

COLABORACION ESPECIAL**TABACO, EQUIDAD Y ATENCION PRIMARIA****Carlos Segovia Pérez.**

Gerencia de Atención Primaria, Segovia.

RESUMEN

Fundamento: Las campañas antitabaco en países industrializados (EE.UU., Canadá, Reino Unido, Suecia, Finlandia, Australia) han tenido menos eficacia en la clase social baja, excepto en el caso de Australia. Para conseguir ulteriores disminuciones en el tabaquismo, estos países deben prestar atención al problema del tabaquismo en la clase social baja. Se pretende analizar las causas de ello para extraer enseñanzas válidas para nuestro país.

Métodos: Revisión de la literatura respecto a: tabaquismo, clase social, variables mediadoras entre estos dos elementos y variedad de intervenciones posibles.

Resultados: La clase social baja sufre mayores tensiones, mayores problemas económicos, afectivos, familiares y de relación, junto a una menor capacidad de adaptación, de neutralización o de cambio de esos problemas, lo que hace que su dependencia emocional del tabaco sea más fuerte. Las intervenciones alternativas a las campañas de medios de comunicación, para hacer frente a este problema, son la intervención del médico de cabecera y la participación comunitaria.

Conclusiones: Se deben potenciar estas dos intervenciones desde la red de Atención Primaria del país, como complemento a las campañas nacionales, si se quiere garantizar la equidad en la disminución del tabaquismo y sus consecuencias.

Palabras clave: Tabaquismo. Clase social. Equidad. Atención primaria.

ABSTRACT**Tobacco, Equity and Primary Health Care**

Background: Antitobacco campaigns in industrialized countries (USA, Canada, United Kingdom, Sweden, Finland, Australia) have been less effective FOR low social classes, except for Australia. In order to attain further reductions of tobacco consumption, these countries have to pay attention to tobacco use amongst people of low socioeconomic status. This paper seeks to analyze the causes of it to summarize relevant lessons for our own country.

Methods: Literature review in relation to tobacco consumption, social status, mediating variables between these two elements, and variety of possible interventions.

Results: Low social classes bear higher tensions, more compelling economic, familiar, affective and social relations problems, with a lower capability to adapt, neutralize or change their situation; therefore making their emotional dependence on tobacco, stronger. Family physician's intervention and community participation appear as the recommended alternatives to mass-media public campaigns.

Conclusions: These two interventions should be fostered through the national Primary Health Care Network, as a complement to public campaigns, to guarantee in equity in reducing tobacco consumption and its consequences.

Key words: Tobacco Habit. Social Class. Equity. Primary Health Care.

INTRODUCCION

El tabaco ha sido definido como el enemigo número uno de la salud pública desde

hace 25 ó 30 años, después de que se probara consistentemente la asociación de su consumo con una variedad de enfermedades. Al mismo tiempo se abrió paso la idea de que la salud dependía en buena parte de factores como los comportamientos, la dieta o el ejercicio, y el enfoque de "los estilos de vida" ofrecía una solución sugerente: cambiar los comportamientos.

Correspondencia:
Carlos Segovia Pérez.
Gerencia de Atención Primaria.
Santo Tomás, 9, 5.ª planta.
40002 Segovia.

Las clases sociales alta y media de muchos países empezaron a abandonar el tabaco poco a poco, mientras que las clases bajas y ciertos grupos minoritarios continúan fumando. Una vez más, las desigualdades sociales se reflejan en uno de los mayores problemas de la salud pública.

Por su parte, la investigación se ha dirigido a las técnicas de abandono, aunque la mayoría de los fumadores las ignoran y dejan de fumar simplemente por sí mismos. En el presente, las campañas antitabaco en los países industrializados se enfrentan al problema de llegar a la clase social baja, a los grupos sociales minoritarios, a los grandes fumadores y a las mujeres, si quieren seguir disminuyendo el consumo de tabaco. Si no es por razones de equidad, el problema se debe afrontar por razones de efectividad¹. Y eso supone utilizar un análisis sociológico que complemente y supere el uso ingenuo del enfoque de "cambiar los comportamientos"^{2,3}.

En España se detecta una tendencia a la disminución del consumo de tabaco, más en los hombres a partir de los 45 años de edad y en clases sociales altas. El resto de los grupos demográficos muestra una suave disminución, pero existe un fuerte aumento en las mujeres más jóvenes (tabla 1).^{4,5}

Este trabajo explora la experiencia de la disminución del consumo en otros países, con relación a la equidad, para intentar extraer enseñanzas útiles para nuestro país. El trabajo se divide en cuatro partes. La primera describe el comportamiento fumador; la segunda es una revisión del concepto de clase social tal como se aplica en el campo de la salud; la tercera explora las razones para la distribución desigual del comportamiento fumador entre clases sociales; la cuarta revisa algunos enfoques del problema del tabaco en la clase social baja, y termina con algunas recomendaciones posibles.

TABLA 1
Evolución del porcentaje de *no* fumadores según sexo y edad

Año 1978	GRUPOS DE EDAD *			
	Total	25-49	50-64	65 y +
Ambos sexos	59,8	59,6	67,3	79,1
Varones	35,3	34,1	35,4	53,3
Mujeres	82,4	84,8	95,5	98
Año 1985		26-45	46-65	65 y +
Ambos sexos	59 (+)	52 (+)	69 (-)	83 (-)
Varones	45 (-)			
Mujeres	73 (+)			
Año 1987		25-44	45-64	65 y +
Ambos sexos	61,1 (-)	50,7 (+)	71,6 (-)	84,1 (-)
Varones	44,5	35,4 (-)	45,8 (-)	65,6 (-)
Mujeres	76,4 (-)	65,8 (+)	94,2 (+)	95,7 (+)

- y + indican disminución y aumento de tabaquismo respectivamente, en relación a grupos groseramente comparables con la encuesta inmediatamente anterior.

Los varones disminuyen el tabaquismo a partir de los 45 años, y desde antes de 1985, a un 1% anual. Las mujeres aumentan hasta 1985 y disminuyen luego, pero hay un aumento a partir de los 25 años, a un 2% anual entre 25-44 años. Los grupos de edad 15-24 no son comparables en la fuente consultada.

Fuente: ⁵ Ministerio de Sanidad y Consumo. Indicadores de Salud. 1991. Pág. 222.

* Se utilizan los grupos de edad como figuran en la fuente consultada.

1. El comportamiento fumador

El fumar se puede analizar con arreglo a dos dimensiones diferentes: 1) como un comportamiento determinado por las propiedades farmacológicas del tabaco y por elementos afectivos y emocionales; 2) como un comportamiento continuo con diferentes estadios en el tiempo, desde la iniciación hasta el abandono.

a) *Los elementos del comportamiento fumador*

En lo que sigue resumiré los elementos que influyen en el fumar, de acuerdo al trabajo de Leventhal & Cleary⁶. Se admite que el fumador responde a los niveles de nicotina: cuando el nivel disminuye, fumar lo eleva de nuevo y reestablece el equilibrio. Pero también se sabe que el impulso de fumar puede persistir mucho más que los síntomas de abstinencia, mucho después de que los niveles de nicotina están constantemente a cero. O, por ejemplo, el fumar cambia con el estado emocional, etc.

Leventhal & Cleary sugieren que el fumar regula estados emocionales y también los niveles de nicotina, porque algunos estados emocionales se han hecho dependientes de esos niveles. Cuando se desarrolla el comportamiento fumador, cualquier situación que produzca tensión, ansiedad o afectos negativos dispara el fumar. La ansiedad o la tensión reap-

recerán cuando los niveles plasmáticos disminuyan y se asociarán a las sensaciones de disminución de nicotina. Solamente, después de años se asocian las caídas del nivel de nicotina tan profundamente a la tensión emocional, que esa disminución de niveles pueden producir tensión emocional por sí misma, sin causas externas. La adicción está establecida (Figura 1).

Leventhal & Cleary proponen otro elemento que denominan memoria emocional, que integra una combinación de estímulos externos e internos, además de experiencias emocionales subjetivas y otras sensaciones. Esto forma una unidad, un esquema emocional, y la provocación de uno de ellos evoca a los otros. Por ejemplo, si el fumador es un fumador social, sus sensaciones nicotínicas relacionarán la urgencia de fumar con imágenes sociales. Los grandes fumadores unifican las caídas en los niveles de nicotina con afectos negativos, y esto se relaciona con tasas bajas de éxito en el abandono. Por eso, aunque se puede cambiar el fumar por un proceso de aprendizaje, esto no bastará si el fumar está anclado en un nivel afectivo profundo, porque produciría fuertes sentimientos de ansiedad.

El valor cultural del fumar es un aspecto importante de la distribución del fumar en las poblaciones⁷. Un elemento cultural ayuda a explicar, por ejemplo, la tendencia reciente entre las mujeres.

FIGURA 1

Los elementos de la adicción al tabaco

- 1.^{o)} Situación de ansiedad, afectos negativos, tensión + modelo cultural, medio social → comportamiento fumador → aumenta nicotina → alivio (condicionamiento)
- 2.^{o)} Disminución de niveles de nicotina → reaparece ansiedad, tensión de la situación (asociación)
- 3.^{o)} Después de años: disminución de nicotina = ansiedad por sí mismo → fumar no por placer, sino por evitar la bajada de nicotina (adicción)
- 4.^{o)} Control interno, habilidades de adaptación, soporte social → ruptura de la asociación → eventual suspensión

Fuente:⁶ Leventhal H & Cleary PD: "The smoking problem: a review of the research and theory in behavioral risk modification". Psychological Bulletin 1980; 88; 370-450.

En este trabajo, el lazo entre fumar y clase social se construye a través del elemento emocional del fumar y del valor cultural. Se trata de ligar la bioquímica con el mundo social. Por ello ayudará a trascender un enfoque individual del fumar hacia los objetivos sociales, en cuanto a esta epidemia.

b) *Los estadios de fumar*⁸

Se han distinguido tres fases en el comportamiento fumador: la iniciación, la estabilización y el abandono.

b.1) *Iniciación*: El adolescente es muy susceptible a las presiones o sugerencias de un hermano o amigo respecto a fumar, dado que a esa edad la aceptación en un grupo es esencial para construir un sentido de identidad. El grupo puede seguir la imagen de un adulto, el desafío y la complicidad.

Si los padres no fuman, ejercen una fuerza en contra. La influencia de las madres parece afectar más que la de los padres. Cuando la relación de los padres con el adolescente no es estrecha y de apoyo, la influencia de los amigos se multiplica. La pregunta de este trabajo es si los patrones de iniciación son diferentes entre clases sociales. Esto se discutirá más tarde.

b.2) *Estabilización*: Después de un tiempo, el fumar contiene dos elementos que operan de manera diferente. Uno es el placer de fumar por los efectos relajantes, excitantes o de alivio de tensiones. El otro es la aversión de los síntomas de abstinencia y la aversión de afectos negativos, producidos por caídas en los niveles de nicotina. Este componente implica un círculo vicioso, donde los síntomas negativos disparan una reacción correspondiente (fumar), que es placentera básicamente porque alivia el estímulo negativo.

b.3) *Suspensión*⁹: La suspensión es un proceso en sí misma. Se piensa que elementos tales como el locus de control o la autoeficacia pueden llevar a la acción. El mantener la suspensión depende de estos dos y de las habilidades adaptativas y del soporte social.^{10, 11, 12} La ma-

yoría de los fumadores intentan dejarlo varias veces antes de la suspensión duradera. Normalmente lo dejan por sí mismos y prefieren hacerlo así, en vez de iniciar tratamientos intensivos y caros. Las recaídas son frecuentes, y hay evidencia de que la combinación de todos los elementos posibles al mismo tiempo condiciona el éxito. La mayor parte de la literatura olvida los niveles de tensión o ansiedad en la vida del fumador.

2. *Clase social baja*¹³

La clasificación en clases sociales se hace con los valores de una serie de variables sociales y económicas. La clase social implica una posición relativa respecto a los determinantes más importantes de la vida social, es decir, el poder económico, político y social.

Los investigadores de la salud operacionan el concepto de clase social, principalmente de acuerdo a tres dimensiones: nivel económico, ocupacional y educacional. Los tres se han relacionado tan ampliamente con el estado de salud que la cuestión actualmente es explicar esta asociación, más que constatar su existencia.

a) *Nivel económico*:

Para medir el nivel económico se usa el nivel de ingresos, añadiendo a veces la posesión o no de algunos bienes. A veces añaden el valor comparado al salario mínimo. La existencia de una diferencia en el estado de salud entre diferentes niveles de ingresos se ha encontrado amplia y persistentemente, y se atribuye a varias razones como la alimentación, la vivienda, o el acceso a servicios de salud.

b) *Educación*:

El indicador de nivel educativo más usado es el número de años de formación. A veces se agrega ese número en categorías. El nivel educativo es estable en el tiempo, pero

varía con la cohorte del individuo. Mucha más gente que nunca ha completado la educación básica. Se piensa que la educación causa diferencias en la salud por su influencia en los comportamientos. La gente mejor educada es más susceptible a la información acerca de los estilos de vida, y más capaces de cambiar comportamientos. La clase social alta está orientando sus hábitos hacia una mejor salud. Algunos piensan que el nivel educativo es un indicador más potente de estratificación social que el nivel de ingresos.

c) *Ocupación:*

El nivel de ocupación se mide normalmente usando escalas o clasificaciones. La ocupación se relaciona con la salud, por la exposición a sustancias nocivas o riesgos, y por la tensión. También implica niveles diferentes de compensaciones intrínsecas, seguridad, y control personal o discrecionalidad sobre el trabajo. La mayor tensión en el trabajo y la menor discrecionalidad —en horarios, ritmo de trabajo, etc.— se asocian a peor salud^{14, 15, 16}.

SALUD Y CLASE SOCIAL

Los investigadores han encontrado sistemáticamente diferencias en la salud de diferentes clases, un gradiente social^{17, 18, 19, 20, 21}.

Las tres dimensiones de clase social (nivel económico, educativo y ocupacional) son interdependientes.

Algunos resultados en salud pueden asociarse más con el nivel educativo, por ejemplo la educación de la madre si el resultado es la alimentación infantil. Otros, con la ocupación, como el dolor lumbar. Otros, finalmente, pueden asociarse con los ingresos, por ejemplo los que dependen del acceso al sistema sanitario.

3. **Tabaco y baja clase social**

Desde hace 25 ó 30 años los países industrializados han vivido una tendencia a la disminución de las tasas de fumadores^{22, 23, 24}. La rapidez de la disminución es similar entre países, alrededor de un 1 % anual. Pero la disminución es mucho más rápida en las clases altas. Las diferencias entre clases es de nueve veces en EE.UU., cuatro veces en Gran Bretaña. También existe un gradiente de sexos. Sólo Australia ha obtenido una disminución similar en todas las clases sociales; las razones no están claras.

La información disponible^{4, 5} muestra que en España todavía fuman más las clases media y alta, pero hay datos que indican la misma tendencia que en otros países (ver tablas 2 y 3). Existe una disminución, mucho mayor en las clases altas.

TABLA 2

Evolución del porcentaje de *no* fumadores según nivel educativo

Nivel educacional	NO FUMADORES (%)		
	1985	1987	Diferencia
< estudios primarios	78	75,1	- 2,9 → - 1,45 anual
E. primarios	59	60,9	+ 1,9 → + 0,95 anual
Bachillerato/FP	46	48,3	+ 2,3 → + 1,15 anual
Medio/Universitario	42	49,2	+ 7,2 → + 3,6 anual

Existe un aumento en el tabaquismo en la clase más baja, y una disminución en el resto, 3,4 veces más rápida en la clase más alta. Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Indicadores de Salud. 1991. Pág. 223.

TABLA 3

Evolución del porcentaje de *no* fumadores según nivel de ingresos

1985		1987		1987-1985
Ingresos mensuales en miles	% <i>no</i> fumadores	Ingresos mensuales familiares (en miles)	% <i>no</i> fumadores	Diferencias en % <i>no</i> fumadores
Grupo 1		Grupo 1'		
< 50	69	< 50	75,45	+ 6,45*
Grupo 2		Grupo 2'		
a) 50-75	62	50-100	59,3	a) - 2,7
b) 75-100	54			b) + 5,3
Grupo 3		Grupo 3'		
> 100	48	> 100	53,2	+ 5,2*

La disminución leve del tabaquismo en España (ver tabla 1) parece deberse a la clase más alta y a la más baja (probablemente por efecto de los precios): contrarrestados por el grupo entre 50.000 y 100.000 de ingresos, presumiblemente el grupo 2a), entre 50.000 y 75.000.

* Se usan los valores medios de los grupos 1' y 3' que están desagregados en dos en la fuente consultada. La conclusión no varía usando los valores originales.

Fuente: ³ Ministerio de Sanidad y Consumo. Indicadores de Salud. 1991. Pág. 223.

Se puede esperar que el gradiente social se explica por diferencias en la iniciación, la suspensión o por ambas. Ambos procesos se han detectado en EE.UU.; ^{25, 26} Las tasas de iniciación (entre 20 y 25 años) han bajado a razón de 1,5 % anual para estudiantes de alto nivel educativo y sólo a un 1 % para los niveles bajos. Y las tasas de suspensión del consumo son de 0,43 % para las clases bajas y de 0,85 % para las altas.

La cuestión es saber la razón de estas diferencias entre clases. Sabemos que el tabaquismo por un lado tiene lazos fuertes con la vida emocional del fumador, y por otro que la clase social baja corresponde a un nivel bajo de educación, ocupación e ingresos. El siguiente paso sería discutir las variables mediadoras relevantes que puedan estar operando en la clase social baja con respecto al tabaco. Por lo que sabemos, no se ha hecho tal investigación. Lo que sigue es una descripción de las hipótesis más plausibles en relación a este tema.

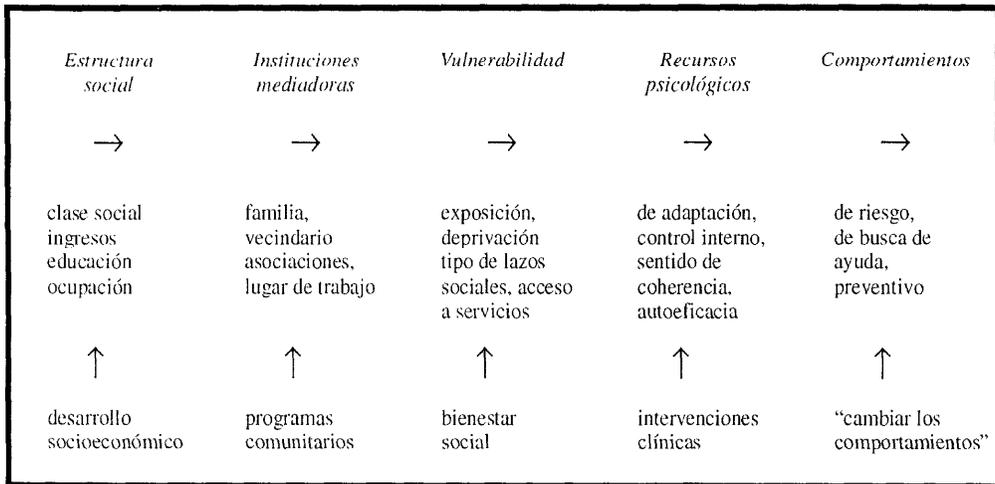
a) *Variables mediadoras entre clase social baja y salud*

En el modelo ecológico de salud ²⁷, los cambios en el nivel macroscópico, social, producen cambios en variables que a su vez se relacionan con el nivel individual (Figura 2). Estas variables reflejan las influencias nocivas del medio ambiente sobre el individuo y las defensas del individuo. Se han descrito las siguientes:

a.1. Tensión ("stress") ²⁸: Los niveles de tensión se han medido en relación a la ocupación ²⁹. Existe tensión cuando la motivación del trabajador y los recursos del ambiente no casan, o cuando las habilidades de la persona no alcanzan para lo que se demanda. Otro modelo incluye la discreción en las decisiones, como aspecto positivo. Los trabajadores de bajo nivel ocupacional tienen poca discrecionalidad, aunque la demanda que se les hace varía.

FIGURA 2

Algunas variables mediadoras entre estructura social y comportamientos



En la fila inferior, las diversas actuaciones según el lugar preferente de influencia.

Cualquier situación difícil para el individuo que no tiene muchas posibilidades de cambiar aumenta la tensión, como por ejemplo los problemas económicos. La clase social baja sufre más tensiones porque tiene menos medios para adaptarse a los problemas o para resolverlos.

a.2. Adaptación (“coping”)³⁰: La adaptación es una manera de enfrentarse a los problemas. Incluye tres posibles soluciones: 1) cambiar la situación o los determinantes de los problemas; 2) interpretar los problemas de manera distinta; 3) neutralizar las consecuencias. Un locus de control interno, un sentido de coherencia, la autoeficacia, son recursos de adaptación³¹. Todos ellos son más amplios para la clase social alta. A mayor abanico de respuestas disponibles, mayor éxito de adaptación. La clase social baja tiene menos medios de cambiar los determinantes de sus problemas o de neutralizar las consecuencias.

a.3. Relaciones sociales^{32, 33}: Las relaciones sociales tienen la mayoría de las veces una relación positiva con la salud, parece

que por el carácter de soporte de las relaciones, especialmente en situaciones de tensión, a la provisión de información, la regulación de los pensamientos y sentimientos. Las relaciones sociales pueden ofrecer un sentido a la vida o un sentimiento de coherencia.

Las personas ancianas, los grupos minoritarios y los pobres tienden a estar peor integrados socialmente. Las relaciones sociales de la clase social baja pueden afectarse por varias razones. Hay dos claras: el trabajo y la familia. Tener un trabajo permite una autoimagen de dignidad, que es positiva para iniciar relaciones. El desempleo es una poderosa fuente de tensión, y también implica peores relaciones. La clase social baja tiene más familias problemáticas³⁴.

b) *Los lazos entre clase social y tabaco*

Lo que sigue son algunas hipótesis coherentes con el conocimiento existente, pero que se deberían comprobar en investigaciones específicas.

b.1. **Iniciación:** Dada la mayor tasa de fumadores en la clase baja, los adolescentes están más expuestos a la presión de sus compañeros y al modelo de adulto fumador. El modelo a seguir por los adolescentes de clase baja puede ser distinto del modelo para las clases medias. Además, si tienen pocas expectativas en el futuro, pueden estar valorando mucho menos las consecuencias de su comportamiento. Las relaciones de apoyo emocional, la atención y las relaciones sociales estrechas se asocian a menor consumo de tabaco, y probablemente son menos frecuentes en clases bajas^{11,26}.

b.2. **Suspensión:** Los fumadores con más recursos personales o socioeconómicos tienen más éxito en sus intentos de dejar de fumar y menores índices de recaída. El modelo de la toma de decisiones diría que tienen más capacidad de seguir las decisiones racionales; relacionado con esto, la creencia en la autoeficacia para cambiar el comportamiento.

Las personas de clase social baja sufren más tensión, ansiedad y afectos negativos, y menos confianza en su capacidad de moldear su mundo, y no tendrían por tanto la energía para sobrellevar la tensión añadida que supone al abstinencia o la urgencia por fumar. El soporte social, que es importante en el primer período de la suspensión y para mantenerla, es más flojo en las clases bajas^{32,9}. Una mayor tensión, una peor capacidad de adaptación o margen de maniobra para resolver sus problemas y una menor capacidad de apoyo en las relaciones sociales pueden condicionar la actitud frente al tabaco. Las consecuencias en el futuro tienen menos valor ante la presión del momento, y el valor del placer de fumar puede ser mayor. La racionalidad de la decisión es distinta que en la clase alta.

4. **Las intervenciones antitabaco y la clase social baja**

La disminución de las tasas de fumadores se ha atribuido a una serie de campañas

informativas y disposiciones legales. Actualmente, el problema de la clase baja, las mujeres y los grupos minoritarios en los países industrializados no puede esperar más.

a) *El efecto de las intervenciones antitabaco en la clase social baja*

Se han empleado cuatro tipos de intervención, que se pueden combinar al mismo tiempo en el mismo lugar. Se analizan a continuación.

a.1. **Impuestos**^{35,36}. Los impuestos han causado una parte de la disminución del consumo. Se ha calculado que la elasticidad de la demanda varía entre un -0,2 y un -1,3. La mayor disminución se da en la clase social baja y en los adolescentes, por lo que esta intervención sería muy positiva respecto a la equidad en salud y a las tasas de iniciación al tabaquismo. El único inconveniente es que los impuestos sobre el tabaco pueden ocasionar efectos indeseables, como disminuir el consumo de otros artículos, dependiendo de su utilidad marginal. Se desconoce la magnitud de estos efectos.

a.2. **Campañas de medios de comunicación.** Los efectos de este tipo de campaña no están claros. Australia es el único país industrializado que ha logrado una disminución similar entre clases sociales^{37,38}. Pero otros estudios en EE.UU. y Finlandia no muestran lo mismo^{39,40,41,42}. Las diferencias pueden deberse a multitud de factores. Es posible que las distancias sociales por sí mismas sean diferentes en estos países, y a mayor diferencia social mayor diferencia en la respuesta a la intervención.

a.3. **Intervenciones clínicas.** Existe una tendencia reciente hacia la motivación del médico de familia o general para que aconsejen el cesar de fumar, con o sin chicle de nicotina⁴³. Una intervención consistente en: pedir al fumador que fije fecha para dejarlo, junto a un breve texto de autoayuda, más una visita en la fecha indicada y cuatro visitas de seguimiento, realizada por médicos entrena-

dos en una sesión de cuatro horas, produjo diferencias significativas en un ensayo aleatorio⁴⁴. Un meta-análisis concluye que los predictores de éxito de las intervenciones clínicas son: la duración del contacto con el programa, el número de modalidades de la intervención (mejor si se combinan sesiones individuales y de grupo), el número de contactos con el programa y la intervención combinada de médicos y no médicos. En suma, el refuerzo de las intervenciones (en variedad y número), es el mayor determinante del éxito⁴⁵. Las tasas de cese con éxito para estas intervenciones cortas son entre un 4 % y un 8 %, pero seguir este procedimiento produciría un efecto muy relevante si se usara sistemáticamente, porque influiría a grandes poblaciones. Además, el acceso libre a los servicios y una planificación del trabajo garantizaría un buen nivel de equidad.

El mayor problema de esta intervención es la participación de un número suficiente de profesionales que posibilite un efecto socialmente relevante. Los médicos no aconsejan más que al 30 % ó 40 % de sus pacientes fumadores en los países donde ya hay campañas activas antitabaco⁴⁶, y dan el consejo más frecuentemente a los de clase alta⁴⁷.

a.4. La participación comunitaria. Este enfoque persigue una mayor equidad y se basa en la idea de la participación de todos los agentes sociales posibles (medios locales de comunicación, escuelas, lugares de trabajo, etc.) a nivel comunitario, acercándose lo más posible a la población "periférica"^{48, 49, 50, 51}. Con ello se espera elevar la conciencia del problema, motivar para dejar de fumar, evitar el empezar a fumar, y aumentar el soporte social al exfumador. El evitar las iniciaciones es probablemente estratégico para romper el círculo vicioso en ciertas comunidades. Los mayores problemas con esta intervención son de tipo político y de gestión⁵².

b) *Los problemas subyacentes*

Si no se reducen las diferencias entre clases, si la clase social más baja sufre más ten-

sión, tiene menos recursos de adaptación, menos autoestima, menos lazos sociales y menos estabilidad familiar, la propuesta de los estilos de vida sanos tiene muchas limitaciones (ver figura 2). Este enfoque puede estar huyendo de un análisis a fondo de los modelos de desarrollo^{53, 54}. Por eso, la discusión sobre la priorización del problema del tabaco sobre otros no puede ignorarse.

Dos intervenciones parecen ser las más interesantes para la equidad en el logro de una mejor salud. Una es la intervención sistemática de los profesionales de la atención primaria. La otra es la participación, comunitaria. Conviene ahora notar que España posee toda una estructura administrativa y de Centros de Salud que posibilita el desarrollo amplio de las dos intervenciones, probablemente como ningún otro país industrializado.

5. Conclusiones

1. Este trabajo muestra cómo el contenido emocional del hábito de fumar determina su existencia. La clase social baja sufre más tensiones y esto dificulta la derivación del aspecto emocional del tabaco en otra dirección.

2. Hay dos polos en la discusión global del problema del tabaco y clase social. Uno es la discusión del modelo de desarrollo socioeconómico; el otro es el poder de las poblaciones y de los servicios de salud para neutralizar los efectos del primero. El primer polo determina el resto de los componentes sociales; el segundo puede eventualmente producir una diferencia o no.

3. La equidad no se consigue con solo dotar a todos los ciudadanos de un acceso al sistema sanitario: importa mucho cómo se trabaja en ese sistema. Las intervenciones de salud pública más interesantes en relación al tabaco son dos: campañas nacionales bien dirigidas en los medios de masas, y la atención primaria, incluyendo la participación comunitaria. Se pueden escalonar o simultanear. El elemento que mejor puede garanti-

zar la equidad en la lucha antitabaco es la atención primaria, a condición de que la equidad sea un objetivo explícito en la organización del trabajo de los Equipos de Atención Primaria.

BIBLIOGRAFIA

1. Warner KE: Smoking and health: a 25 years perspective. *Am J Public Health* 1989; 79: 141-43.
2. Kaplan HB: Health, disease and the social structure. En: Freeman HE & Levine S, editores. *Handbook of medical sociology*. Englewoods Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, 1989.
3. McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A & Glanz K: An ecologic perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly* 1988; 15: 351-377.
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Indicadores de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1991.
6. Leventhal H & Cleary PD: The smoking problem; a review of the research and theory in behavioral risk modification. *Psychol Bull* 1980; 88: 370-450.
7. Brownson RC, Jackson-Thompson J, Wilkerson JC, Davis JR, Owens NW & Fisher EB: Demographic and socioeconomic differences in beliefs about health effects of smoking. *Am J Public Health* 1992; 82: 99-103.
8. US. Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking. A report of the Surgeon General. Rockville, Maryland: DHS, 1982.
9. US. Department of Health and Human Services. The health benefits of smoking cessation. A report of the Surgeon General. Rockville, Maryland: DHS, 1990.
10. Curry S, Wagner EH & Grothaus LC: Intrinsic and extrinsic motivation for smoking cessation. *J. Cons Clin Psychology* 1990; 58: 310-16.
11. Cohen S & Lichtenstein E: Partner behaviors that support quitting smoking. *J Cons Clin Psychology* 1990; 58: 304-309.
12. Bliss RE, Garvey AJ, Heindold JW & Hitchcock JL: The influence of situation and coping on the relapse crissi outcomes after smoking cessation. *J Cons Clin Psychology* 1989; 7: 443-44.
13. Liberatos P, Link BG & Kelsey JL: The measurement of social class in epidemiology. *Epidemiol Rev* 1988; 10: 87-121.
14. Marmot MG, Rose G, Shipley M & Hamilton PJS: Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. *J. Epidemiol Community Healt* 1978; 32: 244-49.
15. Karasek RA, Theorell T, Schwartz JE, Schnall PL, Pieper CF & Michela JL: Job characteristics in relation to the prevalence of myocardial infarction in the US HES and HANES: *Am J Public Health* 1988; 78: 910-918.
16. Marmot M & Theorell T: Social class and cardiovascular disease: the contribution of work. *International J Health Services* 1988; 18: 95-107.
17. Dutton DB & Levine S: Socioeconomic status and health: an overview, methodological critique and reformulation. En: *Pathways to health*. Merlo Park, CA Henry Kaiser Family Foundation, 1989.
18. Carstairs V & Morris R: Deprivation; explaining the differences in mortality between Scotland, England and Wales. *BMJ* 1989; 299: 886-89.
19. Hay DI: Socioeconomic status and health status: a study of males in the Canada health survey. *Soc Sci Med* 1988; 27: 1317.
20. Townsend & Davidson N: Towards an explanation of health inequalities. En: *Inequalities in health; the Black report*. Penguin Books, 1992.
21. Williams DR: Socioeconomic differentials in health: a review and redirection. *Soc Psych Quarterly* 1990; 53: 81-99.
22. Kaiserman MJ & Rogers B: Tobacco consumption declining faster in Canada than in the US. *Am J Public Health* 1991; 81: 902-04.

23. Pierce JP: International comparison of trends in cigarettes smoking prevalence. *Am J Public Health* 1989; 79: 152-57.
24. Rosen M, Hanning M & Wall S: Changing smoking habits in Sweden: towards a better health, but not for all. *Internat J. Epidemiol* 1990; 19: 316-21.
25. Pierce JP, Naquin M, Gilpin E, Giovano G, Mills S & Marcus S: Smoking initiation in the United States: a role for worksite and college bans. *J Natl Canc Inst* 1991; 83: 1009-1013.
26. US. Department of Health and Human Services: Reducing the health consequences of smoking: 25 years of progress. A report of the Surgeon General, Rockville, Maryland: DHS, 1989.
27. Frenk J, Bobadilla JL, Stern C, Frejka T & Lozano R: Elements of a theory of the health transition. *Health Transition Review* 1991; 1: 21-38.
28. Scott R & Howard A: Models of stress. En: *Social stress*, Levine S & Scotch N, editores. Aldine Publishing Company, 1970: 259-279.
29. Baker DB: The study of stress at work. *Ann Rev Public Health* 1985; 6: 367-381.
30. Pearlin LI & Schooler C: The structure of coping. *J Health Soc Beh* 1987; 19: 2-21.
31. Rodin J: Aging and health: effects of the sense of control. *Science*, 1986: 1271-76.
32. Auslander GK: Social networks and the functional health status of the poor: a secondary analysis of data from the National Survey of personal health practices and consequences. *J. Comm Health* 1988; 13: 197-208.
33. House JS, Landis LR & Umberson D: Social relationships and health. *Science* 1988; 241: 540-44.
34. Elwood DT: The transformation of the American's families. En: *Poor support. Poverty in the American family*. Basic Books, Inc. Publishers, 1988.
35. Peterson DE, Zeger S, Remington PL & Anderson IIA: The effect of state cigarettes tax increases on cigarettes sales, 1955 to 1988. *Am J. Public Health* 1992; 82: 94-95.
36. Wasserman J: How effective are excise tax increases in reducing cigarette smoking? *Am J Public Health* 1992; 82: 19-20.
37. Macaskill P, Pierce JP, Simpson JM & Lyle DM: Mass media-led antismoking campaign can remove the education gap in quitting behavior. *Am J Public Health* 1992; 82: 96-98.
38. Pierce JP, Dwyer T, Frape G, Chapman S, Chamberlain A & Burke N: Evaluation of the Sydney 'Quit. For life' anti-smoking campaign. *Medical J. Australia* 1986; 144: 341-347.
39. Danaher BG, Berkanovic & Gerber B: Mass media based health behavior change: televised smoking cessation program. *Addictive Behaviors* 1984; 9: 245-53.
40. Korhonen HJ, Niemensivu H, Piha T, Koskela K, Wiio J, Johnson CA et al: National TV smoking cessation program and contest en Finland. *Prev Med* 1992; 21: 74-87.
41. Lando HA, Loken B, Howard-Pitney B & Pechacek T: Community impact of a localized cessation contest. *Am J Public Health* 1990; 86: 601-03.
42. Wewers ME, Ahievych K, & Page JA: Evaluation of a mass media community smoking cessation campaign. *Addictive Behaviors* 1991; 16: 289-294.
43. Ockene JK: Smoking intervention: the expanding role of the physician. *Am J Public Health* 1987; 77 (7): 782-83.
44. Wilson DM, Taylor DW, Gilbert JR, Best JA, Lindsay EA, Willms DG, et al: A randomized trial of a family physician intervention for smoking cessation. *JAMA* 1988; 260: 1570-74.
45. Kottke TE, Battista RN, DeFriesse GH & Brekke ML: Attributes of successful smoking cessation interventions in medical practice. A meta-analysis of 39 controlled trials. *JAMA* 1988; 259: 2883-89.
46. Anda RF, Remington PL, Sienko DG & Davis RM: Are physicians advising smokers to quit? The patient perspective. *JAMA*, 1987; 257: 1916-19.
47. Frank E, Winkleby MA, Altman DG, Rockhill B & Fortmann SP: 'Predictors of

- pshysicians' smoking cessation advice. JAMA 1991; 266: 3139-44.
48. COMMIT Research Group: Community intervention trial for smoking cessation (COMMIT): summary of design and intervention. J. Natl Cancer Institute. 1991; 83: 1620-28.
 49. Cotton P: Largest-ever seen antismoking efforts aims to form grassroots coalitions. JAMA 1992; 267: 203-4.
 50. Lacey L, Tukes S, Manfredi C & Warnecke RB: Use of lay health educators for smoking cessation in a hard to reach urban community. J Comm Health 1991; 16: 269-282.
 51. Thompson B: Community based programs for smoking cessation. Clinics in Chest Med 1991; 12: 801-06.
 52. Labonte R: Community empowerment: the need for political analysis. Canadian J Public Health 1989; 80: 87-88.
 53. Zöllner HFK: La acción intersectorial en el contexto de salud para todos. En: Antoñanzas F, Rovira J, Correia A, editores. Asociación de Economía de la salud. 1992; 11-20.
 54. World Health Organization: Beyond the welfare-oriented approach. En: World Health Organization: Health dimensions of economic reform. Ginebra: OMS, 1992; 51-56.