



trastornos adictivos

www.elsevier.es/ta



EDITORIAL

Normalización de la atención sanitaria al drogodependiente[☆]

Standardization of health care to the drug addict

Introducción

La actual configuración de las redes asistenciales para el tratamiento de las drogodependencias responde, en gran medida, a las decisiones que los responsables de la gestión de los servicios sanitarios adoptaron en los años ochenta.

La rapidez con la que emergieron y se extendieron los consumos de drogas en aquellos años, la gravedad de algunos problemas asociados al consumo de sustancias como la heroína (problemas sanitarios, sociales, de seguridad, etc.) y la creciente demanda por parte de los propios drogodependientes y sus familiares de servicios para su tratamiento obligaron a las diferentes Administraciones públicas a establecer respuestas inmediatas frente a un fenómeno nuevo que generaba una creciente alarma social y que llegó a ser considerado por los ciudadanos españoles, a mediados de los años ochenta, como el principal problema del país. Esta respuesta se concretó, en un primer momento, en la aprobación en 1985 del Plan Nacional sobre Drogas y, posteriormente, de los planes autonómicos sobre drogas.

La articulación de estructuras específicas para el abordaje del problema fue, probablemente, la única decisión posible en aquel contexto histórico, a pesar de que ello colisionaba con la apuesta por la integración y la normalización que preconizaba la recién promulgada Ley General de Sanidad. Distintos motivos contribuyeron a la adopción de esta decisión, si bien algunas comunidades autónomas (CC. AA.) optaron por soluciones más normalizadas:

- El carácter sociosanitario de un problema nuevo y complejo, que emergió con una gran intensidad en un brevísi-

mo período de tiempo y frente al cual no se identificaban estrategias claras para su abordaje.

- La enorme debilidad de los sistemas de salud de aquel tiempo, sobre todo en los servicios de atención primaria y en salud mental, que se mostraban incapaces de asumir nuevas demandas asistenciales.
- Los recelos (cuando no el abierto rechazo) de muchos profesionales para atender a unas personas que se asociaban claramente a la marginación, a las enfermedades infecciosas y a la violencia.
- La enorme presión social, mediática y política que instaba a la inmediatez en la búsqueda de soluciones al problema.

Además, la creación de redes específicas o autónomas es una respuesta clásica en la configuración de los sistemas de salud que cuenta con varios antecedentes históricos. En efecto, cuando emerge un nuevo problema de salud que desborda las posibilidades de intervención de los sistemas generalistas, se crean estructuras específicas al margen del sistema general de salud. Estas estructuras, cuando han alcanzado suficiente grado de madurez, son absorbidas o integradas en el sistema general. Así ha ocurrido, por ejemplo, con el abordaje de la tuberculosis o de la enfermedad mental.

Desde los años ochenta hasta el momento actual son muchos los cambios que han tenido lugar en el panorama asistencial de las drogodependencias en el conjunto de las CC. AA.:

- En los patrones de consumo, con un progresivo descenso de los de heroína y un incremento del de otras sustancias como la cocaína, el cannabis, las drogas de síntesis o el alcohol.

[☆]El presente texto se corresponde con la comparecencia realizada el 12 de abril de 2010 por el Dr. Víctor Pedreira Crespo ante la Ponencia sobre Sistemas de Tratamiento y Atención en Drogodependencia. Claves para el Futuro, constituida en el seno de la Comisión Mixta Congreso-Senado para el Estudio del Problema de las Drogas. Buena parte de las propuestas formuladas en la comparecencia fueron recogidas en el Informe de la Ponencia, publicado el 31 de mayo de 2011 en el Boletín Oficial de las Cortes Generales núm. 432. Dicho informe fue ratificado por el Senado (12/07/2011) y el Congreso de los Diputados (15/09/2011) por unanimidad de todos los grupos políticos. El texto de la comparecencia está basado en un informe previo, elaborado por los autores que se citan en el encabezamiento.

- En los perfiles de los consumidores, pasando de uno marginado, sin trabajo y con fuentes de ingresos relacionadas, sobre todo, con actividades marginales o delictivas, a un consumidor más integrado social, familiar y laboralmente, cuya fuente de ingresos proviene del trabajo o de la familia, mayoritariamente.
- En las demandas y necesidades planteadas por la población drogodependiente, en general, más exigentes y críticos con las prestaciones recibidas.
- En los problemas derivados del consumo, tanto a nivel social, con una disminución de los problemas judiciales, como a nivel sanitario, pasando de la patología infecciosa como principal complicación, a la patología mental o vascular.

Además, a lo largo de estos años se han producido otros cambios importantes que, de forma indirecta, afectan a la organización de las respuestas asistenciales. Algunos de estos cambios son los siguientes:

- En el propio sistema sanitario, en el sentido de un mayor desarrollo del mismo, tanto en la atención primaria como, sobre todo, en la atención a los problemas de salud mental. Paralelamente, se ha producido una mayor cualificación de sus profesionales para intervenir en el campo de las drogodependencias.
- En las actitudes y percepciones sociales frente a las drogas y a los drogodependientes. Estos cambios han conducido a una progresiva normalización y aceptación social de los consumos y de los consumidores, paralela a la disminución de los consumos de heroína y a la generalización de los llamados consumos recreativos. De este modo, fue quebrándose la asociación entre droga e inseguridad ciudadana, produciéndose un cambio de paradigma, desde la criminalidad a la normalización. Este cambio, que puede tener como elemento más negativo la reducción de la percepción del riesgo asociado al consumo, tiene de positivo su contribución a la disminución del rechazo y la marginación a los que, con tanta frecuencia, han estado sometidos los consumidores de drogas.

Esta nueva realidad, descrita aquí someramente, aconseja explorar nuevas vías de organización de las respuestas asistenciales, nuevas estrategias de abordaje del fenómeno de las drogodependencias desde la perspectiva de la normalización.

Normalización e integración

Además de los cambios señalados, la conceptualización de la drogodependencia como un problema de salud, y no como un problema moral o como un problema social, hizo que los modelos de atención basados en tales atribuciones causales, como son los modelos espiritualistas, existenciales, religiosos o socioculturales, hayan dado paso a los modelos integradores que consideran la drogodependencia como la consecuencia de la interacción de diversos factores de índole biológica, psicológica y social.

Al tratarse de enfermedades, lo lógico es que sea el sistema sanitario público el responsable de ofrecer la atención necesaria, en igualdad de condiciones, que a cualquier otra enfermedad. Así se recoge en la recomendación novena del

Acuerdo de la Comisión Mixta para el Estudio del Problema de las Drogas, relativo al Informe de la Ponencia para el estudio de los efectos nocivos de las drogas en la salud de los jóvenes: “El Sistema Nacional de Salud debe asumir la asistencia al drogodependiente en términos de igualdad y equidad con el resto de pacientes”. Del mismo modo, la Oficina de las Naciones Unidas para el Control de la Droga y la Prevención del Crimen también considera esencial la integración de los servicios de tratamiento y rehabilitación de drogodependientes en los sistemas sanitarios generales, rechazando la creación de redes paralelas o específicas.

Tanto entre los profesionales sanitarios (sobre todo, los que trabajan en el ámbito de las drogodependencias) como entre los responsables institucionales de los planes de drogas existe en nuestro país un amplio consenso sobre la pertinencia de normalizar e integrar las redes asistenciales específicas para el tratamiento de las drogodependencias en el sistema público de salud.

Prueba de ello es que en el Real Decreto 1911/99, de 17 de diciembre, por el que se aprueba la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008, que, recordemos, había sido aprobada con el consenso del conjunto de las CC. AA., se indica que: “En materia de asistencia a los enfermos drogodependientes, la principal apuesta radica en que ésta deberá realizarse a través del Sistema Nacional de Salud”. Y entre las principales metas de esta estrategia nacional, recientemente finalizada, se señalaba, como objetivo núm. 5: “Adecuar la red asistencial existente en las CC. AA. con el fin de adecuarla a las nuevas necesidades que plantea o pueda plantear el fenómeno. Esta adecuación debe mantener el impulso de integración y normalización de las redes asistenciales en los Sistemas Públicos de Salud...”.

Sin embargo, si analizamos la organización actual de las redes de atención a las drogodependencias en las distintas CC. AA., podemos comprobar con claridad que el objetivo de integración y normalización preconizado está lejos de ser alcanzado. Por ello, en la nueva Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016, vuelve a ser un objetivo para el área de asistencia e integración social, explicitando que: “Las características de la atención sanitaria al drogodependiente deben contemplar, como principios básicos... la atención normalizada desde los diferentes recursos sanitarios de la red asistencial pública...”.

Y es que, entre otros problemas, está el de los diferentes modos de entender los conceptos de “integración” y de “normalización”. Así, una misma realidad o forma de organización y funcionamiento de la actividad asistencial puede ser definida como normalizada o no normalizada, como integrada o no en la red general, en función de las distintas interpretaciones que unos y otros hagan de tales conceptos. Existe, por tanto, cierta ambigüedad al respecto. Quizá la mera dependencia orgánica de los centros de tratamiento de una unidad administrativa generalista, como puede ser la división de asistencia sanitaria, pueda ser suficiente para considerar “integrada” la red de asistencia al drogodependiente en el sistema sanitario general, pero para considerar “normalizada” la asistencia es necesario que los pacientes drogodependientes sigan los mismos circuitos y reciban la misma cartera de servicios que el resto de los pacientes del sistema sanitario.

Desafortunadamente, en la práctica, es habitual que el mero reconocimiento de la asistencia a las drogodependencias como una prestación del sistema sanitario público sea

suficiente para acreditar la integración, independientemente del modo en que sea prestada esa asistencia. Con frecuencia, la simple existencia de una norma legal que confiera el carácter integrado a los servicios de atención a los drogodependientes hace que esta red asistencial pase a considerarse, automáticamente, integrada en el sistema general, confundiendo la voluntad ordenadora con la realidad. Pero, verdaderamente, las disposiciones legales no son condición suficiente para transformar la realidad si bien, generalmente, son necesarias para lograrlo.

Parece obvio reconocer que, aun siendo un objetivo deseado, no resulta fácil hacer realidad el proceso de normalización e integración de la asistencia a las drogodependencias en el sistema sanitario general y equiparar los procesos asistenciales y las prestaciones a dispensar a los drogodependientes con los de otros problemas de salud.

Ventajas de la integración

En general, se considera que los modelos de atención integrados tienen, en relación con los modelos paralelos o específicos, las siguientes ventajas:

- Desestigmatizan a los pacientes drogodependientes atendidos al hacerlo en los mismos lugares que al resto de los pacientes.
- Normalizan la atención al tratarlos en igualdad de condiciones y a través de procesos asistenciales similares.
- Homogeneizan el funcionamiento y las prestaciones de los dispositivos asistenciales.
- Facilitan la detección e intervención precoz en atención primaria al considerar la drogodependencia como una enfermedad más.
- Mejoran, en general, la accesibilidad y aceptabilidad del tratamiento cuando este se lleva a cabo dentro del sistema público de atención.
- Facilitan la captación de personas con abuso de alcohol, cocaína o cannabis, por lo general, más integradas socialmente.
- Mejoran el diagnóstico y tratamiento de enfermedades infecciosas y de la patología dual.
- Facilitan la coordinación con otros servicios sanitarios al formar parte del mismo sistema.
- Optimizan y racionalizan el uso de los recursos existentes.
- Mejoran la calidad de la atención prestada.
- Ofrecen mayor seguridad y estabilidad laboral a los profesionales.

Dificultades y resistencias ante la integración

Los problemas a los que es necesario hacer frente a la hora de llevar a cabo un proceso de integración de los servicios de tratamiento de las drogodependencias en el sistema sanitario general son de muy diferente naturaleza y, entre ellos, se pueden señalar los siguientes:

La necesidad de definir el tipo de servicios de tratamiento a integrar

En algunas CC. AA., se ha optado por integrar tan solo los centros ambulatorios, pero quizá sea deseable definir pri-

mero el circuito asistencial necesario para la atención de las drogodependencias y, basándose en ello, decidir el tipo de dispositivos asistenciales a integrar.

Las dificultades de encaje y ubicación administrativa del personal que trabaja en redes paralelas de atención a drogodependientes

Este es, quizá, el problema más difícil de resolver ya que este personal suele tener dependencias diversas: administraciones locales y ONG, y las vías para conseguir la integración son necesariamente diferentes en cada caso.

La existencia de diferentes “culturas” con respecto al significado de las drogodependencias y de las estrategias de intervención

Y, sobre todo, las diferencias entre las filosofías dominantes en drogodependencias y los procedimientos y prácticas propios del sistema general de salud. Estas diferencias, en una primera etapa, pueden provocar conflictos y tensiones coyunturales que deben ser tenidos en cuenta para anticipar medidas tendentes a minimizarlos.

El miedo al cambio por parte de algunos profesionales que trabajan en las redes específicas por temor a la pérdida de identidad y a la especificidad del abordaje en drogodependencias

Tales temores, con frecuencia, son la expresión de la inseguridad que produce la confrontación con los profesionales de otros ámbitos de la salud que, a diferencia de lo que ocurre en la atención a las drogodependencias, disponen de una mayor sistematización en sus intervenciones que disminuye la variabilidad clínica. Es de destacar que similares temores los presentaron los profesionales de la salud mental cuando, hace ya más de una década, se integraron en el sistema sanitario general.

Las resistencias en el movimiento asociativo por la potencial pérdida de protagonismo o por temor a perder prestaciones con la integración

Es indudable que la existencia de redes paralelas, al tiempo que puede ser causa de marginación, ofrece con frecuencia algunas ventajas propias de la discriminación positiva. También es cierto que en tales redes el papel del tejido asociativo acostumbra a ser más importante que en el sistema sanitario general.

Las reservas y actitudes de rechazo de algunos profesionales del sistema público para implicarse en la atención de estos pacientes

Hay que reconocer que, a pesar de los cambios favorables en la percepción social de las drogodependencias experimentados en los últimos años, muchos profesionales del sistema sanitario todavía mantienen un importante número de

prejuicios y estereotipias negativos con respecto a los sujetos drogodependientes, que a veces cristalizan en actitudes de rechazo.

El desinterés de algunos gestores de las redes públicas por la integración

La existencia de otras prioridades, el temor al incremento de costes, las dificultades de encaje de ciertas profesiones inexistentes en el sistema sanitario (educadores, monitores, etc.) son, entre otros motivos, causa del desinterés general en asumir la atención a las drogodependencias.

La dificultad para encajar técnica y administrativamente los programas de prevención e incorporación social que, en principio, no se integran

Aunque, teóricamente, los programas de prevención podrían ser asumidos por los departamentos de salud pública y los programas de incorporación social por los de bienestar social, es cierto que hacerlo así conlleva algunos riesgos de pérdida de la potencia con la que, en la actualidad, se llevan a cabo las actuaciones en estos ámbitos al tener que competir con otras que también son competencia de esos departamentos. Por ello, quizá sea conveniente que, por el momento, tales actuaciones sean responsabilidad de una unidad administrativa específica si bien, en el futuro, es previsible que se suscite también la integración de las mismas.

Tipos de integración: integración funcional y orgánica

Integrar es, según la Real Academia Española, “hacer que alguien o algo pase a formar parte de un todo”.

En el proceso de integración conviene diferenciar la integración funcional de la integración orgánica o administrativa. Ambos tipos son, en realidad, partes complementarias de un verdadero proceso de integración efectiva de la atención y, al tiempo, pueden ser considerados como fases de ese proceso.

La integración funcional supone la integración de las prácticas profesionales y de las prestaciones, mientras que la integración orgánica supone la integración administrativa de los profesionales y de los recursos asistenciales. La integración funcional es un proceso que se consigue progresivamente, mientras que la integración orgánica es el fruto de un acto administrativo.

Veamos ahora cuáles son los objetivos de uno y otro tipo de integración y las acciones necesarias para alcanzarlos.

La integración funcional

Significa la adscripción funcional de los recursos asistenciales de la red de drogodependencias al órgano territorial correspondiente del sistema público de salud.

Los objetivos de esta integración son:

- Promover una cultura común que redefina las drogodependencias como verdaderas enfermedades.

- Ajustar las intervenciones a la evidencia científica (evitando los contenidos ideológicos) y a los procedimientos convencionales del sistema sanitario (valoración, diagnóstico clínico y tratamiento).
- Unificar la cartera de servicios y las prestaciones brindadas por estos dispositivos asistenciales y asimilarlas a las del conjunto del sistema sanitario.
- Coordinar mejor estos recursos con el resto de los dispositivos del sistema sanitario (particularmente, con atención primaria y con salud mental).

Las acciones para conseguir estos objetivos son, entre otras:

- Compartir la formación con otros profesionales del sistema sanitario, particularmente con los de salud mental.
- Fomentar la formación del personal de atención primaria y de salud mental en drogodependencias.
- Elaborar una cartera de servicios compatible y asimilable a la del sistema sanitario público.
- Aprobar un manual de procedimientos y protocolos de actuación que defina cómo se interviene y quién debe hacerlo en cada momento, similar al que se realiza en el sistema sanitario general.
- Utilizar agendas únicas e historias clínicas compartidas.
- Unificar los sistemas de información con el resto del sistema sanitario.

La integración orgánica

Significa la adscripción administrativa de los servicios y del personal al sistema público de salud.

- El objetivo básico de este tipo de integración es la gestión directa de los recursos asistenciales, incluyendo tanto los recursos materiales (locales y equipamiento) como los recursos humanos.
- La acción para conseguirlo es, únicamente, una decisión política y administrativa al respecto.

Las estrategias para alcanzar una integración total

Para conseguir una integración efectiva existen, básicamente, dos caminos:

- 1) Ir primero a una integración funcional y, una vez alcanzada, llevar a cabo, a medio plazo, la integración administrativa.
- 2) Hacer realidad en primer lugar la integración administrativa y, desde allí, iniciar el proceso de integración funcional.

La primera opción tiene las siguientes ventajas:

- Considera clave la integración funcional y reconoce que no es una mera consecuencia de un acto administrativo, sino el resultado de un proceso de convergencia que requiere algún tiempo para conseguirlo.
- Permite adelantarse a los posibles problemas de tipo administrativo que la integración orgánica puede plantear y, consecuentemente, tomar las decisiones oportunas para minimizarlos.

- Al final de este proceso, la integración administrativa sirve para “sancionar”, de algún modo, la “normalidad” previamente alcanzada.

La segunda opción, si bien puede verse como más arriesgada, tiene la ventaja de acelerar el ritmo del proceso.

Niveles de la integración: atención primaria y especializada

Una cuestión de la máxima importancia es decidir en qué nivel de la atención sanitaria queremos integrar la atención al drogodependiente: en el nivel de la atención primaria o en el de la atención especializada.

Atención primaria

Los que apoyan que la integración se realice en este nivel del sistema sanitario aportan como argumentos los siguientes:

- Estaría justificado por la elevada prevalencia de las dependencias.
- Permitiría una mejor coordinación con los equipos de atención primaria.
- Contribuiría a una mayor “normalización” social del drogodependiente.
- Mejoraría la accesibilidad de pacientes con dependencias “legales”.
- Facilitaría la integración de médicos y psicólogos no especialistas.

Atención especializada

Los argumentos a favor de esta opción serían, entre otros:

- Las unidades de atención al drogodependiente son recursos asistenciales especializados.
- Existe una larga tradición del tratamiento del alcoholismo en este nivel asistencial.
- Facilita la coordinación con otros recursos especializados, sobre todo de salud mental.

Los que apoyan esta opción consideran, además que, dentro del nivel especializado, la integración debe hacerse, en concreto, en los servicios de salud mental como unidades especializadas en conductas adictivas. Los motivos serían los siguientes:

- Las adicciones son problemas de salud mental y, por ello, en todos los sistemas internacionales de clasificación de las enfermedades, están incluidas en el capítulo de los “trastornos mentales y del comportamiento”.
- La elevada y creciente prevalencia de los “trastornos duales”, que precisan para su atención, tratamientos integrales y una relación muy estrecha entre las unidades especializadas en adicciones y las unidades de salud mental.
- El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud sitúa la atención a las drogodependencias en el apartado específico de “atención a la salud mental”.

- Entre los objetivos y recomendaciones de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud se incluye la de: “garantizar la atención integrada a la problemática de las drogodependencias dentro de la salud mental”.

Hacia una atención integrada de calidad

La integración de la atención al drogodependiente en el sistema sanitario general no debe poner en riesgo ninguno de los logros alcanzados en los últimos años en la calidad y accesibilidad a una atención especializada. Es necesario, por tanto, garantizar la especialización de las intervenciones y la fácil accesibilidad, que deben constituir objetivos irrenunciables de la integración.

Cartera de servicios

La cartera de servicios en el ámbito de las adicciones, en un sistema de atención integrado, debe garantizar la asistencia ambulatoria, hospitalaria, semirresidencial y residencial a todos los pacientes que lo precisen.

Entre otras, se garantizará el acceso de los pacientes y sus familias, en condiciones de gratuidad, a las siguientes prestaciones:

- Información, orientación y asesoramiento sobre las distintas posibilidades de tratamiento.
- Información sobre los recursos de los que dispone la red pública.
- Programa de desintoxicación.
- Programa de deshabituación.
- Evaluación médica, psicológica, psiquiátrica y social.
- Consulta médica.
- Consulta de enfermería.
- Atención psiquiátrica a los pacientes con patología dual.
- Tratamiento farmacológico: fármacos anti-*craving*, interdictores del alcohol, agonistas y antagonistas opiáceos, etc.
- Psicoterapia individual.
- Psicoterapia de pareja o de familia.
- Psicoterapia de grupo.
- Información y orientación sobre prestaciones sociales.
- Intervenciones individuales y grupales con familiares de pacientes.
- Distribución gratuita de jeringuillas y preservativos a los pacientes.
- Orientación a familiares de drogodependientes que no realizan tratamiento.
- Orientación a adolescentes consumidores de drogas y a sus familias.

Principios de actuación

Las acciones a desarrollar en el marco de una atención integrada deben estar guiadas por los siguientes principios de actuación:

- La asistencia a la personas con problemas derivados del uso de drogas deberá realizarse, preferentemente, en su ámbito comunitario, debiendo potenciarse su tratamiento en dispositivos y programas asistenciales de carácter ambulatorio.

- Todos los servicios de atención al drogodependiente funcionarán con criterios de profesionalidad, interdisciplinariedad, gratuidad, accesibilidad, voluntariedad y confidencialidad.
- La oferta terapéutica debe ser plural y diversificada con el fin de adaptarse a las características, necesidades y demandas de la población drogodependiente.
- Los servicios asistenciales deben ser accesibles, debiendo diseñar estrategias que les permitan ponerse en contacto con el mayor número posible de drogodependientes, incluidos aquellos que no se comunican con la red asistencial.
- El reconocimiento del principio de autonomía de los pacientes implica su derecho a elegir la modalidad terapéutica que desea realizar entre aquellas que estén indicadas, la voluntariedad para iniciar o abandonar el tratamiento, el tipo de tratamiento que desea realizar, el derecho a la información sobre las características del tratamiento al que está siendo sometido y a que le sea requerido el consentimiento informado cuando sea procedente.
- La atención a los drogodependientes tendrá como objetivos básicos la desintoxicación, la deshabituación, la reducción de riesgos, la disminución de daños y la mejora de las condiciones generales de salud y sociales de estas personas, además de su plena incorporación social.
- La reducción de la morbilidad asociada a los consumos de drogas se configura como un elemento central de la política asistencial. Para ello, y en el marco de las medidas destinadas a la protección de la salud pública, es preciso potenciar estrategias dirigidas a la prevención de conductas de riesgo y a la disminución de daños entre los consumidores de drogas.
- La evaluación permanente de la calidad de los procesos y resultados de los diferentes servicios y programas asistenciales es una actividad esencial para mejorar la calidad de dicha atención, facilitando el proceso de planificación y la gestión de los servicios.

Conclusiones

- 1) La integración, tanto funcional como administrativa, no es solo un proceso deseable, sino además viable, como lo

demuestran las experiencias llevadas a cabo en algunas CC. AA.

- 2) La integración de la red de drogas no significa, en ningún caso, la desespecialización de la atención a los pacientes drogodependientes ya que los dispositivos asistenciales persistirán como recursos especializados en drogodependencias formando parte de la red sanitaria general.
- 3) La integración debe realizarse de manera secuencial, comenzando por la integración funcional para, en el medio plazo, iniciar la integración orgánica, una vez alcanzados los objetivos normalizadores de la primera fase. Hacerlo así permite, además, ganar tiempo para articular fórmulas que posibiliten la incorporación a la Administración autonómica del personal de la red de drogodependencias.
- 4) Debe asumirse que la integración de los servicios asistenciales en el sistema sanitario general, además de grandes ventajas y nuevas posibilidades, comportará también algunas dificultades y, quizá, algunos costes adicionales a los que habrá que hacer frente.
- 5) La integración que se propone no afectaría, al menos inicialmente, a los programas de prevención y de incorporación social, que continuarían gestionados por la unidad administrativa responsable del plan autonómico sobre drogas correspondiente.

V. Pedreira Crespo
Jefe del Servicio de Psiquiatría.
Complejo Hospitalario de Pontevedra.
Pontevedra. España.

L. Sánchez Pardo
Director Técnico.
Consultoría, Estudios y Gestión de Proyectos.
España.

I. Carrera Machado
Psiquiatra.
Asociación Ciudadana de Lucha Contra la Droga.
La Coruña. España.