

Coordinación de redes y profesionales: adicciones y salud mental y atención primaria comunitaria: la atención a persona con problemas de drogas. Necesidad de coordinación en el ámbito local

Coordination of networking and professionals : addictions and mental health and community primary care: attention to people with drug problems. Need for local coordination

Àlex Pérez Folch¹, Tré Borràs Cabacés² y Antoni Llort Suárez³

Resumen

La coordinación entre los profesionales de los diferentes servicios que atendemos a las personas que utilizan drogas o que tienen consumos problemáticos de drogas es indispensable para poder dar respuestas adecuadas a sus problemáticas, optimizar los recursos y dar una atención con mayor calidad a los usuarios.

El objetivo de este artículo es el de analizar a grandes rasgos el funcionamiento de una red local especializada, (en la atención a las drogodependencias) y su coordinación con los Servicios Sociales municipales y comarcales y la atención primaria comunitaria.

A partir de la práctica de trabajo social en el Servicio de Adicciones y Salud Mental del HUSJR (CAS), en el Centro de Actividades “La Illeta” y de la experiencia en las coordinaciones, hemos reflexionado sobre la necesidad y la forma que tienen las coordinaciones y cómo se podrían mejorar. La coordinación permite un conocimiento entre los diferentes actores, abordar holísticamente una problemática y favorecer el acceso de todas las personas a los recursos normalizados. Para ello es necesaria una sistematización de las mismas, establecer mecanismos de derivación entre los centros especializados y la atención primaria, así como un buen entendimiento entre los diferentes departamentos de atención a las personas, como por ejemplo el Departamento de Salud y el Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias. Se debe incidir en la disminución de las desigualdades sociales, teniendo en cuenta que los aspectos sociales son determinantes en la salud de las personas.

¹ Treballador social del Servei d'Addiccions i Salut Mental HUSJR (Hospital Universitari Sant Joan de Reus).

² Directora PASDR-Servei d'Addiccions i Salut Mental.

³ MSc, Ph.D. Àrea Intervenció Salut Comunitària. Servei d'Addiccions i Salut Mental HUSJR. Pla d'acions sobre Drogues Reus.

Resumen

En un momento de escasez presupuestaria, las administraciones deberían aumentar la inversión en programas de prevención, promoción de la salud e incorporación social, haciendo una previsión de nuevas necesidades que puedan surgir de las nuevas realidades. Sin duda, mejorar y optimizar los mecanismos de coordinación entre instituciones y profesionales, es una buena propuesta metodológica para conseguirlo.

Palabras clave: Coordinación, trabajo en red, adicciones y salud mental, servicios sociales, incorporación social, trabajo social, complejidad, estado del bienestar.

Abstract

Coordination between professionals from different services that cater for people who use drugs or have drug problems is essential to respond more accurately to their problems, optimizing resources and provide a higher quality care to users. The aim of this article is to broadly analyze the operation of a specialized local network (in drug addiction care) and its coordination with municipal and county social services and community primary care.

From the social work practice in HUSJR's Addictions and Mental Health Service (CAS) at the Activities Center "La Illeta" and the experience in coordination we have reflected on the need and shape of coordinations and how they could be improved. Coordination enables knowledge between different actors, a holistic approach to problems and it promotes universal access to normalized resources. To do so it is necessary to systematize coordination, establish referral mechanisms between specialized centers and primary care, as well as a good understanding among departments caring for people's needs, such as the Department of Health and the Department of Labor, Social Affairs and Family.

It is important to work on the reduction of social inequalities, taking into account that social aspects are crucial to people's health.

At a time of budget shortages, the government should increase investment in prevention programs, health promotion and social integration, making a forecast of new needs arising from new realities. Undoubtedly, improving and optimizing the coordination mechanisms among institutions and professionals is a good methodological proposal to achieve it.

Key words: Coordination, networking, addictions and mental health, social services, social inclusion, social work, complexity, welfare state.

Para citar el artículo: PÉREZ FOLCH, Àlex, BORRÀS CABACÉS, Tré y LLORT SUÁREZ, Antoni. Coordinación de redes y profesionales: adicciones y salud mental y atención primaria comunitaria: la atención a persona con problemas de drogas. Necesidad de coordinación en el ámbito local. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, diciembre 2016, n. 209, páginas 123-133. ISSN 0212-7210.

El consumo de drogas o de sustancias psicotrópicas de diferente tipología es un hecho inherente a la existencia humana, siendo los factores estructurales de tipo socioeconómico, político, cultural y religioso elementos clave para su entendimiento y abordaje. En la actualidad, si tenemos en cuenta las drogas legales, como los psicofármacos, el alcohol o el tabaco podríamos decir que su uso está muy extendido en la población adulta y también adolescente de la sociedad. Sin embargo no todos los usos de sustancias comportan necesariamente problemáticas asociadas, pero cuando estas aparecen hay que poder ofrecer el apoyo y la respuesta adecuada.

El fenómeno social llamado como “problema de las drogas”, al menos en el contexto de España y de Cataluña, se elaboró a partir de una situación circunstancial-contextual muy concreta que se produjo aproximadamente durante los años 80 y buena parte de los 90 y que tuvo un alcance social y un impacto en la salud colectiva inesperado. Una población significativa de consumidores generalmente de heroína y mayoritariamente por vía endovenosa, sufrió las consecuencias no sólo físicas relacionadas con el consumo (sobredosis, VIH-SIDA, deterioro, cronificación...) sino también, y con la misma contundencia, las consecuencias sociales derivadas: marginación, estigmatización y pérdida o no reconocimiento de las habilidades sociales y de gestión vital básicas. Es en este contexto cuando aparecen las políticas de reducción de daños y riesgos.

El Parlamento de Cataluña, aprobó, tras la creación y desarrollo del Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD), por el Ministerio de Sanidad y Consumo, la Ley 20/1985 de prevención y asistencia en materia de sustancias que pueden generar dependencia. Esta Ley constituye el eje normativo vertebrador del conjunto de medidas del Plan Catalán de Drogodependencias. Fruto del desarrollo de esta Ley, parcialmente modificada por las leyes 10/1991, 8/1998 y 1/2002 se constituye la Comisión de la Coordinación y de Lucha contra las Dependencias de Drogas presidida por el consejero de Sanidad y Seguridad Social. Adscrito al mismo Departamento, se crea en 1986, el Consejo Director y el Órgano Técnico de Drogodependencias (OTD), que ejercerá las funciones de planificación y programación de las actuaciones referidas al desarrollo de la Ley.

Según La Ley 12/2007 de 11 de octubre, de Servicios Sociales aprobada por el Parlamento de Cataluña, se debe garantizar el acceso a los Servicios Sociales a todas las personas con necesidades de carácter social.

El sistema público de Servicios Sociales debe asegurar el derecho de las personas a vivir dignamente durante todas las etapas de la vida mediante la cobertura de sus necesidades personales básicas y sociales; especialmente, tiene como destinatarias las personas que se encuentran en situación de riesgo social, como es el caso de las personas con drogodependencias. Es en los Servicios Sociales Especializados donde se encuadra

la atención específica a personas con problemas de drogodependencias. En la Ley 12/2007 se especifica que una de las funciones de los diferentes niveles de los Servicios Sociales es el de coordinarse, para poder hacer un abordaje completo a las necesidades sociales de los drogodependientes.

En 2006 por primera vez se empieza a plantear desde la administración la necesidad de articular la RAD, es decir los centros de atención a las drogodependencias (CAS) con la red de Salud Mental (CSMA's y red hospitalaria), que habían convivido en paralelo, y se crea el Plan Director de Salud Mental y Adicciones para propiciar el acercamiento y en algunos contextos incluso la fusión de ambas redes. El punto de partida es desde una red integrada por centros dependientes de diversos organismos: administraciones locales, organizaciones no gubernamentales, Instituto Catalán de la Salud y de otros proveedores de servicios. Sus actividades están coordinadas por la Subdirección General de Drogodependencias que depende de la Dirección General de Salud Pública del Departamento de Salud, y con la colaboración/participación del Departamento de Bienestar y Familia, con respecto a los servicios residenciales (Comunidades Terapéuticas y otros recursos) y los programas de reinserción.

Uno de los objetivos del Plan Director de Salud Mental y Adicciones es integrar los Servicios Sociales Municipales y de las Administraciones Locales en la atención a las drogodependencias.

La incorporación social es una parte del tratamiento global de las personas con drogodependencias. Se lleva a cabo en los SBASP en coordinación con los CAS y otros dispositivos de inserción que puedan existir dependiendo del territorio. Últimamente se habla de incorporación social y no de reinserción en el ámbito social porque se considera que es un término más inclusivo. Consiste en procesos educativos, de interiorización de normas, valores y pautas de comportamiento relacionados con diversas áreas (ALONSO, DURAN Y LARRIBA, 2014).

Los programas sociales de reinserción de personas con drogodependencias son complementarios a los procesos de tratamiento de los centros/servicios de la RAD. Se prestan en establecimientos especializados y tienen como objetivos la rehabilitación psicosocial, la inserción social, la enseñanza de programas de tipo ocupacional, prelaboral y la adquisición de hábitos y responsabilidades. Los Centros de Acogida y Actividades son un ejemplo de estos Servicios Sociales complementarios tanto de los servicios sociales generales como de los centros de tratamiento, así como también los Centros de Día, los servicios de hogar con apoyo y los servicios residenciales.

Los Centros de Día, de Acogida y de Actividades dan cobertura a un área entre lo social y la promoción de la salud, difícil de delimitar y que, en consecuencia, pone de manifiesto

⁴ También llamados *Calor i cafè*.

las carencias en materia de coordinación y conocimiento mutuo de los diferentes niveles asistenciales, ya que se han ido creando recursos para atender situaciones de precariedad grave, pero muchos de ellos han surgido como recurso específico ligado a los programas y redes de atención a las drogodependencias y no como recursos ligados a Servicios Sociales de atención Primaria (BORRÁS y SARDÀ: 2004).

Ámbito local

En Reus se puso en funcionamiento “La Ileta” en 1998 con el objetivo de satisfacer necesidades básicas, ofrecer actividades lúdico-culturales, ocupacionales y facilitadoras de la inserción laboral a personas que presentan carencias básicas de tipo social y problemas de consumo de drogas. En respuesta a las Políticas de Reducción del Riesgo y los Daños relacionados con el consumo de drogas, incluyendo programas de objetivos mínimos como los de los llamados Centros de “Calor y café”, a la vez que también desarrolla actividades con objetivos de más exigencia y regularidad.

Otro objetivo básico de los centros de Reducción de Daños y Riesgos es el de velar por la educación para la salud pensado desde una perspectiva más allá de la heteronormatividad y transcultural, poniendo los medios técnicos necesarios para un consumo con menos riesgo (a veces pasa por una mayor higiene o por un mejor conocimiento de los riesgos sin plantear necesariamente la abstinencia), así como potenciar la adquisición progresiva de hábitos saludables. Es en este punto donde las diferentes perspectivas institucionales, y a veces también profesionales, difieren más en cuanto a criterios de pertenencia, inclusión o intervención, y donde se ha detectado una mayor incidencia de conflictos y carencias respecto a cómo gestionar y distribuir las prestaciones de servicios Sociales.

El Trabajo Social facilita la comprensión de la interrelación entre los factores psicosociales y la calidad de la salud de los individuos, grupos y comunidades (ITUARTE: 2009). Se convierte así en punto de conexión entre los diferentes dispositivos de atención a la salud y en lo social.

El concepto de coordinación ha sido estudiado por diferentes disciplinas académicas, como la sociología, la administración pública, la economía, las ciencias de la información y del comportamiento organizacional. Para esta última, históricamente se ha tenido en cuenta como un proceso conjunto de actuación por el que las organizaciones adaptan su respuesta hacia otra para cumplir tareas y objetivos compartidos (BUNGER, 2010). La dependencia de recursos (financiación, recursos humanos, información relativa a los usuarios, servicios, dispositivos ...) es el marco teórico dominante entre las relaciones interorganizacionales y la literatura sobre la coor-

dinación. Según este marco las instituciones o agencias de servicios dependen de un contexto externo y de otras organizaciones para obtener los recursos necesarios para cumplir sus objetivos, generan un sistema de interdependencias (BUNGER, 2010).

Se distinguen tres tipos de interdependencias, las conjuntas que se desarrollan en situaciones en que cada servicio proveedor trabaja de forma independiente, pero la suma acumulada de su trabajo contribuye al resultado. Un trabajador en un servicio de adicciones puede ayudar a un usuario a solicitar una ayuda de vivienda, al tiempo que un administrador de casos de una agencia de vivienda local está ayudando al usuario a localizar la vivienda. Este tipo de interdependencias requieren de interacciones poco intensas ya que funcionan de manera independiente, pero siempre y cuando las tareas se hayan definido adecuadamente (BUNGA, 2010). La interdependencia secuencial, acontece cuando el trabajo de un proveedor de recursos es esencial para el cumplimiento de la tarea de otro servicio o para el intercambio de recursos. Por ejemplo, las interdependencias secuenciales se producen cuando los proveedores independientes son responsables de la detección y el tratamiento: un servicio médico para atención a personas en relación al VIH depende intrínsecamente de los que proporcionan asesoramiento y tests previos al tratamiento. Finalmente, las interdependencias recíprocas resultan cuando el resultado final del trabajo colaborativo depende de los proveedores para ajustar los servicios en respuesta a los recursos recibidos o entregados (BUNGER, 2010). En una reunión entre un servicio de adicciones y uno de salud mental, hay que establecer pautas tanto en el intercambio de información sobre los recursos para una persona con patología dual, como en la configuración de planes de tratamiento. Además de la adaptación mutua y recíproca, este tipo de interdependencias pueden necesitar ser gestionadas a través de la estandarización y la planificación de los mecanismos de coordinación, y por lo tanto es el caso más difícil de interdependencia a gestionar, ya que requiere de interacciones intensas y complejas.

Desde 2015 se han iniciado coordinaciones entre el Equipo de Atención Primaria (EAP) de Montblanc, Servicios Sociales de Atención Primaria de la Conca de Barberà y el Servicio de Adicciones y Salud Mental del HUSJR. Son coordinaciones interdisciplinarias (médicos, educadores/as sociales, trabajadores/as sociales, enfermeras) donde se aborda de una manera holística las diferentes áreas de un mismo caso de una manera más efectiva. Podría ser un tipo de coordinación a tener en cuenta para ir implementando.

El trabajo diario requiere varias coordinaciones con los profesionales de otros recursos, como pueden ser los Servicios Sociales de Atención Primaria, pero también muchos otros que configuran la red asistencial a las personas. Las coordinaciones, muchas veces, dependen de la voluntad de los profesio-

nales de realizarlas, así como cuando se realizan, se observa, por ejemplo, un desconocimiento mutuo. Las coordinaciones no sólo pueden mejorar aspectos relacionales importantes para los profesionales, sino que también, y éste debe ser el objetivo principal, mejorar la atención al usuario a través del trabajo en red y la continuidad asistencial.

Los intentos de coordinación, según CANET (2002: 55) son todos muy valiosos y apreciables, pero nos falta todavía un marco general dentro del ámbito de la salud que defina las funciones y atribuciones, y obligue a coordinarse a determinados ámbitos donde la problemática socio-sanitaria tiene una importancia relevante. La complejidad de los problemas a tratar, requieren de una organización que sea capaz de coordinarse, dialogar internamente y sumar esfuerzos. Con una buena coordinación se consigue también una mejora de los niveles de cumplimiento y retención a los tratamientos.

Se establecerán protocolos y mecanismos de derivación y coordinación entre los centros especializados y la atención primaria, con el objetivo de optimizar la eficacia, no duplicar actuaciones, y canalizar las intervenciones de los profesionales de acuerdo con criterios de eficiencia, eficacia y calidad.

Es necesario que desde las instituciones se facilite esta tarea de coordinación entre los diferentes servicios de un territorio; tenemos ejemplos en que el anhelo de control por parte de la administración repercute negativamente en la atención que se da a las personas, duplicando intervenciones a realizar desde más de un servicio cuando con la intervención de sólo un de los servicios y posterior coordinación con otros intervinientes se podría resolver. La tarea de coordinación también debe contemplar el interés para dar respuestas singulares a personas singulares y por ello se hace imprescindible la reflexión conjunta, presencial o no, a fin de estimular la creatividad, tan necesaria cuando la intervención viene caracterizada por la precariedad de muchos de los usuarios a la vez que también se vive en los servicios a raíz de los recortes de los últimos años sobre un sistema que ya partía de una situación infra-desarrollada y con algunas deficiencias sobre todo en cuanto a programas de supervivencia básica.

Conclusiones

En primer lugar, y como hemos señalado, las políticas orientadas a desarrollar y lograr lo que hoy en día conocemos como Estados de Bienestar Social, incluyen el derecho a la salud, a la educación, a la igualdad, a la vivienda digna, trabajo y protección social. Lejos de alcanzar estos objetivos, algunas personas quedan al margen o en posición de desigualdad en relación a lograr la ciudadanía de pleno derecho y desarrollarse activamente en sociedad. Estas situaciones se encuen-

tran agravadas en el actual contexto de crisis del Estado del Bienestar, donde las prioridades políticas no van encaminadas al mantenimiento y mejora de la calidad de vida de las personas, sino que las prioridades van encaminadas al mantenimiento del sistema financiero. El Trabajo Social debe erigirse como una de las voces que reclaman una mayor atención de los colectivos más vulnerables, favoreciendo la prevención y continuar trabajando en el caso de las drogodependencias desde el paradigma de reducción de daños y riesgos. El coste que supone para la Administración Pública la no prevención y la no intervención en las diferentes problemáticas que afectan a estos colectivos acaba comportando una mayor gasto económico, debido a que las intervenciones posteriores son más costosas, así como un aumento de las infecciones, enfermedades y muertes.

La estigmatización del fenómeno de las drogodependencias puede hacer que los usuarios/as tengan dificultades para utilizar y aprovechar los recursos ya existentes. Se facilitará el conocimiento de los servicios y profesionales de atención primaria por parte de los profesionales de drogodependencias y al revés. Los profesionales deben facilitar el apoderamiento de las personas, al tiempo que orientan y tutelan el proceso de mejora de las mismas. Por lo tanto, es necesario una mayor optimización de los recursos, capacitación de los profesionales así como una mejora de la coordinación de todos los niveles de intervención.

Se debe abordar holísticamente la problemática y favorecer el acceso a los recursos normalizados. Hay muchos casos en que va estrechamente ligada la mejora social de un usuario/a con su mejora en relación al consumo de drogas. El tratamiento de una persona usuaria de drogas mejora mucho cuando mejora su situación social, lo que se facilita con una buena coordinación de Servicios Sociales de Atención Primaria y Servicios Sociales de Atención Especializada.

Con respecto a las drogodependencias en nuestro contexto, el tratamiento ambulatorio que se realiza a los dispositivos asistenciales depende administrativamente del Departamento de Salud y, en muchos casos, el proceso de reinserción, como pueden ser las Comunidades Terapéuticas y los pisos de reinserción, dependen del Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias. Por tanto, debería haber una colaboración estrecha y un sistema de coordinación estable y sistematizado entre los dos departamentos para poder dar una respuesta adecuada a las personas.

No existe una sistematización de las coordinaciones entre diferentes áreas de atención a las personas y, por ello, es importante establecer protocolos y mecanismos de derivación y coordinación entre los centros especializados y la atención primaria, con el objetivo de optimizar la eficacia, no duplicar actuaciones, canalizar las intervenciones de los profesionales de acuerdo con criterios de eficiencia y teniendo en cuenta los niveles de atención asistencial. Una Historia Social Comparti-

da entre los Servicios Sociales de Atención Primaria y Servicios Sociales Especializados, sería una herramienta interesante de explorar, ya que agilizaría el acceso a la información de los diferentes profesionales del ámbito social que intervienen en el caso en concreto.

En cuanto a los usuarios de los centros de adicciones, constatamos que hay población que se cronifica y envejece. Muchas de estas personas no cuentan con el apoyo familiar, ni social, son personas con déficits de salud y no pueden acceder a los centros residenciales, como sociosanitarios y residencias de mayores que existen actualmente, así como albergues de larga duración, en ocasiones por sutilezas propias de la exclusión que sufre este grupo de población y también por la escasez de recursos.

En toda la población general, y especialmente en la población más vulnerable, como pueden ser las personas que se encuentran en situación de marginación y también con problemáticas de consumos, los aspectos sociales son determinantes en la salud de las personas. Aspectos como la formación, vivienda con condiciones, alimentación, justicia social, trabajo, disminución de las desigualdades, acceso universal al Sistema de Salud y de otros derechos fundamentales son básicos para la población con unas condiciones óptimas de salud. Por eso los sistemas de protección social no deben desfallecer en las situaciones más precarias y no se debe escatimar en recursos para mejorar las condiciones sociales de las personas, ya que así se mejorará la salud de la población en general y en particular la de aquellas personas con especiales dificultades.

Debemos tener en consideración que recursos como albergues de transeúntes o comedores sociales son básicos y necesarios para la mejora de la calidad de vida de las personas con problemas de drogodependencias y de personas con déficit de cuidado personal, sobre todo y de manera creciente en los últimos tiempos, ya que cada vez nos encontramos con más personas con problemáticas de consumo de sustancias, que no tienen resueltas las necesidades básicas como puede ser el alojamiento y la alimentación básica diaria.

Otro aspecto a tener en cuenta por los profesionales y los recursos son las cuestiones de sexo, género y transculturalidad, por la rápida transformación de estas dimensiones, así como también por la poca relevancia que muchas veces se les ha dado y que ha podido influir de manera perjudicial en la respuesta dada por los recursos que intervienen, de ahí que se hace cada vez más necesario también establecer mecanismos de coordinación y transversalidad.

La urgencia de la crisis económica no nos debe hacer perder de vista cuestiones de vital importancia, como es el caso de las desigualdades sociales, así como tampoco podemos asumir como normales formas de exclusión y marginación social. Es importante incidir en la necesidad de reflexión, análisis y coordinación entre los diferentes agentes sociales, es decir, entre

los profesionales, instituciones, y representantes del tejido social y el tercer sector.

En el contexto actual, en el que las diferentes administraciones están reduciendo aún más los presupuestos destinados a la atención a la salud y los servicios sociales, la coordinación se presenta como herramienta de intervención indispensable para la mejora de la eficiencia de las diferentes intervenciones; los dispositivos deben tener los instrumentos para poder realizarla y las administraciones deben ser responsables e invertir en programas de prevención y promoción de la salud, para prevenir y paliar situaciones con problemáticas de consumo de sustancias, reforzando también su atención y los programas y recursos de incorporación.

Se debe hacer una previsión y, por tanto, investigar las nuevas necesidades y/o problemáticas sociales de futuro, para adaptar los recursos y poder mejorar de una manera efectiva la calidad de las personas con problemas relacionados con el consumo de drogas, ya que el progresivo envejecimiento de la población, las situaciones de extrema necesidad así como las especificidades derivadas de dimensiones sociales y culturales como el sexo, género o la interculturalidad pueden generar nuevas situaciones problemáticas que deben ser atendidas de manera específica.

Bibliografía

- ALONSO, J.M., DURAN, A.M, i LARRIBA, J. Què podem fer els serveis socials bàsics davant les drogodependències? GENERALITAT DE CATALUNYA. Col·lecció Eines 16. Barcelona. 2014. ISBN: 84-605-7338-9
- BECKER, H. *Outsiders. Sociología de la desviación*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno. 2009. Original 1963. ISBN 9789876290838.
- BORRAS, T. SARDÀ, A. Cambios sociales, cambios en los tratamientos. En: *Fundación Medicina y Humanidades Médicas*. 2004.
- BUNGER, A.C. Defining Service Coordination: A social work perspective. *J.Soc Serv Res*. October (2010) 1;36(5):385-401.
- CANET, M. “La coordinació del treball social de salut amb els serveis de benestar”. *Revista de Treball Social (RTS)*, núm. 166, juny. Barcelona: CODTS de Catalunya. 2002.
- ESTÉBANEZ, P. et al. *Medicina Humanitaria*. Ed. Díaz de Santos. 2005. ISBN 9788479786717.
- ITUARTE, Amaya. “El papel del trabajador social en el campo sanitario”. *Trabajo Social y Salud* n° 20. Marzo 1995 (275–290).
- ROMANÍ, O. *Las drogas. “Sueños y razones”*. Ariel. Barcelona. 1999. ISBN: 9788434411890