

El abordaje del término patología dual en la legislación y planificación autonómica

The term dual disorders approach in legislation and regional planning

Isabel Aguilar Dorta

Abogada. Máster en Gestión y en Derecho Sanitario.

Recibido: 08/04/2015 · Aceptado: 01/07/2016

Resumen

El hecho de que no haya sido plasmada la definición de patología dual en la legislación autonómica, trae como consecuencias que no se profundice en sus carencias y en el abordaje sus recursos y sólo se tenga en cuenta su contenido mínimo. Así, muchos pacientes se pierden entre las dos redes: Salud Mental y Drogodependencias, dándose el “síndrome de la puerta equivocada”, ya que su problemática pertenece sólo en parte a cada una de ellas. De esta forma, el derecho a la protección de la salud no está equiparado a otras disciplinas médicas, en su vertiente asistencial, y en dicha vertiente no existe uniformidad entre las distintas CC.AA. Estos argumentos, muy posiblemente, traigan causa de razones históricas-asistenciales, que no se han querido paliar. Y por tanto, sería preciso un impulso del término patología dual, para seguidamente definir y abordar sus carencias materiales y asistenciales y dar respuesta con las máximas garantías.

Palabras Clave

Patología dual, salud mental, drogodependencias, legislación autonómica, derecho a la protección de la salud, derecho a la asistencia sanitaria.

— Correspondencia a: _____
Isabel Aguilar
e-mail: abogadaaguilar@gmail.com



Abstract

The fact that has not been reflected the definition of dual disorders in regional legislation, brings consequences not delve into its shortcomings and addressing their resources and take into account only the minimum content. Thus, many patients are lost between the two networks: Mental Health and Addictions, giving the “wrong door syndrome” since their problems only partly belongs to each of them. Thus, the right to health protection is not equated with other medical disciplines, in terms of care, and in this aspect there is no uniformity among the different Autonomous Communities These arguments, very possibly bring because of historical reasons -asistenciales, who did not want to alleviate. And therefore, it would require a boost of the term dual disorders, to then define and address their materials and assistance gaps and to respond with maximum guarantees.

Key Words

Dual disorders, mental health, substance abuse, regional legislation, the right to health protection, the right to health care.

INTRODUCCIÓN

Los principales problemas que afectan a la patología dual en España son su falta de apreciación y acogimiento en la legislación, tanto estatal como autonómica. Sin ella no se puede realizar una planificación de sus dispositivos para dar una respuesta con garantías a sus verdaderas necesidades. Esta última problemática ha traído consecuencias en el circuito terapéutico del paciente y podría afectar en la merma del derecho asistencial sanitario. En la actualidad, se encuentra en las distintas comunidades autónomas, mayoritariamente, o bien en Salud Mental o en la Red de Drogodependencias, no existiendo en numerosas ocasiones unidades específicas, ni una coordinación efectiva ni de iure ni de facto. Este dilema hace que el paciente tenga que subsistir en un peregrinaje graciable, perdiéndose entre

las dos redes, es el denominado “*síndrome de la puerta equivocada*”. Así, hasta que no exista una legislación clara en este sentido y su normativa derivada no precise una coordinación y protocolización donde tenga cabida la patología dual con un abordaje integral y con una definición más garantista, tendremos enfermos que se queden sin una asistencia proporcionada a su nivel de afectación y, de esta manera continúen sufriendo una merma en sus derechos.

Así, habrá pues, que asentar, en primer término, en este trabajo que “patología dual” es un problema de salud y que será desde el campo de “lo sanitario” o, desde el derecho a la asistencia sanitaria y desde el aparato administrativo desde donde se debe dar una respuesta. Para luego, motivar la procedencia de sus carencias y considerar sus posibles soluciones.



I. DERECHO A LA SALUD, A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD Y A LA ASISTENCIA SANITARIA

Previo a continuar debemos dejar algunos conceptos claros, para luego observar, si desde los poderes públicos se les da el debido cumplimiento, en lo que respecta a Patología Dual.

Derecho a la salud según la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹.

De acuerdo con los estudios e informes realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS):

Los Estados deben propiciar las condiciones para que las personas puedan vivir lo más saludablemente posible. Dichas condiciones deben ser garantistas, incluyendo servicios de salud, condiciones de trabajo saludables y seguras, vivienda apropiada y alimentación óptima. Está recogido en diversos tratados y normativas internacionales y debe configurar cuatro elementos:

- Disponibilidad. Habrá de existir un número suficiente de bienes, establecimientos y servicios públicos de salud, así como programas de salud.
- Accesibilidad. Los anteriores deberán ser accesibles a todos. La accesibilidad prevé cuatro ámbitos superpuestos:
 - No discriminación.
 - Accesibilidad física.
 - Accesibilidad económica
 - Acceso a la información.

¹ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>

- Aceptabilidad.
- Calidad. Los establecimientos, bienes y servicios deberán ajustarse desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

Para la OMS, el derecho a la salud es un derecho humano y, del mismo modo que el resto, impone a los Estados Partes tres tipos de obligaciones:

- Respetar. No ingerir en el disfrute del derecho a la salud.
- Proteger. Adoptar medidas que impidan a terceros interferir en el derecho a la salud.
- Cumplir. Adoptar medidas positivas que den plena efectividad al derecho a la salud. Dentro de aquéllas podrán tener cabida las leyes, las políticas o medidas presupuestarias óptimas.

Derecho a la protección de la salud.

En lo que respecta a nuestro país, cabe decir que el art. 43 de la Constitución Española (CE) recoge el derecho a la protección de la salud como principio rector de nuestra política social y económica. Siguiendo a Menéndez Rexach (2002), se distingue un derecho a la protección de la salud y **un derecho a la asistencia sanitaria**, formando el segundo parte del contenido del primero, que será donde se encuentren integrados los servicios de atención a las drogodependencias. Se integran dentro del ámbito médico-sanitario por ser un problema de salud mental. Y, dentro del contenido de la protección a la salud, que se encuentra vinculada al ámbito asistencial, se adentra en la “*prestación sanitaria organizada y favorecida por los poderes públicos*”.



De esta manera versa en la Ley General de Sanidad², en sus art. 6.3 y 6.4 “*Las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias estarán orientadas: (...) A garantizar que cuantas acciones sanitarias se desarrollen estén dirigidas a la prevención de las enfermedades y no sólo a la curación de las mismas* 4. *A garantizar la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de la salud.*”, respectivamente. Y en su art.7: “*Los servicios sanitarios, así como los administrativos, económicos y cualesquiera otros que sean precisos para el funcionamiento del Sistema de Salud, adecuarán su organización y funcionamiento a los principios de eficacia, celeridad, economía y flexibilidad*”.

En la misma línea, la Ley de Cohesión y Calidad³ establece en su art.2 que: “*La prestación de los servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud en condiciones de igualdad efectiva y calidad, evitando especialmente toda discriminación entre mujeres y hombres en las actuaciones sanitarias*”. Así, su art. 7 lo dedica a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud. “*1. El catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud tiene por objeto garantizar las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado de atención. Se consideran prestaciones de atención sanitaria del Sistema Nacional de Salud los servicios o conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y de promoción y mantenimiento de la salud dirigidos a los ciudadanos.*”

El catálogo comprenderá las prestaciones correspondientes a salud pública, atención primaria, atención especializada, atención socio-sanitaria, atención de urgencias, la prestación farmacéutica, la ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario”.

2 Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Publicado en BOE núm. 102 de 29 de Abril de 1986

3 Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Publicado en BOE núm. 128 de 29 de Mayo de 2003

II. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS ACERCA DE LA INEXISTENCIA DEL ABORDAJE DEL TÉRMINO PATOLOGÍA DUAL

En la vertiente histórica y asistencial. Breve repaso

La alteración mental coexiste y la psiquiatría intenta ofrecer una respuesta articulada para hacer frente a la misma, pero sus criterios —diagnósticos o terapéuticos— varían dependiendo de la cultura, la sociedad o el momento histórico vivencial, es lo que viene a manifestar el psiquiatra González de Rivera (1998). También sucede que en medio de un mismo contexto sociocultural, se van a observar razonamientos que penden, en gran medida, de variables —como la clase social o el género—, o de la «cultura profesional» del médico. Así, la patología dual, en su doble condición_ adicción y otra problemática de Salud Mental que perviven en un sujeto simultáneamente_, se queda atrás con respecto a otras disciplinas, dentro de la psiquiatría.

Realizando una observación de su historia, sus principios se confunden entre religión y la magia, hasta su estado actual como especialidad altamente reconocida de la medicina.

- Es de considerar que la influencia de la religión como el antecedente más primitivo de todas las ciencias de la salud. La condición humana se tuvo que enfrentar a un poder superior inalcanzable, ante el que tuvo que sucumbir.
- Surgirían también, al igual que en la actualidad, controversias para ponerse de acuerdo. Sirva el ejemplo que los primeros médicos griegos encontraron grandes problemas para establecerse, en parte por envidia de sus colegas romanos y confabulaciones palaciegas.

- En plena etapa medieval, fue protagonista la superstición y era fácil considerar al enfermo mental embrujado o poseído. La tradición médica de los griegos y romanos en gran parte de Europa se extinguiría y los enfermos buscarían su curación del cuerpo a través de la salvación de su alma, acudiendo con intensidad a los centros eclesiásticos. Se instituyeron, así hospitales junto a sus monasterios e iglesias. La parte negativa, tal vez sería la desidia y la persecución de todos aquellos, cuya razón alterada los hacía sospechosos de relacionarse con las fuerzas del mal.
- En general, puede decirse que el medioevo no se preocupó por este problema. Se les permitía vagar libre por los campos y ciudades, alimentados y acogidos por la caridad espontánea y aleatoria de las gentes hasta que aliviaban o ingresaban en un centro hospitalario o de tortura, según su suerte.
- En el Renacimiento, adentrándonos en el siglo XVIII, hubo un adelanto de la medicina que dejó atrás a la psiquiatría, que por primera vez se diferencia claramente, debido al contraste en eficacia, del resto de la medicina. Mientras tanto, la situación del enfermo mental era del más lamentable abandono.
- Philippe Pinel (1745-1826) sería uno de los grandes protagonistas, que intentaron introducir importantes reformas en esta etapa, cabe manifestar: la supresión de ataduras, el desarrollo de pabellones, proporcionar la comunicación social y el esparcimiento formaban parte de un programa terapéutico, así como “el tratamiento moral”.
- Entre 1950 y 1960 la aparición de los psicofármacos (Huertas, 2001) va a revolucionar a la psiquiatría del momen-

to, produciéndose una transformación importante de la asistencia hospitalaria y un cambio en el pronóstico de la enfermedad.

De este modo, la historia de la psiquiatría moderna es una constante lucha por la comprensión de la mente y la conducta, pero también una historia de sectarismo y de confusión. Lucha que debería concluir, poniendo de relieve sus objetivos y necesidades, sin reservas, no sólo ante la sociedad sino ante los poderes públicos, en aras de sus avances y de la calidad asistencial.

Por tanto, entendemos, que los argumentos ahora expuestos han pesado y han traído consecuencias respecto a los siguientes contextos:

En la vertiente clínica

En su vertiente clínica, a este respecto introduciremos antes la definición de patología dual⁴:

- El término se acuñó en nuestro país por el profesor Miguel Casas⁵, prestigioso catedrático de psiquiatría. Y, fue acogido de una forma acrítica por los profesionales, de forma genérica.
- Podríamos decir que “**el diagnóstico dual**” no constituye un término reconocido oficialmente en la nomenclatura de la DSM o de la CIE⁶. En un sentido genérico, hace referencia a los pacientes con síntomas que se ajustan a los criterios de dos trastornos psiquiátricos diferentes. Así el término “**Diagnóstico dual**” se ha convertido en sinónimo de

4 <http://www.patologiadual.com/aproximacion.html>

5 <http://www.fundacionacorde.com/breve-historia-de-la-patologia-dual.html>

6 http://www.patologiadual.es/pacientes_p dual.html



un tipo específico de co-morbilidad diagnóstica, concretamente la co-morbilidad de los trastornos psiquiátricos y por uso de sustancias.

- El concepto “**dualidad**” y a menudo el de “**multiplidad**” de desórdenes reconocidos es muy heterogéneo y viene a definir todas las variaciones posibles de dependencia y desórdenes psiquiátricos y también sus combinaciones.
- El término **Patología Dual** ha venido aplicándose para designar al establecimiento simultáneo de un trastorno adictivo y un trastorno mental en un mismo sujeto. Y, por tanto, se reconocen dos condiciones clínicas en el campo de la Salud Mental.

La definición más extendida de Patología Dual es la que propone una asociación cruzada: la presencia de un trastorno mental por un lado, y por otro, la existencia de un problema de drogas.

A esto habrá que añadir que tradicionalmente los afectados por Patología Dual no se han podido beneficiar de la asistencia destinada al tratamiento para personas con problemas de salud mental o de drogadicción, debido fundamentalmente, a la naturaleza específica de cada una de las redes. De ahí que importantes expertos como el presidente de la Sociedad Española de Patología Dual (SEPD) hable del “*síndrome de la puerta equivocada*”⁷. Ahondando en esta manifiesta inquietud, se encuentran sociedades científicas y asociaciones en nuestro país, como la SEPD y la Asociación Dual que muestran su preocupación e interés por dar cobertura científica y concienciar a las administraciones sanitarias de la existencia de la entidad clínica “*patología dual*”. La problemática es la siguiente: la existencia de

7 http://www.patologiadual.es/docs/protocolos_patologiadual_intro.pdf

dos redes claramente diferenciadas, Salud Mental y Drogodependencias. Dependiendo del diagnóstico transversal del enfermo se producirá su entrada en una de las dos redes para asistirle. Estas redes en diferentes comunidades autónomas poseen rasgos y dependencias distintas.

El Dr. Szerman⁸, psiquiatra y presidente-fundador de la Sociedad Española de Patología Dual (SEPD), propone que estas secuelas se podrían paliar con un abordaje integral lo que no sólo conseguiría un tratamiento eficaz y, además, desde el punto de vista de la eficiencia, “*también se reducirían costes*”, pues se simplificarían las duplicidades que hay en los recursos disponibles. Pues se tienen como efectos, en los servicios paralelos, dificultades de accesibilidad, poca adherencia, continuidad de los cuidados y mensajes que pudieran ser equívocos para el paciente, que tal y como hemos mencionado, se pierden entre las dos Redes.

En la vertiente jurídica

En la vertiente jurídica, en la legislación y normativa estatal:

De acuerdo con lo dispuesto en el art. 3.1 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo: En la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional que trae causa de la mencionada Ley, como “*conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos (...) mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias*”. Y, cuya norma que la regula _Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre⁹_ tiene por objeto establecer el

8 <http://bibliotecapsicologo.blogspot.com.es/2014/10/sindrome-de-la-puerta-equivocada.html>

9 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. Publicado en BOE núm. 222 de 16 de Septiembre de 2006



contenido de los servicios de atención primaria y especializada, entre otros. No incluye la terminología de “*patología dual*”, pese a que si utiliza el término de prevención de enfermedades asociadas a las conductas adictivas, en cuanto a su prevención en Atención Primaria. No incluyendo expresión semejante relativa en el anexo dedicado a la atención a la salud mental, si precisa la inclusión de “*la detección de conductas adictivas*”.

En cuanto al Plan Nacional sobre Drogas, en la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016¹⁰, hace mención a la ya aludida expresión, aunque sin entrar a definirla y entiende que se debe apostar por la mejora de una atención específica, afirmando que debe afrontarlo como uno de sus retos más significativos debido al incremento de su demanda.

Siendo esto así, a la psiquiatría y a la patología dual, entendemos que es de aplicación, en este caso, el art.3.2 y 3.3 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, principios generales de nuestro Sistema de Salud: “2. *La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva.* 3. *La política de salud estará orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales*”.

Pero, hemos de trasladar que equidad, coordinación y cohesión no equivalen a ordenación uniforme, se deriva esto de la propia Constitución. Así, es de mencionar que aunque el art. 9.2 CE propugna una “*igualdad real y efectiva*” de los individuos y los grupos, el art. 158.1 CE se satisface con establecer la “*garantía de un nivel mínimo en la prestación de los servicios públicos fundamentales en todo el territorio español*”. Esto, viene a excluir la idea de una completa

identidad y uniformidad en dicha prestación, además de entrar en discordancia con de las recomendaciones de organismos como la OMS y de los requisitos mínimos de la calidad asistencial.

III. RESULTADOS

- A)** La patología dual es una materia sanitaria, por las siguientes razones:
- Reconocida por los clínicos, acuñada en nuestro país por el Dr. Casas y aceptada de forma genérica; manifestándose en ella, dos condiciones de Salud Mental, adicción y otro trastorno de tal disciplina, pese a que no estar definida en la CIE y la DMS.
 - En la legislación, la ubicamos dentro del ámbito del Salud Mental y en el contexto del derecho a la asistencia sanitaria y la legislación sectorial donde tenga contenido tal disciplina de salud.
- B)** Conculcan lo dispuesto por la OMS y el Constituyente Español en lo referido a la disponibilidad y accesibilidad a los servicios de salud. Las comunidades autónomas recogen la necesidad de una implementación de los mismos, de la coordinación entre salud mental y drogadicción, así como la erradicación del “*síndrome de la puerta equivocada*”. Pues, aquél habla de la “*garantía de un nivel mínimo en la prestación de los servicios públicos fundamentales en todo el territorio español*”, lo que disipa la idea de una completa identidad y uniformidad en dicha prestación.
- C)** En la legislación autonómica no se recoge definición de patología dual, solamente un atisbo en reducción del daño y en prevención en cinco comunidades autónomas.

10 Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. Edita: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas NIPO.: 351-09-046-7. Depósito legal: M-27343-2009.



En cuanto a la planificación autonómica, solamente Extremadura entra a abordar “*patología dual*”. El resto nos habla, sin profundizar, de un incremento de su demanda, de la necesidad del aumento y especialización de sus recursos, así como de la coordinación entre las redes de salud mental y drogodependencias, sin entrar a definirla (Ver Anexo).

IV. CONCLUSIONES

1. A pesar de no abordarse la definición de “*patología dual*” en la legislación autonómica, hablamos como ha quedado expuesto, de una materia sanitaria y debería situarse dentro de este contexto.
2. Debido a los argumentos históricos y asistenciales, que han originado importantes lagunas en el tratamiento asistencial y jurídico, con respecto a otras disciplinas se ha quedado atrás. Se debería, por estos motivos, promover en la legislación, dando un énfasis mayor que lo que pudiera ser un contenido mínimo. Y, todo ello, dentro:
 - Del ámbito del derecho a la asistencia sanitaria, buscando la uniformidad entre las diferentes CC.AA.
 - Erradicando “el síndrome de la puerta equivocada”.
3. Se hace, por tanto, imprescindible, una definición precisa de la expresión “*patología dual*” en la legislación autonómica, para que su abordaje sea con medidas garantistas.

BIBLIOGRAFÍA

II Plan Autonómico sobre Drogodependencias y otras Conductas Adictivas 2010-2016. Edita: Gobierno de Aragón. Departamento de

Salud y Consumo. Dirección General de Salud Pública. Depósito Legal: Z-I. 172/2011.

VI Plan de Adicciones de la Comunidad Autónoma de Euskadi, 2011-2015. Dirección de Drogodependencias. Departamento de Sanidad y Consumo. http://www.osakidetza.euskadi.net/r85ckdrog05/es/contenidos/informacion/2777/es_2238/adjuntos/PLAN%20DEFINITIVO%20Castellano.pdf

VI Plan Regional sobre Drogas de Castilla y León. Junta de Castilla y León. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Comisionado Regional para la Droga. Edita: Junta de Castilla y León. Depósito Legal: VA-713/2010.

Atención a las Drogodependencias y Adicciones. Memoria 2013. Dirección General de Servicios Sociales y Atención a las Drogodependencias.

Catálogo de Programa de Prevención en Drogodependencias y otras Adicciones de las Islas Baleares. Gobierno de Las Islas Baleares. Consejería de Salud. Dirección General de Salud Pública y Consumo. <http://dgsalut.caib.es/www/infodrogues/catalogo-prevencio/inicio-es.html>

Centros Asistenciales de Atención a las Drogodependencias. Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de Salud. http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/90e17b41-45ff-11e3-a0f5-65699e4ff786/Red_Asiestencial.pdf

Decreto Legislativo 1/2003, de 1 abril. LCV 2003\117. Toxicomanías. Aprueba el Texto Refundido de la Ley sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos. Conselleria Bienestar Social. DO. Generalitat Valenciana 3 abril 2003, núm. 4473, [pág. 9837].

Directorio de Centros de Atención a las Drogodependencias y Adicciones. Dirección General de Servicios Sociales y Atención a las Drogodependencias. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Coordinación: Lourdes Villar Arévalo, Carmen Rodríguez Domínguez, Raúl Lobo Varela. Edita: Junta de Andalucía.



Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Dirección General de Servicios Sociales y Atención a las Drogodependencias. Directorio de Centros de Atención a las Drogodependencias y Adicciones. Maquetación e Impresión: Tecnographic, S.L. Depósito Legal: SE-3701-2010.

Estrategia sobre Drogas de Cantabria 2009-2013. Edita: Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública. Depósito Legal SA-124-2010.

Fase de Consulta del Plan Regional de Drogodependencias y Otras Adicciones De Castilla-La Mancha 2013-2016. http://www.castillalamancha.es/sites/default/files/documentos/pdf/20131120/consulta_plan_regional_drogodependencias.pdf

Gobierno de Canarias. III Plan Canario sobre Drogodependencias. <http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/3d774d7b-460b-11e3-a0f565699e4ff786/III%20Plan%20Canario%20sobre%20Drogodependencias.pdf>

González de Rivera, J.L. (1998). Evolución histórica de la Psiquiatría. *Psiquis*. 19, (5), 183-200.

Guía de Buenas Prácticas y Calidad en la Prevención de Drogodependencias en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Plan Regional sobre Drogas. ISBN 978-84-96994-51-5. © Unidad Técnica de Coordinación Regional de Drogodependencias. Dirección General de Atención al Ciudadano, Drogodependencias y Consumo. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. 2010.

Huertas, R. (2001). Historia de la psiquiatría ¿Por qué?, ¿Para qué? Tradiciones Historiográficas y Nuevas Tendencias. *Tendencias*. 1, (1), 1-36.

Ley de Prevención y Asistencia en Drogodependencias de Andalucía. Ley 4/1997, de 9 julio (LAN 1997\274). Parlamento de Andalucía. BO. Junta de Andalucía 19 julio 1997, núm. 83, [pág. 8569; rect. BO. Junta de Andalucía 26 agosto 1997, núm. 99, [pág. 10443].

Ley de Drogodependencias de Aragón. Ley 3/2001, de 4 abril. LARG 2001\115. DROGODEPENDENCIA. Ley de prevención, asistencia y reinserción social en materia de drogodependencias. Cortes de Aragón. BOE 17 mayo 2001, núm. 118, [pág. 17468].

Ley de Espectáculos Públicos y Actividades Recreativas de Asturias, Ley 8/2002, de 21 octubre, LPAS 2002\275. Espectáculos Públicos y Actividades Recreativas. Junta General del Principado. BO del Principado de Asturias 24 octubre 2002, núm. 247, [pág. 13251].

Ley 5/1990, de 19 diciembre, LPAS 1991\3. Bebidas Alcohólicas. Prohibición de venta a menores de dieciséis años. Junta General del Principado. BOE 6 febrero 1991, núm. 32, [pág. 4148].

Ley 4/2005 de 29 de abril, sobre drogodependencias y otras adicciones en las Illes Balears. Publicado en BOIB núm. 71 de 10 de Mayo de 2005 y BOE núm. 131 de 02 de Junio de 2005.

Ley 9/1998, de 22 de julio, sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias (B.O.C. 94, de 28.7.1998).

Ley de Drogodependencias de Cantabria. Ley 5/1997, de 6 octubre LCTB 1997\155. Toxicomanías. Prevención, asistencia e incorporación social en materia de drogodependencias. Asamblea Regional de Cantabria. BOE 26 noviembre 1997, núm. 283, [pág. 34721].

Ley de Drogodependencia de Castilla-La Mancha. Ley 15/2002, de 11 julio LCLM 2002\212. Toxicomanías. Normas reguladoras de las Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos. Cortes de Castilla-La Mancha. DO Castilla-La Mancha 24 julio 2002, núm. 90, [pág. 11006].

Ley 20/1985, de 25 julio LCAT 1985\2218. Sanidad. Prevención y asistencia en materia de sustancias que puedan



generar dependencia. Parlamento de Cataluña. DO. Generalitat de Catalunya 7 agosto 1985, núm. 572, [pág. 27151].

Ley de Prevención, asistencia y reinserción de las Drogodependencias de Extremadura. Ley 1/1999, de 29 marzo. LEXT 1999\114. Drogodependencia. Prevención, asistencia y reinserción de las Drogodependencias de la Comunidad Autónoma de Extremadura. Asamblea de Extremadura. DO. Extremadura 29 abril 1999, núm. 50, [pág. 3739].

Ley de Drogas de Galicia, Ley 2/1996, de 8 mayo. LG 1996\163. Drogas. Regulación sobre Drogas. Parlamento de Galicia DO. Galicia 22 mayo 1996, núm. 100, [pág. 4763].

Ley de Drogodependencias de La Rioja. Ley 5/2001, de 17 octubre LLR 2001\200. Drogodependencia. Normas reguladoras de drogodependencias y otras adicciones. Parlamento de la Rioja. BOE 6 noviembre 2001, núm. 266, [pág. 40147].

Ley de Drogodependencias y otros trastornos Adictivos de Comunidad de Madrid. Ley 5/2002, de 27 junio. LCM 2002\379. Toxicomanías. Ley de Drogodependencias y otros Trastornos. Adictivos. Asamblea de Madrid. BO. Comunidad de Madrid 8 julio 2002, núm. 160, [pág. 5].

Ley 6/1997, de 22 de octubre, sobre drogas, para la prevención, asistencia e integración social. (Publicada en el Boletín Oficial de la Región de Murcia número 262, de 12 de noviembre de 1997).

Ley Foral de prevención y limitación del consumo de bebidas alcohólicas por menores de edad, Ley Foral 10/1991, de 16 marzo. LNA 1991\106. Niños-Juventud. Regula la prevención y limitación del consumo de bebidas alcohólicas por menores. Parlamento de Navarra. BO. Navarra 5 abril 1991, núm. 43, [pág. 1737].

Ley de prevención, asistencia e inserción en materia de drogodependencias del

País Vasco. Ley 18/1998, de 25 junio LPV 1998\358. Toxicomanías. Regula la prevención, asistencia e inserción en materia de drogodependencias. Parlamento Vasco BO. País Vasco 14 julio 1998, núm. 131, [pág. 13065].

Menéndez Rexach, A., "El derecho a la asistencia y el régimen jurídico de las prestaciones públicas", *Revista Derecho y Salud*, 2002, Extraordinario XI Congreso Derecho y Salud, p. 17.

Plan Sobre Drogas del Principado de Asturias. Autoría. - Unidad de Coordinación del Plan de Drogas - Dirección General de Salud Pública y Participación. EDITA: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. D.L. AS-3232-2010. <http://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.2d7ff2df00b62567dbdfb51020688a0c/?vgnnextoid=4215282aa2b93410VgnVCM10000098030a0aRCRD>

Plan de Adicciones y Drogodependencias de las Islas Baleares (PADIB). Gobierno de las Islas Baleares. Consejería de Salud. <http://padib.caib.es/sacmicrofront/contenido.do?idsite=352&cont=9943&lang=ca&a=yes>

Plan Autonómico sobre Drogas-Cantabria. Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicio Sociales. <http://www.saludcantabria.es/index.php?page=plan-autonomico-sobre-drogas>

Planes Autonómicos de Drogas- Castilla y León. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. http://www.pnsd.msc.es/Categoria1/directorio/planesAutonomicos/PAC_1.htm

Plan Integral de Drogodependencias y otras Conductas Adictivas de Extremadura. 2008-2012 Mérida, enero de 2009. EDITA: Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Dependencia. Servicio Extremeño de Salud DEPÓSITO LEGAL: CC-42-2009.

Plan de Trastornos Adictivos de Galicia 2011-2016. Xunta de Galicia, Consejería de

Sanidad. http://www.sergas.es/cas/DocumentacionTecnica/docs/SaudePublica/DocumentoTrastornosAditivos/PlanGal-Trans%20AditivosDef_20102912_cas.pdf

Plan Riojano de Drogodependencias y otras Adicciones. Gobierno de La Rioja, Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Dirección General de Sanidad y Consumo.

Plan de Adicciones de La Ciudad de Madrid 2011-2016. Documento aprobado por Acuerdo de la Junta de Gobierno de la Ciudad de Madrid, 17 de marzo de 2011. BOAM. Año CXV, núm. 6.396, página 3, de 22 de marzo de 2011.

Plan Foral de Drogodependencias. http://www.navarra.es/home_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/Salud/Organigrama/Estructura+Organica/Instituto+Nav

arro+de+Salud+Publica/Publicaciones/Planes+estrategicos/Plan+Foral+de+Drogodependencias/

Plan Estratégico sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos 2006-2010. Edita: Generalitat. Conselleria de Sanitat. © De la presente edición: Generalitat, 2009. 2ª Edición. ISBN: 978-84-482-5283-0. Depósito Legal: V-3318-2009.

Recursos en Atención a Drogodependencias. Gobierno de Aragón. Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia. Dirección General de Salud Pública.

Servicio de Epidemiología. Gobierno de Las Islas Baleares. Consejería de Salud. Dirección General de Salud Pública y Consumo. <http://epidemiologia.caib.es/sacmicrofront/contenido.do?mkey=M0903171407264971769&lang=ES&cont=17865&mcont=39558>

ANEXO

Tabla I. Inexistencia del término patología dual en la legislación autonómica

Comunidad Autónoma	No definen patología dual, sólo hay un atisbo
Andalucía	No se menciona.
Aragón	Dedica un precepto a definiciones, pero nada dice de "patología dual".
Asturias	No se menciona.
Baleares	No se menciona. Sólo un atisbo en reducción del daño.
Canarias	No se menciona.
Cantabria	No se menciona.
Castilla-La Mancha	No se menciona.
Cataluña	No se menciona.
Extremadura	No se menciona.
La Rioja	No se menciona. Sólo un atisbo para reducción del daño.
Madrid	No se menciona. Sólo un atisbo para reducción del daño y del riesgo.
Murcia	No se menciona.
Navarra	No se menciona.
País Vasco	No se menciona. Sólo un atisbo para reducción del daño.
Comunidad Valenciana	No se menciona. Sólo un atisbo dentro de Prevención.



Tabla 2. Inexistencia del término “patología dual” en los planes de drogas autonómicos

No se introduce el término “patología dual”
Andalucía
Aragón
Baleares Se remite a un enlace en el que se define, pero no por iniciativa del legislador
Murcia
Navarra

Tabla 3. Inexistencia de la definición del término “patología dual” en los planes de drogas autonómicos

Comunidad Autónoma	Solamente introduce término. Razones:
Asturias	Aumento, incremento de la demanda y recursos.
Canarias	Provisto de recursos asistenciales.
Cantabria	Dispositivos para la coordinación entre Salud Mental y Drogodependencias.
Castilla-La Mancha	Reforzamiento y especialización de sus recursos.
Castilla-León	Asistencia coordinada entre las Redes de Salud Mental y Drogodependencias.
Galicia	Indica la importancia de la definición de criterios en Salud Mental y Drogodependencias
La Rioja	Sólo hace mención a la variación en el número de consultas a lo largo de un programa.
Madrid	Incremento de sus recursos y especialización.
País Vasco	Preocupación por potenciar sus programas y definición a seguir.
Comunidad Valenciana	Se establece el número de sus dispositivos y el abordaje para su mejora.

Tabla 4. Existencia del término “patología dual” en los planes de drogas autonómicos

Comunidad Autónoma	Define patología dual
Extremadura	El Plan Integral de Drogodependencias y otras Conductas Adictivas (PIDCA), 2008-2013 aborda la definición de “patología dual”. Subraya que existe patología dual cuando coinciden un trastorno relacionado con sustancias y otro trastorno mental. Se subraya la importancia de la mejora de sus dispositivos y la elaboración de protocolos