

Disparidades en el uso de tabaco fumado en México: análisis interseccional a partir de la Ensanut 2018-2024

David A Barrera-Núñez, M en C Epi,⁽¹⁾ Luis Zavala-Arciniega, PhD Epi,⁽²⁾ Belen Saenz-de-Miera, PhD Econ,⁽³⁾ Fernando Austria-Corrales, D en C,⁽¹⁾ Luz Myriam Reynales-Shigematsu, D en C Epi.⁽¹⁾

Barrera Núñez DA, Zavala-Arciniega L, Saenz-de-Miera B, Austria-Corrales F, Reynales-Shigematsu LM.
Disparidades en el uso de tabaco fumado en México: análisis interseccional a partir de la Ensanut 2018-2024.
Salud Pública Mex. 2025;67:767-776.
<https://doi.org/10.21149/17211>

Barrera Núñez DA, Zavala-Arciniega L, Saenz-de-Miera B, Austria-Corrales F, Reynales-Shigematsu LM.
Disparities in smoked tobacco use in Mexico: intersectionality analysis based on 2018-2024 Ensanut.
Salud Pública Mex. 2025;67:767-776.
<https://doi.org/10.21149/17211>

Resumen

Objetivo. Estimar la prevalencia de uso actual de tabaco fumado en población mexicana, considerando la intersección de nivel socioeconómico (NSE) con sexo, edad y urbanidad. **Material y métodos.** Se utilizaron datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición implementada entre 2018 y 2024 ($n= 111\,833$) para estimar la prevalencia de uso actual de tabaco fumado en intersecciones según NSE, sexo, edad y urbanidad. **Resultados.** La prevalencia de uso actual de tabaco fumado más alta (41.8%) se observó en los hombres de 25 a 34 años (adultos jóvenes), con NSE bajo, de zonas urbanas. En las mujeres, la prevalencia más alta (16.7%) fue en el grupo de edad de 25 a 34 años, con NSE alto, de zonas urbanas. **Conclusiones.** Este análisis interseccional visibiliza la epidemia de tabaquismo con sus desigualdades sociales, identifica a los grupos poblacionales con mayor uso de tabaco fumado y prioriza la perspectiva de equidad en control de tabaco.

Palabras clave: uso de tabaco; factores socioeconómicos; marco interseccional; México

Abstract

Objective. To estimate the prevalence of current smoked tobacco use in the Mexican population at the intersection of socioeconomic status (SES), sex, age, and urbanicity. **Materials and methods.** We used data from the *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición* conducted between 2018 and 2024 ($n= 111\,833$) to estimate the prevalence of current smoked tobacco use across intersections of sociodemographic variables. **Results.** The highest prevalence of current smoked tobacco use (41.8%) was observed in male adults aged 25 to 34 years with low SES, from urban areas. For female adults, the peak prevalence (16.7%) occurred in the 25 to 34 age group, among those with high SES who lived in urban settings. **Conclusions.** This intersectional analysis makes the smoking epidemic with its social inequalities visible, identifies population groups with the highest use of smoked tobacco, and prioritizes the perspective of equity in tobacco control.

Keywords: tobacco use; socioeconomic factors; intersectional framework; Mexico

(1) Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, México.

(2) Departamento de Epidemiología, Escuela de Salud Pública, Universidad de Michigan, Ann Arbor, Michigan, Estados Unidos.

(3) Departamento de Economía, Universidad Autónoma de Baja California Sur, La Paz, Baja California Sur, México.

Fecha de recibido: 23 de junio de 2025 • **Fecha de aceptado:** 20 de octubre de 2025 • **Publicado en línea:** 18 de noviembre de 2025

Autor de correspondencia: Dr. Luis Zavala Arciniega, Departamento de Epidemiología, Escuela de Salud Pública, Universidad de Michigan.

1415 Washington Heights, Ann Arbor, MI 48109, Estados Unidos.

Correo electrónico: lzavalaa@umich.edu

Licencia: CC BY-NC-SA 4.0

A pesar de los avances en la implementación del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el uso de tabaco sigue siendo uno de los principales factores de riesgo prevenibles de enfermedades crónicas, muerte prematura y discapacidad.^{1,2} A nivel global, el uso de tabaco fumado ha disminuido en la población adulta (15 años o más), pasando de 22.3% en 2007 a 16.4% en 2023³ y representando cerca de 1 300 millones de personas usuarias de tabaco.⁴ En México, la prevalencia global de tabaco fumado disminuyó en la población de 15 años y más en el periodo 2002 a 2009, sin embargo, ha permanecido estable desde 2009 (15.9%) hasta 2023 (15.3%).^{5,6} En contraste, el uso de tabaco y los cambios en el tiempo entre distintos grupos poblaciones han sido heterogéneos, tanto en el ámbito nacional como internacional.^{7,8}

La descripción de las diferencias en el uso de tabaco al estratificar por variables sociodemográficas como sexo,⁵ edad,^{2,9} urbanidad⁵ y escolaridad⁵ ha sido relevante como una primera aproximación a la identificación de grupos de alto riesgo, pero al enfocarse en una sola identidad social o característica sociodemográfica por estrato resulta insuficiente.¹⁰ Por lo tanto, este artículo responde al reciente planteamiento de la comunidad científica sobre la investigación de tabaquismo para caracterizar el uso de tabaco de forma holística, considerando múltiples identidades o características sociodemográficas simultáneamente. Esto permitirá una comprensión detallada de las disparidades existentes en el comportamiento de esta epidemia en México.^{10,11}

La interseccionalidad es un marco teórico que considera el entrelazamiento de diversas identidades sociales e identifica a los grupos poblacionales con mayor o menor grado de vulnerabilidad para distintas situaciones de salud.¹⁰⁻¹³ Además, reconoce que las identidades sociales no son independientes ni unidimensionales.^{14,15} Esta perspectiva ha sido utilizada previamente para analizar el uso de tabaco, aunque la mayoría de estos estudios se ha realizado en países de altos ingresos.^{16,17} Sin embargo, el efecto de la intersección de las distintas variables sociodemográficas sobre el uso de tabaco puede cambiar según el contexto poblacional.^{10,11} La poca disponibilidad de este tipo de estudios en países latinoamericanos puede deberse, en parte, a la gran demanda de información de calidad necesaria para el análisis de interseccionalidad. Estos análisis han permitido identificar subgrupos poblacionales en los cuales el uso de tabaco es desproporcionadamente alto, situación que no sería evidente analizando las características sociodemográficas de manera independiente. El objetivo de este estudio es estimar la prevalencia de

uso actual de tabaco fumado en población adolescente y adulta de México, considerando la intersección del nivel socioeconómico (NSE) con el sexo, edad y urbanidad y visualizar de forma gráfica estos resultados utilizando una herramienta dinámica que facilita la comunicación de los hallazgos principales.

Material y métodos

En este análisis, se utilizaron datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 (Ensanut 2018) y de la Ensanut Continua 2020-2024, encuestas probabilísticas, complejas y multietápicas con representatividad nacional, regional, estatal y nivel de urbanidad. Los detalles metodológicos completos han sido publicados previamente.¹⁸⁻²² Todas las encuestas fueron aprobadas por los comités de ética e investigación del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) (números de aprobación CI 1556, 1679, 1750, 1807, 1865, respectivamente).

La población de estudio incluyó adolescentes (15-19 años) y adultos (20 años o más), con un total de 111 833 observaciones tras exclusiones mínimas por datos incompletos (<1%). El uso actual de tabaco fumado se definió a partir de la pregunta: "Actualmente, ¿fuma tabaco?", considerando uso diario u ocasional de tabaco fumado en los 30 días previos a las encuestas.

Se analizaron las intersecciones entre sexo (hombre, mujer), edad (15 a 24, 25 a 34, 35 a 54, 55 años o más), urbanidad (rural, urbano) y NSE (terciles por encuestada) para el análisis principal; así como escolaridad y seguridad social para el análisis de sensibilidad. Las estimaciones de prevalencia e intervalos de confianza al 95% (IC95%) se calcularon en Stata 17.1 con ajuste por diseño muestral. Sólo se reportan intersecciones con coeficiente de variación <30%. Las figuras y los cuadros se elaboraron en R 4.4.1.

Los detalles del manejo de datos, metodología del análisis principal y del análisis de sensibilidad se encuentran publicados en el material anexo.²³

Resultados

Características sociodemográficas de la población de estudio

De la población total de estudio, la mayoría eran mujeres (52.4%), tenían entre 35 y 54 años (33.9%), residían en áreas urbanas (79.6%), se encontraban en el NSE más alto (37.8%), tenían estudios de preparatoria o superiores concluidos (ellas o las personas jefas de hogar; 43.9%) y no contaban con seguridad social (52.6%) (cuadro I). Además, 17.5% de la población usaba tabaco fumado.

Cuadro I
CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS
DE LA POBLACIÓN MEXICANA DE
15 AÑOS O MÁS. ENSANUT 2018 Y ENSANUT
CONTINUA 2020-2024

Características	Ensanut 2018 y Ensanut Continua 2020-2024 (n= 111 833)		
	n	%	IC95%
Sexo			
Hombre	48 508	47.6	47.1,48.1
Mujer	63 325	52.4	51.9,52.9
Edad (años)			
15-24	25 698	22.2	21.7,22.6
25-34	19 421	20.1	19.6,20.5
35-54	38 117	33.9	33.4,34.3
55 o más	28 597	23.9	23.3,24.4
Urbanidad			
Rural	28 625	20.4	18.7,22.2
Urbana	83 208	79.6	77.8,81.3
NSE			
Bajo	37 000	30.3	29.1,31.4
Medio	37 277	32.0	31.2,32.7
Alto	37 556	37.8	36.6,39.0
Escolaridad			
Primaria o menos	36 626	28.2	27.4,28.9
Secundaria	32 687	28.0	27.4,28.6
Preparatoria o superior	42 520	43.9	42.9,44.8
Seguridad social			
Con	51 910	47.4	46.4,48.3
Sin	59 923	52.6	51.7,53.6
Uso actual de tabaco	17 572	17.5	17.1,18.0

Ensanut: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

n: número de observaciones

IC95%: intervalo de confianza al 95%

Urbanidad: categorizada según el número de habitantes que residen en las localidades (rural: personas que residen en localidades con menos de 2 500 habitantes; urbano: personas que residen en localidades con 2 500 habitantes o más)

NSE: nivel socioeconómico. Estimaciones ponderadas realizadas considerando el diseño complejo de las encuestas

mujeres (9.1%). En cuanto a edad, el grupo con mayor prevalencia fue 25 a 34 años, con 23.9%, mientras que la prevalencia más baja se registró en la población de 55 años o más, con 13.1%. El uso de tabaco fumado fue mayor en áreas urbanas (18.8%) que en rurales (12.5%); así como en población con escolaridad preparatoria o superior (18.3%), en comparación con la población con primaria o inferior (14.2%). Al analizar de manera univariada, no hubo diferencias por NSE ni por condición de seguridad social (cuadro II).

Cuadro II
PREVALENCIA DE USO ACTUAL DE TABACO
FUMADO EN LA POBLACIÓN MEXICANA
DE 15 AÑOS O MÁS. ENSANUT 2018 Y
ENSANUT CONTINUA 2020-2024

Características	%	IC95%
Total	17.5	17.1,18.0
Sexo		
Hombre	26.8	26.0,27.5
Mujer	9.1	8.6,9.6
Edad (años)		
15-24	15.2	14.4,16.0
25-34	23.9	22.7,25.1
35-54	18.4	17.6,19.2
55 o más	13.1	12.4,13.8
Urbanidad		
Rural	12.5	11.8,13.3
Urbana	18.8	18.3,19.3
NSE		
T1	16.6	15.9,17.4
T2	18.0	17.2,18.7
T3	17.9	17.1,18.7
Escolaridad		
Primaria o menos	14.2	13.5,14.9
Secundaria	19.7	19.0,20.5
Preparatoria o superior	18.3	17.5,19.0
Seguridad social		
Con	17.0	16.4,17.7
Sin	18.0	17.3,18.6

IC95%: intervalo de confianza al 95%

Urbanidad: categorizada según el número de habitantes que residen en las localidades (rural: personas que residen en localidades con menos de 2 500 habitantes; urbano: personas que residen en localidades con 2 500 habitantes o más)

NSE: nivel socioeconómico (terciles [T]). Estimaciones ponderadas realizadas considerando el diseño complejo de las encuestas

Análisis univariado

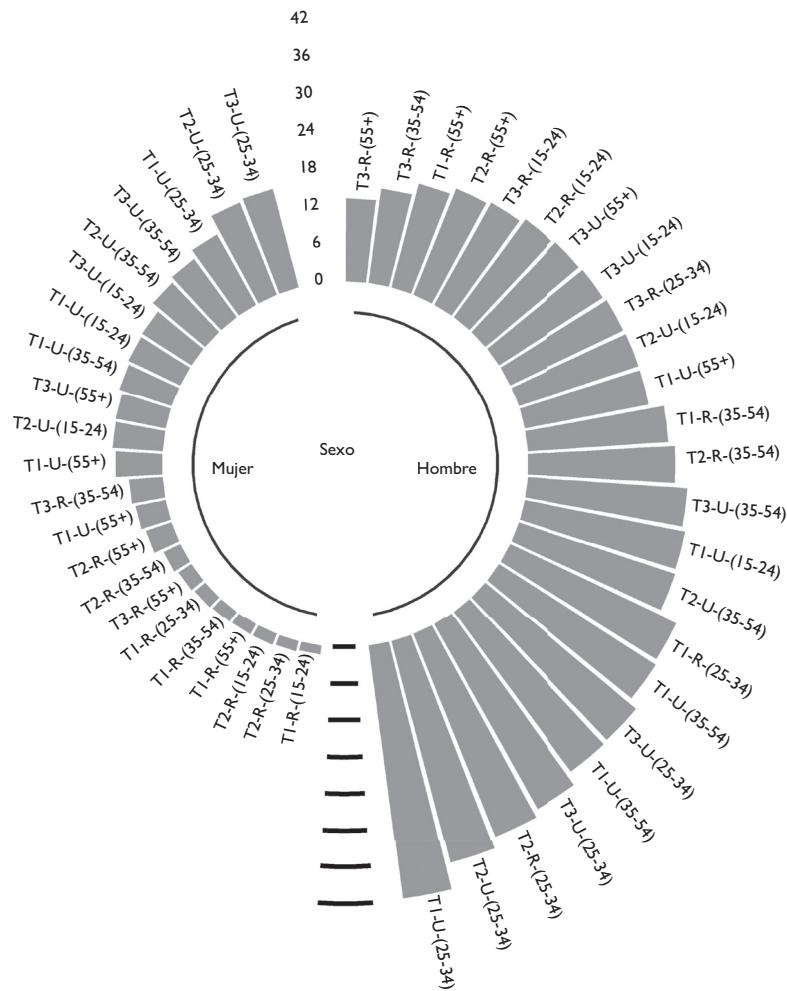
La prevalencia global de uso de tabaco fumado en el periodo 2018-2024 fue de 17.5%. Al analizar por sexo, la prevalencia fue mayor en hombres (26.8%) que en

Análisis de interseccionalidad

Datos ordenados por sexo como variable central

Al considerar la interseccionalidad, se encontró que la prevalencia de uso actual de tabaco fumado en población mexicana fue más alta en hombres de 25 a 34 años que vivían en localidades urbanas, con prevalencias que oscilan entre 41.8% para quienes se encontraban en el NSE más bajo, 37.6% para quienes se encontraban en el nivel medio y 34.7% en el nivel más alto. Se encontró también una alta prevalencia en hombres de este mismo grupo

de edad, residentes de localidades rurales, en el NSE medio (35.8%). En cuanto a las mujeres, las prevalencias de uso de tabaco fumado más elevadas se observaron en aquellas de 25 a 34 años, residentes en zonas urbanas y pertenecientes al NSE más alto (16.7%). En contraste, las prevalencias más bajas de uso de tabaco fumado se encontraron en las mujeres de localidades rurales y de NSE más bajo, tanto en las jóvenes (15 a 24 años), con 1.5%, como en las adultas (55 años o más), con 2.0%. También destacan las mujeres de 25 a 34 años que viven en localidades rurales y pertenecen al NSE medio, con una prevalencia de uso de tabaco fumado de 1.8% (figura 1).



H: hombre; M: mujer; T1, T2, T3: NSE (terciles [T]) bajo, medio y alto. U (Urbano); R (Rural). Grupos de edad (años): 15 a 24, 25 a 34, 35 a 54, 55 o más

Ensanut: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

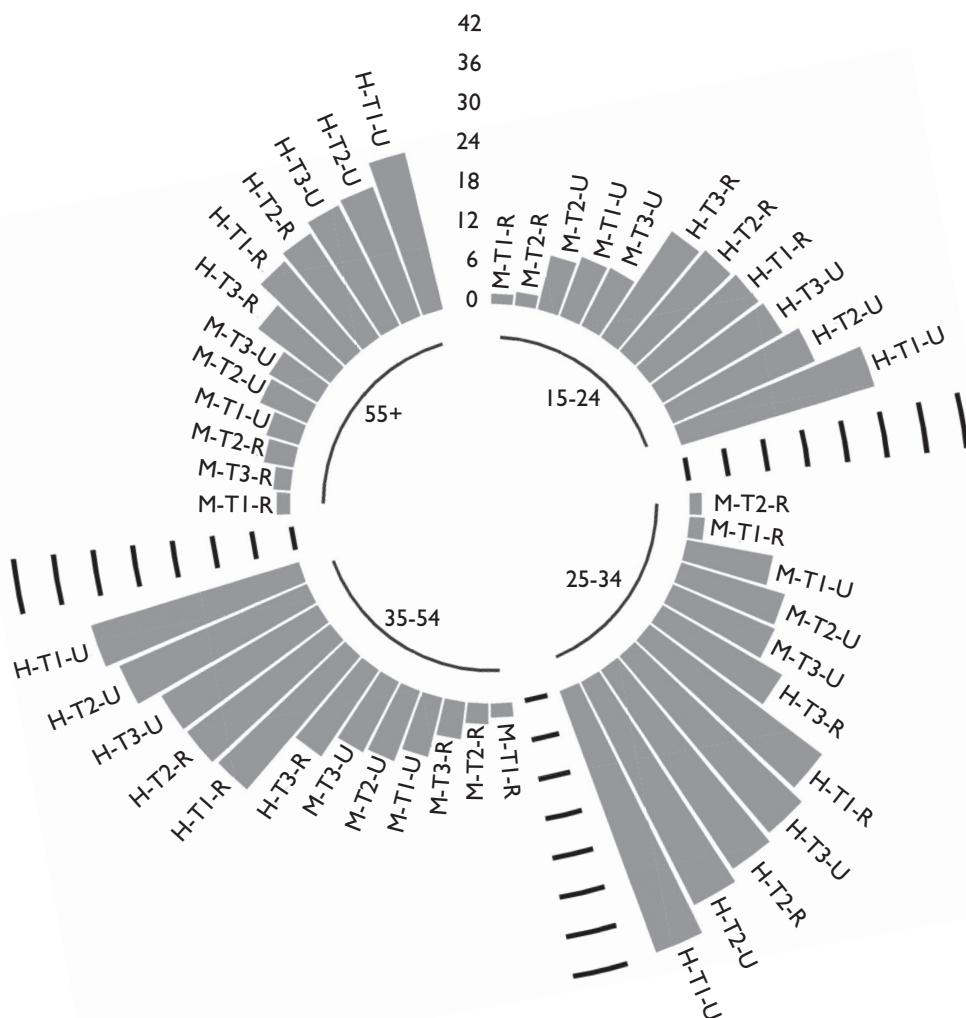
Cada barra muestra la prevalencia de uso de tabaco fumado en la intersección de sexo, edad, urbanidad y nivel socioeconómico (NSE). Estimaciones ponderadas realizadas considerando el diseño complejo de las encuestas

FIGURA I. PREVALENCIA DE USO DE TABACO FUMADO EN POBLACIÓN MEXICANA CONSIDERANDO LA INTERSECCIÓN DE SEXO, EDAD, URBANIDAD Y NSE, CENTRANDO POR SEXO. ENSANUT 2018 Y ENSANUT CONTINUA 2020-2024

Datos ordenados por edad como variable central

Al considerar la interseccionalidad y ordenar los datos por grupos de edad como variable central, se encontró que es entre los 25 y 34 años donde las prevalencias de uso de tabaco fumado son más altas, destacando que 4 de cada 10 hombres de este rango etario, residentes de localidades urbanas y pertenecientes al NSE más bajo, usan tabaco (41.8%). Además, en hombres de este grupo de edad no encontramos diferencias claras por urbanidad, con prevalencias similares entre regiones urbanas

(37.6 y 34.7% en los NSE medio y alto, respectivamente) y rurales (35.8 y 32.4% en los NSE medio y bajo). También entre los 25 y 34 años encontramos la prevalencia de uso más alta en las mujeres, donde las residentes de regiones urbanas en los NSE medio (16.3%) y alto (16.7%) tienen prevalencias de uso de tabaco fumado similares a las encontradas en hombres de zonas rurales. Las prevalencias de uso de tabaco fumado más bajas las encontramos en población en los extremos etarios (15 a 24 y 55 años o más) y zonas rurales, tanto para mujeres como para hombres (figura 2).



H: hombre; M: mujer; T1, T2, T3: NSE (terciles [T]) bajo, medio y alto. U (Urbano); R (Rural). Grupos de edad (años): 15 a 24, 25 a 34, 35 a 54, 55 o más
 Ensanut: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
 Cada barra muestra la prevalencia de uso de tabaco fumado en la intersección de sexo, edad, urbanidad y nivel socioeconómico (NSE). Estimaciones ponderadas realizadas considerando el diseño complejo de las encuestas

FIGURA 2. PREVALENCIA DE USO DE TABACO FUMADO EN POBLACIÓN MEXICANA CONSIDERANDO LA INTERSECCIÓN DE SEXO, EDAD, URBANIDAD Y NSE, CENTRANDO POR EDAD. ENSANUT 2018 Y ENSANUT CONTINUA 2020-2024

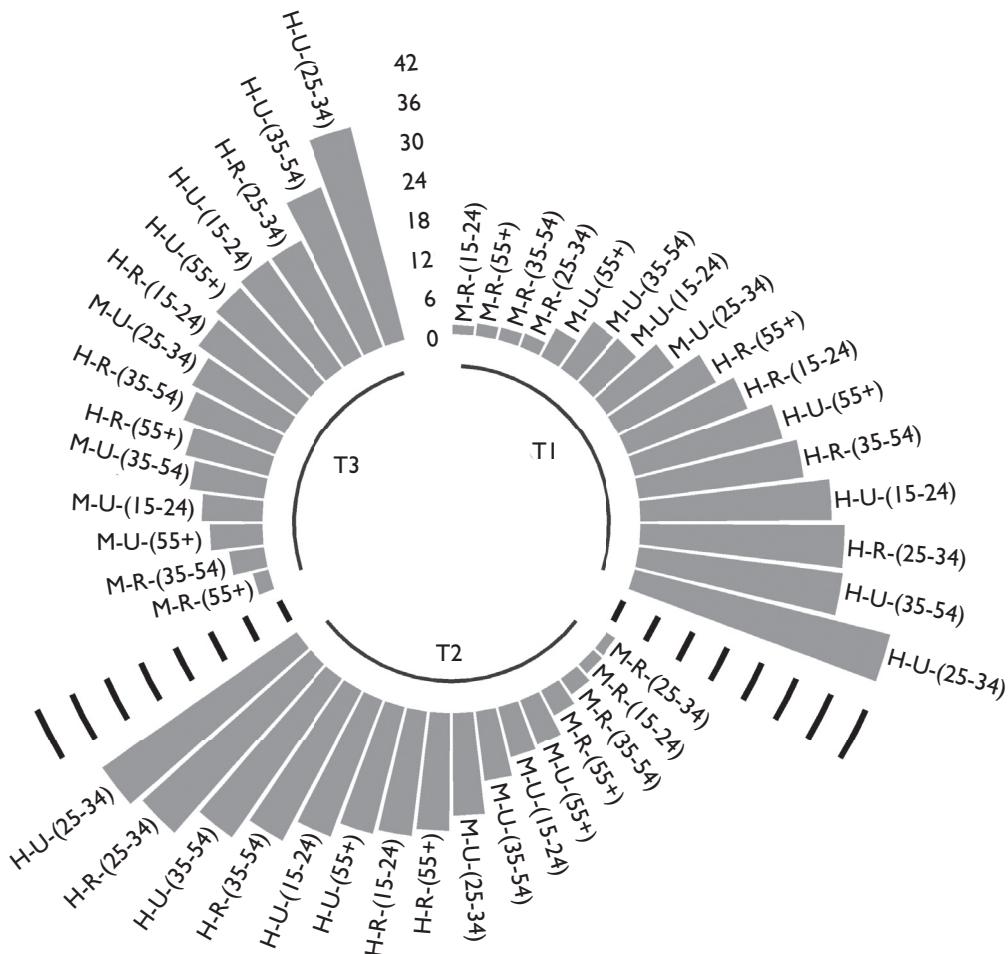
Datos ordenados por NSE como variable central

Al considerar la interseccionalidad y ordenar los datos eligiendo el NSE como variable central, se encontró que aquellos con NSE más bajo tienen un rango de uso de tabaco fumado que oscila desde 41.8% para los hombres de 25 a 34 años que residen en localidades urbanas, hasta 1.5% para mujeres jóvenes (15 a 24 años) residentes de localidades rurales. Dentro del NSE más alto, es importante resaltar que los hombres del grupo poblacional de menor edad (15 a 24 años), residentes de localidades urbanas, presentan la tercera prevalencia más alta, sólo por debajo de hombres de 25 a 34 y de 35

a 54 años, ambos de regiones urbanas. Esto contrasta con los NSE medio y bajo, donde la población más joven de localidades urbanas ocupa la quinta y cuarta posición entre las prevalencias más alta dentro de sus respectivos niveles (figura 3).

Análisis de sensibilidad*Datos ordenados por nivel académico como variable central*

De manera general, los resultados del análisis de interseccionalidad utilizando nivel académico son similares a los encontrados en el análisis por NSE. En el caso de



H: hombre; M: mujer; T1, T2, T3: NSE (terciles [T]) bajo, medio y alto. U (Urbano); R (Rural). Grupos de edad (años): 15 a 24, 25 a 34, 35 a 54, 55 o más
Ensanut: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

Cada barra muestra la prevalencia de uso de tabaco fumado en la intersección de sexo, edad, urbanidad y nivel socioeconómico (NSE). Estimaciones ponderadas realizadas considerando el diseño complejo de las encuestas

FIGURA 3. PREVALENCIA DE USO DE TABACO FUMADO EN POBLACIÓN MEXICANA CONSIDERANDO LA INTERSECCIÓN DE SEXO, EDAD, URBANIDAD Y NIVEL SOCIOECONÓMICO, CENTRANDO POR NSE. ENSANUT 2018 Y ENSANUT CONTINUA 2020-2024

los hombres, al considerar la interseccionalidad, se encontraron prevalencias de uso de tabaco fumado más altas en los niveles educativos más bajos, donde las seis intersecciones con las prevalencias más altas tienen nivel de secundaria o menos. En el caso de las mujeres, esta tendencia es contraria, donde cuatro de las seis intersecciones con las prevalencias de uso de tabaco fumado más altas tienen nivel de preparatoria o superior, mientras que las otras dos intersecciones tienen nivel académico de secundaria.

Al considerar la interseccionalidad entre sexo, edad y urbanidad, centrando por seguridad social, no se encontraron diferencias significativas. Tanto para hombres como para mujeres, las prevalencias de uso de tabaco fumado más altas las encontramos en intersecciones con seguridad social: 38.5 y 16.7%, respectivamente. Los resultados del análisis de sensibilidad, junto con distintas combinaciones del análisis principal, pueden consultarse en el documento anexo.²⁴

Discusión

Desde una perspectiva interseccional, el uso de tabaco fumado es desproporcionadamente alto entre los hombres jóvenes (25 a 34 años) que residen en zonas urbanas y pertenecen a NSE bajos (41.8%), superando la prevalencia global en hombres (26.8%) y total en México (17.5%). Esta heterogeneidad no resulta evidente cuando se analizan las características de forma independiente, ya que la prevalencia por NSE no muestra diferencias significativas en este estudio. De esta manera, el enfoque interseccional revela desigualdades que de otro modo pasarían inadvertidas. Por otro lado, aunque la prevalencia de uso de tabaco fumado en mujeres corresponde a una tercera parte con respecto a la de los hombres, la mayor prevalencia se encuentra focalizada en mujeres jóvenes de 25 a 34 años de localidades urbanas (con una prevalencia superior a 16%) que, contrario a los hombres, tienen NSE medio o alto. Otro grupo con uso de tabaco desproporcionadamente alto son los hombres de 15 a 24 años, residentes en zonas urbanas con NSE bajo, donde cerca de 30% usan tabaco fumado.

Actualmente, la epidemia de tabaquismo se encuentra en etapas distintas para hombres y mujeres.²⁵ En nuestra muestra de estudio, la prevalencia de uso de tabaco fumado en los hombres es tres veces mayor a la de las mujeres, con 26.8 y 9.1%, respectivamente. Sin embargo, desde la interseccionalidad se encontró que la población joven de localidades urbanas tiene prevalencias de uso equiparables a las registradas en el México de 1998.²⁶ En específico, en los hombres de 25 a 34 años del NSE bajo se encontró una prevalencia de 41.8%, 1.5 veces mayor a la prevalencia general en

hombres y similar a la reportada en población masculina en 1998 (42.9%).²⁶ Para las mujeres, es también en las residentes de localidades urbanas, entre los 25 a 34 años, en el NSE más alto, donde encontramos mayores prevalencias (16.7%), casi dos veces la prevalencia global en mujeres y similar a lo encontrado en 1998 (16.3%).²⁶ En países como Estados Unidos, esta diferencia por sexo es menor. Un estudio realizado con encuestas nacionales encontró que las prevalencias de uso de tabaco fumado más altas se registraban en población blanca no hispana de 35 a 54 años en el nivel de ingreso económico más bajo, independientemente del sexo: 30.6% en hombres, 29.4% en mujeres.¹⁷

La población joven tiene gran vulnerabilidad frente al uso de tabaco fumado, con mayor riesgo de adicción a la nicotina a edades de inicio de uso más tempranas.²⁷ En este análisis, se encontró una prevalencia general de uso de tabaco fumado de 15.2% entre la población de 15 a 24 años, inferior a la registrada entre la población de 25 a 54 años. Sin embargo, se encontraron cuatro intersecciones en la población de 15 a 24 años con prevalencias de uso de tabaco fumado superiores a 20%, principalmente en localidades urbanas, incluyendo una intersección con una prevalencia de 30% (hombres de localidades urbanas en el NSE bajo). Entre 1990 y 2019, la prevalencia de uso de tabaco fumado en la población de 15 a 24 años a nivel global disminuyó 33.6%, siendo mayor el decremento en la población femenina (37.6%), que masculina (32.9%).²⁸ En México, esta disminución fue de 39.3%, con tendencias similares entre hombres (39.7%) y mujeres (39.1%).²⁸ El incremento de los precios a los productos vía impuestos constituye la medida más costo-efectiva para evitar el inicio de uso de tabaco fumado en la población adolescente y adulta joven, considerando que los individuos que no son usuarios regulares del tabaco fumado a los 25 años, es poco probable que lo sean a lo largo de su vida.²⁸

Una revisión sistemática evidenció un mayor uso de tabaco fumado en la población de NSE más bajo.²⁹ En el presente estudio, siete de las 10 intersecciones con mayor prevalencia de uso de tabaco fumado se encuentran en los NSE medio o bajo. La concentración de la epidemia de uso de tabaco en los grupos poblacionales con mayor marginación socioeconómica perpetúa las desigualdades en salud. Sin embargo, también significa una ventana de oportunidad para diseñar y reforzar las medidas fiscales de control y prevención del uso de tabaco. Dado que la población con menor NSE tiende a ser más sensible a los cambios en los precios^{30,31} la política fiscal constituye una herramienta eficaz para reducir el uso en este grupo vulnerable.³² No obstante, estas medidas deben acompañarse de una amplia oferta de servicios de cesación en zonas urbanas con

alta marginación, con enfoques flexibles e innovadores que permitan alcanzar efectivamente a esta población.³

La epidemia de uso de tabaco fumado afecta en mayor medida a personas con menor escolaridad.³³ En el análisis de sensibilidad, se encontró que los hombres con menor nivel de escolaridad presentaron prevalencias de uso de tabaco fumado más altas, en comparación con quienes tenían mayor nivel educativo. Por otro lado, en las mujeres encontramos mayor prevalencia de uso de tabaco fumado en aquellas con mayor nivel educativo, en comparación con quienes tenían primaria o menos. Esto concuerda con los hallazgos encontrados en el análisis principal, considerando el NSE, así como con reportes previos, donde se ha encontrado una relación inversa entre el nivel educativo y uso de tabaco en hombres,³⁴ mientras que en mujeres se ha reportado mayor uso de tabaco a mayor escolaridad.³⁵ Explorar el efecto que tienen las inequidades en el acceso a la educación sobre la salud es fundamental, no sólo para el diseño de estrategias de cesación más efectivas para estos grupos poblacionales, sino para el diseño de campañas de prevención del consumo y promoción de la salud.³⁶

En cuanto a la intersección con la seguridad social, resulta relevante que no se hayan encontrado diferencias significativas en el uso de tabaco fumado. Las condiciones laborales, prestaciones y acceso a servicios de salud pueden influir de manera diferencial en la probabilidad de uso de tabaco.³⁷ Otro factor a considerar es el acceso a consejería médica, así como a servicios de prevención y cesación ofrecidos por instituciones de seguridad social. Nuestros resultados no sugieren que alguna de estas posibilidades esté incidiendo de manera más determinante en el comportamiento de la epidemia, aunque el papel del acceso a la seguridad social en el consumo de tabaco es, sin duda, un aspecto que deberá explorarse con mayor profundidad en estudios futuros. Estudios anidados en el marco teórico de la interseccionalidad permiten visualizar aquellas intervenciones que deben ser prioritarias dentro de la política de control del tabaco que atiendan los determinantes sociales críticos.¹¹

Una vez identificados los grupos poblacionales con menor alcance de las políticas de prevención y control de uso de tabaco en México, resulta imperativo reformular intervenciones específicas para reducir el uso de tabaco, y la política fiscal puede desempeñar un papel central. Dos revisiones sistemáticas recientes indican que el aumento de impuestos es la intervención poblacional con mayor evidencia consistente respecto a su efectividad para disminuir las desigualdades socioeconómicas en el consumo de tabaco.^{38,39} No obstante, la reducción de estas desigualdades requiere una agenda más amplia que incorpore, entre otros enfoques, una perspectiva

de género⁴⁰⁻⁴² y una comprensión profunda de los determinantes sociales de la salud evidenciados desde la interseccionalidad. Estos determinantes influyen de forma decisiva en el inicio, mantenimiento y abandono del uso de tabaco.⁴³

En países como el Reino Unido, la integración de servicios de cesación en programas comunitarios ha demostrado ser efectiva para alcanzar a personas que fuman de niveles socioeconómicos bajos.⁴⁴ Sin embargo, una revisión sistemática sobre la efectividad de intervenciones individuales para dejar de fumar encontró que, si bien éstas son eficaces para reducir el consumo, no muestran diferencias significativas en su impacto cuando están específicamente adaptadas a poblaciones de bajo NSE, en comparación con aquellas sin dicho enfoque específico.⁴⁵ Esto sugiere que uno de los principales desafíos consiste en mejorar las intervenciones con enfoque diferencial que, además de adaptarse al contexto mexicano, aborden los determinantes sociales que configuran el uso de tabaco.

Entre las limitaciones principales de este estudio destaca que las variables sociodemográficas fueron utilizadas como *proxy* de identidades sociales. Por ejemplo, el índice de bienestar es una variable en la que asigna un puntaje y clasifica al participante, pero es posible que el entrevistado no se identifique con este puntaje que lo clasifica en un determinado nivel de bienestar. Una de las principales fortalezas de este estudio es el empleo conjunto de los levantamientos más recientes de la Ensanut, lo que permitió reunir una muestra de tamaño adecuado para los requerimientos de poder estadístico del análisis interseccional. Asimismo, este trabajo fue posible gracias a la homologación del módulo de tabaco dentro de la encuesta, lo que permite la construcción de indicadores comparables entre distintos levantamientos y ediciones y con otras fuentes especializadas, como la Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos (GATS, por sus siglas en inglés).⁴⁶ Sin embargo, es necesario continuar ampliando este tipo de análisis para incorporar otros factores que configuran las identidades sociales, como los patrones de uso de tabaco (diferencias en frecuencia e intensidad), el uso de alcohol y las condiciones de salud mental.^{47,48}

Conclusión

A través del enfoque interseccional fue posible identificar los subgrupos poblacionales con mayor prevalencia de uso de tabaco fumado en México: hombres jóvenes (18 a 34 años), residentes de zonas urbanas y en NSE bajo. Este hallazgo constituye un insumo relevante para impulsar el incremento sustancial de los impuestos a los productos de tabaco, dado que

esta medida ha demostrado ser especialmente efectiva para reducir el consumo entre jóvenes y en los grupos socioeconómicos más desfavorecidos. De tal forma, conocer el comportamiento de la epidemia de tabaco a través de la interseccionalidad permite orientar políticas y programas dirigidos a la reducción de las desigualdades en salud asociadas al uso de tabaco, asegurando que los beneficios lleguen a los grupos poblacionales con mayor uso y vulnerabilidad.⁴⁹ Este enfoque interseccional y su potencial efecto sinérgico pueden contribuir a acelerar el avance hacia metas de desarrollo sostenible.⁵⁰

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. World Health Organization. WHO Report on the global tobacco epidemic, 2023: protect people from tobacco smoke. Ginebra: WHO, 2023 [citado abril 21, 2025]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/372043/9789240077164-eng.pdf?sequence=1>
2. World Health Organization. WHO Global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2030. Ginebra: WHO, 2024 [citado abril 21, 2025]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/37571/19789240088283-eng.pdf?sequence=1>
3. World Health Organization. WHO Report on the global tobacco epidemic, 2025: warning about the dangers of tobacco. Ginebra: WHO, 2025 [citado agosto 29, 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/b/79987>
4. Vital Strategies. The Tobacco Atlas. Estados Unidos: Vital Strategies, Tobacconomics, 2022 [citado abril 22, 2023]. Disponible en: <https://tobaccoatlas.org>
5. Reynales-Shigematsu LM, Shamah-Levy T, Cuevas-Nasu L, Méndez-Gómez I, Humarán G, Ávila-Arcos MA, et al. Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2023 [citado abril 21, 2025]. Disponible en: <https://portal.insp.mx/control-tabaco/reportes/encuesta-global-de-tabaquismo-en-adultos-gats-mexico-2023>
6. Zavala-Arciniega L, Reynales-Shigematsu LM, Levy DT, Lau YK, Meza R, Gutiérrez-Torres DS, et al. Smoking trends in Mexico, 2002-2016: before and after the ratification of the WHO's Framework Convention on Tobacco Control. *Tob Control*. 2020;29:687-91. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2019-055153>
7. Barrera-Núñez DA, Zavala-Arciniega L, Austria-Corrales F, Romero M, Barrientos-Gutiérrez I, Tenorio-Bello A, et al. Tendencias de uso exclusivo y dual de tabaco combustible y cigarro electrónico en población mexicana. *Salud Pública Mex*. 2025;67(3):276-81. <https://doi.org/10.21149/16293>
8. Azagba S, Ebbling T, Korkmaz A. The changing faces of smoking: sociodemographic trends in cigarette use in the U.S., 1992-2019. *Int J Ment Health Addict*. 2025;23:2751-68. <https://doi.org/10.1007/s11469-024-01258-4>
9. Barrera-Núñez DA, López-Olmedo N, Zavala-Arciniega L, Barrientos-Gutiérrez I, Reynales-Shigematsu LM. Consumo de tabaco y uso de cigarro electrónico en adolescentes y adultos mexicanos. *Ensanut Continua* 2022. *Salud Pública Mex*. 2023;65(supl 1):s65-74. <https://doi.org/10.21149/14830>
10. Sheffer CE, Williams JM, Erwin DO, Smith PH, Carl E, Ostroff JS. Tobacco-related disparities viewed through the lens of intersectionality. *Nicot Tobb Res*. 2022;24(2):285-8. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntab193>
11. Tan ASL, Hinds JT, Smith PH, Antin T, Lee JP, Ostroff JS, et al. Incorporating intersectionality as a framework for equity-minded tobacco control research: a call for collective action toward a paradigm shift. *Nicot Tobb Res*. 2023;25(1):73-6. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntac110>
12. Crenshaw K. Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University Chicago Legal Forum*. 1989;1989(1):141-67 [citado abril 21, 2025]. Disponible en: [http://chicagounbound.uchicago.edu%2Fucrl%2Fvol1989%2Fiss1%2F8&utm_medium=PDF&utm_campaign=PDFCoverPages](http://chicagounbound.uchicago.edu/ucrl/vol1989/iss1/8?utm_source=chicagounbound.uchicago.edu%2Fucrl%2Fvol1989%2Fiss1%2F8&utm_medium=PDF&utm_campaign=PDFCoverPages)
13. White J, Cordova-Gomez A, Mejía R, Clayton JA. Intersectionality and interseccionalidad—the best of both worlds. *Lancet Reg Health*. 2025;41:100974. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2024.100974>
14. Bowleg L. The problem with the phrase women and minorities: intersectionality—an important theoretical framework for public health. *Am J Public Health*. 2012;102(7):1267-73. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300750>
15. Crenshaw K. Mapping the margins: intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Rev*. 1991;43(6):1241. <https://doi.org/10.2307/1229039>
16. Zavala-Arciniega L, Hirschtick JL, Meza R, Fleischer NL. Dual and polytobacco use disparities at the intersection of age, sex, race and ethnicity, and income among US adults. Results from the 2018-2019 TUS-CPS. *Prev Med Rep*. 2024;39:102631. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2024.102631>
17. Zavala-Arciniega L, Meza R, Hirschtick JL, Fleischer NL. Disparities in cigarette, e-cigarette, cigar, and smokeless tobacco use at the intersection of multiple social identities in the US adult population. Results from the Tobacco Use Supplement to the Current Population Survey 2018-2019. *Nicotine Tobacco Res*. 2023;25(5):908-17. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntac261>
18. Romero-Martínez M, Shamah-Levy T, Vielma-Orozco E, Heredia-Hernández O, Mojica-Cuevas J, Cuevas-Nasu L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: metodología y perspectivas. *Salud Pública Mex*. 2019;61(6):917-23. <https://doi.org/10.21149/11095>
19. Romero-Martínez M, Barrientos-Gutiérrez T, Cuevas-Nasu L, Bautista-Arredondo S, Colchero MA, Gaona-Pineda EB, et al. Metodología de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre Covid-19. *Salud Pública Mex*. 2021;63(3):444-51. <https://doi.org/10.21149/12580>
20. Romero-Martínez M, Barrientos-Gutiérrez T, Cuevas-Nasu L, Bautista-Arredondo S, Colchero MA, Gaona-Pineda EB, et al. Metodología de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021. *Salud Pública Mex*. 2021;63(6):813-18. <https://doi.org/10.21149/13348>
21. Romero-Martínez M, Barrientos-Gutiérrez T, Cuevas-Nasu L, Bautista-Arredondo S, Colchero MA, Gaona-Pineda EB, et al. Metodología de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2022 y Planeación y diseño de la Ensanut Continua 2020-2024. *Salud Pública Mex*. 2022;64(5):522-9. <https://doi.org/10.21149/14186>
22. Romero-Martínez M, Shamah-Levy T, Barrientos-Gutiérrez T, Cuevas-Nasu L, Bautista-Arredondo S, Colchero MA, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2023: metodología y avances de la Ensanut Continua 2020-2024. *Salud Pública Mex*. 2023;65(4):394-401. <https://doi.org/10.21149/15081>
23. Barrera-Núñez DA, Zavala-Arciniega L, Saenz-de-Miera B, Austria-Corrales F, Reynales-Shigematsu LM. Material suplementario del artículo “Disparidades en el uso de tabaco fumado en México: un análisis interseccional a partir de la Ensanut 2018-2024.” Figshare, 2025. <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.29383475>
24. Barrera-Núñez DA, Zavala-Arciniega L, Saenz-de-Miera B, Austria-Corrales F, Reynales-Shigematsu LM. Visualizador del artículo

- “Disparidades en el uso de tabaco fumado en México: un análisis interseccional a partir de la Ensanut 2018-2024.” Repositorio Github, 2025 [citado junio 22, 2025]. Disponible en: <https://fernandoaustria.github.io/Interseccionalidad/>
25. Thun M, Peto R, Boreham J, Lopez AD. Stages of the cigarette epidemic on entering its second century. *Tob Control*. 2012;21(2):96-101. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2011-050294>
26. Tapia-Conyer R, Kuri-Morales P, Hoy-Gutiérrez MJ. Panorama epidemiológico del tabaquismo en México. *Salud Pública Mex*. 2001;43(5):478-84 [citado abril 21, 2025]. Disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6343>
27. Kessler DA, Natanblut SL, Wilkenfeld JP, Lorraine CC, Mayl SL, Bernstein IBG, et al. Nicotine addiction: a pediatric disease. *J Pediatr*. 1997;130(4):518-24. [https://doi.org/10.1016/S0022-3476\(97\)70232-4](https://doi.org/10.1016/S0022-3476(97)70232-4)
28. GBD 2019 Tobacco Collaborators. Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and attributable disease burden in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2021;397(10292):2337-60. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01169-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01169-7)
29. Hiscock R, Bauld L, Amos A, Fidler JA, Munafò M. Socioeconomic status and smoking: a review. *Ann NY Acad Sci*. 2012;1248(1):107-23. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2011.06202.x>
30. Gallet CA, List JA. Cigarette demand: a meta-analysis of elasticities. *Health Econ*. 2003;12(10):821-35. <https://doi.org/10.1002/hec.765>
31. Marquez PV, Moreno-Dodson B. Tobacco tax reform at the crossroads of health and development: a multisectoral perspective. *World Bank Group*, 2017 [citado abril 21, 2025]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10986/28494>
32. Saenz-de-Miera B, Wu DC, Essue BM, Maldonado N, Jha P, Reynales-Shigematsu LM. The distributional effects of tobacco tax increases across regions in Mexico: an extended cost-effectiveness analysis. *Int J Equity Health*. 2022;21(1):1-14. [https://doi.org/10.1186/S12939-021-01603-2/FIGURES/2](https://doi.org/10.1186/S12939-021-01603-2)
33. Özmen MU. Causal effect of education on tobacco use in low-and-middle-income countries. *Nicotine Tobacco Res*. 2023;25(8):1474-80. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntad056>
34. Huisman M, Kunst AE, Mackenbach JP. Educational inequalities in smoking among men and women aged 16 years and older in 11 European countries. *Tob Control*. 2005;14(2):106-13. <https://doi.org/10.1136/tc.2004.008573>
35. Sreeramareddy CT, Harper S, Ernstsen L. Educational and wealth inequalities in tobacco use among men and women in 54 low-income and middle-income countries. *Tob Control*. 2018;27(1):26-34. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2016-053266>
36. Schaap MM, Kunst AE, Leinsalu M, Regidor E, Ekhholm O, Helmer U, et al. Effect of nationwide tobacco control policies on smoking cessation in high and low educated groups in 18 European countries. *Tob Control*. 2008;17(4):248-55. <https://doi.org/10.1136/tc.2007.024265>
37. Kava CM, Syamlal G, VanFrank B, Siegel DA, Henley SJ, Bryant-Genevier J, et al. Employment characteristics and tobacco product use, U.S., 2021. *Am J Prev Med*. 2024;67(3):423-33. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2024.05.001>
38. Brown T, Platt S, Amos A. Equity impact of population-level interventions and policies to reduce smoking in adults: a systematic review. *Drug Alcohol Depend*. 2014;138:7-16. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.03.001>
39. Smith CE, Hill SE, Amos A. Impact of population tobacco control interventions on socioeconomic inequalities in smoking: a systematic review and appraisal of future research directions. *Tob Control*. 2021;30(2):e87-95. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2020-055874>
40. Regueira G, Suárez-Lugo N, Jakimczuk S. Estrategias para el control del tabaco con perspectiva de género en América Latina. *Salud Pública Mex*. 2010;52(supl 2):s315-20 [citado junio 22, 2025]. Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/4986/4834>
41. Greaves L, World Health Organization, Research for International Tobacco Control. Gender and tobacco control: a policy brief. WHO, 2007 [citado junio 22, 2025]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/44001>
42. Samet JM, Yoon SY, World Health Organization. Gender, women, and the tobacco epidemic. Ginebra: WHO, 2010 [citado junio 22, 2025]. Disponible en: https://iris.who.int/handle/10665/44342?search-result=true&query=tobacco+and+gender&scope=&rpp=10&sort_by=score&order=desc&page=4
43. Garrett BE, Dube SR, Babb S, McAfee T. Addressing the social determinants of health to reduce tobacco related disparities. *Nicotine Tob Res*. 2015;17(8):892-97. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntu266>
44. Greenhalgh E, Scoll M. 9.6 Tailored and targeted interventions for low socioeconomic groups. En: Greenhalgh E, Scoll M, Winstanley M. Tobacco in Australia: facts and issues. Vol 1. Melbourn: Cancer Council Victoria, 2022 [citado junio 22, 2025]. Disponible en: <https://www.tobaccoaustralia.org.au/chapter-9-disadvantage/9-6-tailored-and-targeted-interventions-for-low-socioeconomic-groups>
45. Kock L, Brown J, Hiscock R, Tattan-Birch H, Smith C, Shahab L. Individual-level behavioural smoking cessation interventions tailored for disadvantaged socioeconomic position: a systematic review and meta-regression. *Lancet Public Health*. 2019;4(12):e628-44. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30220-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30220-8)
46. Global Adult Tobacco Survey Collaborative Group, Centers for Disease Control and Prevention. Tobacco Questions for Surveys: A Subset of Key Questions from the Global Adult Tobacco Survey (GATS). Ginebra: WHO, 2011 [citado septiembre 2, 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/item/9789241500951>
47. Glass JE, Rathouz PJ, Gattis M, Joo YS, Nelson JC, Williams EC. Intersections of poverty, race/ethnicity, and sex: alcohol consumption and adverse outcomes in the United States. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017;52(5):515-24. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1362-4>
48. Kern MR, Duinhof EL, Walsh SD, Molcho M, Currie C, Stevens GWKM, et al. Intersectionality and adolescent mental well-being: a cross nationally comparative analysis of the interplay between immigration background, socioeconomic status and gender. *J Adolescent Health*. 2020;66(6):S12-20. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.02.013>
49. Organización Panamericana de la Salud. Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción. Washinton DC: OPS, 2020. <https://doi.org/10.37774/9789275322642>
50. Organización Panamericana de la Salud. Agenda de salud sostenible para las Américas 2018-2030: un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la Región. Washington DC: OPS, 2017 [citado septiembre 6, 2025]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49169>