



#### **4.- PROPOSTA LÍNIES I ACCIONS A SEGUIR PEL 2013**

Un repte pel 2013 és poder demostrar (posar en valor) l'impacte social dels nostres serveis.

Des de la Coordinadora pel 2013 plantejem:

- La Marie-Anne defensa la necessitat de buscar finançament privat i mesurar l'impacte social.
- La Mercè apunta la necessitat que les Entitats siguem el màxim transparent possible i posem damunt de la taula les dificultats i realitats. Això surt de la informació que el Santi Molins aporta (després de les visites que està fent per recollir dades de les memòries) i que es troba forces irregularitats.

En aquest debat es planteja la conveniència de revisar la posició de les Entitats respecte al compliment de normatives, estàndards, filosofia d'actuació, etc. i actuar amb aquelles entitats que no s'ajustin al marc de la Coordinadora; ja que potser per si mateixes no plantejaran una sortida.

Donat que, actualment, s'està fent una revisió de les dades de la memòria tindrem informació directa i actualitzada, que ens permetrà prendre decisions respecte a Entitats que estiguin molt allunyades dels mínims.

#### **Consideraciones de Perico Montero:**

##### **Líneas de acción para la Coordinadora 2013 – 2015 Impacto Socio-Sanitario de Necesidad.**

Previo al informe que pueda ofrecer Santi Molins deseo hacer llegar mis puntos de vista al conjunto de Compañeras y Compañeros sobre la Coyuntura, (Visión posible desde lo que entiendo debería también entender la Coordinadora) y Misión Compartida por las Entidades que la integran, ambos asuntos que nada tienen que ver con la Visión y Misión particular de sus Entidades Miembros a la hora de ser mas o menos transparentes o acceder a éstas o aquellas cuotas de Calidad.

##### **Breve recapitulación histórica:**

De un tiempo a esta parte, el asunto "Dependencias" ha pasado a ser uno de los muchos aspectos bio-psico-sociales planteados en Salud Mental y Comunitaria asociados a otros Trastornos de Personalidad conducentes a la Exclusión Social, (eufemismo "Dual" no recogido en ninguna clasificación internacional, léase DSM IV-R o CIE-10) por cuanto las CT, que iniciaron su andadura por los años 80 del siglo XX en el tratamiento rural-aislado - considerado entonces muy necesario - de personas dependientes a heroína; "esa Dependencia" con todas las consecuencias socio-sanitarias asociadas (sin consideración a las mentales en ese momento porque primaba un criterio de Seguridad) era sin lugar a dudas el Eje Principal de actuación. Pero hoy y desde hace bastantes años, la Dependencia es, pese a ser motivo de derivación e ingreso en CT uno de los tantos ejes de intervención, dado dominan con claridad los Trastorno de Personalidad, se trate de neurosis graves, estrés post-traumáticos, psicopatías, psicosis, y sin embargo, no sólo se habla de "tratar dependencias" sino que hasta se confunde el término con el "tratamiento a las adicciones", hecho que bien se puede entender en el "libre mercado" porque en ese ámbito, cualquier mentira resulta válida.

Sabemos que la "dependencia" va desde el quedar enquistado en la infancia a Papá-Mamá siguiendo después por el marido o las sustancias – cuestión menos complicada cuando el tratamiento es precoz durante la adolescencia – hasta considerar aquellas en quien siendo adulto/a y mayor de 30 años involuciona hacia esa infantilidad perdida, por el fracaso en sus etapas de desarrollo.



Por las recientes publicaciones de Miguel Casas – profesor titular de psiquiatría de la UAB – y la de otros/as, se llega a considerar a la mayoría de las “dependencias” como una casi constante evolución natural de variados Trastornos de la Personalidad. No vamos a adherirnos a sus tesis de naturaleza genética neuro-humoral ( no entramos en la discusión ) pero si estamos de acuerdo con el elevado número de coexistencia entre <dependencias-trastorno de personalidad> que de hilar fino, abarcan a una mayoría de las personas asistidas en la XAD porque desde la reforma psiquiátrica han dejado de tener un espacio de tratamiento continuado.

Con la crisis económica y los recortes sanitarios esto se ha ido agravando, al extremo de dejar en la calle a los enfermos/as mentales no peligrosos/as como sucediese en la Gran Depresión de Estados Unidos. Pero ¡Cuidado! A quienes se les atisba conductas de riesgo social el aparato sanitario de Salud Mental “les ofrece de inmediato” Metadona (constante de las prisiones) o derivación hacia cualquier institución “CT” sin contemplaciones ni consideraciones, dado entienden, nuestros servicios son las “granjas” o “centros alternativos a la prisiones”, mucho mas baratos y por supuesto tangencial al Sistema de Salud.

Reitero: TANGENCIAL al sistema de Salud porque integramos la Taula del Tercer Sector y no nos relacionamos o apenas lo hacemos con la Psiquiatría o la Psicología Clínica. Nos hemos insertado en lo “Social” tal cual lo indica el punto 4 “impacto social” dedicado a resolver problemas a las familias, a los empleadores, a la Justicia o a la misma Sanidad, sin dar datos ni elaborar programas que demuestren nuestro discurso profesional también sanitario. Y así nos ven desde el exterior, Centros semejantes a los Evangélicos – por quienes siento un gran respeto – o con escasas diferencias que sólo pueden ser detectadas desde disciplinas como la sociología, la pedagogía o la antropología, nunca por la medicina ni la psicopatología actual.

Sobre los puntos de mínimos y máximos discutidos en la última reunión al inicio de este escrito, entiendo que la Coordinadora no es desde mi punto de vista un Ente Regulador de Centros; sólo un Coordinador nunca excluyente para un espacio donde faltan recursos, pero en donde se deben de exponer propuestas, ideas, metodologías factibles de aplicar para el reforzamiento de las Entidades que la integran. Nunca para descalificar el trabajo de las mismas. De ahí que proponga – no está en mi espíritu imponer un nuevo modelo a nadie – unas reflexiones para que se planteen algunos cambios.

¿Cuáles cambios?

### **1- En los Asuntos Profesionales:**

- **¿Aplicamos y registramos el diagnóstico multiaxial a partir de nuestros equipos operadores?**

No entro en si se apunta un número del CIE-10 o el del DSM IV-R. Sólo si éste o aquel equipo se encuentra familiarizado con los criterios diagnósticos acordados de manera universal de aplicación a las enfermedades mentales. Lo comento porque desde la XAD por vía CAS lo que nos llega a las CT es un formulario escueto, una historia social y poca cosa más. Y mejor dicho:

- **¿Cuántos Centros aplican para sus intervenciones individuales (PTI) los Ejes II-III y IV?**

Es algo bastante común recibir personas desde instituciones psiquiátricas sin diagnóstico en el Eje II con algún borrador en el III y con Valoración de Alta por el Eje V del 80% cuando en ocasión de ser acogida por nosotros se encuentre a la inversa, con una discapacidad del 80%. Luego; si nos contentamos con “sus discursos” y callamos, otorgamos situándonos en el “no saber”, o sea fuera de una igualdad/equiparación en tanto profesionales de la Salud.

Hemos de trabajar profesionalmente en lenguajes inteligibles para todas las disciplinas. La tendencia al alza sigue siendo biologista, “el síntoma es sinónimo de sustancia prescrita”, observamos de manera rutinaria cómo son rotulados de depresivos a pacientes en carencia por estimulantes, de



hipertensos a pacientes alcohólicos crónicos puros o combinados con cocaína. A poco de ingresar quedan hipotensos o se normalizan sin medicación. Lo mismo pasa con las carencias de Tiamina y las indicaciones quirúrgicas a alcohólicos de lógica indicación pero de absurda oportunidad, dado la inmensa mayoría de nuestros usuarios debe pasar meses de abstinencia para encontrarse en condiciones aceptables antes de someterse a una intervención quirúrgica.

Otras veces nos llegan pacientes “deprimidos”, cargados de hasta dos principios activos “antidepresivos” y neurolépticos de segunda generación aún “intoxicados”. No resulta sencillo decidir la reducción, ajuste o supresión ni lo puede realizar alguien que no esté formado en psicofarmacología y drogodependencias. Todos estos asuntos que en el pasado fueron excepcionales hoy resultan ser rutinarios para las CT.

Si en nuestros Centros no contemplamos éstos u otros parámetros biomédicos y psicopatológicos, contentándonos con un informe-relato de naturaleza social-comunitaria vamos al trastero de la Salud como lo son las instituciones penitenciarias “de rehabilitación” con sus distintos planes de acuerdo a las sentencias judiciales.

En suma: Todos los dispositivos CT deberíamos de “diagnosticar y realizar un PTI en base a los cinco ejes de clasificación internacional”. Ello no significa se pierda el horizonte longitudinal de la intervención ni se le quite valor a la vida comunitaria; sólo que al final nos habituemos a comunicar con el resto de profesionales de la Salud.

## **2- Cuestiones Legales:**

### **– ¿Cuántos Centros están bien registrados y autorizados por la la Dirección General de Salud?**

Estos extremos (registro y autorización de Salud) significan cumplir con un conjunto de Normas (las últimas del 2011) de Seguridad, Intimidad, Accesibilidad, Iluminación, Ventilación, Calefacción, Seguridad contra Incendios, Seguridad Alimentaria, Control de Proveedores, Evacuación de Residuos, Bomberos, hasta las últimas sobre Control de Calidad en los Edificios.

Los protocolos de – sólo el mantenimiento – para estructuras y equipamientos sociales implican una serie de controles y acciones que son de obligado cumplimiento por personal cualificado – no necesariamente técnico/a en drogodependencias – que no fueron considerados en toda la historia de las CT y además quedaron en la cuneta durante la única evaluación llevada con la FAD.

Ya os lo comenté en otras ocasiones. El tema no lo planteo con ánimo de exclusiones porque soy contrario a ello – ése fue y será un tema de la Administración – pero sólo deseo hacer recordar que la Ley se debe intentar cumplir siempre, porque el grueso de nuestros recursos económicos procede de las arcas públicas, lo que un día fue defendido por Bienestar Social i Família como un Servicio Esencial ¿hasta cuando seguirá siendo así?

### **– ¿Cuántas CT registran pautas de medicación interna tengan botiquín o depósito de Farmacia?**

Nosotros no optamos por justificar el uso de psicofármacos en “continuidad a lo pautado afuera” como si de un familiar se tratase. Esta posición se contraviene a nuestras pretensiones profesionales porque si admitimos pacientes en tratamiento con Metadona, consideramos como mínimo unas pautas de reducción y ajuste.

Además de Metadona se prescriben y administran psicofármacos de “necesidad” obviamente controlados por el Equipo Asistencial y no por el profesional sanitario del CAP de Zona. ¿Que si tenemos tal o cual ratio de personal? Que se revisen porque así no se debería continuar.



**Para el apartado concluyo** en la necesidad de contar con mas horas de medicina/enfermería (excluyo a los Pisos) abogando para que en los informes de la naturaleza que sean, quede plasmada la evolución biomédica desde el ingreso al abandono del dispositivo.

– **Sobre la Filosofía de Actuación en el Marco de la Coordinadora.**

No cabe duda existen diferencias entre las Entidades de la Coordinadora. Y eso es bueno, dado hasta la fecha no existe por mayor rigor que se le desee aplicar al ámbito teórico y doctrinario, ningún programa que se pueda descalificar en su trabajo asistencial-social en tanto cumpla con los Derechos de sus Usuarios/as-Pacientes y Personal Operador de acuerdo a las directivas internacionales OMS y Europeas.

Me caben enormes dudas, el informe que aporte Santi tenga abordado asuntos de esta naturaleza; y exceptuando haya recibido quejas directas de Operadoras/es o Usuarías/os, no creo que ninguna de nuestras Organizaciones incumpla la esencia de su Misión.

Después; seguro que hay Visiones distintas para el Mundo, la Sociedad, el Origen y el Destino; puede en muchos casos de apariencia contradictorias. Ello suele darse incluso dentro de un mismo programa de apariencia homogénea. Por lo anterior concluyo:

El Marco de la Coordinadora no puede ser otro que el de acogida de todas las corrientes de pensamiento que respeten la Visión de los Otros. Desde esta perspectiva, toda aportación nueva debería ser bienvenida, siempre y cuando no se constituya como “Secta Peligrosa” contraria a Derecho en una Sociedad que se dice Democrática Representativa.

Con afecto y mis mejores deseos a la Asamblea para la que aspiro participar.

Perico Montero.

En Susqueda - Osor a 3 de febrero 2013.