biztanlerien ezaugarri da; horregatik, hain zuzen, tasa handiena adin handiagokoen artean erregistratzen da.

Emakumeen artean patroia desberdina da. 2008-2012 aldiko intzidentzia tasa baxuenak 20-44 urte arteko eta 45-54 urte arteko emakumezkoetan erregistratu ziren (100.000tik 4 eta 37, hurrenez hurren). Hortik aurrera, tasa 100.000tik 44 eta 61 artekoa da adin tarte hauetan: 55-64, 65-74, 75-84 eta ≥ 85 urte. Hortaz, ez dago goranzko patroirik, gizonen artean bezala. Biriketako minbiziaren intzidentziaren puntu gorena 55-64 urteko emakumezkoen artean erregistratu zen. Emakumezko horiek 40 urte baino gutxiago zituzten 1982ko inkestan, eta tabako kontsumo handia egiten zuten. Ondorioz, zahartzen joan diren heinean biriketako minbiziaren tasa altuagoak izan dituzte 1920, 1930 edo 1940ko hamarkadetan jaiotako emakumezkoek baino. 65 urtetik gorako emakumezkoen artean ikusi diren biriketako minbiziaren tasa baxuek agerian uzten dute multzo horiek tabako kontsumo txikia egiten zutela (3. taula).

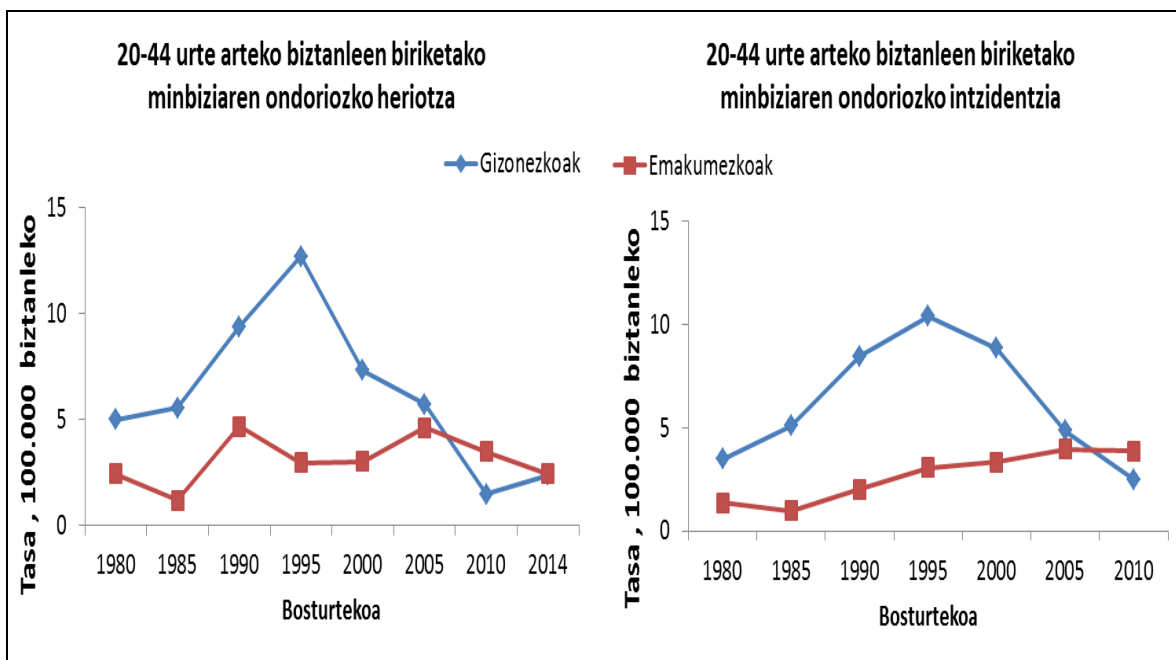
Bosturteko eta adin talde guztietan tasak altuagoak dira gizonen artean emakumezkoetan baino, salbu eta 20-44 urte arteko gazteen 2008-2012 aldiko datuetan: 17 kasu gizonen artean eta 24 emakumezkoen artean (gizonen:emakumezkoen tasen arrazoa 0,64koa da). Horrez gain, emakumezkoen arteko heriotzak altuagoak izan ziren gizonen artean baino 2008-2016 aldian: 9 gizonen eta 20 emakumezko (7. taula). Antzeko aurkikuntza bat egin da berriki Estatu Batuetako gazteen biriketako minbiziari buruzko azterketa batean. Han ere ikusi da intzidentzia handiagoa dela emakumezko gazteen artean gizonen artean baino. Hala ere, herrialde horretan, Nafarroan bezala, 1960. urtea baino beranduago jaiotako biztanleria multzoetan erregistratutako datuek agerian uzten dute gizonen eta emakumezkoen arteko tabakismoaren prebalentziak gerturatu egin direla, baina emakumezkoek ez dutela gainditu gizonen tabakismo prebalentzia (Jemal A, 2018). Adin talde berean (20-44 urte), Espainiako heriotza estatistikek agerian uzten dute biriketako minbiziaren ondoriozko heriotza tasak bat datozela gizonen:emakumezkoen arrazoiaren beherakadarekin (gutxi gorabehera, 3ko ratoria 2000. urtean, eta 1,5 inguruko ratoria 2011-2015 bosturtekoan).

7. taula. Biriketako minbiziaren ondoriozko intzidentzia eta heriotza kasu eta tasa egokituak, sexuaren eta bosturtekoaren arabera (2013-2016 laurtekoari dagozkion heriotza tasaren datuak izan ezik). Europako biztanleei egokitutako tasa, 100.000ko.

	Gizonezkoak				Emakumezkoak				Arrazoa	
	Heriotza-tasa		Intzidentzia		Heriotza-tasa		Intzidentzia		Gizonezkoak:Emakumezkoak	
	Kop.*	Tasa	Kop.*	Tasa	Kop.*	Tasa	Kop.*	Tasa	Heriotza-tasa	Intzidentzia
20-44 urte										
1978-1982	15	5,0	13	3,5	7	2,4	5	1,4	2,1	2,5
1983-1987	14	5,5	21	5,1	1	1,2	4	1,0	4,7	5,2
1988-1992	25	9,4	38	8,5	8	4,7	9	2,0	2,0	4,2
1993-1997	35	12,7	48	10,4	8	2,9	14	3,1	4,3	3,4
1998-2002	31	7,3	47	8,9	6	3,0	17	3,3	2,4	2,7
2003-2007	21	5,7	30	4,9	16	4,6	23	4,0	1,2	1,2
2008-2012	4	1,5	17	2,5	13	3,5	24	3,9	0,4	0,6
2013-2016	5	2,4			7	2,4			1,0	
45-54 urte										
1978-1982	47	30,9	55	36,1	14	9,3	10	6,7	3,3	5,4
1983-1987	64	44,0	86	58,8	8	5,4	10	7,0	8,1	8,4
1988-1992	60	42,6	70	51,0	4	3,1	1	0,8	13,8	66,3
1993-1997	83	52,0	130	80,7	11	7,1	19	12,3	7,4	6,6
1998-2002	115	64,2	132	73,7	24	13,8	27	15,5	4,7	4,8
2003-2007	115	58,8	151	77,1	36	18,9	53	28,1	3,1	2,7
2008-2012	91	40,6	148	66,1	52	24,5	79	36,7	1,7	1,8
2013-2016	75	39,0			31	16,8			2,3	
55-64 urte										
1978-1982	140	117,2	178	148,7	8	6,0	9	6,8	19,4	21,8
1983-1987	183	131,1	223	160,2	19	13,1	19	13,1	10,0	12,2
1988-1992	187	130,0	231	160,2	6	4,1	10	6,7	31,6	23,8
1993-1997	198	141,1	253	180,1	13	9,2	9	6,5	15,3	27,7
1998-2002	180	130,6	243	176,3	23	16,8	36	26,1	7,8	6,7
2003-2007	226	142,2	311	195,7	35	22,1	47	29,7	6,4	6,6
2008-2012	252	141,1	359	201,4	65	36,8	103	59,0	3,8	3,4
2013-2016	196	128,8			85	56,4			2,3	
65-74 urte										
1978-1982	196	232,6	226	267,6	37	35,7	30	29,0	6,5	9,2
1983-1987	225	256,1	268	305,6	19	16,9	19	16,6	15,1	18,4
1988-1992	280	274,6	331	324,5	30	24,0	29	23,2	11,4	14,0
1993-1997	321	270,9	375	316,8	19	14,1	31	22,9	19,1	13,8
1998-2002	375	299,4	482	383,7	35	25,8	43	30,9	11,6	12,4
2003-2007	330	263,5	408	329,5	31	23,9	41	30,0	11,0	11,0
2008-2012	337	271,4	428	345,1	38	28,2	59	43,9	9,6	7,9
2013-2016	311	276,4			61	50,9			5,4	
75-84 urte										
1978-1982	91	245,3	94	253,4	20	35,4	20	35,9	6,9	7,1
1983-1987	122	268,3	130	287,3	35	52,8	20	30,3	5,1	9,5
1988-1992	169	326,8	186	362,7	23	27,7	27	33,7	11,8	10,8
1993-1997	243	444,0	233	425,7	26	29,8	22	23,6	14,9	18,0
1998-2002	281	412,8	311	456,9	30	29,9	28	27,6	13,8	16,5
2003-2007	375	452,9	386	471,5	36	31,9	49	43,8	14,2	10,8
2008-2012	353	389,0	394	438,9	53	43,0	64	49,9	9,1	8,8
2013-2016	277	391,2			57	57,3			6,8	
85 urte edo gehiago										
1978-1982	7	106,9	15	229,0	7	55,0	5	39,3	1,9	5,8
1983-1987	20	244,5	21	256,7	7	41,7	10	59,6	5,9	4,3
1988-1992	27	240,8	27	240,8	12	51,4	8	34,3	4,7	7,0
1993-1997	40	269,1	37	248,9	22	70,2	13	41,5	3,8	6,0
1998-2002	52	286,2	52	286,2	20	48,8	19	46,4	5,9	6,2
2003-2007	80	399,1	78	389,1	19	39,8	22	46,1	10,0	8,4
2008-2012	123	474,1	115	443,3	44	74,8	36	61,2	6,3	7,2
2013-2016	118	453,2			29	52,8			8,6	
Orokorra										
1978-1982	496	43,3	581	50,3	93	6,8	79	5,6	6,4	9,0
1983-1987	628	50,2	749	60,0	89	5,5	82	5,4	9,2	11,0
1988-1992	748	53,7	883	63,7	83	4,6	84	4,5	11,8	14,1
1993-1997	920	60,5	1076	72,2	99	5,2	108	6,2	11,6	11,6
1998-2002	1034	61,6	1267	76,3	138	7,4	170	9,7	8,3	7,9
2003-2007	1147	61,1	1364	75,1	173	9,1	235	12,5	6,7	6,0
2008-2012	1160	56,8	1461	74,0	265	12,2	365	18,2	4,6	4,1
2013-2016	982	55,6			270	14,9			3,7	

*Kasuen kopurua aldiari dagokio.

6. irudia. 20-44 urte arteko biztanleen biriketako minbiziaren ondoriozko intzidentzia eta heriotza tasak, Europako biztanleriari egokituak, sexuen arabera. Intzidentzia (1978-2012) eta heriotza tasa (1978-2016).



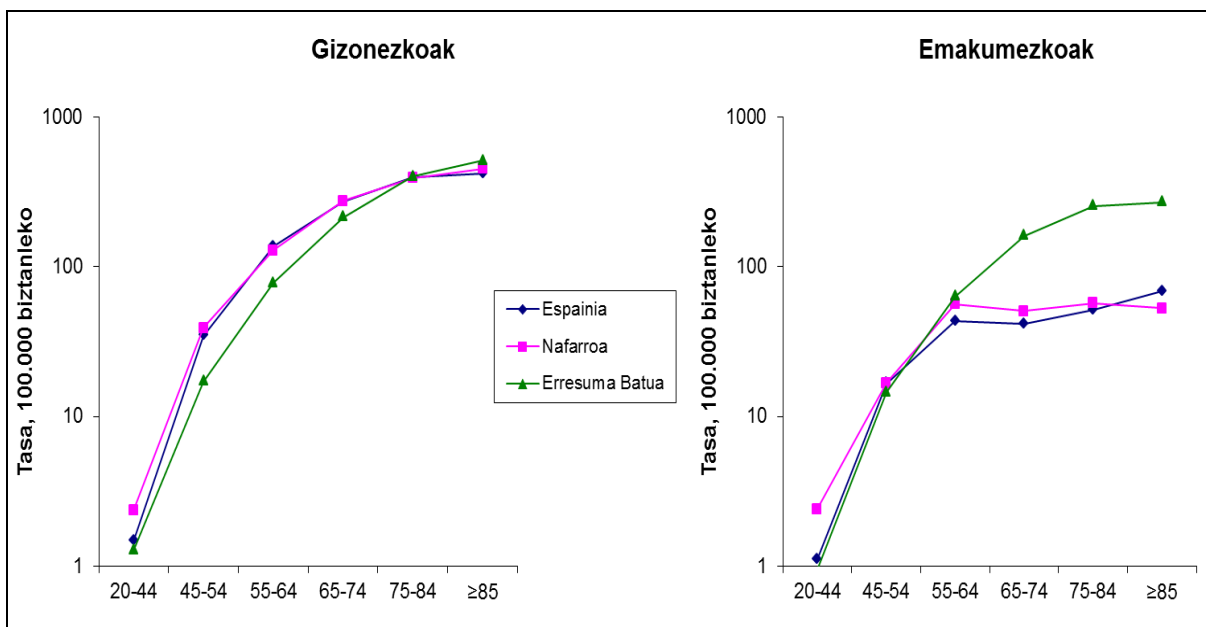
20-44 urteko gizonezkoen arteko biriketako minbiziaren intzidentziaren eta heriotza tasaren joera bifasikoa da (6. irudia); intzidentziak eta heriotza tasak gora egin zuten 1970eko hamarkadatik 1990eko hamarkadaren bukaerara artean, eta behera hurrengo urteetan. Aipatzekoa da adin talde horren azken bosturteko intzidentzia tasa (100.000tik 2,5) parekatu egin dela 1978-1982koarekin, erregistratutako tasa txikiena duen bosturtekoarenarekin (100.000tik 3,5). 45-54 urte arteko gizonezkoen intzidentzia eta heriotza tasek gora egin zuten 1990eko hamarkadaren bukaerara arte, eta horiek ere behera egin dute ordutik. 55-64, 65-74, 75-84 eta ≥ 85 urteko gizonezkoen intzidentzia eta heriotza tasek goranzko joera izan dute, eta badirudi azken urteetan egonkortu egin direla, ≥ 85 urtekoen taldean izan ezik (7. taula). AEBn, Erresuma Batuan eta Australian eginiko zenbait azterketak erakutsi dute tabakismoaren prebalentziaren beherakadak eragina duela, lehenik, gizonezko heldu gazteen heriotza tasaren beherakadan eta, ondoren, beherakada hori adin talde guztietara eta emakumezkoetara ere zabaltzen dela. Ameriketako Estatu Batuetan, gizonezkoen biriketako minbiziaren intzidentziaren beherakadak adin talde guztiei eragiten die (Lewis DR, 2014) eta aurreikusten ahal da Nafarroan ere gauza bera gertatuko dela datozen urteetan, kontuan hartuta Nafarroan ere tabakismoak nabarmen egin duela behera.

65 urtetik beherako emakumezkoen artean, intzidentzia eta heriotza tasek goranzko joera izan zuten 1970eko hamarkadaren bukaeratik 2012. urtera bitartean (6. irudia). Gorakada nabarmenenak 45-54 eta 55-64 urteko emakumezkoen artean ikusten ahal dira; hain zuzen, horien artean tasak 5 eta 8 aldiz biderkatu dira bi aldietan: 45-54 urteko emakumezkoen artean, 100.000tik 6,7 kasu 1978-1982 aldira, eta 36,7 kasu 2008-2012 aldira; eta 55-64 urteko emakumezkoen artean, 100.000tik 6,8 kasu lehen aldira eta 59 bigarrean. Aipatzekoa da emakumezko horien artean tabakismo

prebalentzia handia erregistratu zela 1982ko inkestan (3. taula). 65 urtetik gorako emakumezkoen artean, tasak egonkor mantendu dira azken lau hamarkadetan eta gainera, taulan ikusten ahal den bezala, gizonezko:emakumezko ratioak oso altuak dira; hots, gizonezkoen intzidentzia emakumezkoena baino 10 eta 20 aldiz altuagoa da. Emakumeen azken talde horrek 40 urte baino gehiago zituen 1982an eta, 3. taulan ikusi dugun moduan, haien tabakismo prebalentzia ez zen %10era ere iristen, 45 urtetik gorako gizonezkoen prebalentziaren oso azpitik geratuz (azken horien %40-60k aitortu zuten erretzaileak edo erretzaile ohiak zirela).

7. irudian ikusten ahal dira Nafarroako, Espainiako eta Erresuma Batuko heriotza tasak, sexuaren eta adin taldearen arabera. 75 urtetik beherako gizonezkoen artean, hala Nafarroako nola Espainiako heriotza tasak altuagoak dira Erresuma Batukoak baino. Aldiz, 85 urtetik gorako gizonezkoen heriotza tasa altuagoa da Erresuma Batuan. Datu horiek ikusita, esaten ahal dugu Nafarroak eta Espainiak biriketako minbiziaren tasa orokor altuagoak izanen dituztela etorkizunean Erresuma Batuak baino. Hortaz, datu horiek adierazten dute azken hamarkadetan tabakismoaren hasiera mugatzeko eginiko ahaleginak eraginkorrak izan direla herrialde horretan. 65 urtetik gorako emakumezkoen artean, Erresuma Batuko heriotza tasek hirukoiztu egiten dituzte Espainian edo Nafarroan jasotako tasak; aldiz, 50 urtetik beherako emakumezkoen tasak altuagoak dira Nafarroan Erresuma Batuan baino. Halaber, datuen arabera, emakumezkoen heriotza tasa handiagoa da Nafarroan Espainia osoan baino (7. irudia).

7. irudia. Biriketako minbiziaren ondoriozko heriotza tasa, adinaren eta sexuaren arabera. Nafarroa (2013-2016), Espainia (2015) eta Erresuma Batua (2014-2016).



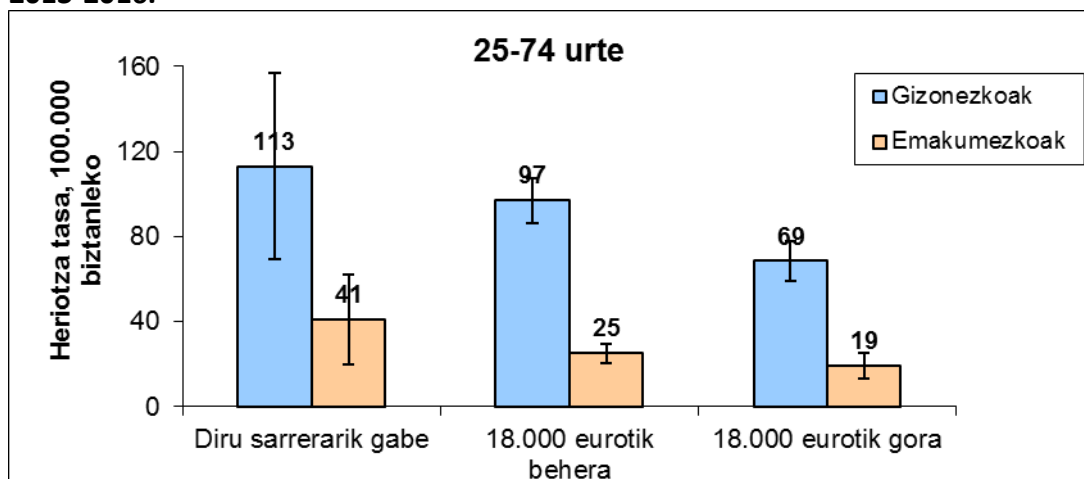
Iturria: guk egina.

Biriketako minbizia. Joerak, maila sozioekonomikoaren arabera

2001-2008 aldian, 2001ean Nafarroan erroldatutako ≥ 25 urteko biztanleen biriketako minbiziaren ondoriozko heriotza tasen aldeak aztertu ziren, ikasketa maila erabiliz adierazle sozioekonomiko gisa. Gizonezkoen artean, ikasketa maila apalena zuten herritarren tasa (lehen hezkuntzako ikasketak edo gutxiago) %19 altuagoa zen unibertsitate ikasketak zituzten herritarren tasa baino (Miqueleiz, 2015). Emakumezkoen artean, aldiz, tasa %18 baxuagoa zen ikasketa maila apalak zituztenen artean, unibertsitate ikasketak zituzten emakumezkoekin alderatuta. Antzekoa gertatu zen Euskal Autonomia Erkidegoan 1996-2001 aldian (Menvielle G, 2008). Maila sozioekonomiko altuagoko emakumezkoek arrisku handiagoa izatearen arrazoa da bi hamarkada lehenago (1980ko eta 1990eko urteetan), bai Nafarroan bai Espainian tabakismo prebalentzia handiagoa zela klase altuko emakumezkoen artean (Bilal U, 2016).

2013-2016 aldiko biriketako minbiziaren tasetako aldeak aztertzeko, errenta ekonomikoaren mailaren adierazle indibidualak erabili dira, 2012ko uztaitetik abian dagoen koordinketa farmazeutikorako kategorietatik ateratakoak. Maila sozioekonomiko apaleko taldean sartzen dira honako kategoria hauetako batean egoteagatik zerga betebeharririk ez duten biztanleak: gizarteratzeko errentak, laguntzako prestazioak eta subsidioa agortu duten langabeak. Maila sozioekonomiko "ertain" eta "altu" esaten diegu 18.000 eurotik behera eta gorako errentei, hurrenez hurren. Bi sexuen kasuan, errentaren mailak lotura du biriketako minbiziaren tasarekin: zenbat eta errenta apalagoa, orduan eta heriotza tasa altuagoa. Heriotza tasa altuena diru sarrerarik gabeko taldean erregistratu dira, bai gizonezkoen bai emakumezkoen kasuan. Diru sarrerarik ez zuten 25-74 urteko helduen artean, biriketako minbiziaren ondoriozko heriotza tasa 2,1 eta 1,6 aldiz altuagoa zen 18.000 eurotik gorako emakumezko eta gizonezkoena baino. Bertze herrialde batzuetan ere errenta mailaren eta ikasketa mailaren arabera aldeak ikusi dira biriketako minbiziaren intzidentzian: Kanadako helduen artean, hezkuntza maila apaleneko biztanleriaren minbizi intzidentzia 1,5 aldiz handiagoa da hezkuntza maila altuagoa duten helduena baino (Public Health Agency of Canada, 2018).

8. irudia. Biriketako minbiziaren ondoriozko heriotza tasa eta errenta. Nafarroa. 2013-2016.



Ondorioak

Tabakismoa Nafarroan

- 1982tik 2017ra, egunero edo noizbehinka erretzen duten 15 eta 24 urte arteko pertsonen ehunekoak nabarmen egin du behera, %64tik %20ra. Alegia, tabakismoa erdia baino gutxiagora murriztu da gazteen artean.
- 1982tik, eguneroko edo noizbehinkako erretzaileen prebalentzia %59tik %28ra murriztu da gizonezkoen artean eta %25etik %17ra emakumezkoen artean.
- Kalkulatzen da 15 urtetik gorako 105.000 pertsona baino gehiagok erretzen dutela egunero Nafarroan, hots, 15 urtetik gorako gizonezkoen %24k eta emakumezkoen %15ek. Bertze %3k adierazten dute erretzen dutela, baina ez egunero.
- 15 urtetik gorako erretzaile ohiak (%25) gehiago dira erretzaileak baino (%22).
- 15 urtetik gorako biztanleen %52k aitortzen dute ez dutela erretzen eta ez dutela inoiz erre egunerokotasunean, eta %48k beren burua erretzaile edo erretzaile ohi gisa sailkatzen dute.
- Gizonen artean, tabakismo prebalentzia handiena 25 eta 54 urte artean erregistratu da (%35), eta emakumezkoetan 35 eta 64 urte artean (%23).
- Bigarren hezkuntzako lehen zikloko edo beheragoko ikasketak dituzten 20-54 urte arteko gizonezko eta emakumezkoen artean dauden erretzaileen kopurua unibertsitate ikasketak dituzten erretzaileen kopuruaren bikoitza da.

Biriketako minbizia

- Tabakoaren kontsumoa da Nafarroako biztanleen osasunerako arrisku faktore garrantzitsuena; hain zuzen, arnas eritasunen, eritasun kardiobaskularren eta minbiziaren ondoriozko heriotza saihegarri askoren erantzule da.
- Nafarroan, biriketako minbiziaren batez besteko 400 kasu diagnostikatzen dira urtean, eta %80 baino gehiago tabakismoaren ondoriozkoak dira.
- Biriketako minbiziaren ondoriozko heriotzek hartzen dute heriotza goiztiar guztien zati handi bat. Nafarroan 75 urtetik beherako 200 heldu inguru hiltzen dira urtero arrazoi horrengatik. Heriotza horiei gehitu behar zaizkie tabakismoarekin lotutako bertze eritasun batzuen ondoriozko heriotza batzuk: miokardioko infartua, iktusa, BEBK, maskuriko minbizia, laringekoa, etab.
- Biriketako minbiziaren hamar kasutatik zortzik gizonezkoen eragiten diete.

- 20 eta 44 urte arteko biztanleen artean, biriketako minbiziaren intzidentzia eta heriotza tasa berdindu egin da gizonezko eta emakumezkoen artean; gainerako adin taldeetan gizonezkoen tasa handiagoa da.

- Bi sexuetan biriketako minbiziaren intzidentzia altuagoa da errenta apaleko biztanleen artean.

- Biriketako minbiziaren intzidentziak behera egin du 20-44 urte arteko gizonezkoen artean, egonkortzeko joera hartu du 45 urtetik gorakoetan eta gora egiten jarraitzen du 85 urtetik gorakoetan. Aurreikusten ahal da datozen urteetan biriketako minbiziaren intzidentziak behera egingen duela adin talde guztietako gizonezkoen artean.

- 40 eta 65 urte arteko emakumezkoen biriketako minbiziaren intzidentzia boskoiztu egin da 1970eko hamarkadaren bukaeratik hona. 1950etik aurrera jaiotako emakumezko taldeak zahartzen doazen heinean, aurreikusten ahal da biriketako minbiziaren intzidentziak gora egingen duela, aurreko urteetako emakumezko taldeen aldean.

- Nafarroako 50 urtetik beherako gizonezko eta emakumezkoen biriketako minbiziaren intzidentzia altuagoa da bertze herrialde batzuetakoa baino, hala nola Suediakoa, Islandiakoa, Finlandiakoa, Ameriketako Estatu Batuetakoa edo Erresuma Batukoa.

Biriketako minbiziaren tasak altuak dira Nafarroako gazteen artean Europako bertze herrialde batuekin alderatuta, biriketako minbiziaren tasek gora egin dute emakumezkoen artean, eta gero eta desberdinkeria sozioekonomiko handiagoak daude tabakoaren kontsumoan. Hori horrela, beharrezkoa da tabakismoaren epidemiari aurka egiteko ahaleginak sendotzen jarraitzea.

Beharrezkoa da etengabe lan egiten jarraitzea Nafarroako Tabakismoa Prebenitzeko programa osatzen duten hiru azpiprogrametan: kontsumoaren hasiera prebenitzea, kerik gabeko guneak eta erretzeari uzteko laguntzak.

Zenbait elkarte zientifikok sinatu zuten Espainian tabakoa erregularizatzeko prozesuan aurrera egiteko Madrilgo Adierazpena-2018; esaterako, honako hauek: Euskadi eta Nafarroako Tabakismoari Aurre Egiteko Elkarte, Familiako eta Komunitateko Medikuntzaren Espainiako Elkarte, SEMERGEN, Pneumologiaren eta Toraxeko Kirurgiaren Espainiako Elkarte, etab. Bada, adierazpen horretan jasota daude agintari publikoek Espainian hartu beharko lituzkeen neurri nagusiak, eta txosten honen I. eranskinean jaso dira (Madrilgo Adierazpena-2018).

Bibliografia

Ariza C, Villalbí JR (arg.). El tabaquismo en España: situación actual y perspectivas para el movimiento de prevención. Bartzelona: Tabakismoa Prebenitzeko Batzorde Nazionala eta Osasun Publiko eta Administrazio Sanitarioko Espainiako Elkarteak; 2000.

Bilal U, Beltrán P, Fernández E, Navas-Acien A, Bolumar F, Franco M. Gender equality and smoking: a theory-driven approach to smoking gender differences in Spain. *Tob Control*. 2016 May;25(3):295-300.

Bray F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Zanetti R and Ferlay J, editors (2017) *Cancer Incidence in Five Continents, Vol. XI* (electronic version). Lyon: International Agency for Research on Cancer. Available from: <http://ci5.iarc.fr>, accessed [date].

Nafarroako Osasun Publikoaren Buletina. Las tendencias de las principales causas de muerte en Navarra. Nafarroako Osasun Publikoaren Buletina 2015;84:1-10. <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/5531C76D-3F19-4B1C-9E98-D2A8DEBD078C/326815/BOL8419.pdf>

Nafarroako Osasun Publikoaren Buletina. Esperanza de vida y causas de muerte en Navarra Navarra. 2018;97:1-8. <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/2A5B0BE2-CFA0-4DFE-83D0-17ECC4C5A3AF/419581/BOL9719.pdf>

Nafarroako Aldizkari Ofiziala. 244. zk. - 2017ko abenduaren 22a. 111/2017 FORU DEKRETUA, abenduaren 13koa, erretzeari uzten laguntzeko farmazia prestazioa jasotzeko baldintzak ezartzen dituena. https://www.navarra.es/home_eu/Actualidad/BON/Boletines/2017/244/

Cancer research UK. Lung cancer statistics. <http://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/statistics-by-cancer-type/lung-cancer/mortality#heading-One>

Centers for Disease Control and Prevention. Trends in Current Cigarette Smoking Among High School Students and Adults, United States, 1965–2014 https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/tables/trends/cig_smoking/index.htm. Accessed November 12, 2018.

Chen W, Zheng R, Zeng H, Zhang S. Epidemiology of lung cancer in China. *Thoracic Cancer*. 2015;6(2):209-215.

Espainian tabakoa erregularizatzeko prozesuan aurrera egiteko Madrilgo Adierazpena-2018 <https://statics-diariomedico.uecdn.es/cms/2018/07/declaracion-madrid-2018.pdf>

Ameriketako Estatu Batuetako Osasun eta Giza Zerbitzuen Saila. Las Consecuencias del Tabaquismo en la Salud: 50 años de Progreso; Informe de la Dirección General de Servicios de Salud de los EE. UU. Atlanta, GA: AEBko Osasun eta Gizarte Zerbitzuen Departamentua, Eritasunak Kontrolatzeko eta Prebenitzeko Zentroak, Eritasun Kronikoak Prebenitzeko eta Osasuna Sustatzeko Zentro Nazionala, Tabakismoaren eta Osasunaren Bulegoa, 2014. https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/50th-anniversary/pdfs/executive-summary-spanish.pdf

ENSE Osasunari buruzko Espainiako inkesta 2017

https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE17_pres_web.pdf

EUROSTAT. Cancer statistics - specific cancers. Online eskuragarri:

http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Cancer_statistics_-_specific_cancers#Lung_cancer Consultado el 28-junio-2018.

EUROSTAT. Statistics explained. Proportion of daily smokers of cigarettes, 2014 (https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Tobacco_consumption_statistics)

Fernández E, Schiaffino A, García M, Saltó E, Villalbí JR, Borràs JM. Prevalencia del consumo de tabaco en España entre 1945 y 1995. Reconstrucción a partir de las Encuestas Nacionales de Salud. Med Clin (Barc). 2003 Jan 18;120(1):14-6.

Ferlay J, Steliarova-Foucher E, Lortet-Tieulent J, Rosso S, Coebergh JW, Comber H, Forman D, Bray F. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012. Eur J Cancer. 2013 Apr;49(6):1374-403.

Fernández E, Nebot M. Spain: Beyond the 'Spanish model' to a total ban. Tobacco Control. 2011;20:6-7.57.

Frieden TR. Tobacco control progress and potential. JAMA.;311(2):133-4.

Galán I, Simón L, Boldo E, Ortiz C, Fernández-Cuenca R, Linares C, Medrano MJ, Pastor-Barrusio R. Changes in hospitalizations for chronic respiratory diseases after two successive smoking bans in Spain. PLoS One. 2017 May 24;12(5):e0177979.

Garfinkel L. Trends in cigarette smoking in the United States. Prev Med. 1997 Jul-Aug;26(4):447-50.

GBD 2015 Tobacco Collaborators. Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990-2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017 May 13;389(10082):1885-1906.

Globocan http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx

Nafarroako Gobernua. Nafarroako Gobernuak erretzeari uzten laguntzeko farmakoak finantzatzeko dituzten aurrerak

https://www.navarra.es/home_es/Actualidad/Sala+de+prensa/Noticias/2017/05/30/Medidas+dejar+de+fumar.htm

Henley SJ, Richards TB, Underwood JM, Ehemann CR, Plescia M, McAfee TA; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Lung cancer incidence trends among men and women — Estados Unidos, 2005-2009. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2014;63:1-5. Erratum in: MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2014 Jan 17;63(2):45.

Henley SJ, Thomas CC, Sharapova SR, et al. Vital Signs: Disparities in Tobacco-Related Cancer Incidence and Mortality — Estados Unidos, 2004-2013. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2016; 65:1212-1218. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6544a3>

Osasun Sistema Nazionalaren Adierazle Gakoak (INCLASNS). Madril: Osasuneko, Gizarte Zerbitzuetako eta Berdintasuneko Ministerioa, 2013. Hemen eskuragarri: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/inclasSNS_DB.htm
2016ko urriaren 16an kontsultatua

Islami F, Torre LA, Jemal A. Global trends of lung cancer mortality and smoking prevalence. *Transl Lung Cancer Res.* 2015;4:327-338.

Jemal A, Cokkinides VE, Shafey O, Thun MJ. Lung cancer trends in young adults: an early indicator of progress in tobacco control (United States). *Cancer Causes Control.* 2003;14:579-85.

Jemal A, Miller KD, Ma J, Siegel RL, Fedewa SA, Islami F, Devesa SS, Thun MJ. Higher Lung Cancer Incidence in Young Women Than Young Men in the United States. *N Engl J Med.* 2018 May 24;378(21):1999-2009.

Jemal A, Ward EM, Johnson CJ, Cronin KA, Ma J, Ryerson B, Mariotto A, Lake AJ, Wilson R, Sherman RL, Anderson RN, Henley SJ, Kohler BA, Penberthy L, Feuer EJ, Weir HK. Annual Report to the Nation on the Status of Cancer, 1975-2014, Featuring Survival. *J Natl Cancer Inst.* 2017 Sep 1;109(9).

León-Gómez BB, Colell E, Villalbí JR, Barrio G, Domingo-Salvany A. Impact of smoke-free regulations on smoking prevalence trends in Spain. *Eur J Public Health.* 2017 Feb 1;27(1):123-128.

Lewis DR, Check DP, Caporaso NE, Travis WD, Devesa SS. US lung cancer trends by histologic type. *Cancer.* 2014 Sep 15;120(18):2883-92.

Menvielle G, Kunst AE, Stirbu I, Strand BH, Borrell C, Regidor E et al. Educational differences in cancer mortality among women and men: a gender pattern that differs across Europe. *Br J Cancer.* 2008;98:1012-9.

Osasuneko, Gizarte Zerbitzuetako eta Berdintasuneko Ministerioa. Muertes atribuibles al consumo de tabaco en España, 2000-2014. Madril: Osasuneko, Gizarte Zerbitzuetako eta Berdintasuneko Ministerioa, 2016.

ENSE Osasunari buruzko Espainiako inkesta 2017

https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE17_pres_web.pdf

Miqueleiz E, Lostao L, Reques L, Santos JM, Calle ME, Regidor E. Desigualdades en mortalidad total y por causa de muerte según el nivel de estudios en Navarra: hallazgos de un estudio longitudinal 2001-2008. *Rev. Esp. Salud Pública* 2015;89:295-306.

Moreno-Iribas C, Delfrade Osinaga I, Miqueleiz E, Floristán Y. Osasun arloko desperekotasunei buruzko txostena - Nafarroa. 2017

https://www.navarra.es/home_eu/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Observatorio+de+Salud+Comunitaria+de+Navarra/Temas+de+Salud/Desigualdades+de+salud/Informe+sobre+Desigualdades+en+Salud+en+Navarra.htm

NASTAT, 2017. Bizi-baldintzei buruzko inkesta soziala.

<https://administracionelectronica.navarra.es/GN.InstitutoEstadistica.Web/informacionestadistica.aspx?R=1&E=3>

Near AM, Blackman K, Currie LM, Levy DT. Sweden SimSmoke: the effect of tobacco control policies on smoking and snus prevalence and attributable deaths. *The European Journal of Public Health*. 2014;24(3):451-458

OECD (2003). *Health at a Glance: OECD indicators 2003*. OECD Publishing. https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance-2003-en.pdf?expires=1531306330&id=id&accname=guest&checksum=A994C74E5D23887D06A5F0B626F0401

OECD (2017), *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en

Public Health Agency of Canada. *Key Health Inequalities in Canada. A National Portrait*;2018. p. 308-39
<https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/science-research-data/key-health-inequalities-canada-national-portrait-executive-summary.html>

Sisti J, Boffetta P. What proportion of lung cancer in never-smokers can be attributed to known risk factors? *Int J Cancer* 2012;131:265-75.

Soriano JB, Rojas-Rueda D, Alonso J, Antó JM, Cardona PJ, eta kolab. The burden of disease in Spain: Results from the Global Burden of Disease 2016. *Med Clin (Bartzelona)*. 2018 Jul 20. pii: S0025-7753(18)30331-2.

Stone EC, Zhou C; International Association for the Study of Lung Cancer Tobacco Control Committee. Slowing the Titanic: China's Epic Struggle with Tobacco. *J Thorac Oncol*. 2016 Aug 4. pii: S1556-0864(16)30699-2.

US Centers for Disease Control and Prevention. *CDC Winnable Battles: final report*. <https://www.cdc.gov/winnablebattles/report/docs/winnable-battles-final-report.pdf>
Accessed May 24, 2018.

U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Smoking: 50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014. Printed with corrections, January 2014.

Villalbi JR. El tabaco como problema de salud pública. In: Cabasés JM, Villalbí JR, Aibar C (arg.). *SESPAS 2002 txostena*. Valentzia: Valentziako Generalitatea; 2002. 113.-29. or.

1. eranskina. **ESPAINIAKO OSASUNAREN ALDEKO ETA TABAKOAK ERREGULARIZATZEKO PROZESUAN AURRERA EGITEKO MADRILGO ADIERAZPENA-2018**

Osasunaren Mundu Erakundearen 2003ko Tabakoa Kontrolatzeko Esparru Hitzarmenaren (TKEH) 6. artikuluekin lotuta:

- Tabako produktu guztien fiskalitatea gorantz parekatzea.
- Tabakoarekin lotuta dauden eta nikotina dute produktu guztien fiskalitatea parekatzea, baita tabako produktu berriena ere.
- Tabako produktu guztien zerga presioa areagotzea, gure inguruko herrialde garatuenekin parekatuz, biztanle kalteberenek horiek eskuratzeko zailtasun handiagoa izan dezaten, bereziki adingabeek.

2) TKEHren 8. artikuluekin lotuta:

- Leku publiko itxietan edo ia itxietan (terrazak, patioak edo merkataritza gunetako korridoreak) kontsumitzeari buruzko indarreko legeria bete dadila exijitzea.
- Kerik gabeko guneei guruzko erregulazioa aplikatzea lotura duten produktuei (zigarreta elektronikoak eta erretzeko belarrekin eginiko produktuak). Horrek guztiak bi helburu ditu: batetik, sorrarazten duten toxikotasun pasiboa saihestea, eta, bertetik, leku publikoetan halakoak kontsumitzea normalizat har dadila ekiditea.
- Ibilgailu guztietan erretzea debekatzea, bidaiariak (bereziki adingabeek) kerik arnas ez dezaten, osasun eta bide segurtasuneko arrazoiengatik.
- Egungo legeria zabaltzea, Osasunaren Mundu Erakundeak tabakoaren giroko ketik babesteko emandako gomendio arautzaile eta gidalerroei jarraikiz. Horretarako neurri hauek hartu behar dira: 1) anbigutasunak kentzea (aire zabaleko gunek definitzea eta mugatzea, eremu itxietako salbuespenak zehaztea, etab.); 2) kerik gabeko gunek areagotzea aire zabaleko leketan (kirol eta ikuskizunetarako instalazioak, garraiobideen geltokiak eta nasak, hondartzak eta bertze gune natural batzuk, igerileku komunalak); 3) tokiko, autonomia erkidegoetako eta estatuko segurtasun kidegoak berariaz inplikatzea legea esparru guztietan aplikatzen dela kontrolatzeko.
- Kerik gabeko etxeak sustatzea eta herritarrak horren inguruan kontzientziatzea; izan ere, gaur egun etxeak dira tabakoaren giroko ke gehien duten lekuak, eta ke hori, hain zuzen, zenbait heldu eta haurren morbiditatearen erantzule da.

3) TKEHren 11. artikuluekin lotuta:

- Pakete neutroa abian jartzea, gure inguruko zenbait herrialdek egin duten moduan, produktua adingabeentzat hain erakargarria izan ez dadin eta arrisku pertzepzioa areagotu dadin.

4) TKEHren 12. artikuluekin lotuta:

- Biztanleria profil desberdinen arabera segmentatutako kanpainak egitea, tabakoaren kontsumoari buruzko arrisku pertzepzio egokia helarazten dutenak. Ildo horretan, «zigarreta bakoitzak kalte egiten dizu» erako kanpainak gomendatzen dira; izan ere, eraginkorrak direla frogatu da ezaugarri desberdineko herrialdeetan.

5) TKEHren 14. artikuluekin lotuta:

- Erretzaileei erraztasunak ematea tabakoaren kontsumoan eta tabakismoaren tratamenduan adituak diren osasun profesionalekin harremanetan jartzeko.

- Tabakismoa tratatzeko eraginkorrak eta seguruak direla frogatu diren esku hartzeak (klinikoak, jokabideari lotuak eta farmakologikoak) finantzatzea.

6) TKEHren bertze artikulua batzuekin lotuta:

- Tabako produktuen publizitateari, sustapenari eta babesari buruzko araudia indartzea eta tabakoarekin lotutako produktuen araudiarekin parekatzea, tabakoa kontsumitzeko gailuak barne (pipak, ur pipak, IQOS, etab.) (TKEHren 13. artikulua).

- Tabakoari eta horrekin lotutako produktuei buruzko publizitatea kentzea saltokietan (TKEHren 13. artikulua).

- Adingabeei saltzeko debekua sendotzea, Internet bidez banatutako produktuak ere kontrolatuz (TKEHren 16. artikulua).

Neurri multzo hori ez da zehatza. Ebidentzia zientifikoak agerian uzten du neurri horiek aplikatzeak nabarmen lagunduko duela, hala gertatu baita aplikatu dituzten zenbait estatutan. Hain zuzen, neurri horiei esker, kontsumitzen hasteko asmorik ez dutenak ez dira hasiko, eta erretzeari utzi nahi diotenek beren helburua lortzeko aukera gehiago izanen dituzte. Neurri horietako gehienak ia kosturik gabe aplikatzen ahal dira, eta batzuek kostu-eraginkortasun handiko inbertsioak egitea eskatzen dute, gure osasun sistemak orain arte ezarri dituen eta lagaezintzat hartzen dituen bertze neurri batzuekin alderatuta. Agintari publikoei eskatzen diegu osasunerako eskubideari lehentasuna emateko eta zerbait egiteko. Gaur egun, oraindik ere tabakismoa da gure herrialdeko osasun publikoko arazo nagusia, herritar helduen laurden bati eragiten baitio, baina arazo hori ekiditen ahal da. Premiazkoa da agintari publikoek ekintza plan bat edo ibilbide orri bat ezartzea, Espainiako tabako kontsumoa murrizte aldera.