

Trabajo Fin de Máster

La atención de la Patología Dual en las Políticas Públicas de salud mental y adicciones: la necesidad de una política pública específica

Dual Disorder Care in Public Policies of mental health and addictions: the need for specific public policies

Autora

Sara Arnal Sumelzo

Directora
Nuria del Olmo Vicen

Facultad de Economía y Empresa
Máster en Sociología de las Políticas Públicas y Sociales

2020

En la elaboración de este trabajo, destacar que todas las referencias contenidas en forma de masculino genérico deben entenderse aplicables tanto a mujeres como a hombres.

Resumen

La patología dual es un término presente en los ámbitos de salud mental y adicciones, estos ámbitos cuentan con determinadas políticas públicas como son las estrategias y los planes, ya sean de nivel mundial, nacional o autonómico. En la presente investigación se hace un recorrido por el contexto social y legislativo de ambas redes, y en los diferentes niveles, atendiendo en el autonómico a la comunidad de Aragón. Mediante una metodología cualitativa se va analizando la aparición de la patología dual tanto en el contexto social como en el legislativo, y viendo la necesidad de políticas públicas específicas para esta dualidad. Asimismo, se propone la elaboración de políticas específicas para la patología dual, incluyendo, además, la visión desde la disciplina del Trabajo Social para una mejor intervención.

Palabras clave

Patología dual, salud mental, adicciones, políticas públicas, Trabajo Social.

Abstract

Dual disorder is a concept present in the mental health and addiction areas, which have specific public policy such as the strategies and plans that can reach a world, national or autonomic level. In this research we take a tour of the social and legal context of both networks, at the same time that we consider the different levels, taking in to account the Aragonese community. By using a qualitative method, we analyse the emergence of the dual disorder in both the social and legal context, bringing out the need for specific public policies for this duality. Furthermore, we propose the elaboration of specific public policies for the dual disorder from the social work point of view for a better intervention.

Keywords

Dual disorders, Mental Health , Drug addiction, public policy, Social Work.

Índice

Introducción	6
1. Estado de la cuestión	7
2. Objetivos de la investigación.....	9
3. Metodología.....	10
4. Contexto social	11
4.1 El contexto social del ámbito de la Salud Mental.....	11
4.2 El contexto social del ámbito de las adicciones.....	13
4.3 El contexto social de la patología dual.....	15
5. Contexto legislativo	17
5.1 Contexto legislativo en Salud Mental en diferente niveles.....	18
5.1.1. Nivel Estatal	18
5.1.2. Nivel Autonómico	21
5.1.3. Nivel Internacional.....	25
5.2 Contexto legislativo en adicciones en diferentes niveles.....	28
5.2.1 Nivel Estatal	28
5.2.2. Nivel Autonómico	36
5.2.3 Nivel Internacional.....	40
6. La Política Pública para Patología Dual	42
6.1 Diseño de una Política Pública para Patología Dual.....	42
6.2 Elementos constitutivos de una política pública para la Patología Dual ..	43
7. La intervención desde el Trabajo Social en las diferentes esferas: salud mental, adiciones y patología dual	47
8. Conclusiones.....	50
9. Referencias	53
9.1 Referencias bibliográficas.....	53
9.2 Referencias legislativas.....	57

Índice de tablas

Tabla 1. Distorsiones generadas por la dualidad.....	16
Tabla 2. Actuaciones de Aragón en materia de Salud Mental.....	22
Tabla 3. Salud Mental y Drogodependencias.....	24
Tabla 4. Líneas estratégicas del Plan de Salud Mental del Gobierno de Aragón.....	25
Tabla 5. Misión, visión y valores del primer Plan Nacional sobre Drogas.....	29
Tabla 6. Clasificación cronológica y descripción de los Planes de Acción.....	32
Tabla 7. “Patología Dual” en el Plan de Acción 2013-2016.....	34
Tabla 8. Prioridades y acciones del proceso consultivo. Plan de Acción 2013-2016.....	34
Tabla 9. Accesibilidad de usuarios con patología dual.....	36
Tabla 10. Elementos constitutivos de una política pública.....	43
Tabla 11. Ciclo de una política pública.....	44
Tabla 12. Fases del ciclo de la política pública en patología dual.....	46

Introducción

La existencia de un vínculo entre las enfermedades mentales y el consumo de drogas es un hecho demostrado, por lo que el término de patología dual se encuentra cada vez más presente en los ámbitos de la salud mental y de las adicciones. No obstante, la patología dual sigue siendo un concepto desconocido debido a su novedad y a la escasez de información de esta relativamente, nueva patología. Para comenzar, es preciso saber que el desarrollo de este término, se acuña a partir de los años ochenta, tal y como se recoge en el *Libro Blanco de recursos y necesidades para pacientes con Patología Dual en España* (2015, p.6), se entiende por patología dual “la existencia simultánea o secuencial a lo largo del ciclo vital de un trastorno adictivo y otro trastorno mental”.

Tanto en la esfera de la salud mental como en la esfera de las adicciones, existen cantidad de políticas públicas dirigidas a estos sectores, ya sean en forma legislativa o en forma de diversos planes, programas o proyectos. Sin embargo, la patología dual no ocupa un lugar fijo en ninguno de estos ámbitos ya que se encuentra entre ambas redes, y carece de políticas públicas específicas. Por ello, el propósito principal de este trabajo, es el estudio de la existencia de políticas públicas en las que aparezca la patología dual, con el fin de indagar tanto en el contexto social como en el contexto legislativo de los ámbitos de salud mental y adicciones. Y así, poder ver, si esta dualidad se refleja en las políticas públicas que existen en ambos ámbitos.

Así pues, esta investigación permite identificar la patología dual en las diferentes políticas públicas de salud mental y adicciones, para destacar la importancia que esta posee y la necesidad de desarrollar políticas que se ajusten a sus especificidades, ilustrando como sería este tipo de política con su diseño y sus elementos constitutivos precisos. Por último, también se quiere dar visión a un nivel micro de intervención de las políticas públicas como sería en este caso, la aportación del papel de Trabajo Social en salud mental, adicciones y en la patología dual.

En definitiva, este trabajo pretende poner de manifiesto la importancia de la patología dual en la salud mental y en las adicciones, y la necesidad de que se tenga más en cuenta esta dualidad a la hora de la elaboración de las diferentes políticas públicas.

1. Estado de la cuestión

En los últimos años han aumentado ligeramente las investigaciones y publicaciones sobre la patología dual, pero, aun así, el término sigue siendo novedoso. Este no se ve representado en todos los niveles de intervención, ni en salud mental, ni el ámbito de adicciones.

Como introducción de este término, se puede tomar como una definición concreta, la dada por la Asociación Española de Patología Dual: “La presencia de un síndrome en el que coexisten conductas adictivas y otros trastornos mentales o la intersección de ambas disfunciones que probablemente presentan mecanismos y sustratos cerebrales comunes” como recoge la Dra. Nora Volkow en la Propuesta a la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (Szerman, 2001, p.3).

Aunque para complementar este término, también es de utilidad conocer acerca de salud mental y de adicciones. Por un lado, según la Organización Mundial de la Salud (2018), la salud mental es un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad. En este sentido positivo, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad. Por otro lado, en lo que a adicciones se refiere, ha habido una evolución en el concepto de drogadicción, ya que se ha logrado dejar a un lado la definición de “estado de intoxicación periódica o crónica, producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética”. (OMS, 1964). A través de los avances científicos, que se han dado en la actualidad se encuentran referencias que ya no catalogan a la drogadicción como estado, sino como trastorno, incluyéndolo así bajo el paraguas de enfermedad en la que muchos factores externos intervienen.

Respecto a las investigaciones en esta dualidad, sí que existen estudios que ponen en relación las adicciones y los trastornos mentales en etapas específicas de la vida, como (Arcos, 2009), que se centra en la infancia o adolescencia. En su gran mayoría estas investigaciones están realizadas desde el punto de vista de la psiquiatría, llegando a utilizar el término “psiquiatría de las adicciones” sin tener en cuenta las sensibilidades diferentes entre las distintas redes asistenciales ni las diferentes dependencias institucionales de las mismas (Arcos, 2009). Del mismo modo, hay estudios donde investigan la relación que existe entre patologías mentales y el consumo, pero sin ver a la patología dual como objeto de estudio específico.

También, se dan investigaciones que se ponen como objeto de estudio las adicciones y, por lo tanto, los problemas de salud pública que estas traen consigo, pero sin especificar los trastornos mentales que se crean por estas adicciones. (Cueva, 2012). En España se encuentra la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas (EDADES), en la cual se analizan las prevalencias de diferentes sustancias en la población, también los perfiles de consumo y la percepción social de la población en este aspecto. De igual modo, está la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES), donde se hace un estudio con los mismos indicadores, pero con población de edades entre 14 y 18 años, estudiantes de enseñanza secundaria.

Lo mismo sucede con la salud mental, la cual sí que se estudia como un problema de salud pública. La gran parte de las Comunidades Autónomas obvian la fuerte relación que existe entre la salud mental y las adicciones. Es por ello por lo que la realización de más análisis, donde se pongan en relación estas patologías, crea un nicho de estudio de real interés y necesidad aportando, además, el punto de vista social y la intervención desde el Trabajo Social.

Es preciso destacar la Sociedad Española de Patología Dual (SEPD) la cual, la integran más de dos mil profesionales multidisciplinares que desarrollan labores en diferentes ámbitos, como son el clínico, docente e investigador, de lo que se denomina patología dual. Desde esta Sociedad se llevan a cabo publicaciones puntuales entorno a este tema, teniendo publicado un *Libro Blanco de recursos y necesidades asistenciales en patología dual*.

Respecto a la patología dual, sí que se encuentran publicaciones, como pueden ser *Patología dual y trastorno de la personalidad* (Szerman, 2013), o *Patología dual y psicosis: un desafío en la clínica diaria* (Szerman, 2012), o *Patología dual en Esquizofrenia* (Szerman, Álvarez y Casas, 2007), pero ninguna en la que se mencione la necesidad de políticas públicas adecuadas.

También se encuentran estudios de carácter epidemiológico, como el “Estudio piloto sobre la prevalencia de la patología dual en pacientes en tratamiento en la Comunidad de Madrid” (2011), o “Estudio sobre la prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente” (2013) en los cuales, no se tiene en cuenta, ni se hace referencia a la inexistencia de políticas al respecto.

Habiendo sido ya explorado el tema anteriormente, queda constatada la escasez de análisis de políticas públicas en este ámbito, por lo que en este trabajo se llevará a cabo un recorrido por la legislación tanto sanitaria como de adicción y una revisión de la política pública poniendo como foco de estudio la patología dual.

2. Objetivos de la investigación

Partiendo de la premisa de que la patología dual es prácticamente inexistente en las políticas públicas tanto de salud mental como en las de adicciones, se quiere investigar mediante diferentes objetivos si esta presunción es así.

Booth, Colomb y Williamns, (2001) sugieren encontrar en el tema a investigar, preguntas para responder, así pues, una de las preguntas que se plantean en este estudio es, si existen políticas específicas de patología dual, o si de manera independiente, se tiene en cuenta esta dualidad en las políticas de salud mental o en las políticas de adicciones. Por ello, es preciso realizar un recorrido del contexto legislativo tanto en salud mental, como en adicciones, para lograr encontrar la existencia de un desarrollo específico de política pública donde aparezca la patología dual en estos dos ámbitos. Es decir, si esta dualidad no posee políticas específicas propias, cabe la posibilidad de encontrar referencias en aquellas políticas de la red de salud mental o en la red de adicciones.

Además de conseguir respuesta a estas cuestiones principales, también se busca hacer una reflexión de las políticas públicas tanto del ámbito de salud mental como del de adicciones en su nivel micro de intervención. Con este nivel se hace referencia a los diferentes Planes, Programas y Proyectos que puede haber en los sectores estudiados. En este caso, prestando central atención a la comunidad autónoma de Aragón, pero repasando también a lo largo de este estudio, el contexto internacional y estatal.

Al mismo tiempo, se añade un posible planteamiento de los elementos clave para una política pública de patología dual, también, se pretende ver y analizar desde el nivel micro de intervención el papel del Trabajo Social y su vinculación con las respectivas políticas públicas, poniendo en valor su actuación en estas esferas de trabajo. Se estudia así su intervención en estos dos ámbitos, incluyendo además un tercero como es la patología dual.

3. Metodología

Para la realización de este trabajo, y teniendo en cuenta los objetivos que se plantean en el mismo, se considera adecuado un análisis cualitativo de investigación en ciencias sociales (Corbetta, 2007). La perspectiva adoptada además de cualitativa, ha sido meramente indagatoria, a través de la búsqueda de datos secundarios en los documentos aportados por las administraciones públicas, desde los que se han extraído información relevante para la investigación. La totalidad de los datos utilizados a lo largo de este estudio han sido de carácter secundario, estos datos se han obtenido de las diferentes Estrategias, tanto de salud mental, como de adicciones, además de datos extraídos también de aquellos Planes de Acción de ambos ámbitos. De igual forma, se han tenido en cuenta una serie de documentos redactados por parte de los ministerios correspondientes de cada año y de la misma manera, toda aquella información relevante de diversos informes de interés.

El requerimiento metodológico utilizado para poder alcanzar el objetivo del tema de investigación, consta de una revisión de las diversas leyes, estatales y autonómicas de Aragón, con el fin de ver el proceso de transformación y cambio que han tenido. Por un lado, se ha tenido en cuenta la legislación sanitaria, en concreto en salud mental, y por otro lado la legislación sobre la drogodependencia. De esta manera se busca conocer el recorrido y la evolución de ambos ámbitos para lograr hacer un balance sobre su aplicación y la posibilidad de introducir modificaciones de mejora o en este caso dar a conocer la invisibilidad de la patología dual. (Hernández, Fernández-Collado y Baptista, 2007)

Tomando de referencia a (Alvira, 1992), se puede ver la perspectiva social que toma este trabajo al ver que se plantean cuestiones acerca de la realidad social, describiendo la realidad del objeto, para explicar y obtener mayor conocimiento del mismo. Al mismo tiempo, se ha aplicado una perspectiva metodológica de análisis documental y bibliográfico, con bibliografía de autores, documentos oficiales, además de las normas que legislan el objeto de estudio. No se tratan de datos sueltos, independientes unos de otros, sino que se ha procedido a documentos que tienen relación y lógica orientando de esta manera el progreso de la recogida de información con el fin de lograr los objetivos.

Teniendo en cuenta a (Glaser, 1994), se considera que este análisis basado únicamente en fuentes secundarias puede aportar suficientes datos para la investigación,

en este caso, para la realización de este Trabajo de Fin de Master con el que se quiere estudiar y analizar los objetivos anteriormente expuestos.

Respecto a las limitaciones que han existido a lo largo de la realización de este trabajo, se puede destacar la imposibilidad de realizar trabajo de campo por las circunstancias derivadas de la covid-19 que ha influido en la metodología global de la investigación adaptándola de la mejor forma posible al uso únicamente de datos secundarios.

4. Contexto social

4.1 El contexto social del ámbito de la Salud Mental

La directora de la Iniciativa en Salud Mental del Open Society Institute, Klein. J (2007), afirma que la salud mental es una de las áreas más descuidadas de la salud pública, además de anunciar que, en la mayor parte de Europa, continúa siendo tabú discutir abiertamente acerca de las dificultades que esta plantea a gobiernos, sociedades y, especialmente, a las propias personas que sufren problemas mentales. El estigma, el prejuicio y la discriminación están muy extendidos y profundamente arraigados, de manera que pueden impedir cualquier progreso hacia un cambio positivo en caso de no ser abordados. También existen barreras legales y políticas significativas que dificultan la participación plena en la sociedad de las personas con problemas mentales y para cuya resolución, las iniciativas han sido escasas. Por esto, queda claro que existe una necesidad de promoción de la salud mental desde distintos ángulos, incluyendo el aspecto esencial de la solución de las situaciones de exclusión social. Además de también la necesidad de promover la calidad de la atención sanitaria y la asistencia social, sin olvidar las políticas de salud mental.

Por un lado, pese a la existencia de esta necesidad que aclara la directora, (Knapp, McDaid, Mossialos, y Thornicroft, 2007) se enuncia que, el interés por las cuestiones en salud mental a nivel internacional está muy retrasado respecto a la situación europea. Una de cada cuatro personas sufre un episodio significativo de enfermedad mental a lo largo de su vida, pero la «brecha de tratamiento» entre la necesidad de los servicios asistenciales apropiados y su disponibilidad continúa siendo muy grande.

Desde un contexto macro, la OMS anuncia que la salud mental es parte integral de la salud y el bienestar, tal como refleja la definición de salud que figura en su Constitución: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. La salud mental, como otros

aspectos de la salud, puede verse afectada por una serie de factores socioeconómicos que tienen que abordarse mediante estrategias integrales de promoción, prevención, tratamiento y recuperación que impliquen a todo el gobierno. (OMS, 2013)

Knapp et al. (2007), afirman que las consecuencias de los problemas de la salud mental son amplias y persistentes a diferencia de lo que ocurre con la mayor parte de las enfermedades físicas. A pesar de la creciente atención política, y de los avances que se han efectuado en el diagnóstico y el tratamiento, existe preocupación por la posibilidad de que la situación existente en algunos países europeos pudiera empeorar más que mejorar. Los rápidos cambios económicos y sociales que han acaecido en los países de Europa central y oriental han estado acompañados de un deterioro de la salud mental de la población, con un aumento en la incidencia de problemas con el alcohol, la violencia y el suicidio. Además, las necesidades de tratamiento de la salud mental de las personas desplazadas a consecuencia de conflictos de guerra, persecución o problemas económicos conllevan dificultades adicionales.

Por otro lado, en lo referente a España, la historia de la atención a la salud mental ha sido un sector desatendido, muy similar a la atención que se ha dado en la mayoría de los países europeos desarrollados. (García, Abadía, Durán, Hernández y Bernal, 2011)

La atención a la salud mental en el Sistema Nacional de Salud (SNS) se presta en el ámbito de la atención primaria, centros especializados ambulatorios y camas hospitalarias. A lo largo de los años, se ha extendido una clara tendencia a la desinstitucionalización en todo el país mediante servicios en centros de día o de cuidados nocturnos, complementarios de los servicios en hospitales de agudos, así como actividades de reintegración lideradas por organizaciones no gubernamentales, asociaciones sin ánimo de lucro y pequeñas empresas privadas, en estrecha coordinación con el SNS. (Bernal, García, Oliva, Sánchez, Repullo, Peña, Ridaó y Hernández, 2018)

Tal y como se destaca en la Estrategia en Salud Mental 2009-2013, (2011, p.18), en estos dos últimos años se han publicado numerosos estudios sobre costes sanitarios generados por la atención a los trastornos mentales. Aproximadamente un 14% de la carga global de las enfermedades, a nivel mundial, puede ser atribuido a trastornos neuropsiquiátricos, la mayoría debido a enfermedades de naturaleza crónica como por ejemplo la depresión.

Por último, y atendiendo a los Objetivos de Desarrollo Sostenible, se destaca la creación de planes concretos en los que se debe tener en cuenta la salud mental ya que se

puede decir que está implicada en todos. Partiendo de que sin salud mental no hay salud, estaría en relación con el objetivo de “Salud y Bienestar”.

4.2 El contexto social del ámbito de las adicciones

El consumo de drogas ha sido históricamente, en mayor o menor medida, admitido o tolerado por la sociedad, aunque es a partir del siglo XX cuando se ha ido forjando una concepción distinta, hasta el punto de entender que nos encontramos ante un auténtico problema, que actualmente es considerado complejo, multifactorial y con implicaciones tanto económicas, sociales, culturales como, personales, muy profundas. (Molina, 2008)

Según afirma el Informe Mundial sobre las Drogas de 2019, en 2017, unos 271 millones de personas, es decir, el 5,5 % de la población mundial de 15 a 64 años de edad, había consumido drogas en el año anterior. Aunque las estimaciones correspondientes a 2016 son muy similares, una perspectiva a más largo plazo, revela que el número de personas que consumen drogas en la actualidad ha aumentado en un 30 % con respecto a 2009, en el cual 210 millones de personas habían consumido drogas en el año anterior.

Por ello, y siguiendo a (Medina, 2013), se puede afirmar que las drogas en sus diferentes formas han estado presentes en el entorno, por ello, y al tratarse de un fenómeno que posee de múltiples facetas, afecta a todos los grupos de población y tiene implicaciones importantes para la salud pública. Es demostrable, que el consumo de drogas influye directamente en muchos procesos individuales, sociales, culturales, educativos, demográficos y sin lugar a dudas de salud en general.

Situando el contexto de las adicciones en un nivel más cercano, es de interés hacer un recorrido breve en la historia del consumo de drogas en el siglo XX en España, (Pallarés, 2003) lo clasifica en diferentes fases como:

- a) Una primera fase, que se enmarca hasta finales de los años sesenta, en la que las drogas ilegales tienen escaso consumo y casi todo el problema se refiere a su tráfico, al ser España el puente entre Sudamérica y Europa. Por ello, el mayor consumo de sustancias se centra en el alcohol, tabaco y fármacos de tipo anfetamínico e hipnosedante.
- b) En segundo lugar, hasta finales de los años setenta se produce la ruptura de la juventud con la sociedad tradicional, se lleva a cabo la transición política a la democracia y se genera el consumo paulatino de drogas ilegales, tales como la cocaína, LSD, de consumo más minoritario, la heroína y el cannabis cuyo

uso se extiende en mayor medida, con pautas de uso basadas en los movimientos o grupos y motivadas como reacción a la sociedad establecida.

- c) Los ochenta suponen la explosión en el consumo de heroína cuyo uso se independiza de motivaciones culturales o de ruptura social. El consumo de alcohol se eleva y se identifica con el tiempo libre y la fiesta, generándose la cultura de la «litrona» y sirviendo de elemento socializador del grupo, lo que unido a los cambios generacionales lleva a un distanciamiento del mundo paterno y a un aumento de la permisividad de los cabezas de familia.
- d) En los noventa se reduce el consumo de heroína al considerarse una droga muy dañina y se sustituye por el consumo de la cocaína de la que se tiene una imagen menos perniciosa. Aumenta el consumo de alcohol, de estimulantes y de drogas sintéticas. En esta época, cabe aclarar que estas drogas sintéticas poseían una visión diferente, debido a que el consumo de las mismas no derivaba en exclusión social como era, por ejemplo, el consumo de heroína. Consumir drogas sintéticas permite una mayor inclusión, ya que el individuo puede socializar con normalidad y continuar con un ritmo de vida aparentemente normal.
- e) En los primeros años del siglo veintiuno se incrementa entre las capas más jóvenes de la población y con reducido poder adquisitivo (básicamente el grupo de los estudiantes) el consumo de alcohol de bajo coste y baja calidad en grandes grupos en lugares públicos, generalizándose la denominada cultura del «botellón», ocasionando importantes problemas derivados de los ruidos y los residuos generados. Se han intentado adoptar medidas legales para erradicar el problema, pero no han tenido el éxito esperado.

Tras este breve recorrido por las diferentes décadas, es preciso centrar el contexto en el ámbito estatal más actualizado, tal y como se describe en el Plan sobre Adicciones 2017-2024 (2018, p.7) en España el consumo de drogas ilegales sigue siendo una de las amenazas más persistentes en nuestra sociedad para la salud y el bienestar y, directa o indirectamente, afecta a la vida de millones de personas en nuestro país. En términos generales, un tercio de la población española ha consumido alguna droga ilegal en su vida, manteniéndose este porcentaje relativamente estable en los últimos años. No obstante, se viene registrando una discreta extensión del consumo de las sustancias psicoactivas de

comercio legal, en particular, del alcohol y los hipnosedantes, mientras que la prevalencia del tabaco ha mantenido los niveles a los que descendió tras la introducción de normativa específica en 2005 y 2010.

En el último Informe Mundial sobre Drogas (2019), también se advierte de que el número de personas que reciben tratamiento por primera vez por trastornos por consumo, en este caso de cocaína, ha aumentado en los últimos dos años en los países de la Unión Europea. Concentrando su mayoría en solo tres países, en los que se encuentra España, Italia y el Reino Unido. Además, también es destacable que, en cuanto al logro de nuevos objetivos, se menciona la ampliación de las intervenciones de tratamiento de los trastornos por consumo de drogas basadas en datos científicos que estén integrados dentro del sistema de salud de cada país.

Está claro que las respuestas en materia de salud pública en el ámbito de las adicciones siguen siendo insuficientes. Y también es necesario estrechar la cooperación internacional y concertar apoyos si se desea impedir que los desafíos que plantean las drogas en todo el mundo pongan en peligro los esfuerzos desplegados por lograr las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible consistentes en garantizar una vida sana y promover la paz y la justicia. (Informe Mundial sobre Drogas ,2019, p.33)

4.3 El contexto social de la patología dual

Después de haber visto lo referente a los contextos sociales en ambos campos, es de interés añadir lo relativo a la patología dual.

En cuanto a la aparición de este término, su desarrollo se acuña a partir de los años 80, para señalar como indica (Arcos, 2009), a la existencia de una asociación entre un trastorno psiquiátrico y un trastorno por abuso o dependencia a sustancias psicoactivas.

Lo que ocurría con esta dualidad, es que se trataba de manera paralela, es decir, o por la asistencia en salud mental sin tener en cuenta de esta manera las adicciones, o por la vía del consumo, sin percibir la importancia necesaria hacia la salud mental, obviando así la necesidad de una unidad específica. Según Szerman, Roncero y Casas (2016), existen resistencias propias, como es el caso de las redes separadas y la antigua filosofía que hacía incompatibles ambos campos, el de la salud mental totalmente separado de la red de adicciones. Como consecuencia, ninguno de los dispositivos está suficientemente preparado para abordar todos los problemas clínicos que presentan estos individuos.

A pesar de que las investigaciones en este ámbito son escasas, y más aún la aparición de la patología dual en las políticas públicas, para Torrens, Mestre-Pintó, Montanari, Vicente y Domungo-Salvany, (2017), la patología dual, ha ido adquiriendo mayor importancia en los últimos años a medida que han ido apareciendo estudios epidemiológicos y clínicos en los que se observa su elevada prevalencia, así como la gravedad tanto clínica como social y su asociación con mal pronóstico y el elevado coste que genera.

Como bien afirma la Asociación Española de Patología Dual (2009), la situación en la que se encuentran ambas redes asistenciales es muy heterogénea ya que por ejemplo desde la esfera de salud mental, en la mayoría de Comunidades Autónomas no hay estrategias específicas ni planes de acción que abarquen la patología dual, a excepción de Navarra, País Vasco y Madrid. Esto trae consigo que la actuación sea simultánea por dos áreas diferentes conllevando de esta manera la actuación por parte de dos centros y dos equipos que intentan coordinarse y complementarse pero que desafortunadamente no es el abordaje adecuado.

Es evidente que los recursos sanitarios integrados y específicos para patología dual en España son insuficientes, además de existir un escaso conocimiento por parte de los profesionales de los recursos existentes, según aclara Szerman et al. (2014), en el *Libro Blanco. Recursos para pacientes con patología dual en España*. En este libro también se explica que en la realidad se interviene con un único enfermo mental, y que sin embargo existen dos redes de tratamiento, cuya entrada es aleatoria y condicionada. Esto crea una situación de dualidad en la asistencia que genera distorsiones como las reflejadas en la siguiente tabla:

<p>1. El “síndrome de la puerta equivocada” donde se presenta a un enfermo con apariencia de “dos enfermedades” y con dos redes o puertas asistenciales que no tienen conexión orgánica ni funcional. El paciente no encuentra estas puertas abiertas o disponibles en la mayoría de los casos y deambula entre ambas sin un diagnóstico, y lo que es peor, un tratamiento adecuado.</p>
<p>2. Profesionales excelentes en ambas redes, pero con un déficit notorio en la formación para tratar la patología dual.</p>

3.Las redes asistenciales duplican los recursos psicosociales para tratar a los enfermos, que según los estudios científicos no son distintos ni distintas, lo que los convierte en poco eficientes.

4.En el momento actual en más de la mitad de las Comunidades Autónomas existen una integración funcional de ambas redes asistenciales: Asturias, Cataluña, Castilla-La Mancha, Castilla- León, La Rioja, Murcia, Navarra y País Vasco.

Tabla 1: Elaboración propia a partir de *Libro Blanco. Recursos para pacientes con patología dual en España*, (2013).

Estos son algunos de los motivos por los que se crea un interés e importancia hacia la realización de políticas públicas específicas en este ámbito. La inexistencia de estas políticas, pueden traer consigo repercusión social y consecuencias. Repercusión social, debido a la inexistencia de un tratamiento adecuado para las personas que padecen esta dualidad, y consecuencias, debido al tratarse de un tratamiento por partes, como se ha explicado anteriormente. Es decir, la existencia de una intervención únicamente por parte de uno de los medios, ya sea salud mental, o adicciones, o la creación de una vía única y específica para la patología dual.

Con esto se ha tratado de dar una visión del contexto social de cada uno de los ámbitos, y a continuación, se pasa a hacerlo del contexto legislativo, dividiendo este en las esferas de salud mental y adicciones catalogando cada una de ellas en tres niveles diferentes: estatal, autonómico, en este caso Aragón, e internacional para poder ver en todos ellos las diferentes políticas existentes.

5. Contexto legislativo

Como se ha dicho anteriormente la patología dual se trata de un concepto desconocido y arbitrario por lo que no se encuentra incluido en las políticas de salud o de adicciones de todas las Comunidades Autónomas. Por ello es necesario además de estudiar el contexto social, hacer un recorrido por el marco legislativo en cuanto a la salud mental y a las adicciones para ver si este término se encuentra fuera de toda esta legislación, haciendo hincapié en la Comunidad Autónoma de Aragón.

En primer lugar, hay que tener en cuenta que, la política pública incorpora pues, las decisiones correspondientes a todas y cada una de las etapas de la acción pública, e incluye tanto reglas generales y abstractas (leyes, decretos, órdenes, etc), como actos

individuales y concretos producidos durante la ejecución de las mismas. (Subirats, Knoepfel, Larrue y Varone, 2008, p.39)

En este caso se explicará en una primera parte el contexto legislativo del ámbito de salud mental fraccionado a nivel estatal, autonómico en este caso Aragón, e internacional y a continuación con los mismos niveles en el contexto legislativo para adicciones.

5.1 Contexto legislativo en Salud Mental en diferente niveles

5.1.1. Nivel Estatal

Tomando como punto de partida la aprobación de la Constitución Española de 1978, aparece un cambio en lo relacionado con la atención al enfermo mental, con esta modificación legislativa, se reconoce el derecho a la protección en materia de salud a los ciudadanos, además de a que se realice una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de las personas con discapacidad, en los artículos 43 y 49.

Según (Marco, 2016 p. 203), las instituciones sociales tuvieron que reorganizar todo el sistema sanitario siguiendo estos principios constitucionales. Reorganización, que supuso una revolución para todo el sistema sanitario, que pasó a ser un bien público, integral y coordinado. Pero, lo será en especial en materia de salud mental, al reconocer por primera vez el pleno derecho de la asistencia psiquiátrica de todos los ciudadanos.

El estado de las autonomías en materia de sanidad, se caracteriza por la división de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas. Por un lado, es la Ley General de Sanidad de 1986 de 25 de abril, la norma básica y principal del ordenamiento sanitario español, que configuró el nuevo Sistema Sanitario de España. Por otro lado, las competencias en materia de sanidad de las Comunidades Autónomas se otorgan en el título VIII de la Constitución. Será desde las autonomías donde irán concretando y articulando los servicios para la creación de una única red de acuerdo al nuevo modelo asistencial y administrativo de la salud mental. (Marco, 2016, p.216)

En los años 70 y 80 comienzan a surgir críticas a las intervenciones en el ámbito de la salud por su fuerte concepción medicalizadora y también, se cuestionaba la función de la psiquiatría tradicional. Para (González, 2000, p.249), durante la transición democrática, se fue generando un reordenamiento sociopolítico de toda la problemática relacionada con la enfermedad mental y la salud, que fue el inicio del nuevo ámbito disciplinario que denominó “salud mental”.

Retomando la Ley General de Sanidad de 1986 de 25 de abril que busca agrupar las normas con las que alcanzar las mayores cotas de salud en los ciudadanos y también de la calidad de vida, además, incluye los derechos de las personas con enfermedad mental asegurándoles una asistencia sanitaria. Esto aparece en el capítulo III, artículo 20 referido a los criterios generales de asistencia a los problemas de salud mental como la integración de la psiquiatría en el sistema sanitario general, la potenciación de los recursos asistenciales en la comunidad, y la equiparación del enfermo mental a otros pacientes.

Cabría destacar el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica de 1985, debido a que fue aquí, donde se definió la responsabilidad de las Administraciones Centrales, Autonómicas y Locales en la transformación de la asistencia Psiquiátrica. La Comisión Ministerial se forma por Orden de 27 de julio de 1983 para así, formar representantes de distintos Ministerios y Colegios profesionales. Entre sus criterios principales es de importancia señalar:

- Descentralización
- Sistema integrado y Atención en Red
- Sectorización
- Hospitalización en las unidades psiquiátricas de los Hospitales Generales
- Desarrollo de los servicios de rehabilitación y reinserción
- Desarrollo de actividades preventivas en coordinación con los Servicios Sociales

Este documento se convirtió en un punto de referencia para todas las Comunidades Autónomas en los procesos de reforma para la atención psiquiátrica y la salud mental.

La Ley de Sanidad y los Estatutos de Autonomía dinamizarán las actividades de las Comunidades Autónomas en materia de salud mental, concretándose en la firma de acuerdos con el Ministerio de Sanidad y en la creación de estructuras directivas para la dirección y planificación de la salud mental, puesta en marcha de comités de enlace y coordinación, elaboración de planes de salud y de salud mental, y desarrollo de nuevos recursos y programas para la atención a la salud mental. Hay que destacar que existen diferencias entre comunidades conforme a las prioridades sanitarias y el papel de las políticas de salud mental en cada una de ellas, entre los años 1986 y 1990. (Espino, 2007, p.506)

Desde entonces ya se habla de la elaboración de planes en materia de salud mental, de los cuales se explicarán los más destacados a continuación, haciendo hincapié en la aparición de la patología dual en ellos.

Además de esto, otras normativas a destacar en el desarrollo de este ámbito serían; El Real Decreto 63/1995 sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud, la Ley 41/2002 del 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente, derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, y la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. En esta última, se menciona lo referente a la atención a personas con enfermedad mental en el artículo 14. También el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, en el cual se refleja las competencias de las Comunidades Autónomas para los servicios en el ámbito de la salud mental, como es la Salud pública, la Atención Primaria, y la Atención Especializada. Por ello, queda así definida la oferta de servicios que el Sistema Nacional de Salud y los Servicios Sanitarios de cada una de las Comunidades Autónomas, debe disponer para una atención integral a la enfermedad mental. Otra pieza importante en la legislación es la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y de la Atención a las Personas en Situación de Dependencia, que aspira a ser un cuarto pilar del Estado de Bienestar, también da respuesta a objetivos que se plantean en la Estrategia de Salud Mental mencionada posteriormente.

Antes de comenzar con lo referido exclusivamente a la salud mental, es conveniente mencionar para completar este contexto legislativo, la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, que tiene el objetivo de mantener el máximo nivel de salud posible de la población y que se trata de una de las normas básicas actuales. También, el Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones que modifica sustancialmente la Ley 16/2003 mencionada anteriormente.

Centrando la cuestión en la salud mental y en lo más actual en el momento, es destacable la Estrategia elaborada por el Sistema Nacional de Salud para mejorar la atención a la salud mental de la población es un producto, a la vez, político y técnico, y propone, por tanto, un conjunto amplio de medidas que expresan una orientación política en materia de salud mental y responden a un análisis técnico-científico de la situación de la misma y de las medidas a tomar. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014).

García, Abadía, Durán, Hernández, y Bernal (2011), anuncian que tal como destaca el diagnóstico de la situación que se incluye en la Estrategia en Salud Mental del SNS de 2007, todavía era preciso hallar una solución para varios problemas, entre los que estaba, la red de atención a las drogodependencias, la cual, no está integrada todavía en la red general de atención. La evaluación de esta estrategia estaba programada para 2009, para que la Estrategia en Salud Mental del SNS 2009-2013 se basara en los resultados de dicha evaluación. En esta Estrategia en Salud Mental 2009-2013, sí que aparece la patología dual en tres de sus objetivos específicos enumerados a continuación según como aparecen en la estrategia:

4.25. Adecuar los servicios con programas específicos para patología dual y en su defecto generarlos.

4.26. Definir e implantar protocolos clínicos de los procesos de atención más prevalentes en Patología Dual y o de mayor complejidad clínica y asistencial. (Estrategia en Salud Mental 2009-2013, p.54)

6.7. Establecer procedimientos de apoyo desde la atención especializada en salud mental a los dispositivos asistenciales a pacientes con trastornos por consumo de sustancias para la detección y tratamiento precoz de la Patología Dual. (Estrategia en Salud Mental 2009-2013, p.60)

En un nivel estatal, esto, sería lo destacable a nivel legislativo a la hora de hablar de salud mental. Como se ha explicado anteriormente, las competencias pasan a las diferentes Comunidades Autónomas por lo que es, desde cada una donde se diseñan los diferentes planes específicos en esta materia. Posteriormente, se desarrollará Aragón, la comunidad en la que se centra parte del estudio, y sus políticas de salud mental más importantes.

Para finalizar, es preciso destacar lo que se refleja respecto a la salud mental en el *Informe del sistema sanitario* (2018), sobre que no hay informes oficiales recientes sobre el estado actual de la atención mental en España, ya que el último fue publicado en 2014 con datos del 2011 y 2012 en el contexto de la evaluación de la Estrategia Nacional de Salud Mental 2009-2013.

5.1.2. Nivel Autonómico

Para comenzar, y siguiendo el documento *Salud mental en Europa: políticas y práctica*, es preciso enmarcar cronológicamente las principales actuaciones de Aragón en

materia de salud mental tal y como se señalan en su Capítulo 19, Reformas de la salud mental en España (Espino, 2007);

1985	Comisión para el desarrollo del Plan de reforma de la Salud Mental 1985-1989
1990	Creación de la Dirección de Salud Mental y Drogodependencias
1992	Plan de Salud Mental de Aragón, revisado y corregido en 1996
2000	Asignación de funciones de la Dirección de Salud Mental y Drogodependencia
2001	Ley de Drogodependencia Aragón
2002	Plan estratégico de atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón 2002- 2010

Tabla 2: Elaboración propia a partir del documento *Salud mental en Europa: políticas y práctica*, (2007).

Antes de describir el ámbito autonómico aragonés, hay que añadir que el Ministerio de Sanidad y Consumo, siguiendo el Plan de Acción Europeo, en 2006, estableció los principios básicos del modelo comunitario de atención en la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud.

A nivel autonómico en Aragón, fue en el año 2002 tras las transferencias de la asistencia sanitaria a la Comunidad Autónoma, se elaboró el Plan de Salud Mental 2002-2010, suponiendo esto un paso muy importante en la evolución de la atención a la Salud Mental ya que se produce una evolución hacia un modelo de atención comunitaria. Es en este Plan cuando ya sí que se menciona la patología dual, situándola dentro del desarrollo de programas prioritarios de salud mental.

Existen diferentes Comunidades Autónomas, que sí que cuentan con unidades específicas en salud mental, en nuestro caso, en Aragón, existe la unidad específica para los trastornos de la conducta alimentaria y la unidad de trastornos de personalidad, pero no hay una unidad de patología dual como hay en comunidades como Castilla León o Cataluña.

Siguiendo con la normativa en este sector, hay que mencionar la Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón del Gobierno de Aragón, donde se recogen derechos y deberes a cumplir tanto de la autonomía, como del ciudadano, así como el reconocimiento del órgano sanitario. Cabe mencionar, además, la Orden de 27 de junio de 2008, de la Consejera de Salud y Consumo por la que se regula, en el Sistema de Salud de Aragón,

el funcionamiento de la Comisión para Ingresos y Seguimiento de Pacientes en Centros Sanitarios de Rehabilitación de Salud Mental y Comunidades Terapéuticas de Deshabitación.

También, el Real Decreto 65/2007 por el que se aprueba la cartera de servicios sanitarios del Sistema de Salud de Aragón, donde se encuentra la cartera de servicios sanitarios general. En este caso, y de interés en este estudio, es necesario señalar la cartera de servicios de salud mental. Se exponen aquí, los servicios, recursos, planes de actuación y otros puntos a realizar, que son específicos tanto en salud pública como específicos del ámbito de la salud mental en la Comunidad de Aragón.

Por último, y una de las últimas novedades es la Orden San/2193/2018, de 6 de noviembre, relativa a la coordinación y organización asistencial de Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón, cuyo artículo 1 tiene por objeto lo siguiente:

Artículo 1. Objeto. La presente Orden tiene por objeto establecer la organización necesaria para el ejercicio por el Departamento de Sanidad de las competencias que le son propias en la atención de la salud mental en la Comunidad Autónoma de Aragón y ordenar los dispositivos de coordinación del conjunto de recursos sanitarios y organizativos del Sistema de Salud de Aragón implicados en los procesos asistenciales que conforman la cartera de servicios de salud mental.

Previo a pasar al Plan de Salud Mental de Aragón más actual, sirve como complemento de información lo recogido en el documento de Transversalidad y continuidad asistencial en salud mental de 2012 del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. En este documento, se presentan los resultados diferenciados por Comunidades Autónomas analizando los ámbitos sanitarios, sociosanitario y judicial. En este caso y transfiriendo los datos de Aragón en el ámbito sanitario en la sección de salud mental y drogodependencias se responde a las cuestiones lo reflejadas en la siguiente tabla:

Salud Mental y Drogodependencias

	Aragón
	Sí/No
¿La red de drogodependencias está integrada en la red sanitaria?	Sí, hay entidades ONG gestionando UAS que por idiosincrasia no son demasiado sanitarias, pero en teoría si están integradas
¿La red de drogodependencias y la de salud mental están integradas?	Si
¿La red de drogodependencias depende de otra consejería?	No
¿% aproximado de psiquiatras en centros ambulatorios de atención a las DD?	20%
¿El consumo de sustancias actúa en la práctica como criterio de exclusión en el ingreso psiquiátrico?	No
¿Existen programas estructurados de coordinación?	Muy rudimentarios
¿Existen unidades y programas de patología dual? ¿de quién dependen en?	No

Tabla 3: Elaboración propia a partir del documento *Transversalidad y continuidad asistencial en salud mental*, (2012).

Lo más actual hasta el momento, es el Plan de Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón 2017- 2021, este Plan posee un enfoque integral y multisectorial con una coordinación de los servicios de los sectores sanitarios y social, concediendo especial atención a la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación, atención y recuperación. Hay que mencionar que el desarrollo en cuanto a la atención en materia de salud mental, ha llevado un retraso conforme al resto de competencias sanitarias, es entonces, cuando desde el Gobierno de Aragón se considera necesario plantear este plan tomando como referencia la Estrategia Nacional sobre Adicciones y diferentes sugerencias de la OMS, además del resto de información aportada por parte de Europa.

Este Plan, tiene unas líneas estrategias definidas, las cuales quedan recogidas en la siguiente tabla:

Líneas estratégicas PSMG
1. Actuar sobre los determinantes, autocuidado y hábitos saludables mediante acciones de promoción y prevención de la salud mental.
2. Garantizar la autonomía y desarrollo de las personas con trastornos de salud mental mediante una atención de calidad, integral, con continuidad y comunitaria.
3. Facilitar mediante la participación, la información y la colaboración con entidades y asociaciones, la autonomía y los derechos del paciente.
4. Facilitar la toma de decisiones clínicas y de gestión disponiendo de un sistema de información fiable y útil.
5. Facilitar un entorno que favorezca el desarrollo; autonomía y responsabilidad de los profesionales.

Tabla 4: Elaboración propia a partir del Plan de Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón 2017- 2021.

A lo largo del desarrollo del Plan, se exponen diferentes planes y proyectos en relación con las líneas estratégicas explicadas. Una de ellas se trata del Proyecto 08, Programa para la atención a adicciones. Esto deja ver como dentro de este Plan, se va teniendo en cuenta la relación que existe entre salud mental y adicciones pero sin hacer hincapie específico en la patología dual como objeto de estudio. Como se está viendo, es difícil encontrar esta dualidad mencionada en las políticas, pero que ya se ponga en relación la salud mental y el consumo se puede tomar como un primer paso hacia el conocimiento de la patología dual.

Para finalizar esta esfera autonómica, y siguiendo a (Fontaine, 2015), cabe mencionar que estos procesos legislativos que recorren la historia reflejan un cambio de paradigma en el ámbito de la salud, en este caso centrado en la salud mental. Y que los cambios de paradigmas en las políticas se dan de manera sistemática y no de manera ideológica.

5.1.3. Nivel Internacional

Para concluir con los diferentes niveles legislativos, también es preciso conocer el ámbito internacional. De esta manera, se quiere aportar para finalizar, lo más relevante de esta esfera más macro, por consiguiente, cabe destacar que desde la Organización Mundial de la Salud se recomendaba la integración de la atención en salud mental en el sistema de salud, “Establece que la salud mental es un aspecto específico pero inseparable de la salud en general. (...) El Sistema Nacional de la Salud ha de incluir la salud mental como una parte del mismo.” (Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, 1985)

También, la Resolución de Naciones Unidas 46/119 de diciembre de 1991 se pronunciaba para la defensa de los derechos de los enfermos mentales, y la Declaración de Helsinki, a consecuencia de la conferencia de la OMS celebrada en enero de 2005, donde se reconoce la salud mental como un aspecto fundamental para conseguir una buena calidad de vida, considerando la atención a la Salud Mental una prioridad para todos los estados. De esta forma se promueve que los sistemas sanitarios de los países, formulen estrategias en salud mental en las que se integren diferentes principios, como son: el respeto a los derechos humanos, un enfoque de salud pública, la atención multidisciplinar y comunitaria, y la evaluación de los resultados con intervenciones terapéuticas de rehabilitación que potencien la atención comunitaria y atención integral, disminuyendo así el estigma del paciente y su familia.

Valmorisco Pizarro , 2015 en su tesis “Políticas Publicas de rehabilitación laboral para personas con enfermedad mental grave” de la Universidad Carlos III de Madrid, sitúa el origen, en la Resolución del Consejo de 18 de noviembre de 1999 sobre la promoción de la salud mental 2000/C86/01, en la que se insta a los Estados Miembros a: incorporar la salud mental en las respectivas políticas, a recabar datos referentes a la enfermedad mental, a poner en práctica acciones de promoción de salud mental y prevención de la enfermedad mental y a promover la investigación en salud mental. Es decir, los 52 Estados miembros de la región europea de la Organización Mundial de la Salud, así como la Unión Europea y el Consejo de Europa, aprobaron en 2005 una Declaración y un Plan de Acción acerca de la salud mental. (Knapp et al. 2007 p.1)

Un año antes de la conferencia de la OMS, El Comité de Ministros del Consejo Europeo aprobó en 2004, la Recomendación relativa a la protección de la dignidad y los derechos humanos de las personas con trastornos mentales.

A nivel europeo, desde la Comisión Europea, se consideró que se debía emprender nuevas líneas de trabajo y acción en conjunto para continuar con lo que se propuso en Helsinki por ello, surgió el proyecto *Libro Verde de la Salud Mental en Europa. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia en salud mental en la Unión Europea*. Los planteamientos recogidos en Libro Verde de la Unión Europea sobre Salud Mental (2006), señalan los siguientes aspectos:

1. La prioridad por proporcionar a las personas con enfermedades mentales una asistencia y unos tratamientos eficaces, de calidad y accesibles.

2. Mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por enfermedades o discapacidades psíquicas integrándolas en la sociedad y protegiendo sus derechos y su dignidad.
3. El internamiento forzoso en una institución psiquiátrica y el tratamiento no voluntario, atentan gravemente contra los derechos de los pacientes y sólo deberán aplicarse como último recurso cuando hayan fallado alternativas menos restrictivas.

Hasta aquí no aparece nada en relación con la patología dual ni tampoco en relación con el consumo o adicciones y la salud mental.

Para una continuación de este *Libro Verde*, posteriormente se declararon los principios en el Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar, y entre las cinco áreas de este pacto tampoco se expresa nada en relación a la patología dual específicamente.

Como se anuncia en *Mental Health Policy and Practice across Europe* (2007, p.4), dada las abundantes y graves consecuencias que traen consigo los problemas de salud mental, se podría haber esperado una promoción del bienestar mental y una intervención para abordar todas sus consecuencias como prioridades importantes para los políticos. Sin embargo, tanto el desarrollo de actividades políticas nacionales como el nivel de financiación de los servicios o iniciativas de salud mental han sido decepcionantes a lo largo y ancho de casi toda Europa.

También es de importancia mencionar la conocida como Red Europea de Promoción de la Salud Mental y Prevención de los Trastornos Mentales en la que colaboran diferentes países europeos para el desarrollo de estrategias para abordar tanto la prevención como la promoción de la salud mental abarcando también el desarrollo de políticas y programas.

Como explican Jenkins, McDaid, Traolach, Cutler, y Hayward (2011, p.113) las políticas específicas de salud mental son esenciales para el establecimiento de los objetivos estratégicos, así como también los medios para aplicarlas; sin embargo, en varios países europeos estas políticas son inexistentes o están muy anticuadas.

Por último, es importante contar que desde la OMS se cuenta con el Plan de Acción Integral sobre la salud mental, para los años 2013-2020, con la visión de un mundo en el que se valore, fomente y proteja la salud mental, con la finalidad global de fomentar el bienestar mental, prevenir los trastornos, proporcionar atención, mejorar la

recuperación, promover los derechos humanos y reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad de las personas con trastornos mentales. A lo largo de este Plan de Acción se cuenta con diferentes objetivos como son:

1. Reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental.
2. Proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta.
3. Poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental.
4. Fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental.

De igual forma, durante la elaboración del Plan, no aparece la patología dual en su desarrollo, lo que hace ver como políticas específicas en esta materia no están presentes tampoco desde las esferas internacionales.

5.2 Contexto legislativo en adicciones en diferentes niveles

Un tema de agenda y que preocupa a nivel nacional y a todas las Comunidades Autónomas es el problema de las adicciones, ya sea de sustancias como el tabaco o alcohol, o el consumo de droga en general.

El gobierno, las autonomías, así como también las entidades sociales y del tercer sector, han tenido y siguen teniendo una respuesta destacada en el ámbito normativo dentro del conjunto de estrategias a desarrollar con vistas a ofrecer una atención más especializada y coherente al fenómeno de las drogodependencias. (Cobas, 2005)

Por ello, al igual que en la esfera de salud mental se ha hecho un recorrido por el contexto legislativo, a continuación, se redacta de nuevo, pero en el ámbito de las adicciones, para luego poner en relación ambos y desarrollar lo que concierne a la patología dual.

5.2.1 Nivel Estatal

Al igual que en lo referido anteriormente a salud mental, en materia de drogas también se trata de la Constitución del primer texto legislativo de consulta en materia de drogas ya que se alude a velar por la salud pública de los ciudadanos y ciudadanas, también en el artículo 43. Es aquí, donde se regula entre los principios rectores de la política social y económica, el derecho a la protección de la salud, así como la competencia de los poderes

públicos a organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas, y de las prestaciones y servicios necesarios. Igualmente establece el marco de competencias de las Comunidades Autónomas en la esfera de la sanidad y la higiene. (Cobas, 2005).

Es de interés destacar que previo a la Constitución, es en los años 50 cuando se crearon los conocidos como Dispensarios de Higiene Mental y Toxicomanías, de esta manera se muestra cómo se va produciendo en cierta manera una adaptación a la problemática del consumo tanto de drogas como de alcohol del momento. (Pascual, 2009).

No es hasta el 20 de marzo de 1985 cuando el Gobierno crea el primer Plan Nacional sobre Drogas (PNSD), cuyos objetivos principales, fueron, por ejemplo, la reducción de la oferta y la demanda, además de disminuir la inseguridad ciudadana, y también ofertar una red pública de servicios de atención, en coordinación y cooperación con todas las Administraciones e Instituciones. Este Plan se trata de una iniciativa por parte del gobierno para coordinar y potenciar de esta manera las políticas que se llevan a cabo desde las distintas Administraciones Públicas en este caso, en materia de drogas, sin dejar a un lado a las entidades sociales que participan del mismo modo.

Legislativamente, también se cuenta con el Código Penal y todas sus modificaciones, con la Ley de Estupefacientes de 1967 y la Ley del Medicamento en 1990 que guardan relación con la red de adicciones.

Como explica (Quintero, 2015), a nivel social las medidas o sanciones penales son las identificadas por la ciudadanía, sin embargo, es necesario tener en cuenta también las medidas de prevención, las administrativas, educativas, etc.

Retomando el Plan Nacional de Drogas de 1985, se puede destacar, su misión, visión y valores que consistían en lo reflejado en la siguiente tabla:

Misión	Diseño, establecimiento, ejecución y evaluación de las políticas que, en materia de adicciones, se desarrollan desde las Administraciones Públicas y entidades sociales en España
Visión	Favorecer una reducción significativa del impacto sanitario y social de las adicciones en su conjunto, con especial énfasis en la prevención, y en el apoyo a la incorporación social de las personas afectadas por las mismas
Valores	Respeto a los derechos humanos; equilibrio entre control de la oferta y reducción de la demanda; enfoque de género; equidad, integralidad; participación, consenso; calidad, eficiencia, sostenibilidad y transparencia

Tabla 5: Elaboración propia a partir del Plan Nacional de Drogas, (1985).

Esto provoca un punto de partida para la creación de otros planes similares, tomado a este primer Plan como modelo a seguir. En los años posteriores, las Comunidades Autónomas fueron elaborando e implantando planes propios autonómicos contando también con sus recursos propios de cada comunidad.

Teniendo en cuenta que los planes son las políticas que cuentan con más fuerza en esta materia y posteriormente se desarrollarán más a fondo, también hay que destacar legislación estatal en materia de drogas que tiene relevancia en este contexto. Estas serían, por ejemplo, la Resolución de 2 de febrero de 2009, de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas en las que se publica el acuerdo del Consejo de Ministros para aprobar la Estrategia Nacional sobre drogas 2009-2016.

Con posterioridad a la Ley de Estupefacientes se aprobaron leyes de relevancia, pero en el ámbito administrativo, además de modificaciones en el Código Penal, contrabando, seguridad ciudadana, y aquellas que regulan la clasificación de las drogas. Por último, sí que es preciso mencionar el Real Decreto 1133/2008 de 4 de julio, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Consumo. (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas, 2018)

Volviendo al Plan Nacional de Drogas, este se puede definir como una iniciativa del gobierno que tiene como objetivo coordinar y potenciar las políticas que se dan desde las Administraciones y entidades en este país en materia de drogas. Como se ha dicho antes, el primero fue creado en el año 1985 por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Es a partir del año 1986, cuando se encuentran memorias documentadas sobre los Planes Nacionales sobre Drogas, hasta 2017.

Respecto a la estructura de coordinación del PNSD, se destaca el Consejo Español de Drogodependencias y otras Adicciones, como un órgano colegiado de carácter técnico que también significó una importante representación de los principales agentes sociales implicados en prevención y tratamiento de los problemas relacionados con las adicciones. Este, fue desarrollado jurídicamente por el Real Decreto 1113/2015, de 11 de diciembre, por el que se desarrolla el régimen jurídico del Consejo Español de Drogodependencias y otras Adicciones.

Como bien se afirma en el Informe Europeo sobre Drogas (2017, p.62), la adopción de una Estrategia Nacional en materia de drogas es una herramienta de planificación y coordinación muy utilizadas por los países europeos para fijar sus

respuestas a los diversos retos sanitarios, sociales y de seguridad relacionados con las drogas.

Es por ello que la Estrategia Nacional sobre Drogas (END), nace tras quince años de vigencia del Plan Nacional, debido a los compromisos internacionales adquiridos por España, así como por la necesidad de adecuarse a la realidad de un fenómeno siempre cambiante. La XX Sesión Extraordinaria de la Asamblea General de Naciones Unidas, celebrada en junio de 1998, aprobó una declaración en la que se pedía a los Estados la elaboración de estrategias nacionales para conseguir una serie de objetivos. De acuerdo con todo ello, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas decidió elaborar un documento donde se recogiesen de forma clara y precisa las metas y objetivos a alcanzar en las diferentes áreas de intervención.

En primer lugar, se elaboró La Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008, la cual contó con una evaluación final. A continuación, se redactó la END 2009-2016 también con su respectivo informe de evaluación final y actualmente se cuenta con la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024.

Respecto a la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 cabe destacar que se organizaba en torno a 5 ámbitos de actuación: reducción de la demanda, reducción de la oferta, mejora del conocimiento científico básico y aplicado, formación y Cooperación Internacional. En su elaboración participaron, todos aquellos órganos de la Administración Central implicados, como fueron los Planes Autonómicos de Drogas y otras adicciones, la Administración Local, así como Organizaciones del Tercer Sector y representantes de sociedades científicas. Esta Estrategia, y todas las posteriores, tienen una vigencia de 8 años y se desarrollan a través de Planes de Acción cuatrienales.

En la actualidad, y todavía en vigencia, se encuentra la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017- 2024 que pone el acento en la reducción de daños para conseguir una sociedad más saludable y segura. Esta se configura como un documento participativo y de consenso, acordado entre todas las Administraciones Públicas, las organizaciones no gubernamentales del sector, las sociedades científicas, los centros de investigación, y todas aquellas instancias públicas y privadas que forman parte del Plan Nacional sobre Drogas. Esta estrategia cuenta con la misión de ofrecer un marco de referencia con un enfoque integrado, equilibrado y basado en la evidencia. Con la visión de haber reducido en 2024 en España los daños asociados al consumo de sustancias a través de la ejecución de políticas sobre drogas, y los valores del Plan Nacional sobre Drogas. (ENA, 2018)

Además de las estrategias también se cuenta con los llamados Planes de Acción, que se dirigen a una actuación hacia un nivel más micro, aquí se contienen las acciones que se desarrollaran para alcanzar los objetivos que se marcan en la Estrategia. En su elaboración participan igualmente todos los órganos mencionados anteriormente como en las END. En cambio, aquí, los planes se desarrollan en torno a 6 ejes de actuación que son, la Coordinación; la Prevención y Sensibilización Social, la Atención Integral, la Mejora del Conocimiento, la Reducción de la Oferta y la Cooperación Internacional. Por el contrario que las estrategias, la vigencia de los planes es de 4 años. (Ministerio de Sanidad, 2020)

Atendiendo a los Planes de Acción sobre Drogas que se clasifican en los periodos de, 2005-2008, 2009-2012, 2013-2016 y el más actual que cambia su nombre a Plan de Acción sobre Adicciones 2018-2020. En la siguiente tabla se clasifican los planes cronológicamente y con una breve descripción de sus aspectos principales.

Plan de Acción sobre drogas 2005-2008	Centra los mayores esfuerzos en la prevención reforzando las acciones de apoyo a familias, la implicación de los medios de comunicación, la educación y la colaboración con organizaciones juveniles, además de la participación de la atención primaria de salud. Tiene como objetivo estimular y apoyar la implicación activa de la sociedad en la prevención.
Plan de Acción sobre drogas 2009-2012	Los principales pilares sobre los que se asientan sus objetivos se dividen en tres puntos fundamentales: coordinación, reducción de la demanda; subdividido en prevención, disminución del riesgo y reducción del daño, y asistencia e integración sociales, reducción de la oferta.
Plan de Acción sobre drogas 2013-2016	Cuenta con cuatro principios estratégicos; búsqueda de eficiencia y optimización de recursos, coordinación con liderazgo participativos, calidad como premisa irrenunciable, y factibilidad de las acciones con objetivos que se consideren alcanzables. Además de la búsqueda de una mayor participación en el proceso de implementación del Plan mediante el liderazgo participativo en las diferentes acciones.
Plan de Acción sobre adicciones 2018-2020	Cuenta con la meta 1, que consiste en ir hacia una sociedad más saludable e informada, y con la meta 2, hacia una sociedad más segura. Cada una con sus respectivas áreas de actuación como: prevención y reducción del riesgo, atención integral y multidisciplinar, reducción de daños, incorporación social en la meta 1 y sus consiguientes acciones. Meta 2: reducción y control de la oferta, revisión normativa y cooperación policial y judicial a nivel nacional e internacional.

Tabla 6: Elaboración propia a partir de cada uno de los planes que se mencionan

5.2.1.1. Aparición de la patología dual en los distintos Planes

Tras haber descrito los aspectos más genéricos y principales de cada Plan de Acción, es necesario indagar en un nivel más específico como es el de la aparición de la patología dual en estos planes ya que se trata de uno de los principales objetivos de este estudio.

En primer lugar, en el Plan de Acción sobre drogas 2005-2008, no se menciona en todo su contenido la patología dual. Sin embargo, en el siguiente Plan de Acción sobre drogas de los años 2009-2012 aparece reflejado este término dentro del eje 2, reducción de la demanda, en el objetivo 7; Garantizar una asistencia de calidad y adaptada a sus necesidades, a todas aquellas personas directa o indirectamente afectadas por consumo de drogas, dentro de la acción 32; Potenciar el desarrollo de los programas destinados a población con patología dual.

A partir de aquí ya se tiene en cuenta esta dualidad dentro de estos planes, y es por ello que, en el siguiente, que es el Plan de Acción sobre drogas 2013-2016, se encuentra un fuerte aumento de la importancia en la patología dual. Igual que en el plan anterior, este término aparece en el eje 2 de reducción de la demanda, para el objetivo general 7 de garantizar una asistencia de calidad adaptada a sus necesidades, a todas aquellas personas directa o indirectamente afectadas por consumos de drogas y normalizar la asistencia sanitaria a los drogodependientes, con base en la evidencia científica, mediante la elaboración de protocolos, guías y catálogos de intervenciones. Para ello se elaborará un documento que describirá los procesos asistenciales recomendados para la atención a los drogodependientes, atendiendo especialmente a la patología dual y también a las especificidades de la mujer. En las tablas que aparecen en el Plan se describen las acciones específicas, junto a sus correspondientes metas y destinatarios. En este caso sería como la siguiente:

Acción	Meta	Destinatarios
Proyecto de mejora de procesos y procedimientos de asistencia en drogodependencias y adicciones y su adecuación a la Cartera de Servicios del SNS	Se elaborará un documento que describirá los procesos asistenciales recomendables para drogodependientes atendiendo especialmente a la patología dual y a la mujer. Se realizará una propuesta de adaptación de los servicios para drogodependientes a la cartera de servicios del SNS. Se diseñará un programa formativo para la aplicación de guías clínicas basadas en la evidencia para profesionales de la red asistencial, se elaborarán instrumentos para la valoración de los servicios asistenciales para drogodependientes. Se pondrá en marcha un proceso de evaluación de la efectividad del tratamiento	Destinatarios Personas con Drogodependencias y/o Adicciones. Profesionales de la red asistencial

Tabla 7: Elaboración propia a partir del Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016

En el esquema y resumen de la propuesta del plan que se encuentra en el anexo 4.4 del mismo, junto al objetivo 7 de Garantizar una asistencia de calidad al drogodependiente, se definen las prioridades del proceso consultivo y la propuesta de acciones:

Esquema prioridades y acciones proceso consultivo		
Objetivo general	Prioridades del proceso consultivo	Propuesta de acciones
7. Garantizar una asistencia de calidad al drogodependiente.	<ul style="list-style-type: none"> -Accesibilidad -Enfoque de género -Investigación nuevas opciones terapéuticas -Tratamiento patología dual -Tratamiento nuevos patrones de consumo -Elaboración de protocolos, guías, catálogos carteras de servicios... 	<ul style="list-style-type: none"> -Protocolo para el seguimiento de la Gestión Asistencial de Servicios de Atención a las Drogodependencias. -Guía de Servicios de Asistencia al Drogodependiente. -Protocolo de Atención a la Mujer con Problemas de Drogas. -Protocolo de Atención a la Patología Dual

Tabla 8: Elaboración propia a partir del Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016

Además de estas propuestas de acciones, en este plan se describe la atención a la patología dual como un problema prioritario del área asistencial. Se hace referencia a varias propuestas como:

- Crear grupos de trabajo específicos para esta problemática, analizando los recursos existentes y los problemas con los que se encuentran,
- Asesorar a los profesionales de los servicios existentes sobre cómo atender esta enfermedad
- Crear centros de tratamiento de patología dual o unidades específicas dentro de los servicios de salud mental.

También haciendo referencia en este Plan se menciona que, por parte de las organizaciones no gubernamentales, se cree necesario priorizar la atención a las personas más excluidas, en los que se incluye a las personas con patología dual. En cuanto a expertos se refiere, se propone mejorar la investigación en diferentes aspectos, donde se encuentra incluida la patología dual. También por parte de estos expertos se enfatizan las necesidades formativas, en concreto se hace alusión a los profesionales de la red de salud mental en patología dual.

Por último y todavía en vigencia, España cuenta con el Plan de Acción sobre adicciones 2018-2020. En este plan, la aparición de la patología dual es menos fuerte que en el anterior. Aparece solo en el Área de actuación 2, de atención integral y multidisciplinaria, donde se tiene como objetivo garantizar una atención integral de calidad mediante diferentes acciones. Esta dualidad se da en el punto 2.3., desde el que se pretende fomentar la atención integral mediante itinerarios personalizados para las características de cada paciente (crónicos, patología dual, personas usuarias sin hogar, entre otros). Y en el punto 2.3.2. para implementar recursos y programas para la intervención en patología dual.

De nuevo vuelve a aparecer esta dualidad, para mencionar el número de Comunidades Autónomas que realizan acciones para garantizar la accesibilidad de todos los perfiles que se mencionan en la ilustración, siendo el número máximo 19. Esto quiere decir, que son 17 las Comunidades Autónomas que garantizan la accesibilidad de usuarios con patología dual.



Tabla 9: Plan de Acción sobre Adicciones 2018-2020. (Fuente: Evaluación Final END 2009-2016)

Tras la información de cada Plan de Acción que se han llevado a cabo en España, es necesario destacar que en la última Estrategia Nacional Sobre Adicciones 2017-2024 sí que aparece reflejada la patología dual, anunciando que esta dualidad se encuentra presente en casi la mitad de las personas con problemas de adicción, teniéndolo como un reto asistencial para abordar en esta Estrategia. También dentro de uno de sus objetivos estratégicos en el cual dicta: 10.2.3. Fomentar la atención integral mediante itinerarios personalizados para las características de cada paciente (crónicos, patología dual, usuarios sin hogar, entre otros). Y en el 10.2.3.2. Implementar recursos y programas para la intervención en Patología Dual. Resulta una copia exacta del último plan de acción, lo que hace ver la existencia de una coordinación entre ambos.

5.2.2. Nivel Autonómico

Antes de mencionar los tres Planes sobre drogodependencia con los que cuenta Aragón, es preciso mencionar un Plan más genérico, pero no menos importante como es

el Plan de salud de Aragón 2030¹. En este plan se cuenta con un área que trata la Salud en las políticas con los siguientes tres objetivos:

1. Impulsar el Plan como una estrategia del Gobierno de Aragón dirigida a consolidar la equidad y la salud como áreas transversales en todas las políticas públicas.
2. Desarrollar políticas públicas transversales dirigidas a superar las inquietudes en salud originadas desde los determinantes sociales de la salud
3. Definir políticas efectivas en todos los departamentos que mejoren la salud de la población disminuyendo inequidad y haciendo que los entornos sean más saludables.

Teniendo en cuenta que el panorama en materia de drogas ha ido transformándose, debido a que el consumo de sustancias psicoactivas se ha convertido en un grave problema de salud pública por las consecuencias nocivas que ocasiona, tanto a nivel individual, como familiar, y también social, las políticas públicas que se realizan para este ámbito cobran cada vez más importancia.

Es por ello que, en Aragón, se publica el I Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas para los años 2005-2008, cuyas líneas prioritarias de actuación eran:

- Integrar y coordinar las actividades desarrolladas por diferentes instituciones y entidades y optimizar los recursos.
- Priorizar la prevención y los programas de reducción de daños en todas las conductas adictivas.
- Potenciar la integración y normalización de las redes asistenciales en los sistemas públicos de salud y servicios sociales.
- Impulsar programas que faciliten a las personas con problemas por conductas adictivas su incorporación a la sociedad en calidad de miembros activos de la misma.

¹ Con el Plan de Salud de Aragón 2030 se pretende introducir la salud en las políticas públicas, cuya misión se trata de mejorar la salud de la población de Aragón poniendo en marcha medidas que actúen sobre sus determinantes y desde todas las políticas. Orientar el sistema sanitario de Aragón hacia la salud.

- Integrar la información sobre adicciones en el sistema de información de vigilancia en salud.

En este plan no aparece el término de patología dual, pero sí que se menciona la atención a las patologías somáticas y psiquiátricas asociadas a las conductas adictivas.

Posteriormente se realizó el II Plan Autonómico 2008-2016, incluyendo en este la experiencia del anterior. Se establecieron cuatro áreas de actuación que fueron, prevención, asistencia, integración social y sistemas de información. Además, incluía en su análisis propuestas de abordaje y también poseía un enfoque de equidad. Para este Plan se realizó una evaluación por parte de la Dirección General de Salud Pública promoviendo un proceso participativo entre diferentes profesionales.

En este segundo plan, sigue sin cobrar importancia la dualidad, tan solo se refleja en los recursos en cuanto a la asistencia, aclarando que la reorganización de los recursos asistenciales para el tratamiento de adicciones que se inició en el I Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas estableció como criterio la necesidad de normalización de la asistencia a estas patologías en las redes generales y, en concreto, desde el ámbito de la Salud Mental.

Por último, el más reciente y aún no finalizado, es el III Plan de Adicciones de la Comunidad Autónoma de Aragón, 2018-2024. Se trata del Plan con más colaboración hasta hora, ya que es fruto de un proceso participativo en el que se cuenta con profesionales de todo Aragón, instituciones y asociaciones, además de técnicos del Departamento de Sanidad tanto de Salud Pública como de Asistencia sanitaria y de más Departamentos del Gobierno de Aragón con competencias en Juventud, Servicios Sociales, Menores o Mujer. En este Plan se plantean diferentes objetivos y acciones dirigidos en su mayoría al refuerzo del papel de los Centros de prevención comunitaria, priorizando actuaciones para grupos vulnerables o con mayores dificultades de acceso sin dejar a un lado la intervención temprana de los problemas relacionados con las adicciones. Este Plan cuenta con cinco áreas de actuación con sus objetivos y actuaciones propias. Las áreas se dividen en:

- Área de Prevención y promoción de la salud.
- Área de Reducción de la oferta, donde se recogen aspectos de control, especialmente en el ámbito de las drogas legales como alcohol y tabaco.

- Área de la Red asistencial de atención a las adicciones, en coordinación con el Plan de Salud Mental 2017-2020 y con los servicios sanitarios y sociales.
- Área en Formación y gestión del conocimiento en los distintos sectores que trabajan en el ámbito de las adicciones.
- Área de Coordinación

Es destacable que en este último sí que se tiene en cuenta la patología dual, ya que aparece representada en el Área 3; Red asistencial de atención a las adicciones. Haciendo alusión al Plan de Salud Mental 2017-2021, que establece la integración de salud mental y adicciones en una sola red, manteniendo aquellos servicios que deban seguir de una manera específica, es decir, unidades de atención y seguimiento de adicciones (UASA) y comunidades terapéuticas, y estudiando la adecuación de estos dispositivos a la demanda actual, especialmente a la patología dual. Por tanto, la atención a las adicciones y a la patología dual, como el resto de patología psiquiátrica, debe tener entrada, preferentemente, desde la atención primaria de salud y tener como eje asistencial ambulatorio a la UASA.

Además de estos planes, en Aragón se cuenta con la Ley 3/2001, de 4 de abril, de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias que señala en su artículo 21 pto. 2 que la atención a las drogodependencias se conformará por dos niveles, estando formado el segundo nivel por los centros de salud mental y otros dispositivos. En esta ley aparece un enfoque hacia los patrones de consumo, también se hace énfasis en la perspectiva educativa donde la prevención toma importancia. Además, el enfoque interdisciplinario toma posición en la educación para la salud y también para la promoción de los estilos de vida sanos y autónomos.

Tras todo este repaso legislativo, en el que sí que se encuentra en ocasiones mencionada la patología dual, se muestra la evidencia de la necesidad de la una política pública específica ya que con solo su aparición en parte de los planes o estrategias no es suficiente. Esta dualidad sigue siendo invisible en ambos sectores, es decir que, tanto en salud mental, como en adicciones, no se llega a tratar esta patología como sería preciso para así lograr una intervención adecuada y no caer en las distorsiones explicadas en el contexto social de la patología dual al principio del trabajo. Es por ello que en el siguiente apartado después de analizar el contexto internacional, se procede a establecer un marco

de análisis que permita el diseño de una política pública que tenga como foco esta dualidad.

5.2.3 Nivel Internacional

Por poner un punto de partida en el marco legislativo internacional, se mencionará en primer lugar la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, en ella se establecieron medidas de prevención, represión y limitación del consumo, pero cabe destacar la división que se realizó de las sustancias en diferentes categorías.

Esta y otras convenciones están bajo el paraguas de la Organización de las Naciones Unidas que es la referente en materia de legislación internacional.

En 1971 se estableció el convenio sobre sustancias psicotrópicas en Viena a 21 de febrero y en 1988 la Convención contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas que influyó en la legislación penal de España además de su inclusión en el Código Penal.

A nivel europeo el Tratado de Ámsterdam significó un impulso en el proceso de la Unión Europea y del fenómeno de drogas. (Arana, Montañés y Urios, 2012, p.5)

En cuanto a organismos internacionales con competencia en materia de drogas, se pueden destacar, la OMS, y en un ámbito europeo cabrían el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías con su Reglamento (CE) N° 1920/2006 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 12 de diciembre de 2006, sobre el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías y también el Comité Europeo de Lucha Antidroga.

Fue en 2009 cuando en la sesión de alto nivel de la Comisión de Estupefacientes adoptó por la “Declaración Política y el Plan de Acción sobre cooperación internacional a favor de una estrategia integral y equilibrada para contrarrestar el problema mundial de las Drogas”, de esta manera España y, más en concreto, la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), facilitaba la disponibilidad de sus recursos de formación en Latinoamérica para la realización de actividades de cooperación en materia de drogas.

Teniendo en cuenta que el fenómeno de la droga es una cuestión tanto nacional como internacional, se requiere un tratamiento desde el contexto mundial, por ello una acción en coordinación con la UE es de importancia. Ante la inexistencia de una política europea común en materia de drogas, se diseña la Estrategia de la UE en materia de lucha contra la droga 2013-2020, adoptada por el Consejo Europeo el 7 de diciembre de 2012, que fue elaborada a partir de la Evaluación Final de la Estrategia sobre Drogas y el Plan de Acción

de la UE 2005-2012. Su finalidad era la de contribuir a la reducción de la demanda y de la oferta en la UE, además de reducir los riesgos y perjuicios sociales para la salud. Todo ello a través de un planteamiento estratégico que respalde y complemente las políticas nacionales que proporcione un marco para la realización de acciones conjuntas y coordinadas y que constituya la base y el marco político para una cooperación exterior de la UE en este ámbito. (Diario oficial de la Unión Europea, 2012)

En esta estrategia se cuenta con objetivos como:

- Contribuir a reducir de forma cuantificable la demanda de droga, la dependencia de la droga y los riesgos y perjuicios sociales y para la salud relacionados con la droga.
- Contribuir a la desorganización del mercado de las drogas ilegales y a una reducción cuantificable de la disponibilidad de estas.
- Fomentar la coordinación mediante un discurso y análisis activos de la evolución y los retos que se plantean en el ámbito de la droga a nivel internacional y de la UE.
- Seguir reforzando el diálogo y la cooperación entre la UE y terceros países y organizaciones internacionales en materia de drogas.
- Contribuir a una mejor difusión del control, investigación y evaluación de los resultados y a una mejor comprensión de todos los aspectos del fenómeno de la droga y del impacto de las intervenciones a fin de promover datos empíricamente contrastados, sólidos y generales que fundamenten las medidas y acciones.

Teniendo en cuenta que los instrumentos ejecutivos de la Estrategia son los planes de acción, existe el Plan de Acción de la UE en Materia de lucha contra la Droga 2017-2020 que al igual que la correspondiente estrategia se basa en los mismos principios de la UE, pero este Plan establece las actuaciones que se podrán poner en práctica para lograr los objetivos de la Estrategia como: la reducción de la demanda de drogas y la reducción de la oferta, coordinación, cooperación internacional e información, investigación, seguimiento y evaluación.

6. La Política Pública para Patología Dual

6.1 Diseño de una Política Pública para Patología Dual

Para comenzar, es preciso conocer lo que el término “política pública” significa. No es una expresión muy antigua ya que se introdujo en el lenguaje de las ciencias políticas y administrativas de Europa en la década de los 70 como una traducción de *public policy*. Además, existen múltiples definiciones del concepto y muy diversas, pero todas tienden a acentuar algún factor en concreto. (Subirats, Knoepfel, Larrue y Varone, 2008, p.37)

En el caso de (Fontaine, 2015), una política pública es una respuesta a demandas (implícitas o explícitas), que corresponden según el caso a derechos o necesidades. Es por ello por lo que se introduce aquí la necesidad de la atención específica a la patología dual, con la creación de una política pública que la tenga en cuenta. Como se describe en *El análisis de Políticas Públicas* de este mismo autor, si dejamos a un lado los métodos de análisis costo-beneficio (Bellinger, 2007),(Friedman, 2002), y los métodos semi-experimentales de evaluación (Wholey et al., 2010) que consisten básicamente en aplicar modelos econométricos al análisis de un número reducido de variables independientes, en la actualidad, el método más difundido entre los enfoques racionalistas es el modelo de análisis y desarrollo institucional, elaborado por Elinor Ostrom (Ostrom, 2005). Con el desarrollo institucional se hace referencia a la elaboración de las políticas públicas necesarias, en este caso para nuestro objeto de estudio, y el desarrollo de acciones que tengan presente la patología dual en sus contenidos.

Como se ha visto anteriormente, es escasa su aparición tanto en las Estrategias, como en los Planes, ya sean de salud mental como de adicciones, es por ello, que su invisibilidad crea dificultades para todo el colectivo que tiene esta dualidad presente.

Por lo tanto, se encuentra la necesidad de desarrollar una política específica que englobe y tenga en cuenta todos los factores que la patología dual trae consigo.

Desde la interacción del sistema político y el sistema social, Charles Lindblom, (1991), considera las políticas públicas como “una respuesta a las demandas sociales que se generan, y las organizaciones administrativas como instrumentos que reaccionan ante las demandas, a través del suministro de políticas que satisfagan dichas necesidades”.

En este apartado se quiere también, realizar un esquema sobre cómo serían los elementos constituyentes de una política pública para patología dual, además de explicar cómo sería su ciclo.

6.2 Elementos constitutivos de una política pública para la Patología Dual

Atendiendo a (Subirats, Knoepfel, Laure y Varone, 2008) y en los diversos elementos que constituyen una política pública, se ha puesto en relación con la patología dual, ilustrando la articulación de los diferentes elementos constitutivos de una política pública y esta dualidad representados en la siguiente tabla:

Elementos constitutivos de una política pública	
Solución de un problema público	Se pretende resolver el problema social reconocido que, en este caso es la patología dual, cuya solución requiere la acción del sector público.
Existencia de grupos-objeto en el origen de un problema público	Los grupos de población específicos a los que se dirigiría serían los usuarios de salud mental y adicciones que carecen de programa específico en patología dual.
Una coherencia al menos intencional	Base conceptual de partida que posee la patología dual aplicada para resolver el problema público que produce la patología dual.
Existencia de diversas decisiones y actividades	Existencia de acciones en patología dual, pero no en todas las comunidades por igual. Declaración de la patología dual como problema público para contribuir al surgimiento de una nueva política.
Programa de intervenciones	Conjunto de decisiones y acciones, como son los Planes de Salud Mental, Planes de Drogas, pero con la introducción importante de la patología dual. Creación de Plan específico.
Papel clave de los actores públicos	Actuación de los actores públicos que ven la necesidad de una política pública específica ya que no cuentan con la atención concreta a la patología dual.
Existencia de actores formales	Producción de <i>outputs</i> , “síndrome de la puerta giratoria” como problema público a resolver.
Naturaleza más o menos obligatoria de las decisiones y actividades	Intervenciones públicas a través de contratos con entidades como, Proyecto Hombre, en el ámbito de las adicciones, y ASAPME ² para el ámbito de salud mental. (en el caso de Aragón)

Tabla 10: Elaboración propia a partir de Subirats, Knoepfel, Larrue y Varone, (2008)

² Asociación Aragonesa Pro Salud Mental

Siguiendo de nuevo a (Subirats, Knoepfel, Larrue y Varone, 2008) y la descripción que hacen del ciclo de una política pública, en el siguiente gráfico se trata de esquematizar desde el inicio con el surgimiento de los problemas y la prolongación hasta la evaluación de los resultados obtenidos, tal y como se muestra en el siguiente gráfico:

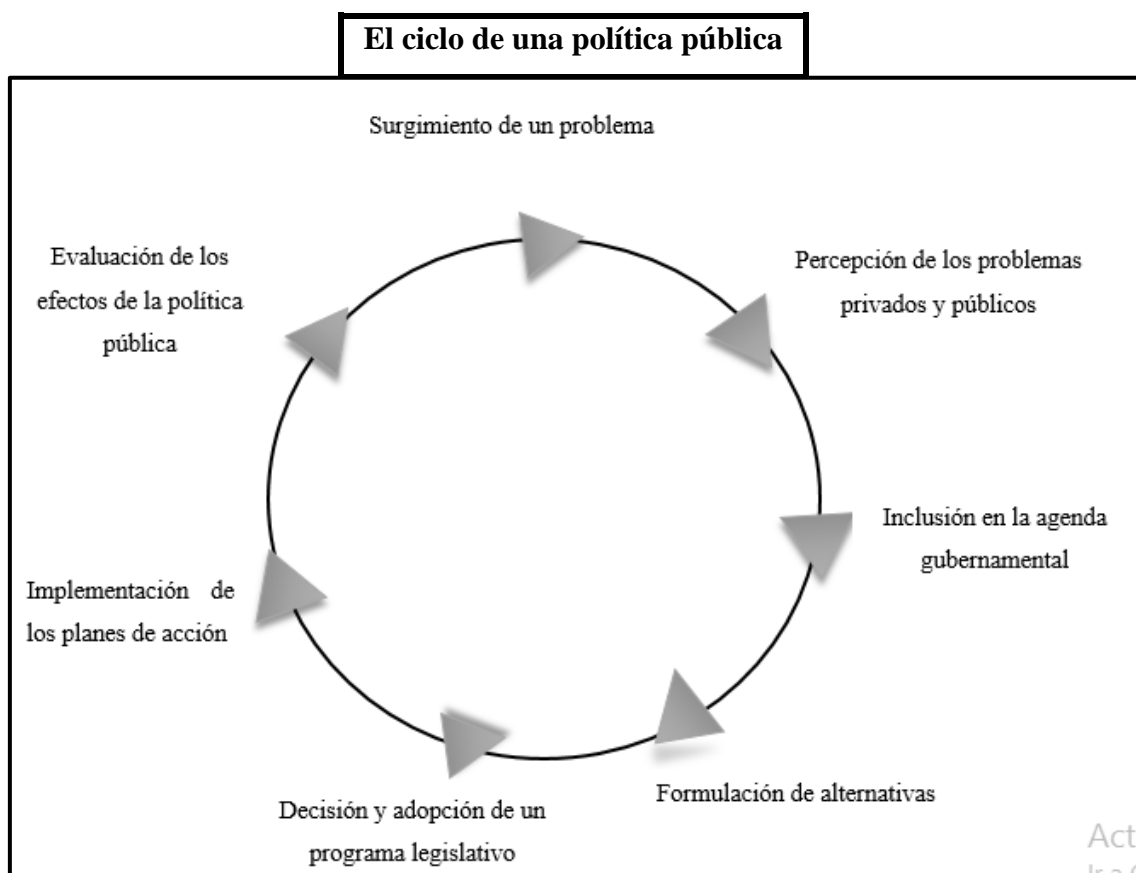


Tabla 11: Elaboración propia a partir de la adaptación libre del libro de Parsons, (1995) en Subirats, Knoepfel, Larrue y Varone, (2008).

Teniendo en cuenta el ciclo de la política pública, en el ámbito en este caso de la patología dual, se puede relacionar todas las fases con el objeto de estudio. Cabe aclarar que la perspectiva cíclica de la política pública debe verse como un marco de referencia y no como un esquema rígido. (Subirats, Knoepfel, Larrue, y Varone, 2008)

También (Fontaine, 2015, p.170) habla de que una política pública no es un objeto estático, y anuncia que “cuando analizamos los procesos de políticas públicas, vimos que un elemento central del ejercicio es el ciclo de la política.

En este caso, en primer lugar, y como primera fase se contaría con el surgimiento del problema, donde se analizaría el contexto social tanto de salud mental y de adicciones viendo como problema la desatención que tiene la patología dual. En esta primera fase, también cabe la percepción de los problemas con la creación de una necesidad colectiva ya que, con la creación de una política específica para la patología dual, se lograría la situación deseable.

En segundo lugar, en la fase de la incorporación a la agenda política toman lugar los actores del sistema político administrativo, quienes deben tener en cuenta esta problemática para así llegar a incorporar el problema de la patología dual en la agenda.

A continuación, respecto a la formulación y decisión del programa de la política, que sería una tercera fase, se requiere la selección tanto de objetivos, instrumentos, como de procesos que deben ponerse en práctica para resolver el problema, en este caso la especialidad de patología dual. Se puede señalar la existencia de un fallo en el proceso de formulación de otras políticas en ámbito de salud mental o adicciones ya que se han dejado de lado a la patología dual.

La fase de implementación, dentro de la fase número 4 suele ser más compleja de lo esperado, ya que se debe tener una adaptación del problema de la política a las situaciones concretas que tengan lugar.

Para finalizar este ciclo, estaría la fase de evaluación con la que determinar los resultados y también los efectos que ha tenido la política.

Estas fases quedan plasmadas brevemente en el siguiente gráfico:

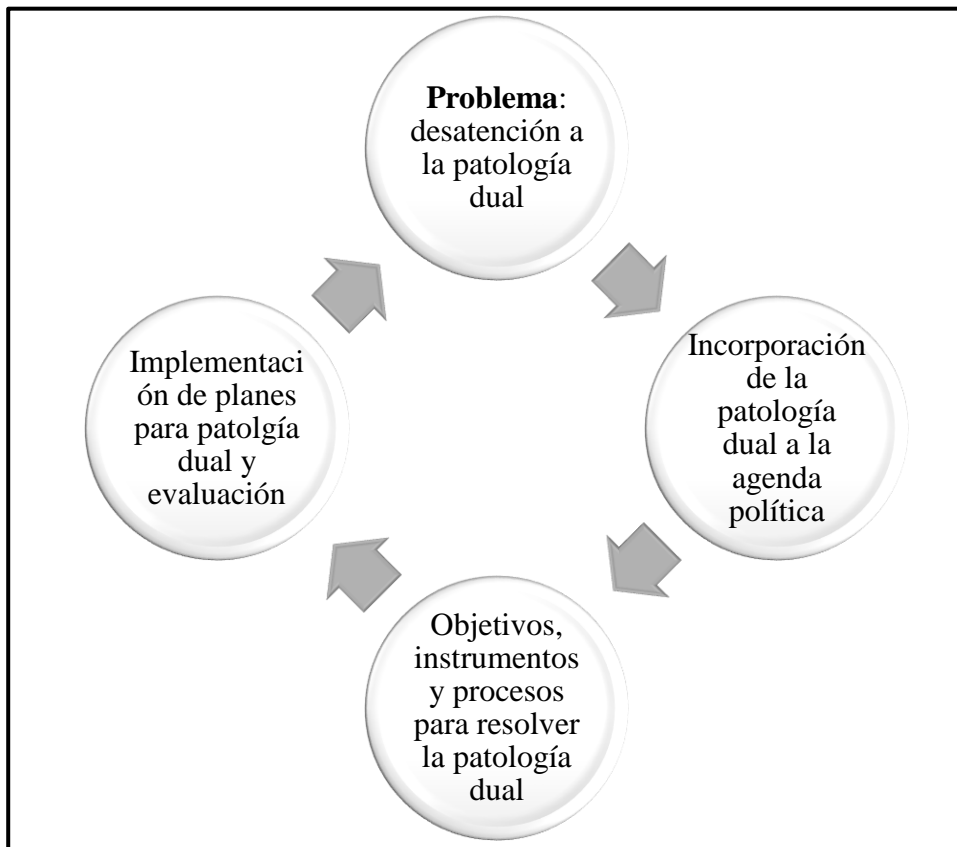


Tabla 12: Elaboración propia

Tras haber aclarado el ciclo siguiendo los conocimientos de (Subirats, Knoepfel, Larrue, y Varone, 2008), toca centrarse en la esfera de la patología dual. Por ello y teniendo en cuenta la salud mental, para (Restrepo y Jaramillo 2012), no basta con un cambio de definición para trascender las concepciones patologizantes de la salud mental, sino que es necesario un cambio de racionalidad y sobre todo un cambio en la posición política. Aparece una necesidad de reflexión que permita analizar cuáles son las ideologías e intereses que subyacen y de qué modo las ideologías e intereses se materializan en la práctica mediante la formulación de políticas públicas, el desarrollo de planes, programas y proyectos, la distribución de los recursos, la focalización de las intervenciones y la organización de los sistemas de salud.

Por supuesto, no es sólo una cuestión de salud mental, en todos los sectores de la política pública hay un reconocimiento creciente de la necesidad de tener en cuenta la evidencia en los procesos de toma de decisiones. (Oliver y McDaid, 2002)³

³ Su desarrollo se excede del objetivo de estas páginas, es un punto de interés a desarrollar en trabajos futuros.

Por otro lado, en el ámbito de las adicciones los gobiernos solicitan asesoramiento en materia de formulación de políticas sobre drogas, por ejemplo, cuando están elaborando nuevas estrategias al respecto, cuando se proponen un cambio legislativo o cuando han de evaluar decisiones previas. (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2012 p.24)

Para acabar, es de interés conocer lo que se aclara en *España: Análisis del sistema sanitario*, (2011), donde se afirma que los políticos necesitan información cualitativa y cuantitativa sobre las distintas opciones políticas de salud mental en una forma accesible, organizada, precisa, triangular, utilizable y a disposición de las partes implicadas más relevantes (Jick, 1979; Smith, 1989; Kelle, 2001). Necesitan información sobre los aspectos sistémicos y programáticos (Hafner y Heiden, 1991), y deben analizar cuidadosamente los contextos político, económico e institucional para evaluar las necesidades y las posibilidades de reforma (Cassells, 1995).

Una vez desarrollados los elementos y el posible ciclo de una política pública específica para la patología dual, se va a pasar a incluir la perspectiva del Trabajo Social en cada uno de los ámbitos trabajados, es decir, la salud mental, las adicciones y por último la patología dual. Desde aquí, se toma una visión desde un nivel más micro de las políticas públicas, tomando importancia la intervención de los diferentes actores, en este caso el papel del Trabajo Social.

7. La intervención desde el Trabajo Social en las diferentes esferas: salud mental, adicciones y patología dual.

Tomando el Trabajo Social como elemento de importancia en la intervención en los diferentes ámbitos señalados, se pueden diferenciar dentro de él, distintos actores según su procedencia. En el Trabajo Social existe la intervención desde la esfera pública, aunque también se cuenta con la intervención del sector no público, como es el caso de entidades privadas de las que existen tanto con ánimo de lucro como sin ánimo de lucro. En este caso no se pretende hacer diferenciación entre ambos ya que se quiere dar una visión más global de lo que sería la intervención de esta materia en los tres campos señalados durante todo el trabajo, como son la salud mental, las adicciones y la patología dual.

Para comenzar y haciendo referencia al Código Deontológico de Trabajo Social, es preciso conocer que los y las trabajadoras sociales se encargan de “planificar, proyectar, calcular, aplicar, evaluar y modificar los servicios y políticas sociales para los grupos y comunidades. Actúan con casos, grupos y comunidades en muchos sectores funcionales utilizando diversos enfoques metodológicos, trabajan en un amplio marco de ámbitos organizativos y proporcionan recursos y prestaciones a diversos sectores de la población a nivel micro, meso y macro social”. (Consejo General del Trabajo Social, 2012, p.6)

Es por ello por lo que se trata de una disciplina que se adapta al tipo de intervención a la que tiene que hacer frente. En este caso, se pasa a explicar su función dentro de la esfera de la salud mental.

Como aclara (Garcés, 2010) en *El Trabajo Social en salud mental*, la salud mental es parte de la salud integral de las personas y se relaciona con las condiciones de vida, con las posibilidades de desarrollo afectivo, emocional, intelectual y laboral, y con la capacidad de integración al medio social y cultural. En la práctica, el trabajador social en salud mental interviene conjuntamente con otros profesionales procurando la integración de las diferentes disciplinas. También hablar de especificidad del trabajo social en salud mental es referirnos a la actividad profesional que propiamente desempeñan estos profesionales en los diferentes dispositivos de salud mental. Se habla de un Trabajo Social que tiene que ver con la valoración de la interacción entre la experiencia biológica, psicológica y social del individuo, que proporciona una guía para la intervención clínica.

Por otro lado, en la intervención en adicciones, en primer lugar, hay que tener en cuenta que se trata de un fenómeno multifactorial que responde a diferentes elementos tanto biológicos como psicológicos y sociales y que como se dicta desde la OMS, se propone una visión biopsicosocial y una intervención práctica de manera multidisciplinar basada en la evidencia científica. (Muñoz Contreras, 2013) De igual forma, un equipo de estas características aporta una perspectiva más completa y profunda a la hora de manejar intervenciones, entre ellos está la figura del Trabajo Social. (Carrón y Sánchez, 1995)

No obstante, hay que tener en cuenta que las funciones de este tipo de profesional varían conforme el tipo de intervención, o en momento del proceso donde se encuentre el usuario o usuaria ya que puede realizar intervenciones diferentes dependiendo del modelo a seguir. Del mismo modo, hay que tener en cuenta todo el contexto social y las particularidades de cada individuo. Desde esta disciplina se realizan labores de

prevención, de asistencia y reinserción desde diferentes dispositivos. En el caso de la prevención en Aragón se trabaja desde los centros de prevención comunitaria, también se realizan tareas de orientación e información orientadas a la anteriormente educación para la salud.

Para concluir, falta comentar la esfera de la patología dual y lo que la disciplina del Trabajo Social aporta en ella. Hay autores que ya hablan de este tipo de intervención, definiendo que parte de la problemática que gira en torno a la patología dual es de carácter socioambiental, por lo que el papel que ejerce el Trabajo Social en el tratamiento y seguimiento es de importancia. Y que posee diferentes actuaciones como:

- Análisis de la demanda y detección de situaciones de riesgo y/o de necesidades individuales y/o familiares.
- Diagnostico social y gestión del riesgo. Se estudia y valora el entorno del usuario, todas sus potencialidades, y como se desarrolla en el medio, así como todos los factores de riesgo que le rodean que pueden agravar su situación o no son favorables para una mejora.
- Intervención social donde se valora la terapia cognitiva comportamental, como la más acertada ya que de esta manera los pacientes pueden comprender la situación, mediante unidades más reducidas. El acompañamiento emocional, tanto a la familia como al usuario, además de orientarles durante el proceso. Incluyendo también la tarea de informar de todos los recursos disponibles. (Golightheley, 2008, p.31)

Con esto se ha hecho alusión al papel del Trabajo Social en las tres esferas trabajadas en la investigación, de esta forma se pretende poner en valor sus funciones e intervenciones en esta dualidad. Del mismo modo, es una forma de intervención en las políticas públicas desde un nivel micro, haciendo ver de esta manera, como no solo posee importancia la creación y elaboración de las políticas. Sino que la intervención en las mismas tiene un papel importante a la hora de que estas puedan ser aplicadas a la realidad social.

8. Conclusiones

A lo largo de este trabajo se ha buscado conocer la situación que ocupa la patología dual en el contexto social y también su aparición en las políticas públicas ya sean del ámbito de salud mental o del ámbito de adicciones. Es por ello, por lo que a continuación se procede a exponer las conclusiones que se han podido extraer al haber realizado esta investigación.

I. En lo relativo a la salud mental, se reconoce que esta ocupa una buena cantidad de la carga global de las enfermedades, y, aun así, este sector de la salud mental sigue siendo un ámbito desatendido. Atendiendo a la reorganización de la legislación en sanidad y al reconocerse como materia específica la salud mental, surge la elaboración de políticas en este ámbito como son las estrategias y planes especializados que buscan mejorar la atención en salud mental a través de diferentes medidas y acciones. En la Estrategia de Salud Mental 2009-2013 del Sistema Nacional de Salud, se encuentra mencionada la patología dual entre sus objetivos específicos, esto resulta una manera de comenzar a contribuir a que esta dualidad se tenga en cuenta en aquellas políticas diseñadas posteriormente por parte de las Comunidades Autónomas. Si se hace referencia a Aragón, cabe aclarar que en esta comunidad no se cuenta con la unidad específica necesaria para patología dual, pero sí que se tiene en cuenta un programa para atención a las adicciones. Esto no significa que la patología dual esté cubierta en su totalidad por el programa de atención a las adicciones ya que se siguen creando duplicidades en los recursos, siendo conveniente el acceso a un único modelo asistencial donde se coordine salud mental y adicciones.

II. En lo referente a las adicciones, se trata de un ámbito que se presenta muy similar, ya que también se entiende como un problema de salud pública y su respuesta sigue siendo insuficiente. Considerando las acciones tomadas a nivel estatal y autonómico para atender al fenómeno de las drogodependencias, es necesario destacar los Planes Nacionales de Drogas, Las Estrategias Nacionales sobre Drogas y los Planes de Acción, que son políticas con un fin común, pero tan solo aparece la patología dual con cierta especificidad en el Plan 2013-2016. Tras este, su aparición va disminuyendo considerablemente en todas las publicaciones posteriores. No obstante, en la última Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 sí que se toma a la patología dual como un reto. Respecto a Aragón, en su III Plan de Adicciones, se alude al Plan de Salud Mental

que establece la integración de la salud mental y las adicciones en una red, pero la creación de la red única sigue sin ser propuesta.

III. Equiparando los niveles desde donde se crean las diferentes políticas públicas tanto de la red de salud mental, como de la red de adicciones, hay que completar enunciando que existen diferencias en el desarrollo de ambas. En el nivel estatal tienen más peso los diferentes planes y estrategias elaboradas por el gobierno central en materia de adicciones, mientras que en el nivel autonómico este peso se equipara, ya que en Aragón los planes en salud mental y en adicciones son similares. Atendiendo a la patología dual, esta se ha podido encontrar en ambos ámbitos, pero como ya se ha desarrollado en el trabajo, en la red de adicciones esta dualidad cobra mayor espacio de desarrollo en los planes, en comparación con la aparición de la dualidad en salud mental que solo se encuentra mencionada en los objetivos descritos de la Estrategia de Salud Mental 2009-2013.

IV. La iniciativa llevada a cabo del diseño de una política pública para la patología dual, pone en evidencia la necesidad de darle más importancia y valor a esta dualidad, siendo una respuesta a la demanda que existe. Atendiendo a los elementos constitutivos de una política pública, se ha buscado clasificar su constitución, y esquematizar como se constituiría una política para patología dual, teniendo en cuenta también el ciclo de la misma. Queda reflejado en los elementos constitutivos, que esta dualidad se trata de un problema social reconocido, para el cual tiene que plantarse una solución, que cuenta con un grupo de población específico al que dirigirse y existe también la necesidad de actuación por parte de los actores públicos y la existencia de actores formales.

V. Tanto la salud mental como las adicciones mantienen una estrecha relación con los Objetivos de Desarrollo Sostenible debido a que son consistentes en garantizar una vida sana, es por ello por lo que existe la necesidad de lograr los desafíos propuestos en los dos ámbitos. Además, en lo relativo a la patología dual y en particular a su concepto en concreto, se puede destacar que no se tiene en cuenta en las investigaciones o estudios que se realizan tanto de salud mental como de adicciones. Se reconoce la existencia de la relación que hay entre ambos ámbitos, pero no se realizan trabajos donde se toma a la patología dual como un objeto de estudio concreto.

VI. Por último, y haciendo alusión a la disciplina del Trabajo Social, podría darse como un punto de conexión entre los dos tratamientos y tratar de impedir que en la intervención de los usuarios solo se trate uno de los ámbitos. Es decir, que puede establecer uniones entre el ámbito de salud mental, y el ámbito de adicciones, siempre que no exista ya la especialidad en patología dual, evitando así el síndrome de la puerta equivocada ya que se trata de una de las principales distorsiones que se generan es esta dualidad. Sería preciso la existencia de un acceso a un único modelo asistencial multidisciplinar que integre y coordine ambas redes. Con este tipo de intervenciones multidisciplinarias, se puede actuar de forma integrada trayendo consigo beneficios tanto para los usuarios, como también en todo el nivel profesional.

9. Referencias

9.1 Referencias bibliográficas

- Alvira, F. (2002). *Metodología de la evaluación de programas*. Cuadernos metodológicos. CIS.
- Arana, X., Montaés, V. y Urios, C. (2012). Género, drogas y políticas públicas en la Unión Europea: una contextualización necesaria. *Oñati International Institute for the Sociology of Law*, 2(6).
- Arcos, V. (2009). *Trastornos Duales: Adicciones relacionadas con trastornos mentales en la infancia o la adolescencia*. Barcelona. Ars Médica
- Arias et al. (2013). Estudio sobre la prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente. *Adicciones*, 25 (1), 191-200. Recuperado de: <https://patologiadual.es/docs/2EEM-ARIAS-Dual%20trastorno12-2-131.pdf>
- Arias, F. G. (2012). *El proyecto de investigación*. Introducción a la metodología científica 6a edición. Caracas: Episteme.
- Asociación Española de Patología Dual. (2009). Propuesta a la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, SEPD. Recuperado de: <https://patologiadual.es/publicaciones/>
- Bernal-Delgado E, García-Armesto S, Oliva J, Sánchez Martínez FI, Repullo JR, Peña- Longobardo LM, Ridao-López M, Hernández-Quevedo C. (2018). España: Informe del sistema sanitario. *Sistemas sanitarios en transición*, 20(2):1–179
- Booth, W. , Colomb, G. , y Williams, J. (2001). *Cómo convertirse en un hábil investigador*. Barcelona: Gedisa editorial
- Carrón, J. y Sánchez, L. (1995). Los servicios sociales generales y la atención a drogodependientes. Madrid: Grupo interdisciplinar sobre drogas.
- Cobas, M.E. (2005). [La legislación más relevante en materia de adicciones. Revista española de drogodependencias](#), 3(4),382-399 .
- Comisión de Comunidades Europeas. (2005). Libro verde salud mental. Mejorar la Salud Mental de la población. Hacia una Estrategia de la Unión Europea en materia de Salud Mental. Bruselas. Recuperado de: <https://consaludmental.org/publicaciones/LibroVerdeSM.pdf>

- Consejo General del Trabajo Social. (2012). Código Deontológico de Trabajo Social.
- Corbetta, P. (2007). *Metodología y técnicas de investigación social*. Madrid: Mc Graw Hill.
- Cueva, G. (2012). Violencia y adicciones: problemas de salud pública. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29 (1), 99-103.
- Espino A. (2006). Presente y futuro de la atención psiquiátrica en España: veinte años después del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica.
- Fontaine, G. (2015). *El análisis de políticas públicas: conceptos, teorías y métodos*. Anthropos.
- García S., Abadía, M.B., Durán, A., Hernández, C., Bernal. E. (2011). España: Análisis del sistema sanitario. *Sistemas sanitarios en transición*, 12(4): 1- 269.
- Gaudin, J. P. (2002). *Pourquoi la gouvernance?*. Les Presses de Sciences Po.
- Glaser, B. G. (1994). *Secondary analysis: a strategy for the use of knowledge from research elsewhere*. More grounded theory methodology: a reader. Mill Valley.
- Golightley, M (2008). *Social Work and Mental Health*. Learning Matter Ltd. Great Britain.
- González Duro, E. (2000). De la Psiquiatría a la Salud Mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 20(74), 249-260.
- Hernández, R., Fernández-Collado, C. y Baptista, P. (2007). Metodología de la investigación. México D.F: Mc Graw Hill
- Knapp, M. , McDaid, D. , Mossialos, E. , Thornicroft, G. (2007). *Mental Health Policy and Practice across Europe*. European Observatory on Health Systems and Policies. Serveis Editorials.
- Lindblom, C. (1991). El proceso de elaboración de Políticas Públicas. Ministerio para las Administraciones Públicas. Colección Estudios. Madrid.
- Medina, M.E. (2013). Las drogas y la salud pública: ¿hacia dónde vamos? *Salud pública de México*.55(1)
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2005). Plan Nacional sobre Drogas. Plan de Acción 2005-2008. Recuperado de <https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/planAccion/docs/PlandeAccion2005-2008.pdf>

- Ministerio de Sanidad y Consumo. (1985). Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica de 1985. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1983-22092>
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). Plan Nacional sobre Drogas. Plan de Acción sobre Drogas 2009-2012. Recuperado de https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/planAccion/docs/PlanAccion2009_2012.pdf
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2018) Plan de Acción sobre Adicciones 2018-2020. Recuperado de https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/planAccion/docs/PLAD_2018-2020_FINAL.pdf
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Madrid.
- Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. (2012). Transversalidad y continuidad asistencia en salud mental. Madrid.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2013). Plan de Acción sobre Drogas España 2013-2016. Recuperado de https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/planAccion/docs/PLAN_ACCION_SOBRE_DROGAS2013_2016.pdf
- Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. (2014). Difusión de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud y formación a profesionales. Centro de publicaciones: Madrid.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2018). Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024. Centro de Publicaciones Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Ministerio de Sanidad. (2020). Plan Nacional sobre Drogas. Plan de Acción sobre Adicciones. Recuperado de <https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/planAccion/home.htm>
- Molina, M.C. (2008). Evolución histórica del consumo de drogas: concepto, clasificación e implicaciones del consumo prolongado. *International e-journal of criminal sciences*, 2(2), 1-30.
- Muñoz Contreras, F. (2013). El trabajador social en drogodependencias: un traje a la medida, para nuestra disciplina, ética y que hacer. Recuperado de: <http://www.trabajadoressociales.cl/provinstgo/articulos.php>

- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2017). Informe europeo sobre drogas. Tendencias y novedades. Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (2012). El problema de la drogodependencia en Europa. Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2019). Informe mundial sobre las drogas. UNODC Research. Recuperado de: https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR2019_B1_S.pdf
- Oliver, A. McDaid, D. (2002), Evidence-based health care: benefits and barriers. 1(3), 183-190.
- Organización Mundial de la Salud, (1964). Serie de Informes técnicos. OMS. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Mental Health. Action Plan 2013-2020. Recuperado de: https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Salud Mental: fortalecer nuestra respuesta. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Pallarés, J. (2003). Las drogas en la sociedad contemporánea. Drogas, sociedad y ley: avances en drogodependencias. Bilbao
- Parsons, W. (1995). *Public Policy, An Introduction to the theory and practice of Policy Analysis*. Edwar Elgar.
- Restrepo, D.A., Jaramillo, J.C. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Salud Pública*, 30 (2), 202-211.
- Subirats, J., Knoepfel, P., Larrue, C., y Varone, F. (2008). *Análisis y gestión de políticas públicas*. Barcelona: Ariel.
- Szerman, N et al. (2017). Declaración Conjunta sobre Patología Dual. *Revista de Salud Mental*, 40 (6), 1-4.
- Szerman, N. (2012). *Patología dual y psicosis: un desafío en la clínica diaria*. Madrid: Enfoque Editorial.
- Szerman, N. (2013). *Patología dual y trastorno de la personalidad*. Madrid: Enfoque Editorial.

- Szerman, N. et al. (2011). Estudio piloto sobre la prevalencia de la patología dual en pacientes en tratamiento en la Comunidad de Madrid. *Adicciones*. 23 (3), 249-255. Recuperado de: <https://patologiadual.es/docs/1EEM-estudiopiloto.pdf>
- Szerman, N., Álvarez, C., Casas, M. (2007). *Patología dual en Esquizofrenia*. Barcelona: Glosa.
- Szerman, N., Roncero, C., Casas, M. Directs. (2016). Protocolos de Intervención. Patología Dual. *Sociedad Española de Patología Dual*. Recuperado de: <https://patologiadual.es/publicaciones/>
- Torrens, M., Mestre-Pintó, J.I., Montanari, L., Vicente, J., Domingo-Salvany, A. (2017). Patología dual: una perspectiva europea. *Adicciones*, 29 (1), 3-5.
- Valmorisco. S. (2015). *Políticas Públicas de rehabilitación laboral para personas con enfermedad mental grave*. Universidad Carlos III de Madrid.
- Vega, P., Szerman, N., Roncero, C., Grau-López, L., Mesías, B., Barral, C., Basurte- Villamor, I., Rodríguez-Cintas, L., Martínez-Raga, J., Piqué, N., Casas, M. (2013). *Libro Blanco. Recursos para pacientes con patología dual en España*. Madrid: Saned.

9.2 Referencias legislativas

- Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, 29 de diciembre de 1978.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.
- Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y de la Atención a las Personas en Situación de Dependencia.
- Ley 41/2002 del 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente, derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón del Gobierno de Aragón
- Ley de estupefacientes de 1967
- Ley del medicamento en 1990
- Ley General de Sanidad de 1986 de 25 de abril.

- Orden de 27 de junio de 2008, de la Consejera de Salud y Consumo por la que se regula, en el Sistema de Salud de Aragón, el funcionamiento de la Comisión para Ingresos y Seguimiento de Pacientes en Centros Sanitarios de Rehabilitación de Salud Mental y Comunidades Terapéuticas de Deshabitación
- Orden San/2193/2018, de 6 de noviembre, relativa a la coordinación y organización asistencial de Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
- Real Decreto 1113/2015, de 11 de diciembre, por el que se desarrolla el régimen jurídico del Consejo Español de Drogodependencias y otras Adicciones.
- Real Decreto 1113/2015, de 11 de diciembre, por el que se desarrolla el régimen jurídico del Consejo Español de Drogodependencias y otras Adicciones.
- Real Decreto 1133/2008, de 4 de julio, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Consumo
- Real Decreto 63/1995 sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud.
- Real Decreto 65/2007 por el que se aprueba la cartera de servicios sanitarios del Sistema de Salud de Aragón
- Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones
- Resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991, que aprueba los Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención a la salud mental
- Resolución de 2 de febrero de 2009, de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, por la que se publica el Acuerdo de Consejo de Ministros por el que se aprueba la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016.