

LAS MUJERES Y EL TABACO: enfoque de género en el control de la epidemia en Andalucía



**LAS MUJERES Y EL TABACO:
ENFOQUE DE GÉNERO EN EL CONTROL
DE LA EPIDEMIA EN ANDALUCÍA**

Las MUJERES y el tabaco : enfoque de género en el control de la
epidemia en Andalucía / [autoría, Pilar López Pérez ... et al.]. --
[Sevilla] : Consejería de Salud, [2009]

48 p. : fot. ; 30 cm

1. Tabaquismo-Prevención y control

2. Salud de la mujer

3. Andalucía I. López Pérez, Pilar II. Andalucía. Consejería de Salud

WM 290

WA 309

EDITA: Junta de Andalucía. Consejería de Salud

DEPOSITO LEGAL: J - 779 - 2009

ISBN: 978-84-692-6250-4

MAQUETACIÓN: La Fábrica de diseño

FOTOGRAFÍA: M. Giménez, M. V. López, M. Torres, Shutterstock Images.

Fotografía portada M. Torres

IMPRESIÓN: Gráficas la Paz de Torredonjimeno.

Coordinación

*Pilar López Pérez
Begoña Gil Barcenilla
Transito Cebrián Valero
Josefina Castro Barea*

Dirección del Plan Integral de Tabaquismo en Andalucía

Pilar Mesa Cruz

Autoría:

*Pilar López Pérez
Begoña Gil Barcenilla
Pilar Mesa Cruz
Tránsito Cebrián Valero
Josefina Castro Barea
Mercedes Amo Alfonso
Ana Ruth Bernardo de Paz
M^a Ángeles Calatrava González
M^a Isabel Cantarero Villanueva
Carmen Carmona Saucedo
M^a Angeles Cedillo Medina
Montserrat Contreras González
Adelaida de la Corte Romero
Francisco Javier Dolz López
Sonia Fernández Villalón*

*M^a Encarnación Garrido Vergara
Sonia González Cabezas
Remedios M^a Herrera Vaca
Mariló Gutiérrez Palomino
María Luisa Jiménez Rodrigo
Amparo Lupiáñez Castillo
Dolors Marín Tuyá
Auxiliadora Mesas Rodríguez
Ramón Mendoza Berjano
Rubén Moncada Díaz
Nieves Prieto García.
Teresa Puebla Argandoña
M^a Reyes Sagrera Pérez.
Carmen Sánchez Carrión
Antonia M^a Suárez-Bárcena Gómez
Elisa Vizuite Rebollo*

Agradecimientos

a Luis Lara García por sus sugerencias y aportaciones en la elaboración de este documento

Impulsado desde el Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía, en octubre de 2008, se constituyó el grupo de trabajo “Las Mujeres y el Tabaco” en la Escuela Andaluza de Salud Pública de Granada, con la finalidad de analizar la extensión del tabaquismo entre las mujeres andaluzas, y para proponer y promover líneas de acción que permitan controlar y reducir este importante problema de salud pública entre las mujeres de nuestra comunidad autónoma.

Este informe, recoge las intervenciones que se realizaron en el contexto de este grupo de trabajo, el debate que surgió a partir de estas intervenciones contrastado con la experiencia de las personas que participaron en el mismo; y, al final del documento, las recomendaciones para avanzar en el control de esta epidemia.



ÍNDICE

1. Presentación	7
<i>Josefa Ruiz Fernández</i>	
2. Introducción	9
<i>Pilar Mesa Cruz</i>	
3. La feminización de la epidemia tabaquica: tendencias temporales, repercusiones y retos para la intervención.	11
<i>Ramón Mendoza Berjano</i>	
4. Una mirada desde la perspectiva de género para abordar el tabaquismo entre las mujeres	17
4.1. Accesibilidad de las mujeres a los servicios y eficacia de las intervenciones	17
<i>Dolors Marín Tuyá</i>	
4.2. Abordaje del tabaquismo de las mujeres: hay que avanzar con nuevos enfoques.	19
<i>Begoña Gil Barcenilla</i>	
4.3. ¿Cómo incorporar la perspectiva de género en el Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía?	24
<i>Mercedes Amo Alfonso</i>	
5. El enfoque de género en la investigación sobre tabaquismo.	29
<i>María Luisa Jiménez Rodrigo</i>	
6. Debate.	33
7. Recomendaciones.	39
8. Participantes	43
9. Bibliografía.	45

1. PRESENTACIÓN

Josefa Ruiz Fernández
Secretaria general de Salud Pública y Participación
Consejería de Salud. Junta de Andalucía

El Tabaquismo y sus consecuencias en la población femenina es una problemática relativamente nueva.

Sabemos que Andalucía es una de las Comunidades Autónomas con un consumo de tabaco en mujeres por encima de la media de España y que los problemas de salud asociados al tabaquismo van aumentando entre las mujeres, mientras que la morbilidad asociada al consumo de tabaco entre los hombres españoles está descendiendo. Esto pone de manifiesto la necesidad de adoptar medidas eficaces para frenar las posibles repercusiones de la feminización de esta epidemia.

El análisis de esta situación y el desarrollo de la perspectiva de género en el abordaje del tabaquismo en Andalucía ha ido haciendo más y más patente la necesidad de un abordaje profundo que estuviera atento a esta realidad y permitiera la sensibilización específica a la población femenina y a los profesionales para revertir estas tendencias.

En octubre de 2008, el Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía reunió por primera vez en unas jornadas de trabajo a 25 profesionales, de distintos sectores, para abordar convenientemente esta problemática. Las intervenciones realizadas, las conclusiones de los debates y las recomendaciones generales gestadas en esa primera reunión se presentan en esta publicación que resume el conocimiento compartido y anima a seguir desarrollándolo y difundiéndolo.

En este documento se podrá encontrar una presentación de la evolución histórica del fenómeno del tabaquismo en la población femenina, las dificultades y limitaciones que existen para las mujeres, las intervenciones generales sobre tabaquismo y experiencias que muestran la eficacia cuando se diseñan acciones específicas y accesibles para ellas.

Agradezco el trabajo de todas las personas que han hecho posible esta publicación y espero que sirva para que este problema de salud no quede invisible ante nuestros ojos y nos permita llevar a la acción estrategias diferenciadoras y efectivas para toda la población Andaluza.

2. INTRODUCCIÓN

Pilar Mesa Cruz

*Directora del Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía
Consejería de Salud. Junta de Andalucía*

El consumo de tabaco entre las mujeres es un fenómeno relativamente reciente en nuestro país. En pocas décadas, esta enfermedad adictiva que hasta 1970 era casi exclusivamente masculina, se ha ido extendiendo progresivamente entre el sector femenino de la población, hasta alcanzar a casi una cuarta parte de las mujeres adultas. Al final de la adolescencia y en los primeros años de la juventud la proporción de mujeres fumadoras es, en estos momentos, aún más elevada y, en cualquier caso, mayor entre las mujeres que entre los hombres de esta franja etaria. Ello indica una situación de progresiva expansión del consumo de tabaco entre las mujeres de nuestro país más acentuada aún entre las que pertenecen a clases sociales más desfavorecidas. Esta situación puede, según los datos actualmente disponibles, hacerse extensiva a la realidad andaluza.

Las estrategias comerciales de la industria tabaquera dirigidas específicamente a las mujeres y especialmente a las más jóvenes, junto con los cambios culturales, sociales y económicos que ha experimentado nuestra sociedad en estos últimos años, pueden explicar la feminización de la epidemia.

La expansión del tabaquismo entre las mujeres andaluzas puede tener graves consecuencias para su salud y puede, así mismo, limitar su calidad de vida y su presencia en la sociedad por las repercusiones sanitarias, económicas y sociales ligadas al consumo de tabaco. Igualmente, los problemas de salud relacionados con el consumo de tabaco pueden experimentar, en un futuro no demasiado lejano, un importante aumento en nuestra comunidad autónoma, al incorporarse al tabaquismo un sector de la población tradicionalmente no fumador.

A pesar de la importancia del problema y de los riesgos que lleva asociados, hasta ahora no se le ha prestado la atención requerida. La escasa visibilidad que, hasta el momento, se ha dedicado a las desigualdades en salud en función del género, puede explicar que un problema de esta magnitud no haya recibido la suficiente atención. Atajar esta epidemia es posible, como se ha demostrado en países en los que se han adoptado las medidas adecuadas.

El Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía (PITA) está liderando los esfuerzos para controlar la expansión de esta epidemia en la población andaluza. Medidas como la creación de servicios para ayudar a las personas fumadoras a dejar de fumar, la creación de la Red de Formadoras y Formadores del PITA, la formación de profesionales de la salud, la puesta en marcha de distintos programas preventivos destinados a sectores de población prioritarios como “Empresas Libres de Humo” en el ámbito laboral o el programa “A no fumar, ¡Me apunto!” en centros de educación secundaria, el desarrollo de modelos de intervención en desigualdades, han supuesto un avance importante en el control de este problema en Andalucía.

A pesar de los avances señalados, este importante problema de salud pública, requiere una mirada desde una perspectiva de género, tanto sobre los factores que pueden haberlo originado, como sobre las medidas necesarias para abordarlo con rapidez y eficacia.

Desde el Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía se ha impulsado la creación del grupo de trabajo “Las mujeres y el tabaco” con la finalidad de analizar esta epidemia y promover líneas de acción que permitan controlarla y reducirla. Formaron parte del grupo profesionales de distintos perfiles con experiencia profesional en el ámbito sanitario, en el educativo, en el laboral o en el comunitario y que, a su vez, procedían de distintos puntos de la geografía andaluza; así mismo, se contó con la participación de varias personas expertas que han profundizado en este tema, desde distintas perspectivas.

Las ideas que surgieron al hilo de las intervenciones y a lo largo del debate generado a partir de las mismas, junto con las conclusiones a las que llegaron las personas que participaron en el grupo han permitido elaborar este informe. En su conjunto, constituye una útil herramienta de trabajo para conocer y comprender la extensión del tabaquismo entre las mujeres, además de ofrecer un amplio abanico de recomendaciones que posibilitan avanzar en el control de esta epidemia en nuestra comunidad autónoma.

3. LA FEMINIZACIÓN DE LA EPIDEMIA TABAQUICA: TENDENCIAS TEMPORALES, REPERCUSIONES Y RETOS PARA LA INTERVENCIÓN

Ramón Mendoza Berjano

*Catedrático de Psicología Evolutiva y de la Educación
Departamento de Psicología de la Universidad de Huelva*

Tendencias en el tabaquismo femenino en el norte y en el sur de Europa

En numerosos países del norte de Europa se ha venido estudiando periódicamente la evolución del consumo de tabaco en función del género desde los años cincuenta (como es el caso de Alemania, Reino Unido o Dinamarca) o sesenta (como en Holanda, Bélgica o Irlanda). Estos estudios nos permiten obtener una visión global de la evolución del tabaquismo masculino y del femenino en estos países en la segunda mitad del siglo XX.

En el conjunto de la Europa septentrional se ha observado a lo largo de este período un descenso pronunciado en la prevalencia del tabaquismo entre los hombres. Así, si en los años cincuenta o sesenta fumaban aproximadamente un 80% ó 90% de los varones adultos de estos países, en 1990 las prevalencias del tabaquismo masculino se sitúan en torno al 50, el 40 o incluso el 30% ⁽¹⁾.

Esta tendencia temporal de la evolución de la epidemia tabáquica entre los varones noreuropeos contrasta con la de las mujeres de estos mismos países. Éstas a mitad de siglo presentaban prevalencias de tabaquismo muy inferiores a las de los hombres (aproximadamente un 30 ó 40 % de mujeres fumadoras en 1950 ó 1960), pero estas cifras han ido presentando un ligero incremento hasta aproximadamente 1970, fecha en torno a la cual comenzó a descender suavemente la prevalencia del tabaquismo femenino en la generalidad de estos países ⁽¹⁾. En conjunto, las mujeres noreuropeas han presentado en la segunda mitad del siglo XX una tendencia temporal en la prevalencia del tabaquismo convergente con las de los hombres, de tal manera que a final de siglo las diferencias de género en el consumo de tabaco en la población adulta de estos países eran escasas, presentando hombres y mujeres tasas de consumo muy similares en la mayoría de ellos.

Ya que en la génesis de la epidemia tabáquica intervienen múltiples factores, que además pueden tener un peso relativo diferenciado en función del grupo de edad, del género, de la clase social y de la cultura, no es fácil identificar las causas principales de estas tendencias temporales. Es posible que el descenso de la prevalencia entre los varones del norte de Europa entre los años cincuenta y setenta se debiera en buena parte a la creciente conciencia social sobre el impacto sanitario del ta-

baquismo que se derivó de la difusión de los hallazgos de los estudios epidemiológicos realizados sobre esta temática. En esa época, las mujeres noreuropeas quizás tenían menos acceso que los varones a la información de tipo sanitario, pero en todo caso parece claro que estaban siendo objeto de una especial presión por parte de la industria tabaquera para percibir el consumo de tabaco como algo socialmente aceptable e incluso socialmente deseable. Se ha descrito cómo, a través de múltiples vías (publicidad y marcas específicas para las mujeres, entre otras) en Norte América y en la Europa del norte la industria tabaquera presentó persuasivamente los cigarrillos a las mujeres, durante décadas, como un símbolo de emancipación, independencia y de éxito ⁽²⁾.

En los años setenta algunos países noreuropeos, como Noruega, comenzaron a promulgar legislaciones específicas para reducir la epidemia tabáquica e intensificaron sus esfuerzos informativos



M. Torres

sobre el problema, acompañándolos en ocasiones con medidas fiscales tendentes a aumentar el precio de venta del tabaco. Aunque no cabe aquí un análisis pormenorizado del impacto de estas medidas, parece razonable atribuirles buena parte de la causalidad de por qué el consumo de tabaco siguió descendiendo entre los hombres del norte de Europa y comenzó un tímido descenso entre las mujeres de estos países.

Por otra parte, desde hace décadas se viene detectando un creciente gradiente de clase social en el tabaquismo femenino, que se está configurando en numerosos países del norte de Europa como un problema particularmente característico de las mujeres de sectores sociales desfavorecidos. Así tanto en el Reino Unido desde mitad de los años sesenta, como en Holanda desde 1970, se viene detectando un descenso mucho más pronunciado en la prevalencia del tabaquismo entre las mujeres de nivel socioeducativo alto que entre las de nivel bajo ⁽¹⁾. No obstante, hay países como Alemania, donde la tendencia detectada no es tanto un descenso en la prevalencia del problema entre las mujeres de mayor nivel educativo, sino más bien un claro aumento entre las de menor nivel ⁽³⁾. En todo caso, parece lógico que las mujeres de mayor nivel socioeducativo, que suelen ser las más informadas, las más críticas y las que gozan de mayor autonomía personal, sean precisamente las que más fácilmente se liberan de este problema una vez que han tomado conciencia de sus riesgos.

En el sur, la incorporación masiva de las mujeres al consumo de tabaco fue más tardía que en el norte de Europa. En general, la prevalencia del hábito tabáquico entre las mujeres sureuropeas fue menor del 10 % hasta los setenta ⁽¹⁾. En España, específicamente, la tasa de mujeres fumadoras no alcanza el 5 % hasta 1970 (estimada retrospectivamente a partir de las encuestas nacionales de salud posteriores), en claro contraste con la prevalencia entre los hombres, que había ido creciendo durante la primera mitad del siglo y que desde 1955 superó ya el 50 % ⁽⁴⁾.

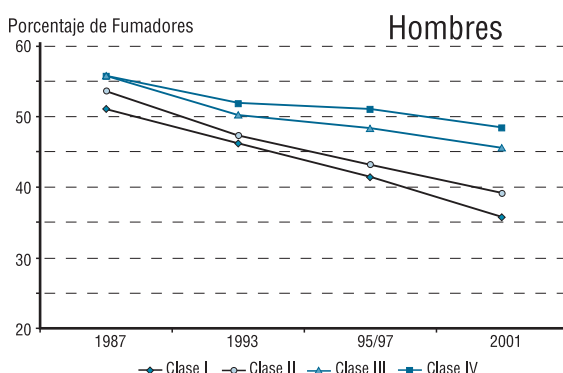
Durante los setenta se comienza a observar un claro incremento en la prevalencia del tabaquismo entre las mujeres españolas, que, en un contexto social de fuerte presencia de la publicidad del tabaco, bajos precios de venta y frecuentes escenas filmicas de consumo del tabaco, van adoptando progresivamente un hábito que en nuestro país era hasta entonces exclusivamente masculino.

Inicialmente en España, a partir de los sesenta, fueron las mujeres de mayor nivel educativo las comenzaron a fumar, pero este patrón cambió a

partir del periodo 1978-1982, en el que comenzó a detectarse una tasa de iniciación en el tabaquismo mayor entre las mujeres de menor nivel educativo ⁽⁵⁾.

Los resultados de las encuestas nacionales de salud realizadas en nuestro país entre 1987 y 2001 muestran de manera muy consistente un descenso en la prevalencia del consumo de tabaco entre los hombres. Este descenso es más pronunciado cuanto más alta es la clase social. En 2001, el gradiente de clase social en el tabaquismo masculino en España era más pronunciado que en 1987, donde ya comenzaba a detectarse.

Gráfico 1. Evolución del tabaquismo en hombres según clase social, 1987-2001



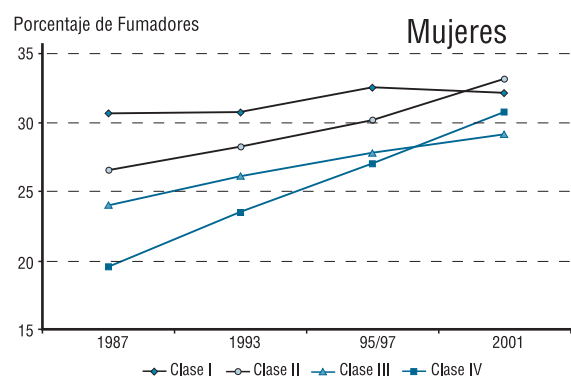
Fuente: Encuestas nacionales de salud.
Elaboración: Escuela Andaluza de Salud Pública

Entre las mujeres se detecta, entre 1987 y 2001, una tendencia general al alza en la prevalencia del consumo de tabaco. Sin embargo, si se analiza la evolución del tabaquismo femenino en función de la clase social, se observa que el incremento es particularmente acentuado en la clase IV (muy baja cualificación) y la clase II (técnicas de grado medio y equivalentes). En cambio, es casi inexistente entre las mujeres catalogadas como de clase I, es decir, las de nivel socioeducativo más alto, y es relativamente suave entre las de clase III.

Los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2006 muestran un descenso en las tasas de mujeres fumadoras en todos los niveles socioeconómicos y, al mismo tiempo, una aproximación entre las prevalencias de las distintas clases sociales. Destacan la clase II y la clase IV, con prevalencias cercanas al 23 % de fumadora diarias. A su vez, tanto la clase I (la más alta) como la III presentan una prevalencia que ronda el 20 % de fumadoras diarias. Una tasa ligeramente más baja de fumadoras diarias es la que presenta la clase V (la de menor nivel social): un 18 %. A la luz de estos datos, y sin tener en cuenta la evolución específica del problema en cada grupo de

edad, podría interpretarse que el conjunto de las mujeres españolas, de todas las clases sociales, están comenzando a liberarse del problema del tabaquismo. De ser así, podríamos suponer que, entre otros factores, la ley de diciembre de 2005 ha tenido un cierto impacto en la incipiente configuración de este descenso en el tabaquismo femenino en España.

Gráfico 2. Evolución del tabaquismo en mujeres según clase social, 1987-2001



Fuente: Encuestas nacionales de salud.
Elaboración: Escuela Andaluza de Salud Pública

A medida que se vayan analizando pormenorizadamente estos datos en función de la comunidad autónoma o del grupo de edad, iremos teniendo una comprensión más precisa de la evolución de la epidemia tabáquica entre las mu-

jes de nuestro país. Resulta ilustrativo que en el suroeste francés se haya detectado una estabilización en la prevalencia global del tabaquismo femenino entre 1985 y 1997, pero que en realidad esta tendencia global enmascara dos fenómenos antológicos que en cierta medida se neutralizan mutuamente: ha aumentado la tasa de fumadoras entre las jóvenes y ha descendido entre las adultas ⁽⁶⁾.

La evolución temporal del tabaquismo adolescente en nuestro país en función del género y de la edad ha sido analizada a fondo en un trabajo reciente ⁽⁷⁾. En lo que se refiere a alumnado de once años, la prevalencia del consumo de tabaco ha descendido en ambos géneros entre 1986 y 2002. Entre los chicos de trece años, también ha descendido, pero entre las chicas de esa edad se ha detectado un incremento significativo entre 1994 y 2002. En cuanto al alumnado de quince años, que presentaba tasas relativamente similares en ambos géneros en 1990, se ha detectado un incremento sostenido en la población de chicas fumadoras entre 1990 y 2002. Algo similar ocurre con el alumnado de diecisiete años en el periodo 1994-2002. En conjunto, las prevalencias relativas a las chicas han ido creciendo hasta 2002 (excepto en los referente a las preadolescentes de once años), mientras que las de los chicos se han estabilizado.



M. Torres

La situación del tabaquismo adolescente en el año 2002 es particularmente preocupante, con un 54 % de fumadoras diarias entre las alumnas de dieciocho años (frente a un 33 % de entre los alumnos de esa edad), un 9 % de fumadoras esporádicas y sólo un 37 % de no fumadoras en ese segmento de edad ⁽⁸⁾.

El conjunto de estas tendencias muestran una clara feminización del tabaquismo adolescente en nuestro país. Si no se adoptan sistemáticamente las medidas de prevención primaria y secundaria oportunas, estas tendencias a su vez pueden estar anticipando una clara feminización del tabaquismo adulto en España en un futuro relativamente próximo, con las consecuencias previsibles.

Las repercusiones de la feminización de la epidemia tabáquica

La difusión del tabaquismo entre las mujeres conlleva consecuencias adversas de muy diversa índole, que podríamos clasificar en cinco grupos.

En primer lugar, entraña riesgos directos para la mujer fumadora, de los cuales los más estudiados han sido los de tipo sanitario. Estos riesgos han sido sintetizados en diversas monografías ^(9,10). Las estadísticas de morbilidad y mortalidad de las mujeres de cualquier país terminan modificándose de manera significativa a medida que la epidemia tabáquica se va expandiendo o retrayendo de este sector de la población. Así, por ejemplo, en Estados Unidos la mortalidad por cáncer de pulmón superó a mitad de los ochenta a la de cáncer de mama como primera causa de mortalidad por cáncer entre las mujeres ⁽¹¹⁾, situación que podría darse en nuestro país en un futuro no lejano.

Las repercusiones directas del tabaquismo sobre la salud de la propia fumadora puede conllevar a su vez repercusiones laborales (como un mayor absentismo, o problemas crónicos de voz, o una mayor susceptibilidad individual de los productos tóxicos en el entorno laboral, entre otras). El tabaquismo tiene también repercusiones económicas (derivadas de la morbilidad, del absentismo laboral, del gasto cotidiano en adquirir el producto, etc.) y estéticas (como el envejecimiento prematuro de la piel), así como una mayor propensión a diversos tipos de discapacidad y a la dependencia precoz. El tabaquismo, en suma, tiende a restar oportunidades vitales a la mujer fumadora.

En segundo lugar el tabaquismo femenino está teniendo o va a tener un impacto global sobre la presencia social de la mujer, bien por el relevante incremento de la morbilidad en las mujeres que se deriva de esta epidemia (que se traduce co-

lectivamente en menor productividad, menor presencia laboral, menor capacidad de acción social, entre otros aspectos), bien por la mortalidad precoz masiva que previsiblemente va a terminar conllevando (que a su vez se traduce en una menor presencia-literalmente-de las mujeres de edades medias y avanzadas en la sociedad). Si no se frena de manera efectiva y sostenida la expansión del tabaquismo entre las mujeres, este fenómeno acabará siendo una fuente primordial de inequidad en la salud y en el acceso a las oportunidades sociales ligadas al género. A su vez, si el problema se afianza entre las mujeres de los sectores sociales más desfavorecidos, la brecha entre las oportunidades sanitarias, sociales y de desarrollo personal entre este sector de la población y las de otros sectores con más recursos continuará agrandándose. El tabaquismo, en una suma, agrava las desiguales ligadas al género y a la clase social.

En tercer lugar, el tabaquismo femenino contribuye cada vez más significativamente al impacto global del tabaquismo en la sociedad, con su carga sanitaria, económica y de deterioro ecológico (por incendios forestales fortuitos y por otras razones).

En cuarto lugar, el tabaquismo femenino (y no sólo el femenino) suele tener repercusiones sobre los familiares de la persona fumadora, esencialmente por cuatro vías: 1) como fuente del tabaquismo pasivo; 2) como fuente de incremento del gasto y quizás también de reducción de los ingresos familiares; 3) por la probable pérdida precoz de una fuente única de apoyo afectivo y de transmisión cultural que oriente la transición hacia la adultez (piénsese, por ejemplo en cualquier familia donde un progenitor muere en edad media por una enfermedad derivada del consumo del tabaco); y 4) por el riesgo de pérdida de autonomía (dependencia) que conllevan diversos tipos de discapacidades frecuentemente asociadas a algunas de las enfermedades derivadas del hábito tabáquico.

Por último, en caso de tabaquismo durante la gestación, conlleva riesgos sanitarios muy relevantes para la propia embarazada y para el feto, así como para el desarrollo infantil y adolescente posterior, sobre los que en la actualidad existe una abundante bibliografía. También puede implicar riesgos para el desarrollo cognoscitivo infantil y adolescente, como ha venido documentando desde hace más de tres décadas un número creciente de estudios ⁽¹²⁻¹⁵⁾. Por otra parte, se ha detectado que en España el tabaquismo en la gestación es en buena parte el causante de la asociación entre problemas perinatales y clase social ⁽¹⁶⁾.

Principales retos

Se expone a continuación seis puntos que probablemente recogen los principales retos a los que nos enfrentamos en la actualidad en relación con la difusión de la epidemia tabáquica entre las mujeres de nuestro país:

1. Ayuda al conjunto de la sociedad a tomar conciencia de que el tabaquismo femenino es ya un problema de salud relevante para las mujeres y que previsiblemente lo va a ser más en un futuro no lejano, a medida que se vayan manifestando masivamente entre las fumadoras las consecuencias a medio y largo plazo del tabaquismo.
2. Información sobre el especial riesgo que sufren las mujeres de los sectores sociales desfavorecidos de ver reducido su nivel de salud y su potencial de oportunidades vitales como consecuencia de la particular penetración de la epidemia tabáquica en este sector de la población.
3. Reforzar la prevención primaria del tabaquismo en la adolescencia, en especial en lo referente a las chicas, por ser el sector de la población adolescente actualmente más expuesto a este riesgo. Esto implica combinar medidas preventivas de efecto global sobre el conjunto de la población con otras dirigidas específicamente a este sector de la población.
4. Potenciar la prevención secundaria del tabaquismo en la adolescencia y en la adultez, prestigiando el dejar de fumar tempranamente y sistematizando fórmulas de apoyo mutuo y de apoyo profesional que resulten particularmente efectivas en los centros docentes, en los centros de trabajo y en los demás entornos donde resulte viable ofrecer este tipo de ayuda. Estas intervenciones deberían ser particularmente sensibles a las necesidades de las adolescentes y las mujeres jóvenes y, en particular, las de las mujeres de los sectores sociales más desfavorecidos.
5. Sistematizar las intervenciones tendentes a que las mujeres que van a quedarse embarazadas se liberen del tabaquismo antes de la concepción y a que las que ya están embarazadas dejen de fumar desde una fase temprana de la gestación.
6. Reforzar la oferta de deshabituación tabáquica para las mujeres fumadoras que por su rol profesional o por su posición social ejercen un papel modélico sobre un número significativo de personas de su entorno o sobre el conjunto de la sociedad.

Referencias

1. Graham, H. (1996) Smoking prevalence among women in the European Community 1950-1990. *Social Science and Medicine*, 43(2):243-254.
2. Amos, A.; Haglund M. (2000). From social taboo to "torch of freedom" : the marketing of cigarettes to women. *Tobacco Control*, 9:3-8.
3. Schulze, A.; Mons, U. (2006). The evolution of educational inequalities in smoking: a changing relationship and a cross-over effect among German birth cohorts of 1921-1970. *Addiction*, 101, 1051-1056.
4. Fernández, E.; Schiaffino, A.; García, M.; Saltó, E.; Villalbí, J.R.; Borrás, J.M. (2003). Prevalencia del consumo de tabaco en España entre 1945 y 1995. Reconstrucción a partir de las Encuestas Nacionales de Salud. *Medicina Clínica* (Barcelona), 120(1):14-16.
5. Schiaffino, A.; Fernández, E.; Borrell, C.; Saltó, E.; García, M.; Borrás, J.M. (2003). Gender and educational differences in smoking initiation rates in Spain from 1948 to 1992. *European Journal of Public Health*, 13(1): 56-60.
6. Marqués Vidal, P.; Ruidavets, J.B.; Cambou, J.P.; Ferrières, J. (2003). Changes and determinants in cigarette smoking prevalence in southwestern France, 1985-1997. *European Journal of Public Health*, 13(2): 168-170.
7. Mendoza, R.; López Pérez, P.; Sagrera, M.R. (2007). Diferencias de género en la evolución del tabaquismo adolescente en España (1986-1992). *Adicciones*, 19(3): 273-288.
8. Mendoza, R.; López Pérez, P. (2007). El consumo de tabaco en el alumnado español pre-adolescente y adolescente: diferencias de género. *Adicciones*, 19(4): 341-356.
9. Salleras, L.I. (ed.).(2001). Dona i tabac: informe tècnic sobre l'hàbit tabàquic femení a Catalunya. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya.
10. Ernster, V. (2001). Impact of tobacco use on women health. En: Samet, J.M., Yoon S.Y. (eds.). Women and the tobacco epidemic: challenges for the 21st century. Geneva: World Health Organization, pp. 1-16.
11. Peto, R.; López, A.D.; Boreham, J.; Thun, M.; Heath, C. (1994). Mortality from smoking in developed countries 1950-2000: indirect estimates from national vital statistics. *Oxford University Press*.
12. Butler, N.R.; Goldstein, H. (1973). Smoking in pregnancy and subsequent child development. *British Medical Journal*, 4: 573-575.
13. Julvez, J.; Ribas-Fitó, N.; Torrent, M.; Forns, M.; García-Esteban, R.; Sunyer, J.(2007). Maternal smoking habits and cognitive development of children at age 4 years in a population-based birth cohort. *International Journal of Epidemiology*, 36(4): 825-832.
14. Batstra, L.; Hadders-Algra, M.; Neeleman, J. (2003). Effect of antenatal exposure to maternal smoking on behavioural problems and academy achievement in childhood: prospective evidence from a Dutch birth cohort. *Early Human Development*, 75: 21-33.
15. Cornelius, M.D.; Ryan, C.M.; Day, N.L.; Goldschmidt, L.; Willford, J.A. (2001). Prenatal tobacco effects on neuropsychological outcomes among preadolescents. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 22: 217-225.
16. Villalbí, J.R.; Salvador, J.; Cano-Serral, G.; Rodríguez-Sanz, M.C.; Borrell, C. (2007). Maternal smoking, social class and outcomes of pregnancy. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 21: 441-447.

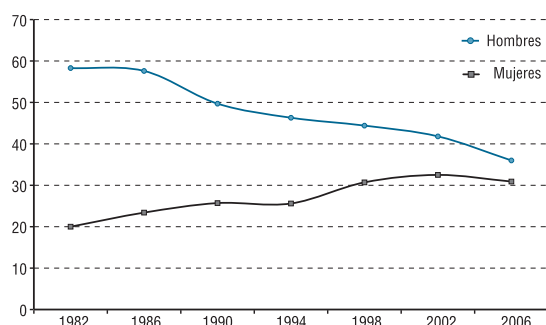
4. UNA MIRADA DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO PARA ABORDAR EL TABAQUISMO ENTRE LAS MUJERES

4.1. Accesibilidad de las mujeres a los servicios y eficacia de las intervenciones.

Dolors Marin Tuyà
Unitat de Tabaquisme CSClinic de Barcelona.
Asesora Departament de Salut. Catalunya.

Contexto

La prevalencia del tabaquismo en la población catalana de entre 15-64 años (1982-2006) muestra una evolución caracterizada por una brecha por sexos en 1982 y que ésta prácticamente desaparece en 2006. En efecto, si en 1982 fumaba el 58% de los varones y el 20% de las mujeres, éstos comienzan a dejar el tabaco a mediados de la década de 1980 coincidiendo con las primeras acciones del Departament de Salut (Ley 1985, campañas públicas, tratamiento tabaquismo, etc.) mientras, que por el contrario, entre las mujeres jóvenes la prevalencia crece desde 1982 hasta 2002 y no es hasta 2006 que la prevalencia femenina global comienza a declinar⁽¹⁾. Los mensajes de salud pública generados a



nivel macro-social consiguen diferente respuesta entre los varones y las mujeres. Mientras ellos comienzan a quitarse de fumar, probablemente impulsados por los múltiples mensajes de salud, éstos parece que no han sido de recibo por parte de la población femenina. Probablemente debido a que las mujeres se encuentran en un nuevo contexto que les permite estrenar nuevas costumbres y formas de relacionarse antes no permitidas para ellas, entre las que se encontraba la conducta de fumar.

Conocimiento y experiencia en tratamiento de tabaquismo con perspectiva de género.

El programa de tratamiento de tabaquismo de la Unitat de Tabaquisme de la Corporació Sanitària Clínic (UTCSC) de Barcelona comenzó en 1980 como una experiencia piloto que es asumida por el Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya a partir de 1982.

Durante la década de 1980 la demanda de tratamiento para dejar de fumar era de 8 varones por cada 2 mujeres. A mediados de la década se equi-

libra y justo al comienzo de la década de 1990 la demanda femenina supera a la masculina estabilizándose en torno al 60-65% desde entonces.

La evolución de la respuesta terapéutica ha avanzado de acuerdo al conocimiento y a la experiencia clínica que a su vez ha marcado la trayectoria asistencial. La evaluación del resultado de tratamiento se refiere únicamente al porcentaje de éxito pasados 12 meses del día que dejaron de fumar. Se excluyen resultados a corto-medio plazo dado que suelen ser elevados en general para la mayoría de métodos. A continuación se resume la evolución de la trayectoria asistencial entre 1980 y 2003.

I. Del modelo conductual al modelo de la adicción.

1980-1988. El *modelo conductual* fue diseñado y aplicado durante los dos primeros años de arranque, 1980-82. El tratamiento manejaba una batería de técnicas cognitivo-conductuales en el contexto de sesiones psico-terapia de grupo, semanales durante la fase intensiva del primer mes y mensuales en la fase de seguimiento de hasta 12 meses. La primera evaluación señala que al año de seguimiento se mantiene sin fumar de fumar un 18% de quienes iniciaron tratamiento.

En 1983 incorporamos el *modelo de la adicción*. El tratamiento basado hasta entonces en la psico-terapia de grupo agrega los chicles de nicotina y la monitorización del monóxido de carbono en aire espirado y como refuerzo de la conducta aprendida. La evaluación de los resultados alcanzan el 37% de éxito al año de seguimiento⁽²⁾. Sin embargo inquieta comprobar que en el 63% de las recaídas predominan las mujeres⁽³⁾.

II. Modelo diagnóstico de la preparación para dejar de fumar. 1989-1999.

Orientamos los esfuerzos a reformular la evaluación diagnóstica, afinar sobre la preparación para dejar de fumar. El bagaje cognitivo conductual y farmacológico se amplía ahora un nuevo instrumento que facilita la detección y el diagnóstico. El instrumento fue desarrollado de forma piloto en 1990 y posteriormente consensuado con los equipos especializados en tratamiento de tabaquismo de Catalunya y uno de Valencia en 1991. Del proceso resultó un instrumento específicamente diseñado para centrar la detección/diagnóstico y evaluar y monitorizar con mejor precisión el proceso de preparación para el cambio de con-

ducta y su posterior mantenimiento. El eje del tratamiento deja de estar centrado en las técnicas conductuales o farmacológicas y se focaliza en detectar-diagnosticar las necesidades reales de la persona atendida, ya desde el pretratamiento (incluye las categorías *Preparado/a*, *Preparable*, *No Preparado/da*), y adquiere un valor estratégico durante el proceso terapéutico⁽⁴⁾. No sólo orienta la intervención a seguir, forma parte constitutiva del tratamiento. El 66% de personas atendidas se mantenían sin fumar al año de seguimiento mediante el *modelo de preparación para dejar de fumar*. Los resultados duplican y triplican respectivamente los obtenidos por los dos anteriores modelos. Analizando con mayor detalle, sorprende que un 64% de las mujeres se mantiene liberada de fumar⁽⁵⁾.

III. La Quitline, un servicio de atención telefónica especializada para dejar de fumar creado en el seno de la UTCSC. 1997-2003. En 1996 la lista de espera para dejar de fumar llegaba a 3 años debido a la fuerte tensión asistencial provocada estudiamos la viabilidad de aplicar a un servicio telefónico de tratamiento especializado en tabaquismo basado en el conocimiento y la experiencia clínica adquirida. En marzo de 1997 se pone en marcha la Quitline.

La evaluación del periodo 1997-2001⁽⁶⁾ muestra que un 64% de las llamadas son efectuadas por mujeres de entre 25-55 años que quieren liberarse del tabaco para encontrarse bien para seguir siendo productivas y que valoran positivamente el acceso rápido a una terapia especializada y estructurada. Respecto a la preparación para dejar de fumar, del total de primeras llamadas al servicio, solo el 16%, estaban *Preparados/as* (en condiciones óptimas para dejar de fumar), el 54% *Preparables*, (necesitaban atención especializada para avanzar en el proceso con garantías de éxito), y el 24% *No Preparado/a*.

En 2003, otra investigación sobre la deshabituación de mujeres de mediana edad⁽⁷⁾ revisa y analiza mediante análisis de género los artículos publicados en la revista Prevención del Tabaquismo, entre los años 2000-2003, y los compara con los resultados en tratamiento especializado de tabaquismo de la UTCSC en el periodo 1992-1996 y los de la Quitline entre 1997-2003⁽⁸⁾. De los artículos revisados sobre las intervenciones de deshabituación aplicadas en distintos ámbitos sanitarios, se observa que predomina la demanda de mujeres, y que estas obtienen resultados inferiores a los de los hombres como receptoras de las intervenciones actuales, así como menor adherencia al tratamiento. Las recaídas de las mujeres se explican como mayor

preocupación por el control del peso, aumento de depresión y control del estado de ánimo. Respecto a las historias clínicas analizadas, la principal diferencia se encuentra en el pretratamiento, esto es que mientras los varones resultaban preparados con 1 ó 2 y en pocos casos 3 sesiones, las mujeres necesitaban un mínimo de 2 y un máximo de 4 sesiones para estar preparadas con garantía de éxito. En caso de forzarlas a cumplir el estándar de preparación masculino, éstas recaían.

En junio de 2007 Sanitat Respon establece una QUITLINE para dejar de fumar. El 98% de las llamadas proceden de personas muy motivadas, solo el 53% de las mujeres y el 61% de los hombres confían en poder dejar de fumar. Predominan las dudas y el peso de la adicción (90% con experiencia de recaídas previas y consumo elevado). Las mayores dificultades comunes para hombres y mujeres, en un 81%, se relacionan con el entorno social, especialmente las amistades. Las específicas de las mujeres son que éstas reciben menor apoyo de sus parejas y en casa comparado con los hombres que si cuentan con el apoyo de sus parejas y del entorno. Éstos expresan mayores dificultades en el lugar de trabajo comparado con las mujeres⁽⁹⁾.

Referencias

- 1 ESCA 2006 Dades de població general. <http://www.slideshare.net/tabaquisme.cat/dades-de-consum-a-catalunya>.
- 2 Salvador T; Marín D; González J, et al. Tratamiento del tabaquismo: comparación entre una terapia de soporte y una terapia utilizando soporte, chicle de nicotina y refuerzo del comportamiento. *Med Clin (Barc)*, 1986; 87:403-406.
- 3 Marín Tuyà D, Salvador Llivina T: Determinació dels factors psicològics i fisiològics implicats en l'abandó de la dependència al tabac. Tesis de llicenciatura. Universitat Autònoma de Barcelona, maig 1987.
- 4 Marín Tuyà D. Abordaje del Tabaquismo desde Atención Primaria. *J&C Ediciones Médicas*. Barcelona, 2001.
- 5 Marín Tuyà D.; González Quintana J; García Baena A. Alternatives actuals per a la deshabituació del tabaquisme. *Annals de Medicina* (Barc) 1999;82;122-124.
- 6 Nieva G. The Spanish quitline experience. Evaluation. II Internacional Quitlines Conference. European Network of Quitlines/ Parc Tecnològic del Vallés, Cerdanyola del Vallés. Setembre 2001.
- 7 www.inwat.org/ppp/genderissue-dolorsmarintuya.pdf
- 8 Nieva Rifà, G :Tabac Info Línea: atención telefónica para dejar de fumar.. Prevención del Tabaquismo. Monográfico sobre el Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS. Vol. 5, Núm. 2. Abril-Junio 2003.
- 9 Martí Vallbona, Carmen Cabezas Peña, Dolors Marín Tuyà, Josefina Rovira Coromina, Elisabet Vives Vives, Antoni Plasencia Taradach: Perfil de los usuarios atendidos por una línea telefónica pública de ayuda a dejar de fumar. Prevención del Tabaquismo, Volumen 9, Suplemento 1. Octubre 2007.

4.2. Abordaje del tabaquismo en las mujeres: hay que avanzar con nuevos enfoques.

Begoña Gil Barcenilla.

Plan Integral del Tabaquismo de Andalucía. Consejería de Salud. Junta de Andalucía

Introducción

La epidemia de tabaquismo, que tradicionalmente ha afectado con más intensidad a los hombres, en la actualidad supone un importante problema de salud para las mujeres.

La extensión del tabaquismo entre las mujeres, en nuestro medio, ha discurrido de forma paralela a la conquista por parte de éstas de diversos espacios sociales que antes les estaban vedados. En las últimas décadas hemos asistido a la incorporación creciente de las mujeres —aunque no exenta de obstáculos, problemas y limitaciones— al mundo de los estudios superiores, del trabajo remunerado, del asociacionismo y de la política.

La expansión de la epidemia en este sector poblacional es un problema complejo y se debe huir de la simplificación a la hora de comprenderlo y afrontarlo. Es necesario evitar la aplicación mecánica de las soluciones que tradicionalmente se han adoptado con éxito para controlar el tabaquismo entre los hombres por las razones que se desarrollan en este artículo.

Acercarse a conocer el porqué de la expansión del tabaquismo entre las mujeres y buscar posibles soluciones para atajar esta epidemia requiere reflexionar sobre la situación de éstas en todos los campos de la vida social y reconocerlas en su diversidad: ricas y pobres, jóvenes y ancianas, poderosas y desposeídas, rurales y urbanas, gitanas y payas, nativas e inmigrantes.

Así mismo, es imprescindible analizar críticamente su presencia y los problemas a los que tiene que enfrentarse en los diferentes espacios en los que se desenvuelve su vida.

Pero no sólo hay que tener en cuenta las desigualdades de género (situación de menor privilegio de las mujeres en la estructura social) si no que las mujeres pueden sufrir, además, otro tipo de desigualdades generadas por una mala situación socioeconómica, por su condición de inmigrante, por su pertenencia a una etnia desfavorecida o por el hecho de vivir en una zona de privación social. Desigualdades que, en definitiva, implican peor situación y peores expectativas de salud.

A continuación se hace una reflexión tomando como punto de partida algunos datos cuantitativos sobre la situación de las mujeres en ciertos espacios especialmente relevantes para llevar a la práctica estrategias de prevención, control y atención al tabaquismo.

Los espacios

El espacio doméstico

Intentar acercarse a la heterogénea situación de las mujeres en el espacio doméstico en la sociedad española del siglo XXI es un reto que, por su complejidad y extraordinaria importancia, supera los límites de este documento. Sin embargo, es necesario reiterar que es aquí, en este espacio, donde residen muchas de las claves que condicionan las desigualdades de género y que es preciso tener en cuenta para afrontar los problemas de salud de las mujeres entre los que se encuentra el tabaco.

La desigual posición de poder en el hogar, la doble o triple jornada que muchas mujeres soportan, el papel de cuidadora al que la sociedad les remite continuamente, los hogares monoparentales y, como no, la violencia contra las mujeres, son cuestiones que determinan la salud de éstas y que, por lo tanto, también están muy presentes en nuestra experiencia del abordaje del tabaquismo entre las mujeres.

Los siguientes datos pueden ilustrar la magnitud de estos problemas:

- En conjunto, las mujeres dedican más del doble de tiempo que los hombres al trabajo doméstico (6 horas y 2 horas y 20 minutos de media diaria respectivamente, en el año 2006) ^[1]. Esta situación es similar en las mujeres que trabajan fuera de casa (20.1 horas semanales las mujeres y 8 horas los hombres, en 2001) ^[2].
- Las cifras de víctimas de violencia por su pareja o ex pareja son considerablemente más elevadas en las mujeres que en los hombres (14.977 mujeres frente a 2.743 hombres en Andalucía en 2007) ^[3].
- Las mujeres suelen estar al frente de hogares monoparentales en mayor medida que los hombres (En 2008, en nuestra comunidad autónoma la cifra de hogares monoparentales a cargo de mujeres fue de 76.100 frente a los 7.900 hogares a cargo de un hombre) ^[3].
- El cuidado de enfermos y personas mayores recae en mayor medida en las mujeres que en los hombres (En Andalucía en el año 2009, el 85,68% de las personas cuidadoras de grandes discapacitados eran mujeres) ^[4].

Cualquier abordaje del tabaquismo entre las mujeres, tanto en el campo de la prevención como en el de la asistencia, implica conocer y sopesar la existencia de este tipo de circunstancias para poder ayudarlas de forma efectiva.

El espacio educativo

El espacio educativo tiene una gran importancia de cara al control de la epidemia tabáquica por las posibilidades que brinda de alcanzar a toda la población hasta los 16 años, por la finalidad de la propia institución y por el elevado grado de feminización del alumnado y de sus trabajadores.

En cuanto al alumnado la presencia de chicas es desigual en función del nivel educativo y, en los estudios profesionales, medios y superiores, según el área de aprendizaje.

Así en educación infantil, básica y de primer ciclo de secundaria la proporción de chicos y chicas es similar, mientras que en el segundo ciclo de educación secundaria, de bachiller, de formación profesional y en los estudios universitarios hay más chicas que chicos. En la enseñanza universitaria la proporción de chicas es más elevada en los estudios de humanidades, ciencias experimentales, sociales y políticas y ciencias de la salud, mientras que los chicos se inclinan más por las enseñanzas técnicas [3].

Conocer esta realidad es imprescindible a la hora de diseñar cualquier programa de intervención dirigido al ámbito educativo.

Si se analiza la presencia de las mujeres entre el profesorado, hay que señalar que éstas son mayoría en educación infantil, primaria, especial y de personas adultas y, a su vez, los hombres predominan en secundaria, formación profesional y enseñanzas de régimen especial.



En la universidad, la mitad del personal son mujeres pero éstas desempeñan predominantemente los puestos de trabajo de menor categoría, mientras que los hombres detentan los puestos con mayor poder como son las cátedras [3]. Este dato que puede observarse con detalle en la siguiente tabla ofrece un ejemplo muy nítido del denominado “techo de cristal” en la universidad.

Estos datos ponen de manifiesto la necesidad de incorporar, como decíamos, una perspectiva de género a la hora de diseñar, implementar y evaluar cualquier programa de prevención del tabaquismo en el medio educativo.

Tabla 1. Profesorado universitario de los centros propios de las universidades públicas según categoría por sexo en Andalucía. Cursos 2002-2003 y 2006-2007

	Curso 2002-2003			Curso 2006-2007		
	Mujeres	Hombres	IF*	Mujeres	Hombres	IF*
Catedrático	278	1.476	18,83	324	1.531	21,16
Titular	2.265	4.494	50,40	2.493	4.590	54,31
Asociado	1.942	3.558	54,58	1.283	2.920	43,94
Ayudante	114	109	104,59	265	265	100,00
Ayudante doctor	23	23	100,00	78	74	105,41
Colaborador	57	74	77,03	488	589	82,85
Contratado doctor	-	-	np	298	355	83,94
Emérito	4	65	6,15	5	55	9,09
Maestro taller	3	3	100,00	7	9	77,78
Visitante	12	14	85,71	11	11	100,00
Otros/ No consta	57	105	54,29	263	375	70,13
Total	4.755	9.921	47,93	5.515	10.774	51,19

Fuente: INE. Estadística de la enseñanza universitaria en España.

(*) Índice de feminización: cociente expresado en % entre el número de mujeres y el número de hombres. Indica el número de mujeres por cada 100 hombres.

El espacio laboral

Uno de los cambios más interesantes protagonizados por las mujeres en las últimas décadas ha sido su incorporación al mercado laboral formal. Sin embargo, las condiciones reales de esta incorporación han estado y siguen estando caracterizadas por serias dificultades y por desigualdades respecto de los hombres. A continuación se ofrecen algunos datos que permiten ilustrar la situación de desigualdad de las mujeres trabajadoras:

- Las mujeres tienen menor tasa de actividad que los hombres y sufren mayores tasas de paro, como puede observarse en la tabla 2. Ambos problemas se agravan más para ellas en tiempos de crisis ^[5].
- La situación laboral de las mujeres es más inestable: tienen más contratos a tiempo parcial (En Andalucía las mujeres con ocupación a tiempo parcial son el 79% del colectivo total con esa modalidad de contratación en el año 2009) y son más frecuentes entre ellas los

contratos temporales (las tasas de temporalidad en nuestra comunidad en el año 2009 son de 38.14% para las mujeres y de 34.91% para los hombres) ^[5].

- Con frecuencia trabajan en la economía informal o sumergida. En el año 2002, el 17% de las mujeres españolas ocupadas lo estaban en situación irregular, es decir, carecían de afiliación a la Seguridad Social. Los perfiles de trabajadoras en situación irregular son “las mujeres de mayor edad”, “las mujeres con personas dependientes a su cargo”, “las mujeres de nacionalidad extranjera” ^[6].
- Existe una segregación laboral por sexos, vertical y horizontal:
 - las mujeres suelen ocupar los puestos de trabajo menos cualificados, menos valorados socialmente y peor retribuidos.
 - las mujeres se concentran en unos pocos sectores de la actividad económica, habitualmente los relacionados con los cuidados ^[3].

Tabla 2. Actividad económica de la población de 16-64 años. Andalucía, 2º trimestre 2009

Actividad económica	Total	Hombres	Mujeres
Tasa de actividad	70.64%	80.51%	60.55%
Tasa de paro	25.51%	23.99%	27.57%

Fuente: Encuesta de población activa. Segundo trimestre 2009. INE

Tabla 3. Población ocupada según rama de actividad y sexo. Andalucía 2008. Índice de feminización.

Sector de actividad	Índice de feminización
Industria alimentación, bebidas, tabaco, textil y confección., cuero y calzado, madera, corcho, papel y artes gráficas.	55.99
Industrias extractivas, refinerías, industria química, metalurgia	15.96
Construcción maquinaria pesada, material eléctrico, material transporte y otras manufacturas.	14.71
Construcción.	4.45
Intermediación financiera, actividades inmobiliarias y servicios empresariales.	91.49
Administración pública, educación, actividades sanitarias y veterinarias, servicios sociales.	115.35
Otros servicios, hogares que emplean personal doméstico.	239.73
Comercio y hostelería.	88.37

Fuente: Andalucía Datos Básicos 2009.IEA.

Estas desigualdades –mayor paro, precariedad, temporalidad, menores retribuciones, categorías laborales inferiores, trabajos menos prestigiados– condicionan la salud laboral de las mujeres y es necesario tenerlas en cuenta a la hora de diseñar programas integrales de salud laboral para las mujeres, donde se debería incluir, entre otros, la prevención y atención al tabaquismo.

Cabe destacar, como uno de los problemas más importantes, la frecuente situación de ilegalidad en la que trabajan muchas mujeres, lo que las hace quedar fuera de cualquier estrategia institucional de prevención y control de riesgos laborales o de beneficiarse de programas de promoción de la salud dirigidos a ellas.

El espacio sanitario

El espacio sanitario ocupa un lugar relevante de cara a la prevención del tabaquismo, tanto desde el punto de vista laboral por la elevada feminización de los profesionales de estos servicios, como por el elevado uso que hacen de éstos las mujeres en calidad de usuarias y como cuidadoras.

En este medio los puestos de trabajo más feminizados son, por ese orden los de enfermería, farmacia, matrona, medicina y podología.

Tabla 4. Profesionales sanitarios colegiados según tipo y sexo. 2007

Tipo profesionales colegiados/as	Índice de feminización
Medicina	61.82
Odontología/estomatología	69.67
Farmacia	174.51
Veterinaria	49.58
Podología	86.90
Fisioterapia	150.24
Diplomatura enfermería	268.70
Matronas	447.99

Fuente: Andalucía Datos Básicos 2009

Las actividades de prevención y control del tabaquismo organizadas por los propios servicios sanitarios y dirigidas a su personal deben tener en cuenta esta situación para llegar con eficacia a las mujeres que trabajan en el medio sanitario.

Se destacan a continuación algunas características de la utilización que hacen las mujeres de los servicios sanitarios:

- En general las mujeres utilizan más los servicios de atención primaria que los hombres, (en 2006 el número medio de consultas al médico de familia en las últimas cuatro semanas, según la Encuesta Nacional de Salud, fue de 1.14 para las mujeres y de 1.13 para los hombres ^[7]).
- También se constata que las mujeres se automedican más (15.5% de las entrevistadas frente a 13.2% de los entrevistados) ^[7].
- Un hecho relevante sobre el que cada vez hay más información es el llamado “sesgo de género en la atención a las mujeres” sustentado en prejuicios y estereotipos que condicionan un menor esfuerzo diagnóstico y terapéutico en la atención a algunas patologías (tabaco y otras drogas, enfermedades cardiovasculares, apnea del sueño, etc).



M. Torres

En cuanto a los aspectos diferenciales de salud entre las mujeres y los hombres cabe mencionar su mayor supervivencia, su menor calidad de vida, la mayor prevalencia de problemas de salud que producen dolor (fibromialgia, migraña, artritis, osteoporosis, fracturas), la mayor prevalencia de depresión y trastornos alimentarios [8]. Conviene recordar, así mismo que la incidencia y prevalencia de algunas enfermedades puede ser diferente para hombres y mujeres y, que algunas enfermedades pueden afectar de manera diferente a ambos.

En relación con la atención al tabaquismo en las mujeres hay que decir que los servicios sanitarios ofrecen muchas oportunidades, actualmente desperdiciadas, para abordar este problema. Por ejemplo en la atención al parto y al puerperio que suponen el 17.27% de las altas hospitalarias en Andalucía, en el conjunto de las actividades preventivas de los programas materno-infantiles o en el programa de detección precoz del cáncer de mama que llega a 200.000 mujeres al año, se están perdiendo oportunidades a priori muy rentables para intervenir, aunque sólo sea proporcionando un consejo antitabáquico.

Muchas veces las mujeres utilizan los servicios sanitarios en función del rol de cuidadoras al que la sociedad, por el momento, las sigue adscribiendo de manera desigual con respecto a los hombres. Entre otras consecuencias—gastos extras, alteraciones en la vida laboral, vida social limitada, falta de intimidad, afectación de la salud y otras— [9] la sobrecarga de cuidados, con frecuencia implica que las mujeres tienen menos tiempo para sus propios cuidados de salud, consultas, tratamientos, etc., y esto, repercute también en las posibilidades reales y efectivas de abandonar el tabaco.

El espacio asociativo

Para intervenir en el tabaquismo como problema de salud de las mujeres es esencial trabajar con las asociaciones de mujeres, sean de tipo sanitario, social, sindical o político. A la hora de diseñar y desarrollar programas en este campo hay que identificar y contar con el tejido asociativo de las mujeres: asociaciones de osteoporosis, fibromialgia, cáncer, diabetes, liga de la leche, asociaciones de ámbito local y asociaciones feministas, entre otras.

Otros espacios

Las peluquerías y salones de belleza, los gimnasios, las iglesias, los mercados y supermercados pueden ser lugares interesantes también para llevar a cabo actividades de prevención del tabaquismo.

Recomendaciones

Es muy probable que las intervenciones para el control del tabaquismo, generalmente pensadas por hombres y para los hombres, no tengan éxito entre las mujeres si se aplican de manera mecánica, como una horma a la que ellas tendrían que adaptarse.

Intervenir en el tabaquismo de las mujeres requiere hacer preguntas sobre la situación de las mujeres y buscar las respuestas adecuadas.

Cualquier programa de prevención del tabaquismo precisa analizar, con carácter previo, tanto la presencia como las dificultades de las mujeres en los diferentes espacios.

Referencias

- 1.- Ministerio de Igualdad. Instituto de la Mujer. Encuesta sobre "Usos del tiempo". 2006.
<http://www.migualdad.es/mujer/mujeres/cifras/tablas/W202.XLS>
- 2.- Institut Municipal de la Salut. Document tècnic Enquesta de Salut de Barcelona. Barcelona : Institut Municipal de la Salut, Ajuntament de Barcelona ; 2001
- 3.- Junta de Andalucía. Consejería de Economía y Hacienda. Instituto Estadística Andalucía. Andalucía Datos Básicos 2009. Perspectiva de género.
<http://www.iea.junta-andalucia.es/dtbas/dtbmujer09/dtbmujer2009.pdf>
- 4.- Junta de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud. Sistema de información del Servicio Andaluz de Salud, 2009.
- 5.- Junta de Andalucía. Consejería de Economía y Hacienda. Instituto de Estadística de Andalucía. Encuesta de población activa. 2º trimestre 2009.
<http://www.iea.junta-andalucia.es/epa/infoiea/epa0209/epa0209.htm#t11>
- 6.- Ministerio de Igualdad. Instituto de la Mujer. Observatorio de la Igualdad. La presencia de las mujeres en el empleo irregular. 2003-2004
http://www.migualdad.es/mujer/mujeres/estud_inves/irregular%20presentacion.pdf
- 7.- Ministerio de Sanidad y Política Social. Encuesta Nacional de Salud de España 2006
<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>
- 8.- Women's Health in Europe 2006
http://www.eurohealth.ie/pdf/WomenshealthinEurope_FINALpdf.pdf
- 9.- García-Calvente MM. et al. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gac Sanit* 2004; (supl 2): 83-92

4.3. ¿Cómo incorporar la perspectiva de género en el Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía?

Mercedes Amo Alfonso

Servicio de Promoción de la Salud y Planes Integrales. Secretaría General de Salud Pública y Participación.
Consejería de Salud. Sevilla

Introducción

Sabemos que existen diferencias en el estado de salud de mujeres y hombres, que trascienden las causas biológicas y que son debidas a factores contruidos socialmente (y que englobamos bajo el epígrafe de género).

Cuando esos factores sociales actúan de manera injusta en la salud de las personas, las diferencias se convierten en lo que la OMS denomina inequidades atribuyéndoles una dimensión moral y ética, puesto que son innecesarias, evitables e injustas y, por ello, no deben ser toleradas. Desde esta óptica, incorporar la mirada de género implica la búsqueda de la equidad en salud entre mujeres y hombres, entendiendo como tal, que ellas y ellos tengan las mismas oportunidades de lograr el pleno desarrollo de su salud. No estamos hablando, por tanto, solo de mujeres, sino de todas las personas.

Por todo ello, incorporar la perspectiva de género (PG) se convierte en una prioridad para el Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía (PITA).

Análisis de situación

A partir de la consideración de sensibilidad de género en los Planes Integrales (PPII) como el grado en que los PPII tienen en cuenta la existencia del género como categoría de relación que puede ser fuente de desigualdades y desarrollan acciones para aminorarlas, se ha realizado un análisis de los 7 PPII vigentes en Andalucía. Dicho análisis ha permitido contextualizar la sensibilidad de género presente en el PITA, así como detectar sus carencias y oportunidades de mejora.

Elementos clave identificados

Del análisis anterior se sugieren 3 estrategias prioritarias de intervención:

1. Facilitar la PARTICIPACIÓN real y equitativa de hombres y mujeres en igualdad de condiciones en todas fases del desarrollo, seguimiento y evaluación de un Plan.
2. Promover la FORMACIÓN en género: Incorporar a personas con formación en género en los grupos de trabajo. Asegurar la formación de



Shutterstock Images. S. V. Lumagraphica

quienes dirigen el PITA y de quien quiere colaborar en su desarrollo. Y facilitar la formación de los colectivos profesionales involucrados.

3. Mejorar y adecuar los SISTEMAS DE INFORMACIÓN: desarrollar sistemas de información sensibles a la detección de las desigualdades por razón de género. Para ello una condición previa es desagregar todos los datos por sexo. Pero, además, debe incorporarse el análisis con PG de los datos. Igualmente se plantea la necesidad de diseñar indicadores bien formulados y fiables que permitan abordar el análisis de género.

Modelo de género y líneas metodológicas propuestas

De acuerdo con la línea que se promueve desde la OPS y OMS para su incorporación a los proyectos que se lleven a cabo en el sector de la salud, se propone un modelo que conceptualiza el género con las siguientes características:

- a) Género como *categoría relacional*, que incorpora los dos sexos, en función de las relaciones que se establecen entre ambos.
- b) Incorporación del *elemento biológico*. De hecho, probablemente en el tema concreto del tabaquismo, el conocimiento de las diferencias debidas a la distinta biología de mujeres y hombres es una de las cuestiones todavía pendientes.
- c) Género como *categoría jerárquica*, que tiende a atribuir mayor valor a lo masculino, por lo que, generalmente, son las mujeres las que quedan en una situación de desventaja, lo que justifica la adopción de acciones positivas encaminadas a acelerar la consecución de la igualdad y la equidad.
- d) Categoría *contextualmente específica* que reconoce la existencia de variaciones en las relaciones de género de acuerdo a diversos factores (clase social, etnia, cultura, etc.) que obligan a incorporar la perspectiva de la diversidad.

Para llevar a cabo el proyecto, consideramos que ha de incorporarse la línea metodológica del mainstreaming de género. En ella se especifica que para hacer efectiva la incorporación de la perspectiva de género en el diseño y planificación de planes y programas de salud pública, esta ha de realizarse a todos los niveles y en todas las etapas del proceso e involucrando a todos los colectivos implicados en cualquiera de las fases del desarrollo de la planificación: personal técnico, personal de gestión y dirección, profesionales de la salud o de cualquier otro ámbito involucrado, así como los propios colectivos

afectados y la ciudadanía en general, como población receptora de las medidas que se pretenden poner en marcha.

1. Propuestas para la acción

De forma general, ante cualquier estrategia o acción que se quiera diseñar o poner en marcha, siempre partir de la premisa de que ninguna acción es neutra. Las líneas de acción propuestas van a tener repercusiones diferentes en ambos sexos, aumentando, disminuyendo o perpetuando las desigualdades. Así, por ejemplo, asegurar que se investiga el hábito tabáquico a todas las personas a las que se abre historia clínica o que se imparte el consejo antitabaco, redundará en una atención a las mujeres, mientras que no tener en cuenta la financiación y el precio de los tratamientos que se prescriben repercutirá de forma más negativa en el colectivo de mujeres, tradicionalmente más empobrecido, aumentando las desigualdades.

2. Propuestas para adecuar los sistemas de información

- No conformarse con dar los datos desagregados y encontrar diferencias por sexo. La desagregación de datos es condición necesaria, pero no suficiente para introducir la PG. De manera sistemática, se deben buscar los condicionantes por razón de género que subyacen en las diferencias encontradas (analizar los datos con PG) y que son la razón última de las desigualdades e inequidades detectadas.
- Identificar donde se encuentran las mayores brechas o desigualdades de género. Identificarlas y analizar sus causas con PG nos darán las pistas de por donde hay que empezar a actuar y con qué estrategias.
- Desagregar, además, los datos por otras variables que caracterizan el análisis de género y que pueden ser causa de desigualdades: clase social o nivel socioeconómico, área geográfica, grupos etarios, procedencia (personas inmigradas, etc.). Realizar el análisis de género de todos los grupos de interés. Incorporar otras variables de interés:
 - Socioeconómicas: nivel de estudios, nivel de ingresos, situación laboral, trabajo productivo y reproductivo, redes de apoyo social...
 - Relativas al proceso salud-enfermedad: estado de salud percibido, discapacidades crónicas o agudas, calidad de vida, nivel de bienestar...

- Incorporar al análisis de género elementos de otras disciplinas (sociología, antropología, psicología, etc.) y del análisis cualitativo.
 - Comprometer el diseño y formulación de indicadores sensibles, que permitan medir la reducción de desigualdades, tanto de proceso (ejemplo: porcentaje de personas que reciben consejo antitabaco, por sexo) como de resultados en salud (ejemplo: mortalidad por lesiones isquémicas de corazón, por sexo).
 - Impulsar, además, la adecuación de los sistemas de registro para que pueda hacerse una presentación de datos que permita la tabulación múltiple y la correlación entre el sexo y los estratificadores sociales que caracterizan el análisis de género y que pueden ser causa de desigualdades. Esto permitiría realizar el análisis de género de todos los grupos de interés.
 - Incluir en el “cuadro de mando” indicadores sensibles.
 - Formular indicadores de participación.
 - Desarrollar los sistemas de información necesarios.
 - Velar para que la información, presentada oportunamente, se difunda de forma adecuada y sirva para tomar decisiones informadas, con datos actualizados.
3. Propuestas para extender la formación
- Revisar el Plan de formación del PITA. Incluir el género de forma transversal.
 - Revisar de los mapas de competencias definidos en el PITA.
 - Identificar necesidades formativas en función de los perfiles competenciales.
 - Identificar figuras clave en formación y priorizar el inicio de la capacitación (por ejemplo: equipo de dirección, técnicas y técnicos del Plan, integrantes de la Red de Formación, tutoras y tutores de especialistas en formación, sobre todo en Atención Primaria, etc.).
 - Revisar y adaptar los cursos diseñados, tanto en cuanto a contenidos como a lenguaje, imágenes y estereotipos.
 - Aprovechar la RED DE FORMACIÓN y su página Web. Valorar la posibilidad de cambiar su denominación (actualmente se llama Red de Formadores).
 - Impulsar acciones de Formación Continuada.
 - Promover la difusión del conocimiento y evidencias actualmente existentes.
- Diseñar e impartir actividades formativas sobre metodología de investigación sensible al género.
 - Impulsar actividades formativas con colectivos diferentes a los sanitarios que también juegan un papel en el desarrollo del PITA (ámbito educativo, movimiento asociativo, ONGs, MMCC...).
 - Elaboración de una “guía de recursos”.
 - Tener siempre en cuenta la accesibilidad igualitaria a las actividades formativas
4. Propuestas para promover la participación de hombres y mujeres en igualdad de condiciones
- Asegurar unas condiciones igualitarias de participación, previendo acciones positivas cuando sean necesarias.
 - Buscar alianzas con las organizaciones de mujeres.
 - Valorar y ayudar en la puesta en marcha de las sugerencias de los colectivos de mujeres.
 - Crear órganos de seguimiento participados (a manera de Comisión Asesora), de carácter evaluador y consultor (asegurando la participación en igualdad de condiciones de las mujeres y sus asociaciones).
 - Impulsar la realización de encuestas de satisfacción con inclusión de ambos sexos y análisis por separado e incorporando ítems específicos que permitan completar el análisis de género.
 - Procurar que la medida y análisis de las sugerencias, reclamaciones, se haga con información desagregada por sexo, identificando las necesidades particulares y de igualdad.
 - Investigar necesidades y expectativas de las mujeres. Tomarlas en cuenta a la hora de diseñar intervenciones.
 - Incluir en la normativa que regula la solicitud de las subvenciones, la necesidad de justificarlas incorporando la PG.
 - Aprovechar la página Web como recurso de utilidad.
5. Algunas sugerencias para la elaboración de la segunda edición del PITA
- Utilizar una metodología participativa de elaboración.
 - Asegurar la participación equitativa de hombres y mujeres de todos los perfiles profesionales necesarios (sanitarios y no sanitarios).



M. Giménez

- Incorporar a la ciudadanía a los grupos de trabajo.
- Configurar grupos tendentes a la paridad. Articular medidas de acción positiva si se precisan.
- Considerar entre los perfiles, a incorporar a los grupos, la capacitación en género.
- Considerar la PG como criterio explícito que deben llevar todas las propuestas.
- Utilizar metodologías que ayuden a la conciliación.
- Valorar la creación de un grupo de tabaco y género.
- Realizar acciones de sensibilización a quienes integren los grupos:
 - Dar formación básica o recomendaciones mínimas.
 - Valorar realizar alguna actividad formativa para la totalidad de participantes o, al menos, para quienes coordinen grupos.
- Suministrar bibliografía relevante con PG.
- Facilitar herramientas de apoyo, por ejemplo:
 - Guía para facilitar la incorporación de la perspectiva de género en los planes integrales de salud de la Consejería de Salud de Andalucía.
 - Documentos de la Unidad de Igualdad y Género del IAM.
 - Guía para elaborar los Informes de impacto género del MSC.
- Incorporar al comité editor/grupo redactor al menos 1 persona con capacitación en género suficiente.
- Incluir hombres y mujeres en los estudios de expectativas y analizar sus expectativas separadamente.

5. EL ENFOQUE DE GÉNERO EN LA INVESTIGACIÓN SOBRE TABAQUISMO

María Luisa Jiménez Rodrigo
Departamento de Sociología. Facultad de Ciencias del Trabajo. Universidad de Sevilla

Introducción

La investigación sobre tabaquismo se muestra sesgada desde un punto de vista de género tanto en sus planteamientos teóricos como en sus diseños metodológicos. Los principales sesgos se resumen en el androcentrismo, la insensibilidad de género y el dicotomismo sexual. Para eliminarlos, o al menos minimizarlos, es preciso ser conscientes de su influencia y ser capaces de identificarlos evaluando críticamente la sensibilidad de género de los estudios realizados sobre esta temática. A continuación, se describe el impacto de estos sesgos en la investigación bio-Medicina Familiar y Comunitaria sobre consumo de tabaco para proponer seguidamente una serie de cuestiones de análisis y recomendaciones que faciliten la incorporación de la perspectiva de género en el proceso investigador.

El androcentrismo supone aplicar en la investigación una perspectiva que emerge de la experiencia social masculina, ignorando o infraestimando las experiencias sociales femeninas. En la investigación sobre tabaquismo, este sesgo se manifiesta en la vinculación del consumo de tabaco y las enfermedades asociadas (especialmente, cáncer de pulmón y enfermedades coronarias) a los varones. Esto tiene un importante impacto en el diseño de los estudios, fundamentalmente a la hora de definir sus preguntas, centradas en las problemáticas masculinas, y sus muestras, integradas exclusiva o mayoritariamente por varones.

La insensibilidad de género ocurre cuando o bien no se entiende el impacto y la relevancia del género en el consumo de tabaco (ceguera de género) o porque se considera neutral o irrelevante a la cuestión en el problema a investigación (neutralidad de género). Supone, en definitiva, no tener en cuenta que situaciones aparentemente similares o idénticas pueden deberse a factores diferentes (y desiguales) y tener efectos diferentes (y desiguales) en mujeres y en hombres. Este sesgo se materializa en la omisión del sexo como categoría central del análisis en la investigación sobre tabaquismo y en la descontextualización de los factores de riesgo que condicionan el inicio, mantenimiento y abandono del consumo de tabaco. La insensibilidad de género puede afectar desde la definición de los objetivos de investigación y la selección de sujetos

a la recogida, análisis e interpretación de los resultados. En este sentido, los principales problemas son la no desagregación por sexo (tanto de objetivos como de sujetos y datos) y un excesivo cuantitativismo.



Shutterstock Images. E. Rostunova

Los dobles estándares consisten en tratar y evaluar situaciones sustancialmente parecidas o idénticas como diferentes en función del sexo, lo que se manifiesta en la consideración de los sexos como dicotómicos y en el mantenimiento de estereotipos sexistas, entendidos como características naturales. En el caso de las mujeres, se produce una esencialización biológica de sus problemas de salud a la dimensión sexual-reproductiva, que en la investigación sobre tabaquismo se traduce en una focalización de los estudios sobre las mujeres fumadoras en el embarazo y, específicamente, en los efectos del “tabaquismo materno” en el feto y en la salud infantil. Los varones y sus experiencias, en cambio, suele estar infra-representados y excluidos de este ámbito. Los dobles estándares afectan fundamentalmente a la selección de las cuestiones y variables de investigación (asignándolas de manera diferencial a uno y otro sexo) y en la interpretación de los resultados, que puede estar desvirtuada por estereotipos de género (por ejemplo, reducción de la salud de las mujeres a su rol de madres).

En suma, la influencia de estos sesgos provoca que el conocimiento sobre tabaco y mujeres sea incompleto, limitado y discutible, afectando a su validez y transfiriéndose de manera sesgada a otros ámbitos como el de las políticas públicas y la intervención sanitaria. La incorporación de la perspectiva de género puede mejorar no sólo la calidad de los resultados científicos sino también la equidad en la distribución de los beneficios de la investigación, contribuyendo, en definitiva, al avance hacia una mejor salud de mujeres y de hombres.

¿Qué significa la incorporación de la perspectiva de género en la investigación sobre tabaquismo?

La aplicación del enfoque de género a la investigación sobre tabaquismo supone el planteamiento de nuevas cuestiones de análisis y de reflexión. Entraña, en definitiva, una nueva manera de mirar el fenómeno del consumo de tabaco. Estas cuestiones se pueden resumir en las siguientes:

- 1) ¿Existen diferencias (y similitudes) entre mujeres y hombres en su relación con el consumo de tabaco? Implica identificar y examinar las diferencias entre los sexos en el inicio, mantenimiento y abandono, en sus aspectos cuantitativos y cualitativos, explorando los niveles de consumo, pautas, sentidos y contextos de uso. Las principales herramientas para responder a esta pregunta son la desagregación por sexo de las estadísticas e indicadores sociales y sanitarios, la medición de las diferencias entre los sexos (por ejemplo, mediante el cálculo de «brechas de género») y la comparación constante entre los resultados referidos a mujeres y a varones.
- 2) ¿Cómo se han construido las diferencias (y las similitudes) entre mujeres y varones en relación al tabaco a partir de las relaciones sociales? Para responder a esta pregunta es preciso partir de marcos teóricos y conceptuales de género e integrar en los diseños la metodología cualitativa que faciliten la comprensión de la construcción social de las diferencias entre mujeres y varones en su relación con el consumo de tabaco y su impacto en salud.
- 3) ¿Cómo tornan estas diferencias entre mujeres y hombres respecto al tabaco en relaciones de desigualdad? La incorporación de la perspectiva de género no debe limitarse tan solo a constatar de las diferencias (o similitudes) entre los sexos, sino que debe profundizar y revelar cómo éstas se sustentan y legitiman en relaciones y estructuras desigualitarias. Por esto, es importante aplicar una visión crítica que contribuya a descubrir y denunciar –y, en definitiva, intentar corregir– desigualdades sociales ligadas al consumo de tabaco.



M. Torres

Recomendaciones para la incorporación de la perspectiva de género en la investigación sobre consumo de tabaco.

A. Selección y definición del problema de investigación.

- A.1 Replantear “viejos” problemas en la investigación sobre tabaquismo incluyendo las diferencias sexuales y la dimensión del género.
- A.2 Plantear “nuevas” preguntas, teniendo en cuenta las especificidades y diversidades de experiencias de mujeres y hombres en relación al consumo de tabaco.
- A.3 Profundizar en la investigación sobre los efectos del consumo de tabaco en la salud de las mujeres (yendo más allá del embarazo y cuestionando las definiciones tradicionalmente “masculinas” de enfermedades relacionadas con el tabaquismo).
- A.4 Atender al elemento dinámico y relacional del consumo de tabaco, integrando las experiencias de ambos sexos en el contexto sociohistórico y de género.
- A.5 Evitar el reduccionismo biológico de los problemas de salud de las mujeres fumadoras, intentando no limitar el estudio del consumo femenino de cigarrillos al embarazo y a la maternidad.
- A.6 Contemplar otros ejes de desigualdad en el consumo de tabaco más allá del género, atendiendo a la interacción de las desigualdades entre los sexos con otro tipo de desigualdades sociales.

B. Estrategia de investigación y diseño metodológico.

- B.1 Optar por estrategias metodológicas multimodales que integren enfoques cuantitativos y cualitativos.
- B.2 Incluir en los diseños y de manera transversal las diferencias entre los sexos.
- B.3 Cuidar una adecuada representación de mujeres y de hombres en las muestras de los estudios.
- B.4 Atender a la diversidad dentro de las mujeres y de los varones (por edad, clase social, procedencia geográfica o étnica),

prestando especial atención a los grupos más vulnerables y con mayor riesgo.

- B.5 Tener en cuenta categorías relevantes al género (roles y responsabilidad sociales, posiciones sociales, acceso y uso de los recursos, percepciones subjetivas, modelos de feminidad y masculinidad, normas sociales de género....).

- B.6 Tener en cuenta categorías y factores relativos al contexto económico, social, cultural.

- B.7 Integrar en el diseño técnicas cualitativas de investigación que ayuden a comprender los significados del consumo de tabaco.

C. Análisis e interpretación de los datos.

- C.1 Considerar el sexo como variable central y transversal de análisis, lo que implica la desagregación por sexo de todas las variables analizadas y la utilización de la variable sexo como variable de control.

- C.2 Aplicar los marcos teóricos de género en el análisis de los resultados, contemplando el consumo de tabaco y sus consecuencias en el contexto social, económico, político y cultural.

- C.3 No reproducir (e intentar desmontar) estereotipos y prejuicios sobre los roles de mujeres y hombres.

- C.4 Identificar y denunciar desigualdades sociales y de género que afectan a la relación de mujeres y hombres con el consumo de tabaco y sus consecuencias.

D. Presentación de los resultados.

- D.1 Describir y explicar adecuadamente las experiencias, situaciones y necesidades tanto de mujeres como hombres.

- D.2 Presentar todos los resultados desagregados por sexo (cuadros, tablas...).

- D.3 Presentar la interacción del sexo con otros ejes de desigualdad (edad, clase social, etnia...).

- D.4 No utilizar un lenguaje sexista ni reproducir estereotipos de género tanto a nivel textual como audiovisual.

Grupos de intervención prioritarios.

A lo largo del debate se señaló la necesidad de priorizar los programas o actividades de control del tabaquismo en determinados grupos de mujeres que, o bien están en situación de especial riesgo ante la extensión del tabaquismo o bien porque ejercen una función modélica en la sociedad.

Entre los grupos más vulnerables se considera en primer lugar el de las chicas pre-adolescentes, el de las adolescentes y el de las jóvenes. En conjunto en la pre-adolescencia y la adolescencia las mujeres están sometidas a una intensa presión social para empezar a fumar tabaco. Hay que tener en cuenta, además, que en nuestro país la tasa de fumadoras en estas etapas es especialmente elevada en sí misma y considerablemente mayor que la de los chicos.

Independientemente de la edad, las mujeres con bajo nivel de ingresos económicos y las que se encuentran en situación de exclusión o desventaja social constituyen un grupo de especial riesgo en relación con el tabaquismo. La tasa de fumadoras es más elevada entre ellas y tienen más dificultades para acceder a los recursos existentes. Destacan específicamente las mujeres que tienen empleos poco cualificados (empleadas de hogar y limpieza, las cuidadoras o las trabajadoras inmigrantes), las mujeres que se encuentran en situación de exclusión social (muchas mujeres inmigrantes, las mujeres de étnia gitana o las que

se dedican a la prostitución), las mujeres que viven en instituciones como casas de acogida y centros de protección y reforma o en centros penitenciarios, las amas de casa (por el aislamiento y por el rol tradicional al que se las relega), las que viven en una situación de especial estrés (mujeres que se sienten solas, las cuidadoras de personas dependientes) o las que tienen determinadas patologías (patología mental, adicción a otras sustancias, consumidoras de psicofármacos), y por último las mujeres que viven en entornos rurales, por su mayor dificultad para acceder a la información y los recursos existentes.

Entre los grupos a los que cabe prestar especial atención por el impacto del tabaquismo en la salud del feto, del recién nacido y de los menores, se encuentran el de las mujeres embarazadas y las que tienen hijos o hijas.

Otras mujeres a las que es necesario atender prioritariamente son aquellas que tienen una función modélica en la sociedad. En este sentido se considera a las mujeres que ejercen una función de liderazgo, bien porque ocupan puestos de especial relevancia social o porque forman parte de movimientos de mujeres con capacidad para generar opinión, a las profesionales que trabajan en estrecho contacto con otras mujeres (profesoras, sanitarias o trabajadoras comunitarias) y a las que tienen una elevada popularidad en nuestra sociedad (cantantes, actrices, deportistas, periodistas o modelos, entre otras).



M. V. López

Espacios de intervención prioritarios.

Ciertos espacios en los que viven, trabajan o acuden las mujeres son especialmente interesantes para desarrollar en ellos actividades y programas de prevención y control del tabaquismo. Los centros sanitarios, las instituciones educativas, el ámbito laboral y el comunitario parecen ser, a juicio de las participantes en este grupo de trabajo, los espacios en los que es necesario priorizar las intervenciones, ya que ofrecen oportunidades y recursos muy interesantes desde el punto de vista de la prevención y de la atención al tabaquismo.

En cada uno de estos espacios se analizaron las oportunidades que ofrecen para llevar a cabo actividades y programas de prevención y atención al tabaquismo, y, así mismo, se reflexionó sobre los grupos de mujeres hacia los que habría que dirigir estas actividades prioritariamente.

El *espacio sanitario* ofrece muchas y variadas ocasiones para desarrollar actividades y programas de prevención y atención al tabaquismo. Las hospitalizaciones, las consultas de atención primaria o los controles preventivos, permiten llegar a mujeres especialmente vulnerables, y a las que, en general, es difícil acceder. Así mismo, se señala que el cumplimiento de la normativa de tabaco en los centros sanitarios y la sensibilidad de los profesionales en relación a la importancia del tabaquismo entre las mujeres puede ser una potente herramienta de control de esta epidemia en este sector de población. Cabe destacar que en los centros sanitarios trabajan muchas mujeres que ejercen una importante función modélica en nuestra sociedad y que además presentan una elevada prevalencia de consumo de tabaco como las profesionales de medicina familiar y comunitaria y las de enfermería, junto a otros grupos como las auxiliares de enfermería y las trabajadoras a turnos que tienen una importante presencia en estos centros y presentan una elevada tasa de tabaquismo.

El *espacio educativo*, ofrece, a su vez, la posibilidad de llegar a amplios sectores de población. A tener en cuenta la función modélica que ejerce el personal docente por su estrecha y continuada relación con el alumnado de estos centros y la importancia de que en estas instituciones se respete la prohibición de fumar. Como áreas de intervención prioritaria se identificaron los carreras más feminizadas, como las de humanidades y las sanitarias (psicología, ciencias de la educación, enfermería, etc.) y las especialidades de formación profesional como las de secretariado, las sanitarias, las relacionadas con los servicios socioculturales y comunitarios y las que tienen relación con

la imagen personal (peluquería, estética...). Se identificaron también los grupos de mujeres trabajadoras en las instituciones educativas que están más expuestas al tabaquismo y que tienen más dificultad para acceder a los servicios que atienden el problema como el personal de administración y servicios (celadoras, administrativas, cocineras, etc...) o las monitoras de aulas y limpiadoras (éstas dependen de empresas externas a la institución en la que desarrollan este trabajo).

En el *espacio laboral* se considera necesario priorizar las intervenciones en ciertas empresas que tienen un elevado grado de feminización, o en aquellas en las que las mujeres trabajadoras pueden tener más dificultades para acceder y mantener su adherencia a los servicios de ayuda para dejar de fumar. En este caso estarían las empresas de limpieza y mantenimiento, especialmente las que desarrollan sus servicios en espacios cerrados; las de almacenaje y embalaje, los invernaderos y las empresas hortofrutícolas que además tienen una alta presencia de mujeres inmigrantes. A tener en cuenta también el empleo doméstico y las trabajadoras inmigrantes, a las que es difícil acceder por la precariedad de sus condiciones laborales y las de la hostelería, que además están sometidas al humo de tabaco ambiental.

En el *espacio comunitario* se señalaron las oportunidades que ofrecen los recursos existentes en las localidades andaluzas para llevar a cabo programas y actividades de prevención del tabaquismo. Así, los centros de información a las mujeres (CIM), los medios de comunicación local, los puntos de igualdad municipal (PIM) en municipios menores de 20000 habitantes, los centros cívicos municipales, los centros de información juvenil, la áreas municipales de cultura y juventud, las escuelas taller, las casas de oficio, los talleres de empleo, los cursos de formación profesional (FPO), los centros de educación de personas adultas, los centros de prevención de drogodependencias (CPD), las asociaciones de mujeres, las asociaciones de madres y padres (AMPAS), las escuelas deportivas municipales y las asociaciones de consumidores y usuarios (ACU), entre otros. Estos recursos locales permiten acceder a determinados grupos de mujeres a los que normalmente es difícil llegar. El conjunto de actividades que se organizan en este ámbito (de carácter educativo-formativo, medioambientales, de ocio y tiempo libre, deportivo y de fomento de la actividad física, de promoción de la salud...) constituyen, en su conjunto, un soporte con posibilidades para organizar e integrar actividades de prevención y atención al tabaquismo.

La sensibilidad ante el problema y sus implicaciones.

Las personas que participaron en este grupo de trabajo consideran que la expansión del tabaquismo entre las mujeres andaluzas es un problema de salud pública de primera magnitud que no se ha hecho suficientemente visible ni en el conjunto de nuestra población, ni entre los grupos de profesionales que ejercen funciones relacionadas con la promoción de la salud en general o con la prevención y atención al tabaquismo (personal de equipos de gestión y planificación, personal sanitario, profesores y profesoras, educadores y educadoras sociales...). Tampoco parece ocupar un lugar destacado entre los temas de salud que más preocupan a las mujeres que ejercen un papel de liderazgo entre las propias mujeres.

Esta situación dificulta y retrasa la adopción de medidas que permitirían atajar el problema, y, sin duda, contribuye a que gran parte de los profesionales que trabajan cara a cara con mujeres pierdan oportunidades que se consideran muy valiosas para abordarlo.

A modo de ejemplo se destacan determinadas situaciones que todavía son frecuentes en la práctica clínica:

- El infradiagnóstico del tabaquismo en las mujeres. Bien porque en la historia clínica se pregunta por el consumo de tabaco cuando existe una patología relacionada (EPOC, isquemia cardiaca...) y éstas suelen darse más frecuentemente en los hombres; otras veces porque se presupone la condición de no fumadoras a determinados grupos de mujeres (por ejemplo las mujeres maduras).
- La limitada derivación de mujeres a los servicios de deshabituación tabáquica existentes. Por ejemplo, en la atención especializada, el acceso de las profesionales de enfermería a estos servicios es muy limitado porque los cargos intermedios no son sensibles al problema y no se han involucrado en la búsqueda de soluciones. O, en este mismo ámbito, la mayor parte de los pacientes que llegan a las unidades de tabaquismo, remitidos desde otros servicios, son hombres.
- La falta de incorporación a la rutina clínica del diagnóstico de la exposición al tabaquismo pasivo, aún cuando se sabe que muchas mujeres están expuestas al humo de tabaco ajeno tanto en el hogar como en muchos de los trabajos que ellas desempeñan (hostelería, trabajo doméstico remunerado, etc).

Otra consecuencia de la falta de sensibilidad es la frecuente exposición al humo de tabaco am-

biental en el ámbito familiar y en muchos locales e instituciones, en los que se incumple la ley vigente, con demasiada frecuencia.

Los programas, servicios y actividades de control del tabaquismo. Limitaciones para abordar el problema.

El Plan Integral de Tabaquismo ha supuesto un avance importante en la atención y prevención del tabaquismo en Andalucía, en pocos años se han puesto en marcha numerosos y variados recursos para prevenir y atender al tabaquismo en la población andaluza que antes no existían. En este momento y dada la magnitud de la epidemia tabáquica, especialmente entre el colectivo de mujeres, es necesario consolidar y extender estos recursos para facilitar el acceso a la totalidad de población andaluza. En el debate se destacaron algunos ejemplos, como botón de muestra, de que el acceso a estos recursos tiene aún considerables limitaciones, a pesar de los avances de estos últimos años: los servicios de ayuda para dejar de fumar no están implantados en la totalidad de centros sanitarios andaluces; el programa de prevención del tabaquismo que se oferta actualmente a los centros educativos andaluces de educación secundaria no ha logrado aún implicar a todos estos centros; el profesorado andaluz, considerado por el PITA como grupo de intervención prioritaria, tiene limitaciones para acceder a estos servicios por tener una cobertura sanitaria privada: MUFACE (se trata de un colectivo de 90.000 personas, de las que 68.000 son mujeres).

La magnitud del problema obliga a consolidar y aumentar la cobertura de los programas, servicios y actividades de control del tabaquismo existentes.

Otra dificultad añadida es que los programas, los servicios y las actividades de control del tabaquismo y los materiales de apoyo a los mismos que ofrece el PITA no se han diseñado con enfoque de género es decir que sus características no suelen tener en cuenta las barreras y dificultades que pueden tener las mujeres para acceder a éstos.

Hay que tener en cuenta, así mismo, que las vías o canales que se suelen utilizar para difundir estas actividades y programas pueden generar mayores desigualdades entre hombres y mujeres. A modo de ejemplo, en el ámbito laboral, es frecuente utilizar la intranet para dar información de la oferta de deshabituación tabáquica a los traba-

jadores y trabajadoras, sin tener en cuenta que este medio suele ser más utilizado por los hombres que por las mujeres fuera del horario laboral.

Abordar la extensión de la epidemia tabáquica entre las mujeres requiere la adaptación de los programas, servicios y actividades de control del tabaquismo existentes a las condiciones de vida y a las necesidades de las mujeres.

Cabe destacar la dificultad para implantar programas y servicios de prevención del tabaquismo en ciertos ámbitos laborales en condiciones especialmente precarias y muy feminizados (subcontratas de limpieza y mantenimiento, por ejemplo).

Barreras de las mujeres para acceder a los programas, servicios y actividades de control de tabaquismo.

A lo largo del debate se detectaron numerosas barreras que dificultan el acceso de las mujeres, a estos recursos y que, por ello, pueden generar desigualdades en relación a la prevención y atención al tabaquismo.

Ciertas condiciones ligadas al rol que desempeñan las mujeres en nuestra sociedad limitan el acceso de éstas, a los servicios existentes. Las mujeres, en su vida diaria tienen que compaginar su trabajo con otras labores como las tareas de la casa, el cuidado de los menores o el cuidado de otras personas en situación de dependencia; esta situación de sobrecarga dificulta el acceso a actividades que requieren de un tiempo extra de dedicación. A esto hay que añadir el escaso apoyo social con que cuentan las mujeres



Shutterstock Images: R. Seth

a la hora de ejercer estas funciones de cuidadora, lo que acentúa aún más sus dificultades para acceder a actividades.

En el caso de las mujeres gestantes su nueva situación les lleva a disponer para ello de mucho menos tiempo del habitual, ya de por sí muy cargado de tareas ligadas a la asunción de la mayor parte del trabajo reproductivo. En este caso, habría que añadir aquellas otras tareas y ocupaciones inherentes al embarazo como las citas médicas o la asistencia a sesiones de educación maternal. Esta situación de sobrecarga que viven las mujeres embarazadas, puede provocar sentimientos de culpa, y, en ocasiones, aumento de la ansiedad y disminución del estado de ánimo para recibir ayuda para dejar de fumar, lo que limita aún más sus posibilidades de dejar de fumar. La menor disponibilidad de recursos económicos propios que tienen las mujeres supone otra barrera importante para acceder a un tratamiento ya de por sí bastante costoso. El acceso a los servicios de deshabituación tabáquica en el medio rural, especialmente en situaciones de dispersión geográfica, se complica porque muchas mujeres no tienen coche ni permiso de conducir.

En general puede afirmarse que las mujeres acceden con más dificultad que los hombres a los servicios existentes y esta dificultad es más acentuada entre las mujeres con bajo nivel de ingresos.

Se señalan otras barreras culturales, de clase social o lingüísticas que pueden afectar en mayor grado a las mujeres. Por ejemplo no hay recursos para ayudar a dejar de fumar editados en los idiomas vernáculos de las personas inmigrantes que actualmente viven en nuestra comunidad.

Otras barreras a tener en cuenta y que afectan más a las mujeres con menos recursos económicos, es la lejanía de las propuestas institucionales, en relación a sus condiciones de vida, a sus valores y a sus necesidades.

Barreras de las mujeres que dificultan su adherencia a las terapias de deshabituación tabáquica.

En general se perciben más dificultades a la hora del mantenimiento de la abstinencia y una mayor proporción de recaídas en las mujeres que en los hombres en los tratamientos para dejar de fumar. En conjunto parece que pesa más la dependencia psicológica y la falta de apoyo social que la dependencia física, aunque todavía no está su-

ficientemente estudiado el peso de los componentes biológicos (ambiente hormonal, etc.); de hecho, a veces hay confusión entre los síntomas relacionados con la abstinencia y los producidos por los cambios del ciclo hormonal.

Se identificaron algunas de las barreras que podrían estar en la base de esta menor adherencia de las mujeres al tratamiento para dejar de fumar. En gran parte estas barreras están ligadas al rol asignado a las mujeres en nuestra sociedad y pueden ser muy similares a las barreras que dificultan el acceso a los servicios, antes señalados. Así, la elevada exigencia que tienen las mujeres respecto a la prestación de cuidados en el medio familiar (hijos e hijas, personas enfermas o dependientes, etc...) y que en numerosas ocasiones, tienen que compaginar con el horario y las exigencias laborales, lo que les deja poco tiempo efectivo para acudir a los servicios de ayuda para dejar de fumar. A esto hay que añadir que el apoyo social para atender a estos cuidados es muy escaso, de hecho, a veces, acuden a las sesiones de tratamiento con algunos hijos o hijas *“por no tener con quién dejarlos”*.

En el grupo se analizaron otros condicionantes que acompañan la adicción al tabaco en las mujeres y que pueden contribuir a que su adherencia al tratamiento sea menor que en los hombres: las situaciones de estrés generada por el exceso de responsabilidades antes señalado, la culpabilidad, la baja autoestima o el que las mujeres parecen tener menos recursos personales y menor sentimiento de auto eficacia en el proceso de abandonar el tabaquismo. Hay que tener en cuenta que, para algunas mujeres, el tabaco parece tener significados y utilidades que van más allá del mero consumo de cigarrillos: en unos casos dicen que lo utilizan para potenciar las relaciones sociales, y en otros, *“como que parece que les sirve de compañía”*, en mujeres que se sienten solas o sobrecargadas, también *“como una manera de buscar un tiempo para sí mismas”*. Quizá por esta razón el duelo por dejar de fumar es muy marcado en algunas mujeres *“han perdido algo suyo, a lo mejor lo único suyo que tenían”*.

Otro problema a destacar es que cuando las mujeres deciden dejar de fumar, habitualmente, cuentan con menos apoyo e implicación por parte de su pareja o de su familia que en el caso de los hombres.

El aumento de peso al dejar de fumar constituye otro obstáculo, especialmente relevante entre las mujeres, en el proceso de abandono del tabaco. Así mismo, la asociación de fumar con la necesidad de ser atractivas tienen mucha importancia a la hora de abandonar el consumo.

7. RECOMENDACIONES

Recomendaciones generales.

La extensión de la epidemia del tabaquismo entre las mujeres obliga a que tanto los recursos de prevención como los de deshabituación tabáquica que se ofertan a través del Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía, lleguen a toda la población, sean bien conocidos, tengan en cuenta las características y necesidades de los distintos colectivos de mujeres e incorporen el enfoque de género.

En definitiva como medidas de carácter general se propone:

1. Ampliar la oferta de los servicios de deshabituación tabáquica en toda la geografía andaluza.
2. Ampliar la cobertura de los programas que se desarrollan en los distintos espacios de intervención ("A no fumar, ¡Me apunto!", "Empresas libres de humo").
3. Difundir los programas y los servicios antes citados.
4. Elaborar estrategias de captación dirigidas a los grupos de mujeres más vulnerables a este problema.
5. Revisar los programas, los servicios y los materiales de apoyo desde una perspectiva de género.
6. Revisar el Plan Integral de Tabaquismo de Plan de Andalucía desde una perspectiva de género.

Recomendaciones específicas para el Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía.

1. Revisar todo el sistema de información del PITA y de sus distintas estrategias, para incorporar indicadores, desde una perspectiva de género.
2. En el Plan de Formación.
 - Organizar un curso corto de formación sobre "Tabaco y género".
 - Incorporar contenidos de género y tabaco en el Diploma de "Género y Salud" que oferta la EASP.
 - Revisar los programas de las actividades formativas del Plan de Formación del PITA desde la perspectiva de género.
3. Investigación.
 - Potenciar la realización de proyectos de investigación que incorporen la perspectiva de género en el estudio del tabaquismo.
 - Apoyar el estudio de temas de especial interés en relación con la extensión del tabaquismo entre las mujeres: análisis de la publicidad encubierta para promover el consumo de tabaco, estudio de la eficacia de abordar el tratamiento en grupos de mujeres respecto a los grupos mixtos, análisis de las barreras personales y profesionales para el abandono en mujeres trabajadoras, estudio de los predictores de éxito en el abandono del consumo de tabaco entre las mujeres.



Recomendaciones específicas por espacios de intervención.

Espacio sanitario

- Mejorar el acceso de las mujeres a los servicios de deshabituación tabáquica a través de medidas como:
 - Un horario más flexible y adaptado a sus condiciones de vida.
 - Ampliando el tipo de servicios de deshabituación tabáquica (individual, grupal, Quit line...).
 - Difundiendo estos servicios en la comunidad a través de los medios de comunicación local y elaborando y utilizando material de captación específico para mujeres.
 - Captando activamente a los grupos de mujeres más vulnerables al problema.
- Incluyendo la perspectiva de género en la anamnesis (por ejemplo preguntar sobre la doble jornada de las mujeres) y en los protocolos de los distintos tipos de tratamientos (individual, grupal, quit-line).
- Revisando los materiales divulgativos de apoyo a la deshabituación tabáquica desde una perspectiva de género.
- Ofertando medicación gratuita a colectivos de mujeres sin recursos.
- Formación de profesionales sanitarios integrando la perspectiva de género en las distintas actividades de formación del PITA que se ofrecen en los servicios sanitarios públicos de Andalucía.



Shutterstock Images

Espacio educativo

En los centros de educación secundaria obligatoria

- Potenciar la difusión y gestión del programa “A no fumar, ¡Me apunto!” para mantener y aumentar la participación de los centros.
- Revisar con perspectiva de género las actividades preventivas, educativas y de deshabituación tabáquica, recogidas en este programa.
- Reforzar la organización de talleres de deshabituación tabáquica de adolescentes para que se extiendan progresivamente por todos los centros que participan en dicho programa.
- Potenciar y facilitar el acceso a los servicios de deshabituación tabáquica del personal docente y no docente de estos centros.
- Potenciar activamente la participación de centros cuyo alumnado pertenezca a colectivos más vulnerables.

En los centros de otros niveles educativos (educación infantil, educación primaria y educación de personas adultas)

- Potenciar y facilitar el acceso a los servicios de deshabituación tabáquica del personal docente y no docente de estos centros, con medidas tales como: la diversificación de estos servicios (Grupal, Avanzada, Quit line, etc...), la financiación de los tratamientos al personal docente y no docente que trabaja en estos centros, elaborando material específico con perspectiva de género para la difusión de estos servicios a todo el personal.
- Reforzar el cumplimiento de la normativa en todos los centros docentes andaluces de estos niveles educativos mediante medidas como: escrito recordando la normativa acompañado de material de señalización, inspección del cumplimiento de la normativa en los centros educativos de los niveles señalados o en una muestra de los mismos.

En la Universidad

- Potenciar y facilitar el acceso a los servicios de deshabituación tabáquica del alumnado, del personal docente y no docente de estos centros con medidas como:
 - La diversificación de estos servicios (Grupal, Avanzada, Quit line...
 - La incorporación de los servicios de deshabituación tabáquica, con perspectiva de género, en su cartera de servicios (tratamiento de la voz).
 - La difusión de los mismos.
- Fomentar la formación en género y tabaco a través de la Red de Universidades Andaluzas Saludables (RAUS) mediante cursos a personal de administración y servicios, a alumnas y a docentes.
- Sensibilizar a la comunidad universitaria sobre el tema mujer y tabaco mediante campañas de sensibilización y en los proyectos de mediación.
- Crear una asignatura de género y salud con créditos de libre configuración.

Espacio laboral

- Potenciar la difusión y gestión del programa “Empresas Libres de humo” (ELH) en el ámbito empresarial para incrementar el número de empresas participantes mediante:
 - La creación de un sello de calidad para las empresas que participen en el programa.
 - La promoción de este programa a través ferias de empresarios, jornadas y medios de comunicación.
- Elaborar material educativo y divulgativo específicamente dirigido a mujeres trabajadoras, y en los idiomas vernáculos de las personas inmigrantes.
- Priorizar las actuaciones en las empresas más feminizadas y en aquellas cuyas trabajadoras pertenezcan a colectivos de riesgo.
- Ofertar medicación gratuita a trabajadoras sin recursos económicos.

Espacio comunitario

- Elaborar estrategias específicas de prevención y atención al tabaquismo con perspectiva de género en los programas Acción local, ZONTS y en el de Plan Integral de Inmigración de Andalucía (II PIPIA).
- Elaborar junto con el Instituto Andaluz de la Mujer (IAM) una estrategia de prevención del tabaquismo dirigida específicamente a las mujeres que incluya, al menos:
 - El tema de mujeres y tabaco en las Jornadas de “Salud y Mujer” que organiza anualmente el IAM.
 - La prevención y atención al tabaquismo en las actividades dirigidas a mujeres que organice o financie el IAM.
 - La vinculación de las efemérides del día de la Salud de la Mujer (28 de Mayo) con el día Mundial sin Tabaco (31 de Mayo).
- Potenciar, en el ámbito local la organización de actividades de prevención y atención al tabaquismo dirigidas específicamente a colectivos de mujeres más vulnerables a través de ayuntamientos y del movimiento asociativo.

8.PARTICIPANTES

Mercedes Amo Alfonso

Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Promoción de Salud y Planes Integrales. Secretaría General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud. Sevilla

Ana Ruth Bernardo de Paz

Psicóloga. Unidad de Apoyo para la Atención al Tabaquismo. Distrito Sanitario Metropolitano de Granada. Granada

Josefina Castro Barea

Psicóloga. Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía. Málaga

Mª Ángeles Calatrava González

Dirección General de Profesorado y Gestión de Recursos Humanos. Consejería de Educación. Sevilla

Mª Isabel Cantarero Villanueva

Psicopedagoga. Instituto de Educación Secundario "EL Sauce". La Carlota (Córdoba)

Carmen Carmona Saucedo

Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud "D. Julio Borreguero". El Coronil (Sevilla)

Transito Cebrián Valero

Pedagoga. Distrito Sanitario "Aljarafe". Mairena del Aljarafe (Sevilla)

Mª Angeles Cedillo Medina

Unidad de Promoción de la Salud. Servicio de Asistencia a la Comunidad Universitaria (SACU). Sevilla

Montserrat Contreras González

Neumóloga. Hospital "Torrecárdenas". Almería

Adelaida de la Corte Romero

Técnica de Igualdad de Género. Centro de Información de la Mujer e Igualdad de Género del Ayuntamiento. San Juan de Aznalfarache (Sevilla)

Francisco Javier Dolz López

Sociólogo. Técnico en promoción de la salud en el lugar de trabajo. Empresa libre de humo. Distrito Sanitario "Granada". Granada

Sonia Fernández Villalón

Psicóloga. Unidad de Apoyo para la Atención al Tabaquismo. Distrito Sanitario "Sevilla". Sevilla

Mª Encarnación Garrido Vergara

Gabinete de Seguridad y Salud Laboral de Docentes. Servicio de Gestión de Recursos Humanos. Delegación Provincial de Educación. Granada

Begoña Gil Barcenilla

Pediatra. Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía. Sevilla

Sonia González Cabezas

Psicóloga. Unidad de Apoyo para la Atención al Tabaquismo. Distrito Sanitario "Córdoba". Córdoba

Remedios Mª Herrera Vaca

D.U.E.Técnica del Instituto Andaluz de la Juventud. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social Sevilla

Mariló Gutiérrez Palomino

Enfermera. Unidad de Oncología Ginecológica. Hospital Materno Infantil. Málaga

Pilar López Pérez

Psicóloga. Servicio de Salud. Delegación Provincial de Salud. Córdoba

Amparo Lupiáñez Castillo

Socióloga. Red de Formadores del Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada

Auxiliadora Mesas Rodríguez

Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Apoyo para la Atención al Tabaquismo. Distrito Sanitario "Costa del Sol". Mijas Costa (Málaga).

Pilar Mesa Cruz

Medicina Familiar y Comunitaria. Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía. Málaga

Rubén Moncada Díaz

Psicólogo. Unidad de Apoyo para la Atención al Tabaquismo. Distrito Sanitario "Poniente". El Ejido (Almería).

Nieves Prieto García.

Psicóloga. Unidad de Apoyo para la Atención al Tabaquismo. Distrito Sanitario "Málaga". Málaga

Teresa Puebla Argandoña

Enfermera. Unidad de desarrollo profesional. Hospital "Carlos Haya". Málaga

Mª Reyes Sagrera Pérez.

Psicóloga. Unidad de Apoyo para la Atención al Tabaquismo. Distrito Sanitario "Sevilla Sur". Alcalá de Guadaira (Sevilla)

Carmen Sánchez Carrión

Psicóloga-sexóloga. Unidad de promoción de la Salud. Universidad de Almería. La Cañada de San Urbano (Almería)

Antonia Mª Suárez-Bárcena Gómez

Psicóloga. Unidad de Apoyo para la Atención al Tabaquismo. Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar. Algeciras (Cádiz)

Elisa Vizuite Rebollo

Medicina Familiar y Comunitaria. Coordinación de Desarrollos Integrales de Salud. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla

9.BIBLIOGRAFÍA

1. Amo-Alfonso M. Guía para facilitar la incorporación de la perspectiva de género en los planes integrales de salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2008.
2. Barbara JM, Jefferis MH, et. al. Changing social gradients in cigarette smoking and cessation over two decades of adult follow-up in a British birth cohort. *Journal of Public Health*. 2004. 26 (1): 13-18.
3. Burke MA, Eichler M. El Marco Conceptual BIAS FREE:Un instrumento práctico para identificar y eliminar sesgos en investigación en salud. Editor: Mary Anne Burke, Global Forum for Health Research.Spanish Translation. 2006.
4. Crosan E, Amos A. Under a Cloud. Department of Public Health Sciences. University of Edinburgh Medical School. Desigualdades en salud según la clase social en las mujeres. ¿Cómo influye el tipo de medida de la clase social?. *Gac. Sanit*. 2004. (18 (sup): 75-83.
5. Gender and tobacco control: a policy brief. World Health Organization. Department of Gender, Women and Health (GWH). 2007.
6. Graham H. Smoking prevalence among women in the European Community. *Soc. Sci. Med*. 1996. 43 (2): 243-254.
7. Health Canada. Exploring Concepts of Gender and Health. (www.hc-sc.gc.ca/english/women/exploring-concepts.htm). Junio-2003. Traducción al español.
8. Jiménez Rodrigo, María Luisa. Ilusiones de humo. Sentidos y sinsentidos del consumo femenino de cigarrillos. *Revista de Humanidades y Ciencias Sociales*. Marzo, 2008. (Nº 2).
9. Jiménez Rodrigo, María Luisa. Una profecía que se cumple a sí misma:Tras los mitos del consumo femenino adolescente de cigarrillos. *Liberaddictus*, 2008, Nº 101, pag. 11-16.
10. MacFayden L, (Varios autores). "They look like my kind of people" - perceptions of smoking images in youth magazines. *Social Science*. 2003. (56): 491-499.
11. Mackay J, Amos A. Invited Review Series: Tobacco and Lung Health Women and tobacco. *Respirology*. 2003. (8): 123-130.
12. Marin-Tuya D, González-Quintana J, García-Baena A. Alternatives actuals per a la deshabituació del tabaquisme. VIDRE I MIRALL: El control del tabaquisme. Unitat de Tabaquisme (UT) Corporació Sanitària CLÍNICA (CSC). Barcelona.
13. Mendoza R, Lopez-Perez P, Sagrera MR. Diferencias de género en la evolución del tabaquismo adolescente en España (1986-2002). *Adicciones*, 2007.
14. Mendoza-Berjano R, Lopez-Perez P. El consumo de tabaco en el alumnado español pre-adolescente y adolescente: diferencias de género. *Adicciones*. 2007. 19 (4): 341-356.
15. Mujeres y humo de tabaco ajeno en Europa. *International Network of Women against Tobacco – Europe (INWAT-Europe)*; 2006.
16. Pasando página: Mujeres, tabaco y el futuro Centro de Excelencia en Salud de la Mujer de la Colombia Británica (BCCEWH) y Red Internacional de Mujeres Contra el Tabaco (INWAT. Graves, L., Jategaonkar, N., y Sánchez, S. (Ed.)Vancouver: Centro de Excelencia en Salud de la Mujer de la Columbia Británica. 2006.
17. Prevención del Tabaquismo. *Área de tabaquismo de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía torácica (separ)*. Vol. 5 Núm. 2. Abril-Junio 2003.
18. Valls-Llobet C. Salud comunitaria con perspectiva de género. La invisible salud de las mujeres para la medicina. *Comunidad 2008;10INFO RED-CAPS 1*(Centro de Análisis y Programas Sanitarios, Barcelona) 61-70.
19. Villalbí JR, et. al. Maternal smoking, social class and outcomes of pregnancy. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. 2007. (21): 441-447.



