

## **EDITORIAL**

# **Tabaquismo y otras drogodependencias: un matrimonio bien avenido**

*Desde hace años, al menos dos, la Sociedad Española de Toxicomanías está incorporando en sus congresos nacionales una mesa sobre el tabaquismo.*

*Este hecho responde a una necesidad sentida por los profesionales relativa al interés creciente por la adicción a la nicotina. De algún modo se le ha dado carta de presentación a la nicotina como droga de abuso. Probablemente, la incorporación de la nicotina al grupo de sustancias adictivas de pleno derecho debiera de haber ocurrido mucho antes. Me refiero a que sea objeto de interés por parte de las Sociedades Científicas que se ocupan de las drogodependencias.*

*En cierto modo, este retraso puede ser achacable al estatus diferente que ha tenido el tabaquismo dentro de las administraciones sanitarias respecto de otras drogas. Es una norma que los asuntos relacionados con el tabaco se han ubicado dentro del ámbito de salud pública, y dentro de las estrategias que se han aplicado han sido la promoción de la salud y, en concreto, la educación para la salud, las más comunes. Esto significa que se ha puesto énfasis en los aspectos preventivos del tabaquismo, la perspectiva salubrista en el tabaquismo ha aportado durante todo este tiempo una visión poblacional del fenómeno de la utilización del tabaco, entendida como un hábito nocivo más o menos extendido sobre el que hay que actuar. Se trataría de modificar un hábito, del mismo modo que se puede entender el hábito alimentario de higiene bucal, ejercicio físico y otros.*

*El fenómeno del tabaquismo como hábito preocupa desde esta perspectiva, en tanto que produce un resultado de aumento de la mortalidad con patologías orgánicas relacionadas con el uso del tabaco (enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC], enfermedades cardiovasculares, cáncer, etc.).*

*Las estrategias desde la salud pública se encaminan a intentar reducir la morbilidad y mortalidad asociada al uso del tabaco.*

*Paralelamente a este desarrollo de las actuaciones sobre el tabaquismo como problema de salud pública, se ha venido configurando desde los años ochenta una línea de actuación desde las distintas administraciones, estatal, autonómica y local, sobre las drogodependencias. Inicialmente el paradigma sobre el que se apoyaron estas estrategias no tenía mucho que ver con las drogodependencias como un problema de salud y competencia del sistema sanitario (aunque ha habido excepciones iniciales), sino más bien con el orden público, la delincuencia y el modelo social del adicto como un ser vicioso, depravado y carente de voluntad. Casi de modo simultáneo, conviviendo con el primer paradigma, el modelo del adicto a drogas pasa a ser considerado como beneficiario de los servicios sociales por ser un sujeto de riesgo de exclusión derivado de su drogodependencia. Este paradigma del drogodependiente como excluido social (o en riesgo de ello) ha configurado un modelo de intervención que gira sobre la intervención social y la reinserción como ejes básicos de la asistencia del drogodependiente.*

*A partir de los años noventa se ha ido produciendo un cambio progresivo del paradigma social de las drogodependencias hacia el paradigma sanitario. Hay diferentes razones que pueden explicar este hecho. Una de ellas es que la progresiva disminución de la alarma social ante las drogodependencias, o mejor*

dicho, ante los drogodependientes de heroína, ha permitido que las drogas se hayan ido integrando y normalizando en la vertiente preventiva y asistencial, dentro de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas.

La percepción social del drogodependiente ha cambiado desde la droga como problema social, a la droga como problema sanitario. De forma paralela a lo ocurrido con la asistencia a las adicciones en el sistema sanitario, la salud pública ha incorporado también las adicciones dentro de sus estrategias y planes de actuación progresivamente.

El tabaquismo, en este sentido, se ha encontrado en una situación paradójica de tener definidas mejor sus estrategias preventivas y de promoción de la salud, que las referidas a la respuesta asistencial de la adicción al tabaco. Este panorama ha sido así hasta fechas muy recientes, en que se han empezado a definir modelos y circuitos de atención sanitaria del tabaquismo, pero de modo muy poco coordinado a nivel estatal y muy poco equitativo entre Comunidades Autónomas.

Por el lado de las drogodependencias, la existencia del Plan Nacional sobre Drogas desde el año 1985 y de los Planes de las Comunidades Autónomas ha permitido desarrollar un sistema asistencial de las adicciones potente, aunque inicialmente como una red asistencial paralela a los distintos servicios de salud. En este momento se está produciendo una inequívoca integración de las redes asistenciales de adicciones dentro de los citados servicios de salud, impulsado por el cambio del paradigma social al sanitario en la concepción de las drogodependencias.

Así pues, tenemos, por un lado, una integración de las estrategias preventivas en drogodependencias dentro de la salud pública, con el consiguiente cambio de las actuaciones aisladas en este campo por parte de los departamentos de drogas hacia estrategias de salud pública. Esto ha propiciado un encuentro entre el tabaquismo y las otras drogodependencias, que analizaremos después por las implicaciones que tienen para la consolidación de una estrategia preventiva potente en tabaco y en otras drogas.

Por otro lado, se ha iniciado un proceso inverso de integración de los dispositivos o programas de asistencia al tabaquismo en las redes ya consolidadas de atención a los drogodependientes. Este hecho, de suma importancia de cara a una atención equitativa entre todas las Comunidades Autónomas, se está produciendo tímidamente y en función de las situaciones particulares de cada Comunidad. Es cierto que el tabaquismo ha sido objeto de intervención por parte de la Atención Primaria de Salud, en mucha mayor medida que lo han sido el resto de drogas, incluso el alcohol; esto, lejos de estar en peligro con esta integración, va a favorecer que se produzca un efecto sinérgico para que la implicación de la Atención Primaria en la detección, valoración e intervención breve en el ámbito del resto de drogas se vea reforzada.

Este proceso relativo a la atención del tabaquismo conlleva dos hitos claves, como son: la recuperación del eje de la intervención asistencial en tabaquismo para la Atención Primaria y la integración de la actuación en las redes de salud mental y adicciones. El primero de ellos no está siendo un proceso fácil, porque desde hace años se han ido creando dispositivos de atención que, tanto desde el propio sistema público (especialmente por parte de los Servicios de Neumología) como por parte de las entidades sin fines de lucro, han ido cubriendo el vacío existente respecto a la respuesta institucional que se debería de haber articulado mucho antes. Este vacío de respuesta institucional recuerda igualmente al que existió respecto a las drogas ilegales, y cuyo resultado fue la proliferación de dispensarios de actuación y otros dispositivos asumidos por las Diputaciones Provinciales, Ayuntamientos y posteriormente las Comunidades Autónomas; y de entidades sin fines de lucro, que aun reconociendo la enorme labor social que realizan y han realizado en estos años, están mostrando signos de agotamiento precisamente por el cambio del paradigma.

*ma social que ya hemos mencionado antes, y sobre el que se apoyaban hacia el paradigma sanitario. Este fenómeno también es aplicable a los dispositivos públicos comentados antes y no integrados en los servicios de salud públicos.*

*El vacío respecto a la actuación del tabaquismo propició que se crearan Unidades de Tabaquismo en los hospitales generales vinculadas a los Servicios de Neumología especialmente, como Unidades especializadas de atención para dar una respuesta institucional a una demanda de atención del tabaquismo. Han cumplido un papel meritorio en esta tarea pero, por otro lado, al proporcionar una atención directa a la población fumadora, se ha diluido el papel que le correspondía desempeñar a la Atención Primaria como puerta de entrada del sistema. En todo caso, nunca ha estado suficientemente justificado desde el punto de vista de lo que es el tabaquismo como adicción que sea una Unidad hospitalaria la que trate esta adicción. Se podrían derivar implicaciones respecto a la invasión de competencias profesionales de otras especialidades sanitarias, como la Psiquiatría o la Psicología Clínica.*

*Con el traslado de la cuestión de la utilización de drogas a la salud pública, como ya se comentó anteriormente, se está produciendo un encuentro entre el tabaquismo y el resto de drogas de abuso que está desembocando, en muchos casos, en una integración de las políticas en salud pública de ambas partes. Como ya se dijo antes, el tabaquismo está aportando en este proceso una tradición y un bagaje de técnicas y estrategias propias de la salud pública, de la que se puede beneficiar la prevención del resto de adicciones. Y lo que es muy importante, la posibilidad de ocupar un lugar destacado dentro de los organigramas administrativos sanitarios que va a permitir una consistencia y continuidad de actuaciones preventivas que difícilmente se estaban consiguiendo hasta el momento en el ámbito de las drogodependencias ilegales. Por otro lado, la prevención en drogodependencias y alcoholismo, que han llevado a cabo los planes regionales de drogas, ha permitido desarrollar estos años un potente arsenal de programas, estrategias y técnicas que provienen del ámbito de la Psicología social, de la salud y comunitaria, que sin duda, van a potenciar enormemente los esfuerzos preventivos en tabaquismo.*

*Por todo ello, no nos queda nada más que felicitarnos, porque la evolución social y el impulso institucional están permitiendo esta reconciliación del tabaquismo como adicción con el resto de adicciones en salud pública y en la asistencia sanitaria de las adicciones. Sin duda este proceso va a reportar un impulso esencial para la consideración de las adicciones como problema de salud pública por un lado, y por otro va a dar carta de identidad a la asistencia sanitaria de las adicciones, al mismo nivel que la salud mental, por tomar la referencia más próxima.*

**J. del Pozo Irribarria**

Comisionado Regional para la Drogas. Consejería de Salud. Gobierno de La Rioja. España.