
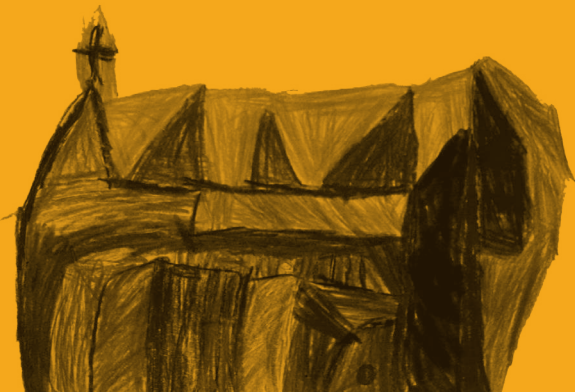


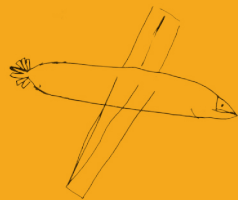
Las microestructuras médicas. Una experiencia original en el seguimiento de las adicciones. Importancia de la medicina de ciudad en el seguimiento de las adicciones



DR. GEORGE-HENRI MELENOTTE | Presidente de la Coordinación Nacional de las Redes
de Microestructuras Médicas de Francia.

Traducción del Dr. Mario Laus.





La experiencia de las microestructuras médicas organizadas en dispositivos de cura, remontan a unos quince años en Francia. Este concepto de salud pública, nació de la necesidad de asegurar una cobertura sanitaria territorial homogénea, para los usuarios de sustancias psicoactivas. En los años 1990, Francia estaba gravemente afectada por la epidemia de S.I.D.A. y, más allá de los homosexuales, la población (la más tocada por la infección), eran aquellas de los usuarios de drogas.

Medidas de urgencia se tomaron a fin de limitar los riesgos, ligadas a la práctica de las inyecciones. Paralelamente se desarrollaron programas de reducción de riesgos, con la puesta en

plaza de tratamientos de sustitución a los opiáceos. Estos consistían, principalmente, en la receta de metadona y de Subutex® en centros especializados, y el Subutex®, especialmente, por los médicos de ciudad.

El objetivo de esta política de reducción de riesgos, era combatir la epidemia, por una doble acción de prevención. La puesta a disposición de material estéril por la inyección, y la receta de opiáceos de sustitución bajo control médico.

Este período particular, que hoy podemos llamar el «período de los años S.I.D.A.», se inscribe en una historia más antigua, marcada por diferentes



planos de lucha contra las drogas y la toxicomanía. Creada a este efecto en 1996, la misión interministerial de lucha contra las drogas y las toxicomanías, fue puesta en plaza bajo la autoridad del Primer Ministro. Su campo de trabajo es transversal, ya que reagrupa diversos ministerios, pasando del de Interior, a Asuntos Sociales y el de Salud. Esta misión publicó numerosos planes gubernamentales, definiendo las políticas llevadas adelante por el gobierno para alcanzar el objetivo de limitar el tráfico y consumo de drogas. Estas acciones se inscriben en el marco, definido por la Ley de 1970, que le da a esta lucha, dos grandes ejes: 1) la represión contra el uso y el tráfico; y 2) la cura bajo los efectos mórbidos de los usuarios y las patologías intercurrentes.

Luego de treinta años de su creación, el balance de la acción permanece mitigado. La expresión de la epidemia de S.I.D.A. en los años '90, es decir, veinte años después de la Ley de 1970, dio la voz de alerta. No solamente las prácticas toxicómanas no se pudieron estrangular en el país, sino que el fe-

nómeno ganó en tamaño. Las políticas sanitarias puestas en ejercicio, no dieron los resultados atendidos, hay que «cambiar el fusil de hombro», y concebir una nueva política de cuidados que alíe la prevención de los riesgos con los nuevos tratamientos y determinación de nuevas estrategias de prevención y de cura, incluyendo las nuevas moléculas que están llegando en el mercado. Las prácticas adictivas se convirtieron ahora en múltiples, cambiantes. Los dispositivos existentes hasta ese momento, daban la necesidad de ser seriamente rejuvenecidos.

En este contexto de epidemia severa, es donde nace la idea de agregar a los profesionales en este ejercicio, nuevos actores de salud con un rol hasta ese momento mínimo. Especialmente los médicos generalistas, que van a presentar varias ventajas. Muchas veces están bien implantados en su sector, sus consultorios son de fácil acceso, a veces más que los centros médicos sociales o los hospitales. Muchas veces, ellos conocen bien las familias y el

trabajo, justamente, nace de una confianza creada con el correr de los años.

La experiencia demostró las dificultades encontradas por los médicos que trabajan solo con los usuarios de drogas. Bien entonces la idea de constituir un equipo sanitario con un propio consultorio. Reforzando el consultorio del médico general, con la intervención de un psicólogo y un trabajador social, se crea un equipo de proximidad que puede prestar cuidados, a menos costos, a usuarios de drogas que necesiten un seguimiento sanitario polivalente y regular.

El primer dispositivo de microestructuras médicas se creó en Alsacia, en el Este de Francia, en el año 2000. Era la primera vez que existía un dispositivo de estas características especializado en la cura a personas que presentan una adicción donde intervienen médicos generalistas.

**El médico generalista:
un actor de cuidado central**

En Francia, los médicos generalistas ocupan una posición de primera línea en el tratamiento de pacientes que presentan una o varias adicciones. En 2010, ellos siguieron el tratamiento de 130.000 pacientes, solamente nos referimos a tratamientos de sustitución de opiáceos, en el mismo tiempo, los centros de tratamiento especializados siguieron 58.000 pacientes, con este procedimiento. Estamos hablando de junio de 2010.

De manera sensible, los médicos generalistas son recibidos como el primer recurso por los pacientes que están iniciándose en el consumo de drogas ilícitas. El médico generalista es la primera persona en la que se piensa, cuando uno comienza a consumir. Y conviene, entonces, subrayar la importancia de la intervención precoz, cercana del consumidor debutante, condición para una mejor eficacia del tratamiento.

El problema de las contaminaciones infecciosas, que dominan hoy en día en Francia, porta sobre las hepatitis virales C ó B. Sin embargo, los especia-

listas en hepatología constatan cuánto, los usuarios de drogas infectados, tienen problemas para llegar a las unidades hospitalarias e iniciar un examen, inclusive tratarse. No es suficiente hacer fácil el acceso a una persona infectada y usuaria de droga; además hay que ganar la confianza. Allí, el médico generalista, no tiene rival.

Sin embargo, confianza y facilidad de acceso no solucionan todos los problemas que se presentan.

El médico no siempre tiene los medios de acudir a pacientes difíciles. El tamaño de los objetivos a lograr, muchas veces superan sus medios. Cuando está solitario, él renuncia, y arriba, muchas veces, en que la formación necesaria en adicciones, infecciones, hepatología o psiquiatría, se le escapan. Tiene, entonces, necesidad de recibir el apoyo de compañeros hospitalarios, o médicos sociales, u otros profesionales que le puedan proponer un apoyo sustancial.

Las respuestas dadas a estas dificultades, son de cuatro órdenes:

- Cada consultorio médico trabaja en equipo. Este equipo pluriprofesional forma la microestructura.

- La medicina de ciudad, o urbana, se dota de una organización en dispositivo a la escala territorial.

- Cada equipo se va a beneficiar de una formación regular, para poder responder a la complejidad de los problemas encontrados sobre el terreno. Esta formación va a ser brindada por los especialistas de la salud pública y de la universidad, en el dominio médico, social, psicológico o jurídico que fuere necesario.

- La medicina urbana, trabaja en conjunto y estrechamente con la hospitalaria, y con el sector médico y social, para asegurarle al paciente un tratamiento coordinado, y desarrollando una búsqueda clínica original, donde se informe a la población, sobre los riesgos que se están corriendo, de manera documentada, tanto en el plano sanitario, como el psicológico o el social.

La microestructura médica: el trabajo de un equipo de proximidad

La microestructura médica no sabría ser uniforme en su funcionamiento. Ella no es un modelo estándar que se aplica de la misma manera que sea en cualquier parte. Ella tiene que responder a las necesidades sanitarias de los usuarios y, para eso, va a tener que adaptarse.

Hay principios de los que podrá valerse para desarrollar su modelo.

Estos principios los podemos definir como cinco:

1. El equipo pluriprofesional está compuesto, por lo menos, de un médico, de un psicólogo y de un trabajador social. Cada equipo va a asegurar el tratamiento personalizado de personas que tengan una o varias adicciones. Esta composición del equipo podrá variar según las necesidades.
2. El consultorio médico es un lugar de cuidados polivalentes, donde las

competencias son puestas en equivalencia: esta equivalencia es flexible. La acción social puede dar paso, en algunos casos, a modos de intervención, por una persona que, por ejemplo, no tiene vivienda. Ella debe beneficiarse, entonces, de una vivienda de manera prioritaria, por lo que esto será fundamental, antes que otros cuidados, por ejemplo.

3. La unidad de lugar del consultorio del médico generalista: dado que el paciente va a dirigirse a ese consultorio, y va a encontrar allí, tanto al médico como al psicólogo, o al trabajador social. Su anonimato debe estar preservado, por el hecho de que lo atiende como a cualquier otro paciente, en la sala de espera de un consultorio. Esta unidad de trabajo a veces presenta dificultades, que pueden ser la exigüidad del consultorio, ocupación de lugar u horarios inconvenientes, etc. Pero los mismos, a veces, parecen preferibles a la diseminación de distintos lugares, de distintos profesionales intervinientes.
4. La regularidad en el seguimiento de los pacientes: el psicólogo y el trabajador social se deben consultar de ma-

nera semanal, en horarios fijos. Ellos aseguran así, tratamientos durables, que van a permitir a la persona llevar un trabajo personal de emancipación en relación a su dependencia con estos adictivos.

5. El equipo se debe reunir de manera mensual, en síntesis: el momento de la síntesis permite al equipo definir su estrategia terapéutica, a propósito de cada paciente. El debate que se presenta en ese tiempo de síntesis, es el crisol donde el equipo va a posicionarse en relación al caso.

Es así como un equipo pluriprofesional, puesto en equivalencia en sus competencias, con una unidad de lugar, con una regularidad en el seguimiento de los tratamientos, realizando tareas de síntesis, van a trazar los límites de una práctica de una medicina nueva, centrada en la especificidad de cada caso.

Necesidad de la organización de la medicina general en dispositivos territoriales

Para responder a las necesidades sanitarias debidas, entre otros, al aumento de los usuarios que consumen drogas, un consultorio médico general, tiene que estar reforzado a otros niveles, como lo venimos sosteniendo.

Las microestructuras se tienen también que organizar a nivel territorial.

Para ello hay que constituir dispositivos territoriales. Cada dispositivo territorial de coordinación va a estar compuesto por:

- un secretario,
- un coordinador médico,
- un coordinador administrativo.

Esta coordinación tendrá, por objetivo:

- Velar por el buen funcionamiento de la microestructura. Hay que organizar el desplazamiento de los psicólogos, de los trabajadores sociales, los horarios de presencia en el consultorio médico, la buena realización de la síntesis y de los trabajos regulares.
- También hay que cuidar la calidad clínica de los equipos, la formación regular de los mismos, y una jornada anual

de reflexión sobre las prácticas aprendidas.

- Se protegerá también, por el buen trabajo en equipo, sobre los pacientes, con las unidades de adictología hospitalaria y del sector médico social de la zona.
- Se desarrollará, además, una investigación clínica en medicina urbana, en contacto con investigadores universitarios y hospitalarios.
- Habrá también que controlar una gestión financiera del dispositivo, con rendimientos y certificaciones de cuentas.
- Y luego habrá que desarrollar relaciones de confianza con los actores y los financiadores públicos y privados de tal dispositivo.

Necesidad de un funcionamiento con un buen partenariado de dispositivo territorial

Además de su refuerzo interno, de su organización en dispositivos territoriales, las microestructuras desarrollan también un partenariado, en cuatro ejes: con el hospital público, con los

sectores sociales, con la justicia y policía, y con el estado.

- El hospital público: porque además de la formación de equipos, el seguimiento de los pacientes, por ejemplo el tratamiento antiviral C, el psiquiátrico, etc., el hospital puede asegurar una transferencia de competencias hacia los médicos, de esta problemática. Esa transferencia se puede hacer por consultas regulares a expertos, caso a caso, o globales. A esas consultas participan los miembros de los equipos de la microestructura. El hospital contribuye en la investigación clínica llevadas por las microestructuras en poblaciones determinadas.
- Sector social: allí, donde los sectores de gran precariedad, o de gran miseria reinan, las microestructuras trabajan en complementariedad de acción con los sectores médico sociales y sociales. Esta complementariedad se manifiesta muy positiva, e impiden acciones aisladas o mal coordinadas.
- Justicia y Policía: una buena inteligencia entre los servicios de justicia, de la policía, de los dispositivos de mi-

croestructura, es indispensable para asegurar una buena suerte a los tratamientos emprendidos. Controlar a los pacientes de microestructuras puede ser un verdadero desastre. Intervenir intempestivamente en un consultorio, puede también resultarlo. Esto hace huir a los pacientes en los sistemas de cuidados y empeora su situación.

• Estado: el partenariado de las microestructuras con el Estado, descansan en una confianza recíproca. Si el Estado, como es el supuesto en Francia, es el principal financista de estos dispositivos. Una evaluación regular y de resultados, es indispensable. La autoridad pública debe ser informada, regularmente, sobre los términos de las actividades que se están llevando adelante, sus resultados médicos, psicológicos y sociales, con datos fiables, obtenidos por instrumentos válidos.

Ejemplo de un dispositivo de microestructuras en una región

En 2013, la red RMS-Alsacia, seguía

1146 pacientes. Las sustancias principales de seguimiento fueron, en el 78% de los casos: opiáceos; en el 12%: alcohol; el 4%: medicamento y el 6%: otros. Por lo esencial, benzodiazepinas.

Esta estructura se componía de:

- 17 microestructuras repartidas en toda la región Alsaciana,
- 25 médicos,
- 2,1 psicólogos, equivalentes en tiempo completo de trabajo,
- 2,23 trabajadores sociales, equivalentes en tiempo de trabajo completo.

El financista del estudio fue el Observatorio Francés de Drogas y Toxicomanías (OFDT).

Su objetivo fue medir la eficiencia de la microestructura en relación a un consultorio convencional. El estudio permitió comparar la relación utilidad - costo, de un dispositivo de microestructura, comparado con un gabinete convencional médico.

• Los resultados del estudio mostraron que, la probabilidad de una eficacia de

tratamiento de una microestructura, con una convencional, mejora en un 80%.

- La diferencia de costo por mes y por paciente, permite economizar, al año, 102,76 euros mensuales. Esto considerando un paciente seguido en microestructura, en relación a un paciente seguido en un consultorio convencional.
- Si incluimos el costo de la totalidad del sistema, en el comparativo, la ventaja de la microestructura entonces se estima en 58,76 euros por mes y por paciente.

Otro estudio muestra el impacto sanitario de una formación basada en un dispositivo de microestructuras para vacunación antiviral B, de pacientes seguidos con un dispositivo de microestructuras médicas, según un estudio del 2009-2011.

El método utilizado en este estudio, se dirige a comprender el impacto de una formación de esta naturaleza, sobre la tasa de vacunación contra la hepatitis B, de pacientes seguidos por microestructuras.

Ese estudio concluyó que:

- La formación continua de los profesionales, tiene un impacto positivo, en la vacunación aludida. Esta vacunación se duplicó en treinta meses.
- Además comprobó que los problemas económicos y sociales de los pacientes tenían que ser tratados al mismo tiempo que los problemas médicos. Esa resolución favorecía la vacunación.
- El seguimiento pluridisciplinario de los usuarios de drogas por la micro-estructura, mejora el impacto de dicha formación en su vacunación.

En conclusión

La experiencia de las microestructuras médicas, como viene de ser presentada, se desarrolla en varias regiones de Francia. Luego de la experiencia de Alsacia, ocho dispositivos regionales fueron creados.

En Alemania, una experiencia está llevándose actualmente adelante, en la ciudad de Kehl-am-Rhein, y ella viene

de ser favorablemente evaluada por un equipo de investigadores de la universidad de Tübingen. En las proximidades de Bruselas, la Asociación ALTO, está en este momento montando el primer dispositivo en Bélgica.

Inclusive, si la situación en Argentina difiere sobre muchos de los puntos aquí tratados, en relación a la situación europea, hay un punto en común en los dos continentes: la explosión preocupante de los consumidores y del tráfico, en un clima de crisis económica severa, que golpea de manera privilegiada a la juventud.

Muchos jóvenes, en Francia, no tienen empleo, y sin esperanza atraviesan el país como nómades. Viven en *squatts*, o como ocupas. Recibirlos sin juzgamiento, establecer un contacto con ellos, puede considerarse de la más grande urgencia. Evolucionando de una manera pertinente, el sistema de tratamiento existente, los recibe y los cura, y puede contribuir así al redescubrimiento de lo que ellos muchas veces olvidaron: la confianza en el futuro. ■

TÍTULOS OFICIALES DE REFERENCIA

1/ Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C, Rapport de recommandations 2014 Sous la direction du Pr Daniel Dhumeaux et sous l'égide de l'ANRS et de l'AFEF, pp, 33, 373, 392-393, 399.

2/ Intervention de Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales, de la santé et des droits des femmes Présentation du Project de loi santé Mercredi 15 octobre 2014, p. 4, En particulier sur: la médecine de parcours, les soins de proximité et la permanence des soins.

3/ Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017, Mildeca, pp. 32, 104.