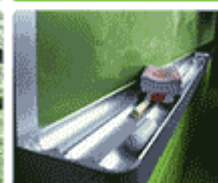


**Informe de Relato Taller del Instituto de  
Adicciones de Madrid Salud**

**“La Red del Futuro”**



**Instituto de Adicciones – Madrid Salud – Ayuntamiento de  
Madrid**

**Atn. D. Francisco de Asís Babín Vich  
C/ Juan Esplandiu 11. Madrid. 28007**

Elaborado por  
**Paloma Jiménez**  
Revisado  
**César Martín Gómez**  
2 de Junio de 2007

Manuel Luna 12, 2º  
28020 **Madrid**  
T +34 911857800  
F +34 9142410

Pisuerga 24, PB  
08028 **Barcelona**  
T +34 902885766  
F +34 934405845

Avda. Santa Ana 7, 2º  
48940 **Leioa-Vizcaya**  
T +34 902885766  
F +34 944630808

Vicente Berdusán s/n  
Bloque D1, Bajos A13  
50010 **Zaragoza**  
T +34 902885766

Poeta Vicente Gaos 3, BI  
46021 **Valencia**  
T +34 902885766  
F +34 963891688

# Índice

1. Objeto y Alcance.....	3
2. Datos Iniciales .....	3
3. Relato del Taller “La Red del Futuro”.....	3
4. Conclusiones del Taller “La Red del Futuro” .....	8

## 1. Objeto y Alcance

El presente informe tiene por objeto **relatar** el contenido y desarrollo del Taller “**La Red del Futuro**” para establecer el análisis y las conclusiones adecuadas.

Este taller junto con otros ocho se enmarca dentro de la jornada “Hacia un nuevo Plan de Adicciones en la Ciudad de Madrid” convocada por el Instituto de Adicciones de Madrid Salud el pasado 23 de Mayo de 2008.

## 2. Datos Iniciales

- Taller relatado: La Red del Futuro.
- Fecha: 23 de Mayo de 2008.
- Horario: 9: 30 a 14:00.
- Coordinador: D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Nieves Herrero Yuste. Subdirectora General Coordinación.
- Relator: Paloma Jiménez Gutiérrez. PRYSMA.

## 3. Relato del Taller “La Red del Futuro”

A continuación se expone el relato de los contenidos desarrollados en el Taller “La Red del Futuro” donde se trata cómo puede concebirse una red de atención integral a las adicciones, hacia donde la evolución de los centros, servicio, programas y recursos.

El relato de los contenidos se realiza en el mismo orden cronológico en el que se desarrolló.

### Exposición realizada

Abre la jornada D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Nieves Herrero Yuste. Subdirectora General Coordinación agradeciendo la presencia de los asistentes y explicando el funcionamiento de los talleres animando a la participación de los asistentes.

Seguidamente se da paso a una presentación “La Red del Futuro” (ver presentación adjunta).

Tras esta exposición se abre el turno de intervenciones planteando una serie de preguntas:

- Acceso a la Red de nuevos perfiles de consumidores.
- Estrategias de la Red para mejorar la captación precoz.
- Como podría articularse la respuesta de la Red a trastornos complejos como: patología dual, consumidores de cocaína.
- Como deberían ser los centros ambulatorios del futuro.
- Como deberían ser los recursos de la Red en el futuro.
- Como deberían articularse la Red específica de adicciones con otras redes.
- Otras cuestiones.

Existe un problema en la imagen, que no es real, de los Centros de “mala fama/marginal”, “mal visto”. **Es necesario cambiar la imagen.**

Es necesario un **cambio de imagen y de lenguaje**, no hablar de programas de intervención específicos sino de programas de tratamiento.

Hay una realidad. C Campo y Fucar tiene pacientes muy cronificados. Cuando llega alguno más normalizado no quiere pasar a la sala de espera.

Nosotros también tenemos que cambiar la imagen que tenemos de los CADs

Existe una alta demora en trámites burocráticos al no existir recursos.

**Es necesario mejorar la captación de pacientes, al haber cambio, antes era el CAD ahora también los médicos de Atención Primaria, quienes en la mayoría de los casos, desconocen a dónde derivar. Y derivan a la FAD o a SM.**

**Estrategias de captación: hacerse ver, conocerse a través de las nuevas tecnologías: internet, tv, radio..., a través de campañas veraces y delicadas, ofreciendo un servicio urgente y con servicio mas cercano. Es muy importante el espacio, que no coincidan pacientes tan diferentes en el mismo espacio,.. expertos en diseño.**

La RED del futuro: para captar hay que detectar/sensibilizar y es necesario:

- **La coordinación con el resto de instituciones, como: Atención Primaria, Urgencias, Trabajadores Sociales... para que se conozca lo que hay.**

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dar a conocer los sistemas y recursos que se disponen.</li> <li>- Darse a conocer a nivel empresa/ trabajo/ mundo laboral “grupos emergentes”</li> <li>- <b>Mejorar la imagen del CAD.</b></li> <li>- Ofrecer programas adaptados a los perfiles, dar una intervención de tipo bio-psico-social.</li> <li>- Mejorar la imagen de los CADs, plantearse la dispensación de otra manera. Hemos avanzado en captar el deterioro pero hemos perdido captación de pcientes más normalizados.</li> </ul>
<p>No espacios VIP, hacerlo de otro modo.</p>
<p>Es necesario realizar una <b>captación y atención precoz.</b></p> <p>En relación a la accesibilidad de la Red: Diferenciar a los pacientes para acceder al tratamiento y evitar futuras derivaciones.</p>
<p>Se olvida el factor de exclusión social</p>
<p>Se resaltan los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mejorar la captación y retención: ver sus necesidades subjetivas y dar respuesta adaptadas, es decir monitorización y flexibilidad en las respuestas.</li> <li>- No puede haber compartimentos estancos entre la prevención selectiva y la indicada</li> <li>- <b>Mejorar la coordinación en las intervenciones; mejorar el manejo y conocimiento de la Red en Atención Primaria.</b></li> <li>- Los CADs deberían ser líderes comunitarios de Atención en Drogodependencias. Ay que recuperarlo.</li> <li>- Dignificar la imagen del consumidor de drogas, mejorar su imagen social y no la imagen de los CAD´s.</li> </ul>
<p>Se debe tener en cuenta que a mayor distancia cultural menor es la captación.</p> <p>Por otro lado falta una <b>gran coordinación con resto de Redes</b>, se atiende mas de lo que se debe, porque no se sabe que hacer con algunos pacientes.</p>
<p><b>Propone pasar pacientes de Metadona a Ambulatorios para liberare los CAD´s y también Atención Primaria debería derivar a los CAD´s a aquellos que realmente quieren ayuda y tratamiento.</b></p>
<p>Cambio de nombre de CAD (Centro de Ayuda al Drogodependiente) por:</p> <p>Centro Ambulatorios de Conducta; Centro de Conductas Adictivas; Centro de Tratamiento Rehabilitador; Centro de Atención a las Drogodependencias...</p> <p>Centros de atención a las Adicciones</p>
<p>Propone hacer una campaña de conocimiento general de los CAD: campaña de imagen institucional</p>

<p>por los ciudadanos.</p>
<p>En su opinión existe un alto desconocimiento por parte de la población de qué es un CAD y resalta que un CAD es un centro de prevención y promoción de la salud. Enfermería no estamos rentabilizados en prevención y promoción de la salud.</p>
<p>Expone como debería ser un Centro Ambulatorio de Futuro:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estudio de estructura y profesionales, tener en cuenta captación y mantenimiento.</li> <li>- Trabajar con la comunidad: integración como especialistas.</li> <li>- Formar a lo profesionales a través de protocolos.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- En su opinión se debe coordinar con el resto de redes para firmar acuerdos de servicio: limitando hasta donde llega cada uno, para ello:</li> <li>- Definir a los pacientes, y a quien le corresponde la responsabilidad.</li> <li>- Definir los profesionales (delimitar responsabilidades actualmente desdibujadas).</li> </ul>
<p>Recuerda que los pacientes son de todos, cada uno con su especialidad y que es necesario rentabilizar la Red.</p>
<p>Se deben definir funciones, para ver hasta donde aborda cada uno, igualmente se deben coordinar con el resto de centros y realizar una difusión en los colegios profesionales.</p>
<p>Plantea el problema de la agresividad de algunos pacientes de cocaína que llegan a someter a malos tratos a las familias</p>
<p>Tenemos muchos casos de éstos. Nos lo cuentan las familias.</p>
<p>Para el caso de los trastornos complejos, existe una alta saturación y no se dan citas con menos de dos meses.</p>
<p>Es necesaria una buena <b>coordinación entre la red de salud mental y la red de drogas</b>; siendo los recursos de la red de salud mejores que los de drogas, por lo que es necesario conocer donde empieza una y otra.</p> <p>La coordinación para trabajar no debe depender de la persona sino de la coordinación a nivel institucional.</p>
<p>Hay una gran dificultad de hacer un buen diagnostico en un CAD, debido a la falta de tiempo.</p>
<p>En los CAD´s no existen equipos específicos para la patología dual, por lo que agotan al equipo. Propone incluir un psiquiatra en el equipo.</p>
<p>Metamos un psiquiatra pero el problema son los recursos para estos pacientes.</p>
<p>Para la patología dual debe haber una intervención dual. En este sentido se debe dar una respuesta social y sanitaria.</p>
<p>Es necesario coordinación con psiquiatría (el tratamiento solo se sabe un tiempo después del no</p>

consumo).
<b>Existe un perdida de tiempo en gestiones administrativas (documentación de derivación duplicada, cartillas que necesitan guías, diferentes líneas de los equipos, no existe claridad entre equipos: distintas recetas...). Es necesario la centralización/estandarización de datos, para el bien interno, del propio paciente y de la continuidad del mismo en las redes.</b>
<b>Tenemos pacientes sobreatendidos</b>
En su opinión los CAD´s se deben reorganizar creando una red especifica de tratamiento de adicciones.
Describe que se realizan proyectos con distintas redes (ventana contra ventana) y existe personal común a ambas redes.
Son necesarios Programas integrales – inter-redes: unir a las redes en torno a un programa común, para aportar los recursos y dispositivos adecuados
Es necesario: definir red, a quien atender, limites de cada red y coordinación, responsabilidad /trabajo. Igualmente se debe aumentar la “interdisciplinalidad”. Hay cosas que mejorar pero hay otras que tienen que ver con los límites de nuestra red. El CAD del futuro sería definir bien cual es nuestro trabajo, en qué consiste, el de cada profesión. Volver a dibujar el perfil de trabajo de cada uno
Deberían retomarse las visitas a domicilio en los casos en que sean necesarias. El TS puede y debe hacerlo.
Recalca que debe haber atención integral-integradora.
Por otro lado se debería crear un centro de día: gestionado de forma integral por ambas redes (salud mental y adicciones).
Se deben revisar y cambiar los programas en función de los pacientes actuales. Por otro lado hay una falta adaptación de recursos.
Llama su atención sobre el Cuidado que debe haber con el asistencialismo (solo falta “llevarles a casa”).
En Valencia el toxicómano ha dejado de ser un “privilegiado”. El servicio que se le da es un médico y un psicólogo El TS está en los S Sociales. En SM tienen que esperar ola, los ven 1 vez al mes.
Se expone que existen dispositivos pero no se conocen. Como ejemplo el apoyo y acompañamiento a determinados pacientes...
Hay un sector de la población multiproblemático en el que solo un 25% es un problema de drogas. Hacen falta más medios, pero no sol de la red de drogas
La asistencia (lo que compita al profesional) debe ser integradora (coordinarse con el resto de recursos).
Se debería aumentar el número de grupos de los CAD, para optimizar los tiempos.
Hay que optimizar. Puede que se estén haciendo cosas n los CADs que no nos correponden y en

cambio otras no se hacen ¿Conocemos bien las otras redes?
El CAD como centro rehabilitador y para el cambio del estilo de vida. Luego coordinarse para normalizar.
El nombre nuevo del CAD: Centro de atención a ls Dependencias y “nos ahorramos una pasta”
Red de Personas sin Hogar, Red de Adicciones, Red de S Sociales. Optimizar
Optimizar, modernizar, nuevas estrategias rentabilizando las antiguas, relaciones de simpatía y de respeto, valorar el trabajo del otro (otras redes), apliar publicidad (página de munimadrid)
Da por concluido el taller repasando las principales conclusiones (se exponen en el punto 4) y agradeciendo la presencia a los asistentes.

#### 4. Conclusiones del Taller “La Red del Futuro”

A continuación se expone las conclusiones del relato de los contenidos desarrollados en el Taller “La Red del Futuro”.

Para la identificación de conclusiones se han tenido en cuenta por un lado las opiniones más repetidas y por otro aquellas opiniones que sin haberse repetido han contado con un apoyo generalizado por el resto de participantes en el momento de su exposición:

- **Surge un debate en torno a la imagen de los CADs. Se comenta que la imagen actual es disuasoria para los perfiles con un mayor grado de normalización, lo que crea dificultades para la captación de un determinado tipo de pacientes. Se comenta también que las salas de espera en horarios de dispensación de metadona hacen que algunas personas no quieran entrar. Se apunta que esa imagen de los centros la compartimos también las personas que trabajamos en drogodependencias y que es necesario modificar nuestra propia percepción.**
- **Se plantean posibles soluciones, como:**
  - **El cambio de nombre de los Centros**
  - **Acotar espacios y horarios diferentes. Pedir ayuda a expertos en diseño**
  - **Realizar campañas de difusión de los centros que resulten atractivas**
  - **Mejorar la coordinación con las redes de S Sociales y de Atención Primaria**
  - **No hacer compartimentos estancos entre prevención selectiva e indicada**
  - **Recuperar la imagen de los CADs como líderes comunitarios de Atención a las Drogodependencias.**

- **Dignificar la imagen del consumidor de drogas, mejorar su imagen social y no la imagen de los CAD’s.**
- **Es necesario mejorar la captación de los pacientes, para ello se propone:**
  - **Realizar campañas veraces y delicadas, capaces de llegar a los nuevos grupos emergentes (trabajadores, inmigrantes...) y dar a conocer los sistemas y recursos que se disponen.**
  - **Dar una nueva imagen del CAD (como centros de prevención y promoción de las salud), incluso llegar a cambiar el nombre, o mejorar la imagen social propio consumidor/usuario dignificándola.**
  - **Hacer la difusión también a los colegios profesionales.**
- **Hay que optimizar los CADs. Redefinir las funciones y prioridades de los mismos y de la red de Adicciones, no dejar de hacer lo que tenemos que hacer para hacer lo que no nos corresponde. Concretar los límites y las prioridades.**
- **Dentro de esta optimización se señala la reorganización de algunos CAD’s liberándolos de los pacientes de Metadona, pasándolos a Atención Primaria, derivando a los CAD a aquellos que realmente quieren ayuda y tratamiento para dar una intervención de tipo bio-psico-social.**
- **Centralización/estandarización de datos para minimizar los tiempos en gestiones administrativas y poder aumentar los tiempos en los diagnóstico**
- **Mejorar la coordinación con el resto de redes/instituciones, mejorando el manejo y el conocimiento en la Red de Atención Primaria, Urgencias... para ello debe definirse:**
  - **La propia red y sus límites, para prestar una asistencia integradora**
  - **Los pacientes, recordando que son responsabilidad de todos, cada uno desde su especialidad**
  - **Los profesionales, delimitando sus responsabilidades actualmente desdibujadas, para ver hasta donde debe abordar cada uno.**
- **Frente a patologías duales, es necesario, intervenciones duales, dando respuesta social y sanitaria a través de la coordinación entre las distintas instituciones mediante programas integrales-interredes. La opinión de alguno de los asistentes es que los CADs deben contar con psiquiatra. Otros opinan que el problema no es el psiquiatra sino la falta de recursos para estas personas y que cada red debe asumir la responsabilidad que le compete en el tema de patología dual. Necesidad de programas integrales e inter-redes.**
- **Igualmente en el tema de patología dual se plantea entre otras cosas el problema que se genera por la agresividad de algunos pacientes.**
- **Es importante tener en cuenta el tema de la exclusión social. En muchos casos la problemática de la drogodependencia es solo una parte de un problema más global de exclusión social, que necesita un abordaje también global.**