

## Opinión

### **¿Existe un abordaje asistencial de las drogodependencias en la Comunidad Valenciana**

MANUEL SANCHIS FORTEA

Médico Jefe Clínico. Unidad de Desintoxicación. Hospital Psiquiátrico de Bétera. Valencia.

Cuando a finales de los años ochenta, y ya desde un marco legislativo y normativo desarrollado en materia de drogodependencias, tanto a nivel estatal como autonómico, publiqué un artículo sobre este mismo tema, creía que tras varios años de experiencia habíamos llegado, al menos, a un enfoque racional de las actuaciones asistenciales; no voy a entrar en las otras facetas de intervención global en la reducción de la demanda, como la prevención, los sistemas de información, la inserción/reinserción social de los pacientes, etc...; pero repasando notas para este trabajo, mi desilusión ha sido mayúscula.

Las carencias reseñadas entonces, en el ámbito asistencia, no sólo no han sido subsanadas, sino que han aumentado en progresión regresiva a niveles absolutamente injustificables desde la mejora de la salud pública.

Los datos epidemiológicos sobre las tendencias de prevalencia en el consumo de drogas facilitados por el Sistema Autonómico Valenciano de Información sobre Toxicomanías (SAVIT), los indicadores que miden las repercusiones socio-económicas y de salud, aquellos que reflejan los procedentes del tráfico ilícito de sustancias, y los que recogen la agudización de la conciencia social en relación con la asistencia al drogodependiente, exigen, considero una vez más, la implementación por parte de la Administración de un conjunto de medidas que corrijan la actual, como después analizaremos, desorganización asistencial.

En este contexto, las propuestas y medidas que en su momento expuse pueden constituir hoy en día, bajo mi punto de vista, elementos de reflexión que puedan servir de

debate para intentar paliar este grave problema social.

#### **ESTRATEGIAS TERAPEUTICAS**

La complejidad estructural en el abordaje de las drogodependencias, las múltiples modalidades de su tratamiento e incluso las controversias en la definición del problema, exige como primera medida la conceptualización de las drogodependencias como fenómeno biopsicosocial que trasciende el ámbito de lo puramente sanitario y que por tanto, intervienen en su génesis y en su desarrollo factores biológicos, psicológicos y sociales. Por consiguiente, el modelo asistencial más coherente y racional será aquel que contemple estos tres aspectos en la atención multidisciplinaria e integral del paciente toxicómano.

Las peculiaridades epidemiológicas de las toxicomanías en la Comunidad Valenciana y su distribución geográfica no homogénea, hacen patente que el sistema asistencial se configure de forma ágil y flexible, con estructuras organizativas, que le permitan adaptarse a las posibles evoluciones en el devenir de las drogodependencias en nuestra Comunidad.

#### **SITUACION ACTUAL**

El análisis de la realidad actual en relación con la atención a los problemas de salud derivados del consumo de drogas en la Comunidad Valenciana nos hace objetivar las siguientes conclusiones:

a) Una serie de recursos asistenciales públicos, de dependencia administrativa e institucional diversa (Generalitat Valenciana, Diputaciones Provinciales, Municipios, Mancomunidades, etc...) sin ningun-

na coordinación entre los mismos en cuanto a unidad de fines, criterios asistenciales, información, etc...

b) Sin entrar en un estudio pormenorizado de los distintos modelos terapéuticos, bien de titularidad pública, de carácter privado con subvención administrativa o meramente particulares, coexisten en nuestra Comunidad al menos varios modelos asistenciales, en función de la asistencia prestada:

- Programas asistenciales basados en los Equipos de Salud Mental (E.S.M.), de enfoque psiquiátrico. Según el vigente Plan de Salud Mental de la Comunidad Valenciana, el campo de atención a las drogodependencias y alcoholismo no debe ser competencia estricta de estos equipos terapéuticos. De hecho, muchos E.S.M. se muestran reacios a atender a estos pacientes. Por otra parte, los enfermos toxicómanos manifiestan su rechazo al tener que compartir la consulta con los pacientes psiquiátricos.

- Programas municipales de Toxicomanías. Desarrollados a nivel municipal, con un modelo de intervención bio-psicosocial. Nacidos al amparo del Plan Nacional de Drogas y de los subsiguientes planes autonómicos. Su dependencia financiera de las distintas administraciones genera gran precariedad en su mantenimiento.

- Modelos de inspiración religiosa. Alguno de ellos con estrategias terapéuticas enmarcadas en la vigente legislación autonómica sobre la materia.

- Programas de autoayuda, que suplen en gran medida los déficits asistenciales públicos, sobre todo en los problemas de alcoholismo.

- Recursos privados, que suelen seguir un modelo asistencial propio, o bien basado en las directrices emanadas de sus fundadores.

- Otros modelos de difícil catalogación en virtud de sus variopintas intervenciones "asistenciales".

c) Desequilibrios territoriales de los recursos, con insuficiencia de prestación asistencial en determinadas áreas de salud y

solapamiento de las mismas en otro.

d) Ausencia total de planificación global y de programas de intervención sanitaria en toxicomanías.

e) Como antes especificábamos, el grado de implicación y motivación desde los dispositivos asistenciales públicos a las drogodependencias es muy variable, y con raras excepciones cabe afirmar que la existencia de los Equipos de Salud Mental no implican que desde los mismos se efectúe una asistencia especializada integral al paciente alcohólico y drogodependiente.

f) Actualmente sólo existen 16 camas para desintoxicación hospitalaria de toxicomanías ilegales en la Red Sanitaria Pública para tratamiento en la Comunidad Valenciana (8 en el Hospital Psiquiátrico de Bétera y 8 en el Hospital Clínico Universitario de Valencia), lo que genera listas de espera interminables. Los demás recursos se exponen posteriormente.

g) Los distintos centros o servicios que solicitaron autorización, con el objeto de acceder a las subvenciones públicas, no son menos de 120.

h) Todo lo cual implica que en los últimos años la agudización de los problemas socio-sanitarios secundarios al consumo de drogas ha engendrado la aparición de recursos no institucionales de asistencia a alcohólicos y drogodependientes que, patrocinados por entidades privadas o sin ánimo de lucro, están cubriendo una parte muy importante de las deficiencias de recursos públicos (Asociaciones de Alcohólicos Rehabilitados, O.N.Gs., Asociaciones de padres, etc...).

i) La aplicación de todo tipo de "técnicas", poca seriedad en las terapias, espontaneísmo, falta de profesionalidad y un largo etcétera, desgraciadamente suele acompañar a no pocas de las intervenciones.

j) Lo anterior motiva que la información sobre la asistencia, los criterios diagnósticos, las intervenciones sanitarias, etc... sean dispares y no suficientes para dar una imagen globalizadora del problema y, por lo tanto, no poder establecer adecuadamente

las prioridades sanitarias a través de una adecuada evaluación de lo realizado.

k) A su vez, la carencia de mecanismos de coordinación socio-sanitarios lleva consigo que las dispersas redes asistenciales actuales no puedan ser evaluadas en su conjunto y así como tampoco la eficacia y eficiencia de su funcionamiento, lo que implican entre otras cosas detectar insuficiencias y, consecuentemente, corregirlas.

l) Los pacientes alcohólicos y toxicómanos, así como en su contexto familiar y social en el que se desenvuelven, manifiestan una grave insatisfacción en el sistema actual de los servicios que prestan atención a las personas afectadas de esta patología.

### **PROPUESTA DE MODELO DE ASISTENCIA A LAS DROGODEPENDENCIAS EN LA COMUNIDAD VALENCIANA**

Ante los escasos y dispersos recursos asistenciales, así como de su dependencia institucional variada, se plantea la conveniencia de un nuevo modelo asistencial público, de forma ágil y flexible como exponíamos anteriormente, con estructuras organizativas adecuadas en función de la evolución de las drogodependencias en nuestra Comunidad para la atención de alcohólicos y drogodependientes.

El modelo general de atención adaptado a nuestra realidad autonómica, en cuanto a su aspecto asistencial, fundamenta su actuación conceptual en los siguientes puntos:

1. Oferta de una red de tratamiento integrada en el medio más próximo del hábitat del individuo.
2. Programas de alcoholismo y toxicomanías integrados en las redes normalizadas de atención a la salud.
3. Reconocimiento de la diversidad terapéutica de la drogodependencia en general.
4. Asimilación e integración de los recursos existentes con anterioridad.
5. Evaluación global de todos estos recursos asistenciales.

### **DEFINICION DE LOS DISPENSARIOS ASISTENCIALES**

Como antes especificábamos, es necesario e imprescindible disponer de un circuito asistencial único y coordinado para drogodependientes formado por equipos multidisciplinarios con formación especializada y adaptada al modelo de patología psico-orgánico-social que originan todas las drogas.

Este circuito debe incluirse en la Red Asistencial Sanitaria General y Especializada del Servicio Valenciano de Salud (S.V.S.), a través de las Unidades de Atención a Drogodependientes (en adelante U.A.D.), aprovechando y utilizando los servicios existentes así como la de disponer de los Servicios Sociales de Base.

Este Sistema Asistencial se compondría de los siguientes dispositivos:

a) Equipo de Atención primaria de los Centros de Salud del S.V.S.

b) Equipos multidisciplinarios especializados en drogodependientes y alcoholismo (U.A.D.) que actuarían como centros de referencia de todo el circuito asistencial del área sanitaria.

c) Unidades de Hospitalización o Desintoxicación Hospitalaria, Centros de día, Programas de Metadona y otros recursos en relación estrecha con los U.A.D.

d) Las actividades propias de rehabilitación y reinserción en Comunidades Terapéuticas, Centros Urbanos de Rehabilitación, Centros de día, etc... aunque no dependientes estrictamente del área sanitaria, así como aquellas Asociaciones (Voluntariado social, O.N.Gs., Asociaciones de ex-alcohólicos, etc...), deben coordinarse con el resto de dispositivos anteriormente mencionados.

### **DESCRIPCION DE LOS DISPOSITIVOS ASISTENCIALES**

#### *a) Equipos de Atención Primaria.*

En coordinación con los Servicios Sociales de Base, asumen las funciones de enfoque inicial del problema, atención sanitaria si es factible, asesoramiento y posible derivación a otros recursos.

En estos Equipos es donde se produce obligatoriamente la primera conexión del paciente con el sistema, por lo que consideramos imprescindible efectuar acciones formativas en materia de drogodependencias, que sensibilicen a los profesionales de los mismos ante los problemas generados por el consumo de drogas, así como de su abordaje.

*b) Unidades de Atención a Drogodependientes (U.A.D.).*

Actuarían como Centros de referencia para la atención especializada en alcoholismo y toxicomanías. Su finalidad principal comporta información, organización, diagnóstico y tratamiento de los problemas psico-médico-sociales de las toxicomanías derivadas, a ser posible desde atención primaria.

Dicho equipo debe estar formado por personal multidisciplinario, especializado en drogodependencias que trabaje íntegramente en equipo en todo el proceso terapéutico.

Deben componerlo mínimamente: un médico con experiencia en drogodependencias, un psicólogo y un trabajador social, en función de la compleja asociación de la patología que presentan estos pacientes. Ello se complementará con personal procedente de Asociaciones de Autoayuda (O.N.Gs., voluntariado social, asociaciones, etc...).

Respecto de las funciones a llevar a cabo por estos equipos, consideramos las siguientes:

- Diagnóstico y evaluación de los casos remitidos.
- Desintoxicación ambulatoria.
- Planificación del proceso terapéutico.
- Apoyo a los Equipos de Atención Primaria y Sociales de Base, así como la utilización de éstos para el adecuado seguimiento de los pacientes.
- Asesoramiento y control terapéutico.
- Terapia específica individual, grupal y familiar de las toxicomanías.

- Programas de prevención comunitarios, prevención escolar, formación de técnicos y profesionales de salud, educación sanitaria, etc...

- Controles y seguimientos de dependientes a opiáceos en programas de mantenimiento con Metadona. Posibilidad de dispensar la misma a los pacientes de su área sanitaria de cobertura.

- Apoyo a las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria, Comunidades Terapéuticas, y Centros de Rehabilitación de su área de salud.

La ubicación correspondería a las siguientes localidades de nuestra geografía:

1 equipo completo, ubicado en Vina-roz; 2 equipos completos en Castellón Capital; 1 equipo completo en Burriana; 1 equipo completo en Sagunto; 1 equipo completo en Burjasot; 1 equipo completo en Requena; 1 equipo completo en Manises; 1 equipo completo en Torrente, con posible ampliación en la zona de Aldaya; 4 equipos a ubicar en las zonas de Fuente San Luis, Jesús-Patraix, Campanar-Benicalap y Marítimo (Valencia capital); 1 equipo completo en Alcira; 1 equipo completo en Gandía; 1 equipo completo en Xátiva; 1 equipo completo en Denia; 1 equipo completo en Vila-Joiosa o Benidorm; 1 equipo completo en Alcoy; 1 equipo completo en Elda; 2 equipos completos en Alicante; 1 equipo completo en Elche y 1 equipo completo en Orihuela o Torreveja.

Es imprescindible recordar que esta distribución es orientativa y pasa, como referíamos, por la asimilación e integración de los recursos existentes en la actualidad, tanto los de dependencia de la Administración Local como de la Administración Autonómica y la creación de más U.A.D., si fueran necesaria.

El usuario llegará a estos Centros por derivación de los Servicios de Atención Primaria, Unidades de Desintoxicación, Centros de Rehabilitación, Servicios Sociales Municipales o por iniciativa propia.

*c) Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (U.D.H.).*

Son dispositivos especializados en el aspecto médico, psiquiátrico y psicológico, destinados al tratamiento de las complicaciones psico-orgánicas que generan la adicción. En las mismas se efectúan tratamientos en los casos indicados que eviten la aparición del síndrome de abstinencia.

Creemos conveniente su ubicación en algunos hospitales generales referenciales de las áreas de salud y con camas para la desintoxicación de alcohólicos y drogodependientes.

Funcionalmente deben estar interconexiónadas con los servicios de medicina interna y psiquiatría de los hospitales generales.

Actualmente existe una evidente carencia de las mismas, por cuanto sólo se dispone de la Unidad de Desintoxicación del Hospital Clínico de Valencia que consta de 8 camas para la desintoxicación de toxicomanías que cubre las necesidades de toda la Comunidad; la ubicada en el Hospital Psiquiátrico de Bétera con 8 camas para toxicomanías y 12 para pacientes alcohólicos; y la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria para pacientes alcohólicos en el Hospital Psiquiátrico Provincial de Alicante con 20 camas, por lo que creemos conveniente la creación de dos Unidades más en la Provincia de Valencia, una en Castellón y otra en Alicante.

*c.1.) Comunidades Terapéuticas.*

Son recursos de rehabilitación especializados y de estancia prolongada, que deben estar conexiónados al sistema sanitario.

La oferta pública actual es la siguiente:

- Comunidad Terapéutica "Els Reiets" (Alicante) con 30 camas, dependiente de la Consellería de Trabajo y Asuntos Sociales.

- Comunidad Terapéutica "Balsa Blanca" (Enguera) con 20 camas y dependiente del Ayuntamiento de Catarroja.

- Comunidad Terapéutica "Los Vientos" (Requena) con 25 camas, gestionada por una empresa privada y dependiente de la Consellería de Trabajo y Asuntos Sociales.

Creemos conveniente la creación de tres Unidades más en la Comunidad Valenciana.

*c.2.) Centros de Día.*

Orientados a drogodependientes en los cuales no es aconsejable su separación del medio o que presenten un soporte socio-familiar adecuado. A todas luces es insuficiente el número de la oferta pública. Como el recurso anterior, no es estrictamente sanitario, por lo que debería valorarse la posibilidad de efectuar la creación de los necesarios en conexión con los Servicios Sociales de Base.

*c.3.) Programas de mantenimiento con Metadona.*

Actualmente sólo tienen cobertura asistencial las ciudades de Valencia y Alicante, con la consiguiente masificación y problemas de orden público. No existe ningún centro de dispensación de Metadona en la provincia de Castellón.

**COORDINACION DE LOS DISPOSITIVOS ASISTENCIALES**

La asistencia a personas alcohólicas y drogodependientes deberá estar coordinada con las estructuras socio-sanitarias del Area de Salud.

Los profesionales de las U.A.D. y de todos los demás que participen en el proceso deberán actuar de forma conjunta, a fin de mejorar los programas asistenciales, evaluar resultados y elaborar una unidad de criterios operativos eficaces. A tal efecto, creemos conveniente la creación de Comisiones técnicas territoriales.

La coordinación de todos los dispositivos asistenciales se efectuará por la Comisión de Coordinación de Atención y Prevención de la Drogodependencia o a través de la estructura institucional que se considere.

Es conveniente el establecimiento de cooperación y colaboración mútua con las

Asociaciones de autoayuda que existan en la Comunidad, con el objeto de potenciar el trabajo de rehabilitación y reinserción que en ella se realice.

### **EVALUACION, SEGUIMIENTO Y CRITERIOS DE ACTUACION**

La asistencia a los alcohólicos y drogodependientes se prestará de acuerdo a programas generales diversos y mediante la elaboración de protocolos.

Los programas a desarrollar pueden ser los siguientes: desintoxicación, deshabitación, promoción y protección de la salud en materia de drogodependencias, investigación y docencia, y evaluación y seguimiento de las actividades y programas.

Dentro de los diferentes programas terapéuticos, se elaborarán protocolos de actuación para cada actividad; éstos incluirán las diferentes modalidades de tratamiento con las condiciones para iniciar cada uno de ellos la actuación terapéutica a seguir, las pautas farmacológicas, duración de los tratamientos y alternativas ante los fracasos.

Los programas de promoción y protección de la salud deben pasar por mejorar la información de los ciudadanos de los temas de drogodependencias, prevención primaria del uso de drogas, apoyando a los grupos e instituciones responsables de A. P., prevención escolar, ciudadana, etc.

Las investigaciones en drogodependencias deberán fomentar la investigación en relación con el trabajo asistencial, epidemiológico, clínico, etc... para mejorar los conocimientos y la calidad asistencial.

La docencia recogerá las actividades a realizar para mejorar la formación en materia de drogodependencias de Atención primaria, estudiantes de profesiones sociosanitarias y especialistas en formación (MIR, FIR, etc...), investigadores, etc.

La potenciación del actual Sistema Autonómico de Información sobre Toxicomanías es imprescindible, así como el establecimiento de un registro acumulativo de casos para evitar las duplicidades en los actos asistenciales, y la responsabilización de cada uno de los equipos de los pacientes de su área de referencia.

Con este sistema de información, la red asistencial puede ser evaluada en su conjunto, fijar criterios de evaluación y planificar las necesidades que se vayan planteando en temas de alcoholismo y drogodependencias.

Por último, es importante referirse al asociacionismo en el proceso global terapéutico de los drogodependientes. Estas Asociaciones promueven la sensibilización social en el problema, facilitan la reinserción a través del refuerzo de grupo o la movilización de recursos de la propia sociedad. Por todo lo cual creemos conveniente el apoyo institucional a las mismas.

### **MEDIDAS PROVISIONALES**

Con independencia del modelo propuesto y ante la demanda social en esta materia, consideramos que en los aspectos socio-sanitarios y con carácter de urgencia, se deberían adoptar las siguientes medidas:

1. Creación de tres centros sociosanitarios públicos, específicos en la atención contra las drogodependencias, abiertos permanentemente para aquellos casos que requieran una asistencia inmediata y ubicados en las ciudades de Valencia, Castellón y Alicante.

2. Creación de tres establecimientos socio-sanitarios de desintoxicación hospitalaria, ubicados en Valencia, Castellón y Alicante.

3. Extensión del tratamiento con sustitutivos opiáceos (metadona) a las tres provincias.

4. Creación de tres nuevos centros residenciales (Comunidades Terapéuticas) públicos en la Comunidad Valenciana.

5. Creación de centros de día interrelacionados con los recursos sociales municipales.

6. Hasta la puesta en marcha del nuevo modelo asistencial, los presentes centros o servicios sanitarios y sociales públicos se mantendrán como actualmente.

7. Incremento de la colaboración con las ONGs. y demás instituciones sin ánimo de lucro.