

BOLETÍN EPIDEMIOLÓXICO SEMANAL DE GALICIA

VOLUME III / NUM. 5
SEMANA 6/1988
(7 ó 13 de febreiro)


CONSELLERÍA DE SANIDADE
Dirección Xeral de Saúde Pública

21 DE MARZO DE 1988

AS DROGODEPENDENCIAS EN GALICIA: REFLEXIÓNS E PLANIFICACIÓN DUN PROBLEMA DE SAÚDE (II)

Modelo específico versus integrativo

O SANITARIO E O SOCIAL

Quizais sintetizando ou resumindo a cuestión podemos diferenciar dous tipos de modelos, que se poderían denominar específico e integrativo. Lóxicamente ámbolos dous evidencian concepcións distintas (aínda que con frecuencia non clasificadas) respecto ó problema presentado, se ben a historia das ciencias da saúde está chea de exemplos específicos que co paso do tempo remataron por integrarse na rede xeral, probablemente tanto pola diminución da alarma social ante o problema referido, como pola menor ansiedade con que os profesionais abordamos un problema canto máis coñecemos sobre o mesmo.

O modelo específico, como é sabido, preconiza que a mellor atención ás drogodependencias obtense mediante dispositivos nos que se trate exclusivamente esta problemática, unidades hospitalarias separadas do resto das que compoñen o hospital e unha serie de medidas que se centran en torno ó «sintoma» do consumo de drogas. A este modelo subxace a conceptualización da drogodependencia como unha entidade separada do resto dos problemas de saúde, e especialmente considérase independente, ou polo menos separada, da saúde mental. Este modelo presenta, ó noso xuício, importantes inconvenientes:

* *Supón a creación dunha estrutura de atención que tende a estigmatizar e marxina-los pacientes; de*

feito o seu tratamento queda illado do resto dos outros problemas de saúde, parcelando a integralidade que supón a persoa.

* *Crea unha rede paralela e de moi difícil coordinación, dificultando, se non impedindo, a continuidade terapéutica sobre a que se basea o proceso de recuperación, e polo tanto a rehabilitación mesma.*

* *Precisa unha importante financiación, facendo que os presupostos se centren case exclusivamente na área asistencial, o que conleva uns créditos practicamente testimoniais para as outras áreas.*

* *Difícultase así a planificación, pois a asignación consignada a programas de avaliación e investigación, que son custosos de implantar e manter, non pode ser todo o elevada que sería necesaria —a non ser que a Administración dispuxese de recursos ilimitados—.*

* *A reinserción neste contexto parece condenada, diríamos que incluso arquitectonicamente, a converterse nunha meta imposible, xa que canto máis específico sexa un recurso máis difícil vai se-la integración posterior dos seus usuarios.*

* *Implica un marco teórico de referencia que converte ó sintoma en enfermidade. Neste senso o modelo considera que o obxectivo de intervención terapéutica é o cese do consumo de drogas, e non a análise e resolución dos conflitos subxacentes que conducen á persoa a depender, a «colgarse» —literalmente— dunha fonte de gratificación totalmente allea e independente a si mesmo. Por outra parte, tampouco considera relevantes os outros problemas de saúde do consumidor de drogas. Sesga, en fin, o diagnóstico e o enfoque terapéutico.*

O modelo que chamabamos integrativo conserva o principio de integralidade, asume ó individuo coma un todo non parcelado, e en consecuencia, en lugar de marxinar e illar ás persoas afectadas, permite planifica-la intervención sobre o individuo tendo en conta os diferentes factores implicados na persoa. Neste modelo contaría cun órgano de xestión único para grandes áreas de atención, por exemplo saúde mental, que á vez integraríanse de xeito coordinado —existindo claras interconexións— co sistema xeral de saúde e servizos sociais. Neste senso a continuidade terapéutica ten canles sinaladas para o seu desenvolvemento. Permite atender áreas como a prevención, a investigación e avaliación e a reinserción debido a que non se estrutura o sintoma e/ou a enfermidade coma o principal obxectivo da intervención e, polo tanto, facilita a asignación de financiación específica para estas áreas, especialmente porque aúna esforzos e recursos. Quizais a meirande dificultade con que se atopa este modelo é a necesidade de que a coordinación funcione realmente, xa que todo o seu potencial descansa sobre ela. Certamente se a coordinación non funciona entre os diferentes niveis intra e inter-relacionados introduciríanse elementos «de ruído» que farían disfuncional o sistema.

Abundando no expresado anteriormente, queremos suliñar que este modelo integrativo axudaría a remata-la discusión-parcelación entre o sanitario e o social, transformándoa nun debate sobre a saúde e o benestar, eliminando esa especie de síndrome de abstinencia de competencias entre departamentos e institucións, ó que asistimos con certa frecuencia.

Se estudiamos detidamente a Memoria de 1986 do Plan Nacional de Drogas observamos que —ó nivel de asistencia ambulatoria— unicamente tres Comunidades Autónomas abordan a atención ás drogodependencias tanto a través de centros ambulatorios específicos coma de outros ambulatorios e centros de saúde mental (Castilla-León, Madrid e Euskadi); tres lévana a cabo unicamente mediante centros de saúde mental (Castilla-La Mancha, Navarra e Asturias); e o resto só contan con centros ambulatorios específicos, non dispoñendo para estes casos nin doutros ambulatorios nin de centros de saúde mental.

Pois ben, en Galicia atopámonos de feito co modelo específico e imos de dereito a tentar reconvertilo en modelo integrativo.

Ata aquí fomos trazando como se construíu a asistencia ás drogodependencias en Galicia, como é o modelo e o panorama resultante (sen entrar na análise pormenorizada da orixe que deu tal resultado); panorama non exento de problemas dada a

tarefa que dende o P.A.D. nos propuxemos de reordenación e homoxeneización de criterios nun eido onde primou (e aínda quere seguir primando) a espontaneidade, o voluntarismo e a falta de planificación e programación, entre outras cousas. Realizamos tamén uns breves comentarios en torno ós modelos diferentes e como en liñas xerais se abordan as drogodependencias nas dezasete Comunidades Autónomas do Estado.

Agora pasaremos a explica-lo futuro da atención ás drogodependencias en Galicia, i.e., explicaremos brevemente como se enlaza esta atención no Plan Galego de Saúde Mental, e como este se vai relacionando co futuro Sistema Galego de Saúde.

Futuro da asistencia ás drogodependencias en Galicia

PLAN GALEGO DE SAÚDE MENTAL

O documento de bases para a Elaboración do Plan Galego de Saúde Mental foi elaborado por unha Comisión creada a tal efecto en 1986 pola Consellería de Sanidade.

Os principios básicos do mesmo, e que polo tanto son de aplicación ó campo das drogodependencias, son:

1.—De integración sanitaria e principio de zonificación e territorialidade.

Integración da Saúde Mental e da Asistencia Psiquiátrica no conxunto de plans e accións de Saúde e de Asistencia Sanitaria xerais, dentro do marco da área de saúde definido no Mapa Sanitario de Galicia. Achegando a asistencia ós usuarios no marco da Psiquiatría Comunitaria e tratando de evitar que a atención á Saúde Mental, na nosa Comunidade Autónoma, siga sufrindo discriminación con respecto a outras parcelas da Saúde.

2.—De integridade.

Planificación da Saúde Mental de forma integral, contando con tódolos recursos existentes, enlazándoos e coordinándoos sen disociar funcións e mantendo un enfoque comprensivo dos aspectos de promoción da Saúde Mental, preventivos, terapéuticos e rehabilitadores.

3.—De interdisciplinidade.

Enfoque interdisciplinario na composición e funcionamento dos Equipos de Saúde Mental; que basearán o seu traballo na cooperación dos seus membros.

4.—De continuidade terapéutica.

Os programas preventivos, terapéuticos e rehabilitadores que inciden sobre cada usuario ou familia nas distintas fases das súas demandas ou ne-

cesidades, formarán un todo homoxéneo aínda que sexan aplicados por equipos diferentes.

5.—Comunitario-céntrico e de participación comunitaria.

Toda a rede de dispositivos (incluída a hospitalización) sitúase na Comunidade e para a Comunidade.

A hospitalización debe ser considerada como un episodio transitorio na traxectoria dunha mínima parte dos usuarios.

A participación da Comunidade, de xeito efectivo, é unha meta a alcanzar a través do desenvolvemento dos Servicios de Atención Primaria de Saúde.

Para conseguir implantar este modelo que se pretende, o documento considera imprescindible contemplar todas e cada unha das seguintes Directrices Xerais:

1.—Descentralización das accións e centralización da planificación e dirección operativa.

Descentralización das accións, asegurando a centralización da planificación e a dirección operativa no desenvolvemento e funcionamento do plan.

2.—Distribución equitativa dos recursos.

Distribución equitativa dos recursos segundo as necesidades da área correspondente, de acordo a criterios de homoxeneización e homologación dos mesmos; neste senso deberán arbitrarse fórmulas que, salvaguardando os dereitos adquiridos do persoal dos Servicios de Saúde Mental, permitan que este poida rotar polos diversos dispositivos asistenciais da área; tódolos recursos existentes, tanto materiais coma humanos, deberán ser aproveitados

ó máximo, adecuando aqueles que sexan deficitarios ó novo proxecto.

3.—Especialización.

Atención preferente a determinadas áreas especiais (alcoholismo e outras drogodependencias, infanto-xuvenil...) ou colectivos de alto risco (paro, emigración, marxinación...) cando os estudos epidemiolóxicos ou a demanda social o aconsellen.

4.—Docencia, formación e investigación.

Atención ó desenvolvemento nos programas de traballo da rede de atención á Saúde Mental, ós labores de formación, docencia e investigación, entendendo que os mesmos son inseparables dos labores asistenciais e da promoción da Saúde Mental da Comunidade e implican á totalidade do dispositivo asistencial.

5.—Avaliación.

Avaliación das actuacións que emprendan, proceso que estará presente en tódalas fases de deseño e execución dos diferentes programas coa finalidade de valoralasúa adecuación á satisfacción das necesidades da comunidade.

A rede proposta de dispositivos está composta por:

1.—Centros de saúde mental.

2.—Hospitais de día e outros dispositivos intermedios.

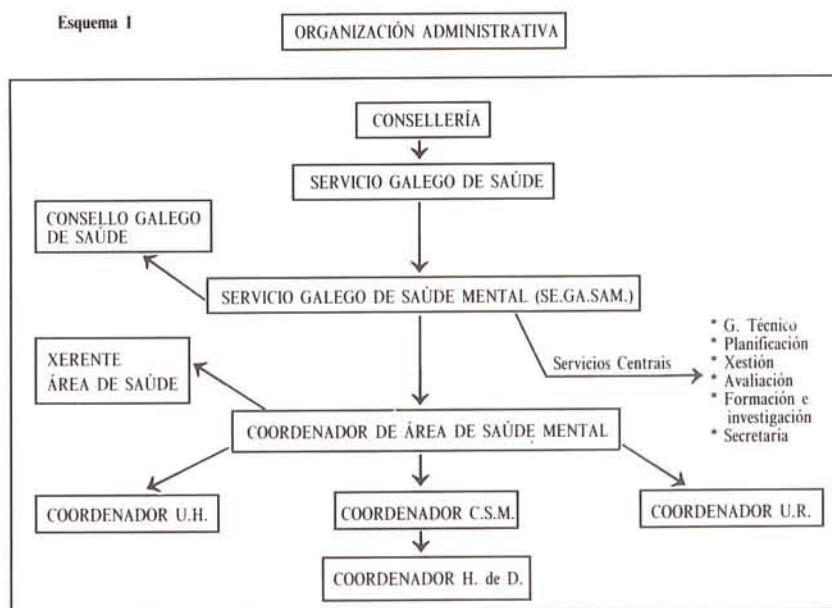
3.—Unidades de hospitalización.

4.—Unidades de rehabilitación e unidades de apoio social.

5.—Unidades específicas.

De acordo cos principios e directrices sinalados desenvólvese unha organización administrativa e funcional que reproducimos nos esquemas 1 e 2.

Esquema 1

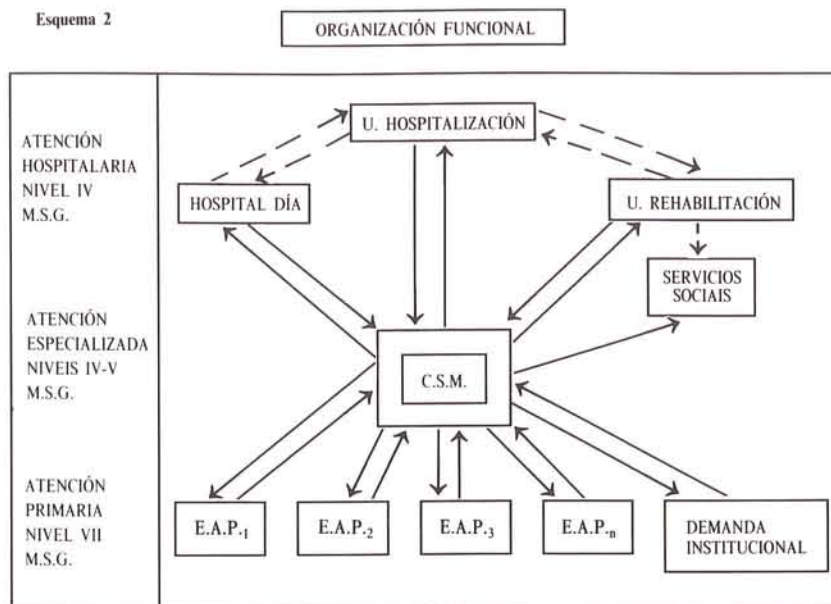


ESTADO DAS ENFERMIDADES DE DECLARA

SEMANA 6/1988 DO

COMARCAS	BRUCELOSE (023)		DISENTERIA BAC.(SHIKETOSE) (004)		ESCARLATINA (034)		FEBRE TIFOIDEA EPARATIFOIDEA (002.2)		GONOCOCIA (URETRITE GONOCOCICA) (098.0)		GRIPE (487)		HEPATITE VIRICA (070)		INFECCIÓN MENINGOCOCICA (036)		NEUMONIAS (480-486)		
	1988		1988		1988		1988		1988		1988		1988		1988		1988		
	Casos	Acumul.	Casos	Acumul.	Casos	Acumul.	Casos	Acumul.	Casos	Acumul.	Casos	Acumul.	Casos	Acumul.	Casos	Acumul.	Casos	Acumul.	
1 CEDEIRA										6	3	21					1	6	
2 ORTIGUEIRA									1	2	22	95		2				1	
3 NARÓN											14	117		1			1	6	
4 AS PONTES											93	432		4					
5 FERROL										5		443		6					
6 FENE										2	17	114		2				3	
7 PONTEDEUME										4	49	213	2	5			2	8	
8 CEE										1	167	523					5	26	
9 VIMIANZO											4	31		2				1	
10 PONTECESO										1	314	1.134					5	15	
11 CARBALLO						2			1	6	42	281				1	1	9	
12 ARTEIXO											1								
13 A CORUÑA				1	3	9			2	7	521	1.235	2	17		2		11	
14 CULLEREDO-O BURGO								2	1	5	44	136	1	2			4	16	
15 OLEIROS					1	3				2	37	171					2	2	
16 BETANZOS										10	62	345				1	3	12	
17 SANTA COMBA									2	4	25	123					2	20	
18 NEGREIRA											53	230					14	26	
19 ORDES									2	20	56	568					2	21	
20 CURTIS-TEIXEIRO											8	47					1	2	
21 SANTIAGO		1								10	192	925		5			3	25	
22 MELIDE												1							
23 MUROS												21						2	
24 NOIA						5	30			2	49	341		2		1	2	8	
25 PADRON									1	1	7	26	238	1			2	19	
26 BOIRO											34	210					1	11	
27 RIBEIRA											27	160							
28 A ESTRADA										1	50	295	1	2		1		4	
29 LALIN					1				1	7	102	515					6	25	
30 VILAGARCIA DE AROUSA									2	12	45	337	1	1				6	
31 CALDAS DE REIS									1	3	17	112					2	8	
32 VILANOVA DE AROUSA												18							
33 CAMBADOS										1	57	303		1			2	11	
34 O GROVE								1	2		18	68					1	6	
35 SANXENXO					1				2	2	13	101	1	4			1	7	
36 PONTEVEDRA									2	6	274	1.310	5	13		1		7	
37 FORCAREI											13	65						4	
38 MARIN					1						17	80	7	8					
39 CANGAS											37	265						11	
40 REDONDELA						1	1	3		1	23	127	8	35					
41 VIGO				9		2		1	2	6	213	1.320	1	12			2	2	
42 VAL MIÑOR-PANXON									1	1	17	117		3				6	
43 PORRIÑO								1		1	31	197						3	
44 PONTEAREAS										4	68	270	1	2		1		3	
45 A CAÑIZA										1	135	302							
46 A GUARDA										6	36	201		1				1	
47 TUI								1	1	1	68	437				1	3	5	
48 SALVATERRA DE MIÑO											16	174		5					
49 VIVEIRO										3	12	168		2					
50 CERVO-BURELA										1	15	113		3				2	
51 MONDOÑEDO			2								13	103							
52 RIBADEO											24	124					1	4	
53 VILALBA										1		8					2	5	
54 MEIRA						2				4	22	214		1			2	8	
55 FONSAGRADA										1	26	81					4	17	
56 GUITIRIZ										1	4	25							
57 RABADE			1							2	1	34					1	1	
58 LUGO						2				9	9	106		4		2		7	
59 CASTROVERDE									1	1	20	20	1	1					
60 PALAS DE REI												7	21				1	6	
61 MONTERROSO												30	218					5	
62 SARRIA			1								6	82	486		1		1	4	9
63 BECERREÁ											2	86	521	1	6		4	52	
64 CHANTADA										1	7	16					1	8	
65 MONFORTE DE LEMOS			2							1	1								
66 QUIROGA										1	1								
67 O BARCO		2	3			1			4	23	110	739	2	2				3	
68 O CARBALLIÑO		1	2						1	5	125	857		2			5	12	
69 RIBADAVIA										5	59	499		6			2	21	
70 OURENSE						1	2		2		5	61	437		6		3	9	55
71 MACEDA									1	3	18	209		2			3	17	
72 CASTRO-CALDELAS			1							2	12	109	1	1		1	1	3	
73 A POBRA DE TRIVES		1	2							2	1	94					1	8	
74 VIANA DO BOLO			1							4	10	149		6			5	18	
75 CELANOVA										1	3	31	243	1			1	6	
76 ALLARIZ											6	19	97					1	
77 BANDE										1	5	27	255					1	
78 XINZO DE LIMIA										4	21	42	363			1	1	7	
79 VERÍN			1							1	15	16	122				2	11	
80 A GUDIÑA			2							1	2	12	108						

Esquema 2



Observando a organización administrativa veremos que se concebiu un órgano de xestión único para a saúde mental, que podería adopta-la forma de Servicio Galego de Saúde Mental (SEGASAM) ou de Instituto Galego de Saúde Mental (IGASAM). O máximo responsable deste órgano estaría presente no Consello Galego de Saúde, e en igualdade de condicións cos outros responsables da saúde dentro do Servicio Galego de Saúde, facilitando deste xeito que a Saúde Mental (e polo tanto o alcoholismo e as drogodependencias) non resulte discriminada, e estructurando ó mesmo tempo a coordinación, ó máis alto nivel, cos outros servicios de saúde. O devandito órgano de xestión único dispoñería nos seus servicios centrais de diferentes departamentos: planificación, xestión, avaliación, formación e investigación, etc.

O coordinador de Área de Saúde Mental encargariase de articula-los recursos de saúde mental da área correspondente, da coordinación cos equipos de Atención Primaria e Especializada e coa xerencia ou dirección do hospital ou hospitais da área.

Respecto á organización funcional, podemos observar que o Centro de Saúde Mental será o dispositivo fundamental da rede, en torno á que quede organizado o modelo e dende a que se establece unha clara relación cos servicios sociais. Por esta razón, fixarémonos especialmente na súa ubicación, composición do equipo e funcións.

Preferentemente ubicaranse nos edificios dos Centros de Atención Primaria ou Asistencia Especializada extrahospitalaria.

Como cifras mínimas, e sempre referidas a profesionais con dedicación plena, estes centros contarían con:

- * 2 psiquiatras.
- * 1 psicólogo clínico.
- * 2 membros do persoal de enfermería.
- * 1 traballador social.
- * 1 auxiliar administrativo.

A esta dotación mínima haberá que aplicarlle un factor de corrección en función da falta de uniformidade poboacional nos distintos niveis (IV-V) do Mapa Sanitario de Galicia onde se emplazarán os Centros de Saúde Mental; así, cando exista un aumento dun 20% sobre a cifra de 75.000 habitantes (poboación a cubrir por un C.S.M.) será necesario contar cun psicólogo máis. O director do Centro e coordinador do equipo será un profesional con titulación superior designado entre os membros do mesmo.

As funcións deste equipo son:

- 1.—Apoio e asesoramento ós Equipos de Atención Primaria (E.A.T.) do territorio.
- 2.—Atención ós pacientes que lles sexan remitidos a través dos dispositivos adecuados.
- 3.—Seguimento dos casos dados de alta nas Unidades de Hospitalización, en colaboración cos E.A.P. do territorio.
- 4.—Prestar apoio ós Servicios de urxencia e á intervención en crise.
- 5.—Participar nas decisións de ingreso, sempre que sexa posible, en coordinación co equipo da Unidade de Hospitalización.
- 6.—Atención e/ou supervisión da hospitalización a domicilio.
- 7.—Desenvolvemento de programas e actividades orientadas cara á promoción da saúde e prevención da enfermidade mental en íntima colaboración cos E.A.P.
- 8.—Apoio, asesoramento e cooperación dentro do seu territorio con outras unidades asistenciais, sociais e educativas, relacionadas coa saúde mental.
- 9.—Cooperación na reinserción de pacientes que pertencen ó seu territorio, internados en calquera dos dispositivos de hospitalización psiquiátrica.
- 10.—Participación, cando sexa requerido polo órgano correspondente, na formación de profe-

Premios

- Premio Reina Sofía 1988, de investigación sobre as deficiencias.
Información en Secretaría General del Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. C/ Serrano, 140. 28006. Madrid. Envío de traballos ata o 30 de maio.
- Premio «Caixa de Aforros de Galicia» para traballos sobre «Estudio médico-xeográfico e epidemiolóxico dun partido xudicial de calquera das catro provincias galegas, agás Noia, A Estrada, Vilagarcía de Arousa, Carballo, A Coruña, Zas, Corcubión e Santiago de Compostela».
Información: Real Academia de Medicina e Ciruxía de Galicia. Durán Loriga, s/n. A Coruña. Telf.: 224940.
- Premio científico SEMER/KNOLL-MADE sobre «Patología respiratoria en el medio rural: aspectos epidemiológicos, patógenos o asistenciales».
Envío de traballos ata o 31 de marzo a SEMER. C/ Villanueva, 11. 28001. Madrid.

Congresos

- «VIII Congreso de Medicina Familiar y Comunitaria»
Valladolid. 24-26, marzo 1988.
Información: Sociedad Castellano-Leonesa de Medicina Familiar y Comunitaria. Apto. 5.357. 47080 - Valladolid.
- X Reunión de la Liga Española para la lucha contra la Hipertensión Arterial.
Granada, 13-16 de abril.
Información: Eurocongres, Avda. de la Constitución, 18, bloque 4.º. 18012 - Granada. Telf. (958) 209361.
- Simposium sobre informática hospitalaria.
Barcelona, 13-16 de abril de 1988.
Información: Colexio de Economistas de Cataluña. Avda. Diagonal, 508 - 1.º. 08006. Barcelona.
- III Jornadas Clínicas del Toxicómano. Proceso Terapéutico e inserción.
Donostia - San Sebastián, 22 e 23 de abril de 1988.
Información: A.G.I.P.A.D. San Cristóbal, 4, bajo. 20012 Donostia - San Sebastián. Telf. 289311.
- IV Congreso Internacional de Medicina del Deporte en Euskadi.
Donostia - San Sebastián, 28 de abril - 1 de maio.
Información: Centro de Atracción y Turismo. Reina Regenta, s/n. Donostia - San Sebastián. Telf. 428989.

Cursos

- IV Curso de actualización en medicina del trabajo.
Madrid, 4 de abril a 6 de xuño de 1988.
Información: Colegio Oficial de Médicos. C/ Sta. Isabel, 51. 28012 - Madrid.
- Curso de técnicas de promoción y educación para la salud.
Granada, 18-22 de abril de 1988.
Escuela Andaluza de Salud Pública. Avda. del Sur, 11. Granada. Telf. 280766.
- Diagnóstico de Salud de la Comunidad.
Barcelona, 18-22 de abril de 1988.
Información: CAPS, París, 150 - 1.º 2.ª - 08036 Barcelona. Telf. 3226554.
- Curso de informática aplicada a los Servicios de Salud.
Granada, 25-29 de abril de 1988.
Escuela Andaluza de Salud Pública. Avda. del Sur, 11. Granada. Telf. 280766.
- Fundamentos metodológicos de las ciencias de la Salud.
Barcelona, 25-29 de abril de 1988.
Información: CAPS, París, 150 - 1.º 2.ª - 08036 Barcelona. Telf. 3226554.
- Curso intermedio de epidemiología y estadística.
Granada, 2-27 de maio de 1988.
Escuela Andaluza de Salud Pública. Avda. del Sur, 11. Granada. Telf. 280766.

Subscripción e envío gratuito. Solicitudes: Dirección Xeral de Saúde Pública. Consellería de Sanidade.
San Caetano, Bloque 2-2.º. 15704 - SANTIAGO DE COMPOSTELA. A CORUÑA.



CONSELLERÍA DE SANIDADE
Dirección Xeral de Saúde Pública