

Tabaco, género y clase social

E. Fernández^a y C. Borrell^b

^aInstitut Català d'Oncologia. ^bInstitut Municipal de Salut Pública de Barcelona.

Es bien conocido que el tabaco es la causa de mortalidad prevenible más importante en los países europeos, en los que es responsable de más de medio millón de muertes anuales, de las cuales la mitad corresponden a personas de menos de 70 años. En España, casi 60.000 muertes anuales pueden atribuirse al tabaquismo¹.

A menudo, se ha considerado el consumo de tabaco como una decisión individual de los individuos, habiéndose incluso llegado a plantear que las personas con problemas de salud debidos al consumo de tabaco pagaran parte de los tratamientos que reciben o se limitara su acceso a ciertas prestaciones sanitarias. Pero la investigación en epidemiología social nos muestra que existen determinantes sociales del consumo, que van más allá de las decisiones individuales, tal como pretendemos mostrar a continuación.

Las tendencias en la prevalencia del tabaquismo en España en los últimos años muestran un descenso en varones pero no así en mujeres. Según los datos de la última Encuesta Nacional de Sanidad de 1997, un 41,4% de varones y el 25,4% de mujeres declara fumar diariamente. Así mismo, y según esta misma encuesta, el tabaquismo es más prevalente entre los varones con menor nivel de estudios o de clases sociales desfavorecidas. Sin embargo, en las mujeres españolas el hábito es más frecuente en aquellas con mayor nivel educativo o de clase social más alta. Un estudio con información sobre tabaquismo en 12 países europeos² mostró mayor prevalencia en aquellas mujeres con menor nivel de estudios en el Reino Unido, Noruega y Suecia, mientras que en los países del sur de Europa, incluyendo España, la proporción de fumadoras era superior entre las de mayor nivel educativo. Similar patrón norte-sur, aunque menos acentuado, se observa en la prevalencia según el nivel educativo entre los varones. Es evidente, pues, que existen diferencias sociales respecto al tabaquismo, tanto de género como debidas a la posición socioeconómica.

Podemos clasificar las poblaciones en diferentes fases según el modelo descriptivo de la epidemia de tabaquismo en 4 etapas o fases³. En la fase I el tabaquismo es excepcional y típico de las clases adineradas. En la fase II el consumo de tabaco se hace más prevalente sobre todo en varones y con un mayor nivel social. Durante la fase III la

prevalencia en varones empieza a reducirse, en especial en los de mejor situación socioeconómica, mientras que las mujeres, que llevan un retraso de 20-30 años respecto a los varones, alcanzan la máxima prevalencia. En la fase IV la prevalencia del hábito se reduce en varones y mujeres, y en ambos sexos es más elevado en las clases sociales desfavorecidas. Así, en términos generales, el tabaquismo empieza a extenderse en los grupos más favorecidos y después lo hace entre los menos favorecidos, y en primera instancia en los varones con una posterior incorporación de las mujeres, como también sucede con otros comportamientos, de acuerdo con la "teoría de difusión de las innovaciones"⁴.

Las poblaciones del sur de Europa, incluyendo España, presentan una disminución de la prevalencia en varones y aumento de la prevalencia en mujeres⁵, típica de la fase III. En España, la incorporación masiva de las mujeres al hábito empezó a finales de la década de los sesenta del pasado siglo e inicio de los setenta, particularmente a expensas de mujeres con estudios universitarios o medios, aunque en la actualidad no hay diferencias en el patrón de inicio según el género, aunque es más elevado en las clases desfavorecidas⁶. Existen además diferencias sociales apreciables en el patrón de abandono. Aunque la proporción de abandono ha aumentado en varones, la tendencia es más acusada en los que tienen mayor nivel educativo, mientras que en las mujeres la proporción de abandono del hábito sólo aumentó en las universitarias de mediana edad⁷.

Los cambios políticos, sociales y económicos que han acaecido en España en las últimas 5 décadas pueden explicar en buena parte por qué la epidemia de tabaquismo empezó más tarde aquí en relación a otros países europeos. El acceso a estudios superiores de las mujeres en los últimos 30 años es notable, así como su incorporación masiva a la fuerza de trabajo remunerado. En consonancia con esto, las campañas de la industria tabaquera en las últimas décadas han tratado de asociar el hábito tabáquico con falsas imágenes de emancipación, independencia e igualdad, sobre todo en las mujeres y en los estratos sociales más desfavorecidos. Las diferencias en la prevalencia y en el abandono del hábito pueden ser debidas a una mayor receptividad en las personas de superior nivel de estudios y posición socioeconómica, puesto que los mensajes de salud tradicionales se basan en la capacidad cognitiva de las personas y dependen de los cambios voluntarios de comportamiento.

Por todo ello, son necesarias políticas públicas decididas de lucha antitabáquica, como el incremento del precio del tabaco y la promoción de espacios libres de humo, tanto en el entorno laboral como de ocio. Además, es prioritario promover intervenciones concretas para prevenir tanto el inicio del hábito en adolescentes y jóvenes como para promover el abandono entre las mujeres y los grupos sociales menos favorecidos, con la adopción de nuevas estrategias y diseños, más allá de las campañas informativas inespecíficas. El papel de los profesionales sanitarios que trabajan en la atención primaria de salud en prevenir el hábito y promover su abandono es esencial, puesto que su contacto directo y personalizado con los usuarios, además de su papel ejemplar, es uno de los activos más relevantes con que contamos para la prevención y control del tabaquismo. Por ello se recomienda tanto el consejo médico durante la consulta, que ha demostrado ser beneficioso en el abandono del consumo en algunos pacientes⁸, como las intervenciones comunitarias dirigidas sobre todo a los jóvenes, a las mujeres y a los grupos desfavorecidos socioeconómicamente.

BIBLIOGRAFÍA

1. González Enríquez J, Villar Álvarez F, Banegas Banegas JR, Rodríguez Artalejo F, Martín Moreno JM. Tendencia de la mortalidad atribuible al tabaquismo en España, 1978-1992: 600.000 muertes en 15 años. *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 577-82.
2. Cavelaars AE, Kunst AE, Geurts JJ, Crialesi R, Grotvedt L, Helmert U et al. Educational differences in smoking: international comparison *BMJ* 2000; 320: 1102-1107.
3. López AD, Hollinshaw NE, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tob Control* 1994; 3: 242-247.
4. Rogers EM. Diffusion of innovations. Nueva York: The Free Press; 1983.
5. Borrell C, Rue M, Pasarin MI, Rohlfs I, Ferrando J, Fernández E. Trends in social class inequalities in health status, health-related behaviors, and health services utilization in a Southern European urban area (1983-1994). *Prev Med* 2000; 31: 691-701.
6. Borràs JM, Fernández E, Schiaffino A, Borrell C, La Vecchia C. Pattern of smoking initiation in Catalonia (Spain) from 1948 to 1992. *Am J Pub Health* 2000; 9: 1459-1462.
7. Fernández E, Schiaffino A, García M, Borràs JM. Widening social inequalities in smoking cessation in Spain, 1987-1997. *J Epidemiol Community Health* 2001 (en prensa).
8. Nebot M, Cabezas C, Oller M, Moreno F, Rodrigo J, Sardà T et al. Consejo médico, consejo de enfermería y chicle de nicotina para dejar de fumar en atención primaria. *Med Clin (Barc)* 1990; 95: 57-61.