PLA d'ASSISTENCIA PSIQUIATRICA de BARCELONA

-1981-

I N D E X

1.- Ambit legal

2.- Sessió 6 de Març de 1.980

3.- Projectes realitzats

3.1.- Nous equipaments
3.2.- Control i Seguiment
3.3.- Jornades de Salut Mental
3.4.- Clínica Mental
3.5.- Conclusions

4.- Descripció i situació dels projectes en curs

4.1.- Pla psiquiatric Barcelona-ciutat
4.2.- Escola Formació Professional per auxiliars psiquiatrics
4.3.- Area Sanitaria 9 (Baix Llobregat)
4.4.- Vallés Occidental
4.5.- Vallés Oriental
4.6.- Anoia
4.7.- Bergueda
4.8.- Bages
4.9.- Maresme
4.10.- Badalona
4.11.- Sánta Coloma
4.12.- Martorell
4.13.- Fundació Vidal i Barraquer
4.14.- Jornades de Psiquiatria (50 Aniversari)
4.15.- Inici coordinació amb la Generalitat
4.16.- Balanç

5.- Bases Programatiques (criteris orientàtius per una política assistencial psiquiatrica)

5.1.- Introducció
5.2.- Models assistencials

5.2.1.- Enquadre conceptual
5.2.2.- Situació actual
5.2.3.- Propostes més recents

5.3.- Projecció de futur

5.3.1.- Marcs de referencia
5.3.2.- Criteris orientatius per un millor aprofitament dels recursos

5.4.- CONCLUSIONS

DIPUTACIÓ DE BARCELONA

6.- Programa Psiquiatric 1.981.

6.1.- Introducció
6.2.- Propostes concretes
6.2.1.- De tipus general
6.2.2.- Nous recursos

1.- AMBIT LEGAL

1.- AMBIT LEGAL.

Cal diferenciar la normativa específica de la psiquiatria que ens situa a la llei del 31 algunes disposicions d'ambit estatal que no van tenir ni han tingut cap rellevancia en l'ordenació de l'assistencia, d'aquella que atribueix a les Diputacions, com a obligacions mínimes, la competencia sobre aspectes de tipus benefic i que els hi assigna una activitat subsidiaria a la de l'Estat.

El que és significatiu en aquest capítol és precisament el buit legal i la nul.la resposta en els plantejaments sanitaris estatals en relació a la malaltia mental. Aquest fet sumat al caire d'organismes de segona línea atribuits a les Diputacions han deixat a l'assistencia psiquiatrica totalment orfe de qualsevol plantejament tecnic per a sumir-lo en la burocratització i en la realització d'edificis més o menys lligats a plantejaments de renovació puntual de les condicions d'habitatge pero sense anar precedit d'un marc referencial de tipus assistencial.

Una bona mostra del que venim de dir es pot veure en les referencies legals que transcrivim seguidament.

La"Ley de Bases de la Sanidad Nacional" de 25 de Novembre de 1.944, pel que fa els serveis sanitaris de les Diputacions preveu que: "... deberán sostener instituciones para la asistencia infantil, maternal y psiquiátrica incluso con servicios de urgencia y dispensarios anejos. Corresponde al Ministerio de la Gobernación determinar el grado de desarrollo de estos servicios en relación con las necesidades y posibilidades de cada provincia".

La Llei de Regim Local de 1.945 disposava com a obligacions mínimes de les Diputacions entre d'altres :"La instalación y sostenimiento de un Hospital Psiquiátrico con servicios de observación y tratamiento de dementes. En tanto no sea organizado, las Diputaciones Provinciales podrán concertar con establecimientos públicos o privados a ser posible de la misma provincia".

Finalment la dita Nova Llei de Bases de Regim Local assenyalava per a les Diputacions "El sostenimiento de establecimientos sanitarios por sí o mediante concierto con la Administración del Estado, con las instituciones de la Seguridad Socials o con particulares. La actividad provincial en esta materia será subsidiaria de la del Estado o Entidades paraestatales".

La manera d'aplicar aquestes obligacions havia estat lligat a la concepció classica de la beneficencia, és a dir, quelcom que s'atorga gradiablement a aquell qui ho demana després de complimentar un seguit d'impresos i d'aportar documents de filiació, bona conducta, ingressos, etz. de l'examen dels expedients se'n desprenia que no eren atesos si previament la familia no firmava el compromís d'atendre el pagament de les taxes que s'impósaven mitjançant l'Ordenança fiscal. No és fins els darrers

anys de la decada dels seixanta que es comença a plantejar l'ingrés d'urgencia per els habitants de comarques.

De l'analisi de les estructures administratives que s'ocupaven d'aquesta tasca es pot concloure que la finalitat primaria, és a dir, a la que es dedicaven uns recursos, era la de complimentació d'expedients i aplicació de les taxes mentre que fer "gestionar" els recursos assistencials com a tals no hi havia cap estructura.

2.- SESSIO DE 6 DE MARÇ DE 1980

DIPUTACIÓ DE BARCELONA

2.- Sessió del 6 de Març de 1.980.

Aquesta sessió va tenir una significació especial pel fet de plantejar l'actuació de la Diputació en una nova dimensió. Al marge dels plantejaments que s'hi van fer sobre clarificació de les contraprestacions a les que s'obligaven les institucions, a atansar recursos cap a serveis extrahospitalaris el plantejament de participació dels Ajuntaments en el seu desplegament, és a dir el programa d'actuació que es va proposar a la Comissió (veure anex 5.3), va tenir dos valors que conve destacar. El primer el d'explicar, per primera vegada un programa d'actuació en el que es parlava dels recursos economics (pressupost) i de la seva aplicació marcant uns objectius i fent una valoració dels mitjans.

Com hem vist en l'apartat anterior el que convida a fer la legislació vigent és a suplir més responsabilitats no assumides clarament per ningú i per tant facilment eludibles. El segon va ésser el de reunir, per primera vegada un equip interprofessional per a preparar la proposta que havia encarregat el President de la Comissió. Aixo es va fer mitjançant la participació de personal de Secretaria, del Gabinet Tec nic, de la Clínica Mental i de la Unitat de Malalts Mentals i de l'antiga unitat d'Activitats Assistencials. La constitució momentanea d'un equip interprofessional va ser molt enriquidor per a tots i també un antecedent clar per establir les necessitats de l'Area de Sanitat i Serveis Socials.

Com a conclusió d'aquest punt podriem destacar el canvi qualitatiu que va suposar el plantejament de l'assitencia que prestava la Corporació i, dins dels recursos de que es disposen, prendre el compromís global i assumir un canvi en la forma de prestació i constatar que per a donar una resposta diferent calia també un equip huma interprofessional per a fer possible la política que es marcava a la Comissió.

3.- PROJECTES REALITZATS

DIPUTACIÓ DE BARCELONA

3.- PROJECTES REALITZATS

3.1.- Nous Equipaments:

L'any 1.980 s'inicià - com s'ha explicat en el punt anterior - un nou procés, en el qual la Diputació supera el concepte "d'obligacions mínimes" al entendre que havia de crear mitjans que donessin una resposta assistencial prop de la comunitat, que per aquells casos susceptibles d'ésser internats podés mitjançant una assistència extrahospitalària adequada evitar l'internament.

Va ésser criteri de la Comissió Informativa de Sanitat i Serveis Socials, que per a tirar endavant aquest nou procés, es fes d'acord amb els Ajuntaments on s'haurien d'anar creant aquests nous recursos i que per a seguir i controlar l'assistència que es donés, es signés un conveni entre l'Ajuntament corresponent i la Diputació en el qual es contemplava la creació d'una comissió mixta de seguiment.

Per això, al llarg de l'any 1.980 i principi del 81 es va continuar amb el torn de converses iniciades amb els ajuntaments.

S'han mantingut converses amb els Ajuntaments següents : Mataró, Sabadell, Berga, Granollers, Vilafranca, Sant Boi, Badalona, Santa Coloma, Vic, Terrassa, Martorell, Igualada, Ajuntaments del Baix Llobregat corresponents a la zona 9 fixat pel mapa sanitari.

D'aquestes reunions es va concretar l'apertura dels següents equipaments:

Centre de dia"Torre de la Creu" (Sant Joan Despí)

Consulta externa : Sabadell

Vilafranca del Penedes
Vilanova i la Geltrú

Vic

3.2.- Control i seguiment :

A partir de la sessió de la Comissió Informativa de Sanitat i Serveis Socials del dia 6 de març de 1.980, s'han efectuat visites a totes les institucions psiquiàtriques concertades per tal de conectar més directament amb el personal tècnic i administratiu de les dites institucions.

Per primera vegada s'ha pogut controlar les variables que configuren la fórmula pactada en el conveni com a mitjà de fixació dels preus. Es tracta concretament de l'IP/LL real comprovat a través del C 2 . Això ens ha permés conèixer el cost mig personal de cada institució i en alguns casos, (aquelles institucions que tenen concertats tots els llits amb la Diputació) com I.N. Martorell, constatar l'es-

tructura de costos interns, és a dir el percentatge que representa el cost de personal sobre els ingressos totals que rep la Institució. Aquestes són dades del tot necessàries per poder anar adequant la fórmula a la realitat

A nivell tècnic s'han produït diverses reunions amb cadascuna de les institucions per a discutir aspectes del conveni, evolució de l'assistència, programes de futur (se'ns han facilitat projectes de noves consultes externes i centres de dia), propostes de reestrucutració de l'actual sectorització, etc. Tota la informació recollida, un cop analitzada estava pendent de l'aprovació del Pressupost i en funció de la capacitat econòmica disponible per als recursos extrahospitalaris, decidir les prioritats.

Per a tractar aspectes més globals com és el cas de la Planificació Psiquiàtrica per a Barcelona-ciutat, s'han mantingut reunions conjuntes de l'equip tècnic de l'Ajuntament, l'equip tècnic de la Diputació i totes les Institucions.

En aquestes reunions es fa patent un canvi d'actitut d'algunes d'elles que manifesten una voluntat de canvi dirigit a la transformació de les actuals estructures manicomials (indicador d'això serien les modificacions que s'han produït en alguna direcció tècnica) i accepten l'entrada en el sistema de nous recursos assistencials surgits al marge d'elles.

En els convenis signats es preveu la constitució d'unes comissions de seguiment.

La Diputació, per Decret data 1er. d'abril de 1.981, designa els delegats de la Corporació en aquestes comissions. S'inicia el proces de constitució d'aquestes per incidir d'una manera regular en el control i seguiment de l'assistència.

El seguiment de l'assistència als nivells que s'esmenten requereix d'una estructura de personal tècnic capaç d'arribar a un nivell suficient d'anàlisi, que permeti l'adopció de decisions correctes, doncs el sistema es prou complexe (intervenen 7 institucions, cada dia més Ajuntaments, hi ha un moviment anyal no més d'internament de 8.000 persones, equipaments extrahospitalaris, i noves expectatives que s'estan obrin). Aquest fet s'ha tingut en compte en la Reforma Administrativa de l'Àrea.

el projecte de

3.3.- Clínica Mental :

Per decret de Presidència de data 13-I-1.981 es va constituir la Junta Coordinadora de la Clínica Mental amb l'encàrrec especial de que elaborés el Reglament i la Reforma de la Clínica,

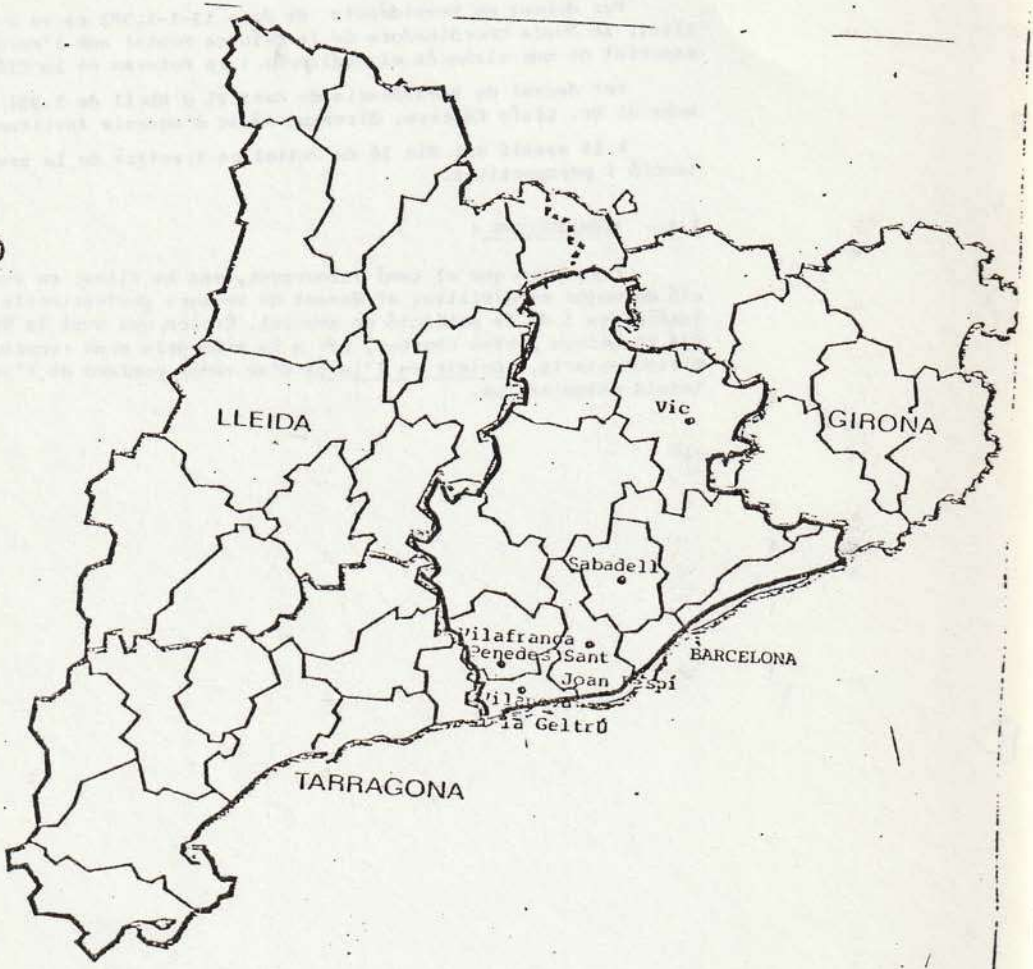
Per decret de Presidència de data 21 d'Abril de 1.981 s'anomena al Dr. Lluís Cabrero, director mèdic d'aquesta Institució.

A la sessió del dia 16 de Juliol es tractarà de la seva situació i perspectives.

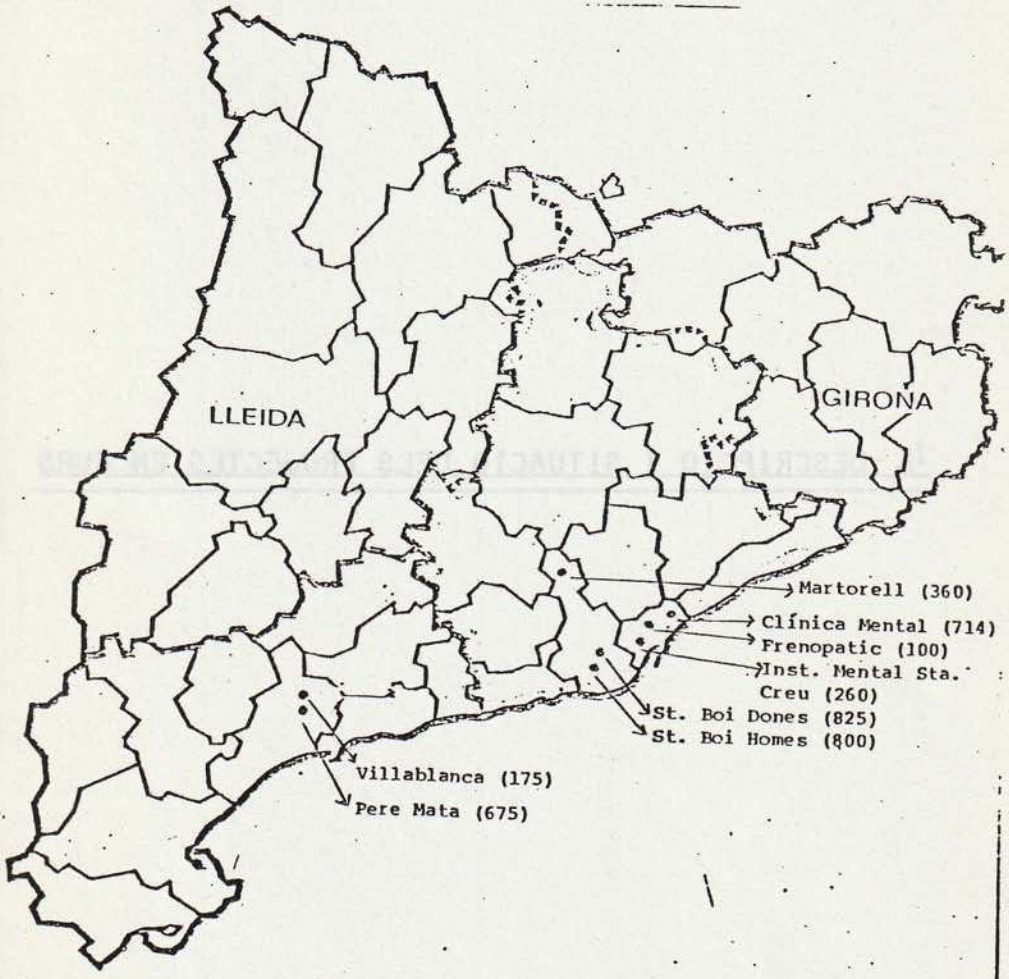
3.4.- CONCLUSIONS :

Constatem que el camí recorregut, ens ha situat en una posició de major credibilitat al davant de sectors professionals d'Ajuntaments i de la població en general. Creiem que avui la Diputació té moltes portes obertes, per a la mida dels seus recursos pressupostaris, incidir en l'inici d'un canvi profund de l'assistencia psiquiatrica.

NOUS RECURSOS EXTRAHOSPITALARIS OBERTS L' ANY 1.980



NOMBRE DE LLITS PROPIS I CONCERTATS DE LA DIPUTACIÓ DE BARCELONA



4.-DESCRIPCIO I SITUACIO DELS PROJECTES EN CURS

4.- DESCRIPCIÓ I SITUACIÓ DELS PROJECTES EN CURS.

4.1._ Pla psiquiàtric de Barcelona-Ciutat :

Relatiu al Pla de Psiquiatria per a Barcelona-ciutat que a nivell tècnic s'està confeccionant, és difícil estigui acabat abns d'uns mesos d'intens treball.

Consisteix en planificar a la ciutat nous recursos i aprofitar els existents per superar el nivell assistencial actual que tant l'Ajuntament amb l'IMPU, l'INSALUT amb els neuropsiquiatres i la Diputació amb els Psiquiatrics (llarga estada) estem donant als ciutadans.

Es tracta d'arribar a una xarxa assistencial diferenciada i comunitària que abarqui a tota la ciutat.

Tot això comporta un estudi aprofundit de l'actual sectorització, dels equipaments sanitaris de l'Ajuntament aptes per a l'assistència psiquiàtrica, dels recursos psiquiàtrics que s'han ant creant (Centres Higiene Mental)., la xarxa de l'INSALUT. i les Institucions psiquiatriques.

Donat els límits de l'actual Pressupost estem condicionats i aquest programa el supera amb excreix.

Per tant, si bé aquest any al trovar-nos ja molt avançat l'exercici, els diners que s'hi esmercin pel que resti des de la signatura del conveni fins a final d'any, no serà una quantitat exorbitant, si que produira un compromís important de despesa cara l'any vinent.

Es tractaria de signar un conveni de col.laboració en un Pla general amb l'Ajuntament. Aquest conveni de tipus polític i general, comportarà paral.lelament convenis en els quals es concretarien les actuacions per al que resta de l'exercici 1.981 i futurs exercicis.

L'any 1.982, en funció del pas donat al 81, hauriem d'arribar a fer coincidir la sectorització de llarga estada, els recursos de l'INSALUT, les urgencies psiquiàtriques i els centres d'atenció primària amb la nova organització territorial i administrativa que es planteja l'Ajuntament de Barcelona

Per tot l'exposat i degut a la importància política que pot tenir aquest programa, la Comissió Informativa de Sanitat i Serveis Socials tindrà que prendre decisions fermes al respecte.

El Pla de la Diputació respecte a l'assistència psiquiàtrica a la ciutat haurà de concretar-se pels tècnics de la Corporació a partir dels acords que s'adoptin per la Comissió Informativa de Sanitat i Serveis Socials en aquesta sessió.

4.2.- Escola de Formació Professional per Auxiliars Psiquiatrics:

Des de fa temps el personal auxiliar dels Hospitals Psiquiàtrics reivindiquen una escola de formació, reconeguda pel Ministeri d'Edu-

cació i Ciència, que permeti superar els cursos i cursets que es realitzen.

Això requereix un reconeixement de Formació Professional Segon Grau Psiquiatria com una especialitat més dintre de les branques que es realitzen a les Escoles de Formació Professional.

D'aquesta manera s'homologa dintre de l'estructura que configura la Llei General d'Educació.

Actualment, aquestes competències (sanitat i ensenyament) han estat transferides a la Generalitat. És per això que els tècnics de l'Àre s'han posat en contacte amb la Direcció General de Sanitat, per tal d'elaborar els programes que puguin ésser reconeguts de forma oficial pel Ministeri d'Educació i Ciència.

Estem pendents d'una reunió amb la Directora General de Sanitat, senyora Elvira Guilera en la qual podem optar per:

a) Participar i forçar el seu montatge dintre les actuals escoles de Formació Professionals existents (branca sanitat).

b) Creació d'una escola a càrrec de la Diputació de Barcelona que implicarà buscar recursos.

Tant una alternativa com l'altra haurien de posar-se en funcionament el proper curs acadèmic.

Un cop reconeguda l'especialitat, posada en funcionament l'escola, establerts els programes i nivells que precisen aquests professionals, ens plantegem com a prioritat el reciclatge del personal que actualment hi està treballant; això pot ésser una cosa ràpida però que precisarà l'acord del Ministeri d'Educació i Ciència, del Ministeri de Treball i Ministeri de Sanitat, per tal de que el reciclatge doni accés a la titulació indicada (Especialista tècnic en assistència psiquiàtrica).

4.3.- Àrea Sanitaria 9 (Baix Llobregat)

A sol.licitud dels Ajuntaments del Baix Llobregat i per indicació del President de la Comissió Informativa de Sanitat i Serveis Socials, l'Equip Tècnic inicia unes sessions de treball amb els Ajuntaments el dia 29 d'abril, per tal de planificar l'assitència psiquiàtrica primària de la zona 9 del mapa sanitari, a fi i efecte d'obtenir un conveni amb l'INSALUT en el qual aquest es fes càrrec de la financiació d'aquesta xarxa.

El dia 30 d'abril es fa la primera reunió amb els centres del Baix.

La situació actual es pot resumir en:

- Crear una xarxa assistencial-preventiva.
- Coordinar els recursos existents i homogeneitzar-los.

- Criteris d'acreditació dels centres per a establir el concert amb l'INSALUT.
- Concertar: Falta definir el paper de la Diputació, que actualment està present tan sols a nivell de recolzament tècnic.

No obstant, despres de les nombroses reunions efectuades en les quals la Diputació actúa d'integrador, constatem que si sortim del Projecte, aquest difícilment podra tirar endavant.

Cal fer esment, que per part dels dos Instituts psiquiàtrics de Sant Boi ens han fet arribar propostes per a obrir un centre de dia a l'Hospitalet i dos consultes externes al Baix.

Pensem cal contemplar aquesta possiblitat tot dins d'aquesta planificació global.

4.4.- Vallés Occidental :

La resposta psiquiàtrica que assumeix la Diputació per aquesta zona geodemagràfica actualment és :

Assistència en règim d'internament en dos subsectors, corresponents el de Terrassa a l'Institut Villablanca i el de Sabadell a Pere Mata. Com ja s'ha dit a l'apartat 3.1 l'any 1.980 s'obre un consulta externa a Sabadell depenent de l'Institut Pere Mata.

De la mateixa manera estava prevista l'apertura d'una consulta externa a Terrassa depen de l'Institut Villablanca.

Aquest nou equipament no s'ha dut a terme perque els diputat d'aquest Minucipi a la Comissió han fet patent la disconformitat de que aquesta zona continui essent atesa en un futur per l'Institut Villablanca.

En la sessió de treball efectuada a l'Institut Pere Mata de Reus - amb presència dels diputats de la Comissió - es va discutir la possibilitat de traslladar 400 llits actualment a l'Institut Pere Mata a la comarca del Vallés Occidental, i la proposta inclui ria l'assumpció per aquest centre de l'assistència de la totalitat de la comarca.

Es va acordar es celebraria una sessió de treball a l'Ajuntament de Terrassa per parlar del tema, sessió que no ha tingut lloc Posteriorment, el 27 de maig de 1.981 arriba a la Comissió Informa va de Sanitat i Serveis Socials l'avant projecte del centre de dia "Rambla de Terrassa" que ens és remés per l'Ajuntament per tal de que s'estudii la possibilitat d'incardinar-ho a la xarxa.

Cal dir també que actualment, a Terrassa existeixen 39 llits psiquiàtrics a la Mutua concertats amb S.O.E.

Es criteri de l'Equip redactor del present document que no es pot adoptar una decissió puntual sense tenir en compte la globalitat de l'assistència.

Caldrà que els Ajuntaments de la Comarca i la Comissió Informativa de Sanitat i Serveis Socials decideixin el model assisten-

cial a desenvolupar.

4.5.- Vallés Oriental :

Encara està pendent la sectorització de l'internament d'aquesta zona, donada la problemàtica dels dos centres psiquiàtrics de Sant Boi. Se'ns va proposar pels Centres una zonificació que implicava una divisió del Vallés Oriental. Aquest plantejament no va ésser acceptat per la Diputació. Donada aquesta situació la proposta rebuda d'obrir una consulta externa (Granollers) resta pendent d'aquesta sectorització.

4.6.- Anoia :

Existia la proposta d'obertura d'una consulta externa a Igualada en uns locals de l'Hospital Comarcal que es coordinaria amb l'equip de Psiquiatria existent en aquest hospital. Aquest nou recurs seria atés tècnicament pel Centre Nueropsiquiàtric de Martorell conjuntament amb els psiquiatres de l'Hospital Comarcal.

Recentment no obstant, tenim coneixement que volen resoldre l'assistència psiquiàtrica d'Igualada a partir dels recursos existents i que es puguin crear des de la pròpia localitat. L'Equip Tècnic creu necessari reconsiderar la proposta inicial tenin en compte aquests nous elements que han surgit.

4.7.- Berguedà :

La Diputació va considerar convenient demanar a l'Institut Neuropsiquiàtric de Martorell, establís una consulta externa a Berga, donada la dificultat de desplaçament de la població.

Reunida la Diputació amb l'Ajuntament de Berga i el centre, s'acorda tirar-ho endavant, sempre i quan es resolguessin els problemes tècnics de locals, coordinació d'altres professionals, etc.

Aquesta consulta externa a Berga hauria de contemplar-se en l'actual exercici.

4.8.- Bages :

Es va iniciar un torn de converses amb l'Ajuntament de Manresa per tal d'exposar el projecte d'obrir una consulta externa amb professionals del Centre Neuropsiquiàtric de Martorell. En les visites efectuades es va constatar que l'Ajuntament projectava assumir directament l'assistència primària psiquiàtrica amb els professionals implantants a la zona.

Amb escrit de maig d'enguany l'Alcalde ens sol.licita la creació d'un Centre de Dia.

Es criteri nostre que per a una població de 150.000 habitants i dispersa això no és possible, donat que estem a un nivell assistencial molt més baix.

Tan sols es podria considerar la proposta si es plantejés com

DIPUTACIÓ DE BARCELONA

a recurs que assumís tota l'assistència.

4.9.- Maresme :

Aquesta comarca és assistida en l'internament per la Clínica Mental. Existeixen dos dispositius assistencials, un a l'Hospital de Mataró i l'altre a Malgrat.

4.9.1 .- S'han mantingut reunions a l'hospital de Mataró amb representant de l'Ajuntament i de l'Hospital per tal de tractar de l'apertura d'una consulta externa depenent de la Clínica Mental que es coordinés amb els recursos psiquiatrics de l'hospital. Aquest projecte esta lligat a la capacitat de transformació de la Clínica Mental, que des de fa temps ja estableix una certa coordinació amb els professionals del dit Hospital.

4.9.2.- Alt Maresme:

Existeix la proposta adreçada per l'Ajuntament de Malgrat de Mar de concertar amb la Comunitat Terapèutica l'assistencia psiquiàtrica d'aquella zona. Es criteri de l'Equip Tècnic que seria interessant concertar la globalitat de l'assistencia psiquiàtrica de la zona per a una població d'uns 100.0 habitants, am uns equipaments del tipus proposat. Caldrà si es considera convenient per la Comissió Informativa de Sanitat i Serveis Socials resoldre alguns aspectes tecnics pendents.

4.10.- Badalona :

L'Ajuntament de Badalona després de dos anys de converses, en el darrer Ple municipal ha "cedit en ús" uns locals a la Diputació per tal de que hi situi el Centre de dia "Betula 2 " que dependra funcionalment de la Clínica Mental.

4.11.- Santa Coloma :

Després de nombroses converses s'acorda establir un concert entre l'Ajuntament de Santa Coloma de Gramanet i la Diputació per obrir una consulta externa. L'Ajuntament es compromet a aportar el local i la Diputació els porfessionals. Aquest servei es realitzara des de la Clínica Mental i quedara lligat a l'equip que actualment s'encarrega de l'internament.

4.12.- Martorell :

A petició de l'Ajuntament de Martorell, l'equip tecnic va realitzar un a reunió a Martorell, a la qual eren representats

els Ajuntaments de la comarca i l'Institut Neuropsiquiatric de Martorell, per tal de tractar d'una proposta de Centre de Dia.

Es va definir el model de Centre de Dia contemplant els molts problemes existents. L'equip tecnic creu convenient iniciar el procés establint una primera fase de Consulta externa, sempre que l'Ajuntament resolgui els problemes de locals i infraestructura.

4.13.- Fundació Vidal i Barraquer :

El centre medic-psicologic de la Fundació Vidal i Barraquer va sol.licitar una reunió amb la Diputació per tractar de:

1.- Possibilitat d'establir un conveni d'assitencia psiquiatrica.

2.- Utilització de la HPAB (Historia Psiquiatrica Automatizable a Barcelona.)

L'equip tecnic considera convenient establir canals de col.laboració tecnica. Els acords sobre aquestes possibles col.laboracions

4.14.- Jornades de Psiquiatria :

Creiem important finalitzar el 50 Aniversari de la Clínica Mental amb uns debats relatiu a la siutació psiquiatrica a Catalunya. Aquest tema el desenrotllarem amb detall a la reunió del 16 a la Clínica Mental.

4.15.- Inici de la Coordinació amb la Generalitat :

Actualment l'equip tecnic efectua reunions amb la Generalitat per tractar tractar problemes específics i intercanviar informació.

4.16.- CONCLUSIONS

Al llarg de tots aquests mesos de treball l'equip tecnic ha recorregut totes les comarques de la Província com es desprén del que s'ha exposat.

A través de les nombroses reunions mantingudes amb alcaldes, regidors i diferents professionals s'ha conectat amb les necessitats assistencials de cada comarca i s'ha tingut coneixement dels recursos existents tant de professionals com d'equipaments.

Les diferents realitats i sortides que se'ns han proposat, han obligat a efectuar un analisi global, que partint dels objectius fixats el 6 de març de 1.980 i contrastats amb aquestes realitats, ens permetes trobar un marc teoric capaç de donar una resposta tecnica adequada. Aquest marc general es contempla en les bases programa-

tiques que pretenen configurar i ésser útils al que pot ésser d'ara en endavant la política assistencial psiquiatrica de la Diputació de Barcelona i que s'exposen a continuació.

5.- BASES PROGRAMATIQUES

CRITERIS ORIENTATIUS PER A UNA POLITICA ASSISTENCIAL PSIQUIATRICA.

BARCELONA, JUNY DEL 1981

5.1 - INTRODUCCIÓ

Ens proposem assentar a grans traços els criteris o bases, necessaris per orientar la nostra política futura en l'àrea de l'Assistència Psiquiàtrica.
Per això hem revisat els treballs publicats sobre Assistència Psiquiàtrica en Catalunya durant l'última dècada i així com les realitzacions més recent
Hem trobat coincidències i divergències, segons les bases de les quals parteixen els seus autors i com denominador comú un fort desig de canvi que, en alguna mesura, deurà ésser arbitrat i canalitzat pels organismes responsables en l'actualitat d'aquest tipus d'assistència.
L'Ordre d'exposició elegit preten fer transmissibles conceptes que revesteixen una certa complexitat, però que creiem necessaris per enquadrar el desenvolupament futur de la nostra planificació. Aquest ordre serà el següent:

5.1 MODELS ASSISTENCIALS

5.1.1.- Enquadre conceptual.
5.1.2.- Situació actual.
5.1.3.- Propostes més recents.

5.2. PROJECCIÓ DE FUTUR

5.2.1.- Marcs de Referència.
5.2.2.- Criteris orientatius per a un millor aprofitament dels recursos.

5.3. CONCLUSIONS

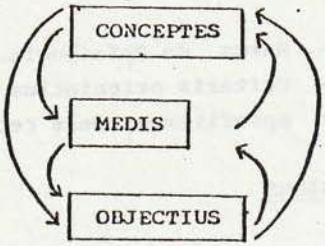
5.2 - MODELS ASSISTENCIALS

Una de les primeres qüestions que ens ha plantejat la revisió dels treballs que enumerem en l'Anex 7.5.1., és la necessitat d'explicació de l'enquadre conceptual referèncial operatiu (E.C.R.O.) de Pichon Riviere) que està subjacent en tot el projecte d'assistència. Aquest: explicitació no acostuma a ésser freqüent, sinó que al contrari els lectors deuen fer un esforç imaginatiu per inferir el marc o enquadre conceptual del qual els autors parteixen per proposar un determinat model assistèncial.

En la mesura que l'enquadre conceptual, condiciona els continguts i el mode d'aplicació o desplegament d'un projecte hem cregut del tot convenient començar per ell.

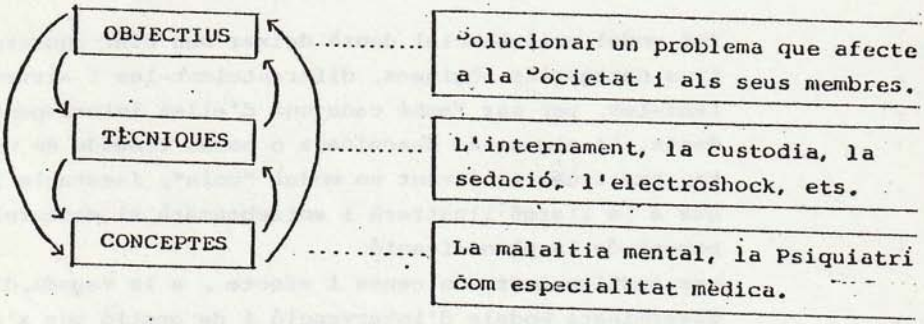
5.2.1.- Enquadre conceptual

Entenem per model una estructura o conjunt de suposicions, que partint de les mateixes assimilem i adaptem aquella suposta realitat a la que intentem accedir. Tot model comporta un sistema circular en el que les conceptualitzacions, els objectius i els mitjants a utilitzar per la seva consecució es troben intimament entrellaçats fins el punt d'ésser interdependents.

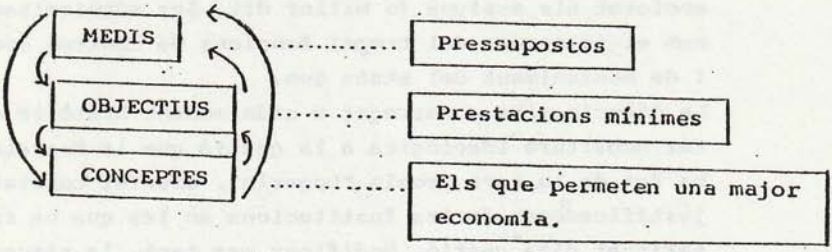


Partint d'aquestes concepcions, tot model assistèncial ens plantejaria, en primer lloc, una clara definició de "tot el que pretenem assistir" (conceptes), a continuació "de quin mode o amb quins recursos" (tècniques o medis), i per últim "amb quin propòsit" (objectius).

La circularitat o interdependència, esmentada anteriorment permet en tot model alterar l'ordre que de mode arbitrari hem elegit en el nostre esquema, no sent infreqüent en la història de l'Assistència Psiquiàtrica el de: objectius, tècniques i per últim conceptes per justificar tant els uns com les altres.

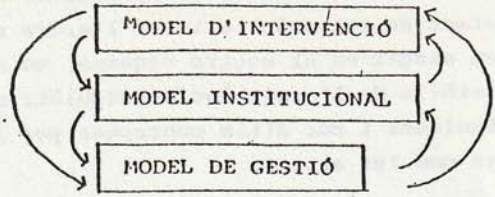


Y quan les circumstàncies ho exigeixen poden ésser els recursos o medis els que antecedeixen als objectius, acceptant o adaptant els conceptes que, tan sols així, permeten la seva consecució.



El terme Model Assistencial podem prendre'l en una accepció restringida, al acte d'assistir, o en una accepció amplia (xarxa sanitària) éssent llavors entés com model utilitzable en organització i planificació de l'assistència. Si bé aquí ens ocupa principalment aquesta segona, convendria tenir present i conèixer l'obra accepció per la necessitat en la que més endavant insistirem, d'emfatitzar i no descuidar els models d'intervenció (ceure Anex 7.5.2.) que tant influeixen en la cristalització de determinades estructures institucionals.
Un Model Assistencial pel ordenament i la planificació de l'Assistència Psiquiàtrica d'una determinada àrea geodemogràfica, deu abarcar a més a més dels models d'intervenció, els models institucionals i els models de gest

Aquest seria el seu esquema sistemàtic i circular.



Tot model assistencial deurà deixar ben clar aquestes tres categories lògiques, diferentciant-les i articulant-les, per ser també cada una d'elles interdependents. Si alguna és descuidada o no és tinguda en compte, ens trobarem davant un model "coix", inestable i que a la llarga llastrarà i entrebancarà el desenvolupament de la planificació.

Les institucions són causa i efecte , a la vegada, d'uns determinats models d'intervenció i de gestió que s'autoperpetuen en elles.

Les nostres institucions són formes d'acció col.lectiva organitzada, o sigui, conjunts d'activitats i comportaments socials repetits i organitzats als quals la societat els assigne (o millor dit, les adquireixen amb el transcurs del temps) funcions de control social i de manteniment del statu quo.

La Ciència s'ha encarregat a cada moment històric d'aportar cobertura ideològica a la gestió que la Societat ha fet de la seva propia "bogeria", oferint coartades justificadores de les institucions en les que ha cristalitzat dita gestió. Modificar per tant, la situació actual de l'Assistència Psiquiàtrica comporta incidir sobre cada una de les instàncies del esquema-model que acabem de descriure, sense descuidar cap d'elles per estar intimament interrelacionades.

Pretendre canviar les institucions sense incidir sobre el model d'intervenció que utilitzen els que treballen en elles no donarà fruits satisfactoris, ja que les noves institucions reproduiran en esència les anteriors.

El mateix podriem afirmar en relació a la gestió tant macro com micropolítica. No podem democratitzar un país si no democratitzem les seves institucions i viceversa. Així mateix tampoc creiem possible intentar

democratitzar el funcionament i la gestió de les institucions si la gestió que seguim exercin sobre els internats és represiva degut a la utilització de models d'intervenció marcadament autoritaris.
Fins al moment s'ha pretès mantenir un divorsi entre lo que entenem per ciència psiquiàtrica i l'Assistència. Molts han considerat que la primera depenia dels psiquiatres i de les facultats de Medecina en les que aquests es formen, i la segona l'Assistència, depenia de la política sanitaria i per tant dels polítics. Aquesta creença ha conduït a molts professionals de la Psiquiatria a actituds nihilistes amb ribets acusatoris envers l'Administració, considerant a aquesta com l'única responsable de la situació assistencial actual i alliberant-se així de tot tipus de responsabilitat autoculpabilitzant. Tot això ens fa considerar imprescindible la creació de mitjants per incidir sobre la docència i qualificació dels treballadors de la Salut Mental, el qual paper gestor de la irrasionalitat les fa protagonistes i responsables també, dels models assistencials imperants.

5.2.2 - Situació actual

No pretenem fer aquí una valoració quantitativa i qualitativa de la situació actual de l'assistència psiquiàtrica sino aportar algunes consideracions sobre el Model Assistencial aplicat.

Per el que a models assistencials es refereix, la situació actual queda en certa manera explicada en gran part dels estudis ja citats (anexe 7.5.1) i si bé en aquests no hem inclòs les més recents realitzacions de la nostra Corporació (veure anexe 7.5.3) creiem que aquestes han de ser tingudes en compte pel que respecta al canvi de model que han significat. La superació del concepte de "obligacions mínimes" exigides per la legislació, ha comportat l'inici d'una marxa en la que seria del tot convenient insistir i profundizar.

Les Diputacions Provincials obligades per la Llei de Règimen Local a fer-se càrrec de l'internament del previament etiquetat com malalt psiquiàtric, han dispost els mitjans necessaris per a que dita internació fossi portada a terme a través d'institucions propies o en la manca d'altres, de caràcter privat, amb les que han establert concerts. Aquesta obligatorietat de dedicar part dels seus pressupostos a garantitzar el internament, sense l'exigència d'establir dispositius assistencials extrahospitalaris articulats, que permetin un abordatge dels trastorns a altres nivells, donà peu a que l'unica resposta possible davant conflictes d'una certa complexitat, conduis a la pèrdua de la llibertat del supost malalt a través del seu internament.

En el transcurs dels darrers dos últims anys aquesta situació ha estat modificada, en part, per la creació d'equipements extrahospitalaris però malgrat això la

nostra assistència psiquiàtrica segueix recolzant-se en una estructura asilar i custodial.

Utilitzant per al analisis el model operatiu que proposavem en el apartat anterior, constatem que el model assistencial més extès en el moment actual es caracteritza per

1er - Un model d'intervenció psiquiàtrica medicalitzada però que no obstant dona, quantitativa i qualitativament, més respostes de tipus social que respostes propiament terapèutiques i rehabilitadores.

2on - Institucions pràcticament de règimen tancat (hospitals psiquiàtrics) que, encara i tenint un caràcter mèdic, s'ocupen de problemes que tenen a veure també amb situacions socials (marginació, delinqüència, crisi familiars, problemes socioeconòmics i culturals, etc.) sense que això quedi explicit.

3er - Una gestió dels problemes psiquiàtrics recolzada fortement en l'internament que si bé aporta algunes solucions, crea de forma simultànea, a través de procesos d'institucionalització, una població creix de cronificats. La seva modificació exigiria paralelament profunds modificacions tan en el model d'intervenció com en el model institucional.

Hauriem d'evitar en el futur, com ja s'està intentant, que el model assistencial fossi o sigues sent un model incomplet, amb tendència a l'internament, estigmatitzant, aparentment mèdic i encobridor de solucions socials parcials, generador de cronicitat i gravòs des del punt de vista econòmic.

5.2.3.- PROPOSTES MES RECENTS

En el moment actual el nostre equip, després de successius contactes i tandes de conversacions, es troba en front de diverses propostes de cap on creuen els técnics deu avançar l'assistència psiquiàtrica. Aquestes propostes poden esser resumides en tres grans blocs o línces, que vindrien a representar interesos diferents i en ocasions enfrontats.

a) La primera respon als interesos d'aquells sobre els quals s'ha recolzat, en gran mesura i fins el moment, l'assistència. Ens referim a les institucions privades concertades. Aquestes plantejen que desitgen seguir jugant el seu protagonisme al participar en un possible futur canvi assistencial, argumentant al mateix temps no ser les responsables de la seva funció i estat actual, del tot atribuïble a la curtedat de mitjans que han rebut de les Diputacions. Consideren que fins a cert punt, aquestes han contret amb ells compromisos que deuen ser mantinguts i plantejen que amb més grans recursos podiren reformar les institucions creant a més a més dispositius extrahospitalaris que, a l'evitar l'ingrés i facilitar l'externació dels malalts, millorarien el nivell assistencial.

b) La segona opció és la que reflexa l'esborrall del Pla d'Assistència Psiquiàtrica de l'Ajuntament de Barcelona. En ella es considera com a bàsica la creació, a la ciutat, d'una xarxa de dispositius per a l'assistència primaria (Centres d'Higiene Mental o similars), sobre els quals recauria el compromis d'una assistència i prevenció proxima i estretament lligada a la Comunitat. Aquesta xarxa comptaria a mes amb elements intermitjos, tipus Hospitals de Dia i Unitats de Psiquiatria als Hospitals Generals, per a intentar evitar l'ingrés en els Hospitals Psiquiàtrics. Aquests passarien a ocupar una funció de retaguardia o "tercera linia", encarregada d'aquells internaments que precisin ser allargats.

c) La tercera via és aquella que emfatitza la importància

de mantenir allunyada la població tant dels hospitals psiquiàtrics com dels hospitals generals, considerant poc afortunades les respostes que tant uns com altres donen a la problemàtica psiquiàtrica. Aqueste tercera via preconitza la creació de centres polivalents que cumplirien en si mateixos la missió de prevenir i assistir els trastornos en el mateix lloc en el que apareixen (la propia comunitat), intervenint en les situacions de crisi que propiciarien el desvetllament de les contradiccions socials. Aquests centres asumirien simultaniament a més de la intervenció en crisi, l'assistència primària, el seguiment, l'hospitalització de dia i comptarien amb alguns llits per a oferí allotjament a aquelles persones que per algún motiu necessitessin "asilar-se" durant pocs dies davant situacions de ruptura familiar o social. Cada una d'aquestes opcions o propostes poden ser estudiades sota el prisma del concepte de model assistencial que abans hem exposat. Però donat que això faria prolix aquest dictamen ens limitarem a distingir com tenint un origen topológ. divers (priviligian espais físics de partida molt diferents) signifiquen i demarquen espais conceptuals també diferenciats i representen interesos en ocasiones contraposats.

Per clarificar el que pretenem dir utilitzarem les critiques que cada una d'elles fa a l'altra, siguent les dos primeres les que més arguments han movilitzar per contrarrestar possibles hegemonies.

a) La proposta procedent de les institucions concertades esgrimeix en contra de la creació de centres d'assistència primaria, articulats a la possibilitat d'internació en Hospitals generals, el que tant uns com altres contindran tan sols una part del volumen de la demanda, mentres que la resta tindrà que seguir siguent internat en els hospitals psiquiàtrics i afegeixen que a més els casos que atenguin en primera instancia acabaràn per ser remitits a la "tercera línia" una vegada s'hagin esgotat les possibilitats de

resposta en los dues primeres. Veuen aquest model com un sistema de fabricació de "crónics" que després uns (els centres d'assistència primaria i els hospitals generals) ja no tindràn que atendre en la mesura en que es desentenguin, sino en teoria si a la pràctica, de les estades prolongades en els hospitals psiquiàtrics.

Considerem també que privilegiar la creació de centres d'assistència primaria al marge de la plantilla de les institucions, comportaria una ruptura de la continuitat del procès terapéutic seguit per el malalt i la seva familia, que serien atesos per diferents professionals de diferents equips en funció del lloc on siguessin objecte de l'assistència.

b) Els técnics que preconitzen la segona opció consideren que la primera no acabara mai, ni tan sols arribarà a disminuir l'assistència de tipus manicomial, ja que crear dispositius assisténcials arrencant de la institució és com fer una exportació de la mateixa a la comunitat creant pseudópods que tart o aviat portaran a l'internament i a l perpetuació del volumen d'ingresats en els hospitals psiquiàtrics.

Opinen igualment que l'internament deu ser evitan mitjançant tots els mitjans possibles i que per això es necessari coneixer la comunitat en la que emergeix el conflicte treballant en ella i amb ella a dedicació plena. Això en la seva opinió, no es possible que pugui portar-se a terme per el propi equip de l'hospital psiquiàtric, allunyat en general de la població i amb una platilla poc nombrosa i quiasi insuficient per atendre als internats (el qual els fa parlar sempre timidament d'enviar una "antena" a la comunitat).

També consideren que aquests equips estan acostumats a treballar amb el malalt "fitxat" a través de l'internament i que davant les menys dificultats per a proseguir un tractament ambulatori el remitiran a l'hospital psiquiàtric procedint, per comoditat, al seu internament amb el risc que això comporta d'institucionalitzacio.

c) La tercera opció, en total acord amb les crítiques recíproques que es fan les dues primeres, proposa un model alternatiu no sols consistent en el desitg de desaparició de l'hospital psiquiàtric sino també de l'assistència psiquiàtrica en régimen d'internació en els hospitals generals.

Una crítica, abans oblidada que els hospitals psiquiàtrics esmentats fan a les unitats de psiquiatria a l'Hospital General, és que si a l'actualitat existeixen "manicomis" aquests serien unicament les unitats d'internament dels hospitals generals ja que en ells, argumenten, s'atenen amb exclusivitat els aspectes biológics supostament existents (pero no demostrats) en els malalts psiquiàtrics, estant aquests sotmesos a un règim molt més tancat i opresiu que el dels hospitals psiquiàtrics...

Aquest tercer model considera que existeix una preponderància dels aspectes socials sobre els mèdics en la problemàtica psiquiàtrica actual i que el model d'intervenció i les institucions han de tenir una dimensió eminentment social en el seu quefer.

Questionan que el model propost com alternativa als hospitals psiquiàtrics, pels técnics de l'Ajuntament de Barcelona, sigui vàlit per acabar amb una psiquiatria controladora i custodial, a la mesura en què el circuit assistèncial que promulguen planteja, a través dels seus tres nivells (primari, secàndari i terciari) un tall entre agudeza i cronicitat (curta estada i llarga estada) que es veu com un artifici perpetuador de la situació preexistent.

Proposem una clara diferenciació entre el que és propiament mèdic del que no ho es, per evitar la medicalització i psiquiatrització de crisi i problemes mes relacionats amb la marginacio i amb situacions d'injusticia social que amb la medicina psiquiàtrica.

Les crítiques que aquest model rep per part dels altres dos poden agrupar-se en dos apartats. En primer lloc es considerat un model antipsiquiàtric, antimèdic i utopic, insuficient per a donar resposta a la conflictivitat psiquiàtrica de la nostra societat i por tant impossible de ser

aceptat per alguns usuaris (familiars, veins o amics del malalt) que no quedarien satisfets d'ell. Això condicionaria que, en segon lloc, els altres dos models considerin a aquest (si és aplicat com ja succeeix en alguns països) possible generador d'ùn major consum de circuits assistencials privats, per part, està clar, del tipus d'usuaris que acabem d'esmentar.

5.3.- - PROJECCIO DE FUTUR

5.3.1.- Marcs de Referència.

No és tasca de la nostra Comissió Tècnica arribar a concloure quin dels models que actualment s'oviren en el panorama psiquiàtric-assistencial està més carregat de raó o és merexedor de més credibilitat. Si així ho fessim actuaríem de manera esterilitzan, impedin l'enriquiment que comporta la seva confrontació dialèctica.

No obstant sí és competència nostra procedir a un ordenament de conceptes, ideas i criteris en materia de política assistencial, que ens permeti constatar si anem cap objectius concrets, necessaris i desitjables.

L'estat actual de la nostra assistència psiquiàtrica no obeieix únicament a l'abandó mostrat per l'Estat en materia d'ordenació, planificació i pressupostos sino també a criteris ideològics i conceptuals que l'han regit, en certa manera.

Mentres que en altres països l'Assistència Psiquiàtrica s'ha enriquit i transformat amb aportacions absolutament noves i creatives (el moviment d'Higiene Mental a EE.UU., la Psiquiatria Comunitària a Anglaterra, la Psiquiatria de Sector a França, la corrent Antiinstitucional i la llei 180 a Italia, etc.) nosaltres hem romàs durant massa temps anclats en un passat dificil de modificar.

Molts autors han demostrat com el problema assistencial--psiquiàtric actual, no pot ser entés amb exclussivitat com un aspecte especialitzat de l'assistència mèdica. A l'estudiar els factors que condicionen els ingresos i les altes, en els nostres hospitals psiquiàtrics, podem apreciar-lo amb claretat; però encara

és molt més evident quan analitzem les raons que forçan a la llarga estada en ells de "malalts" per als que, si la situació no es modifica, no podem tenir la més mínima esperanza d'externació.

L'institucionalització no surgeix històricament de la creació de l'Asil pel pare Jofré (fruit de criteris humanitaris) sino que parteix del moment en què la psiquiatria alemana (al marge d'intents alliberadors com els de Tuke i Corolly a Anglaterra i els de Pinel a França), aborda l'apertura física i ideològica dels nosocomis amb l'aportació de noves conceptualizacions que justifiquen l'internament a partir, no de criteris de marginació social, sino de criteris en apariència mèdics.

Les investigacions més recents han posat amb crisi l'interpretació exclusivament mèdica de la perturbació psiquiàtrica; més encara, han permés posar en evidència els riscs derivats de l'us extensiu d'aquesta interpretació, tan des del punt de vista de l'individu al qui s'atribueix el paper de malalt, com des del grup, a qui a la pràctica se l'impedeix escoltar la seva veu. Això ens fa recomenar una actitud critica permanent que permeti questionar a cada moment el model d'intervenció que s'està utilitzant.

Amb tot això no pretenem dir que la Psiquiatria hagi de romandre (com gairebé passa a l'actualitat) al marge del marc sanitari, sino que al contrari estem plenament convençuts que té que ser necessariament Sanitat, sempre i quan aquesta no quedi reduïda de forma exclusiva a la Medicina.

S'ha parlat amb insistència de psicologitzar i sociologitzar la Sanitat però la resultant ha estat la medicalització de la Psicologia i de la Sociologia sanitària.

La planificació psiquiàtrica ha de quedar enquadrada en una correcta planificació sanitària i la presència de la Psiquiatria i la Higiene Mental en els Centres de Salut, que

s'entroveu en dita planificació, ha d'aportar paradigmes diferents al de la resta d'especialitats evitant la contaminació a través de conceptes i tècniques que són específiques de les tasques que les demés es proposen.

5.3.2.- Criteris orientatius per a un millor aprofitament dels recursos

Els recursos que s'han de tenir en compte en una planificació assistencial poden ser clasificats en els tres següents apartats:

1.- Recursos humans, o nombre i qualificació dels professionals que en el moment actual poden fer-se càrrec de l'Assistència Psiquiàtrica.

2 - Recursos institucionals, o equipaments existents o precisos en els que es podria recolzar una política assistencial coherent i en vistes al futur.

3 - Recursos econòmics, fonts de finançament i modalitats de gestió que permetin el manteniment d'una xarxa assistencial racionalitzada i completa.

Hem d'aclarir aquí i abans d'entrar en detalls, que la precarietat habitual de tots aquests recursos ens obliga a no desaprofitar-ne cap dels que tenim, exigint-nos això una justa proporció o equilibri entre la flexibilitat i el rigor.
Els apartats en què hem classificat els recursos ens permet atendre en tres nivells els criteris o bases programàtiques que creiem haurien d'orientar la planificació psiquiàtrica futura. Aquests tres nivells es corresponen de fet amb els elements bàsics que hem diferentciat en el Model Assistencial.

- Els recursos humans o professionals correspondrien al nivell instrumental o Model d'Intervenció Psiquiàtrica que ha d'ésser tingut en compte per poder modificar les institucions o crear-ne d'altres noves que no reprodueixin en essència les anteriors.

- Els recursos institucionals o equipaments (existents o en vies de creació) corresponen, a nivell assistencial, al Model Institucional a no descuidar, ja que tant la

seva reforma com les noves incorporacions a la xarxa encarregada de l'assistència, pot comportar un reforçament de models d'intervenció que perpetuïn un inadequat abordatge de la problemàtica psiquiàtrica actual i venidora.

- Els recursos econòmics i les fonts de finançament ens plantegen el Model de Gestió dels mateixos, gestió que donats els retallaments dels pressupostos ha de resistir a les pressions que els múltiples interessos en joc exerceixen damunt els organismes dels que depen l'organització i planificació actual de l'assistència.

Model d'Intervenció

S'hauria d'intentar orientar-lo cap un model conceptual que tingués present la temàtica interpersonal, la grupal y la social, evitant la codificació solsament individual del trastorn psiquiàtric i la seva posterior descontextualització.
L'esmentat model hauria de ser capaç, fins per raons econòmiques, de superar i trascendir els criteris classificatoris triàdics habituals en Psiquiatria (veure ane 7.5.4.) que donen lloc a planificacions paral.leles i discriminatives.
Aquests criteris produeixen un encariment de l'assistència, fraccionant-la i orientant-la vers possibles carrerons sense sortida al forçar la creació de xarxes no homologables ni articulades, com per exemple: una xarxa per a l'assistència psiquiàtrica de pacients adults, una altra per la psicopatologia infantil, una altra per a l'alcoholisme i les toxicomanies, etc.
El tendir cap a un model d'intervenció totalitzador, seguint l'exemple d'altres països, comporta dedicar recursos a la docència i potenciar experiencies d'equips professionals que els estiguin utilitzant.

MODELS INSTITUCIONALS

Hauríem de tèndor cap a un model institucional que evités la creació o potenciació d'institucions que en lloc de contribuir a una correcta redefinició de la demanda psiquiàtrica, la potèncien i fins i tot la generen com resposta inadequada a situacions conflictives que deuen ésser desvetllades.

Les grans institucions, tipus hospital psiquiàtric, amb un alt nivell d'inercia i molt baixa potencialitat de canvi, han de ser fraccionades a través dels convenis, en unitats semiautònomes que garantitzin l'assistència a determinades àrees geodemogràfiques (criteri de zonificació).

La concertació amb aquest tipus d'institucions han de tenir en compte a més del seu volum, la qualificació dels seus internats, siguent inadequat el criteri de concertar quantitats prefixades per llit ocupat.

El volum té la seva importància tan pel que representa de dificultat de reforma i reconversió de l'institució com per l'atrapament del compromis adquirit (com prescindir, per exemple, de 600 llits). Les institucions amb un gran volum d'internats dificulten l'acreditació de la seva assistència fins i tot crea Comissions de Seguiment.

La qualificació dels internats mereix ésser tinguda en comp per la poca atenció i dedicació que acostumem rebre aquells per als que l'institució tan sols aporta un nivell assilar, i si bé aquest nivell ha de tèndor cap a l'extinció per ser el producte d'un passat amb mancament de medis humans, tecnics i económics, és possible que continui durant un periode de temps dificil de preveure.

Seria per tant molt convenient crear amb aquests internats

petites residències també semi-autònomes que tot i quedant en el si de l'institució no es confonguessin amb el que propiament es podria considerar assistència psiquiàtrica. Això no deu comportar l'abandó d'aquestes persones sino que tendiria a evitar el seu encobriment sota l'etiqueta de pacients, quan ens consta que no som quasi tractats com a tals sino únicament com residents asilars.

El pas des dels equipaments propiament assistencials a les residències hauria de representar un tràmit administratiu que marqués clarament la diferència i que en ocasions detectés el que podría ser considerat com un veritable fracàs terapeutic o rehabilitador que hauria de portar a l'externament.

El seguir acceptant un criteri de concertació per llit ocupat, afavoreix, sense desitjar-ho, el manteniment d'indexs d'ocupació elevats que passen per assistència psiquiàtrica i sanitària quan, en moltes ocasions, s'haurien d'utilitzar recursos econòmics corresponents a partides pressupostàries destinades a Serveis Socials per cobrir aquest tipus de necessitats.

Concertar amb institucions petites o més grans trossejades, mitjançant criteris d'assistència a determinades àrees geo-demogràfiques, facilita la implicació en els concerts de la població i els ajuntaments que se senten més pròxims com a usuaris de les mateixes, siguent al mateix temps més comprensius amb els dèficits assistèncials consequents de la dedicació de pressupostos en ocassions molt reduïts.

Es important, o almenys així ho considerem, ajuntar en el convenis varies institucions o equipaments que puguin cobrir en la seva totalitat les necessitats de la seva zona o sector, seguint per tant, no tan sols un criteri d'horizontalitat (que pretendria cobrir tota la població) sino també la verticalitat que suposa tenir previstos tots els esdeveniments o nivells de tractament que determinados situacions requereixen.

Model de Gestió

A aquesta verticalitat d'equipaments per nivells, que acabem d'esmentar, dou correspondre al nostre criteri, una horizontalitat no exclusiva del cobriment assistencial d'una zona, sinó extensible a la gestió i a la implicació pressupostària en els costos de manteniment de la xarxa o circuit d'assistència. Volem indicar amb això la conveniència de facilitar la participació en els convenis de diferentes instàncies, ja anotades, com els ajuntaments, entitats bancàries o caixes amb departaments orientats a programes socials, el INSÁLUD amb recursos destinats a l'assistència ambulatoria, etc. Aquestes instàncies quedarien així implicades a més de en els pressupostos, en la gestió i acreditació de l'estructura assistencial.

5.4.- CONCLUSIONS

A manera de conclusions hem intentat ordenar els criteris exposats, englobant a més els denominadors comuns que hem trobat en les propostes assistencials de més recent elaboració, ja descrites en el primer capitol.

1er - Necessitat de revisar els models d'intervenció que estan essent utilitzats en Psiquiatria, investigant fins a quin punt han incidit en la perpetuació o reforma del nivell assistencial actual.

2on - Importància de garantitzar una correcta descodificació de la demanda a un nivell primari, a través de respostes no únicament assistencials i de tipus individual, sino també encaminades a la prevenció i amb una dimensió grupal.

3er - Evitació dels riscs que comportarien la medicalització, psiquiatrització i manicomialització de problemes amb evidents arrels culturals, econòmiques i socials.

4º - Conveniència de basar-se en criteris geoedemogràfics per planificar i gestionar l'assistència (zonificació), respectant la idiosincràsia i peculiaritats de da àrea de població i adaptant els equipaments a les seves característiques i no a l'invers.

5é - Creació de circuits assistencials complets i en el marc de la Sanitat, amb equipaments escalonats i perfectament articulats.

6é - Necessitat d'un apropament de l'oferta assistencial i dels recursos a la comunitat que impedeixi la descontextualització dels problemes psiquiàtrics.

7é - Aprofitament dels recursos ja existents, transformant o reconvertint aquells que ho precisin.

8º - Promoure un adequat nivell de formació i reciclatge dels equips encarregats de l'assistència.

9º - Importància de la participació activa de les comunitats, a través dels seus ajuntaments, en l'ordenació, planificació i pressupostos de la seva propia xarxa assistencial.

10º - Necessitat d'una reforma legislativa en matèria d'Assistència Psiquiàtrica.

6.- PROGRAMA DE PSIQUIATRIA

1981

DIPUTACIÓ DE BARCELONA

6.- PROGRAMA PSIQUIATRIA 1.981.

6.1.- Introducció :

De les bases programatiques exposades que configuren el marc referencial per a la política psiquiatrica de la Diputació de Barcelona es despren el seguent :

El paper actual de la Diputació h de ser pont entre les velles estructures i la nova ordenació sanitaria de Catalunya, i dinamitzar aquesta transformació. L'actual proposta de Reforma de la Diputació ha d'anar en aquesta direcció, i no es pot esperar "la feina es massa urgent" per a posar-la en practica. La Diputació ha de tenir unes institucions útils, preparades per a respondre a les necessitats de la societat.

Es tracta d'un paper compromés, en el que pot fer actuacions puntuals, pero que cal que estiguin lligades a un pla amb coherencia global, i en el que el fonamental és marcar unes prioritats clares: reformar les institucions que d'ella depenen i donar les bases per a una planificació global de l'Area de Sanitat i Serveis Socials.

1er.- Es tracta d'arribar a una xarxa assistencial psiquiatrica diferenciada i comunitaria , partint dels actuals recursos comunitaris i de la xarxa manicomial existent. Aquest objectiu implica introduir nous recursos assistencials a la xarxa actual, sempre que garanteixin els nivells i condicionaments que es fixin.

Caldra establir per tant els canals de control, seguiment i crítica del que es vagi fent per tal d'anar reconduint el procés.

Les possibilitats pressupostaries marcaran el termini de consecució final d'aquest objectiu.

LA XARXA RESULTANT haura de basar-se em el seguent:

1er.- Definició previa del nombre d'habitants que haura d'assumir l'equipament assistencial que es faci carrec d'una zona geografica.
Proposem una nova zonificació que tingui en compte le característiques específiques de cultura, tradició idio sincrasia de les zones geodemografiques concretes (comarques, barris ....)

2on.- L'assistencia per zones geografiques haura d'esser feta per equips pluridisciplinaris que assumiran els nivells assistencials intra i extrahospitalaris.

3er.- Definició de l'estructura interna de la plantilla assistencial per a cada zona geografica.

4rt.- Necessitat perentoria d'aixecar el nivell de formació del personal de base i establir els canals que possibilitin la formació permanent de tot el personal assistencial. (Docencia)

- Recepció i analisi de dades
- Comissions de seguiment
- Mecanització com a medi imprescindible per aporta dades estadístiques amb periodicitat.

5e .- La problematica social actualment amagada als manicomis cal analitzar-la també i tractar de donar-li una resposta des dels Serveis Socials de l'Area.

Perque per mentre no existeixin equipaments socials adequats per atendre aquests problemes socials, no hi ha possibilitat real de solució definitiva.

6e .- Les propostes de nous equipaments que es proposen per a 1.981 a la Comissió Informativa de Sanitat i Servei Socials són aquelles que analitzades dins del programa general, no el distorsionen.

6.2.2 Nous recursos

Estem condicionats per les disponibilitats pressupostaries del present exercici. El pressupost global per a l'assistencia psiquiatrica concertada és de 1.623.229.815'- ptes. de les quals estimativament estan compromeses per conveni 1.487.238.933.

D'aquesta quantitat 48.190.793'- pessetes estan destinades al finançament dels recursos extrahospitalaris oberts l'any 1.980, i 4.371.840 destinades a financiar el conveni per a la desintoxicació de toxicomans.

Per tant resten 135.990.882'- pessetes per a la creació de nous recursos assistencials extrahospitalaris.

Aquesta quantitat proposem s'inverteixi en funció del projectes que s'han rebut i del resultat de les gestions que es portin a terme.

En el quadre que figura a la pagina seguent s'especifiquen les necessitats d'assistencia primaria i equipaments intermitjos per comarques i tenint en compte la demografia.

DIPUTACIÓ DE BARCELONA

ESTIMADA

VALORACIÓ ECONOMICA DE LES NECESSITATS RESSENYADES AL QUADRE ANTERIOR

25 Consultes externes a 12.000.000'-	200.000.000
8 Centres de Dia a 30.000.000 '-	270.000.000
TOTAL	470.000.000

Aquests 470 milions per tot l'any, per tres mesos serien 117 milions

La quantitat restant que estimem en uns 30 milions s'aplicara en el programa de reconversió dels recursos pseudo psiquiatrics en recursos de Serveis Socials.