

Posicionament del Grup de Drogues del Consell Municipal de Benestar Social sobre la integració dels CAS a la xarxa sanitària contractada pel CatSalut

A la sessió del passat 12 d'abril de 2021, el Grup de Drogues del CMBS va conèixer, per boca de la gerent de l'Agència de Salut Pública de Barcelona, Dra. Carme Borrell, quin era l'estat de la qüestió del canvi de titularitat d'alguns CAS de la xarxa de drogues que fins ara depenien de l'esmentada ASPB, i que passaran a dependre de la Generalitat (Cat.Salut).

Ens vam assabentar que fa un parell d'anys que funciona un Grup de Treball per definir com serà aquest canvi de titularitat, constituït per la Conselleria de Salut de la Generalitat (Direcció General de Salut Mental i Addiccions, Subdirecció General de Drogodependències), Consorci Sanitari de BCN, i ASPB. Sabem que han estat elaborant un document, els resultats del qual ens interessaria conèixer i, d'alguna manera, poder-hi contribuir; ja que, fins ara, una part fonamental dels actors implicats no hi han pogut dir la seva, almenys com a sector i des d'un organisme participatiu com és aquest. Tenim el convenciment que la participació no és només una obligació política, sinó una necessitat metodològica de primer ordre.

Sabem que l'ASPB és conscient de que la Xarxa de Drogues de BCN és un actiu molt important de la salut a la ciutat i més enllà, ja que el **model integral d'atenció** que ha anat sorgint durant tots els anys de la seva existència ha arribat a quallar amb el conegut com a Model Barcelona que té un gran reconeixement no només entre els professionals de diferents llocs del món, sinó també des de la literatura científica¹. Per això, creiem que és fonamental que en aquest traspàs de titularitat es posin les condicions que facin possible la preservació del Model Barcelona, i no per un interès arqueològic, si no precisament perquè una de les seves característiques ha estat i és la **capacitat d'innovació**, com ho demostra a través dels anys la implantació creativa de polítiques de reducció de danys, l'impuls a associacions de persones consumidores de drogues o les enfocades, en principi, a joves (tipus Energy Control), dispositius «de primera línia de batalla», com va ser Can Tunis al seu moment, o la resposta a noves situacions emergents com son la del Chem Sex, o els de refugi davant la violència contra les dones més vulnerabilitzades. I mantenir aquesta capacitat d'innovació és una condició bàsica per poder continuar responnent a les noves necessitats que vagin sorgint.

Una altra característica del Model Barcelona és el **tractament centrat en les persones**, amb la consideració de les seves trajectòries de vida, i el **treball comunitari**, com a dos aspectes complementaris, que parteixen del reconeixement de les bases socials i culturals dels problemes relacionats amb les drogues. Així, en els diferents tractaments es considera la incidència de les relacions inter-personals, l'educació, la pobresa, o l'estigma, p.ex., juntament amb aspectes psicològics, orgànics i altres, més estrictament sanitaris. Hem après que tots ells formen un conjunt interrelacionat, que cal tractar com a tal si es vol tenir un mínim d'èxit en els abordatges dels problemes de drogues.

Tot això ha estat possible perquè la xarxa de drogues de BCN ha crescut amb l'interès d'anar resolent els problemes que anaven sorgint entorn a aquestes substàncies des d'allí on es produïen, és a dir, des de la pròpia societat, a través sobretot de diverses entitats, empreses socials, del Tercer

¹Oleguer Parés-Badell et al., «Integration of harm reduction and treatment into care centers for substance use: the Barcelona model», *International Journal of Drug Policy*. 2019; 76: 102614

Sector i voluntariat que, de diverses formes, han col·laborat amb les institucions encarregades del tema, moltes vegades arribant més enllà d'on, per la seva pròpia naturalesa, aquestes últimes no podien arribar; creant així aquesta xarxa pública, diversa, flexible i arrelada al territori que coneixem.

També sabem que una part de les accions realitzades des de la xarxa de BCN s'ha hagut de fer de vegades «amb una sabata i una espadenya», ja que allà on no arribaven les institucions des del punt de vista dels recursos, hi podia arribar el que en podríem dir una certa militància, en el camí de la professionalització dels diversos sectors que la componen, tant des de dins com des de fora de les institucions.

Pensem doncs que, per tal que el procés de reorganització dels CAS sigui una oportunitat **per seguir consolidant les característiques bàsiques del Model Barcelona**, així com per aconseguir que les persones que treballen a la xarxa ho facin en unes condicions professionals i laborals dignes, **cal assegurar els següents aspectes bàsics:**

1. El caràcter especialitzat del tractament a les drogodependències.

Sempre que s'ha plantejat la integració de la xarxa a la de salut mental, s'ha parlat d'una **integració funcional**, cosa certament necessària, però que no s'ha de confondre amb l'assimilació de la primera per part de la segona. Per tan, no es tracta tan de «fondre» (almenys, sempre i en tot lloc) CAS i CSMA, sinó de veure en cada cas en funció del context com es pot fer aquesta integració.

2. El caràcter d'atenció primària especialitzada dels CAS.

És evident que cal millorar l'articulació de l'atenció primària en salut i en serveis socials amb els CAS, així com la **coordinació interserveis** de manera general, com a condició de la seva capacitat d'innovació. I això cal que es faci simultàniament a la consolidació de la política de portes obertes dels CAS, és a dir, la seva capacitat de respondre de manera més o menys immediata a les diferents necessitats de les persones que s'hi apropen.

3. L'equiparació de les condicions laborals i professionals d'accés.

Els equips multidisciplinaris i el treball interdisciplinari és una altra característica del nostre model. Però per tal d'assegurar un bon funcionament de l'atenció integral, és a dir, tant dels diferents aspectes socials com sanitaris, cal també equiparar les condicions laborals dels diferents professionals, tant si provenen d'una xarxa com de l'altra. Això implica tenir en compte, tal com passa en altres àrees, **l'experiència** en aquesta especialitat: no es pot llançar per la borda el saber acumulat durant tants anys pels equips que han estat treballant en aquest camp.

4. La presència de la iniciativa professional amb vocació de servei públic

Si caracteritzem d'aquesta manera al conjunt d'empreses i entitats que han predominat fins ara a la xarxa de drogues de BCN, i estem d'acord en que cal valorar tota aquesta experiència, estimular la innovació, mantenir l'arrelament territorial i consolidar el treball comunitari, la conseqüència és que cal preservar la presència d'aquest tipus d'entitats i empreses en el moment de reorganitzar l'esmentada xarxa.

Diem això perquè els models de gestió no son mai neutres, i per consolidar el **Model Barcelona** (i no només aquest), només es pot fer amb organitzacions d'escala local, on no es prioritzi un sector (el sanitari) per sobre dels altres. No es podrà fer amb grans organitzacions, malgrat la temptació que hi pot haver des de les institucions de fer acords (suposadament per facilitar la gestió des d'un

punt de vista macro) amb aquestes, com fa anys que passa en el sector sanitari i últimament també en el dels serveis socials.

Tenint en compte com els processos polítics al nostre país estan condicionant l'acció administrativa, pensem que, mentre no es posi en vigor la nova Llei de Concertació, el més convenient seria fer una **subrogació** dels contractes existents a les mateixes entitats que ara gestionen els serveis. Això permetria, per part del conjunt dels sectors implicats, pensar sense urgències les estratègies més convenientes a mig i llarg termini.