

MODELO DE ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS EN LA PROVINCIA DE CORDOBA

**RED NORMALIZADA DE ATENCIÓN
DESDE LOS CENTROS DE SALUD.**



INTRODUCCIÓN:

Como recoge el **I PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS Y ADICCIONES**, históricamente cada sociedad ha ido integrando y aceptando el consumo de determinadas drogas (alcohol, tabaco, etc.); así como, que el abuso de determinadas sustancias supone un gran problema social y humano que repercute en el número de delitos, accidentes laborales y de tráfico, malos tratos, enfermedades de transmisión y exclusión social.

Recorrido histórico.

En la década de los 70 se produjo en España la rápida expansión de una forma de toxicomanía centrada prioritariamente en el consumo de heroína por vía intravenosa lo que produjo una gran alarma social por los problemas provocados en relación al aumento de la delincuencia, conflictividad familiar, así como un incremento de la prevalencia de ciertas patologías orgánicas y psíquicas asociadas al consumo.

PUNTO DE PARTIDA

- **Consumo de alcohol y tabaco culturalmente aceptado, sin ser considerado como problema preocupante.**
- **Aparición de alarma social ante el incremento del consumo de nuevas drogas y sobre todo por la aparición de la heroína con un consumo por vía parenteral.**
- **Asociación consumo de heroína con delincuencia (toxicómano/delincuente).**
- **Asociación del consumo de heroína con seguridad ciudadana.**
- **Actuaciones basadas en la represión y asistencia para sacar de las calles a los afectados.**
- **Consumo de cocaína preocupante aunque no tanto como se pronosticaba.**

Las dimensiones del fenómeno analizado a principios de los ochenta, desde una realidad tanto objetiva, aunque con dificultad debido a la relativa fiabilidad de las cifras, como subjetiva, en relación a la imagen e impresión que la población tenía del fenómeno desde el punto de vista sociológico como político, eran preocupantes.

Se contemplaba al consumo de alcohol como el problema más preocupante en nuestra comunidad dentro de las drogas legales, y al consumo de haschich, anfetaminas y heroína dentro de las drogas ilegales. Por sexos los hombres a mucha distancia de las

mujeres, representaban el mayor porcentaje de consumidores de drogas ilegales, estando la edad de dichos consumos entre los 15-24 años.

A esta realidad se le venía dando respuesta fundamentalmente, desde la iniciativa privada a través de las asociaciones de alcohólicos rehabilitados, algunas asociaciones específicas en torno a toxicómanos dependientes de heroína, Cruz Roja Española o algunos servicios de alcoholismo que había en los dispensarios de psiquiatría. Centros que se mantenían por el esfuerzo ejemplar de sus miembros y con esporádicas subvenciones que recibían de diversas administraciones públicas.

LAS PRIMERAS RESPUESTAS

- **Iniciativa privada: Asociaciones de alcohólicos rehabilitados, algunas asociaciones específicas en torno a toxicómanos dependientes de heroína, Cruz Roja, etc.**
- **Iniciativa pública: Algunos servicios de alcoholismo que había en los dispensarios de psiquiatría.**
- **Todos ellos tenían en común: el esfuerzo ejemplar de sus miembros y el “subsistir” con esporádicas subvenciones que recibían de diversas administraciones públicas.**

Con el objeto de dar respuesta a esta situación descrita y tras un análisis pormenorizado del problema, se pone en marcha del I PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS Y EL I PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS. Este último fue aprobado en Abril de 1.985 mediante dos decretos: el Decreto 72/85 por el que se crea el Comisionado para la Droga en Andalucía, órgano encargado de la coordinación y la planificación; y el Decreto 73/85 por el que se crean los Centros Provinciales de Drogodependencias en convenio por las Diputaciones Provinciales. Estos se constituyen en el referente provincial, actuando funcionalmente como estructura periférica del Comisionado, con carácter de centros de tratamiento ambulatorio para el desarrollo de programas de prevención sobre el individuo, la sustancia y el contexto; de asistencia y de promoción social convirtiéndose en la puerta de entrada a todos los recursos y programas específicos en Drogodependencias.

En este mismo Decreto se crean los Patronatos Provinciales de Drogodependencias como órganos de participación social del Plan.

Modelo organizativo de actuación.

El modelo organizativo de actuación, parte de una atención provincializada con una centralización de los recursos en los Centros Provinciales de Drogodependencias. Estos Centros se convierten en la puerta de entrada para los recursos específicos que en materia de drogodependencias se habilitan. Se abordan las problemáticas desde planteamientos pasivos: demanda por los usuarios o derivación desde recursos sociales o sanitarios. El binomio atención-prevención es algo incuestionable desde la perspectiva de que quien atiende a pacientes es el más cualificado para intervenir en prevención, siendo los resultados en asistencia el mejor argumento para hablar.

Reseñar el papel de Atención Primaria de Salud, se les “invita a participar” atribuyéndole un papel que no asume al ser contemplados los pacientes con problemas de drogodependencias como “incómodos” del sistema primario de atención.

Es a partir de 1989, tras cuatro años de desarrollo del Iº Plan, cuando empiezan a visualizarse los primeros pasos de descentralización de la atención con la puesta en marcha de los Programas de Atención a las Drogodependencias en las Prisiones de la Comunidad Autónoma a través de un convenio con la Dirección General de Instituciones Penitenciarias lo que supone una aproximación de los recursos a personas con problemas de drogodependencias en situaciones especiales y la necesidad de coordinarse en las actuaciones entre los recursos de ambas instituciones.

LA DESCENTRALIZACION

- **1.988: Programa de atención a las drogodependencias en prisiones: aproximar el recurso, necesidad de coordinarse entre ambos sistemas.**
- **1.990: Programa especial de intervención sobre drogodependencias en barriadas de actuación preferente y zonas de alta incidencia: se crean los centros comarcales. Se le da participación a otras instituciones.**
- **1.990: Real Decreto 75 de 19 de Enero (modificado por R.D. 5/1.996 de 15 de Enero) sobre prescripción y dispensación de metadona: descentralización de la dispensación en los centros de salud. Necesidad de coordinarse.**
- **DESTACAR EL PAPEL DEL TRATAMIENTO CON METADONA COMO DINAMIZADOR DE LA PARTICIPACION DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD EN LA ATENCION A LOS DROGODEPENDIENTES**

Mas tarde esta misma tendencia se plasma en al puesta en marcha de los Programas Especiales de intervención en drogodependencias en barriadas de actuación preferente y zonas de alta incidencia en dicha problemática lo que permite crear los Centros Comarcales de Drogodependencias (1999).

Otro hecho importante surge a raíz de la publicación del Real Decreto 75/1990 de 19 de Enero, modificado posteriormente por el Real Decreto 5/1996 de 15 de Enero sobre prescripción y dispensación de metadona. Esto supuso la descentralización de la dispensación en los Centros de Salud y a la vez dinamizador de la participación de Atención Primaria en la atención a los enfermos afectados de toxicomanías, así como la necesidad de coordinarse para darle una mejor repuesta.

En 1.997 se aprueba la Ley 4/1.997 de 9 de Julio de Prevención y Asistencia en materia de Drogas de Andalucía, y en 1.998 se crea la Fundación Andaluza de Atención a las Drogodependencias como elementos importante dentro del modelo.

A pesar de los pasos que se venían dando, la percepción que se mantiene sobre la estructura organizativa en la atención a las drogodependencias era que todos los recursos seguían centralizados en los Centros Provinciales y que la toma de decisiones se seguían haciendo única y exclusivamente desde estos lo que suponía una nula participación del resto de los recursos en la planificación y el desarrollo de las actividades.

Como conclusión hasta este momento, entre otras, tendríamos:

-En primer lugar, que el sistema de atención a las drogodependencias se contemplaba como algo excepcional y por ello al margen de los sistemas de atención normalizados y básicos.

-En segundo lugar que el modelo de intervención multidisciplinar se fundamenta sobre todo en el proceso de atención y no en el individuo.

-En tercer lugar que la captación de pacientes permite la aproximación de estos a los recursos.

UN CAMBIO REFERENCIAL:

La aprobación en 1.999 de la Estrategia Nacional sobre Drogas para el periodo 2.000-2.008 y la aprobación en 2.002 del Decreto 209/2.002 de 23 de Julio por el que se pone en marcha el II PLAN ANDALUZ SOBRE DROGAS Y ADICCIONES, permiten un cambio referencial respecto a las Delegaciones Provinciales de la Consejería de Igualdad y Bienestar Social convirtiéndose estas en el órgano administrativo de representación provincial del Comisionado en materia de Drogas y Adicciones y el encargado de la coordinación y la gestión de los programas a nivel provincial.

El IIº Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones establece como principios básicos, entre otros, el de la normalización e integración mediante la utilización de los cauces que la sociedad establece para satisfacer las necesidades sociales y culturales, respetando el medio familiar, el entorno social y el derecho a la diferencia, así como el de descentralización mediante el progresivo desplazamiento de la gestión de los recursos hacia los órganos e instituciones más próximas al usuario/a.

Como hechos diferenciales en Córdoba hay que destacar en primer lugar, que es el Instituto Provincial de Bienestar Social, órgano autónomo de la Diputación de

Córdoba el encargado de la gestión de los Servicios Sociales Comunitarios en municipios de menos de 20.000 habitantes y de la atención a las Drogodependencias y Adicciones en la totalidad de los Municipios de la Provincia. La integración de los recursos tanto comunitarios como especializados, en base al principio de racionalidad y unificación de la oferta que el propio Instituto de Bienestar Social hace. La descentralización y por ello la aproximación los recursos a través de la red de Centros de Salud consiguiendo una normalización en la atención. La mayor implicación de los sistemas de protección y una potenciación de lo público como un derecho individual y gratuito de todos los/as ciudadanos/as.

Para ello se establece un Convenio entre la Delegación Provincial de Salud, la Delegación Provincial de Igualdad y Bienestar Social y el Instituto Provincial de Bienestar Social de la Diputación de Córdoba (24 de Julio de 2.002) para la atención a las drogodependencias y adicciones desde los Centros de Salud de la Provincia de Córdoba. En cuanto a los programas de Incorporación Social se establecen convenios con la FADA que unifican la oferta de recursos tanto asistenciales como de inclusión y en cuanto a los programas de prevención, es a partir de este año 2.005 cuando se transfieren las competencias al Instituto Provincial de Bienestar Social, coordinándose con la Delegación Provincial para la Igualdad y el Bienestar Social en materia de Ciudades ante las Drogas.

CAMBIOS INSTITUCIONAL EN CORDOBA

- -Instituto Provincial de Bienestar social, órgano autónomo de la Diputación, el encargado de la gestión de los Servicios Sociales y de la atención a las drogodependencias (2.002).
- -La Delegación Provincial de la Consejería de Igualdad y Bienestar social es el referente del Comisionado en materia de drogodependencias y adicciones a nivel provincial.
- -Convenio de 24 de Julio de 2.004 entre la Delegación Provincial de Salud, la Delegación Provincial de Igualdad y Bienestar social y la Diputación para la atención a las drogodependencias y adicciones desde los centros de salud del S.A.S. Mesa de coordinación para el seguimiento del convenio.
- -Convenio con F.A.D.A para el desarrollo de programas de incorporación social.
- -Transferencia de competencias en materia de prevención a partir de 2.005 al I.P.B.S por parte de la Delegación de Igualdad y Bienestar Social.

El cambio observado en la demanda asistencial revierte en la adecuación de los recursos y programas de la Red Asistencial con el objeto de ofrecer un mejor servicio

a la población usuaria de los mismos. La diversidad de perfiles de usuarios/as mas normalizados, las demandas por consumos de sustancias legales de manera importante, el descenso del consumo de heroína, las altas tasas de retención del tratamiento con metadona, y el mayor conocimiento de los problemas derivados del consumo, son datos que nos permiten introducir cambios y una reorientación de las actuaciones con el objeto de incrementar el grado de éxito del Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones.

El cambio de realidad social que ha experimentado el universo de las drogas, junto con las ventajas añadidas de lo realizado y lo aprendido durante estos años, nos permite plantear en Córdoba un nuevo modelo organizativo de atención a las drogodependencias y adicciones, que debe entenderse como fruto de un proceso evolutivo en la atención al problema de las drogodependencias y adicciones y de la concepción de las mismas por parte de la sociedad

LA NUEVA REALIDAD DE LA PROBLEMÁTICA DE DROGODEPENDENCIAS Y ADICCIONES:

En la situación descrita hemos pasado del “heroinocentrismo” a una atención basada en la “cotidianidad” en el mismo momento en que el modelo de consumo se centra en el policonsumo nucleándose en torno al alcohol y realizado fundamentalmente en la calle, con un mayor grado de normalización y de aceptación social y familiar de los consumidores. La mayor incorporación de chicas jóvenes al consumo de alcohol, la desaparición de los heroínómanos marginales propiciados por los tratamientos de metadona que son socialmente aceptados, los consumidores socialmente integrados y el incremento de la comorbilidad psiquiátrica (patología dual), así como un incremento importante de las demandas de atención por tabaquismo derivan en una mayor aceptación social de las drogodependencias como problema de salud. Esta situación se complementa con un perfil de pacientes con especiales necesidades sociosanitarias por ser pacientes en tratamiento con metadona de bajo umbral, que han “agotado” multitud de recursos, sobre todo de internamiento y sí con necesidades de cuidados básicos que se les presta a través de las viviendas de apoyo al tratamiento (VAT) y viviendas de apoyo a enfermos del SIDA (VAES).

EL NUEVO PERFIL

- Disminuye la prevalencia global del consumo de heroína con cambio en la vía de consumo pasando de la intravenosa a la inhalada.
- Aumento de la demanda de atención por consumo de cocaína.
- Discreto aumento o incluso descenso de la demanda de atención por drogas de síntesis o cannabis.
- Estabilización o leve incremento de la atención por consumo de alcohol.
- Demanda importante de la atención por consumo de tabaco por mayor aceptación como problema salud.
- Policonsumos recreativos centrados en el alcohol y realizados fundamentalmente en la calle.
- Mayor grado de normalización y de adaptación sociofamiliar de los consumidores.
- Mayor incorporación de chicas jóvenes al consumo de alcohol de manera importante.
- Desaparición de los “heroinómanos marginales” propiciado por los tratamientos con metadona que son muy aceptados socialmente.
- Consumidores parecen socialmente más integrados.
- ”Despreocupación” por la prevención de los consumos y sí más preocupación por la prevención de los daños.
- Comorbilidad: Patología dual.
- Actuaciones en la “cotidianidad”.
- Problemas tanto de salud pública como de salud social.

De igual manera, el modelo de atención ha ido evolucionando, pasando de la consideración del/la drogodependiente como beneficiario/a de los servicios sociales en lo que sería el paradigma social de atención, al paradigma de atención sanitario o más específicamente sociosanitario, el ser considerado como enfermo con necesidades sociales lo que está permitiendo dar pasos en la necesaria “reconciliación” entre la Red de Atención a las Drogodependencias y Salud, propiciada fundamentalmente por el abordaje que se le está prestando al tabaquismo ya no solo como problema de salud pública, sino como problema de salud individual y por el abordaje a la patología dual en lo que a salud mental se refiere.

3ª “REFLEXIÓN”: SITUACIÓN ACTUAL

- Del “heroinocentrismo” (Gamella 2007), a la atención de la “cotidianidad”.
- Consideración del drogodependiente como beneficiario de los servicios sociales: paradigma social, versus paradigma sanitario: drogodependiente como enfermo.
- “Reconciliación” entre drogodependencias y salud: del paradigma social al paradigma sanitario a través del abordaje del tabaquismo (PITA) y del abordaje de la patología dual (del Pozo. Trastornos Adictivos 2007). Paradigma sociosanitario.

En este mismo sentido indicar, que la realidad asistencial a nivel de Atención Primaria de Salud, en lo que a la problemática de drogodependencias y adicciones se refiere, según el estudio “Idoneidad de la presencia de los Equipos de Tratamiento Ambulatorio de Drogodependencia y Adicciones en los Centros de salud de Córdoba”, es que para los profesionales sanitarios el tabaquismo, los problemas relacionados con el alcohol, y trastornos por consumo de benzodiazepinas ocupan los primeros lugares como preocupaciones en materia de drogas en sus pacientes, seguidos de los problemas relacionados con el consumo de cocaína, el cannabis, la ludopatía como conducta adictiva, los problemas relacionados con la heroína y en último lugar los problemas relacionados con el consumos de drogas de diseño. (ver figura 1)

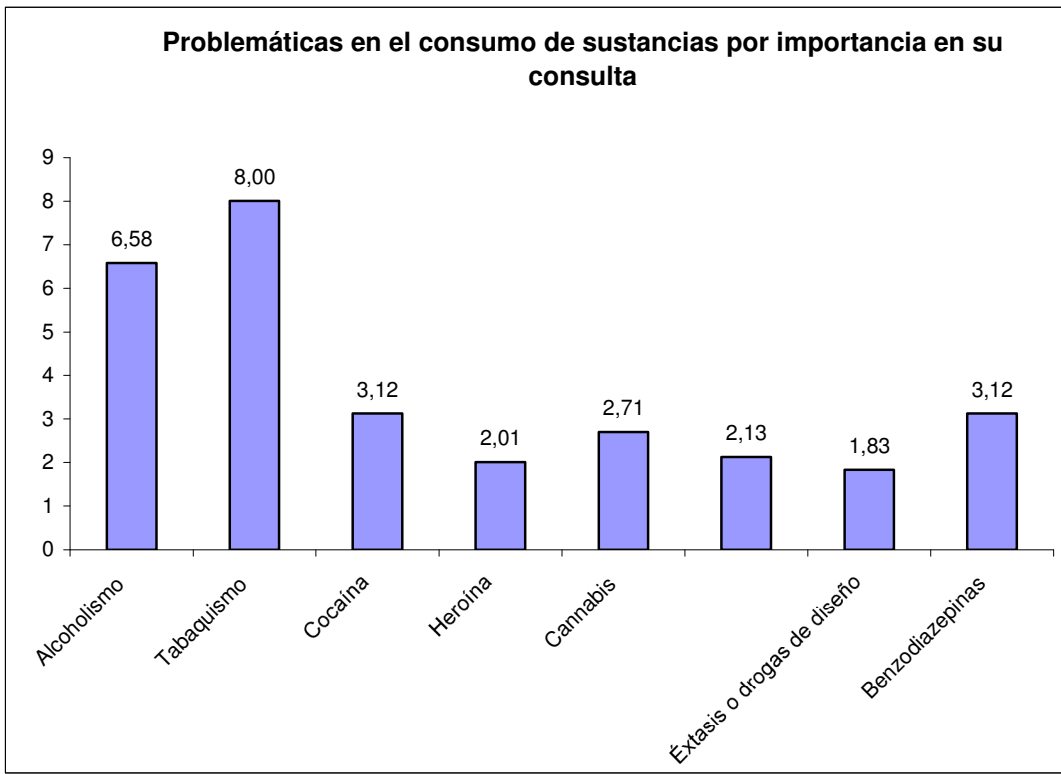


Figura 1

EL NIVEL ORGANIZATIVO:

El nivel organizativo se estructura desde el punto de vista funcional en base a las Áreas y Distritos Sanitarios existentes en Córdoba: el Area Sanitaria Norte y tres Distritos Sanitarios, así como con la distribución territorial de los Servicios Sociales Comunitarios en las ZTS(ver figura 2)

Zonas de Trabajo Social Comunitario:

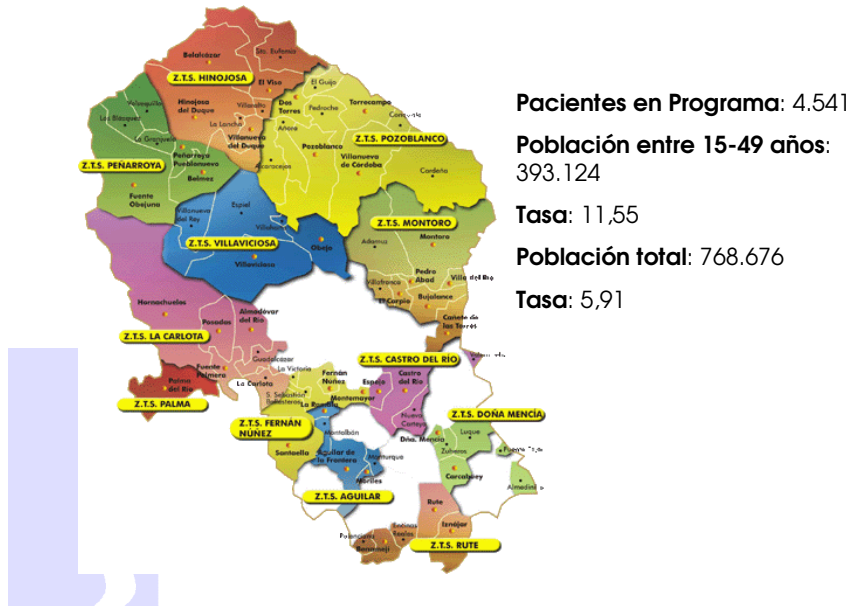


Figura 2

y así: en el Area Sanitaria Norte (ver figura 3)



Figura 3

se disponen de dos equipos de la Unidad de Drogas y Adicciones, uno situado en la Comarca del Alto Guadiato y otro en la Comarca del Valle de los Pedroches. En el Distrito Sanitario Guadalquivir (ver figura 4)

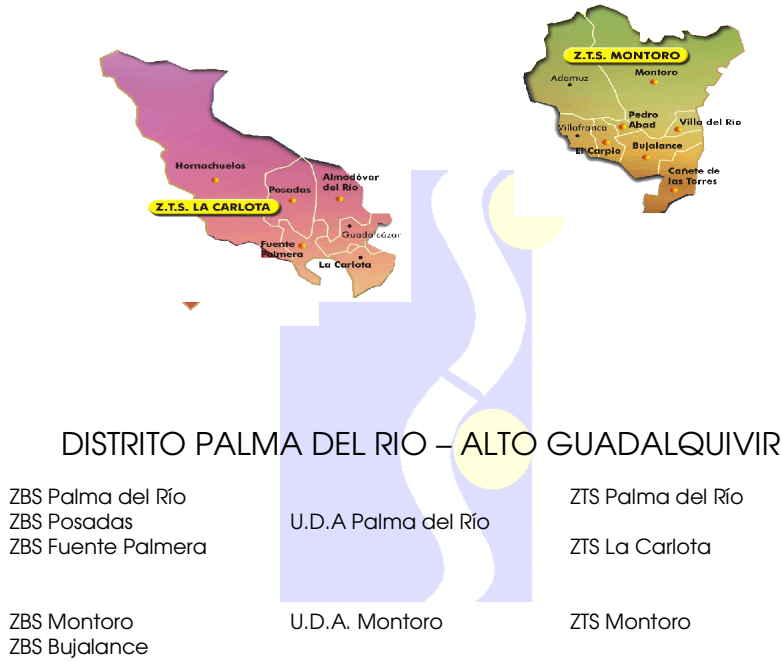


Figura 4

se disponen de dos equipos, uno en la Comarca de la Vega del Guadalquivir y otro en la Comarca del alto Guadalquivir. En el Distrito Sur (ver figura 5)

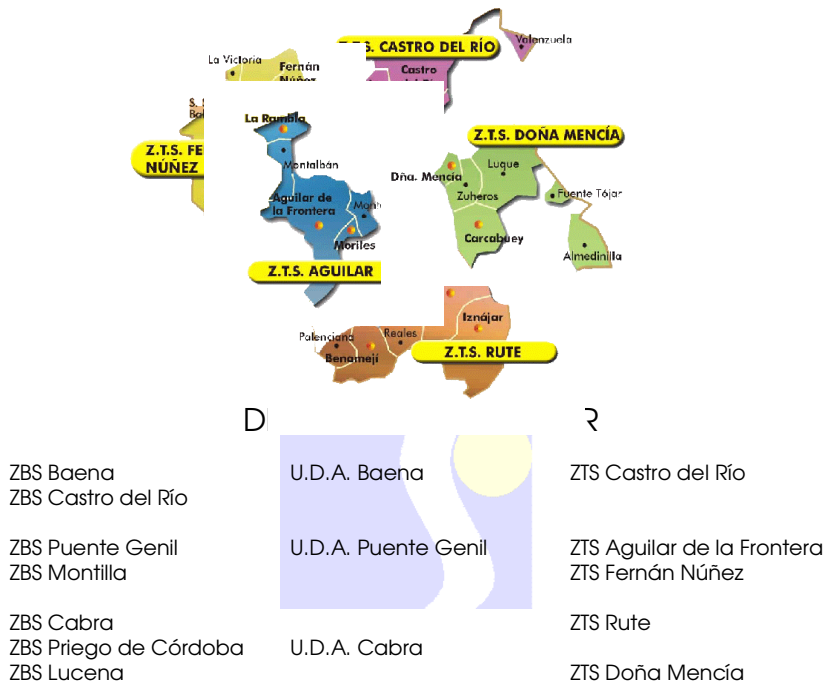


Figura 5



se disponen de cuatro equipos de la Unidad de Drogas y Adicciones, uno en la Campiña Sur, otro en la Comarca Guadajoz-Campiña Este, otro en la Comarca de la Subbética y otro que atiende a los pacientes de Montilla-La Rambla y Fernán Núñez. En el distrito Centro (ver figura 6)



Figura 6

se disponen de siete equipos distribuidos por los distintos centros de salud existentes: equipo de Azahara-Huerta de la Reina-Previsión, equipo Poniente-La Marina, equipo de Santa Rosa, equipo de Levante Sur- Fuensanta, equipo de levante Norte-Colón-Lucano, equipo de Sector Sur-Polígono Guadalquivir, equipo que atiende en la Prisión de Córdoba , así como los recursos provinciales como la UDR o el programa de atención a las drogodependencias en el Hospital Provincial cuya influencia es toda la provincia.

El modelo de coordinación se establece a través de la Comisión de Seguimiento de la que forman parte la Delegación Provincial para la Igualdad y el Bienestar Social, la delegación Provincial de salud y la Diputación de Córdoba a tres niveles: el interinstitucional donde estarían representados el Jefe de Programas de la Delegación Provincial de Salud, el Jefe de Servicio de la Delegación Provincial de Igualdad y Bienestar Social y el Gerente de Instituto Provincial de Bienestar Social, así como los Directores de Distrito. En un segundo nivel los directores de los Centros de Salud y el Coordinador asistencial de la Unidad de Drogas y Adicciones de Instituto Provincial de Bienestar Social y en un tercer nivel los profesionales sanitarios tanto de Atención Primaria de Salud como de los diferentes equipos de la Unidad de Drogas y Adicciones (Tabla 1)

COORDINACION

Comisión de Seguimiento	Delegado Provincial de Asuntos Sociales	Delegado Provincial de Salud	Diputada Provincial de Servicios Sociales
Interinstitucional	Responsable de Drogodependencias de la Delegación Provincial de Asuntos Sociales	Jefe de Programas	Gerente del Patronato Provincial de Servicios Sociales
Técnica		Directores Centros de Salud	Coordinador Asistencial de la U.D.A.
Básica		Equipos de A.P.S.	Técnicos de las U.D.A.

Tabla 1

HACIA UN MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE CON UN PROBLEMA DE DROGODEPENDENCIAS.

El modelo de Intervención Multidisciplinar como modelo propuesto en nuestro entorno para el abordaje de la problemática de drogodependencias y adicciones, encuentra su máximo sentido cuando en versión más específica hace referencia a la atención integral del paciente entendida como una intervención clínica coordinada, desde los puntos de referencia en materia sanitaria más próxima al ciudadano cuales son los Centros de Salud. Todo ello por ser la Atención Primaria de salud la encargada de la detección de las diferentes enfermedades, así como el seguimiento de las mismas una vez estabilizadas.

Permite además una intervención basada en el paciente y no tanto en el proceso; una mejor interrelación entre el terapeuta, el paciente y la familia en un contexto sociocultural propio; garantizando de una manera real la optimización de los recursos, la participación del paciente y la familia en la planificación y el diseño del proceso y en los objetivos, la normalización que permite huir de las estigmatizaciones, mayor accesibilidad (Tabla 2) y con la garantía de igualdad y universalidad sin discriminación alguna.

ACCESIBILIDAD EN CÓRDOBA

CTA CÓRDOBA	PUNTOS DE ATENCIÓN	DISTANCIA KM.	TIEMPO MINUTOS
CPD - MORERAS	Córdoba	0	0
VALLE DEL GUADIATO	Peñarroya	17	15
	Villaharta	18	16
GUADAJOZ – CAMPIÑA ESTE	Baena	13	13
	Castro	0	0
CAMPIÑA SUR	Puente Genil	17	15
	Montilla	12	11
VEGA DEL GUADALQUIVIR	Palma	0	0
	Posadas	10	8
	Fuente Palmera	0	0
	La Carlota	9	8
ALTO GUADALQUIVIR	Montoro	12	11
	Bujalance	7	11
SUBBÉTICA	Priego	7	8
	Cabra	15	13
	Lucena	24	19
PEDROCHES	Vva. de Córdoba	15	8
	Pozoblanco	13	14
	Hinojosa del Duque	8	8

Fuente: "Mapa de Centros de Tratamiento de drogodependencias de Andalucía."
Comisionado para las Drogodependencias de Andalucía (2003)

Tabla 2

VENTAJAS DE ESTE MODELO DE ORGANIZACIÓN RESPECTO AL ANTERIOR.

.

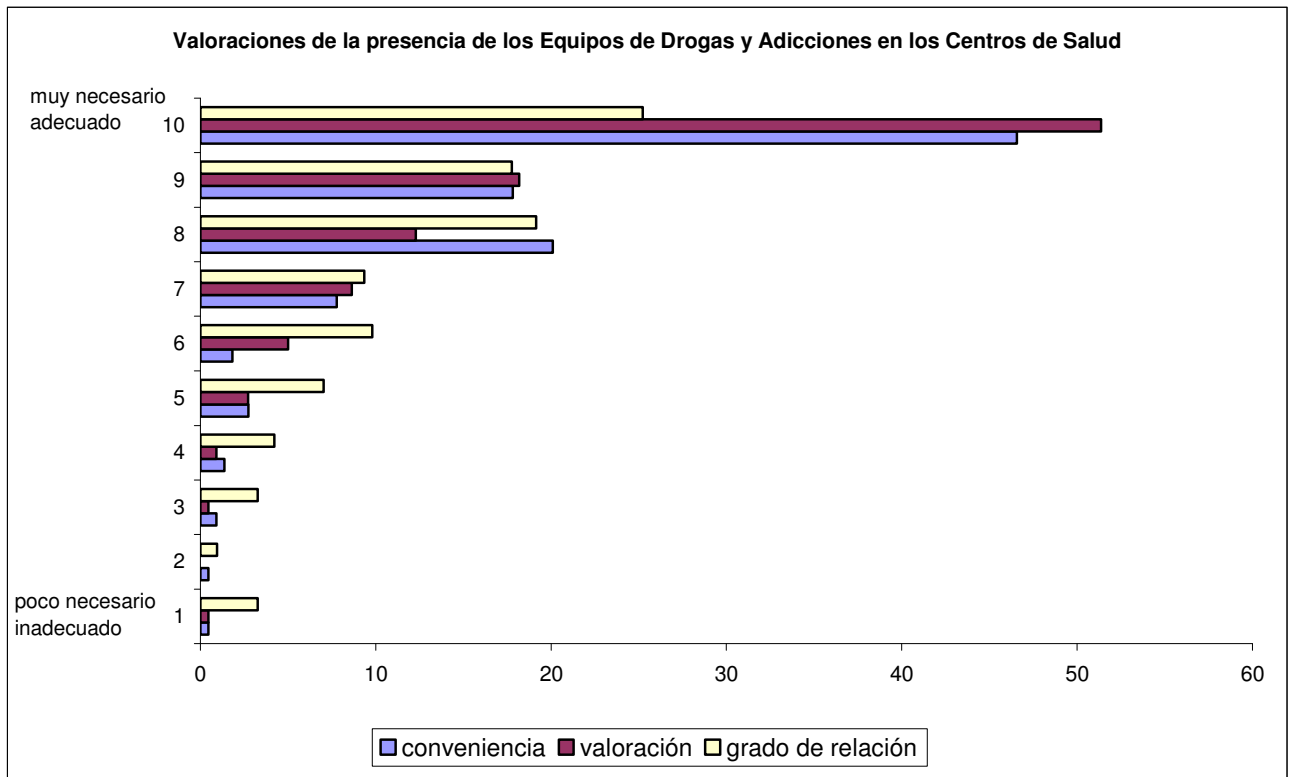


tabla 3

Las ventajas que este modelo organizativo ofrece respecto al anterior son:

- Se territorializa la atención en base al principio de equidad territorial tanto desde el punto de vista de Salud como de los Servicios Sociales Comunitarios. (ver distribución territorial de los recursos y su integración zonal)
- Se establecen canales de coordinación con Atención Primaria de salud y con los Servicios Sociales Comunitarios a nivel territorial y ello desde el conocimiento de los recursos de drogodependencias y adicciones que es del 96,0% entre los profesionales sanitarios, desde la consideración de ser necesaria la presencia de dichos recursos en el mismo espacio asistencial en un 84,5% (ver tabla 3), desde un mayor nivel de relación entre todos los profesionales con un 84,5 %, desde el mayor contacto con un 86,8% de los profesionales de salud, al acceder de manera fácil a los mismos siendo considerado esto por el 89,1%, y desde una adecuada relación siendo valorada con una puntuación mayor al cinco por el 82,3% y con puntuación mayor de 8 por el 65,15 % de los profesionales sanitarios de los Centros de salud (ver tabla 4) siendo los médicos los que con un 91%, puntúan más alto.

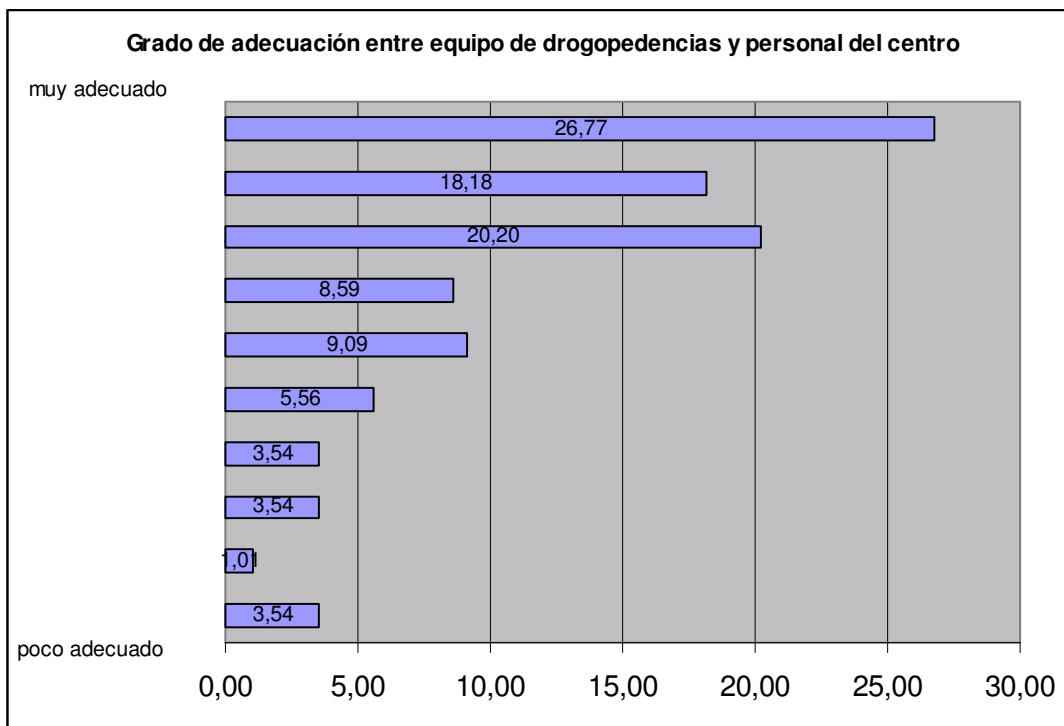


tabla 4

-Se establece y asegura un nivel mínimo de calidad asistencial en consonancia con el sistema social y sanitario.

-Intervención más activa por parte de todos los recursos de atención mejorando su nivel de implicación.

-Se convierte en un recurso especializado consultor para Atención Primaria de Salud al prestar asesoramiento específico en materia de drogodependencias y adicciones habiendo sido valorado como positivo por el 89,1% de los profesionales sanitarios.

-Facilita que Atención Primaria asuma un papel más activo en el tratamiento a estos enfermos derivando pacientes al recurso especializado en un 77,1%, intercambiando información sobre casos de pacientes un 63,5% de los encuestados, y con ello se evita la inhibición tradicional en estos temas del personal sanitario (ver tabla 5).

Relación con los Equipos de Tratamiento de Drogas y Adicciones

	Sí (%)	No (%)
Ha tenido contacto con el equipo de la UDA?	85,7	14,3
Ha derivado algún paciente a la UDA?	75,6	24,4
Ha comentado algún caso o problema de drogodependencias con la UDA?	63,5	36,5
Ha necesitado el asesoramiento de la UDA alguna vez?	64,4	35,6
Ha sido complicado o difícil ponerse en contacto con la UDA?	10,8	89,2

Tabla 5

-Facilita mayor accesibilidad de los usuarios/as lo que permite un acercamiento de los recursos, considerándose este hecho como muy positivo por el 97,7% de los profesionales de Salud.(ver tabla 6).

Ventajas organizativas de este nuevo modelo

	Sí (%)	No (%)
Facilita el acercamiento del recurso a los ciudadanos?	97,5	2,5
Aumenta la relación con los profesionales del centro de salud?	85,9	14,1
Mejora la atención a los pacientes?	97,5	2,5
Disminuye los problemas con determinados pacientes?	90,8	9,2
Supone más trabajo para los profesionales del centro de salud?	20,6	79,4

Tabla 6

-Desestigmatiza la atención al usuario/a en el momento en que se le da respuesta a su problemática desde un ámbito normalizado de atención y a los profesionales al situarlos en el ámbito de la salud como marco social y sanitario de atención.

-Una mayor y mejor información entre profesionales en tiempo real lo que favorece llevar a cabo actuaciones más consensuadas, por un lado se reconoce un mayor contacto entre los profesionales (85,7 % del personal de la muestra, que se eleva al 87,3 % en el caso de los médicos) y por una mayor y mejor relación entre los mismos con un 85,9 % (ver tabla 5)

-Posibilita la coordinación permanente lo que permite una mayor detección y prevención de problemas.

-Mejora las derivaciones al recurso especializado y con el al resto de los recursos facilitando la continuidad del abordaje terapéutico que desde Atención Primaria de Salud se dispense en un primer momento.

-Se incremente el nivel de formación y conocimiento sobre esta materia si tenemos en cuenta que partimos de una situación de escaso nivel de formación entre los profesionales de Atención Primaria (70,1% refieren no haber recibido formación específica en materia de drogodependencias y adicciones en los últimos cinco años, aunque este porcentaje baja si nos referimos exclusivamente al personal sanitario, el 64,3 % de los médicos y el 62, 2 % del personal sanitario no médico) siendo el 89,0% de dichos profesionales quienes manifiestan tener necesidades de actividades de formación en esta materia .

-Se evita la discrecionalidad en las actuaciones.

-Se incrementa el nivel de eficacia de los tratamientos mejorando la atención que se presta, con un 97,5%, de las respuestas y mejor la evolución clínica de estos pacientes con un 89,3%, afirmándose por un 84,8 % que mejora el grado de cumplimiento de los tratamientos (sólo un 15,2 % de los casos entiende que no afectaría al grado de cumplimiento del tratamiento) (ver tabla 7).

Ventajas en la práctica clínica

	Si (%)	No (%)
La evolución de pacientes drogodependientes ha mejorado	89,3	10,7
Menor presión asistencial de personas con adicciones o dependencias	75,9	24,1
En su práctica diaria la problemática con estos pacientes es menor	80,9	19,1

Estos pacientes cumplen mejor sus tratamientos	84,8	15,2
---	------	------

Tabla 7

-Se apuesta por un modelo de equipo de referencia profesional en contraposición al de terapeuta de referencia hasta ahora vigente.

Es interesante constatar que cuanto mayor es el grado de familiarización y conocimiento de los profesionales del Centro de Salud con este modelo de atención integrado, más positiva resulta su valoración. Asimismo se constata que el personal que menos resultados percibe de esta cooperación es aquel que está más lejos del tratamiento del paciente, como es el personal sanitario no médico, el que valorándolo, positivamente, es en menor grado.

Es interesante constatar que esta forma de cooperación no supone más trabajo para el 88,9 % de los médicos (a un 11,1 % les supondría un mayor esfuerzo), sin embargo el aumento de carga parece mayor entre el personal sanitario no médico, 31,8 %, y sobre todo entre el personal no sanitario, 47,8 %. Se plantea la cuestión de que estos grupos no perciban tan directamente las oportunidades y ventajas, que sean una percepción subjetiva que pueda modificarse con una adecuada información, o bien que esa percepción se corresponda con una situación real organizacional.

PROCESO DE ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS Y ADICCIONES:

El proceso de atención se fundamenta en detectar la situación del paciente como concepto activo de intervención, por parte de los profesionales de Atención Primaria de Salud, evaluando el nivel de concienciación sobre el problema, así como la motivación y la disposición para el cambio; facilita información sobre el proceso y los recursos terapéuticos disponibles y la actitud del paciente y la familia.

La derivación del paciente al recurso especializado en función de los protocolos y procedimientos establecido supone la obtención de datos sobre la historia clínica y psicológica, lo que permite la evaluación del caso, la detección de problemas existentes y el planteamiento de una estrategia de intervención en base a sus problemas, culminando con la elaboración del Plan de Atención Individual social y sanitario, lo que supone determinar objetivos y establecer aquellas actividades necesarias para conseguir la participación del/la paciente y su familia.

La atención médica y psicológica se verá complementada con la intervención de otros profesionales de la Unidad de Drogas y Adicciones, de los profesionales de Salud tanto del nivel primario como especializado, o desde Servicios Sociales Comunitarios en función de que exista una demanda por parte del paciente o se detecten problemas sociales necesitados de especial intervención.

Los Equipos Ambulatorios de Atención a las Drogodependencias y Adicciones convertimos por tanto, en proveedores de respuestas adecuando las actuaciones a los/las pacientes, de una manera individualizada y personalizada, centrándose nuestra atención e la gestión de casos desde la cooperación interprofesional, siendo el eje fundamental de nuestra actuación el trabajo por procesos de intervención.



PROCESO ASISTENCIAL

TRABAJAR POR PROCESOS:

- **Analizar diferentes componentes que intervienen en la prestación asistencial.**
- **Ordenar los diferentes flujos de trabajo que dicha prestación plantea.**
- **Integrar el conocimiento actualizado.**
- **Conseguir un grado de homogeneización en las actuaciones disminuyendo la variabilidad de las mismas.**

lo que permite garantizar una continuidad de la atención desde el modelo de cooperación asistencial, el de calidad asistencial y el de competencia profesional.



Modelo de gestión de casos entendido como proceso de colaboración en el cual se valora, planifica, aplica, coordina, monitoriza, y evalúan las opciones de los servicios que sean necesarios para satisfacer las necesidades de salud de una persona, articulando desde la comunicación entre sistemas los recursos disponibles que promuevan resultados de calidad y costo-efectivos; consiguiendo mejorar la calidad asistencial, aumentando el grado de satisfacción del paciente y la familia, asegurando la integralidad y la globalidad de la atención, evitando la fragmentación y asegurando la continuidad y coherencia de la labor de los distintos profesionales que participan.

Se favorece la calidad de las actuaciones basadas en la evidencia científica y en el nivel de competencia de los profesionales referido a: conocimiento en materia de drogodependencias y adicciones desde una formación continuada, dotarse de habilidades para el abordaje tanto del paciente y como de la familia y desde una actitud empática.

PROCESO DE ATENCIÓN

- **Dimensión biopsicosocial a través de la HISTORIA DE SALUD:**
 - Equipo interprofesional.**
 - Personalizada y de cercanía.**
 - En sus vertientes:**
 - Biológica: preocupaciones somáticas.**
 - Psicológica: patología psiquiátrica.**
 - Familiar: de interrelación entre los miembros.**
 - Social: de interrelación con el contexto.**

PROCESO DE ATENCIÓN

- Incorporación del paciente a través de:

Demanda Captación Detección

ACOGIDA:

- Conocer el grado de participación del paciente en su propia recuperación: Motivación, cambios, actitudes, expectativas.
- Participación de los profesionales a través de la información de los recursos, aumentando su capacidad y su responsabilidad, indicando los procesos a seguir.
- De una forma interactiva.

PROCESO DE ATENCIÓN

EVALUACIÓN:

- **Transparente y participativa.**
- **Permitiendo que el paciente participe de manera activa y corresponsable en la resolución de su problema.**
- **Esto nos va a permitir:**
 - Situación real del paciente, de la familia y del entorno.**
 - Problemática que presenta.**
 - Diagnostico integral.**
 - Plantear los objetivos a conseguir.**



PROCESO DE ATENCIÓN

ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN:

- **Integral.**
- **Basado en la cooperación entre los diferentes recursos.**
- **En la continuidad de las actuaciones.**
- **Lo que va a permitir:**
 - Poner en marcha los recursos para conseguir los objetivos planteados.**
 - Priorizar las actuaciones.**
 - Procedimiento de actuación: médico, psicológico, social.**



PROCESO DE ATENCIÓN

PLAN TERAPÉUTICO INDIVIDUAL:

- **Intervenciones basadas en la evidencia.**
- **Hacia garantías de resultados.**
- **A través de la gestión de casos.**
- **Búsqueda de sinergias.**
- **Y todo ello mediante:**
 - Cartera de recursos.**
 - Cartera de servicios.**

CARTERA DE RECURSOS

- **Centros de tratamiento ambulatorio públicos o privados.**
- **Unidades de desintoxicación rápida.**
- **Unidades de desintoxicación ambulatoria.**
- **Centros de encuentro y acogida.**
- **Centros de atención en medio cerrado (CT)**
- **Viviendas de apoyo al tratamiento.**
- **Viviendas de apoyo a enfermos de sida.**
- **Viviendas de apoyo a la reinserción.**
- **Centros de apoyo a la incorporación social (C. de Día).**
- **Movimiento asociativo (FAAR, ENLACE, etc.).**

CARTERA DE SERVICIOS:

- Programa de desintoxicación ambulatoria.
- Programa de desintoxicación rápida en medio ambulatorio.
- Programa de desintoxicación hospitalaria (supraprovincial).
- Programa de antagonistas.
- Programa de agonistas.
- Programa por sustancias: Tabaco, opiáceos, cocaína, alcohol, benzodiacepínas, THC.
- Programa de intervención en juego patológico.
- Programa de intervención en otras conducta adictivas.
- Programa de intervención en prisión.
- Programa de intervención en hospital.
- Programa de atención a familias.
- Programa de Comunidad terapéutica (supraprovincial).
- Programa de viviendas de apoyo al tratamiento (supraprovincial).
- Programa de intervención con jóvenes.
- Programa de viviendas de apoyo a enfermos del SIDA (supraprovincial).
- Programa de deshabitación en medio ambulatorio.
- Programa de deshabitación en Comunidades Terapéuticas (supraprovincial).
- Programa de atención social.
- Programa de intervención en incorporación social.
- Programa de asesoramiento jurídico.

-Programa Andalucía orienta.

CARTERA DE SERVICIOS

- **Programas de desintoxicación ambulatoria.**
- **Programas de desintoxicación rápida.**
- **Programa de desintoxicación hospitalaria.**
- **Programas de antagonistas (naltrexona).**
- **Programa de agonistas (metadona, buprenorfina).**
- **Programa de aversivos.**
- **Programa intervención por sustancias y conductas adictivas (alcohol, cocaína, heroína, cannabis, tabaco, psicofármacos, ludopatias, otras conductas adictivas).**
- **Programa de prevención de daños (metadona, jeringuillas, preservativos).**
- **Programa de intervención con familias.**
- **Programa de intervención con jóvenes.**
- **Programas farmacológicos en deshabituación (anticraving).**
- **Programas de deshabituación ambulatoria.**
- **Programas de deshabituación en medio cerrado (CT).**
- **Programas de apoyo asistenciales (VAT, VAES).**
- **Programas de apoyo a la incorporación social (C. de Día, VAR).**

Podemos concluir, sin minusvalorar la importancia real del problema de las drogas que existe en nuestra comunidad, como han ido mejorando algunos de los indicadores relacionados con la atención y con el consumo de sustancias entre la población andaluza, como ha ido aumentando la información que se tiene sobre los efectos de las drogas, sobre los tratamientos existentes y sobre los recursos disponibles para el abordaje de estas problemáticas.

BIBLIOGRAFÍA.

-Valderrama J.C., Rubio G.” Implantación de programas de alcohol en atención primaria y especializada. Objetivos, marcadores de eficacia y procedimientos “ Curso de especialización en alcoholismo. UAM.

-Cuadrado P. “ Estructura sociosanitaria” Curso de especialización en alcoholismo. UAM.

-Galanter Marc, Kleber H.D. “ Tratamiento de los trastornos por abusos de sustancias”. Editorial Masson. 1.997.



-Gálvez B.P. “ La atención sanitaria al alcoholismo: hacia una normalización asistencial”. Tratado de alcoholología de J. Cuevas Badenes y M. Sanchis Fortea. Dupont Pharma 2.000.

-Gutierrez F. “ Estructura de la red de atención a las drogas y adicciones en la provincia de Córdoba”. Primeras Jornadas provinciales de prevención comunitaria de drogas y adicciones. 2.002.

-Servicio Andaluz de Salud. “ Guía para elaboración de la memoria y la realización de la entrevista”. Editorial MAD. 2.002.

-Castillo Torres L., Gómez Martínez D., Vidal Ramírez R . “ Facultativos especialistas de área del Servicio Andaluz de Salud (S.A.S.)”. volumen I. Temario común y jurídico. Editorial MAD. 1.998.

-Comisionado para las Drogodependencias. Consejería de Igualdad y Bienestar Social. “ Mapa de centros de tratamiento ambulatorio de drogodependencias de Andalucía”

-Comisionado para las Drogodependencias. Consejería de Igualdad y Bienestar Social. “ Informe 2002”.

-Comisionado para las Drogodependencias. Consejería de Igualdad y Bienestar Social. “Catálogo de Servicios Asistenciales de los Centros de Tratamiento Ambulatorio de Andalucía”.

-Consejería de Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía. “ II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones, 2.002-2.007”.

-Consejería de Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía. “ Los Andaluces ante las Drogas VIII “.

-Consejería de Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía. “Los Andaluces ante las Drogas IX”.

-Aranda Regules JM. Y cols. “Proceso asistencial integrado ansiedad, depresión, somatizaciones” 2002. Consejería de Salud, Junta de Andalucía.

-Mejias E. y cols. “Atención Primaria de Salud ante las Drogodependencias”. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.

-Sociedad Española de Toxicomanías “Diagnostico y tratamiento de las conductas adictivas basadas en la evidencia”. VIII Congreso Nacional de la Sociedad española de Toxicomanías. Sociedad Española de Toxicomanías. Cádiz 22 a 24 de Noviembre 2001.

-Cobos L, De Miguel M, García R, Santiago H. “Protocolos de Actuación en Drogodependencias”. Centro Provincial de Drogodependencias. Diputación de Córdoba. 2000.