

PACTO POR LA SANIDAD. DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN. SEMERGEN

Políticas de Recursos Humanos

No es objeto de este informe realizar un análisis detallado del estado de los recursos humanos de la Medicina de Familia en nuestro país sino aportar una valoración de los aspectos más relevantes de la situación desde la perspectiva de Semergen.

Es un dato incontrovertible que existe un déficit de Médicos de Familia y de otras especialidades en el Sistema Nacional de Salud (SNS), además de una distribución irregular de los efectivos humanos.

Igualmente, se constata que en las últimas convocatorias del examen MIR, no se cubren las plazas de Médico de Familia ofertadas.

Ante esta situación, desde distintos estamentos se han venido propugnando dos soluciones: aumentar el número de plazas de estudiantes en las Facultades de Medicina y proceder a la importación de médicos de otros países.

Por motivos que ya han sido ampliamente debatidos, creemos que ambas soluciones no serían más que un parche a una situación que se deteriora por momentos y que lo que se debe hacer es atajar el mal en su raíz, que no es otra que las condiciones socio-laborales del médico de familia.

La importación de médicos extranjeros no garantiza el mantenimiento de la calidad de la asistencia que en nuestro país ha alcanzado en los últimos años niveles muy altos. El admitir médicos procedentes de otras culturas, con otros hábitos de vida, sin unos criterios estrictos de homologación de títulos, no es una solución permanente y aceptable.

Aumentar el número de estudiantes en las facultades de medicina, además de deteriorar, en opinión de muchos expertos, la calidad de la formación, no garantiza que vayan a optar por la especialidad de Medicina de Familia ni que se vayan a quedar en nuestro país.

Por todo ello, creemos que la única vía adecuada para paliar esta situación de déficit, es hacer que la medicina de familia resulte de nuevo atractiva para los profesionales. Para ello es necesario establecer

una verdadera política de recursos humanos, realizando un estudio serio de las verdaderas necesidades de médicos en nuestro país además de fomentar el profesionalismo y redirigir el rol del Médico de Familia así como su Rol Social a través de una redefinición del contrato social. Sería necesario y deseable que la normalización de la Atención Primaria en España fuera una realidad, siendo para ello necesario una homologación automática de todo el colectivo bajo la denominación de Médico de Familia. Es necesario también una revisión del Estatuto Marco y ajustar la normativa a la situación actual de los profesionales, mejorando la accesibilidad y posibilidad de moverse entre las distintas Comunidades Autónomas; compatibilidad con la vida familiar, regularización de normativas de seguridad en el trabajo del profesional sanitario...etc

Cartera común de servicios sanitarios y servicios y unidades de referencia en el Sistema Nacional de Salud

La Cartera de Servicios a prestar en Atención Primaria ha sido uno de los avances más notorios hacia el objetivo de disminuir la variabilidad de las actuaciones ofertadas por el Sistema Sanitario y, por tanto, de mejorar la calidad del servicio que presta. Se puede considerar, por un lado, como la herramienta para conseguir la equidad del sistema y, por otro, como la norma de funcionamiento de las diferentes unidades asistenciales.

Por desgracia ese intento homogeneizador, surgido a partir del antiguo INSALUD, se ha traducido, finalizado el proceso de transferencias sanitarias, en 17 modelos sanitarios diferentes, con 17 Carteras de Servicios diferentes. En consecuencia ha aumentado la variabilidad y la calidad del Servicio Nacional de Salud es diferente en función de la zona geográfica donde un paciente reciba asistencia.

Tras la promulgación del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, donde se establece el contenido de la Cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, la Administración Sanitaria intenta garantizar un nivel mínimo de calidad en la asistencia, pero el hecho de que las Comunidades Autónomas, en el ámbito de sus competencias, puedan aprobar sus respectivas carteras de servicios, introduciendo técnicas, tecnologías o procedimientos no contemplados en la cartera de servicios comunes, lo que consigue es que desaparezca la equidad del Sistema Nacional de Salud.

Esta inequidad no solo se traduce en el hecho de que actividades o prestaciones que se dan en una comunidad autónoma, no las pueda recibir un enfermo que viva a poca distancia por el mero hecho de pertenecer a otra comunidad, sino que, dentro de un mismo servicio regional de salud, podemos encontrar que unos centros ofrecen servicios que otros ni se pueden plantear, centros que pueden solicitar pruebas diagnósticas a su hospital de referencia que no están disponibles en otros porque su hospital no las ofrece.

Consideramos necesario que los servicios ofertados a la población sean iguales en todos los rincones de España. Que no exista discriminación en la oferta de servicios por pertenecer a una región menos favorecida o por estar asignado a un área de salud cuyo hospital ofrece unos servicios restringidos cuando son solicitados desde la Atención Primaria.

Consideramos primordial que la equidad sea realmente uno de los valores de nuestro sistema. Se deben afrontar actuaciones y tomar decisiones que, por necesarias, sorteen las dificultades tanto estructurales como corporativas que impidan alcanzar ese estado de igualdad de todos los españoles.

Considerando la cartera de servicios, como norma de funcionamiento de las diferentes unidades asistenciales, tampoco creemos que haya alcanzado su objetivo sino que, básicamente, ha sido utilizada como herramienta para "evaluar" el trabajo asistencial de médicos y enfermeros, con paupérrimos resultados.

El hecho de que no exista ninguna referencia a las competencias y grados de responsabilidad en la ejecución de las actividades de cada uno de los componentes de las unidades asistenciales solo ha llevado a la cumplimentación burocrática de formularios, informatizados o no, de forma independiente por médicos, enfermeros, etc.

Consideramos prioritario, incluso perentorio que, tras veinticinco años de implantación del modelo de Atención Primaria, exista una normativa que regule con total claridad las funciones y responsabilidades de cada uno de los profesionales y estamentos que trabajan en un centro de salud, que se unifique y concrete la figura del Coordinador, Gerente o Director de Centro de Salud, o como quiera denominarse, explicitando su grado de autoridad y campos de responsabilidad en la gestión. Lo mismo cabría pedir respecto a la figura del responsable de enfermería, del responsable de administración, del médico de familia, etc.

La Atención Primaria, como nivel asistencial en el que conviven los pacientes con el sistema sanitario, debe contar con una infraestructura física y orgánica que garantice la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, independientemente del lugar geográfico en el que se encuentre. Para ello, consideramos necesaria la promulgación de una cartera de servicios única para toda España, que garantice a cualquier paciente que lo precise, el acceso y el disfrute de todas y cada una de las prestaciones ofertadas por el Servicio Nacional de Salud sin más limitación que la que establezca la evidencia científica.

Políticas para la racionalización del gasto sanitario

El elevado ritmo de crecimiento del gasto sanitario es un motivo de preocupación creciente en políticos y gestores sanitarios. El gasto sanitario público ascendió en 2006 a 55.705 millones de euros, un 9,6% superior a 2005 y representó un 5,66 % del PIB. En lo que se refiere a la evolución del volumen de población protegida, la tasa anual media de crecimiento entre 1999 y 2005 fue de 1,66%, con crecimientos interanuales también crecientes entre 2000 y 2005, pasando de 0,79% en el año 2000 a 2,31% en el año 2005. Las cifras confirman el fuerte crecimiento de la población: un 10,39% en ese periodo 1999- 2005, con una tasa anual media del 1,66 % superada en 2005 con un 2,31% de incremento, el mayor del periodo considerado.

Si se analiza la clasificación económico-presupuestaria, los gastos de personal, con un incremento del 16,3 % respecto a 2005, absorben el 44,1% del gasto sanitario público en 2006, aumentando 2,6 puntos porcentuales su participación en el total frente al año anterior. Por funciones, en el año 2006 el gasto en farmacia disminuye 0,8 puntos porcentuales en el gasto total respecto a 2005, manteniendo la tendencia iniciada en 2003. Así ha pasado de suponer un 22,4 % en aquél año a un 20,3 % en 2006. Atención Primaria representó el 14,09% del gasto consolidado del sector Comunidades Autónomas oscilando entre el 10,87% y el 25,83%. Por lo que se refiere a su evolución entre 1999 y 2005, ha perdido peso en quince comunidades y lo ha ganado en cuatro.

Han sido diversas las iniciativas propuestas tendentes a moderar el crecimiento del gasto sanitario público pero ninguna de ellas hasta el momento actual se ha mostrado eficaz. Podemos citar la política de uso racional del medicamento, la demanda de servicios sanitarios, la implantación de guías clínicas, los incentivos a profesionales, la oferta

de recursos en Atención Primaria o la capacidad de resolución de este nivel asistencial:

Política de uso racional del medicamento

El gasto farmacéutico pasó de un incremento porcentual del 9,41 en 2000 al 6,32 en 2005, manteniéndose esta tendencia en 2006. La política de genéricos y la dispensación por principio activo probablemente tuvieron que ver. No obstante, durante este año se produce un incremento importante del gasto, con una previsión de cierre en 2008 con porcentajes entre el 7 y el 8 %, a pesar de la reducción del 20% en el precio de los genéricos. Este aumento podría ser explicado por el mayor número de recetas al aumentar la población protegida, el mayor envejecimiento y prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas, y por un mayor coste unitario por receta, probablemente por la aparición de nuevos fármacos caros, que en muchos casos quizás no aportaran más eficacia respecto a otros que ya están en el mercado o que su evidencia científica no fue suficientemente evaluada. Las medidas de sensibilización social y de promoción de fármacos genéricos, como los programas de formación para médicos y farmacéuticos y la difusión de campañas informativas dirigidas a la población no han tenido los resultados esperados.

Utilización de los servicios sanitarios

Los factores que inciden en la utilización de los servicios sanitarios son muy complejos. Las variables de acercamiento a la oferta de recursos, comodidad y expectativa de resolución son difíciles de manejar. En el momento actual no parece que las campañas de información y educación dirigidas a los usuarios respecto a un mejor uso de los servicios sanitarios hayan sido exitosas. Otras causas de mayor presión asistencial son el envejecimiento de la población y la medicalización progresiva.

Las Guías de Práctica Clínica

Hasta el momento su producción, implicación de agentes y calado no es suficiente. Su uso debería conducir a una mejor práctica clínica y una menor variabilidad, consecuentemente a medio y largo plazo una mayor racionalización del gasto.

Incentivos a los profesionales

En este apartado habría que considerar la productividad variable y la puesta en marcha de la carrera profesional. En el primer caso,

muchas de las medidas que se están adoptando tienen que ver con el cumplimiento de objetivos por cartera de servicios y las relacionadas con la contención del gasto farmacéutico. Las medidas tendentes a la contención del gasto farmacéutico han fracasado. El sistema retributivo uniforme y con escasa implantación de incentivos ligados a objetivos reales, dificulta el reconocimiento de los profesionales con mayores responsabilidades y que obtienen mejores resultados. La carrera profesional está en periodo de implantación y su desarrollo es desigual en las Comunidades Autónomas.

Recursos y capacidad de resolución en Atención Primaria

El pleno del Consejo Interterritorial acordó de manera unánime en diciembre de 2006 que el proyecto AP21 incorpore un marco estratégico adecuado para que las Comunidades Autónomas desarrollen las medidas que en el marco de sus competencias y con la adaptación precisa a la realidad de cada Servicio de Salud, hagan posible la consecución de los avances necesarios para la mejora de la Atención Primaria de Salud en el período 2007-2012. El envejecimiento de la población, la incorporación creciente de población inmigrante y la mayor exigencia de calidad de los servicios públicos de los ciudadanos, han propiciado un desajuste entre las dotaciones de los equipos de atención primaria y las necesidades reales de atención. Entre las líneas de actuación de este proyecto se incluyen: la desburocratización de las consultas, cupos razonables, potenciar la formación o ampliar la capacidad resolutoria. El cumplimiento de los catálogos de pruebas diagnósticas accesibles al médico de Atención Primaria no se ha desarrollado y su implantación es desigual en las diferentes Comunidades Autónomas e incluso entre las distintas áreas. Los nuevos modelos de gestión en Atención Primaria están aun escasamente desarrollados. Tampoco se ha descentralizado la gestión de manera eficaz, siendo escasa la adecuación de los recursos a la oferta de servicios y a los mecanismos de incentivación de los profesionales. Finalmente sigue existiendo una manifiesta falta de coordinación con el nivel especializado, y cómo consecuencia duplicidad y derroche de recursos.

Políticas de Salud Pública

Entendemos por Salud Pública, la ciencia y el arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos destinados a la promoción y restauración de la salud de los habitantes de una comunidad. Son sus principales funciones: la promoción, protección y recuperación de la salud. En el marco de la sociedad actual, la Salud Pública debe contribuir a una

Sanidad Pública sostenible y accesible a todos en igualdad de oportunidades y de calidad. No puede haber 17 Servicios de Salud descoordinados y con distintas carteras de servicios.

Dentro de la actual estructura del Sistema Nacional de Salud, la Salud Pública está encuadrada en los órganos de dirección y planificación del Ministerio y Consejerías de cada una de las Comunidades Autónomas y, sin embargo, no tiene ninguna representación en los diferentes órganos de dirección de los Servicios de Salud, ni se establece una jerarquía real, funcional u operativa entre los Servicios de Salud Pública y los Servicios de Asistencia Sanitaria (Atención Primaria y Atención Especializada).

Creemos que los programas y directrices de Salud Pública deben ser asumidos, por Atención Primaria y Especializada, como una actividad más a desarrollar por los profesionales sanitarios, pero para ello debemos hacerlo posible. Actualmente en Atención Primaria, dentro del campo de la Salud Pública, solo se realizan vacunaciones y algunas actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, pero en la mayoría de las ocasiones sin coordinación y a veces sin continuidad.

Entendemos que la asistencia sanitaria no se concibe sólo como "curar a enfermos", sino que se trata de un proceso continuo constituido por promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, reinserción social y seguimiento; pero para realizar todo este proceso no se le puede pedir a los profesionales sanitarios que lo asuman ellos solos y, además, con unos cupos sobredimensionados y en unas condiciones laborales de incertidumbre.

La Atención Primaria es la puerta de entrada al Sistema Sanitario, y por tanto, también debiera ser el primer eslabón de la cadena de Salud Pública, por lo que las actividades y programas de Salud Pública no deben ser una actividad testimonial, no deben ser algo voluntario, no pueden ser algo de lo que los profesionales sanitarios se enteren por los medios de comunicación. Las actividades y programas de Salud Pública deben ser dirigidos y coordinados por los órganos de Dirección Asistencial, implicando a los profesionales de Atención Primaria.

Todas las actividades de la Salud Pública tienen que estar planificadas e incardinadas dentro del Plan Nacional de Salud, si bien, habrá actividades específicas dentro de cada Comunidad Autónoma y dentro de cada Área de Salud de acuerdo con sus problemas y necesidades, pero han de ser coherentes y consecuentes con el mismo. No puede haber programas distintos con la misma finalidad,

dependientes del Ministerio, Consejería, Área de Salud, Centro de Salud, Ayuntamiento, etc.; no puede haber mensajes contradictorios ni prestaciones heterogéneas.

En el diseño y elaboración de programas de Salud Pública, salvo programas concretos en que debido a problemas específicos de tiempo, coyunturales, etc., no pueda ser así, es necesaria la participación de las Sociedades Científicas de Atención Primaria, para con ello lograr un consenso que a la vez posibilite la implicación activa de los profesionales que trabajan en los Centros de Salud y que los programas tengan en cuenta todas las dificultades prácticas que se plantean a la hora de su ejecución.

Finalmente, si la Unión Europea quiere ser algo más que una Comunidad Económica, en el campo de la Salud y muy especialmente en el campo de la Salud Pública, tendrá que establecer un Plan de Salud Europeo, con una serie de programas comunes para todos los países miembros y una coordinación en todo lo referente a la vigilancia epidemiológica, a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad.

Políticas de Calidad e Innovación

En la década de los 90 se inició en el llamado territorio INSALUD, y referido a la Atención Primaria, una estrategia de implantación de una cierta cultura de calidad a través del diseño de una serie de indicadores relacionados con la cartera de servicios y con evaluación anual, llamados y conocidos por todos como normas técnicas, de forma que las comunidades autónomas con las competencias sanitarias ya transferidas iniciaron similares estrategias.

En el momento actual creemos que ese impulso, que redundó en una mejora de la calidad de los registros y también de la calidad asistencial, así como en el conocimiento de "herramientas de calidad" por parte de los profesionales aplicadas a la sanidad, no ha tenido continuidad, teniendo como consecuencia añadida la pérdida de una información cualitativa de gran parte del territorio del Estado que permitía, y aún más si se siguiera perfeccionando, el conocimiento de indicadores de proceso de atención en el primer nivel de gran valor para la mejora y comparación entre unidades de provisión y áreas sanitarias.

En la actualidad, cada comunidad autónoma diseña estrategias concretas relacionadas con la calidad, habiendo adoptado casi todas ellas el modelo de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad

(EFQM) como el idóneo para aplicar en su organización, motivado en parte por experiencias puntuales propulsadas por los profesionales o determinados equipos directivos de algunos hospitales. Se da la circunstancia de que algunas consejerías hacen incluso correcciones de dicho modelo, menos para buscar una adaptación al medio y más para buscar un hecho diferencial que contribuya a justificar la descentralización de competencias.

Prácticamente todas las comunidades autónomas se han dotado de agencias de calidad y acreditación, unidas o separadas según los casos, dependientes o no de las consejerías de sanidad. Sus funciones y desarrollo son dispares y también son heterogéneos sus recursos y sus objetivos, mirándose de reojo unas a otras, cuando no copiando programas o actuaciones, con escasa relación institucional entre ellas favoreciendo una competencia infructuosa la mayor parte de las veces.

Respecto a la calidad y acreditación de actividades de formación, en ausencia de normas de correspondencia u homologación, se da la circunstancia de que créditos concedidos por una no son tenidos en cuenta en otras al no haber sido estas las que los otorgaron, siendo la coincidencia entre los criterios que se solicitan casi absoluta. Sería deseable que las distintas sociedades científicas a través de un proceso de Desarrollo Profesional Continuo puedan acreditar y certificar sus actividades para la habilitación de los profesionales médicos.

La innovación, al menos en Atención Primaria, se ha dirigido a la incorporación de tecnología informática limitada a la historia clínica y a la receta electrónica.

Mención aparte, y en primer lugar, ha de hacerse de la tarjeta sanitaria individual, distinta para cada comunidad autónoma, no solo en los colores, si no compatible con los distintos dispositivos de lectura y/o reconocimiento, lo que conlleva, entre otras cuestiones, que la atención sanitaria que se presta fuera de su Comunidad no sea todo lo reglada que debiera.

En cuanto al proceso de informatización de las consultas, una vez que se dio la salida con las primeras experiencias se inició una carrera entre comunidades autónomas para ver quien conseguía más impacto en los medios de comunicación profesionales y generales sin importar mucho su verdadera adecuación a los entornos en que se debía poner en práctica y comprobar hasta qué punto facilitaba las cosas a los profesionales.

Por otra parte, muchas comunidades autónomas se consideraron en la obligación de desarrollar aplicaciones propias sin un análisis serio de las existentes por razones a veces difíciles de explicar, de tal modo que en la actualidad entre Dirayas, Abucasis, Medoras y otros, disponemos de varias aplicaciones no compatibles entre sí y en ocasiones incompatibles también con otras ya existentes en hospitales de la misma comunidad autónoma.

Siendo esto importante, a nuestro juicio lo es más, que en el desarrollo de estas aplicaciones "propias" rara vez se ha contado con los profesionales, bien directamente o a través de sus Sociedades Científicas, encargando el diseño a personas o empresas desconocedoras de las necesidades de una consulta de Atención Primaria, no consiguiendo por ello la necesaria adhesión de las personas que han de trabajar con las aplicaciones, evitando con esto un correcto despliegue o aportación de sugerencias generalmente no atendidas, derivando todo ello en una pérdida de oportunidad para mejorar la calidad de los registros y posterior explotación para obtener resultados.

El coste/beneficio de muchas de las aplicaciones existentes es tan negativo que requiere un análisis pormenorizado para decidir el camino a seguir.

El desarrollo e implantación de la receta electrónica es, además de muy dispar, escaso. Medida importante para disminuir la burocracia en las consultas de los Centros de Salud y mejorar la accesibilidad de los pacientes para obtener sus medicamentos, no parece haber sido, hasta ahora, de mucho interés para políticos y gestores, dándose el caso, al igual que con la historia clínica electrónica, que cada comunidad autónoma se siente en la obligación de hacer un proyecto propio y diferenciado de otros ya en funcionamiento.

En este apartado de innovación incluimos, por último, la escasa innovación existente en los servicios regionales para abordar nuevas formas de contratación y organización de equipos de Atención Primaria y hospitales, que aparte de las entidades de base asociativa en Cataluña desde 1998, se limitan a las unidades de gestión clínica en Andalucía, que intentan aportar soluciones a la crítica situación que viven los equipos de Atención Primaria que ya podemos llamar del modelo tradicional.

Políticas de Salud en el ámbito de las Drogas

Se trata de un problema relevante por su epidemiología y por la repercusión en la salud pública. España presenta unos índices muy elevados de consumo de alcohol, tabaco, cánnabis, éxtasis, cocaína y opioides. A pesar de esta elevada frecuencia de consumo, hay poca sensibilización social ante el problema de la droga, y en ello influyen los modelos de consumo promocionados por los medios de comunicación, la amplia oferta y el desconocimiento de la gravedad de esta patología. Con cierta frecuencia el adicto puede desconocer que presenta una enfermedad, y también es frecuente que la adicción sea desconocida para el médico de Atención Primaria que atiende al paciente por otros motivos.

En el infradiagnóstico también influyen otros factores: con frecuencia el usuario oculta su patología por miedo a problemas legales, por sentimientos de culpa o vergüenza o por la sensación de que no puede dejar de consumir.

El médico puede no afrontar el problema de la adicción de su paciente por varias causas: por desconocimiento diagnóstico, por inseguridad a manejarse en un tema que no domina, por el desánimo de saber el pronóstico negativo de muchos adictos por el número frecuente de recaídas, porque en ocasiones el drogadicto presenta un comportamiento disruptivo y crea conflictos en la relación interpersonal con el médico en la consulta.

El médico de Atención Primaria echa en falta más recursos para gestionar el problema de las adicciones: los centros de atención a drogodependientes en ocasiones no presentan la accesibilidad deseada (tienen listas de espera inaceptables, están físicamente demasiado lejos de los pacientes drogodependientes, en ocasiones se les solicitan requisitos que los adictos no quieren o no pueden cumplir). Esta situación se agrava en los centros de salud periurbanos y rurales donde el acceso a estos centros especializados aún es más difícil.

Además hay problemas en la derivación de Atención Primaria a especializada, ya que los pacientes con patología dual (enfermedad psiquiátrica más adicción) presentan muchas dificultades para ser atendidos. Este cuadro psiquiátrico, de curso habitualmente crónico y evolución con frecuencia desfavorable, se produce cuando se asocia un trastorno psíquico a un trastorno por consumo de sustancia. Es muy frecuente y está infradiagnosticado ya que a menudo los trastornos de ánimo y las conductas adictivas no se reconocen como enfermedades. Es muy frecuente el policonsumo de tóxicos y la poliadicción. En la

patología dual se producen más problemas en áreas vitales, mayor gravedad evolutiva, con peor cumplimiento, peor tolerancia, más efectos secundarios, más resistencia a tratamientos, mayor número de hospitalizaciones y estancias más prolongadas y más problemas legales.

Hay patología por consumo de sustancias en el 60% de cuadros bipolares, casi en el 50% de los casos de esquizofrenia, en el 30 % de la depresión y en el 25% de los trastornos de ansiedad. En la patología dual se producen más problemas en áreas vitales, mayor gravedad evolutiva, con mayor número de hospitalizaciones y estancias más prolongadas en medio hospitalario y más problemas legales. La asistencia psiquiátrica está a cargo de Atención Primaria en el 80%.

La enfermedad psiquiátrica es la más común de las no infecciosas, así el 40% supone trastornos afectivos, trastornos neuróticos, procesos psicóticos, reacciones de adaptación, síndromes con déficit mental y alcoholismo y otras drogodependencias. En los centros de salud mental lo habitual es que sólo se les atiende del problema psiquiátrico, desentendiéndose de la adicción, y en los centros de atención a drogodependientes se hace sólo hincapié en la adicción y no se abordan integralmente los trastornos psiquiátricos. Estos pacientes pueden requerir de modo frecuente otros recursos psicosociales (trabajador social, etc.) pero su comportamiento ocasionalmente conflictivo puede impedir el acceso a dichos recursos y soportes.

Los centros de salud mental presentan, de forma generalizada, una limitación de recursos inaceptable en lo relativo a la psicoterapia que deben recibir estos pacientes como parte de su tratamiento. Los escasos profesionales que prestan dicho servicio aportan un número limitado de sesiones de psicoterapia y durante un periodo de tiempo excesivamente corto para gestionar la patología adictiva.

El médico de Atención Primaria requiere más herramientas y recursos para afrontar de modo satisfactorio el problema de la adicción. El adicto necesita más tiempo que otros pacientes en consulta, por su pluripatología (trastornos orgánicos, psíquicos, estado anímico ansiedad-depresión, desajuste social) y genera en el médico sentimientos frustrantes (impotencia, temor, miedo, hostilidad, cansancio). Lo habitual es que el médico no esté suficientemente formado en el tema de las adicciones (complejidad de los diagnósticos multiaxiales, diversas familias de psicofármacos con acciones sistémicas, poco rodaje en el desarrollo de entrevistas motivacionales y en el manejo de las emociones del paciente).

Las barreras que impiden o dificultan el tratamiento de las adicciones son: físicas, burocráticas y transculturales (estigma social, prejuicios, no conciencia de enfermedad, falta de especialización, desconocimiento del argot del adicto).

La adicción constituye una patología de curso crónico, que requiere múltiples y sucesivas intervenciones a distintos niveles. El escaso tiempo de consulta del médico y la masificación de su demanda limitan la prestación de una calidad adecuada al tratamiento de los adictos a sustancias y/o a conductas.

Las patologías adictivas están cambiando, y están apareciendo nuevas adicciones: adicciones tecnológicas, adicciones sin sustancia o conductas adictivas. Persiste como trastorno de control de impulso la ludopatía que puede ocasionar cuadros graves incluyendo conductas suicidas, pero han aparecido adicciones a videojuegos, a la compra y al vestir, al trabajo, a Internet, al teléfono y al móvil, a la televisión, a las sectas, al sexo, a los deportes y conductas de riesgo, a la delincuencia, cuadros de co-dependencia y dependencia al amor, y otras conductas adictivas como la vigorexia. Estas nuevas patologías presentan un patrón cambiante y requieren un conocimiento por parte de los profesionales sanitarios para que pueda detectarse el problema y abordar su solución. Las drogas de síntesis también presentan una variación con la aparición de nuevas sustancias y la dificultad para conocer de modo satisfactorio la identificación, clínica y tratamiento de cada droga.

La saturación actual de las consultas de Atención Primaria impide planificar de modo conveniente las actividades de prevención de conductas adictivas.