

Document de treball del Grup de Drogues del CMBS.

Els circuits d'atenció dels/les usuaris/es de la xarxa de drogues de BCN

Un tema recurrent al Grup de Drogues del CMBS és la importància que té que la integració dels diferents serveis estigui ben planificada en tots els seus aspectes, i es puguin seguir uns circuits d'atenció que garanteixin la continuïtat assistencial entesa de manera global, atenen a les necessitats físiques, mèdiques, emocionals i socials de la persona.

A la reunió del Grup del 12 d'abril, en Josep Rovira ens va fer una petita introducció al tema assenyalant que, si per un cantó, la xarxa de drogues com a tal està ben estructurada i coordinada i, malgrat tots els problemes, amb els anys ha aconseguit uns circuits mínimament lubricats pel que fa a la relació dels CAS amb els altres serveis; per l'altre cantó, i com ja s'havia plantejat al Grup anteriorment, potser seria interessant revisar aquells aspectes que funcionen i aquells que s'haurien de modificar en cada una de les instàncies que poden formar part d'aquests circuits; i diem poden, perquè els circuits no han de ser els mateixos per a cada persona.

Serien exemple de situacions que s'han de resoldre la que es pot donar de que certes persones quedin «aturades» a un servei per la saturació que hi ha als altres, o que, aquelles que se'n surten, continuen tenint greus problemes de reinserció pel que fa a ocupació, habitatge, etc. Vegem, però, alguns dels temes més rellevants servei per servei.

Els **CASs** son un servei molt potent pel fet que son un recurs d'atenció especialitzada però d'atenció directe, sense derivació prèvia, i amb característiques d'atenció primària que fa que les persones que tenen problemes relacionats amb les drogues tinguin millor accessibilitat i s'hi vinculin fortament.

Però el circuit no funciona com a tal per la pròpia dinàmica de cada servei. Per exemple, a les **unitats hospitalàries de desintoxicació (UHD)** sempre hi falten places i a l'estiu, a sobre, hi acostuma a haver-hi menys llits disponibles. Moltes vegades passa que hi son derivats amb més facilitat pacients d'altres recursos, sobretot en els casos en que els serveis son del mateix proveïdor; en tot cas, es prioritzen pacients que, al moment de l'alta, ja tenen confirmada plaça a un recurs posterior (Comunitat Terapèutica, Hospital de Dia, etc...) I això va en detriment de territoris i serveis de derivació. En tot cas, la llista d'espera (actualment de 2-3 mesos) trenca el ritme del procés de tractament.

Caldria per altra part assegurar que els llits de desintoxicació tenen aquesta funcionalitat i no barrejar-ho amb atenció aguda a trastorns mentals severos, que entenem han de tenir les seves places apart. De fet, en aquest moment hi ha el debat i la proposta de futur que es converteixin en recursos sectoritzats.

La coordinació entre els CASs i **Atenció Primària** ha funcionat molt bé en el cas de l'alcohol. Drogues només té 2 antenes a la ciutat de Barcelona; Drogues no té dotació econòmica per "obrir programes de suport a atenció primària" i en canvi Salut mental si. I segurament hi ha barris en que seria molt útil per a l'AP.

Els CASs fa molts anys que estan en els comitès operatius (COSMIA) de **Salut mental** i fins i tot n'han coordinat alguns sobre drogues i addiccions, reunions mensuals de coordinació amb els **CSMAs** de territoris. Tanmateix hi ha aspectes de l'articulació i treball conjunt que ens cal repassar.

Els CSMAs només atenen per derivació i els CASs ho fan des d'atenció directa i això els dona una major accessibilitat.

Els CASs no tenen dotació econòmica d'atenció en psicosis incipients (i els CSMAS si) malgrat que aquestes són habituals en consums de determinades substàncies i per tant hi ha molta capacitat de detecció.

Els CASs han tingut dificultats de derivació a unitats d'aguts i subaguts, i encara que sembla que existeix un procés de millora, resta camí important per recórrer. Moltes vegades, l'accés a atenció d'aguts es realitza a través d'urgències hospitalària, en que malauradament molt sovint tot trastorn de salut mental greu és referenciat a la conducta de consum/addictiva, pel que no es ingressat i retornat al CAS.

Drogues carrega amb l'estigma i això fa que, tot i que la xarxa d'**urgències** sigui un recurs universal, molt sovint hi hagi problemes per atendre les necessitats "orgàniques" de persones amb consums actius.

Els CASs no estan inclosos en la possibilitat d'activar el codi "risc suïcidi" i per fer-ho es fa via derivació a urgències. Es tracta d'una anomalia en quan la mortalitat per suïcidi és molt més elevada en persones amb rendes inferiors, o que la utilització de recursos ambulatoris i hospitalaris i el consum de psicofàrmacs augmenta en els grups de població amb condicions socioeconòmiques més desfavorides.

Caldria trobar espais de coordinació on treballar de forma individual casos complicats, fent que es puguin atendre allà on siguin (Salut Mental o Drogues) però sense perdre l'accés als recursos de cap de les dues xarxes si té criteris per beneficiar-se'n.

Els CASs, a diferència dels CSMAS, no compten amb el recurs PSIs (plans de serveis individualitzats) com a tals, però és un instrument del que es precisa, i no tan sols per a població que pot presentar a part de dependència a substàncies altres trastorns greus de salut mental, si no també per una població dependent cada vegada més envellida.

Els CASs han arribat a establir bons mecanismes de treball coordinat amb l'**atenció de malalties infeccioses** (VIH, HVC, ITS) i fruit d'aquesta bona articulació s'ha fet front a una problemàtica molt important vinculada també al consum de drogues.

La xarxa de **Serveis socials** està molt carregada i els CASs fan molta tasca social, la població usuària de CAS té alts nivells de pobresa i precarietat. Aquí l'estigma també incideix negativament.

La relació amb la xarxa d'**atenció a la violència** és bona però l'accés a la protecció de dones vulnerabilitzades amb consums actius es fa pràcticament impossible.

En general, l'atenció a les persones amb consums actius és molt limitada tant a la xarxa de salut com a la xarxa d'atenció social.

En el cas de les persones en situació de **sense llar**, des de l'any passat es disposa de les 70 places de la residència i això és una gran fita, però insuficient per la realitat que es viu a la ciutat en aquest sentit.

D'altra banda volem senyalar que manca un coneixement en profunditat de la resta de serveis especialitzats de la xarxa que pertanyen a la cartera de **serveis de Benestar**

Social: CCTT, PPRR, CD i Sava. En part, aquest desconeixement ve donat per que es tracta d'uns serveis que depenen d'un Departament de la Generalitat diferent que la resta de serveis (Salut) i ha mancat interrelació i articulació entre els dos Departaments.

Això fa que determinats serveis com el SAVA (suport a la vida autònoma) que podria ser el PSI especialitzat en drogodependències estigui infrautilitzat.

També volem destacar que les CCTT i els PPRR es troben amb dificultats de derivacions fluides quan atenen persones que es descompensen psiquiàtricament. Costa molt poder derivar a serveis de la xarxa de salut mental com són les unitats de subaguts, etc. Sovint, aquestes derivacions acaben funcionant més per una bona relació personal de les professionals de les dues xarxes que no pas per la existència de protocols d'articulació establerts. Això porta a que de vegades es vegin interromputs processos que es podria donar continuïtat si existís aquesta fluïdesa de coordinació.

Des de les CCTT, PPRR i CD també trobem a faltar tenir sortides especialitzades per fer possible una reinserció real de les persones (sortides laborals, d'habitatge, etc.). Això fa que es saturin aquests dispositius per manca de poder fer un bon tancament dels processos.