

¿Hacia dónde avanza el modelo asistencial al drogodependiente?

Toward where advances the assistance model to the drug abusers?

PÉREZ GÁLVEZ, B.

Dirección General de Drogodependencias. Conselleria de Bienestar Social. Generalitat Valenciana.

RESUMEN: *Objetivo:* analizar la utilidad de los sistemas de atención sanitaria a personas drogodependientes, como instrumento para disminuir la prevalencia del consumo de sustancias en la comunidad. Exponer los criterios mínimos de los que debe disponer un sistema de atención, así como los principales retos futuros del sistema español.

Material y métodos: revisión bibliográfica de los criterios expuestos por distintos autores y organismos internacionales, así como de la normativa vigente en España.

Conclusiones: la efectividad y la accesibilidad de los sistemas de atención son los factores que, en mayor medida, condicionan el éxito de éstos. La integración de la atención en el sistema sanitario público, la prestación de asistencia al alcoholismo y la adecuación de los agonistas opiáceos a las necesidades actuales, se presentan como tres de los más importantes retos del sistema español en un futuro a corto plazo.

PALABRAS CLAVE: Sistemas de Atención. Planificación. Accesibilidad al tratamiento. Legislación.

ABSTRACT: *Objective:* to analyze the usefulness of the assistance systems to drug abusers, as instrument to reduce the prevalence of the substances consumption in the community. To expose the minimal criteria of those which must have an assistance system, as well as the principal challenges future of the Spanish system.

Correspondencia:

BARTOLOMÉ PÉREZ GÁLVEZ.
Dirección General de Drogodependencias.
Conselleria de Bienestar Social.
Paseo de la Alameda, 16.
46010 Valencia.

Material and methods: bibliographical review of the criteria exposed by different authors and international organizations, as well as of the outstanding regulation in Spain.

Conclusions: the efficiency and the accessibility of the attention systems are the factors that, in greater measured, conditioned the success of these. The integration of the attention in the public sanitary system, the assistance presentation to the alcoholism and the appropriateness use of the opiate agonists to the current needs, are presented as three of the most important challenges of the Spanish system in a short term future.

KEY WORDS: Assistance Systems. Planning. Treatment. Accessibility. Legislation.

La extensión del problema generado por el consumo de drogas sigue siendo relevante en España. A la vista del Informe Anual 2000 del Observatorio Europeo¹, España sigue ocupando una difícil posición en el ranking de las naciones de la UE con mayor prevalencia de consumo problemático de drogas. Tras el Reino Unido, el Benelux e Italia, nuestro país sigue ofreciendo tasas sensiblemente superiores al resto de los países miembros, por más que los avances realizados en los últimos años han conseguido, cuando menos, introducir ciertos principios de racionalidad en la política nacional en esta materia.

El consumo de drogas sigue situándose como el tercer problema que mayor preocupación genera a la sociedad española. Un problema que es vivenciado por los ciudadanos con relación a sus efectos sobre la seguridad ciudadana y, en términos globales, respecto a la prevalencia del consumo de sustancias. La sociedad

española no se muestra tan preocupada por la atención a las personas drogodependientes como por el perjuicio que el consumo de drogas produce, en términos globales, a la comunidad.

El objetivo final de cualquier política desarrollada en esta materia se dirige, por tanto, a disminuir el consumo y sus problemas asociados, especialmente en la esfera social. Tres han sido los ejes básicos para reducir el problema: las medidas coercitivas, en el ámbito de la reducción de la oferta, y las preventivas y asistenciales, ambas incluidas en el marco de reducción de la demanda.

Es llamativa la especial importancia que, en el objetivo global de reducción de la disponibilidad y consumo de sustancias, se otorga a las medidas coercitivas y a la prevención. Ambos tipos de actuaciones gozan del beneplácito de la sociedad y, en consecuencia, de los responsables públicos en la materia.

No es momento de discutir la efectividad de estas medidas que, cuando menos, parece ser muy inferior a la pretendida y carente de constatación científica en muchos casos. En su lugar, queremos llamar la atención hacia el valor aportado por la asistencia, no ya como instrumento para solucionar el problema individual del sujeto drogodependiente, sino como herramienta útil y contrastada para disminuir la intensidad global del problema.

Tal vez sean las medidas asistenciales las que han demostrado, en mayor medida, su capacidad para disminuir la prevalencia del consumo de sustancias. Quizá no se ha sabido comunicar correctamente esta utilidad. El error se produce al situar la asistencia en el marco de las actuaciones que inciden sobre el individuo enfermo y no sobre toda la sociedad. Cierto es que, a nivel teórico, suele afirmarse lo contrario. Pero no parece que el ciudadano haya llegado a comprender el beneficio que, para él y aún no siendo drogodependiente, significa la asistencia a quienes sí padecen este tipo de enfermedades.

La *United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention* (UNDCP) valora especialmente el tratamiento como instrumento para reducir significativamente el consumo total de drogas en una población². El consumo de drogas no es uniforme entre los sujetos de una misma sociedad. Distintos estudios han demostrado que la mayor parte del volumen total de sustancias consumidas se concentra en una pequeña proporción de los consumidores.

En otros términos, es bien conocido el predominio del consumo de frecuencia irregular o «recreativo». Serían los verdaderamente adictos los que, en su conjunto, producirían mayor demanda de sustancias.

Como ejemplo, baste reseñar que en Estados Unidos, apenas una cuarta parte de los consumidores de cocaína generan dos tercios del consumo de esta sustancia³.

Coincidimos con la UNDCP en que, para que un tratamiento tenga efectividad en la reducción total de la demanda de drogas, debe cumplir dos requisitos básicos:

1. El tratamiento debe ser efectivo para reducir el consumo de drogas.

2. Un elevado número de drogodependientes deberá tener acceso al tratamiento.

Ambos requisitos constituyen los ejes básicos sobre los que debe sustentarse el diseño de un sistema de tratamiento. La efectividad de las estrategias terapéuticas, tanto a nivel individual como colectivo, la accesibilidad que facilite un incremento en el número de personas atendidas, influyen decisivamente en la capacidad del sistema para disminuir la demanda de drogas en la sociedad.

Las filosofías de tratamiento

En un intento por sintetizar las distintas percepciones existentes, la Organización Mundial de la Salud⁴ distingue seis «filosofías» en el tratamiento de las drogodependencias, basadas en los factores etiológicos considerados por cada una de ellas:

1. Modelos morales.
2. Modelos espirituales y existenciales.
3. Modelos biológicos.
4. Modelos psicológicos.
5. Modelos socio-culturales.
6. Modelos integrativos.

Los *modelos morales* no reconocen el concepto de enfermedad, ni aun como consecuencia de otra patología, entendiendo que las drogodependencias son fruto del pecado y de la búsqueda voluntaria de placer. El abuso de sustancias sería consecuencia del desmesurado hedonismo del individuo, que ha incumplido las leyes morales de la sociedad. Actualmente, los vestigios existentes de esta corriente quedan circunscritos a sociedades o subculturas marcadamente puritanas. No obstante, esta filosofía —o, en su caso, la propia de los modelos espirituales analizados a continuación— aun subyace en muchas opiniones contrarias a la adecuada atención a los problemas del alcoholismo y las demás drogodependencias.

Los *modelos espirituales y los existenciales* son más comunes que los anteriores e, incluso, llegan a ser predominantes en gran parte de las sociedades occidentales. Consideran que el consumo de drogas es motivado por defectos en la maduración de la personalidad o por

el egoísmo del individuo. En su mayoría presentan una íntima relación con los modelos morales, si bien como una forma más adaptada a la sociedad moderna. Ejemplos como Alcohólicos Anónimos o Proyecto Hombre son destacados exponentes de este tipo de enfoques.

Al contrario que los dos casos anteriores, los *modelos biológicos*, así como los psicológicos, no corresponden a creencias determinadas, sino a enfoques científicos en los que predomina una u otra tendencia. Así, los modelos biológicos asumen que el factor etiológico es una anomalía fisiológica o metabólica, a menudo relacionada con una base genética. El riesgo de un excesivo predominio del fármaco como elemento central del tratamiento, es un factor que debe advertirse en este modelo.

Por su parte, los *modelos psicológicos* defienden la relación causa-efecto entre el abuso de drogas (efecto) y una etiología psicopatológica. En este caso, la drogodependencia no se conceptúa como una enfermedad en sí, sino como la consecuencia de otra patología de tipo psicológico. Estos modelos psicológicos distinguen dos subtipos principales del abuso de sustancias: la utilización de éstas para disminuir la intensidad de la sintomatología propia de un conflicto o disfunción emocional y la consecuencia de un proceso de aprendizaje desadaptativo, bien desde la base del condicionamiento clásico, bien del aprendizaje instrumental.

Los *modelos socio-culturales* consideran que el alcoholismo y las demás drogodependencias son resultado del proceso de socialización en una sociedad y cultura determinadas. Los modelos socio-culturales, por su especial ambigüedad (*la sociedad como responsable última*) han obtenido gran popularidad entre las clases políticas de nuestro país, constituyendo un recurso fácil para «tirar balones fuera» bajo la bandera de un erróneo concepto de solidaridad.

Finalmente, los *modelos integrativos* —por los que, obviamente, apostamos—, combinan elementos de los enfoques anteriores, entendiendo las drogodependencias como resultante de la interacción de múltiples factores.

Independientemente de la filosofía de tratamiento que se aplique, no debemos olvidar la controversia surgida entre modelos de atención basados en equipos profesionales y aquellos otros realizados desde el enfoque de la autoayuda. Esta discusión ha caracterizado durante muchos años la realidad española, constituyendo aún un grave problema en gran número de Comunidades Autónomas.

A pesar de corresponder a un modelo moral, espiritual o, en el mejor de los casos, socio-cultural, el valor aportado por los grupos de autoayuda como recursos de apoyo es comúnmente reconocido. Ejemplos de ello han

sido las asociaciones de ex alcohólicos, a las que se les debe reconocer su contrastada utilidad como elemento coadyuvante del tratamiento, con especial relevancia en la rehabilitación social del enfermo y su familia.

Esta positiva valoración no debe confundirse, sin embargo, con un reconocimiento de la autoayuda como modalidad de tratamiento. Al contrario, algunas organizaciones internacionales como la UNDCP² advierten que la autoayuda no puede ser considerada como un tipo formal de tratamiento. Lamentablemente, muchos son los gobiernos que lejos de asumir sus obligaciones asistenciales, prefieren delegar en este tipo de organizaciones su obligación de atender a las personas drogodependientes.

Con una experiencia significativamente más amplia que la española, en el modelo americano coexisten de forma complementaria ambas actuaciones (profesional y de autoayuda). Con objeto de establecer una adecuada coordinación entre recursos, la *American Society of Addiction Medicine* (ASAM) dictó, en 1979, una resolución sobre los grupos de autoayuda en la que, reconociendo la utilidad de éstos, recomendaba a los médicos y entidades que atendían a este tipo de enfermos que establecieran el mayor grado de cooperación posible con este tipo de recursos comunitarios.

Habida cuenta de la conflictividad surgida en nuestro país entre ambos enfoques, es importante distinguir entre el tratamiento realizado por profesionales y la autoayuda. Como ejemplo, la ASAM⁵ entiende que un tratamiento debe incluir, como mínimo, los siguientes elementos:

1. Profesionales cualificados, responsables de la atención integral del paciente.
2. Un sistema de evaluación del paciente, que incluya el diagnóstico, la determinación de la severidad de la enfermedad y la valoración de los problemas médicos, psiquiátricos, interpersonales y sociales concomitantes.
3. Un plan de tratamiento, basado tanto en la valoración inicial como en la respuesta al tratamiento que se vaya observando. El tratamiento debe ser instaurado sobre las bases de las prácticas comúnmente aceptadas por los profesionales.
4. Disponibilidad de servicios complementarios: el profesional responsable del plan de tratamiento debe ofrecer al enfermo, y obtener, aquellos otros servicios complementarios que puedan ser requeridos.
5. Continuidad de la asistencia: el programa de tratamiento y los profesionales que se ocupen de la asistencia del enfermo, deben ser mantenidos en el tiempo hasta que se produzca una recuperación estable del enfermo.

En Estados Unidos, donde la adopción de posiciones conjuntas entre distintas sociedades científicas es

algo habitual, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), la Academia Americana de Psiquiatría de la Adicción (AAAP) y la Sociedad Americana de Medicina de la Adicción (ASAM) establecieron, en 1997, las siguientes recomendaciones⁶:

1. Los pacientes que precisan tratamiento por trastornos producidos por el alcohol u otras drogas, deben ser tratados por profesionales cualificados, consecuentemente con la práctica profesional previamente aceptada por el mundo científico.

2. Los grupos de autoayuda deben ser reconocidos como recursos comunitarios de valor para muchos pacientes en tratamiento, así como para sus familias. Los profesionales deberían mantener una relación de cooperación con los grupos de autoayuda.

3. Las compañías aseguradoras y las entidades prestadoras de asistencia sanitaria deben ser conscientes de la diferencia existente entre autoayuda y tratamiento.

4. Los grupos de autoayuda no deben sustituir ni ser sustituidos por el tratamiento profesional, sino ser entendidos como un complemento del tratamiento dirigido por profesionales. El tratamiento profesional no debe ser denegado a los pacientes o familias que precisen atención.

Los sistemas de tratamiento

La Organización Mundial de la Salud define el término «tratamiento», dentro del campo de las drogodependencias, como el proceso que se inicia cuando un consumidor de sustancias psicoactivas entra en contacto con un centro sanitario u otro servicio comunitario, proceso que debe continuar mediante la sucesión de intervenciones específicas, en un intento por alcanzar el mayor grado de salud y bienestar que fuera posible⁷.

El tratamiento incluye el diagnóstico, la asistencia sanitaria y la integración social de las personas afectadas, con la finalidad de mejorar su salud y su calidad de vida, mediante la reducción de la dependencia de las drogas, la disminución de la morbilidad y mortalidad por el uso de estas sustancias, el máximo aprovechamiento de sus capacidades, el acceso a los servicios y la plena integración social.

La planificación de un sistema de tratamiento

En la mayoría de los casos, la planificación de los recursos necesarios en un sistema de tratamiento suele estar condicionada por la demanda previamente existente⁸. Este tipo de planificación presenta, principalmente, dos inconvenientes:

1. Se basan en datos de demanda previos a la instauración del sistema de tratamiento, no pudiendo valorar correctamente las previsiones de futuro.

2. La propia creación de nuevos recursos incrementa la accesibilidad al tratamiento y, por tanto, la demanda para la que inicialmente estaba previsto el sistema de tratamiento.

Ante esta situación, Godfrey et al.⁹ describieron un modelo de planificación basado en las necesidades que, en base a nuestra propia experiencia, aporta mayores ventajas que el clásico modelo basado en la demanda previa. Este modelo se constituye por las siguientes fases:

1. Definición del área geográfica y demográfica de actuación.

2. Cuantificación de la población y composición de ésta que presenta necesidades de asistencia.

3. Descripción de los tipos de servicios que se precisan.

4. Evaluar la provisión de servicios previamente existente.

5. Estimar la demanda para cada tipo de servicio.

6. Comparar las demandas actuales y previas para cada tipo de servicio, valorando las diferencias respecto al modelo previo.

7. Establecer instrumentos que permitan evaluar los cambios y revisar las necesidades.

Las fases que constituyen un sistema de tratamiento

Un sistema de tratamiento es una continuidad de intervenciones, desde las demandas más iniciales (intoxicación) hasta los cuidados ofertados con posterioridad a las fases más específicas. Por ello, la Organización Mundial de la Salud¹⁰ propone una secuencia constituida por seis niveles de actuación que, en su conjunto, constituyen un sistema de atención a las drogodependencias:

- Primer Nivel: atención a aquellas personas que sufren una intoxicación por alcohol u otras drogas y a quienes precisan ser desintoxicados (urgencias y desintoxicación).

- Segundo Nivel: rehabilitación inespecífica (p. ej., a nivel nutricional, médico o psiquiátrico) siguiente a la intoxicación o a la desintoxicación.

- Tercer Nivel: evaluación (*screening*) sistemática de todas las personas que acuden a distintos tipos de servicios (p. ej., sanitarios, de justicia, sociales, etc.), realizando una intervención breve cuando el caso se considere positivo.

- Cuarto Nivel: tratamiento específico a las personas drogodependientes (*case management* o gestión de casos).

- Quinto Nivel: desarrollo de distintas técnicas de terapia breve en el seguimiento de aquellos pacientes que hubieran recibido un tratamiento específico.

- Sexto Nivel: constituido por intervenciones más complejas, dirigidas a subgrupos de pacientes (p. ej., menores, mujeres, etc.) previamente evaluados, para los que fuera más apropiado.

Siguiendo el mismo esquema propuesto por la OMS, pero tal vez con mayor claridad expositiva, la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD)¹¹ distingue tres fases evolutivas del sistema de tratamiento: atención inmediata, tratamiento de la dependencia y seguimiento.

1. *Atención inmediata*: corresponde a los tres primeros niveles propuestos por la OMS. Incluye tanto la intervención de urgencia y en casos agudos, como la detección precoz de casos, desde la evaluación hasta la orientación hacia un tratamiento específico.

2. *Tratamiento de la dependencia*: todas aquellas actividades orientadas a la reducción del estado de dependencia de drogas y de sus complicaciones, las cuales incluyen intervenciones psicosociales y conductuales, orientadas al logro de una vida libre de consumo de estas sustancias o en su defecto, a la reducción del daño asociado a dicho consumo. Corresponde al cuarto y sexto nivel propuesto por la OMS.

3. *Seguimiento*: es el quinto nivel de las fases de la OMS, teniendo como objetivo «la prolongación del estado de abstinencia de drogas, mediante la prevención de recaídas, así como a la preservación de la mejoría alcanzada en el funcionamiento psicosocial del individuo mediante el tratamiento, y a la atención de las discapacidades resultantes, para disminuir su impacto en la calidad de vida¹¹».

Recursos de los que debe disponer un sistema de tratamiento

Un sistema de tratamiento debe disponer de todos aquellos tipos de recursos que permitan cumplir con la amplia definición de «tratamiento» propuesta por la OMS. Para ello, debemos considerar la coexistencia de dos tipos de usuarios potenciales:

1. Aquellos que solicitan un tratamiento específico para su enfermedad adictiva.

2. Quienes no solicitan tratamiento pero pueden beneficiarse de estrategias de intervención breve.

Planteamos esta primera observación al objeto de no olvidar la existencia de un amplio colectivo de sujetos que, aun sin solicitar explícitamente una intervención terapéutica, precisan de la misma. Consumos

de riesgo y abusos de sustancias sin un adecuado nivel de motivación para el tratamiento, son dos situaciones comúnmente observadas en los sistemas de atención primaria sanitaria y social. Por ello, y como advertencia previa a la posterior enumeración de otras actuaciones específicas, consideramos procedente recordar la enorme utilidad de las intervenciones breves a este nivel.

Distintos autores han definido cuáles deberían ser, a su juicio, las estrategias terapéuticas que han de constituir un sistema de tratamiento. Obviamente, un mismo recurso (centro) no precisa disponer de todas y cada una de estas estrategias o tipos de intervención. En todo momento nos referimos al sistema de tratamiento, esto es, al conjunto de los recursos que deben ofrecerse a la población.

Coincidiendo con distintos autores^{4,12}, un sistema de atención a personas drogodependientes debe asegurar los siguientes tipos de servicios:

1. Detección precoz de casos, en servicios de atención primaria (social y sanitario).
2. Información y orientación a recursos específicos.
3. Intervención breve en sujetos con baja motivación o no dependientes con consumo de riesgo.
4. Búsqueda activa de casos.
5. Programas de reducción del daño.
6. Desintoxicación ambulatoria.
7. Desintoxicación hospitalaria.
8. Tratamiento ambulatorio de prevención de recaídas.
9. Tratamiento de día (Centros o Unidades de Día), dirigido a desempleados y a necesidades de tratamiento más intensivas, específicas (familias) y/o grupales.
10. Recursos residenciales de media-larga estancia.
11. Servicios específicos para menores y mujeres.
12. Servicios de atención en crisis.
13. Sistema de seguimiento de casos.

Obviamente, esta enumeración de servicios puede ser incrementada sensiblemente, según las necesidades específicas. Todos ellos deben estar convenientemente dimensionados en virtud de las necesidades, esto es, la demanda prevista (nunca la previa) según el análisis realizado en la planificación. De nada serviría que un sistema contara con estos servicios si no están a disposición de la amplia mayoría de los usuarios potenciales. En otros términos, es preciso disponer del suficiente número de centros que aseguren un servicio accesible al 100% de la población.

Finalmente, no debemos olvidar la necesidad de que el sistema de atención sea adecuadamente efectivo. Para ello, Crowe y Reeves¹³ proponen la incorporación de cinco componentes críticos en el sistema de tratamiento, dirigidos a incrementar la efectividad de éste:

1. La utilización de instrumentos diagnósticos y de evaluación que permitan determinar las necesidades individuales de cada caso.

2. Una adecuada tipificación o clasificación del paciente, para determinar cuál es el tratamiento más apropiado para sus características.

3. La oferta de un amplio conjunto de servicios, además de los específicos para el tratamiento de su dependencia (atención a otros problemas de salud, legales, sociales, etc.).

4. Estrategias de prevención de recaídas que permitan que el adicto se capacite para afrontar sus situaciones de riesgo.

5. Evaluación del efecto del tratamiento sobre distintas variables, como la abstinencia, la adaptación social y la reducción de la conducta delictiva.

El futuro del sistema de asistencia español

Afirmar que la asistencia al drogodependiente es un problema solucionado en nuestro país parece, cuando menos, una afirmación algo temeraria. Es indudable que existen importantes deficiencias en el sistema de asistencia, como conjunto, no así en la contrastada eficacia de los recursos que lo componen.

Los años transcurridos desde la aprobación del anterior Plan Nacional sobre Drogas en 1985 se caracterizaron por la inexistencia de una respuesta asistencial coordinada y coherente. Distintas entidades han ido ocupando el lugar que nunca quiso cubrir la Administración. Es evidente que, el Plan Nacional aprobado en aquel momento, constituía una respuesta inmediata y básica ante un problema emergente, que aún no se conocía en toda su amplitud.

Con la entrada en vigor de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008¹⁴, se inició una nueva etapa que, si bien pretende incrementar en notable medida los servicios existentes, también busca definir un modelo común para todo el Estado español.

La Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008 ha dotado a los gestores públicos de un instrumento que se hacía imprescindible para la planificación de servicios. Y, como posteriormente se comentará, incluso de una nueva visión de la atención sanitaria a las personas drogodependientes.

A nuestro juicio, tres retos de especial interés se presentan en el futuro a corto plazo: la integración en el sistema sanitario público, la atención al alcoholismo y la adecuación de los tratamientos con agonistas a las necesidades actuales.

La integración en el sistema sanitario

A nuestro juicio, aquí radica el principal problema de la atención a las personas drogodependientes en nuestro país y, a su vez, el origen de otras carencias y conflictos que posteriormente serán comentados.

Tratándose de enfermedades, es obvio esperar que el sistema sanitario público fuera el responsable de ofrecer la atención precisa a este tipo de pacientes. Lamentablemente, la normalización de la atención sanitaria a las personas drogodependientes sigue siendo la asignatura pendiente. La propia UNDCP considera esencial la integración de los servicios de tratamiento y rehabilitación de drogodependientes en los sistemas de salud existentes, oponiéndose a la creación de redes paralelas.

Cada vez son menos los que defienden, ya sin argumento alguno, que el sistema sanitario público oferta asistencia a estos enfermos. Es obvio que no es así y, si fuera cierto, parece evidente que ninguno de los criterios anteriormente expuestos se cumpliría. Lamentablemente, ni siquiera la detección e intervención precoz en Atención Primaria es una práctica extendida en nuestro país.

La situación parece increíble, tanto como la postura de quienes han preferido obviarla durante años. Una política coherente en materia de drogodependencias no puede articularse de forma correcta en ausencia de un sistema asistencial normalizado y, en consecuencia, más efectivo que el actual.

La Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008 abre un período de esperanza, no carente de cierto escepticismo. Con la afirmación de que «*La asistencia a los enfermos drogodependientes debe realizarse a través del Sistema Nacional de Salud...*», la Estrategia viene a cumplir con la recomendación de la UNDCP a la que anteriormente nos referíamos. Aún más, entre sus objetivos, destaca el compromiso de que, en el año 2003, el Sistema Nacional de salud garantizará la asistencia ambulatoria especializada a los drogodependientes, en cada Área de Salud. Un objetivo que, sin embargo, a dos años de concluir el plazo estipulado, aún parece difícil de cumplirse.

Para quienes defendemos la integración en el sistema sanitario, ésta posición se sustenta sobre cuatro pilares básicos:

a) La razón ética —cuando no legal— que justifica la exigencia de un tratamiento en igualdad de condiciones que cualquier otra patología.

b) La mejora en la accesibilidad al tratamiento que, para ciertos adictos como cocainómanos y alcohólicos, significa la prestación del servicio por parte del sistema sanitario público.

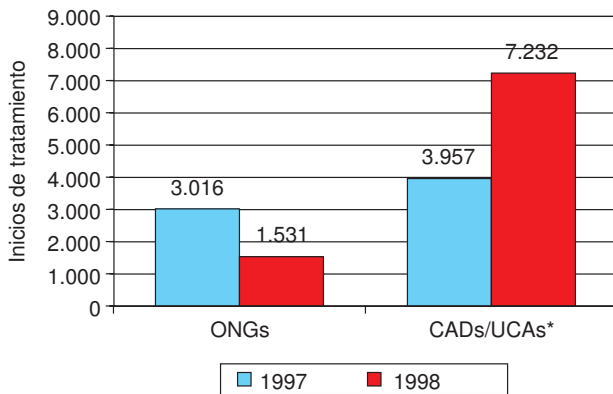


Figura 1. Evolución de los inicios de tratamiento 1997/1998 en la Comunidad Valenciana. (Ingresos en ONGs y CADs - 1997- o UCAs -1998-).

c) El efecto positivo que genera la normalización sobre la conciencia social del problema.

d) La mayor facilidad para el desarrollo de estrategias de detección precoz en el propio sistema sanitario.

El primer razonamiento, parece fuera de toda discusión. La existencia de redes paralelas mantiene la estigmatización del drogodependiente, a la vez que demuestra el escaso interés de los gobiernos por plasmar en actos aquello de lo que aseguran estar convencidos, según sus palabras. Pero, por encima de todo, significa una obstaculización del derecho del ciudadano a recibir una atención sanitaria adecuada.

La segunda motivación radica en el incremento del grado de accesibilidad, uno de los criterios valorados especialmente por la UNDCP² para considerar efectivo un sistema de tratamiento

La Comunidad Valenciana ha sido pionera, desde 1998, en la integración de la asistencia en el sistema sanitario público. Desde entonces se han creado 19 Unidades de Conductas Adictivas en las distintas Áreas de Salud. Del mismo modo, se ha iniciado el proceso de transferencia de los antiguos Centros de Atención a las Drogodependencias, de titularidad municipal, que pasan a depender del Servicio Valenciano de Salud.

A la vista de la evolución asistencial registrada en nuestro país, observamos como la atención a heroínomanos y cocainómanos habría descendido en el resto del país un 9,1% entre 1997 y 1999¹⁵. Por el contrario, en la Comunidad Valenciana se incrementó un 34,2% en el mismo período. Los tratamientos iniciados por aquellos enfermos que no habían sido atendidos previamente, cayeron un 1,2% en el resto de España, mientras en la Comunidad Valenciana aumentaban un 45,6%.

La comparación dentro de la propia Comunidad Valenciana (Fig. 1) no deja lugar a dudas de cuál parece

ser la elección de los enfermos, así como del mayor grado de accesibilidad del modelo. Entre 1997 y 1998 –primer año de creación de las Unidades de Conductas Adictivas–, (UCA), el número de inicios de tratamientos para todo tipo de sustancias se incrementó un 25,7%. No obstante, las solicitudes en centros propios de ONG descendió un 49,2% respecto al año anterior. Como resultado final, ocho de cada diez pacientes fueron atendidos por el sistema sanitario público.

Estos datos parecen confirmar nuestras hipótesis previas de que:

a) La integración en el sistema sanitario público incrementaría la accesibilidad al tratamiento y, como consecuencia, el número de pacientes atendidos, con un aumento superior a la media nacional.

b) Coexistiendo ambos modelos, los enfermos optarían por aquellos centros propios del sistema sanitario público, frente a los servicios ofertados por las ONG.

En conclusión, el modelo instaurado no solo ha conseguido incrementar la demanda asistencial, sino también muestra la preferencia de los enfermos por el mismo, frente a otras opciones existentes con anterioridad.

Debe advertirse que esta situación, lejos de ser fruto de la novedad, se sigue manteniendo. En el año 2000, último en el que coexistieron ambos modelos, un 83% de los pacientes optaron por las unidades del sistema sanitario público. Desde 2001, las ONG han concertado sus servicios como Centros de Día, realizando funciones centradas en la inserción social del enfermo y su núcleo convivencial.

No debiera olvidarse, por otra parte, que la integración en el sistema sanitario ofrece una visión social, de la figura del drogodependiente, sensiblemente más normalizada. Los ciudadanos perciben este cambio como un interés manifiesto de los gobiernos por el problema del consumo de drogas (efecto preventivo de la integración) a la vez que se genera una modificación en la opinión social respecto a la persona drogodependiente, con una progresiva aceptación de ésta como ciudadano de pleno derecho.

Finalmente, es preciso recordar la mayor facilidad que, para el desarrollo de estrategias de detección precoz e intervención breve en Atención primaria, significaría la integración en el sistema sanitario. Obviamente, estas actuaciones pueden –y deben– desarrollarse de forma independiente a la integración. Sin embargo, el contenido normalizador de la medida debe favorecer un mayor compromiso entre el personal sanitario, que ha sido uno de los principales obstáculos para el cambio de concienciación social respecto al sujeto drogodependiente.

La atención al alcoholismo

Junto con la exigencia de la integración de la atención sanitaria en el Sistema Nacional de Salud, una de las más destacadas innovaciones aportadas por la Estrategia Nacional sobre Drogas se centra en la inclusión del alcoholismo dentro del marco genérico de las drogodependencias.

Tanta extrañeza como el caso anterior, nos lleva a pensar que, hasta el año 2000, el alcoholismo no hubiera sido considerado en igualdad de condiciones que la adicción a la heroína, a la cocaína o, ni tan siquiera, al consumo de cannabis.

«A la Sanidad Pública debe competirle abordar el problema del alcoholismo, sea como una actividad más de su programa de Higiene Mental, sea como una actividad separada si el problema tiene proporciones suficientes para justificarlo.» Esta cita, extraída del resumen que De la Cámara hacía sobre el Coloquio Europeo sobre la prevención y el tratamiento del alcoholismo, celebrado en Noordwijk (Holanda) en 1954¹⁶, parece tener hoy más vigencia que nunca.

Los datos registrados en 1999¹⁷ indican que, en ese año, 34.605 personas fueron atendidas en España por alcoholismo. Cierto es que el dato puede ser dudoso, si valoramos la tipología de los centros (en muchos casos, asociaciones de autoayuda) así como la no obligatoriedad de notificación que tienen las Comunidades Autónomas. Con todo, es ciertamente creíble que el número de enfermos en tratamiento sea muy superior al comunicado para ese mismo ejercicio.

Cuando menos, el volumen asistencial al que hace referencia la última Memoria del Plan Nacional sobre Drogas, así como la prevalencia conocida del abuso de alcohol en España, justifica sobradamente la necesidad de incluir este tipo de adicción en el contexto general de las drogodependencias.

En el año 2000, el 36% de los inicios de tratamiento registrados en la Comunidad Valenciana se debían al alcoholismo, porcentaje que solo era superado por el de adictos a opiáceos (43%) y duplicaba el de cocainómanos (16%). Si a los casos sin tratamiento previo nos remitimos, este porcentaje se elevaría hasta el 46% frente al 45% resultante de la suma de adictos a opiáceos y adictos a la cocaína.

La progresiva implantación de Unidades de Alcoholología o de Conductas Adictivas, en la Comunidad Valenciana, ha permitido que, si en 1997 solo el 41,79% de los alcohólicos eran atendidos en centros públicos —en su gran mayoría dependientes de los ayuntamientos y otras administraciones locales—, al concluir 1998 este porcentaje se elevaba hasta un 87,19%. De este modo, las ONG —fundamentalmente las asociaciones de ex alcohólicos— cubrirían otras necesidades, más relacionadas con la propia

rehabilitación social del enfermo y su familia, asumiendo la administración sanitaria su obligación asistencial.

Todo ello nos lleva a concluir la importancia de incluir la atención al alcoholismo. Atención que, a su vez, deberá estar integrada en el Sistema Nacional de Salud y complementada con el desarrollo de programas de detección precoz e intervención breve a los que hace referencia la Estrategia Nacional sobre Drogas.

La adecuación de los tratamientos con agonistas a las necesidades actuales

Consideraba éste como el tercer reto que se le presenta al sistema de asistencia español. Si queremos adaptar nuestros servicios a la demanda actual, debemos ir cerrando asignaturas pendientes con el pasado y, en este sentido, los tratamientos con agonistas precisan una normalización en sentido amplio.

El impresionante esfuerzo realizado en este sentido, desde 1996, ha permitido triplicar el número de pacientes en tratamiento con metadona hasta alcanzar la cifra de 72.236 en 1999¹⁷. Esta parece ser la causa más llamativa del descenso del consumo de heroína en nuestro país en los últimos cuatro años.

Los datos, siendo extremadamente positivos, deben advertirnos de las profundas modificaciones que precisa nuestro sistema. Los centros asistenciales no pueden seguir cumpliendo funciones propias de las oficinas de farmacia. Es preciso normalizar no solo la asistencia sanitaria sino, también, la dispensación farmacéutica de los agonistas opiáceos.

Es obvio que, lejos de mantener un modelo basado en la voluntariedad de las oficinas de farmacia, debe exigirse la comercialización obligada de aquellos preparados comerciales ya existentes. La cronicidad de la enfermedad debería favorecer la extensión de esto tratamientos, de manera normalizada al igual que cualquier otro tipo de medicación. Entendemos que, el debido control exigible a una medicación opiácea, no debe ser obstáculo para su dispensación en igualdad de condiciones que cualquier otro fármaco.

Finalmente, la utilidad terapéutica de otras sustancias, como la propia heroína, debe ser contrastada en nuestro país. Es preciso evitar posicionamientos *a priori* sobre la eficacia o ineficacia de esta sustancia. La aplicación del método científico, con el rigor exigible al mismo, puede ser un instrumento válido. Del mismo modo, un mayor grado de coordinación interautonómica en este tipo de asuntos, de elevada conflictividad, sería deseable. En todo caso, consideramos que es preciso evitar trabas a cualquier posible avance en esta materia.

Bibliografía

1. European Monitoring Center on Drugs and Drug Addiction. 2000 Extended Annual Report in the State of the Drugs Problem in the European Union. Lisbon: European Monitoring Center on Drugs and Drug Addiction; 2000.
2. United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (UNDCP). World Drug Report 2000. New York: Oxford University Press; 2000.
3. United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention. The National Drug Control Strategy: 1996. Washington, 1996.
4. World Health Organization. Approaches to treatment of substance abuse. Geneva, 1993.
5. American Society of Addiction Medicine. The impact of managed care on addiction treatment: a problem in need of solution. Arlington, VA (USA); 1999.
6. American Society of Addiction Medicine. Relationship between treatment and self help. Arlington, VA (USA): Public Policy Statements; 1997.
7. World Health Organization. Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia. 30º informe. OMS, Serie de Informes Técnicos 873. Ginebra, 1998.
8. Kaelber C, Nobel J. Procedures for assessing alcohol treatment needs. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Rockville (USA), 1982.
9. Godfrey, C. Assessing needs for alcohol services: guidance for purchasers. University of York: Center for Health Economics; 1993.
10. World Health Organization. Levels of cover for alcohol and drug problems: a sequential model. Geneva, 1991.
11. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. Normas de atención para el tratamiento de la dependencia de las drogas; 1999.
12. Roberts G, Obgorne A. Best Practices: Substance Abuse Treatment and Rehabilitation. Ottawa (Canada): Minister of Public Works and Government Services; 1999.
13. Crowe A, Reeves R. Treatment for Alcohol and other Drug Abuse: Opportunities for Coordination. Technical Assistance Publication Series, Nº 11. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Rockville (USA): Center for Substance Abuse Treatment; 1994.
14. Plan Nacional Sobre Drogas. Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior. Madrid, 2000.
15. Observatorio Español sobre Drogas. Informe Nº 4 (Marzo 2001). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior. Madrid, 2000.
16. Cámara JP De La. Alcoholismo: enseñanzas del coloquio europeo sobre la prevención y el tratamiento del alcoholismo. Madrid: Gráficas González. Madrid; 1954.
17. Plan Nacional Sobre Drogas. Memoria 1999. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior; 2000.