



FUNDACIÓN DE AYUDA
CONTRA LA DROGADICCIÓN

La Atención Primaria de Salud ante las drogodependencias

FAD 2001

■ Índice.

- [Créditos.](#)
- [Índice completo de la publicación](#)
- [Introducción y Metodología](#)
- [Conclusiones.](#)

■ Créditos.

■ Autores:

- Eusebio Megías Valenzuela (coordinador).
- María José Bravo Portela.
- Javier Judez Gutiérrez.
- Francisco José Navarro Botella.
- Elena Rodríguez San Julián.
- José Zarco Montejo.
- Oriol Romaní

■ Trabajo de campo y proceso de datos:

- EDIS.
- Red de campo: Javier Jiménez Marín (Director).
- Muestra y proceso de datos: José María Alonso Torrens.

■ Índice completo de la Publicación

■ PRESENTACIÓN

■ NOTA DEL COORDINADOR DE LA INVESTIGACIÓN

■ 1. INTRODUCCIÓN (Eusebio Megías / José Zarco)

■ 2. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN Y LA POBLACIÓN ESTUDIADA (José Navarro)

1. Metodología de la investigación.
2. Descripción de la población estudiada.

■ 3. ACTITUDES BÁSICAS ANTE LAS DROGODEPENDENCIAS (José Navarro)

1. Análisis particularizado de las respuestas.
 2. Catorce ejes explicativos de actitudes básicas.
 3. Un factorial global con ocho ejes explicativos esenciales.
- Resumen capítulo 3.

■ 4. FORMACIÓN (José Zarco)

1. Formación en drogodependencias.
 2. Autopercepción de los conocimientos sobre drogodependencias.
- Resumen capítulo 4.

■ 5. DEMANDA PERCIBIDA Y PRÁCTICA EN DROGODEPENDENCIAS (Javier Judez)

1. Percepción en la evolución de la demanda.
 2. Cuantificación de la demanda asistencial por problemas de alcohol y otras drogas.
 3. La práctica en drogodependencias: necesidades de intervención detectadas.
 4. La práctica en drogodependencias: necesidades atendidas.
- Resumen capítulo 5.

■ 6. LA ATENCIÓN PRIMARIA Y LOS RECURSOS ESPECIALIZADOS EN DROGODEPENDENCIAS (M^a José Bravo)

1. Conocimiento e información sobre recursos especializados en drogodependencias.
 2. Coordinación y tipo de contactos mantenidos.
 3. Opinión sobre la red asistencial y sobre la eficacia de las intervenciones para el tratamiento de la dependencia de drogas.
- Resumen capítulo 6.

■ 7. DIFICULTADES Y DISPONIBILIDAD PARA EL TRATAMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS (Elena Rodríguez)

1. Valoración de las principales dificultades de cara a la atención a drogodependientes.
 2. Sobre la implicación de los servicios de Atención Primaria en la atención a drogodependientes.
 3. Sobre la implicación personal en la atención a drogodependientes.
 4. Responsabilidades y actividades concretas en la atención a drogodependientes.
 5. Reacciones ante una posible mayor implicación.
- Resumen capítulo 7.

■ 8. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN (Eusebio Megías)

■ 9. BIBLIOGRAFÍA

■ ANEXO I: CENTROS QUE HAN PARTICIPADO EN EL ESTUDIO

■ ANEXO II: DISTRIBUCIÓN DEL UNIVERSO Y ESTRATIFICACIÓN DE LA MUESTRA

■ ANEXO III: CUESTIONARIO

■ Introducción y Metodología

INTRODUCCIÓN.

Como consecuencia de la Ley de Bases de la Seguridad Social, del 28-Dic.-1963, y su posterior articulación en 1966, comienzan a crearse en todo el territorio español unas instituciones abiertas: los ambulatorios y consultorios. En éstos, tanto los médicos titulares como los médicos generales contratados específicamente para labores asistenciales en los mismos, prestaban los servicios en turnos de dos horas a unos cupos de pacientes cada vez más masificados, lo que condujo a un caos tanto estructural como organizativo. Esta situación de progresivo deterioro hizo que, durante la segunda mitad de la década de los 70, coincidiendo con la idea generalizada entre todos los sanitarios de la necesidad de un profundo cambio, se plantearan diferentes iniciativas de reforma que no se consolidarían hasta la década siguiente. Entre estas iniciativas se encuentran el Decreto de reestructuración de la Seguridad Social de 1974, la creación del Ministerio de Sanidad, en 1977 y la aparición de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, en 1978, que sitúa al médico de familia como figura fundamental del sistema sanitario. Estos especialistas, los médicos de familia, habrían de prestar una atención integral, integrada y continua a los miembros de la comunidad. No obstante, los cambios estructurales necesarios para hacer posible ese objetivo no se producen de forma paralela, dificultando la integración de los nuevos profesionales y frenándose de forma considerable la reforma. Durante los difíciles años 80, por tanto, conviven dos modelos de atención bien diferentes y en gran parte contrapuestos: un modelo asistencial-curativo, hasta entonces vigente y basado en la medicina hospitalaria, y otro modelo que considera que el primer y fundamental nivel de atención debía ser la atención primaria de salud.

También señalábamos entonces que, ciertamente, estamos ante un tema del que sabemos realmente muy poco, a pesar de que refleje un lugar común, que vendría a señalar que el consumo de drogas tiene que ver con una supuesta pérdida de valores, al menos de valores tradicionales.

En 1984, se publica el Real Decreto sobre Estructuras Básicas de Salud, donde se aprecia una intención de cambio de la estructura sanitaria del país por parte de la Administración, y que aún en un mismo concepto la exigencia de labores asistenciales, preventivas y rehabilitadoras, dirigidas tanto al individuo como a la comunidad. Se crean las Zonas de Salud, como marco territorial de la Atención Primaria de Salud y se habla de los Equipos de atención primaria (EAP), como de un conjunto de profesionales, sanitarios y no sanitarios, con actuación en las Zonas de Salud (en las que debe darse una participación de la comunidad en diversos aspectos del proceso de intervenciones. Posteriormente, en 1986, en aplicación de los mandatos constitucionales, se promulga la actual Ley General de Sanidad, conformándose el Sistema Nacional de Salud de las Comunidades Autónomas.

Durante este tiempo se consolida la formación de postgrado en Medicina Familiar y Comunitaria, con un programa de formación de tres años de duración (que sigue pareciendo insuficiente) y llega el momento de aplicación de la Directiva Europea del año 1986, de obligado cumplimiento, en la que se exige una formación postgrado de al menos dos años para poder ejercer en el ámbito público de la Medicina a partir del año 1995. Así, en España y tras el Real Decreto de 1994, se considera imprescindible a partir de 1995 la formación en Medicina Familiar y Comunitaria para el ejercicio profesional en Atención Primaria, pasando a denominarse la figura del médico (hasta entonces muy diversa: generalista, de Atención Pública Domiciliaria y especialista en Medicina Familiar y Comunitaria) únicamente como médico de familia.

Paralelamente se había desarrollado una vía de obtención del título de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria mediante un proceso de validación, supervisado por la Comisión Nacional de la Especialidad, para aquellos profesionales que habían trabajado en el ámbito de la Atención Primaria con carácter previo a la aplicación de la Directiva, proceso que todavía se sigue desarrollando.

Aún en estos momentos, en parte por dificultades estructurales y en parte por reminiscencias del antiguo modelo (médicos con cupos de dos horas que no aceptan su reconversión a la fórmula de equipo de atención primaria), han de convivir de forma desigual y en diferente proporción, según en qué territorios. La cobertura del nuevo modelo supera ya el 80-85% de España.

Analizando las posibles diferencias conceptuales, estratégicas y operativas, entre el modelo tradicional de Medicina General y el modelo de Atención Primaria que se preconiza en la actualidad, existen una serie de puntos que merece la pena señalar.

La diferencia fundamental entre los dos modelos estriba en que el primero se basaba exclusivamente en la resolución de la demanda del paciente, lo que suponía una expectativa pasiva del profesional sanitario. Esta demanda era sustanciada por el médico de cabecera, en muy numerosos casos, a través de una derivación al especialista hospitalario; se trataba, pues, de una medicina que evidentemente situaba al hospital en el núcleo central de las responsabilidades de atención. Por su parte, el modelo de "Equipo de Atención Primaria" se centra en la atención del individuo, no necesariamente enfermo, en una triple vertiente: como individuo, como parte de la familia y como parte de una comunidad. Esto debe hacerse desde un prisma multidisciplinar, de trabajo en equipo, con diferentes profesionales implicados (médicos de familia, enfermeros, trabajadores sociales, auxiliares, pediatras, odontólogos...), abordando conjuntamente actividades de promoción y prevención de salud, de tratamiento de las enfermedades, y de rehabilitación y reinserción social; es un concepto de atención integrada de los tres niveles mencionados. En este concepto de **integralidad** hace también referencia a que este nivel de atención ha de incardinarse funcionalmente con las restantes estructuras y niveles del sistema sanitario, así como con los recursos y estructuras sociales. Es decir, esa integralidad apunta a la necesidad de coordinación, punto éste absolutamente clave para el correcto funcionamiento del propio sistema y, acaso, uno de los mayores retos sanitarios en la actualidad. Esta es una cuestión a la que continuamente se aludirá (y en las páginas de este libro hay sobrados ejemplos de ello) cuando se trata de la atención a las drogodependencias.

El modelo supone una forma de actuación eminentemente **activa**, es decir, los profesionales de los equipos no pueden situarse como meros receptores pasivos de las demandas, sino que han de trabajar positivamente en los distintos aspectos de la atención, resolviendo necesidades de salud, aún cuando en muchos casos no hayan sido expresadas, sobre todo en relación al campo de la promoción y la prevención. El enfoque de corte transversal de la enfermedad, se cambia por un abordaje longitudinal, a lo largo de la vida del individuo, que caracteriza un concepto de **continuidad** en la atención, que además ha de ser **permanente** (es decir, en cualquier ámbito -escuela, domicilio, trabajo...- y circunstancia -Centro de Salud, urgencias, hospital-).

Este cambio, discurre de forma paralela a la modificación del paradigma de salud, de forma que el abordaje integral de necesidades sanitarias del individuo, la familia y la comunidad entiende esas necesidades de salud como un proceso dinámico, con tres dimensiones o componentes: el **biológico**, el **psicológico** y el **social** (este último de especial relevancia en muchos trastornos, entre ellos los relativos a adicciones).

Queda claro, pues, que la metodología de actuación en los Equipos de Atención Primaria debería ser completamente distinta a la de los consultorios, de forma que la gestión del tiempo de trabajo resulte diferenciada. Si en el modelo tradicional de consultorio, prácticamente todo el tiempo (dos horas) se

dedica a la atención de las demandas del paciente, en el Equipo de Atención Primaria, esta actividad sólo supone, al menos debería suponer, una parte del mismo, dedicando a la consulta concertada/programada, a las visitas domiciliarias y a otras actividades complementarias y necesarias (como la docencia o la investigación), buena parte de ese tiempo, siempre a través de la acción conjunta de los diferentes profesionales que integran el equipo. El centro de salud, se convierte por tanto en una estructura que ha de servir como primer punto de contacto del individuo con el sistema sanitario público; en él se deberán resolver la mayoría de los problemas de salud que presente, además de prestarle otros servicios de carácter preventivo, para lo cual es necesario que se cumpla otra de las premisas de la atención primaria, la **accesibilidad**, entendiendo ésta como un criterio funcional y no exclusivamente geográfico.

Mucho más cuando, como se ha comentado anteriormente, la atención ha de ser **comunitaria y participativa**, de forma que se aborden los problemas de salud, no sólo los individuales, sino también los colectivos, mediante la utilización de técnicas propias de la salud pública y de la medicina comunitaria [1].

La Atención Primaria, debe realizar actuaciones que estén basadas, con el mayor grado de evidencia posible, en programas de salud con objetivos, metas, actividades, recursos y mecanismos de control y evaluación claramente establecidos; es decir, ha de ser programada y, como tal, ha de evaluarse, estableciendo todas las medidas correctoras que se precisen para, así, realizar una valoración continua de su calidad. Obviamente esta apuesta por un modelo de Atención Primaria, complejo, exigente y de calidad, plantea unas premisas importantes. Entre ellas, la formación de los profesionales que van a participar en los equipos [2].

En otro orden de cosas, no podemos dejar de referirnos a una serie de circunstancias de actualidad, condicionadas por limitaciones en parte presupuestarias y en parte estructurales, que hacen difícil concebir que el desarrollo y del modelo que se preconiza se complete de forma adecuada. La tendencia, cada vez más frecuente, a la masificación de las consultas, con la consiguiente sobrecarga de la actuación a demanda, entre otras cuestiones, hacen realmente difícil el desarrollo de una asistencia de calidad, en los términos comentados, y supone una situación que, de no ser corregida, creará severos impedimentos a la universalización y a la fijación del modelo.

2. Las exigencias asistenciales y, sobre todo, las estrategias a través de las cuales éstas vayan a articularse dependen muy sustancialmente del modelo de enfermedad o de trastorno que se tenga. En relación con las drogodependencias, puede advertirse una evolución evidente de ese modelo de interpretación a lo largo de los años, incluso restringiendo la perspectiva a las tres últimas décadas (periodo durante el cual, en España, se forjó y fue desarrollándose una preocupación social intensa ligada a los consumos).

Históricamente, refiriéndonos a los años que van desde la guerra civil hasta finales de los sesenta, los trastornos derivados del uso de sustancias psicoactivas tenían una doble consideración: por un lado alteraciones derivadas de una especie de perversión moral y, por otro, trastornos de carácter médico/biológico o psiquiátrico. Esta doble consideración, por mucho que pueda parecer contradictoria, derivaba de una misma postura valorativa.

Si la sustancia de referencia tenía una consideración de algo aceptable o cotidiano, la perversión no estaba en ella sino en el hecho de no saber utilizarla. Era el caso del alcohol: el problema no era beber sino no saber beber; y esta insuficiencia, que connotaba de anormalidad a quien la padecía, sólo podía explicarse desde una limitación biológica o personal (la enfermedad) o desde una alteración del desarrollo moral (el vicio o la perversión). De ahí que el tratamiento idóneo resultaba ser o la corrección moral (la cárcel), o la institución para los desviados constitucionales (el

manicomio). Cuando la sustancia tenía la connotación de producto desviado [3] su uso debía explicarse, en sí mismo, por esa doble razón: sólo los enfermos o los desviados serían capaces de sustentar un comportamiento tan antinatural. Las soluciones debían ser idénticas al caso anterior: o cárcel o manicomio.

Este planteamiento, forzosamente simplificador, no evitaba situaciones intermedias (sustancias "malas" pero toleradas, evoluciones negativas en cierta medida "accidentales", etc...). En cualquier caso, al margen del tratamiento moral, cuando éste era pertinente, el trastorno se entendía como susceptible de un abordaje de carácter médico. Por otro lado, la excepcionalidad estadística de estos problemas durante los años de referencia, facilitaban que, en los casos precisos, la asistencia médica fuera absorbida desde el sector privado o desde el, entonces muy insuficiente, sector público de atención.

Los únicos problemas derivados de consumos que tenían relevancia desde una perspectiva de salud pública eran los relativos al alcohol [4] y éstos, en virtud de la acusada tolerancia con que el comportamiento alcohólico se veía, prácticamente sólo eran atendidos o como trastornos biológicos, aislados de la conducta de consumo que los condicionaba, o en estadios muy avanzados (en los que frecuentemente se recurría al internamiento, por la gravedad de las alteraciones de conducta o por los trastornos demenciales que podían haberse alcanzado). Otro colectivo, muy inferior desde el punto de vista de la prevalencia pero significativo por la imagen que determinaba, era el de las personas dependientes de opiáceos, más concretamente de la morfina. A éstos, relativamente bien integrados pero afectados por una cierta imagen de degradación personal, también se les atendía con instrumentos y estrategias médicas a través de los llamados carnés de extradosis (y también con internamientos periódicos, en las descompensaciones).

La asistencia sanitaria de estos colectivos de personas con trastornos por consumo apenas disponía de recursos especializados, de forma coherente con la despreocupación con que ciudadanos y administradores, y también la inmensa mayoría de los profesionales médicos, contemplaban los problemas de drogas. Tan sólo en los años sesenta se inician, a través de presupuestos extraordinarios, unas campañas anuales de asistencia a los problemas de alcohol, utilizando unos Dispensarios de Alcoholismo y Toxicomanías que, aunque supuestamente deberían haberse extendido por todo el territorio nacional, nunca llegaron a completar la red y nunca fueron suficientemente dotados.

Cuando, avanzada la década de los sesenta y sobre todo en los años setenta, la percepción social comienza a mostrarse preocupada por la potencialidad de unos consumos de drogas, desconocidos hasta entonces [5], la inercia de lo establecido y, también, la exigencia de utilizar lo existente hacen que los problemas que van apareciendo (escasos por otra parte, salvo en lo referido al alcohol) sigan siendo atendidos por los Dispensarios existentes; lógicamente, también por otros recursos, muchas veces del sector privado, dada la ya señalada insuficiencia de esos dispositivos especializados.

En cualquier caso, en la medida en que van planteándose, los problemas de drogas son vistos como problemas médicos, más concretamente psiquiátricos, y van generando la idea de que se trata de trastornos severos que exigen un saber muy específico y unos recursos con dotaciones monográficas. Todo ello sin negar esa connotación moral de la que antes se hablaba, que en esos años sesenta/setenta aún se complica con una serie de añadidos ideológicos: no es fácil distinguir si el presunto problema es de carácter sanitario, moral, político, contracultural, etc...

Progresivamente se va incrementando el desencuentro entre la imagen que la percepción social va construyendo sobre los problemas de drogas (problemas complejos, difíciles de tratar, amenazantes para el colectivo social, complicados con elementos de déficit social, de marginalidad y delincuencia, etc...) y los instrumentos y las formas de abordaje asistencial que las estructuras sanitarias plantean.

Los drogodependientes, si son enfermos lo son de una forma muy especial y no responden a lo que se espera de un "buen paciente"; además, no parecen reaccionar como cabría esperar a los tratamientos al uso. Esta situación empeora paulatinamente y llega a un punto de ruptura cuando, entre 1977 y 1982 aparecen, casi como en una explosión epidémica, un número importante de personas heroínómanas, con una grave sintomatología clínica, psicológica y social.

Aunque no es éste el espacio para profundizar en el análisis del fenómeno, cabe decir que en esos momentos comienza a producirse un cierto "despegue" del compromiso médico en la asistencia de estas personas [6], compromiso que va siendo sustituido por la aparición de otros colectivos profesionales que se responsabilizan de esa asistencia, y de otros paradigmas que van ocupando la plaza del modelo médico de interpretación. Lo psicosocial, como lectura de los conflictos y como estrategia de intervención, toma carta de naturaleza y pasa a ocupar el primer rango de las estructuras de atención.

Decimos "psicosocial" con plena intención, aún a sabiendas de que el modelo que finalmente se preconiza y que pasa a ser universalmente aceptado es el "biopsicosocial". Esta distorsión intencionada de la palabra pretende expresar lo que realmente se produjo en aquellos momentos: una retirada del paradigma médico de interpretación e intervención y una sustitución de éste por unas formas de análisis diagnóstico y de propuesta terapéutica al margen del mismo (o que, como mucho, veían la intervención médica como algo complementario para la atención de aspectos marginales al núcleo de la alteración). Es obvio que, en la construcción de la dinámica que describimos, no caben lecturas unilaterales, de responsabilidades o protagonismos unívocos en el cambio de modelo; este cambio se produce por una evolución dialéctica de la imagen social de los problemas de drogas, que es construida entre todos, que a todos afecta y de la que, más o menos, todos participan.

Cuando en 1985 se pone en marcha el Plan Nacional Sobre Drogas, y a partir de esa fecha los diferentes Planes Regionales, se plantea como una prioridad montar una red asistencial que permita dar respuesta a lo que en ese momento aparece como la demanda social prioritaria: atender a los drogadictos [7]. Ese esfuerzo cuajó en la rápida puesta en marcha de una importante estructura de recursos especializados, cuando no monográficos, de cobertura nacional y que, salvo el caso de unas pocas, muy pocas, Comunidades Autónomas, se fueron desarrollando totalmente al margen de las redes normalizadas de salud y, en bastantes ocasiones, voluntariamente de espaldas a éstas. Esto fue así hasta el punto de que, cuando en virtud de esa necesidad de atención complementaria de la que antes se hablaba, era necesario el concurso de médicos en los equipos asistenciales, estos médicos eran objeto de una contratación expresa para trabajar en los recursos que se montaban. Hay que insistir en que ese proceso, lejos de ser el resultado de una acción programada, destinada a apartar a los sanitarios, fue producto de un cambio muy en sintonía con la representación social y en el que tan definitiva fue la inhibición de unos como el activismo de otros.

El hecho es que, más allá de situaciones minoritarias, casi anecdóticas, en la mayoría de los territorios autonómicos fue instalándose la convicción de que la asistencia de los drogodependientes [8] era responsabilidad de unos dispositivos, de uno u otro tipo, muy especializados y situados fuera de las redes de salud. Esta convicción, tan determinante de la dirección que adoptaba la demanda asistencial como de las actitudes y de la práctica profesional de quienes no se sentían implicados, supuso no sólo la existencia de dos redes paralelas de atención en gran parte de España sino, más aún, una difícil comunicación entre estas redes. Y, a los efectos del planteamiento inicial de esta investigación, una desresponsabilización, estructural y funcional, del Sistema Nacional de Salud.

Sólo a principios de los noventa, al hilo del agravamiento de los problemas sanitarios que afectaban a la población de consumidores y en virtud de la necesidad de desarrollar estrategias médicas de acción, se formalizó un compromiso en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que

debía suponer una mayor y más directa implicación en la asistencia de los problemas de drogas. Este compromiso tardó muchos años en comenzar a materializarse y, aún en estos momentos, no ha alcanzado ni siquiera el nivel de desarrollo que se previó para hace ya una década.

3. Sin ánimos de entrar en el análisis del modelo teórico de comprensión del trastorno adictivo, precisamos hacer algunas consideraciones que fijen el punto de partida conceptual desde el que la presente investigación se inicia. Es sobradamente conocido que, por mucho que se persiga, no cabe hablar de objetividad absoluta cuando nos referimos a las ciencias sociales. Todos los datos, todos los hallazgos, se buscan y se interpretan desde una perspectiva en la que no puede no estar incluida la posición teórica de quien investiga. Siendo esto así, para facilitar la lectura de los datos y, por qué no, por una exigencia de honestidad científica, más vale declarar de entrada el posicionamiento conceptual del que se parte, puesto que va a iluminar, de una forma u otra, todo lo que a continuación se diga.

Las drogodependencias pueden ser "leídas" desde dos perspectivas. Desde una perspectiva transversal hay que asumir que son trastornos que, en su génesis y en sus manifestaciones, implican a distintos niveles de la persona. Hay una afectación, y probablemente una causalidad, que tiene que ver con lo biológico; existen una clínica y una patogenia referidas a lo psicológico; y, también, sin duda, intervienen variables condicionantes que pertenecen al ámbito de lo social (ámbito que también se ve afectado por la sintomatología). Esta afectación y esta causalidad biopsicosociales no aparecen como un conjunto de espacios patológicos aislados, que permitan fácilmente una actuación "por partes", sino que, más bien, construyen un todo dialéctico en el que cada una de las parcelas condiciona y sustenta la patología de las otras. Dicho de otra manera, si no se actúa sobre las alteraciones biológicas no sólo no se corregirán éstas sino que su mantenimiento alimentará también el mantenimiento de los conflictos psicológicos o sociales. Y lo mismo cabe decir de cualquiera de las relaciones de dirección posibles. Todo esto no significa que se pueda o se deba actuar de una forma única o totalizadora, lo cual pertenecería más bien a los ideales fijados por una fantasía ingenua de omnipotencia. Lo que queremos decir es que ese horizonte de visión integral debe ser siempre tenido en cuenta o debe estar siempre presente a la hora de las intervenciones, por mucho que éstas tengan que ser parcelares e incompletas.

Desde esta perspectiva transversal cabe concluir que no puede haber una intervención terapéutica sobre las situaciones de adicción que no incluya instrumentos o recursos de carácter médico/biológico. Y no nos estamos refiriendo sólo a la obvia necesidad de atender médicamente las consecuencias sanitarias de la adicción, sino a que la atención de esas necesidades son una exigencia imprescindible de la terapéutica de la adicción en sí misma.

Otra posible lectura del trastorno tendría que ver con la visión longitudinal: con las drogodependencias como proceso. En este sentido, no hay que entender la patología adictiva como algo construido de una vez y para siempre. Más bien se trataría de un discurrir existencial en el que lo patológico va constituyéndose como un elemento determinante de la "manera de estar en el mundo" y va convirtiendo esa existencia en progresivamente más patológica, a través de afectaciones sucesivas de los distintos niveles de la persona. Desde esta perspectiva la intervención terapéutica con el adicto, más que una tarea de "curación" en el sentido neopositivista del término, supone un acompañamiento de la persona enferma, intentando que su situación patológica se acorte en lo posible o que transcurra con las consecuencias menos graves que se pueda. Leído así, el tratamiento de las adicciones no puede ser concebido como una única intervención, maximalista y totalizadora, sino como una multiplicidad de intervenciones, de distinto rango, que pretenden ese objetivo antedicho de acortamiento de lo patológico y de aminoramiento de sus consecuencias. Ni que decir tiene que, ante este planteamiento, resultan fundamentales las estrategias dirigidas a diversificar los recursos asistenciales (para llegar a más personas, en más momentos), a aproximarlos a los potenciales usuarios (para facilitar su acceso), a situarlos lo más precozmente que se pueda al inicio del trastorno (para propiciar la intervención precoz), etc...

Es innegable que, desde cualquiera de las dos lecturas indicadas, la implicación de la Atención Primaria de Salud en la asistencia a drogodependientes parece absolutamente necesaria. Tanto para atender esas parcelas de afectación biológica que, además de presentar exigencias en sí mismas, condicionan la existencia global de la adicción, como para facilitar un acompañamiento terapéutico precoz que contribuya a aligerar la gravedad del proceso de la persona drogodependiente.

En cualquier circunstancia hay muchas posibilidades de que los primeros contactos del adicto con la red asistencial se hagan a través de la Atención Primaria de Salud; por tanto, de cómo transcurran esos contactos va a depender no sólo la corrección de los trastornos puntuales que los motiven sino, más allá de eso, la evolución futura del proceso.

Además, la evolución de los consumos ha supuesto una mayor incidencia de la carga asistencial que implican los problemas de drogas sobre ese nivel de la atención sanitaria. Los conflictos patológicos derivados de los nuevos patrones de consumo llegan más tarde y con más dificultad a los dispositivos especializados puesto que, en muchos casos, éstos están condicionados por una imagen de "servicios para heroinómanos" que suponen un rechazo en los nuevos tipos de consumidores. La red asistencial se planteó, por mucho que no se explicitara, como una red para atender a los peculiares problemas que planteaba la heroínomanía. Siendo que ésta se fue connotando socialmente con elementos de rechazo (alarma, miedo...), los dispositivos se vieron inevitablemente condicionados por esa imagen.

Ahora, progresivamente, hay más consumos de sustancias normalizadas, que no privan al usuario de su condición de persona "normal", condición que ese usuario no quiere arriesgarse a perder. Por eso muchos de estos nuevos consumidores con problemas encuentran dificultades para acudir a un centro que les hace temer una identificación que rechazan; por eso acuden, antes y más frecuentemente, a los recursos generales de salud y, concretamente, a los servicios de Atención Primaria. Finalmente, la cuestión no es si la Atención Primaria de Salud debe o no debe intervenir. Más bien se trata, puesto que se plantee lo que se plantee las demandas van a seguir llegando, elegir entre actuar más o menos correctamente, de acuerdo con las necesidades del proceso global y de acuerdo con las propias posibilidades.

Las necesidades vienen fijadas por esos objetivos que definíamos anteriormente: tratar los trastornos biológicos de la adicción y estimular el desarrollo terapéutico en el proceso evolutivo del drogodependiente. Las posibilidades derivan (si se quiere, están determinadas) de la estructura asistencial y de sus características, y de las capacidades profesionales o de la formación de que los médicos dispongan. En esa fijación de actuaciones habrá que buscar un equilibrio entre unas irreales exigencias maximalistas y una inhibición que determine pasividad. Es obvio que en Atención Primaria no se puede hacer todo, como también lo es que hay cosas que en ese nivel de atención se pueden hacer mejor que en cualquier otro espacio [9].

Parece claro que el nivel concreto y operativo de los compromisos deberá ser establecido en cada momento histórico, y que habrá que hacerlo no sólo en función de las necesidades sino también de la jerarquía de prioridades a las que se deba atender. Esta investigación pretende ser un elemento más que contribuya a ese análisis del momento histórico, y que pueda contribuir a fijar con más nitidez los niveles de compromiso asistencial de cara a los problemas de los drogodependientes. En cualquier caso, no parece aventurado señalar que en el núcleo de acciones que deberían ser enfrentadas desde Atención Primaria se encontrarían el diagnóstico precoz, las intervenciones mínimas, el apoyo terapéutico, algunas maniobras de desintoxicación, el seguimiento del proceso, el tratamiento de las patologías orgánicas, la definición y articulación de las derivaciones terapéuticas, etc...

Finalmente, es preciso correlacionar las características que se preconizan en el modelo descrito de sistema de salud con las exigencias que, según vemos, plantea la atención de los drogodependientes. Así tendremos un elemento más que apunte la pertinencia del abordaje de los problemas de drogas desde los niveles de Atención Primaria.

■ **Abordaje integral:** sería difícil encontrar un ejemplo más característico que el de las drogodependencias para hablar de la dimensión biopsicosocial de la enfermedad.

■ **Accesibilidad:** las personas con problemas de drogas precisan, más que otras si cabe y por las razones que ya se han expuesto, que se facilite su acceso rápido a los dispositivos asistenciales.

■ **Continuidad y permanencia en la acción:** evidentemente la atención que requiere cualquier drogadicción debe ser continua y permanente, por tratarse de un problema de evolución procesual y con numerosas recaídas.

■ **Actuación de equipos interdisciplinares:** de nuevo la drogadicción es un claro ejemplo de un problema de salud que para su correcto abordaje, requiere de la participación de diversos profesionales sanitarios y no sanitarios: médicos, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, etc..

■ **Posiciones activas:** es evidente que para un correcto abordaje de las drogodependencias se requiere una actitud activa de los profesionales implicados que, ante cualquier síntoma sospechoso, deben investigar la posible existencia de un consumo de sustancias o de un abuso de las mismas.

■ **Acciones integradas:** queda clara esta necesidad cuando hablamos de las exigencias de prevención, tratamiento y rehabilitación, y de la reinserción social de las personas con drogodependencias.

■ **Acción comunitaria y participativa:** es obvio que las drogodependencias son un importantísimo problema de salud pública. Por ello es necesario utilizar todas las técnicas posibles de salud comunitaria y, por supuesto, una implicación muy activa de la comunidad en todas las fases del proceso y en la puesta en práctica de las diferentes actuaciones.

■ **Acción programada y evaluable:** absolutamente necesaria frente a trastornos como las drogodependencias, que presentan una dinámica rápidamente cambiante, y que exigen una actitud terapéutica continuamente adaptada y flexible y unos planteamientos de acción integrada y continua.

■ **Actividad docente e investigadora:** exigida frente a las drogodependencias por las mismas razones que se señalaban en el punto anterior.

El abordaje de los problemas de drogas plantea unas necesidades que sintonizan con las características preconizadas para el modelo de estructura asistencial que se definía. Dicho de otra manera, si se construye un Sistema de Salud de acuerdo con esas características, éste será perfectamente capaz de atender el conjunto de responsabilidades que le tocan frente a las personas con problemas de adicción. Parece claro que ésa es una cuestión aún pendiente en la estructura sanitaria española y que precisa de unas informaciones previas, que permitan actuar en el sentido exigido por esa construcción. Conseguir parte de esas informaciones es el objetivo de la

investigación que se plantea. Los resultados del análisis irán desarrollándose en los capítulos que siguen.

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.

El presente estudio se ha realizado mediante una encuesta opinática y actitudinal, de carácter probabilístico y representativo, aplicada a médicos de Atención Primaria. Las características técnicas de esta encuesta han sido las siguientes:

■ EL UNIVERSO

El universo del estudio es la totalidad de los médicos de Atención Primaria que trabajan en los centros de salud o en los consultorios de las trece comunidades autónomas que decidieron sumarse a esta investigación. Estas comunidades han sido todas las del ámbito de actuación del INSALUD (Aragón, Asturias, Baleares, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Extremadura, Madrid, Murcia y La Rioja) y Andalucía, País Vasco y Comunidad Valenciana, entre las que tienen las competencias transferidas en este campo.

Se contemplaba una distribución de los médicos en todos los tipos de hábitat, agrupados en cuatro tamaños: hasta 10.000 habitantes, de 10.001 a 50.000, de 50.001 a 250.000 y de más de 250.000.

■ LA MUESTRA

A partir de los datos estadísticos básicos disponibles sobre el colectivo de médicos de Atención Primaria, que fueron facilitados por el INSALUD y por las respectivas consejerías de sanidad con competencias que participaron en el estudio, se elaboró una muestra con un total de 1.000 unidades. Esta muestra es aleatoria y estratificada de forma polietápica. En una primera etapa la estratificación se realizó por hábitats, comunidades autónomas y centros. Y en una segunda por género y edad de los médicos de Atención Primaria. Con esta muestra, siendo $P=Q$ y con un nivel de confianza del 95.5%, el margen de error para el conjunto sería de un + 3.16%.

Tabla 2.2

Muestra realizada por comunidades autónomas

	N1 Municipios	N1 Centros	N1 Entrevistas
Andalucía	34	64	208
Aragón	6	15	50
Principado de Asturias	5	13	40

Islas Baleares	3	9	22
Cantabria	3	6	17
Castilla-La Mancha	15	17	53
Castilla y León	16	31	116
Comunidad Valenciana	23	34	102
Extremadura	7	11	34
Comunidad de Madrid	10	60	222
Región de Murcia	5	12	39
País Vasco	12	28	87
La Rioja	3	4	10
Total	142	304	1.000

Se trabajó aleatoriamente en un total de 110 municipios, y dentro de cada uno de ellos en sus distintos distritos y/o barrios a partir de las secciones censales, alcanzando un total de 300 puntos de muestreo efectivo.

El detalle de la distribución por género y edad se presenta también, para los lectores interesados en este aspecto, en el Anexo 1. Adelantamos, en todo caso, que los grupos resultantes de dicha distribución cuentan, en todos los casos, con una base muestral suficiente para su análisis específico.

■ EL CUESTIONARIO

El cuestionario fue elaborado por el equipo de expertos que participan en el estudio. Consta de un total de 82 preguntas estructuradas en los diez apartados siguientes:

- Variables de clasificación (1 a 12)
- Formación realizada sobre drogodependencias (13 a 21)
- Autopercepción de su formación (22 y 23)

- Demanda percibida en relación a drogodependencias (24 y 25)
- Práctica en drogodependencias (26 y 27)
- Conocimiento de los recursos especializados (28 a 32)
- Opiniones sobre la intervención en drogodependencias (33 a 36)
- Responsabilidades del centro o servicio en relación a las drogodependencias (37 a 40)
- Disponibilidad para la atención normalizada a drogodependientes (41 a 43)
- Actitudes básicas ante las drogodependencias (44 a 82)

Los nueve apartados primeros (preguntas 1 a 43) fueron de aplicación directa por el entrevistador; el décimo (preguntas 44 a 82, estructuradas a su vez en cinco bloques temáticos) se preparó para que fuera autocumplimentado por el entrevistado, puesto que la respuesta exigía una mayor intimidad y reflexión.

[1] Estas técnicas deben tener en cuenta al grupo social y a sus estructuras vertebradoras, no sólo como objetos sino como integrantes activos de la acción.

[2] La formación que ha de ser específica para el ámbito de Atención Primaria. En este sentido, hasta ahora sólo se ha desarrollado en relación con los médicos de familia y no con otros profesionales implicados: enfermería, pediatras....

[3] El concepto de "droga" siempre ha tenido con unas ineludibles connotaciones. Independientemente de lo que hayan dicho los técnicos, o de lo que haya preconizado la Organización Mundial de la Salud, sociológicamente, "droga" es sólo lo extraño, lo ajeno a la propia cultura. De ahí las resistencias a aceptar que el alcohol lo sea y de ahí también los esfuerzos que se hacen para diferenciar entre las drogas "más drogas" y aquéllas otras que, por su implantación social, empiezan a perder el carácter de extrañeza.

[4] Los problemas derivados del tabaquismo, siempre han tenido (cuando la han tenido) una consideración distinta a otros problemas por consumo. Independientemente de la indudable capacidad adictiva de la nicotina, la poco visible modificación de comportamientos que el fumar significa hace que la prevención de este hábito se diferencie de la referida a otras adicciones: se vive mucho más como prevención del cáncer, de la bronquitis o del infarto, y mucho menos como la prevención de una dependencia homologable a la que pueden producir otras sustancias, que conlleva la posibilidad de alteraciones graves en la interacción de las personas.

[5] Porque se referían a sustancias no habituales o porque, aunque las sustancias fueran conocidas, su uso se hacía con patrones diferentes, con finalidades diferentes o por poblaciones más amplias y distintas a las anteriores.

[6] Hubo unos años en que los médicos, sobre todo los de Atención Primaria, aparecían no tanto como protagonistas de la asistencia de las personas adictas, cuanto como víctimas de las agresiones de éstas (exigencias de recetas, violencias....).

[7] No cabe negar que en este "atender a los drogadictos" iban incluidas distintas propuestas que no por no ser explicitadas dejaron de marcar el tono de la futura red asistencial: eliminar listas de espera, potenciar la ilusión de tratamientos totales, desangustiar a la población, aislar a personas que se veía como peligrosas, etc...

[8] Léase los heroinómanos, porque otro tipo de adictos apenas eran visibles en los centros de tratamiento hasta hace pocos años, y los alcohólicos siempre mantuvieron su propio circuito asistencial (que, en muchos casos, era casi inexistente).

[9] Incluso podría decirse que, si no se hacen en Atención Primaria, ciertas actuaciones no podrán realizarse en ningún otro recurso o nivel asistencial.

■ Conclusiones.

1. SOBRE LAS ACTITUDES.

- Antes que nada, hay que subrayar un dato: una significativa mayoría (en ocasiones, enorme mayoría) de médicos españoles de atención primaria mantienen actitudes y posiciones proclives a una mayor implicación en el trabajo de asistencia a los drogodependientes.

- Cuando, ítem a ítem, se repasan los porcentajes de respuestas a favor o en contra de cada una de las múltiples proposiciones que el instrumento de investigación planteaba para analizar y calibrar estas posturas, en conjunto y muy mayoritariamente, los médicos se definen a favor de esa implicación. Y esto no deja de ser sorprendente en un colectivo que, en relación con el tema que nos ocupa, proviene de un contexto histórico que no haría presumir precisamente esas actitudes positivas hacia la atención de las dependencias.

- En primer lugar, los médicos antes que médicos son ciudadanos y no han podido vivir ni desarrollar su actividad al margen de la representación social dominante, que les influía y de la que participaban; una construcción social que, proveniente de las etapas de apogeo de la epidemia de heroína, con el correlato de intensa alarma social que conllevó, estaba esencialmente teñida de temor y rechazo a los drogodependientes. Además, durante toda una serie de años especialmente conflictivos, la imagen que se transmitió y que los médicos compartían, de su relación con los pacientes adictos, situaba a esos médicos no tanto en el papel de agentes de salud cuanto de víctimas. El estereotipo que comunicaba esa imagen estaba constituido no por un médico terapeuta de un paciente sino por un profesional indefenso que recibía las presiones, cuando no las agresiones de ese paciente; independientemente de lo que pudiera haber de real o de exagerado en esa imagen generalizada, no hay duda de que resultaba enormemente representativa la situación. Por último, la forma en que, en la mayoría de los territorios españoles, se fue desarrollando la red asistencial para drogodependientes daba pocas oportunidades para la corrección o modificación de esos estereotipos: una red paralela, lejana y aislada de las redes primarias de salud y que, durante mucho tiempo y en buena medida, reducía sus relaciones con el nivel primario de atención a la pura demanda de apoyo instrumental.

- Pues bien, pese a todo, la postura que transmite una importante mayoría de los médicos de atención primaria es la de una cierta proximidad y sintonía con los problemas de drogas, y una disponibilidad mayoritaria para mejorar su implicación con esos problemas.

- Claro, que una cosa es predicar y otra dar trigo. De lo que estamos hablando es, en definitiva, de actitudes, que reflejan una posición ideal y que pueden, o no, traducirse en una conducta sintónica con esa actitud. Es evidente que una cosa es la propuesta ideal, que viene marcada por distintas circunstancias, y otra es el compromiso comportamental de cada uno, que a su vez está condicionado por unas variables que no tienen que ser las mismas. En las ciencias sociales es, desde hace mucho, sobradamente conocida esta dicotomía; hasta el punto de que en algún momento se preconizaron dos tipos de actitudes: unas más teóricas y otras más comprometedoras del comportamiento. Esto era bien sabido antes de comenzar la investigación y debe ser muy tenido en cuenta a la hora de leer los datos, porque es un fenómeno en última instancia inevitable.

- No obstante, sabiendo lo anterior, la aproximación a la lectura de las actitudes de los médicos se hizo desde distintas escalas, con distintos niveles de aproximación a lo teórico o a lo conductual (desde actitudes ideales hasta actitudes asociadas a comportamientos), lo cual orienta la lectura de los datos y añade algunos elementos a su fundamentación. Además y en cualquier caso, unas actitudes determinadas, por mucho que resulten producto de una idealización, marcan un clima colectivo, un "deber ser", que resulta enormemente clarificador y orientativo de lo que puede estar pasando en estos momentos.

- Pues bien, en ese contexto interpretativo hay que repetir que, muy mayoritariamente, los médicos españoles de atención primaria sostienen actitudes y posturas proclives a aumentar su compromiso en la asistencia de los drogodependientes. Hasta un 82% del colectivo llega a sustentar alguna de las propuestas sometidas a su consideración y, cuando todas éstas (hasta 39) son analizadas una a una, puede observarse hasta qué punto es legítimo defender la afirmación que inicialmente hacemos.

- Las 39 propuestas utilizadas para la medición de actitudes estaban agrupadas en 6 categorías, cada una de ellas con un diferente peso de los componentes ideales. Es evidente que no supone la misma movilización de compromisos personales pedir a alguien la aprobación o desaprobación de una frase referida al papel ideal que tendrían que representar los profesionales de la salud, que pedir a esa persona que responda sobre las hipotéticas consecuencias, también para ella, de llevar a su extremo esa propuesta ideal. Por eso no es nada extraño que, aún moviéndose en el rango de mayorías afines a la implicación, existan claras diferencias entre los niveles de adhesión que soportan cada uno de los bloques de proposiciones a juzgar. El primer campo de definición teórica de las funciones del profesional de la salud, siempre en referencia con cuestiones relacionadas con la asistencia a los problemas de drogas, refleja la adhesión de un 66% de los médicos, con un 27% de indecisos y un 7% de posturas contrarias. Desde una perspectiva algo más implicativa (las obligaciones del sistema), el rango de adhesiones baja hasta el 57% y el de posturas contrarias sube hasta el 9%, siendo un 33% el grupo de los indecisos. Más allá, en el campo, más comprometido, de imaginar las consecuencias prácticas que tendría esa mayor implicación, ya sólo es un 35% el grupo que sigue siendo favorable a la misma y ha subido a un 17% el de los contrarios, apareciendo un grupo mayoritario, del 49%, que no acaba de definirse. Cuando los bloques de cuestiones vuelven a tratar cuestiones genéricas como son las opiniones y posturas sobre los programas de atención a drogodependientes o la propia manera de ver a estas personas, los rangos (en ambos casos) se mueven en porcentajes de poco más de la mitad a favor de posturas cercanas o proclives y de casi la mitad en posturas reticentes (38%) o claramente contrarias (10%).

- Estos datos vienen a confirmar lo que antes decíamos en relación con las esperables diferencias, según la distancia desde la que se responde, y en relación con, pese a todo, una opinión mayoritariamente positiva hacia el aumento de implicaciones en la atención de los problemas de adicción y en la disponibilidad para ello. Lógicamente, la gran cantidad de propuestas que se hacían y la variabilidad de éstas hacen que los perfiles que sustentan cada una de las afirmaciones sean enormemente diversos y dificulten una visión de conjunto que nos permitiera especular con las variables que influyen en los distintos posicionamientos. Esto será mucho más fácil cuando encontremos, más adelante, alguna fórmula de agrupación en colectivos diferenciados. El primer intento para esa agrupación viene dado por el análisis de conjunto (multivariable) de cada uno de los campos investigados. Conviene aclarar para la interpretación de resultados que, cuando hablemos de los porcentajes que sustentan cada uno de los tipos resultantes, no estaremos en ningún caso hablando de tipos o grupos de profesionales médicos, sino de grupos o perfiles actitudinales que son sustentados por un colectivo de médicos, algunos de los cuales pueden también identificarse con un tipo diferente.- Aunque minoritariamente, destaca todo el espacio de los valores que buscan la satisfacción de lo inmediato. El deseo de calmar las necesidades del presente, sin preocupaciones por el futuro, la búsqueda de la gratificación inmediata y la entronización de la realización de los deseos del aquí y ahora, ocupan un espacio significativo en el abanico de valores de los españoles.

- Analizando las respuestas referidas a lo que deberían ser las funciones genéricas como profesional de la salud encontramos tres tipos actitudinales. Dos de ellos defienden posturas que claramente conllevan una exigencia favorable a la atención de los problemas de drogas, por razones de integralidad en la asistencia (tipo globalizador: 67%) o por razones de compromiso ético (tipo humanista: 81%). Tan sólo un perfil actitudinal, sustentando por el 13% del total del colectivo, rechazaría las funciones más directamente implicadoras de una mejor atención a drogodependientes, por motivos de reglamentación normativa, de especialización profesional o de necesidad de utilización exclusiva de los recursos propios (tipo normativista).

- Un bloque de preguntas más directo (un segundo campo, sobre las funciones exigibles al Sistema Nacional de Salud), presenta dos tipos básicos: el integrador, proclive a dar más peso a las responsabilidades ante los problemas de drogas, defendido por el 53.2% del colectivo, y el rechazador (6.4%) que mantiene posturas de evidente confrontación con esa posibilidad de aumento de responsabilidades y sustenta unas opiniones muy radicales sobre las estrategias para mantenerse al margen.

- En una aproximación indirecta a las opiniones más operativas, preguntando sobre los hipotéticos efectos de unos mayores niveles de compromiso en este tipo de asistencia, encontramos a los que tendrían una visión optimista de esas consecuencias (el predispuesto: 51%); también aparecen dos tipos actitudinales, con posturas más reticentes o pesimistas respecto a esas consecuencias (el evasivo, representado por un 18.4% del colectivo, y el escéptico, que agrupa a su alrededor hasta casi el 33% de los médicos).

- Los campos constituidos por las actitudes referidas a los programas de atención de los drogodependientes y a la opinión respecto a estos últimos y a las drogodependencias, presentan agrupaciones con niveles de adhesión muy parecidos. En el primer caso, a favor de la implicación por razones prácticas (pragmático, 67.5%) o en contra de ella por vivencias de inutilidad en la acción (pesimista, 11.8%) o por lo inabarcable de algunos planteamientos rehabilitadores (maximalista, un 27% que sólo valora la abstinencia y que duda de la eficacia de programas de sustitución o de reducción del daño). En el segundo caso, próximos a una mayor sintonía con las personas con problemas de drogas (empático: 68.8%) o con posturas críticas o distantes de las personas drogodependientes por razones de dificultad de manejo (descalificador: 18%) o por motivos de carácter ideológico o moral (moralista, hasta un 25%).

- La información nos resulta aún más inteligible y comprensiva cuando analizamos todos los campos actitudinales en su conjunto. Los ocho tipos de agrupaciones resultantes se reparten entre cuatro de ellos favorables a una mayor implicación (institucionalista / predispuesto: 38.8% de adhesiones; ético / pragmático: 82.1%; comunitarista / humanista: 84.8%; integrador / facilitador: 53.3%) y otros cuatro reticentes o contrarios a dicho compromiso (legalista / medicalista: 2.5%; temeroso / rechazador: 3.9%; fundamentalista / evasivo: 22%; y moralista / pesimista: 25%).

- Es obvio que, en este campo global de análisis, en la medida en que los tipos se definen radicalmente, siendo muy significativos los porcentajes de adhesión a cada uno de ellos, estos porcentajes deben ser matizados con los de las posturas contrarias o dudosas, sobre todo en el caso de los tipos o factores contrarios a la implicación (que por su rotundidad, y acaso porque no consueñan con el "deber ser" que sustenta la colectividad, en sus posturas más extremas sólo concentran al colectivo más radicalizado). En ese sentido, resulta muy sugerente el que hasta un 70% mantiene posturas intermedias en el eje legalista / medicalista, incluso un poco más, el 73%, lo hace en el fundamentalista / evasivo, y hasta 83.5% mantiene posturas ambiguas en el tipo temeroso / rechazador. También, un 52.7% de dudosos suponen un cierto refuerzo al 25% que estaría próximo al eje moralista / pesimista.

- Todo ello nos marca un campo de tipos actitudinales que agrupa a los médicos de atención primaria de España en un horizonte de posturas acorde con lo que hemos descrito: mayoritariamente a favor de una más profunda implicación en la asistencia de los drogodependientes, tanto más cuanto más ideológica o teórica sea la proposición, pero con minorías importantes que se muestran claramente reticentes en los aspectos más concretos de la implicación práctica. Siempre, hablando de actitudes y posturas: el análisis de la praxis llegará más tarde.

- Llegados a este punto cabe hacer algunas inferencias sobre los perfiles dominantes en el conjunto de los tipos. En general, sin que en todos los casos quepa hacer interpretativas explicativas, podría decirse que los médicos más jóvenes suelen tener más presencia en los perfiles favorables a la mayor implicación, en los que también suelen estar sobrerrepresentados los hombres o infrarepresentadas las mujeres. Es difícil, en este nivel, definir el peso de variables como el tipo de especialización o la fórmula del equipo de trabajo que, más adelante, veremos que resultan influyentes para otros niveles de análisis. Ya desde aquí, por el contrario, podemos avanzar la presencia de una variable que parece presentar una importante correlación con las actitudes más favorables: haber realizado una formación específica en alcohol o drogas. Las personas que han recibido esta formación están sobrerrepresentadas en los tipos ético / pragmático, comunitarista / humanista e integrador / facilitador, al igual que los que no han recibido esa formación aparecen por encima de su tasa correspondiente entre los que sustentan el factor temeroso / rechazador o el legalista / medicalista.

- A pesar de lo que inicialmente decíamos respecto a la posible distancia entre actitudes y comportamiento real (el predicar y el dar trigo), existe una consistencia clara entre las actitudes más favorables y algunas opiniones prácticas y comportamientos. Por ejemplo, los que sustentan actitudes más favorables a la implicación tienen mejor opinión de la red asistencial, ven y atienden a más drogodependientes en sus consultas, se muestran más disponibles para intervenciones prácticas y conciben estas intervenciones prácticas en un espectro más amplio de actuaciones, si bien (acaso porque en su praxis más implicada tienen conciencia de sus limitaciones) también piden apoyo externo con más frecuencia.

- Por el contrario, los médicos que se adscriben a los perfiles actitudinales menos a favor de la implicación, ven y atienden menos pacientes de este tipo, tienen una peor opinión de los recursos asistenciales, se muestran menos disponibles para la acción, defienden una responsabilidad excluyentemente fijada en el diagnóstico y tratamiento de los problemas orgánicos y en la información genérica, se refugian en las insuficiencias estructurales para explicar su inacción y no tanto solicitan apoyo cuanto exigen la implicación de otros, delegando responsabilidades.

2 SOBRE LA PRÁCTICA.

- Todo este espectro actitudinal se da en una situación real en la que sorprende el escaso número de personas con problemas de drogas que son atendidas en los niveles de atención primaria, según confesión de los médicos que trabajan en ellos. Lógicamente, los problemas que más frecuentemente se atienden resultan ser los problemas de alcohol (dependencias muy mayoritarias en nuestro medio), a continuación los de heroína (sustancia dominante como "droga" en el imaginario colectivo y protagonista fundamental de la crisis vivida en los últimos años) y, finalmente, los de cocaína y otros estimulantes (productos que, por su patrón de uso, presentan un largo período de silencio clínico y que sólo en los últimos años aparecen como problemas crecientes).

- En cualquier caso, llama la atención que, por ejemplo, más de la mitad de los médicos de atención primaria hayan visto menos de 10 pacientes con problemas de alcohol en el último año. Esto no es fácilmente comprensible desde la comparación con las investigaciones que se han hecho sobre el

impacto de esos problemas en atención primaria, ni tampoco desde el puro sentido común. Que en más de la mitad de los consultorios o de los centros de salud, a lo largo de todo un año, sólo se hayan atendido entre 1 y 10 pacientes por problemas de alcohol, hace enormemente tentadora la hipótesis de que existe una infranotificación diagnóstica sólo explicable por la existencia de unas variables que condicionan un no reconocimiento de casos. Mucho más cuando vemos que atienden a más pacientes los que han recibido una formación específica en alcohol y los que están en más estrecho contacto con las redes específicas para drogodependientes. Acaso las mismas consideraciones podrían hacerse en relación con los pacientes atendidos por problemas de heroína o de cocaína. Es obvio que el número de casos de éstos tiene que ser mucho menor, pero es difícil definir si esta disminución en el número, en virtud de las prevalencias reales, debería ser tan amplia como lo que reflejan los datos de nuestra investigación. Por otro lado, tanto para la heroína como para la cocaína, se ven menos casos en las zonas rurales, lo cual es sintónico con un análisis de realidad, pero ya no lo es tanto que también sean menos visto cuando los médicos que atienden la consulta son de mayor edad o no han recibido formación en la atención específica de estos problemas; estos últimos datos apuntarían a la posibilidad de una infradetección en función de variables ajenas a las que definen la existencia real del problema. Por otro lado también resulta inquietante que, alrededor del 50% de los profesionales que han atendido entre 1 y 10 pacientes por heroína en el último año, no sepan cómo acceder a los recursos especializados en el tratamiento de estas patologías.

- En lo que sí existe una práctica unanimidad es en que, en una perspectiva histórica de los últimos años, los médicos de atención primaria creen que el número de problemas por alcohol que llega a sus servicios está estabilizado, con una cierta tendencia a aumentar. Los pacientes con problemas de heroína van disminuyendo, aunque en algunas zonas siguen estabilizados, y las personas con problemas por cocaína o estimulantes que llegan a la consulta están aumentando en todo los territorios. Estos datos son coherentes con los que se derivan de otro tipo de investigaciones epidemiológicas y, de forma absolutamente lógica, señalan que los problemas de drogas inciden sobre atención primaria de salud de forma sintónica al impacto que producen sobre la sociedad en general.

- Más allá de la demanda "en bruto" que significa la presencia de drogodependientes en la consulta, los médicos de atención primaria establecen un claro patrón de exigencias en las necesidades concretas de esas personas; patrón que se mantiene estable para todas las sustancias y para todas las variables. Las necesidades más detectadas serían las referidas al tratamiento orgánico de los problemas, seguidas de aquéllas que tienen que ver con el diagnóstico y valoración de la dependencia, y por último por las de apoyo al tratamiento de la adicciones. El patrón de exigencias resulta absolutamente lógico pero los porcentajes en que cada uno de los niveles de esas exigencias han sido detectados permiten toda suerte de valoraciones. Quizás, más importante que el puro juicio de valor sobre si cada una de esas necesidades se ha detectado poco o mucho, resulta el análisis de las variables que influyen o se correlacionan con esas detecciones. Por ejemplo, en relación con los problemas de alcohol, tal como ya apuntamos en referencia al diagnóstico global del número de casos, la única variable que parece influir claramente en que haya una mayor exigencia y una mayor sensibilidad para el planteamiento de necesidades más ambiciosas o más comprometidas (deslizamiento hacia mayores cotas en el patrón de necesidades detectadas), sería la relativa a la formación específica. Aquéllos que recibieron esta formación o que se sienten suficientemente formados y con capacidad para manejar estos problemas, se ven muy sobrerrepresentados entre los que han detectado más necesidades y necesidades más complejas.

- En cambio, en relación con las necesidades detectadas en función de problemas de heroína, además de la variable formación o autoconciencia de la formación, que sigue siendo enormemente influyente, intervienen otras circunstancias: la edad (los médicos jóvenes, lógicamente con menos años de práctica y que abundan en el grupo de los interinos y de los especialistas vía MIR, parecen detectar más necesidades y necesidades más ambiciosas) y la posibilidad de mayor presencia de

problemas reales (quienes trabajan en un entorno urbano o de grandes ciudades, al contrario de los que lo hacen en zonas rurales, también han detectado más necesidades y necesidades más complejas). Lo mismo pasa en relación con los problemas por cocaína y estimulantes, con la particularidad de que el peso de la formación o de la autopercepción de estar capacitado parece aún mayor.

- Cuando nos fijamos en el otro nivel, aún más concreto, de necesidades atendidas de entre todas aquéllas que pueden haber sido detectadas, encontramos algunas discrepancias que nos indican que un buen número de los problemas que fueron vistos parecen no haber sido atendidos; sobre todo cuando nos referimos a los problemas derivados de las sustancias ilegales (heroína y cocaína) y sobre todo cuando nos fijamos en las necesidades más complejas (necesidades de valoración de las dependencias o de apoyo al tratamiento). Esto marca un interrogante sobre la calidad de la atención prestada, sin que quepa atribuir ese descenso de la calidad a la propia acción del profesional o a deficiencias de la estructura en la que trabaja. Ese mismo interrogante parece ser percibido por los médicos, que implícitamente tienden a compensarlo sobrerrepresentando sus actuaciones en aquello que viven como más propio: la atención de los problemas médico / biológicos; hasta el punto de producirse la inconsistencia de que, en ese nivel, con frecuencia son más numerosos los casos que dicen haber atendido que los casos que dicen haber detectado.

- También en este plano de las necesidades atendidas puede observarse la correlación positiva con algunas variables, que ya señalamos para las necesidades detectadas: en los casos de problemas por alcohol parece existir una notable influencia de la formación y de la conciencia de estar capacitado, y en el caso de la heroína y de la cocaína, además del peso de esa variable, también parece influir la edad y el contacto con el impacto directo de los problemas (actúan más y más ambiciosamente los médicos más jóvenes y los que trabajan en los ámbitos urbanos).

3 SOBRE LA FORMACIÓN.

- Siendo tan claramente influyente la variable "formación" conviene señalar que uno de cada tres médicos no ha recibido ningún tipo de capacitación específica para el manejo de problemas de alcohol y otras drogas. Los que sí lo han hecho, lo hicieron mayoritariamente en los últimos tres años y casi siempre a través de una actividad formativa de menos de 40 horas, acreditada oficialmente (aunque no necesariamente por los departamentos sanitarios), realizada fuera del horario laboral, que no exigió financiación por parte del médico y que mereció una valoración media de 6.75, en una escala de 1 al 10 (más de un tercio de los formados han considerado a la actividad como regular o mala).

- Analizando los perfiles de quienes sí han recibido formación encontramos en ellos mayor presencia de especialistas vía MIR, y también mayor presencia de los de edades medias y de experiencia acorde con esa edad. Los jóvenes han recibido más frecuentemente formación en heroína o cocaína y los mayores más frecuentemente en problemas de alcohol. Mención aparte merece el hecho de la correlación existente entre mayor frecuencia de actividades formativas y mayor número de personas con problemas de drogas en la consulta. Parecería que, en este último caso, se da una influencia de doble dirección que establece la correlación final: los médicos más formados tienen más capacidad para detectar los problemas sobre los que han sido capacitados y, también, los médicos que viven más el día a día de la demanda de los problemas se muestran más sensibilizados y se integran más en las actividades formativas que les permiten responder mejor a esas demandas.

- También resulta de mucho interés el análisis que describen los profesionales de atención primaria cuando se les interroga sobre su percepción respecto a estar o no suficientemente formados para atender los problemas de alcohol o de otras drogas. La mayoría entiende tener una formación muy básica, sobre todo para los problemas de heroína o de cocaína. Sólo el 39% de los médicos cree

tener formación suficiente para tratar problemas de alcohol, y aún menos, entre el 15 y el 17%, se sienten capaces de tratar globalmente los problemas de cocaína o de heroína.

- En esa conciencia de autocapacitación parecen influir tres variables, sin que podamos señalar el peso de cada una, peso que incluso puede en algún caso ser contrapuesto: la formación recibida (a más formación más convicción de estar capacitado), la experiencia (a más experiencia más creencia en la capacitación) y lo que podríamos llamar variables ideológicas o de personalidad (los que creen estar capacitados porque piensan que hay poco que saber o porque confían en sus recursos naturales). Esta última variable, puramente hipotética, parece estar justificada cuando hay que explicar por qué existe mayor conciencia de autocapacidad en algunos grupos, que no son precisamente los que más parecen actuar esas capacidades.

- El mismo panorama se describe, más pormenorizadamente, cuando, más allá de la interrogación sobre la supuesta capacitación global, se pregunta por las acciones concretas para las que se siente cada uno preparado. Lógicamente, cuanto más compleja es la acción tanto menores son los porcentajes de los que se sienten preparados para la misma, hasta alcanzar porcentajes muy reducidos en algunos niveles (sólo un 8% se sienten en condiciones de abordar el tratamiento de los problemas de heroína o de cocaína). En el análisis de la distribución de esos porcentajes y de los perfiles que los alimentan aparecen las mismas variables que ya se han señalado: la formación sobre todo y, después, la experiencia y las variables asociadas a la misma, y esa otra circunstancia hipotética del talante personal que parece introducir algunos elementos de desajuste en el sistema.

- Ese horizonte de conocimientos puede ser completado fijándose en la información que los médicos dicen tener sobre los recursos especializados para la atención de los problemas de alcohol y otras drogas. Hay que decir que, en términos genéricos, el conocimiento es muy amplio, acorde con la extensión que ha alcanzado la red de recursos especializados y con la importancia que la comunicación social ha otorgado a éstos. Lógicamente, existe una menor información entre los médicos que trabajan en zonas rurales o en municipios pequeños y mayor entre los que han tenido la oportunidad de contactar con más pacientes de este tipo. Otras variables (la formación, la titulación, incluso la experiencia) parecen tener un peso menor que esas circunstancias genéricas de presencia importante de los dispositivos específicos.

- Ya aparecen más matices diferenciadores cuando de lo que se trata es de poseer una información más concreta sobre esos recursos monográficos. Hasta un 25% de los médicos, aunque digan conocer la existencia de dispositivos, afirman que no tienen suficiente información sobre los mismos; y en este aspecto sí que parece influir la formación y el peso de la demanda asistencial específica. Lógicamente, aún más diferencias existen en el conocimiento sobre cómo acceder a los diferentes tipos de dispositivos asistenciales. Existe más conocimiento en relación con los dispositivos más próximos y de más antigua implantación (por ejemplo, asociaciones de exalcohólicos y programas libres de drogas), y en relación con los que, sobre todo en los últimos tiempos, han estado más presentes en el circuito de comunicación profesional (programas de metadona). En esta mayor información sobre el acceso a los recursos parece haber una influencia de la formación, de la experiencia concreta de haber tenido que atender pacientes y, también, de lo que podría llamarse la cultura asistencial del territorio: hay Comunidades Autónomas en las que la organización asistencial ha propiciado una mejor comunicación y, por tanto, un mejor conocimiento de la forma de acceder a los recursos especializados.

- La opinión de los médicos de atención primaria sobre la red de estos recursos especializados en drogodependencias presenta una valoración media, con tendencia a buena, siendo mucho mejor respecto a aquellos dispositivos que pueden estar mitificados (es el caso de las comunidades terapéuticas) y más crítica respecto a aquellos otros de los que se tiene una visión mucho más próxima. También se puede decir que esta opinión es mejor entre aquellos médicos que han recibido

formación específica en la materia.

- Más severa es la valoración que los médicos de atención primaria hacen sobre la coordinación con las estructuras especializadas (en el 38% de los casos esta valoración es mala, regular en el 41% y sólo el 20% entienden que es buena). En la medida en que existe la coordinación, ésta se ejerce fundamentalmente a través de mecanismos informales, sin que exista una estructura formalizada de relaciones. Y, en conjunto, las condiciones que parecen influir sobre la realidad de esa coordinación tendrían que ver con las circunstancias que la hacen más o menos necesaria (trabajar en ámbitos urbanos o rurales, recibir más o menos pacientes con problemas de drogas, tener más o menos tiempo para la comunicación con otros recursos) y con aquéllas otras que contribuyen a enfatizar su necesidad (la formación). En general, podría afirmarse que las deficiencias de coordinación son atribuidas al sistema aunque existen razones para pensar que también es la actitud del profesional la que marca los niveles de relación entre la atención primaria y los dispositivos especializados (si bien esta actitud, cuando es positiva, parece traducirse más en fórmulas de coordinación informal que en fórmulas estructuradas, que parecen depender más del sistema).

4 SOBRE LA DISPOSICIÓN.

- Una cuestión de capital importancia es la referida a qué dificultades personales viven los médicos de atención primaria para esa mayor implicación en la atención de los problemas de drogas a la que, desde sus posturas actitudinales, parecían estar dispuestos.

- En términos generales, en una forma esperable, el 61% de los médicos señalan a la falta de tiempo como la dificultad fundamental para su mayor implicación. Esto, que en cualquier caso debería ser entendido como una dificultad genérica del sistema, no exclusivamente importante para el campo que nos ocupa, permite algunas reflexiones, cuando no matizaciones. Es una queja que parece incluir tanto elementos de realidad como, en algunos casos, la oportunidad de justificación de otras posturas; por eso en ocasiones se establece una correlación positiva entre las variables que tendrían que estar relacionadas con la falta de tiempo y la disminución de las acciones de implicación, y en otras ocasiones parece producirse justo lo contrario. Por ejemplo, el número de pacientes atendidos no siempre se muestra consistente con la dificultad para el ejercicio de acciones específicas; en ocasiones son los que más atienden, no sólo los que más hacen sino los que están más dispuestos a hacer más. No se trata de negar la realidad de las dificultades que supone trabajar con una gran presión asistencial, pero es evidente que hay otras circunstancias que matizan estas dificultades; como también lo es que, a veces, parece una justificación un tanto inconsistente (los que atienden menos pacientes no son siempre los que hacen más cosas).

- También hay una queja extendida, tal como ya se apuntó, respecto a las dificultades que implica una mala coordinación (hasta el 44% lo señalan). Esta queja sí parece coherente con otros datos de los que se dispone. Los colectivos que se quejan de peor coordinación son también los menos implicados.

- También era esperable el señalamiento de la dificultad que supone una escasa formación (el 36%). Aparecen asimismo como dificultades la falta de recursos especializados (el 28%) o la poca eficacia de los mismos (14%). Ya hemos dicho cómo la formación influye, tanto en actitudes como en prácticas; por tanto, parece lógico que la falta de formación sea una dificultad en todos los aspectos. Parece que ésta es una variable de primer rango para los médicos de atención primaria. Los que no la han recibido señalan su falta como la dificultad fundamental, por encima de cualquier otra. Los que sí la han recibido, lógicamente, deben hacer menos énfasis en la falta de la misma y son los que señalan en primer lugar a las deficiencias estructurales (falta de tiempo o falta de recursos). Aunque de forma secundaria cabe apuntar un hecho sugerente: el colectivo que se siente autocapacitado para actuar en drogas tiende a ser más crítico con todos los aspectos referidos a lo estructural; es

como si se elaborara una explicación que argumentase que "si yo sé, la responsabilidad de que las cosas fallen debe ser de todo lo demás".

- En el apartado de dificultades derivadas de la organización o dificultades de carácter conceptual se señalan las insuficiencias del sistema (53%), la falta de implicación de atención primaria (42%), la falta de claridad en los objetivos asistenciales (33%), la falta de implicación de los servicios de salud mental (26%) y la confusión en las metodologías de actuación (25%). Este grupo de dificultades están bastante extendidos entre todo el colectivo, sin que aparezca un perfil definitorio, hasta el punto de que es de los pocos casos en que la opinión apenas se ve influida por la formación; tan sólo puede decirse que los más formados son más críticos con el papel desempeñado por los servicios de salud mental y con la propia atención primaria.

- Más de 6 de cada 10 médicos creen que hay una muy escasa implicación de atención primaria en la atención de drogodependientes y, aún más, opinan que esa implicación debería ampliarse. Otra cosa es que, si esa mayor implicación se produjese, tan sólo un 14% entiende que debería asumirla con carácter personal y sin condiciones. Un 52% estaría dispuesto a la mayor implicación, con algunas condiciones, el 27% si las condiciones cambian sustancialmente, y un 6% no asumiría en ningún caso una mayor implicación.

- Cuando se analizan las distribuciones de estos grupos, más allá de lo ya conocido de que a mayor formación mayor disposición, parecería que los más dispuestos a la implicación no son precisamente aquéllos que, por su circunstancias actuales, pueden vivir como más posible el que les afecte directamente. Así, parecen más proclives a la implicación personal los que trabajan en pueblos o en zonas rurales y los que pertenecen a grupos de mayor edad; los más reticentes serían quienes trabajan en ciudades y, también y pese a lo anterior, un segmento de los de mayor edad. También parecen exigir más para su implicación los que asisten a poblaciones de extracción social baja y los especialistas vía MIR. La variable "presión asistencial", medida por el número de cartillas y por el número de pacientes, no presenta una influencia definitoria clara.

- Coherentemente con lo señalado, las exigencias para una mayor implicación tendrían que ver con la disponibilidad de más tiempo (68%), de más formación (61%), de más apoyo de especialistas (44%) y de más material específico (24%). En este apartado se repetirían, consistentemente, los perfiles ya señalados para las dificultades expuestas y, por tanto, vale la lectura que se hizo allí.

- Casi todos los médicos de atención primaria comparten la convicción de que, en relación con los problemas de drogodependencias, los centros o equipos de ese nivel tienen que asumir tareas de información genérica y consejo, de tratamiento de las patologías orgánicas y, curiosamente en menor medida, las de hacer las derivaciones precisas a los recursos especializados. Mucho menos acuerdo suscita la responsabilidad de los centros en el tratamiento de las adicciones (sólo el 36% creen en esta responsabilidad de cara a los problemas de alcohol, y el porcentaje baja al 17% en relación con el tratamiento de problemas por heroína o cocaína). Es de resaltar que los porcentajes de acuerdo aún disminuyen más cuando se refieren a la responsabilidad de los equipos de atención primaria en tareas de desintoxicación; no deja de ser paradójico este menor acuerdo cuando las tareas de desintoxicación no son en puridad más que una parte de esas otras, más amplias, de tratamiento. Probablemente lo que está actuando es un imaginario colectivo que asocia la desintoxicación a unos dispositivos muy especializados y que, en cierta medida, aligera el peso de esa asociación cuando se piensa en tratamiento.

- En relación con los problemas de alcohol, el perfil que apoya unas mayores cotas de responsabilidad asistencial, más allá de lo ya tan reiterado de "a mayor formación específica, mayores niveles de disponibilidad y compromiso", resulta ser un tanto contradictorio; en él están sobrerrepresentados quienes trabajan en el ámbito rural, en pueblos pequeños, los que tienen mayor

edad y también mayor experiencia, los especialistas no MIR y los que trabajan en sistemas diferentes al equipo de atención primaria. Igual perfil se repite en relación con quienes apoyan mayor implicación ante problemas de heroína o cocaína, con la particularidad de que también están en ellos más presentes los que atienden más pacientes por día; también en este último aspecto, la atención a problemas de heroína o cocaína, aún pesa más la existencia de formación específica o la conciencia de autocapacitación para la tarea que lo que hacía para problemas de alcohol.

- Aproximando el enfoque del compromiso y fijándonos en la opinión que los médicos tienen, no ya sobre la responsabilidad del centro sino sobre su propia responsabilidad profesional, en relación con todos los ítems, encontramos una media de adhesión de alrededor de 10 puntos menos que en el ítem correspondiente para el centro. Desde el 81% de médicos que entienden que es su responsabilidad asumir tareas de información genérica, los porcentajes van descendiendo en una escala que gradúa las intervenciones en actividades preventivas (70%), derivaciones (50%), valoración de consumos (33%), intervenciones mínimas (31%), control de la abstinencia (22%), desintoxicaciones (8.5%), programas de intercambio de jeringuillas (4%), hasta llegar a la prescripción de sustitutivos (2.4%) y, finalmente, a la dispensación de estos productos (1.2%). Resultan obvios los comentarios sobre esta gradación en la visión de responsabilidades y no hace falta establecer juicios de valor para que llame la atención que sólo uno de cada dos médicos entienda que tiene la responsabilidad de establecer una derivación ordenada cuando ésta sea precisa, o que menos de uno de cada tres se encuentre dispuesto para las intervenciones mínimas.

- En el análisis de quienes alimentan los perfiles más o menos exigentes o dispuestos a asumir responsabilidades en este aspecto aparecen variables entrecruzadas, que permiten suponer que, con más peso que las diferentes circunstancias objetivadoras, está actuando una variable personal, si se quiere de carácter ideológico, que es la que determina las posturas. Una vez más, sólo parece claro el impacto que supone el haber recibido formación específica.

- Finalmente, conviene resaltar un dato que, en cierta medida, compendia y explicita esa ambivalencia, entre la actitud y la praxis, entre la disposición teórica y el rechazo, que se pone de manifiesto a lo largo de todo el estudio. Los médicos de atención primaria creen que si se produjese una mayor implicación del sistema, por tanto también de ellos mismos, en los niveles de atención a los problemas de drogas, sólo el 24% de ellos lo recibirían con satisfacción. Estos niveles de satisfacción se doblarían en la opinión pública, aún aumentarían más en la población de drogodependientes y casi se triplicarían en otros colectivos médicos de redes especializadas. Lo que este último dato viene a decir en su simpleza es que, según los médicos de atención primaria, los enfermos y la población general se sentirían medianamente satisfechos, creerían que se verían beneficiados, si esa atención se implicara más en la asistencia de los drogodependientes, que otros médicos aún estarían más contentos (acaso porque podrían liberarse de una parte de responsabilidades) y que, entre ellos mismos, una mayoría se sentiría perjudicada por la decisión.

5 RESUMIENDO.

- El panorama que parece dibujarse en relación con los problemas de drogas en atención primaria vendría significado por una presencia real de esos problemas, real aunque escasa, en ese nivel de atención, por unas actuaciones asistenciales, aún más escasas que lo que corresponde a la presencia, y por una cierta conciencia de esa situación por parte de los profesionales, que parecen reconocerla, que parecen creer que eso debería cambiarse, pero que también se sienten inquietos ante esa posibilidad.

- Este panorama se transparenta en unas actitudes personales en las que parece predominar el peso de lo ideal, de lo que "tendría que ser", quizás tanto por convencimiento de ese "tener que ser" como a manera de compensación por la vivencia de insuficiencia de lo que se está haciendo. Esta

complejidad en la construcción de las actitudes se traduce en un mayor peso de las posturas proclives a la implicación, que se van matizando a medida que adquieren aspectos más personalmente comprometedores hasta convertirse en posiciones algo ambivalentes.

- Por un lado parece evidente la convicción de que habría que hacer más. Por otro lado, también evidente, se advierte la reticencia ante ese mayor compromiso y, como complemento o bisagra de esas dos posturas, aparece el señalamiento de una serie de dificultades, algunas de ellas objetivables y otras menos objetivables, que explicarían por qué teniendo que hacer más no se puede hacer.

- En esta situación de ambivalencia o de ambigüedad, algunas variables determinan los posicionamientos en lugares más o menos próximos a los dos polos del eje acción/no acción o compromiso/no compromiso. Entre estas variables, tres se presentan de forma clara e inequívoca. En primer lugar y con más peso que ninguna, la formación específica en la materia. En segundo lugar, la experiencia y, en algunos casos ligado a ella y en otros casos de forma independiente, la proximidad a los problemas de drogas (en ocasiones traducida por la presión asistencial de estos problemas). En tercer lugar, como hipótesis, lo que podría llamarse "la cultura asistencial del territorio", la forma en que se estructuró la red de atención a los problemas de drogas en ese territorio y que terminó condicionando una visión más realista o más fantaseada de esos problemas entre los médicos del nivel primario de atención.

- Existe otra variable, no directamente objetivable a través del instrumento de análisis pero obviamente hipotetizable: la variable ideológica. Parece haber posturas profesionales que, inevitablemente, se ven marcadas por la posición que el médico, en tanto que ciudadano o en tanto que persona, tiene. Los médicos no son ajenos a la representación social; inevitablemente su bagaje profesional no les diferencia, en términos absolutos, de lo que piensa el conjunto del colectivo social. Son producto no sólo de su formación técnica y de su capacitación, sino de una historia y un contexto sociológico en el que los drogodependientes han sido vistos de una forma determinada, y en el que los problemas de aquéllos han merecido una respuesta también determinada. El peso de esa historia y de esa representación no puede no ser influyente en las creencias, las actitudes, las opiniones y las posturas de los profesionales, por mucho que éstos las maticen con elementos de carácter conceptual, teórico o técnico.

- Es lógica la presencia de esa variable (está aquí porque está en todos los colectivos, porque no puede no estar), como es lógico que no tenga el mismo peso en todos los subgrupos. En otras investigaciones ("La percepción social de los problemas de drogas en España", Megías, E., 2000) se ha postulado que la influencia de esta variable es tanto menor cuanto mayor o más prolongado ha sido el contacto objetivador con la realidad de los problemas, es mucho menor entre aquéllos que han sido socializados en una "cultura de las drogas". Esto también se trasluce en el colectivo de médicos de atención primaria, y lo hace de forma distinta en cada uno de los grupos que lo conforman; se puede hipotetizar legítimamente, que irá cambiando, disminuyendo su peso, a medida que el tiempo avance y que los grupos médicos, socializados también ellos en una "cultura de drogas", vayan siendo más numerosos.

- Dos circunstancias aparecen también representadas, pero con una influencia ambigua en la definición de posiciones: la titulación y el tipo de organización del equipo de trabajo. Los titulados vía MIR aparecen entre los que más formación recibieron y, sin embargo, no parecen los más proclives a aumentar sus implicaciones ante los problemas de drogas. Cabría especular con que el tipo de formación puede estar influyendo en esta definición de posturas, en alguna medida a contracorriente del resto del colectivo. Tampoco los que trabajan en equipos de atención primaria son los más propicios a aumentar su implicación, más bien al contrario; este hecho sorprende en la medida en que se trataría de una organización asistencial que, en principio e idealmente, debería actuar más

próxima a criterios que favoreciesen la asistencia de este tipo de problemas: no podemos interpretar las razones de esta posible discordancia.

- Queda claro que, más allá de las interpretaciones que podamos hacer sobre qué razones están influyendo en la contención de la praxis profesional para con los drogodependientes, más allá del análisis de segundo nivel respecto a las variables que parecen influir, hay unas demandas explícitas del colectivo de médicos del nivel primario de atención: para que la implicación se produzca habría que corregir algunas circunstancias estructurales y habría que proporcionarles apoyo en la tarea.
- Entre las circunstancias estructurales, muy en primer lugar: la falta de tiempo, traducida en excesiva presión asistencial. Ya decíamos cómo, en algunos casos, podía haber una utilización funcional de esta queja, pero también asegurábamos que eso no legitimaba no tenerla en cuenta ni quitaba la razón del argumento, razón apoyada en consecuencias objetivables. No corresponde a esta investigación incidir en profundidad en esta cuestión, pero no sería legítimo no señalarla. Otro elemento que genera evidentes dificultades, del que se pide la corrección y que podría ser más fácilmente corregible, es la mala coordinación entre atención primaria y la red de recursos específicos. Los médicos claramente señalan la necesidad de superar este déficit organizacional para que sea viable el aumento de prestaciones asistenciales.
- Los profesionales de atención primaria también reclaman más apoyo en material específico y a través de profesionales externos. Este último aspecto de la demanda probablemente tiene que ver con la mejora de la coordinación que exigen. La petición de material específico debe estar referida a la necesidad de facilitación de la tarea y del aumento de preparación para la misma. Y esta última demanda nos lleva directamente a una exigencia, no sólo planteada de forma directa por los médicos sino también derivada de la evidencia del análisis, de incrementar las estrategias de formación en la materia. Los médicos se sienten poco formados y piden corregir esa situación. A su vez vemos que los más formados se sienten más cómodos con sus responsabilidades, actúan más, sienten que lo hacen mejor y están más dispuestos a mejorar los niveles de implicación. La visión conjunta de todos estos hechos arroja una conclusión evidente. Por lo que sabemos en este momento, de que se sea coherente con esa conclusión va a depender, sólo en parte pero en buena parte, que se puedan cumplir las condiciones ideales de una mejor asistencia a los drogodependientes en el nivel primario de atención.