



Taula d'entitats
del Tercer Sector Social
de Catalunya

DISFUNCIONS ENTRE ELS ÀMBITS DE SALUT I SOCIAL

***Afectació a les xarxes d'atenció a les persones
sense llar, a la salut mental i a la
drogodependència***

Febrer 2011

Amb el suport de:



Generalitat de Catalunya
**Departament
de Salut**

Encarregat a:

Escola Universitària
d'Infermeria
**Sant
Joan
de Déu** 
Adscrita a la Universitat de Barcelona

PRESENTACIÓ

A continuació es presenta l'informe de la recerca realitzada per encàrrec de la Taula d'entitats del Tercer Sector Social de Catalunya i amb el finançament del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya a la Taula d'Entitats del Tercer Sector Social de Catalunya en el mes de maig de 2010.

Els serveis socials, tal i com els entenem actualment, són una construcció recent, sorgida als estats democràtics i socials occidentals, encara que les activitats que realitzen tenen molts anys d'existència. Els serveis socials van ser definits per G. Rubiol (1985) com: "*Serveis que exerceixen una funció de prevenció i cohesió social, i aporten una ajuda personalitzada per facilitar la inclusió de les persones en la societat i garantir la realització dels seus drets fonamentals...*"

A Catalunya, amb l'aprovació de la **Llei de 12/2007 de Serveis Socials** s'inicia un desplegament on els serveis socials es constitueixen com el quart pilar de l'Estat del Benestar. El treball pel consens entre entitats, ajuntaments i altres agents socials i polítics ha estat una de les claus per a la seva aprovació¹. A la esmentada llei, l'article 81 "Recerca i innovació tecnològica" fa referència a la "*importància sobre la realització d'estudis sobre les necessitats actuals i futures d'atenció social, les causes i els factors que incideixen sobre les demandes de serveis, així com l'avaluació dels sistemes organitzatius, de gestió i econòmics del funcionament dels serveis socials existents i d'aquells que es poden implantar en el futur*". Per altra part, el **Pla de Qualitat de Serveis Socials de Catalunya 2010-2013** té com a eix estratègic 5, la innovació i millora contínua en els serveis socials.

En relació a aquesta necessitat d'innovació s'inicia aquesta recerca, realitzada des de la Universitat i en un context en què es imprescindible

¹ Anuari 2009 del Tercer Sector Social de Catalunya. Taula d'Entitats del Tercer Sector Social de Catalunya.

potenciar la innovació i millora dels Serveis Socials de Catalunya. Aquest estudi pretén fer propostes d'actuació per a una millor coordinació entre els àmbits d'intervenció social i sanitària, vinculant les entitats del Tercer Sector Social que treballen amb persones en situació de vulnerabilitat i exclusió social, concretament en els àmbits de les persones amb problemes de salut mental, sense llar i drogodependències.

L'estudi presta especial atenció a les mancances de coordinació en les intervencions realitzades en l'àmbit social i el sanitari. La complexitat social i l'augment de les persones en situació d'exclusió fa necessari acotar la recerca a aquests col·lectius, ja que aglutinen major risc en quant a problemes socials i de salut. Entenem que aquest estudi pot introduir una primera exploració que identifiqui i doni respostes aplicables a entitats que treballen amb altres grups i problemàtiques, o bé obrir les vies per a noves recerques. Tanmateix amb la nostra diagnosi i propostes de millora, volem donar suport als professionals i directius de les entitats d'acció social i a les administracions en la seva pràctica diària.

Les necessitats socials estan experimentant un creixement exponencial, directament relacionat amb l'augment de les desigualtats i la precarietat d'un alt percentatge de la població. La detecció de necessitats és imprescindible per realitzar propostes de millora que garanteixin la qualitat dels serveis i les intervencions. La recerca social és un instrument indispensable per assolir un major coneixement del context històric, polític i social del moment i, a partir d'aquest coneixement, aportar idees, pràctiques i elements per a la innovació en l'acció social i en les polítiques públiques. Els beneficis a curt termini poden no tenir una mesura clara ja que no estan lligats directament a temes econòmics, en canvi, a llarg termini contribueixen a generar una societat més justa, cohesionada i democràtica. Es tracta, en definitiva, d'un canvi social que suposi un millor benestar per a la població, principalment la que pateix menys oportunitats, més dificultats en el dia a dia i majors taxes de pobresa i exclusió social. Les condicions de vida de les persones són un indicador de la qualitat de la societat, de les seves institucions, de les polítiques socials i del sistema democràtic. En aquest sentit, Bunge (a Ander-Egg, 1983) indica que

“L’adopció universal d’una actitud científica pot fer-nos més savis; ens faria més cauts, sens dubte, en la recepció d’informació, en l’admissió de creences i en la formulació de previsions; ens faria més exigents en la contrastació de les nostres opinions, i més tolerants amb les dels altres...”.

És necessari que de les recerques socials sorgeixin idees que suposin una millor gestió de les intervencions socials. Innovar en les relacions i coordinació entre les entitats dels àmbits de l’acció social i de la salut és un imperatiu per assegurar una millor gestió dels recursos humans i materials, i una millor eficàcia del sistema. Cal promoure estratègies i intervencions, així com solucions útils i aplicables que assegurin resultats positius per a les persones usuàries dels serveis socials, en la mesura que els serveixi per a una inclusió social positiva i duradora.

Com podem veure en el desenvolupament de la diagnosi de les diferents situacions abordades, aquesta recerca reflecteix les preocupacions, dificultats i vivències dels principals actors implicats en l’acció social. Professionals, gestors i usuaris expressen amb precisió i des del coneixement profund, les seves mancances, limitacions i necessitats en el treball diari. Des de la seva anàlisi de la realitat també realitzen propostes de millora innovadores, útils i viables, que indiquen el grau de compromís assolit i la seva expertesa. Els hi volem fer retorn dels resultats i propostes perquè són ells i elles els veritables agents de canvi en l’acció social a Catalunya, perquè puguin fer-ne ús en les intervencions que realitzen en la seva tasca professional, i perquè puguin donar respostes a les noves problemàtiques i reptes de la societat.

EQUIP INVESTIGADOR

I.P: Dra. Núria Roca i Caparà

Professora de l'Escola Universitària d'Infermeria Sant Joan de Déu, adscrita a la Universitat de Barcelona

Membre del Grup de recerca EMIGRA, Departament d'Antropologia social de la Universitat Autònoma de Barcelona

Membre del CER Migracions de la Universitat Autònoma de Barcelona

Dr. Joan Uribe i Vilarrodona

Director de Sant Joan de Déu. Serveis Socials

Col·laborador del GRECS. Grup de recerca en exclusió i control social. Universitat de Barcelona

Sra. Anna Pérez i Carmona

Professora de l'Escola Universitària d'Infermeria Sant Joan de Déu, adscrita a la Universitat de Barcelona

Directora de la Fundació d'Atenció a la Dependència Sant Joan de Déu

Sra. Carme Vega i Monteagudo

Professora de l'Escola Universitària d'Infermeria Sant Joan de Déu, adscrita a la Universitat de Barcelona

Membre Grup REDAM (Red Española de Antropología Médica). Universitat Rovira i Virgili

Membre de la Xarxa 9 Barris Acull

Aquesta recerca s'ha realitzat entre els mesos de juny de 2010 i febrer de 2011 amb el suport de:

Escola Universitària d'Infermeria de Sant Joan de Déu, adscrita a la Universitat de Barcelona

Fundació Sant Joan de Déu

Taula de d'entitats del Tercer Sector Social de Catalunya

Agraïments:

A totes les persones que han participat en els debats, per les seves aportacions. Sense elles i ells, aquesta recerca no hagués estat possible

A les tècniques, per la gran feina feta

A l'Escola Universitària d'Infermeria i a la Fundació Sant Joan de Déu pel suport, recursos materials i recursos humans

A la Taula d'entitats del Tercer Sector Social de Catalunya per la confiança, infraestructures i suport

Al Departament de Salut per l'encàrrec

ÍNDEX

1.- Antecedents	8
<hr/>	
2.- Context de la recerca	15
2.1.- Pobresa i salut	17
2.2.- Malaltia mental i drogodependències	19
2.3.- Persones en situació de sense llar	23
<hr/>	
3.- Plantejament de la recerca	31
3.1.- Objectiu general de la recerca	31
3.2.- Metodologia	31
3.2.1.- Disseny de la recerca	31
3.2.2.- Mostra	31
3.2.3.- Tècniques de recollida de dades	33
3.2.4.- Anàlisi de les dades	34
3.2.5.- Limitacions	35
3.2.6.- Cronograma	36
<hr/>	
4.- Diagnòstic	37
4.1.- Àmbit de la Salut Mental	38
4.2.- Àmbit de les Drogodependències	58
4.3.- Àmbit de les persones en situació de sense llar	72
<hr/>	
5.- Propostes de millora	90
4.1.- Àmbit de la Salut Mental	90
4.2.- Àmbit de les Drogodependències	99
4.3.- Àmbit de les persones en situació de sense llar	107
<hr/>	
6.- Conclusions	116
<hr/>	
Bibliografia	122
<hr/>	

1.- ANTECEDENTS DE LA RECERCA

Durant el **Seminari de Reflexió Estratègica sobre el Tercer Sector Social i la Salut**, realitzat el 13 d'abril de 2010, es van posar de manifest els dèficits de coordinació entre les entitats que treballen en l'acció social i els serveis de l'àmbit sanitari, fent-se èmfasi en la necessitat de treballar conjuntament la salut i el benestar social de les persones, i de redefinir l'estratègia relacional entre les entitats del Tercer Sector i les institucions que treballen des de l'àmbit de la salut. Les conclusions del **Seminari** posen de manifest la necessitat d'abordar la salut i el benestar social des d'una perspectiva integradora, de manera coordinada i sense duplicitats.

Les Conclusions globals del seminari fan referència a:

1.- Pel que fa a les tendències de l'entorn i les necessitats dels implicats

Tendències i necessitats de la ciutadania respecte a la salut i als serveis:

- Envel·liment de la població i emergència de col·lectius amb necessitats específiques, amb un augment de la demanda de serveis socio-sanitaris
- Necessitat de què tothom pugui conèixer i accedir als recursos de salut, el que suposa millorar l'accessibilitat a nivell físic (humanització), d'informació i tecnològic
- Importància de la sensibilització i la promoció d'hàbits saludables, impulsant la perspectiva d'acció comunitària
- Evolució cap a una ciutadania més participativa i coresponsable i, per tant, cap a un rol més actiu de l'usuari/ pacient respecte la seva salut.

Aspectes legislatius i econòmics que impacten en la salut i el Tercer Sector Social:

- Nova legislació, amb un nou marc de drets socials com a conseqüència de l'aprovació de la Llei de Dependència i la Llei de

Serveis Socials, però en un context de crisi econòmica que dificulta el desplegament de serveis

Tendències i necessitats del Tercer Sector Social en l'àmbit de la salut:

- Necessitat de més treball en xarxa i coordinació entre tots els implicats (entitats del Tercer Sector Social, administració pública, empreses, centres sanitaris, sociosanitaris i de salut mental, professionals, persones voluntàries, comunitat educativa, famílies, ciutadania, ...)
- Necessitat de major formació del voluntariat i dels professionals en nous camps d'atenció i prestació de serveis en l'àmbit de la salut
- Avenç cap a una professionalització del Tercer Sector Social, potenciant la gestió de la qualitat del servei prestat i la visualització del sector

2.- Pel que fa als aspectes que cal mantenir en l'àmbit del Tercer Sector Social i la Salut:

- Els diferents serveis i iniciatives actuals que proporciona el Tercer Sector Social, en l'àmbit del suport a la salut, la prevenció i la promoció d'hàbits saludables, i la participació social en temes de salut
- Les iniciatives de col·laboració entre els diferents implicats, especialment entre el Tercer Sector Social i l'Administració en l'àmbit de la salut, tot reforçant el treball en xarxa
- El voluntariat, ben format i integrat, potenciant-lo com a eina de suport en l'atenció a la salut i com a exemple de ciutadania activa
- La nova legislació i recursos que proporcionen la Llei de Promoció de l'Autonomia i Atenció a la Dependència i la Llei de Serveis Socials
- Els recursos econòmics, tot assegurant-los amb subvencions i noves fórmules, i la contractació pública de proveïdors del Tercer Sector Social
- Els valors essencials del Tercer Sector Social i el consens existent sobre la necessitat d'impulsar polítiques que afavoreixin la cohesió social, i la proximitat de les entitats amb la ciutadania

- Els fonaments del sistema de salut, especialment pel que fa a l'Assistència hospitalària, Drogodependències, Salut mental i Atenció socio sanitària

3.- Pel que fa als aspectes que cal modificar, ampliar o crear en l'àmbit del Tercer Sector Social i la Salut:

- Incrementar i millorar els serveis i iniciatives ja existents de suport a la salut integral i de prevenció, orientant-se més cap el treball comunitari, i amb més suport i acompanyament a les famílies
- Crear més xarxa i millorar la coordinació entre entitats i Administració que treballen en l'àmbit de la salut, potenciant la interdepartamentalitat i impulsant la col·laboració entre les entitats del Tercer Sector Social
- Innovar i aconseguir una major visualització externa del Tercer Sector Social en l'àmbit de la salut, potenciant la cultura de la qualitat
- Reforçar els programes de formació dirigits al voluntariat, als professionals del Tercer Sector Social i al personal sanitari i usuaris
- Facilitar la participació d'una ciutadania més informada, coresponsable i col·laboradora en l'elaboració de polítiques de salut
- Aconseguir l'acompliment de la normativa i la legislació vigent, amb recursos que cobreixin les necessitats en l'àmbit de la salut, i buscant nous models de finançament i contractació de serveis amb millors condicions fiscals i clàusules socials per a la contractació pública

La col·laboració i suport del govern de la Generalitat de Catalunya vers el Tercer Sector Social es concreta en l'Acord de Govern 163/2008 de 14 d'octubre, pel qual s'aprova el ***Pla de suport al Tercer Sector Social 2008-2010***. El govern entén que el treball de les entitats del Tercer Sector potencia la cohesió i participació, i que té un conjunt de valors qualitius importants. Com actor social actiu en la identificació i solució de les necessitats socials; com instrument de participació de la ciutadania i, per tant, d'inclusió i cohesió social en el territori; com sector generador de valors imprescindibles a la nostra societat com són la igualtat, la justícia i la

solidaritat amb els més vulnerables; i, finalment, com sector que, com a entitat sense finalitat lucrativa, reinverteix tots els seus beneficis en les mateixes activitats que generen.

Per altra part, el **Pla d'Acció per a la inclusió i cohesió social 2010-13** fa esment de la necessitat de realitzar polítiques d'inclusió social estratègiques, integrals i avançades, sensibles a les transformacions socials i a l'extensió dels riscos de ruptura, que donin respostes a noves demandes socials. Emfasitza sobre les actuacions que s'orienten vers la igualtat d'oportunitats en l'accés als recursos i serveis, la participació activa, garantir un nivell adequat de protecció social, crear ocupació i facilitar la formació, assegurar la protecció dels més vulnerables i fer fort el principi d'igualtat d'oportunitats en totes les esferes de la vida². Les prioritats es situen en accions estratègiques i integrals, preventives i d'inclusió social; treball en xarxa, integrat i transversal, i proper al territori; processos i instruments participatius; i, finalment, a fer pràctiques innovadores per a la inclusió social³.

Cal destacar l'eix estratègic 4 que fa esment a la necessitat de *garantir la inclusió social d'aquelles persones que es poden trobar en risc o en situació d'exclusió social per problemes de salut que transcendeixen a l'àmbit social*⁴. L'objectiu estratègic 1 es concreta en *fomentar el valor de l'atenció integral a les persones en l'àmbit social i sanitari com a eina per garantir la inclusió social, tenint en compte les especificitats del territori*. Els objectius operatius són:

- Dotar la xarxa pública de salut i de serveis socials en l'àmbit local de mecanismes de participació dels agents implicats per facilitar la coordinació i l'atenció integral a les persones.
- Capacitar els i les professionals de la xarxa pública de salut i la xarxa pública de serveis socials, dotant-los d'eines tècniques i de formació que afavoreixin una visió integral de les necessitats de les persones en l'àmbit social i sanitari.

² Veure pàgina 45 del document.

³ Veure pàgina 46 del document.

⁴ Veure pàgina 65 del document.

També considerem important l'objectiu estratègic 2 d'aquest eix ja que s'orienta a *definir i implementar conjuntament entre el Departament de Salut i el Departament d'Acció social i Ciutadania⁵ models d'intervenció en l'àmbit social i sanitari que incorporin la perspectiva de trajectòria de vida, comptant amb la participació dels agents local implicats*, i que s'operativitza en:

- Consolidar processos de treball que es generin en el Pla d'atenció integral a les persones amb problemes de salut mental, i les estratègies d'intervenció en l'àmbit social i sanitari, així com els instruments que se'n derivin.
- Dissenyar conjuntament entre tots els agents protocols d'intervenció, circuits i instruments específics que permetin desenvolupar models d'intervenció local en l'àmbit social i sanitari.

Els objectius estratègics 3 i 4 són d'especial rellevància, ja que l'objectiu 3 fa referència a *garantir una atenció integral a totes les persones en l'àmbit social i sanitari mitjançant un treball transversal i coordinat entre la xarxa pública de salut i la xarxa pública de serveis socials en el territori*. De manera sintètica, els objectius operatius tenen com prioritats:

- Establir protocols de detecció i diagnòstic per identificar les persones amb més risc d'exclusió, per ser ateses.
- Garantir la transició entre serveis de la xarxa social i sanitària.
- Elaborar els Plans Individuals d'Atenció Integral (PIAI) entre tots els agents i amb la persona beneficiària
- Creació d'una finestra única d'atenció.
- Major coneixement a l'entorn dels serveis socials i sanitaris per optimitzar els recursos disponibles.
- Reorganitzar els serveis ja existents i dissenyar-ne de nous, per a una millor atenció integral.
- Definir de manera conjunta entre serveis socials i sanitaris els criteris d'accessibilitat.

Mentre que, l'objectiu estratègic 4 s'orienta a *crear instruments d'informació compartits entre els serveis de salut i els serveis socials que permetin*

⁵ Actualment, Departament de Benestar i Família.

identificar situacions de risc d'exclusió social i facilitin el disseny de polítiques i actuacions integrals en l'àmbit social i sanitari. Els objectius operatius són:

- Millorar els sistemes d'identificació de les situacions individuals.
- Promoure la creació d'un sistema de gestió personalitzat.

Altres objectius operatius del Pla que ens interessa destacar són:

- Definir criteris d'accés a les prestacions econòmiques tenint en compte les persones més vulnerables i especialment la incidència dels eixos de desigualtat social.
- Estructurar i sistematitzar un acompanyament i seguiment personalitzat dels beneficiaris/es dels ajuts i prestacions en un temps determinat. Promoure actuacions per garantir un acompanyament al llarg de la vida.
- Dissenyar i implementar conjuntament entre tots els agents implicats en l'acció social un sistema de recollida, explotació i transmissió d'informació social.
- Crear espais de transferència de coneixement qualitatiu format pels i les professionals de serveis socials d'atenció primària i serveis socials especialitzats.
- Promoure un model d'acompanyament que garanteixi l'apoderament de les persones en situació de risc d'exclusió.

Per altra part, el ***Plan extraordinario de fomento de la inclusión social y la lucha contra la pobreza en el año 2010***, de la presidència espanyola de la U.E. fa especial menció, entre altres mesures urgents i necessàries, l'atenció preferent a la inserció de les persones amb especials dificultats en les ofertes d'activitat i a incentivar la contractació de persones en risc d'exclusió per part de les empreses d'inserció.

Malgrat que la majoria de Plans i propostes de treball realitzades per les administracions i entitats tenen en compte el treball en xarxa, coordinat i transversal, la realitat diària dels professionals dels serveis socials i sanitaris es veu dificultada per una manca de coordinació eficaç i de qualitat.

La mala salut i les situacions de discapacitat de qualsevol ordre i grau poden actuar com factors de risc social. En sentit contrari, les situacions de vulnerabilitat social suposen risc per a la salut. Aquesta articulació entre salut i situació social posa de manifest la necessitat de polítiques públiques conjuntes i de treball compartit entre les entitats d'ambdós àmbits. Malgrat que en els darrers anys s'ha produït un increment importantíssim i fonamental de les entitats i actuacions del Tercer Sector en el servei a les persones i de què, paral·lelament, les polítiques públiques i socials han ampliat la seva agenda d'intervenció, resten qüestions pendents en l'atenció a les persones que es troben en situació d'exclusió social. Accions estratègiques i preventives abans que reactives i assistencials, i pràctiques de treball en xarxa en la pròpia estructura organitzativa, obertes a actors externs que s'orientin vers la participació interdepartamental, la transversalitat i la presència dels ens locals, els agents socials i el Tercer Sector en la formulació de les polítiques d'inclusió i cohesió social⁶ són algunes de les actuacions que cal tenir en compte i potenciar.

Les polítiques socials han de garantir unes condicions estructurals que assegurin el benestar de les persones, entenent per benestar disposar d'unes condicions de vida dignes. Per aconseguir-ho, les administracions i entitats que treballen en els àmbits social i de la salut han de realitzar intervencions eficaces, transparents, equitatives i justes. Per assolir aquesta eficàcia cal un treball en xarxa i col·laboratiu, que faciliti la participació de tots els agents implicats.

⁶ Pla d'Acció per a la inclusió i la cohesió social a Catalunya 2010-13, pp 26-27.

2.- CONTEXT DE LA RECERCA

La principal característica de la societat actual és la desigualtat. Per Judt (2010) la desigualtat és corrosiva i podreix les societats. Està relacionada amb problemes socials patològics i cronificats que cal atacar des de les mateixes arrels. Les desigualtats socials es correlacionen amb mala salut de les persones. El debilitament de l'Estat del Benestar, determinat per les polítiques d'ajust estructural imposades pels governs i organismes internacionals, està afectant a les persones i col·lectius que més en depenen, ja que es produeixen retallades en la provisió dels serveis socials. Les societats riques generen processos de discriminació i marginació que es tradueixen en pobresa i exclusió social de les persones més vulnerables, estigmatitzant-les i convertint-les en fracassades. La pèrdua o manca de treball, de les relacions familiars o de la salut actuen, entre altres, com eixos generadors de desigualtat i, alhora, les desigualtats de drets comprometen la salut de les persones que se'n veuen privades.

L'augment de la riquesa dels països no és sinònim de major benestar de la població. Dissimula les disparitats distributives (Judt, 2010) però no disminueix les desigualtats. Durant els darrers anys de creixement econòmic a l'estat espanyol i a Catalunya, s'ha perdut una gran oportunitat per disminuir les desigualtats social. Tot el contrari, s'ha produït un estancament de les xifres de pobresa que la crisi actual ha intensificat i agreujat, fet que s'ha traduït en un major nombre de persones i famílies en situació de vulnerabilitat i risc d'exclusió social. Tot i que la privació, la pobresa i l'exclusió social són inacceptables, les dades parlen per si mateixes. L'**Enquesta de Condicions de Vida de l'Any 2010**, de l'Institut Nacional d'Estadística, posa de manifest que les llars espanyoles van patir una disminució del 2,9% d'ingressos mitjos anuals, el 36,7% de les llars no tenen capacitat per afrontar despeses imprevistes i el 20,8% de la població resident a Espanya es situa per sota el llindar de la pobresa relativa. Tres de cada 10 llars arriben a finals de mes amb dificultats i un 13,4% amb moltes dificultats. Aquest context social de crisi financera global i de desacceleració de l'activitat econòmica, immers en un procés de canvis i transformacions en el mercat de treball, les estructures familiars, les

relacions socials i l'afebliment de l'Estat del Benestar ha provocat el sorgiment de nous pobres, encara que la pobresa segueix igual (Informe de la Inclusió social a Espanya, 2009: 7).

El 20% de la població catalana és pobre, percentatge que augmenta en alguns col·lectius com els infants, la gent gran, la població d'origen immigrat i les persones amb alguna discapacitat o malaltia crònica. Les persones que pateixen aquesta situació de pobresa i vulnerabilitat social tenen major incidència i prevalença de malalties infeccioses, malalties relacionades amb la desocialització i males condicions de vida, conductes addictives, alcoholisme, drogodependències i altres (Estébanez, 2002: 65). *"La exclusión sociosanitaria es una situación de desventaja social que resulta de la combinación de problemas de salud y de ciertas características y circunstancias vitales de los individuos. En efecto, la exclusión sociosanitaria es una dimensión de marginación o exclusión social que raramente aparece aislada"* (Gomà i Subirats, 2003: 53).

L'exclusió social és un fenomen estructural, multicausal, multidimensional i dinàmic que afecta a persones, famílies i grups socials que requereix una anàlisi en profunditat de tipus qualitatiu i quantitatiu. L'actual situació de crisi econòmica i financera està afavorint el ressorgiment d'antics factors de vulnerabilitat. L'atur de llarga durada i el nombre de llars sense cap membre familiar ocupat han augmentat críticament en els darrers mesos i no sembla que la tendència hagi de canviar. La flexibilitat i precarietat del mercat de treball, la creixent desprotecció dels treballadors, l'augment de l'atur (fins a 17,4% en el tercer trimestre del 2010), els canvis en les estructures familiars, les desigualtats de gènere, d'origen en el cas del poble gità i de les persones immigrades i la retallada de l'Estat del Benestar estan contribuint de manera articulada a uns canvis estructurals que afecten als col·lectius crònicament desfavorits i a sectors de població que abans no entraven en la categoria de vulnerables.

Es tracta d'un procés d'allunyament d'algunes persones de la resta del conjunt de la societat que està determinat per uns factors causals que poden ser individuals, socials, polítics i econòmics. Són moltes les persones

i els col·lectius que poden entrar en aquests processos d'exclusió social, i algunes circumstàncies ho afavoreixen directament. L'espai de l'exclusió social està ocupat principalment per les persones sense llar, amb contacte amb el sistema penitenciari, llars monoparentals, persones discapacitades, malalts mentals, drogodependències, estigmatització i discriminació per origen ètnic i prostitució (Informe FOESSA, 2008: 195). Són col·lectius que difícilment podran sortir d'aquesta situació si l'estat no hi disposa els recursos necessaris.

2.1.- Pobresa i salut:

La privació de béns i drets és resultat de l'estructura i sistema social. Sabem que en els estats on hi ha una major redistribució de la riquesa i millors condicions de vida, les persones tenen una millor salut, viuen més anys i presenten menys malalties. És obvi que la justícia social redueix les desigualtats socials i les desigualtats en salut de les poblacions.

"Els processos d'exclusió social van acompanyats sovint de processos de deteriorament de la salut, que ahora realmenten l'exclusió original. D'altra banda, la salut és un aspecte central en la vida de les persones, de la qual depèn no sols el benestar físic i psicològic, sinó també la capacitat d'integració social i oportunitats de desenvolupament personal al llarg de la vida" (Informe de la Inclusió social a Espanya, 2009: 19). Quan es viu una situació d'exclusió social, la salut es veu afectada i quan es perd la salut, hi ha risc d'exclusió social. Els grups desfavorits tendeixen a tenir estils de vida menys saludables i les seves pràctiques poden afavorir malalties. Moltes persones en situació d'exclusió social per privació de recursos bàsics i manca d'oportunitats socials, laborals, educatives o d'habitatge acaben tenint una mala percepció de si mateixos i de les seves capacitats, afavorint una pobre autoestima. La malaltia crònica, la discapacitat, algunes malalties estigmatitzadores com les malalties mentals, la infecció pel VIH i altres poden articular-se amb situacions de pobresa econòmica per manca de treball, de renda mínima o de pèrdua de les relacions que acaba portant la persona l'exclusió social.

Veiem que la salut és un fenomen multidimensional que té una estreta vinculació amb la condició social de la persona. Quan la persona amb malaltia està ben integrada a la societat (treball digne, relacions familiars, xarxes i participació social, habitatge, serveis sanitaris, educatius) pot fer front a la situació de dificultat. És cert que la malaltia pot afavorir la pèrdua dels lligams socials, però el seu capital social li permet fer-hi front. Al revés, quan la persona no es troba inclosa a la societat, la manca de salut actua com a potenciador de vulnerabilitat i exclusió, que a la vegada empitjoren l'estat de salut de persona.

Les persones que acumulen riscos degut a l'articulació de diversos factors exclusògens són les que es troben en una posició de major desavantatge per poder-ne sortir i integrar-se plenament a la societat. Depenen, en gran part, del treball que es realitza des de les entitats del Tercer Sector Social que intenten suplir les mancances i, alhora, aportar els dispositius i recursos necessaris per assegurar la seva inclusió social. No és treball senzill perquè el mateix sistema genera de forma constant l'exclusió dels més febles i desafavorits. Es tracta d'una lluita contra el mateix sistema que no mostra signes de canvi per esdevenir més just.

En aquest sentit, considerem que les persones que presenten trastorns mentals, drogodependències o que estan privades d'una llar configuren tres col·lectius amb qui cal treballar de manera urgent les intervencions proposades en aquest informe.

2.2.- Malaltia mental i drogodependències:

El Model d'atenció integral en aquests dos àmbits sorgeix des del consens entre administració, professionals, entitats i usuaris, dins del marc del **Pla Director de Salut Mental i Addiccions** de 2006. Els seus objectius són l'enfocament comunitari en els serveis i prestacions, amb un model d'atenció més preventiu i proactiu, orientat a les necessitats del usuaris i amb una visió global i de continuïtat assistencial basat en el treball en xarxa. Aquest model es basa en la integració com a objectiu de millora permanent, integració entre les xarxes especialitzades de salut mental i drogodependències i la integració en l'entorn de l'atenció primària de salut, amb una organització eficient dels serveis i amb base territorial.

El dia 10 d'octubre del 2010 es va celebrar el dia Mundial de la Salut Mental a Catalunya, en aquest sentit la Generalitat en un comunitat de premsa⁷ informa de què es calcula que el 23,7% de la població major de 17 anys, patirà algun problema mental al llarg de la vida, amb diferències rellevants segons el gènere, les dones tenen més probabilitat que els homes (27% i 20% respectivament). La prevalença anual és del 14% en les dones i del 7% en els homes. En relació a la població infantil, l'**Enquesta de Salut a Catalunya** (ESCA, 2006) informa que la prevalença en infants (4 a 14 anys) es situa en el 6,8% sent lleugerament superior en el nens que en les nenes. Respecte a la situació de drogoaddicció, les dades del consum de drogues a la ciutat de Barcelona indiquen que durant l'any 2009, es van atendre ambulatoriament un total de 5.014 persones per addicció a diferents substàncies psicoactives. D'altra banda les dades també situen que els centres de Reducció de Danys (RD) de Barcelona van atendre un total de 5.394 addictes actius en situació de risc d'exclusió social.

La **malaltia mental** i la pobresa es troben íntimament articulades des de sempre. Ambdues actuen com a causa i conseqüència. Malaltia mental, rendes baixes, baix estatus socioeducatiu, pobresa i consum de drogues són circumstàncies que es repeteixen en moltes persones, i que dificulten la

⁷ www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/premsa/not8190.pdf

seva recuperació. *"Són les més necessitades i les més desassistides, perquè presenten una doble dificultat en la seva assistència: amb freqüència no es deixen ajudar i, també amb molta freqüència, no els sabem ajudar"* (Informe FOESSA, 2008: 199). L'estigma social que encara representa ser malalt mental és un factor de dificultat afegida que condiona el treball d'inserció laboral i social que es realitza des de les entitats.

Per la seva part, l'abús de **substàncies addictives** condiona la vida laboral, l'autonomia en la vida quotidiana i les relacions familiars i socials de les persones drogodependents. *"Els perjudicis per a la salut del consum de drogues, la desviació de rendes que suposa i la creació de grups tancats en torn a aquestes pràctiques, que poden apropar-los a altres grups marginals, són elements que interrelacionen droga i exclusió"* (Informe FOESSA, 2008: 201).

El Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya contempla ambdues situacions des d'una perspectiva conjunta i articulada. Tan en el **Pla Director de Salut Mental i Addiccions de Catalunya** (2006) com en el **Pla Integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions** (2010) es realitza una anàlisi global de la situació i es proposen estratègies i objectius compartits.

Pel que fa al *Pla Director*, l'objectiu estratègic 7 es refereix a *Potenciar un sistema de gestió integrada en el territori dels serveis de salut mental i addiccions, i dels serveis socials, que garanteixi la continuïtat assistencial*. El Pla⁸ assenyala que *les persones amb trastorns mentals i addiccions greus necessiten recursos diversos que responen sovint a diferents competències administratives. Els serveis sanitaris i socials han de ser planificats i implementats territorialment, enfocats als col·lectius als qui s'adreça i lliurats als usuaris de manera integrada quan formen part del procés assistencial o rehabilitador* i ho operativitza en l'*Objectiu 4.1 Possibilitar un sistema de gestió integrada que faciliti la continuïtat assistencials i la responsabilització de cada servei sanitari i social en el procés d'atenció*.

⁸ Veure apartat de Propostes. Línia d'actuació 4 de l'objectiu 3: Incorporació d'una cartera de serveis orientada a les necessitats dels usuaris, en base territorial.

Projectes a elaborar o implementar:

- Creació dels Governos de Salut: la gestió dels recursos ha de respondre a una planificació basada en les necessitats del territori.
- Pla de progressió cap a la història clínica unificada.
- Promoure en el territori un sistema de gestió integrada dels serveis sanitaris i socials per a l'atenció a les persones amb dependència (Programa d'atenció a la dependència).
- Promoure en el territori aliances estratègiques entre entitats proveïdores.

La Línia 2⁹ es refereix a *possibilitar un sistema de gestió territorial integrada dels serveis, d'acord amb el Pla d'Atenció Integral a les persones amb malaltia mental*. Entén que la integració dels serveis d'atenció a la persona és una condició essencial que mesura la veritable orientació a l'usuari de les organitzacions. D'acord a les àmplies necessitats sanitàries i socials que presenten les persones amb problemes de salut mental, es fa necessària la gestió integrada dels serveis en el territori. Finalment, l'Objectiu operatiu 2.1 contempla *Garantir la continuïtat assistencial amb la responsabilització de cada servei sanitari i social*¹⁰. El Pla contempla previsibles dificultats en la continuïtat i en la suficiència dels recursos socials del territori.

Quant al ***Pla Integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions*** (2010), algunes de les amenaces i debilitats assenyalades, i que tenen estreta relació amb la finalitat d'aquesta recerca, són:

- La complexitat dels afers públics genera visions bàsicament verticals sobre les necessitats. Es planifiquen i es desenvolupen serveis de manera vertical i no transversal.
- Estigma social molt intens envers les persones amb trastorns mentals.
- Increment de factors de risc i determinants socials associats a la malaltia de trastorn mental i al consum de substàncies. Increment dels col·lectius necessitats d'atenció especial.

⁹ Veure apartat de Propostes. Línia d'actuació 2 de l'objectiu 6: Promoure l'organització funcional integrada de les xarxes i serveis d'atenció.

¹⁰ Veure apartat de Propostes. Línia d'actuació 2 de l'objectiu 6: Promoure l'organització funcional integrada de les xarxes i serveis d'atenció.

- L'existència de criteris planificadors amb diferents distribucions territorials, entre els departaments de la Generalitat de Catalunya, dificulta el treball en xarxa.
- Els projectes departamentals donen respostes parcials i excessivament reactives a problemes determinats.
- No hi ha coneixement suficient ni compartit del conjunt de recursos ni de la seva distribució territorial.
- La planificació i l'execució d'aquests serveis no s'ha fet d'una manera integral, compartida, ni amb visió territorial.
- Hi ha buits assistencials i duplicitats en el conjunt del sistema.
- Escassa optimització dels recursos professionals i econòmics.
- Disfuncions i contradiccions de les competències entre el Departament de Salut i el Departament d'Acció Social i Ciutadania, en alguns serveis i recursos (llarga estada psiquiàtrica, llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, psicogeriatria, etc.).
- Escassa funció directiva orientada al treball transversal i integral dels professionals, manca de formació i buits formatius en àrees especialitzades.
- Les diferents orientacions teòriques i assistencials determinen una gran variabilitat i una equitat territorial deficient.
- Dificultats ètiques i legals per compartir informació entre les diferents agències.
- Existència d'un sistema d'informació i participació pobre.

Pel que fa referència a les oportunitats d'actuació i a les fortaleeses, extraiem una síntesi significativa per als resultats d'aquest estudi:

- Aprovació de canvis normatius que consideren una visió més integral i la inclusió del col·lectiu de persones amb malaltia mental.
- Moltes entitats proveïdores treballen des d'un enfocament transversal i interdepartamental.

2.3.- Persones en situació de sense llar:

Entre els col·lectius que es troben en estat d'exclusió social, n'hi ha un, el de les persones en situació de sense llar, que és paradigmàtic per la seva punyent realitat. Efectivament exclosos, ho són dels vincles socials, econòmic-laborals, formatius, relacionals i residencials. Malauradament, també ho són de la xarxa de salut que els ha de proveir de l'estat físic i mental adient per superar la situació primer, i establir i mantenir la seva recuperació després.

Val a dir que al voltant de les dades generades recollides en relació a l'exclusió social, concretament pel que fa a les vinculades al sensellarisme, podem afirmar que en general no hi ha consens ni a nivell estadístic, ni sobre les dades, ni les categories a utilitzar. No n'hi ha en les definicions sobre quines persones ni quines situacions abasta el fet de no tenir llar, ni tampoc hi ha polítiques ni protocols comuns en relació a l'abordatge i treball del fenomen. I no tan sols entre les localitats catalanes. Tampoc a nivell d'estat espanyol ni en el context europeu.

Aquesta realitat dóna rellevància i importància a la proposta d'una definició que abasti suficientment el fenomen, i que més enllà de les diferències culturals, socials i legals, pugui ser progressivament adoptada i homologada a la Unió Europea com a marc de referència a partir del qual generar coneixement i produir reflexió que recolzi el disseny de polítiques. Actualment, la majoria d'estats i ciutats europees, especialment aquells i aquelles on hi ha més estructura de treball i experiència acumulada en el treball amb persones sense llar, accepten la definició de FEANTSA¹¹ com el punt de partida per categoritzar el concepte.

Pel que fa referència a la relació entre el sensellarisme i l'estat de salut està abastament constatada la correspondència existent entre classe social

¹¹ FEANTSA, (**European Federation of National Organisations working with the Homeless**) a través de la tipologia ETHOS presenta tretze tipologies de situació de sense llar. Val a dir que el Departament de Medi Ambient i Habitatge de la Generalitat de Catalunya, ha treballat i definit en context català les tretze tipologies i ha elaborat una proposta pròpia, difosa a través de les jornades de treball realitzades sota el títol "La tipologia ETHOS. Tipologia europea d'exclusió social residencial. Descripció i característiques".

menys afavorida i pitjor estat de salut. Com indiquen Fernández, Schiaffino i García (2005: 73), *"els estudis que analitzen les desigualtats socials en la salut segons el gènere i segons la classe social posen de manifest que les persones de classes socials menys afavorides i les dones presenten un estat de salut pitjor i una major morbimortalitat"*.

Les persones en situació de sense llar, lluny de ser una excepció d'aquesta afirmació, en són prova irrefutable en tant que la seva situació de precarització general les fa més vulnerables i, per tant, més permeables a empitjorar la seva salut de manera relacionada a la situació d'exclusió. I, recíprocament, les hi és més difícil remuntar la seva situació social, entre altres motius, també per l'extrema vulnerabilitat en salut i la dificultat en solucionar o estabilitzar aquest àmbit. No és d'endebades que aquest col·lectiu presenta nivells de cronicitat i morbiditat en general superiors als de la majoria de la població catalana.

Per entendre com és d'estreta la relació entre l'estat de salut de la persona en situació de sense llar i les possibilitats de reeixir d'aquesta, ens remetem a dues publicacions de 2010 del Consell de la Unió Europea. En la primera, realitzada en el context de la conferència **Consensus sobre Homelessness** que es dugué a terme a Brussel·les el desembre de 2010, amb el títol de **2010. European Consultation of Homeless People**, les mateixes persones en situació de sense llar organitzades en grups de discussió defineixen tres grans possibles causes per arribar a aquesta situació:

- Trencament de les relacions familiars / socials
- La pèrdua de feina / capacitat de tenir ingressos
- Els problemes de salut mental i/o d'addicció a substàncies

Així doncs, un dels tres factors causals és vinculat directament pel propi grup afectat a problemes de salut –en aquest cas mental i/o addictius-, *"en esdevenir persones sense llar, tots patim algun tipus de problema*

psicològic"¹². El mateix document respon a la pregunta "acabar amb el sensellarisme: un objectiu real?", definint cinc grans línies de treball:

- Accés a la educació / formació
- Accés al treball
- Suport individualitzat a la dependència
- Reconeixement de drets
- Accés a la salut

Altra cop la salut és un dels cinc factors clau que les mateixes persones sense llar defineixen com a cabdals per poder sortir d'aquesta situació. Concretament, diuen que l'accés a la salut no pot ser condicional i que ha de ser el mateix per a tothom, amb independència de la seva situació personal. Si aquest document ens dóna la referència del gran pes que té l'estat de salut, o la carència de salut i d'atenció necessària per recuperar-la, per poder treballar amb possibilitats d'èxit la sortida de la exclusió social, el segon document, elaborat per experts sobre sensellarisme, avala l'aportació de les persones sense llar i la complementa. En l'informe ***Homelessness and Homeless Policies in Europe: Lessons from Research***¹³ es recull fins a quin punt la relació entre situació de sense llar i estat de salut dolent i precari han estat abastament documentats arreu de la Unió Europea. Alemanya (Trabert, 1997), França (Brucker et al., 1997), Regne Unit (Connelly i Crown, 1994), Holanda (Van Laere et al., 2009a) i de manera general prenent Europa com a referència (Wright i Tompkins, 2005; FEANTSA, 2006). Al Regne Unit, Dinamarca i Alemanya hi ha evidència estadística conforme les persones amb etapes de la seva vida en situació de sense llar moren abans que la població general (Bribblecombe, 1998; Nordentoft i Wandall-Holm, 2003; Ishorst-Witte et al., 2001). Aquestes dades coincideixen amb les obtingudes a la ciutat de Barcelona (Uribe i Alonso, 2009).

Seguint amb l'estudi del Consell de la Unió Europea com a referència, es constata com en el conjunt de la UE hi ha entre la població sense llar un alt

¹² 2010. *European Consultation of homeless people*, European Consensus Conference on Homelessness, Belgian Presidency of the Council of the European Union, Brussels, 2010, p. 18

¹³ *Homelessness and Homeless Policies in Europe: Lessons from Research*, Busch-Geertsema; Edgar, w.; O'Sullivan, e.; Pleace, N., Belgian Presidency of the Council of the European Union, Brussels, 2010, pp. 59-60

percentatge de persones amb trastorn mental sever i amb hàbits abusius de substàncies, en moltes d'elles amb coexistència d'ambdues situacions. Se'n recull evidència a Alemanya (Fichter i Quadflieg, 1999, 2003), Dinamarca (Stax, 2003), Holanda (Lempens *et al.*, 2003; Van Laere *et al.*, 2009b), Espanya (Pascual *et al.*, 2008), Barcelona ciutat (Uribe i Alonso, 2009), Regne Unit (Gill *et al.*, 1996), Irlanda (Keane, 2006), França (Brousse, 2009) i Estònia (Pärna *et al.*, 2007), així com a una recerca transversal per tota Europa (March *et al.*, 2006). Tots aquests estudis, evidencien com arreu d'Europa la relació entre salut, o manca de salut, i sensellarisme estan estretament relacionats i fins a quin punt és important aquest factor en relació a la situació de exclusió social i possibilitats de reeixir-ne.

Seguint amb el mateix informe, d'absoluta transcendència i vigència donat el seu caràcter compilatori arreu de la EU i la seva recent publicació, finals de 2010, s'hi identifiquen set possibles efectes de romandre en situació de sense llar:

- Manca de lloc on guarir-se i, per tant, risc d'agressions, patir inclemències climatològiques, dificultat en accedir a serveis socials, feines i establiments públics
- Propensió a agrupar-se amb persones en la mateixa situació, tot allunyant-se de les normes i estàndards socials i culturals
- Estigma
- Dieta pobre i inadequada
- Possibilitat d'incidir en el consum de drogues / alcohol
- Possibilitat de desenvolupar algun tipus de trastorn mental
- Estat de salut precari en general

Veiem com dels set possibles efectes, tres estan estretament vinculats a la salut. La precarització de la salut, el gran augment del risc de patir malaltia mental i el consum abusiu de substàncies. Dos més, la dieta pobre i inadequada i el romandre sense llar es vinculen als hàbits de vida i incideixen directament sobre l'estat de salut. I els altres dos, l'estigma i agrupar-se amb grups d'iguals en la situació, s'accentuen en tant que l'estat de salut de la persona sigui pitjor.

Així doncs, sembla més que corroborada la relació directe entre estat de salut i situació de sense llar, tan per com la situació agreuja la salut, com per la forma en què l'estat de salut pot agreujar o cronificar la situació de sense llar.

No hi ha massa dades recents recollides al respecte en base al nostre context. A nivell d'estat espanyol, algun estudi epidemiològic molt genèric i enfocat a la malaltia mental (Muñoz *et al.*; 2003a) i un estudi en profunditat, però centrat en la ciutat de Madrid (Muñoz *et al.*; 1995, 2003b). A Barcelona, es va fer un important estudi publicat el 1999, un informe epidemiològic amb una mostra força representativa, malgrat no ho era potser en relació al conjunt de perfils socials, i d'estat de salut, del total de l'univers sense llar de la ciutat (Jansà, Sànchez, Borrell *et al.*, 1999). El precedent més directe és l'estudi sobre estat de salut de la població en situació de sense llar de la ciutat de Barcelona publicat el 2009 i en el que ens basarem aquí per centrar les principals problemàtiques i mancances de salut actuals d'aquesta població (Uribe i Alonso, 2009). No obstant, cal tenir present que, malgrat ser un estudi representatiu del total de l'univers sense llar de Barcelona, aquest no representa el total de l'univers català, tot i abastar un percentatge important de la població sense llar de Catalunya, probablement sobre el 50%. Per altra part, hi ha condicionants en la salut determinats pel factor urbà de la ciutat de Barcelona, i per tant, dinàmiques o problemàtiques vinculades a societats, grups o municipis d'àmbit rural amb població sense llar, no han estat informades ni valorades en aquest estudi.

Els resultats de l'estudi de 2009, conclouen que les persones enquestades en situació de sense llar estan exposades socialment i individualment a adoptar "estils de vida" amb un major risc per a la salut que les persones que tenen millors condicions i, per extensió, ocupen posicions més favorables. En altres termes, si els "estils de vida" dins del marc de categories de classificació i indicadors de mesura de la salut, com factors de l'entorn, actituds i comportaments individuals juntament amb els socioeconòmics, són aspectes universals que generen diferències en relació

amb els riscos per a la salut, en el cas de la població objecte d'estudi aquestes diferències augmenten en haver d'afrontar obstacles addicionals.

El 79,2% de les persones en situació de sense llar de Barcelona ciutat, tenia trastorns crònics –d'un a tres i més de tres–, percentatge que és una mica inferior dins de l'univers d'homes (el 77,9%) i una mica més elevat en el de les dones (87%). És a dir, amb prou feines un 20,8% de la població en situació de sense llar no presentava cap morbiditat crònica. També es constatà una relació dependent entre morbiditat o nombre de trastorns crònics i el temps que portaven les persones en situació de sense llar. Des del punt de vista dels trastorns i/o malalties més freqüents, les musculoesquelètiques afectaven el 67,6% de les persones enquestades, seguit de les cardiovasculars en un 57,2% i, en tercer lloc, la morbiditat mental amb el 49,1%. Seguien els trastorns de toxicomanies –alcoholisme i altres drogues–, essent un 45% de la població enquestada que afirmava tenir aquest tipus de trastorn crònic, –al voltant del 28% alcohol i el 18,2% altres drogues–. Cal fer menció especial de les dades recollides en relació a la salut mental. Al voltant de tres quartes parts de les persones entrevistades en situació de sense llar (el 76,4%) corren el risc de patir una malaltia mental, i en introduir la variable sexe s'observa que el risc és relativament més gran en les dones (78,3%) que en els homes (76,2%). Per tant, hi hauria un 49,1% amb algun tipus de problema de salut mental, d'un 76,4% amb risc de patir-lo, prevalences absolutament desproporcionades en relació a la resta de la població. En relació a la morbiditat, l'estudi conclou que hi ha una estreta relació entre estar al carrer i el tipus i hores de son, amb una mitjana de sis hores, i morbiditat mental –estrès i ansietat, angoixa o por, especialment– i, concomitantment, entre malaltia mental i malalties cròniques que impliquen dolor o malestar –com les neurològiques i musculoesquelètiques–. L'estudi també aborda la relació entre morbiditat i ús de medicaments i serveis de salut i indica que, en general, hi ha una falta de correspondència entre morbiditat i tractament. A més, es constatà que les persones en situació de sense llar solen accedir més a l'atenció mèdica quan el seu estat de salut està en situació crítica o de risc, és a dir, d'emergència, i no en fase de seguiment.

L'estudi insisteix en la idea de "desigualtat en la salut", especialment en l'ús o cobertura sanitària. A més, aquestes situacions i desigualtats augmenten en la població immigrada. L'estudi constata el seu major risc de desigualtat i de vulnerabilitat, no ja respecte a la població general, sinó comparant-la amb la ja vulnerable i en situació de desigualtat població sense llar no immigrada. La població immigrada sense llar, quant al seu risc de vulnerabilitat, sembla estar "a la cua de la cua". Com a exemple d'un dels múltiples factors en què es detecta l'especial vulnerabilitat d'aquest col·lectiu respecte al ja vulnerable col·lectiu de persones sense llar espanyoles, i en relació amb la salut, es detectaren trenta-dues persones immigrants enquestades (10,4%) que no tenien cobertura sanitària, mentre que aquest nombre disminuïa en gran mesura en la població espanyola enquestada (cinc persones, 1,7%).

Per concloure aquest apartat, volem fer èmfasi en què moltes de les persones que trobem en aquests tres grups han viscut esdeveniments vitals crítics marcats per ruptures familiars o laborals, impossibilitat de fer front a despeses d'habitatge, addicions o pèrdua de la salut, que els han conduït a processos d'exclusió social. Les persones que pateixen alguna d'aquestes situacions tenen dret a una vida digna i a rebre una atenció de qualitat necessària per aconseguir una inclusió activa a la societat, des de polítiques i intervencions responsables, compromeses i compartides pels diversos agents i entitats. Són persones que necessiten acompanyament, apoderament i oportunitats per poder assolir un major grau d'autonomia personal i reintegrar-se a la societat. L'acció social i l'atenció sanitària poden esdevenir eixos fonamentals en aquest procés d'inclusió. Les intervencions que es realitzen des d'aquestes entitats, necessàriament, han de ser coordinades perquè la persona no pateixi major vulnerabilitat i desatenció.

L'àmbit social i de la salut tenen una naturalesa diferent però estan íntimament interrelacionats ja que les condicions de vida de la població determinen l'estat de salut de les persones. Una persona malalta és una persona dependent i una persona amb mancances socials (laborals, econòmiques, relacionals...) té un alt risc de perdre la salut. Els reptes en

ambdós àmbits són similars i necessàriament cal plantejar programes de vinculació entre uns serveis i altres i polítiques transversals que incideixin en les condicions de vida per assolir una millor salut de la població.

En el marc europeu, estatal i autonòmic de les polítiques d'inclusió social¹⁴ es fa especial èmfasi en la prevenció dels riscos d'exclusió social, en treballar-la i potenciar-la des de polítiques i intervencions preventives, abordant les formes extremes d'exclusió social i combatent la discriminació de qualsevol tipus. Concretament, pel que fa a la salut, es destaca la necessitat d'una atenció sanitària de llarga durada, de qualitat i viable i, per altra part, d'una xarxa de protecció social forta per a les persones en situació vulnerable.

Les perspectives no són optimistes i fan pensar en un empitjorament d'aquesta crua realitat. La intensificació dels factors d'exclusió econòmica i social poden generar nous pobres i exclosos. És just en aquest moment quan es fa més necessari invertir en protecció social per frenar la creixent pobresa. Una major redistribució de la riquesa repercuteix en una millor cohesió social i major nombre d'oportunitats per a la població més desafavorida.

¹⁴ Pla d'acció per a la inclusió i la cohesió social a Catalunya 2010-2013.
Plan nacional de acción para la inclusión social del reino de España 2008-2010.

3.-PLANTEJAMENT DE LA RECERCA

3.1.- OBJECTIU GENERAL DE LA RECERCA:

Realitzar propostes de millora per a una intervenció coordinada i més eficient entre les entitats d'acció social i els serveis de salut.

Objectiu 1: Analitzar els dèficits de coordinació i els beneficis d'una millor coordinació dels àmbits social i sanitari sobre els 3 col·lectius identificats com a prioritaris.

Objectiu 2: Plantejar línies de millora futura en aquesta coordinació social - sanitària en els col·lectius que s'identifiquin com a prioritaris

3.2.- METODOLOGIA:

3.2.1.- Disseny de la recerca:

El disseny és de tipus qualitatiu i participatiu.

Hem volgut que aquesta recerca fos participativa per tal de donar veu als actors socials de les entitats del Tercer Sector Social. Gestors, professionals i usuaris han aportat la seva experiència i han generat debats rics en idees, anàlisi de les mancances i dificultats, i propostes de millora des del seu coneixement i vivència personal en el dia a dia.

3.2.2.- Mostra:

Per tal de tenir una mostra representativa es va contactar i convidar a més de 20 entitats dels tres àmbits seleccionats com a prioritaris. Finalment, per raons d'agenda i disponibilitat, en van participar 20.

ENTITATS PARTICIPANTS:

Àmbit Sense Llar:

- ASSIS
- Sant Joan de Déu. Serveis Socials
- OS Santa Lluïsa de Marillac
- F. Arrels

- Coop. SUARA
- Ajuntament de Barcelona

Àmbit Drogodependències:

- F. Font Picant
- ABD
- Àmbit Prevenió
- Associació ATRA
- Associació Rauxa
- F. Projecte Home
- F. Salut i Comunitat
- CECAS. Centre català de solidaritat
- ATART

Àmbit Salut Mental

- Associació Rehabilitació Malalt Psíquic AREP
- Comunitat Terapèutica del Maresme
- Associació ATRA
- Fundació Tres Turons
- INTRESS

A cada entitat es va demanar que aportés als grups de discussió persones amb diferents posicions i per tant amb visions complementàries de la problemàtica a tractar, una persona usuària del servei, un/a professional i un/a gerent o directiu/va. Les entitats, en funció de la seva disponibilitat, varen aportar participants en alguns o tots els nivells demanats. Finalment la participació va ser la següent:

- ***Grup de discussió d'entitats que treballen amb persones Sense Llar:***
 - Usuaris: 4
 - Professionals: 7
 - Gestors: 6

- ***Grups de discussió d'entitats que treballen amb persones amb problemes de Drogodependències:***
 - Usuaris: 3
 - Professionals: 6
 - Gestors: 7
- ***Grups de discussió d'entitats que treballen amb persones amb problemes de Salut mental:***
 - Usuaris: 3
 - Professionals: 7
 - Gestors: 4

3.2.3.- Tècniques de recollida de dades:

Per recollir la informació es van convocar tres sessions de grups de discussió, en les que es va treballar simultàniament amb tres grups, tenint en compte l'agrupació per rol i àmbit:

- 1a Sessió: Grup de discussió focal amb usuaris
 - Sense llar
 - Drogodependències
 - Salut Mental
- 2a Sessió: Grup de discussió focal amb professionals
 - Sense llar
 - Drogodependències
 - Salut Mental
- 3a Sessió: Grup de discussió focal amb gestors
 - Sense llar
 - Drogodependències
 - Salut Mental

Cada grup va ser dinamitzat per dues persones de l'equip investigador: un/a moderador/a i un/a relator/a. Les discussions van ser gravades previ permís dels participants i posteriorment transcrites literalment per permetre la seva anàlisi.

Es va elaborar un guió per a cada sessió amb el següent ítems:

- **Grups d'usuaris:**

- Accessibilitat al sistema sanitari i a les entitats/administració de serveis socials
- Identificació de necessitats
- Identificació d'oportunitats socials per la inclusió / propostes de millora

- **Grups de professional i gestors:**

- Dèficits de coordinació i col·laboració sociosanitària en les intervencions realitzades
- Impacte d'aquests dèficits sobre la salut de les persones i el treball de les entitats
- Col·lectius que es consideren més perjudicats per aquesta descoordinació
- Beneficis d'una millor coordinació en el treball de les entitats i en la vida de les persones ateses
- Línies d'intervenció que millorin l'eficàcia del sistema
- Necessitat de recursos per implementar-les

Al final de cada sessió es varen presentar les conclusions per tal de ser consensuades amb el grup.

3.2.4- Anàlisi de les dades:

S'ha realitzat una anàlisi de contingut de les transcripcions i de les notes de cada sessió. D'aquesta anàlisi varen emergir les següents categories:

- Dèficits i mancances: accessibilitat, coordinació, col·laboració
- Impacte d'aquests dèficits sobre la salut de les persones i el treball de les entitats
- Col·lectius que es consideren més perjudicats per aquesta descoordinació

Els resultats s'agrupen en dos capítols, en el primer es recullen els elements que constitueixen el diagnòstic sobre la (des)coordinació social-sanitària i el seu impacte sobre les entitats i les persones. En el segon es plantegen les línies de millora per a una coordinació social-sanitària més efectiva i eficaç en els àmbits considerats prioritaris.

3.2.5- Limitacions:

Hem d'assenyalar que si bé les aportacions dels diferents col·lectius és força coincident, haguérem volgut comptar amb una mostra més gran, sobretot en els grups d'usuaris, però les seves condicions de vida fan molt difícil que puguin tenir la disponibilitat per participar en un grup de discussió. Malgrat tot, els deu participants han aportat una rica i valuosa informació. D'altra banda les "atapeïdes" agendes de professionals i gestors també han fet que la mostra no fos la desitjada. Amb tot creiem que la informació obtinguda cobreix els objectius inicials d'aquesta recerca.

Tan el diagnòstic com les propostes de millora que presentem recullen una visió des dels serveis socials, però pensem que en un estudi complementari caldria incorporar la visió del professional i gestors de l'àmbit sanitari.

3.2.6- Cronograma:

FASE PRÈVIA	ENCÀRREC	
	<ul style="list-style-type: none"> • Reunions entre membres de la Taula del Tercer Sector Social, investigadors/es de l'EUI Sant Joan de Déu i Fundació Sant Joan de Déu 	Maig 2010
PRIMERA FASE	ELABORACIÓ DEL PROJECTE DE RECERCA	
	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboració i presentació del projecte de la Recerca al Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya 	Juny 2010
SEGONA FASE	RECERCA EMPÍRICA	
	<ul style="list-style-type: none"> • Contacte amb les entitats per organitzar els grups de discussió • Realització dels tallers i obtenció de la informació • Transcripció de la informació obtinguda en els tallers de debat • Anàlisi de les dades obtingudes • Redacció de l'Informe • Presentació de l'Informe 	Setembre 2010 Octubre 2010 Novembre 2010 Desembre 2010 Gener 2010 Febrer 2010

4.- DIAGNÒSTIC

A continuació es presenten els resultats dels tres àmbits d'estudi: salut mental, drogodependències i sense llar. Com a professionals compromesos hem intentat crear les condicions de respecte i responsabilitat a l'acollida de totes les persones participants perquè lliurement expressessin la seva opinió.

L'organització i estructura d'aquests resultats respecta les categories analítiques que van emergir dels diferents debats.

Al document hem cregut important integrar, després de cada apartat de respostes, les cites literals més representatives (en cursiva) que els propis usuaris, professionals i/o gestors han apuntat en els seus discursos i que creiem que són facilitadores per entendre i arribar més al detall de les seves respostes.

Tanmateix, en el diagnòstic, al final de cada àmbit hem afegit un quadre amb una síntesi dels aspectes més rellevants dels debats.

4.1.- ÀMBIT DE LA SALUT MENTAL

Els gestors i els professionals participants en el debat valoren que els dèficits de coordinació i col·laboració sociosanitària en les intervencions realitzades per les entitats, tan aspectes estructurals com organitzatius, condicionen el treball dels centres i dels professionals, així com l'atenció dispensada als usuaris. Pel que fa a la vivència dels usuaris, aquests tenen una opinió crítica fruit de les dificultats d'atenció, que són conseqüència d'actuacions poc coordinades i que repercuteixen en la seva vida quotidiana i en l'estat de salut. Consideren imprescindible que s'escolti la seva veu per poder canalitzar el seu descontentament i les seves propostes. Cal destacar que fan referència a dificultats en l'accessibilitat al sistema sanitari i a les entitats/administració de serveis socials.

En relació a problemes o **dèficits d'accessibilitat al sistema sanitari**, els usuaris destaquen els següents aspectes:

- Es destina **poc temps per a les visites** en el centres de Salut Mental per part dels psiquiatres i són molt espaiades. Els usuaris participants consideren que ni amb mitja hora és suficient si les visites són cada 2 o 3 mesos. És difícil que es pugui explicar tot allò que li passa a l'usuari i que l'especialista pugui fer una atenció global. No sempre hi ha efectivitat en el moment d'urgència i es refereixen tardances en el diagnòstic d'algunes malalties. Temps d'espera excessiu per a la derivació en salut mental.

"Depèn del professional que et toqui, li donen deu minuts, un quart d'hora i es tira molt poc temps amb tu, i hi ha d'altres professionals que es tiren mitja horeta amb tu, però és poc temps perquè vas cada dos o tres mesos a visitar-te i tens moltes coses per explicar-li a aquest professional, i no et donen un marge de... normalment et retallen molt la visita".

- En quan a les **medicacions i tractaments** es tenen poc en compte els canvis corporals i l'estat del pacient i altres aspectes com l'efectivitat i els efectes secundaris de la medicació (tardança en canviar o retirar el fàrmac). Per saber els efectes de la medicació al llarg del tractament, s'haurien de fer revisions generals i no només o majoritàriament anàlisi

de sang. Poc estudi dels efectes secundaris al llarg del tractament. Els usuaris també fan referència a problemes amb la **burocràcia de les baixes**; dificultats en la gestió, el marge de temps per presentar-les i la continuïtat requerida. Seria preferible que es podessin gestionar des del Centre de Salut Mental.

- Expliquen com una **dificultat de les entitats socials**, en l'atenció a les persones amb problemes de salut mental, el fet de què no disposin d'atenció sanitària (metge + infermera), ja que asseguraria un millor i més immediat seguiment.
- Opinen que hi ha una greu **falta de coordinació** entre centres terapèutics de dia i el CSM amb opinions divergents sobre les necessitats de l'usuari. Manca de coordinació i dinamització en l'atenció al client als hospitals i dificultat en l'atenció immediata. Dificultats d'accés a l'hospital per la situació demogràfica en les zones no urbanes.

Per l'altra part, també concreten les **dificultats d'accés als serveis socials**:

L'excessiu **temps d'espera** per accedir als diferents recursos: hospitals de dia, residències, pisos assistits...

"Hay que esperar mucho para los distintos recursos, hospitales de día, residencias, etcétera. Para el ingreso. También que hay que esperar mucho para acceder a los recursos de servicios sociales ¿no? Como el hospital de día, la residencia y todo esto".

- Mala organització dels **serveis d'atenció** a l'usuari per part dels petits **ajuntaments** (ex; targeta blava). No tenen la capacitat per gestionar elements que faciliten la vida quotidiana. Un exemple clar són els transports amb horaris limitats, sobretot a les afores de la zona urbana.
- Una conseqüència de la manca de coordinació entre els treballadors dels dos àmbits és la **dificultat per conèixer i accedir a recursos** de serveis socials des dels serveis de Salut Mental (àmbit sanitari). També observen una falta de coordinació entre centres de diferents barris per oferir una continuïtat en l'assistència.

➤ En relació als **dèficits de coordinació i col·laboració socio sanitària en les intervencions** de les entitats, gestors i professionals posen de relleu els següents punts:

- No hi ha suficient **reconeixement** dels serveis ni del treball de les entitats socials. Es potencia més el treball de l'àmbit sanitari que el social i aquest fet es tradueix en pitjors subvencions, salaris i condicions de treball.
- L'àmbit sanitari i el social actuen com a dues **xarxes independents**, fent així de la coordinació una cosa voluntària. Cada àmbit focalitza en el seu treball i no hi ha plans articulats d'intervenció. Els centres sanitaris tenen manca de coneixements de les funcions dels recursos socials, fet que, entre d'altres coses, dificulta les derivacions. **Desconeixement mutu** i manca de voluntat per solucionar-ho, no només pel que fa a funcions sinó també a la metodologia comunitària. La coordinació se sustenta majoritàriament en la **bona voluntat dels professionals**. S'ha de formalitzar, ja que hi ha confusionisme en les intervencions i en quan al mètode hi ha limitacions, produint-se actuacions i intervencions contradictòries, i dificultats en derivacions principalment, també afavorit per la saturació dels serveis, però que la manca de coordinació agreuja.

"Hi ha una manca de coneixement mutu i a vegades poca voluntat de conèixer doncs... de conèixer-nos més mútuament, sobretot de salut a alguns recursos, i a veure, ara poso l'accent aquí perquè és la nostra evidència, no? I no solsament sobre la nostra funció com es deia, sinó sobre el propi programa d'intervenció i sobretot sobre la metodologia, és a dir, la metodologia no té un reconeixement a vegades com a tal".

"Penso que són com dues xarxes força independents, no? que cadascuna té uns objectius, un funcionament força diferent i que la coordinació pues que és molt complicada i molt... molt voluntarista, no? Depèn més de les entitats i de bones relacions i això comporta que no hi ha plans articulats d'intervenció, que cada àmbit, el social o el sanitari, focalitza molt en un aspecte".

- **Desconeixement**, per part de sanitat, **de les funcions de les entitats socials** i tot el que engloben, és a dir, fins on poden arribar les entitats d'acció social i fins on les sanitàries. També manifesten que hi ha desconeixement sobre alguns recursos socials, de com funciona una llar-

residència, una llar de suport, un club social, un prelaboral... Segurament és degut a la poca coordinació entre les parts gerencials. En alguns casos també es dóna un dèficit de diferenciació de les parcel·les de treball de cada àmbit. Un exemple del desconeixement des dels serveis de salut sobre els recursos socials són les llar-residència i els pisos disponibles. Sovint aquests recursos tenen persones que necessiten ingrés hospitalari per manca de llits. Això afecta més el seu estat de salut i també afecta la resta d'usuaris que hi conviuen. A més a més la rapidesa de resposta és insuficient a l'hora de valorar els serveis que requereix l'usuari, sobre tot pel que fa a ingressos hospitalaris.

- Dificultats de coordinació entre entitats i altres serveis sobre els **objectius de l'usuari**. Manca d'un **programa de treball comú (PTI)** entre els diferents serveis que atenen a l'usuari, que tinguin en compte els seus objectius personals i que treballin en funció d'aquests objectius. Falta de consens en els objectius d'intervenció sobre l'usuari. Els recursos i serveis són de diferents entitats i això dificulta molt la coordinació i el treball conjunt i coordinat. Aquesta manca de treball comú es viu més en l'atenció a persones amb dificultats afegides com TMS, la franja d'edat de joves que passen a adults, persones amb dependència... En general prima l'estabilitat del pacient i el poder-lo col·locar en algun lloc i es perd l'objectiu bàsic de l'autonomia i el suport real. Amb la urgència de col·locar a la persona no es té en compte el moment vital de la mateixa ni les seves necessitats reals. Es tracta d'usuaris que són atesos per múltiples serveis i cada servei decideix quin pla de treball fa. El resultat és que, malgrat els limitats espais de coordinació, acaba sent un intercanvi d'informació i aquest dèficit d'actuació en una mateixa línia i objectiu acaba afectant a la persona. S'hauria d'unificar el Programa d'Atenció Individual (PAI) entre tots els recursos dirigits a la persona. Hi ha molts dispositius, moltes persones treballant i molta manca de coordinació i unificació de criteris i actuacions.

"Normalment són usuaris que són atesos per múltiples serveis, llavors cada servei decideix quin pla de treball fa i al final, tot i que hi ha espais de coordinació, és un intercanvi d'informació i això, realment repercuteix directament en el projecte de la persona. Eh... jo és el que veig una miqueta

de l'àmbit sanitari, i ho entenc també eh, vull dir que treballant des d'una perspectiva diferent però que, el que prima una mica és l'estabilitat del pacient a nivell clínic i el tema de poder col·locar-lo en algun lloc, és a dir, que faci alguna cosa. Llavors eh... això el que provoca moltes vegades és que no hi hagi un objectiu real de què aquesta persona creixi en l'autonomia, no? Sinó que realment és com; bé!, l'hem d'estabilitzar i l'hem de col·locar i ja està. I acaba sent com una miqueta... una funció social per treure'l d'allà i... però que no sé si estem ajudant realment a què les persones estiguin millor". "Sovint dupliquem funcions i l'únic que fem a vegades és equivocar-nos amb els usuaris".

- Degut a la **falta de places** en altres serveis, s'estan unificant usuaris amb processos d'autonomia divergents, que dificulten la realització dels programes d'assistència amb la consegüent problemàtica de conviure diferents perfils d'usuaris en un mateix recurs. En general, també aprecien que els **requisits d'entrada o accés a recursos** són inadequats, com per exemple amb les persones amb alguna discapacitat, i molts usuaris queden fora. La tardança en l'assignació de recursos als usuaris des de que fan la petició fa que al concedir-los el servei, el perfil de l'usuari hagi canviat. Criteris inadequats per l'admissió a recursos (ex; criteri de la pensió; fa que el servei es torni de caritat i propícia que els usuaris no treballin). Encara que hi hagi places (ex; per baixes) no s'assignen si no està oberta la convocatòria, signe de mala gestió. Cal fer esment que la llista d'espera per l'assignació de recursos no és un criteri suficient per assegurar l'adequada distribució dels usuaris.
- De manera semblant, també es detecten **dificultats en la derivació** dels usuaris que arriben al servei de prelaboral. En aquestes entitats, sovint es troben amb usuaris amb dificultats d'inserció laboral als que cal fer activitats de contenció o de rehabilitació comunitària. El recurs no es correspon amb les necessitats d'alguns usuaris, perquè moltes vegades no es té clar quin servei ofereix cada entitat, potser per manca de definició dels propis recursos. Això està relacionat amb **punts de vista divergents** entre professionals sobre el perfil d'usuari adequat per a cada recurs, com usuaris orientats vers la inserció laboral que poden ser derivats cap a altres recursos. També es posa de manifest que, sovint, hi ha discordança entre el recurs que necessita l'usuari i/o la seva motivació i el recurs que se li ofereix. La feina laboral sol tornar-se feina

ocupacional.

"...moltes vegades des de la urgència de col·locar la persona no es té en compte el seu moment vital a l'hora de derivar-lo al recurs. Jo no sé si és tant per desconeixement dels recursos o per la pressa".

"Un usuari que està treballant hàbits laborals d'assistència i habilitats laborals, va al metge i li diu, 'Es que ahora me encuentro un poco mareado'... Tots ens hem trobat aquestes situacions i els hem donat camamilla, per exemple, i li dius, 'Sigue trabajando, no te vayas, que te da miedo afrontar el trabajo', però al dia següent va al psiquiatra y el psiquiatra li dóna la baixa. Desmunta tota una sèrie de feines que hem fet de... educatives, no? Passa molt, i també sembla que l'àmbit sanitari sigui incompatible amb el treball educatiu que fem".

- Gestors i professionals consideren que algunes d'aquestes mancances es deuen, en part, a la **falta de conscienciació / informació per part dels professionals** dels centres de salut mental sobre els recursos disponibles per a la inserció laboral existents i del perfil d'usuari que podria beneficiar-se'n. Això provoca moltes descompensacions d'usuaris, ja que no es veuen capaços de treballar. Pot estar afavorit per la saturació dels serveis de salut mental. En aquest sentit, es té poc en compte els objectius de la persona i moltes vegades se l'ha de derivar a un altre centre. Hi ha un dèficit de comunicació entre entitats, produint-se discordances entre requisits socials i sanitaris per accedir a recursos.

"Que hi hagi una conscienciació als professionals que estan en els centres de salut mental... de que sàpiguen perfectament quins tipus de serveis hi ha i si realment en el pacient o usuari li convé venir en aquest servei, perquè sempre hem de... hem de mirar si és lo més positiu per ells, i a vegades ficant-los allà lo que els hi provoquem és que tinguin una descompensació"

- **Alguns dèficits estructurals** (ex; funcionament i disponibilitat de les centraletes d'informació) resulten perjudicials per als usuaris. Es donen casos en què cal demanar visita urgent i el malalt es descompensa sense haver obtingut resposta del servei de salut mental.
- Una altra aportació important fa referència a la poca flexibilització de la **sectorització geogràfica** que dificulta el seguiment de l'usuari. Sectorització massa contundent i rígida en l'àmbit sanitari que provoca dificultats per al seguiment de molts usuaris. **L'especialització** dels serveis per **àrees geogràfiques** fa que els usuaris no puguin rebre una

assistència continuada, sobre tot quan l'usuari canvia de domicili i ciutat. També es considera molt important marcar un **model a nivell territorial i sectorial** en relació a la intervenció de professionals per tal de facilitar-los la feina.

"Pensem que és necessària una flexibilització de la sectorització. En l'àmbit sanitari la sectorització és molt contundent i és necessària però a vegades necessitem una flexibilització, quan els casos estan argumentats, s'entén eh? Perquè la sectorització és molt rígida".

- En relació a aquests aspectes, es destaca que hi ha **divisió de serveis per especialitats** i manca una posta en comú entre serveis per poder seguir una línia unitària en l'assistència. Sovint l'usuari pateix la situació de "porta giratòria" ja que se'l fa anar d'un recurs a un altre sense ordre ni sentit. Descoordinació amb Treball; s'haurien de compatibilitzar les activitats laborals amb les pensions.
- Hi ha una **pitjor coordinació en zona rural** que en zona urbana que afecta a la qualitat i la continuïtat de l'assistència d'aquests usuaris. Falta de motivació i objectius per part dels usuaris de zones rurals degut al reduït nombre de recursos.
- **Els professionals es veuen saturats** per les exigències que se'ls demanen i això fa que s'hagin de deixar de banda altres funcions que queden menys ateses. Hi ha **saturació dels serveis i les entitats** per falta de temps i recursos econòmics que repercuteix en el treball dels professionals, sotmesos a una gran pressió, amb exigència de major dedicació laboral que d'hores contractades o disponibles. També es produeix una manca de temps i d'espais que fa que les reunions de coordinació acabin sent intercanvis d'informació. Les hores de coordinació dels professionals de les entitat socials no formen part de la jornada laboral. Estan segurs que amb contractes de 25 hores és impossible tenir temps per coordinació.

"Jo me'n vaig anar d'un CSMIJ perquè treballava 25 hores a la setmana i feia les coordinacions externes. El programa de patologia de psicosis incipient, era impossible, i em tocava fer de filtre entre serveis socials i jo i serveis de salut. Bàsicament era l'encàrrec dit així amb majúscules. O sigui, 25 hores... és impossible fer les coordinacions..."

- Per altra part, la **falta d'estructuració dels espais de coordinacions** comporta una manca de feedback entre professionals i serveis socials i

sanitaris.

"La manca de coordinació. Per exemple, una persona té una visita d'anar al centre de salut mental eh!... li baixen la medicació... No hi ha hagut... o sigui nosaltres ja li hem enviat informes, eh, sempre que tenen visita portem un informe. Però bé, des d'allà han considerat que s'ha de baixar la medicació, es baixa la medicació i a partir d'aquí has de gestionar-ho... perquè has de baixar la medicació. Hi ha tota una sèrie de funcionament encara que no estiguis d'acord i llavors es produeixen ingressos, jo penso, innecessaris, eh, que si hi hagués més continuïtat o més coordinació doncs... doncs no seria així, no? I el que comentava abans de l'efecte de la porta giratòria. Estem constantment derivant, retornant, hi ha externalització de pacients de la unitat hospitalària... Tu fas demanda d'ingrés i de la unitat hospitalària te'l retornen". "Anem fent pedaços i el... l'únic que fem és cronificar més al pacient del que està".

- És indispensable **fer operatives propostes** ja existents relegades per falta de temps, professionals i recursos econòmics. Cal augmentar els coneixements per part de l'àmbit sanitari d'aquestes propostes.
- No hi ha entremig entre club social i prelaboral.
- Falta introduir **l'educació en el pla director**.
- Els participants en el debat manifesten **dèficits d'organització** i excés de **corporativismes** en els serveis sanitaris que no permeten el **treball en equip interdisciplinar**. Les àrees administratives (social, psicosocial) d'aquests centres són separades de les àrees d'atenció mèdica. Es treballa en contra de la interdisciplinarietat.

"Estan procurant des del Departament de Salut que professionals de l'àmbit social quedin en les àrees administratives, diferents a les àrees de salut, del que és un recurs sanitari. Clar, això ja diu molt, diu molt de què estem com treballant en contra de la interdisciplinarietat i en contra d'aquesta connectivitat, perquè ja dintre de les mateixes organitzacions, la mateixa administració per una equivocació en l'optimització... procura que els professionals de... social y possiblement de psicosocial, quedin en aquestes àrees administratives".

- Les **visites dels professionals dels centres de salut mental** són massa espaciades, cosa que fa que no es pugui mantenir el nivell d'exigència dels serveis. S'hauria de marcar una regularitat en les hores que hi dediquen. Això es tradueix en **dèficits estructurals** en l'assistència a l'usuari (ex; atenció psiquiàtrica deficient i amb negació a

la delegació de funcions als mateixos companys de professió). Per altra part, també es produeixen **altes hospitalàries** sense programació ni coordinació amb els serveis socials, relacionat moltes vegades amb la pressió dels centres hospitalaris.

- En un altre sentit, la **no existència de circuits coordinats** dificulta poder accedir a tota la informació de l'usuari per poder tractar-lo adequadament. En algunes ocasions es produeixen ingressos hospitalaris innecessaris i això comporta un retrocés en tot el treball realitzat amb aquella persona. És l'efecte de "porta giratòria". Constantment es deriven usuaris i es fan externalitzacions de malalts de la unitat d'hospitalització quan no és el moment. Totes aquestes actuacions afecten als professionals de primera línia i als altres usuaris que comparteixen residència. També succeeix al contrari, persones en procés de descompensació que provoquen situacions de risc. Es fa la demanda d'ingrés i de la unitat d'hospitalització el retornen amb la consegüent afectació dels companys de residència per la reactivació no atesa a l'Hospital.
- Per a les entitats es fa difícil l'elaboració d'un **pla estratègic** i objectius institucionals a llarg termini degut a la inestabilitat de l'àmbit. Han de treballar amb programes de temporalitat molt curta. Problemàtiques en la temporalitat de les convocatòries.
- **Poca coordinació de les parts gerencials** per resoldre les dificultats que van sorgint en el dia a dia, més evident quan els serveis s'ofereixen des de diferents entitats, i poca o nul·la coordinació amb l'administració. Aquest fet suposa major esforç, més hores de treball i desatenció dels serveis per anar a reunions que són poc productives.

"El coordinar-se per exemple amb un CSMA, d'acord? D'alguna entitat que només té temes socials, és com molt complicat perquè l'única articulació que hi ha és de metge a educadors, llavors ells marquen la seva manera de funcionar i jo penso que manca el tema més gerencial, de marcar un model a nivell de territori, model de sector o model de barri, digueu-li com sigui, dependent on fòssim, doncs el tenir clar un model d'intervenció, perquè llavors els treballadors d'aquells serveis tindrien clar com poder actuar, no? Al no tenir-ho tot queda en la bona voluntat dels treballadors, i de com s'articulen i de com es coordinen, no?"

"Has de desatendre més el servei per anar a reunions que són poc

productives. Si estigués tot molt més formalitzat guanyaríem temps, eficàcia, atenció als pacients i econòmicament perquè clar, has de substituir la persona”.

- No hi ha **traspàs d'informació** sobre les intervencions realitzades a un mateix pacient, entre els diferents serveis, sobre tot des de salut, fins i tot tenint en compte que la pròpia llei de protecció de dades no justifica aquest dèficit ja que ho contempla clarament. Això provoca confusió en interpretar la informació i contradicció de les intervencions.

“Poc traspàs o molt poc traspàs de la informació i les indicacions de les intervencions que es fan sobre el mateix pacient entre els diferents serveis, no? Sobretot de salut cap a sociosanitaris o centres dels serveis socials, no? En definitiva, la informació que es dóna tant al professional que fa l'intent de coordinació com el que l'acompanya si cal, o a la mateixa entitat que és l'equivalent d'un tercer familiar o d'una persona que l'acompanya. Aquest és un dèficit important perquè doncs inclús... bé, a vegades s'excusa algun servei en protecció de dades... que tampoc és cert perquè la pròpia llei de protecció de dades ja ho contempla”.

“Confusionismes en interpretar correctament les indicacions, actuacions contradictòries sobre el mateix pacient quan representa que s'estan fent dos actuacions sobre la mateixa persona, no? i que se solapen d'alguna manera. Penso que aquest és un dèficit important i que avui dia ja hi ha prou, inclús legislació i tot, que ho pot contemplar, no?”

- Quant a **l'impacte d'aquests dèficits de coordinació**, cal destacar que afecten la salut de les persones, la seva integració social i el treball de les entitats. Pel que fa a la salut dels usuaris es torna més fràgil i en risc quan les intervencions són menys eficaces i es produeixen retards en les actuacions, sobre tot des dels centres sanitaris. El treball de les entitats per aconseguir la seva inserció a la societat també es veu dificultada i la persona segueix en situació de gran precarietat i vulnerabilitat pel que fa a la inclusió social.

Impacte en la salut de les persones ateses i en la seva integració social:

- Els participants estimen que els **perfils massa dispars dels usuaris** fa que es perdi l'objectiu del programa i que l'usuari no tingui la motivació adequada per aprofitar el recurs, cosa que també influeix en la resta dels companys. La valoració que es dóna dels usuaris ocasiona que deixin de tenir el perfil per fer ús del recurs que fins llavors els era òptim, fet que produeix situacions de risc i alteracions del programa d'assistència. A vegades es modifiquen perfils perquè tinguin cabuda en un recurs, degut a la urgència de "col·locar" a la persona.
- Pel que fa a les famílies, es detecta una **manca de coneixements i conscienciació** sobre com tractar als usuaris; aspecte important a treballar ja que repercuteix directament en el procés de rehabilitació i d'inserció. Cal tenir en compte a les famílies que volen col·laborar ja que dóna resultats més positius en el procés d'atenció als usuaris.
- Les **visites massa espaciades** entre professionals i usuaris i la manca d'assistència i vinculació social en l'àmbit sanitari (treballador social en el centre de salut) produeix confusió en l'usuari i perjudica la qualitat de l'assistència.
- La falta de coordinació entre serveis sanitaris i serveis educatius socials genera trencament d'**hàbits treballats**. Per exemple, alguns usuaris quan s'incorporen a l'àmbit laboral tenen dificultats i pors per afrontar el canvi. Si el psiquiatra li dóna la baixa es trenca tot el treball socioeducatiu fet. No es té prou en compte allò que l'usuari realment vol sinó que els professionals se solen centrar en les gestions i el seguiment d'unes pautes. Degut a la mala coordinació es produeixen ingressos hospitalaris innecessaris que comporten un retrocés en el procés d'assistència de l'usuari, i junt amb el retard en la resposta, els professionals de primera línia i els companys de llar-residència es troben en situacions de risc.
- Les persones es van **institucionalitzant** i els tractaments no avancen. Es potencia l'actitud institucional del pacient; saber què ha de dir en cada lloc /servei per beneficiar-se'n, cosa que perjudica la seva rehabilitació. A més a més, la mala coordinació provoca **confusió en**

l'usuari. Efecte de la "porta giratòria"; s'envia l'usuari a un servei/recurs sense una idea clara del que aquest ofereix (des d'aquest se l'haurà de reubicar). Impacta molt en els usuaris que tenen més ingressos hospitalaris perquè no hi ha continuïtat entre els recursos sanitaris i socials. Es produeix cronicitat de la malaltia. Manca de projecte de vida per l'usuari des de les dues vessants, social i sanitària.

- Hi ha molt **retard en l'obtenció de places**. Des de què les demanen fins que les obtenen poden passar anys i la vida de la persona amb problemes de salut mental ha canviat molt. Es dona la paradoxa de què hi ha places lliures quan hi ha persones esperant plaça. És evident la manca de planificació des de l'administració. També fallen els criteris d'admissió. Si no cobres una pensió mínima no es té dret a plaça. Abans sí que podien entrar amb pensions més elevades però ara no. Això es viu des de les entitats com un retorn a la intervenció basada en la caritat. Hi ha usuaris que perden la pensió no contributiva quan treballen i costa molt tornar-la a cobrar, per aquest motiu molts prefereixen no treballar per no perdre-la.

"Jo penso que tornem a més caritat, no? a fer-los més pobres, a dir-los; `Tu no treballis ni facis res i d'aquesta manera tindràs un pis o tindràs alguna cosa teva`. Això no... això no dignifica a la persona ni molt menys".

- En els darrers anys s'ha fet una buidat dels hospitals psiquiàtrics però no s'han obert places substitutòries. Per altra part, la **rehabilitació** es deixa en mans de les entitats d'acció social perquè no es contempla com una rehabilitació sanitària. Aquesta situació encara potencia més la idea de caritat, no d'assistència en salut.

"La rehabilitació de salut mental no està contemplada en salut... es deixa en mans d'acció social i l'acció social, entre cometes, diríem que és de caritat. Encara tenen aquest concepte de caritat. A veure jo ho visc així eh, potser estic equivocada però jo ho visc així, com una caritat, no? Aleshores clar, el malalt no té un projecte de vida, que en aquest projecte de vida tindrien que intervenir les dues parts, sanitat i acció social, en tota la trajectòria de la seva vida, ja pugui ser rehabilitació laboral o simplement assegurar que pot viure dignament".

- La **territorialitat** és molt important en l'àmbit de la salut mental per les dificultats que pot tenir perquè la persona s'integri a la societat. Si es desterritorialitzen, és un canvi d'entorn, de gent, d'equip d'atenció. Això

ho acusen molt. També està relacionat a què no tots els territoris disposen de tots els serveis sanitaris i socials.

Els usuaris també fan una identificació i valoració de **necessitats socials i dificultats d'integració** que es concreta en aspectes que fan referència al treball i condicions laborals, a les necessitats de formació, a la manca de recursos per a casos específics i a l'estigma que acompanya a les persones amb problemes de salut mental. En els següents punts es concreten els elements clau de les seves aportacions:

- Un aspecte prioritari en les dificultats d'integració és la falta de **treballs ben remunerats** i la manca de varietat en els treballs a què poden optar, ja que tenen dificultats per trobar feines que no siguin especials. Això fa que no puguin, molts cops, desenvolupar al màxim les seves capacitats ni fer front a una emancipació i/o a les despeses del dia a dia. Els **sous baixos** i la **poca diversitat dels treballs** és la causa de què (tal com s'explicava anteriorment) molts usuaris prefereixin cobrar les pensions en comptes de treballar, ja que l'esforç que requereix no es veu compensat. Per altra part, opinen que caldria adequar els horaris a les capacitats de les persones, ja que algunes no poden fer jornades de 8 hores seguides i necessiten períodes més curts amb descansos. En general, els treballs que fan no els permeten una plena realització personal.

"Yo ahora mismo no trabajo, pero yo tengo una pensión y mi pensión me la tienen que revisar bien porque es un tipo de pensión que sí, que en un trabajo ordinario no puedo trabajar, pero en un trabajo de un centro especial de trabajo sí, porque tengo unas condiciones diferentes pero a lo mejor con tres o cuatro horas a la semana o cuatro horas al día o algo así, me conservan la pensión y puedo trabajar".

- També valorem com molt important la necessitat d'una **millor formació** per assegurar el desenvolupament personal. En aquest sentit es fa referència a les dificultats per a matricular-se i realitzar cursos de formació continuada ja que, a la majoria no els donen accés degut a un no reconeixement del pensionista (condició en què es troben molts usuaris).

"Ésto de sufrir una enfermedad mental nos impide a muchos, al menos, habrá casos a lo mejor que estén muy especializados que pueden hacer un trabajo normal, nos impide hacer un trabajo normal. Pero los trabajos especiales, que son digamos los que están reservados faltan... pero también me refiero un poco a la remuneración. Es paja. Y no puedes... no es como un trabajo normal, tampoco puedes prosperar, tampoco puedes promocionarte".

"També em passa amb els horaris, que segons quins horaris no em van bé. Eh... jo intento fer l'horari que està estipulat però a lo millor una jornada de vuit hores seguides... jo ho he fet, durant anys, però ara en el moment de què saps que no estàs bé, veus que a les tres o quatre hores que estàs activa, necessites descansar".

- Per les persones participants en el debat, la salut mental segueix sent un **estigma y un handicap social** que impedeix la superació personal i l'accés a millors condicions laborals i de vida. En general, valoren que hi ha poca conscienciació social del que realment és la malaltia mental. Algunes persones verbalitzen por relacionada amb la visió dels altres durant les activitats quotidianes (ex; agafar el cotxe) i a situacions concretes en funció de cada cas.

Impacte en el treball de les entitats i professionals:

- **Pèrdua de recursos humans** per falta de coordinació, que té conseqüències negatives en l'atenció i assistència a l'usuari. Es perd molt temps. Mala distribució dels recursos humans en les llar-residències i en l'àmbit sanitari, fet que repercuteix en la qualitat de l'assistència al pacient. Les entitats petites (la majoria de les de l'àmbit social) tenen menys recursos i això perjudica directament l'assistència de l'usuari.
- **Pèrdua d'hores i repetició d'intervencions** a partir de visions diferents, que inclús poden fer difícil el diagnòstic de l'usuari, que provoquen actuacions contradictòries en l'atenció a un mateix usuari i afecta directament a la seva atenció. Cal fer esment que els participants emfasitzen que més coordinació no significa més reunions sinó basar-se en un model de gestió i control de serveis que estigui organitzat amb la finalitat de treballar de manera conjunta. Mala coordinació sí que implica

més esforç, més hores de feina i endarreriment de la intervenció, hores i esforç que no estan contemplats. Són diferents actuacions, a vegades contradictòries, que desgasten l'usuari i poden provocar descompensacions evitables. Es pot resumir en **desgast, mala relació, pèrdua d'hores i d'eficiència, i més costos** per a les entitats.

"Diferents intervencions sobre la mateixa persona que poden ser contradictòries, llavors... pot ser un desgast per l'usuari, es podria evitar, vull dir, els moments més fumuts, descompensacions que es podrien evitar, demores que també es podrien evitar..."

- **No hi ha objectius comuns** i cada entitat o servei té els seus. Tot això representa un gran esforç per a les entitats i treball més endarrerit per les reunions poc productives. S'acaben fent intervencions amb la mateixa persona que poden ser contradictòries, provocant-li desmotivació. Algunes vegades cal actuar en situacions de descompensació que es podrien evitar.
- No es tenen en compte les experiències dels professionals de les entitats alhora de dissenyar les **polítiques socials**.
- **Dificultats d'accés a la informació** per tenir una visió global de la persona.
- Preval el **discurs sanitari** per sobre del social. Aquesta visió es tradueix en precarietat de les entitats socials ja que les condicions (subvencions, salaris...) són pitjors, fet que perjudica la qualitat d'assistència i planificació. Hi ha falta de recursos socials per garantir l'assistència a l'usuari. Salaris de l'àmbit social inferiors als de sanitat que propícia que es faci un treball menys ben fet, correspost, elaborat... quan la importància de la intervenció és la mateixa. Això afavoreix la visió de menys prestigi social i laboral que es té d'aquest àmbit. Les mateixes entitats tampoc tenen aquest reconeixement formalitzat. Des dels serveis sanitaris també es té aquesta visió de menysvalorar el treball social que es realitza amb les persones amb problemàtiques de salut mental.

"El discurs és més sanitari, no? És el que té la preeminència, no? És el que mana i sembla que lo social és més pues... el que dèiem, no? una mica per passar l'estona, no? que... que sembla que no s'acabin de creure ben bé quina tasca s'està fent. Vull dir que el discurs important és el sanitari... I també un efecte que ara pensava, igual té a veure amb això. Mai m'hauria

pensat que inclús les condicions en el món de la acció social són molt pitjors en quant a subvencions, salaris... vull dir que igual sí que té a veure amb aquesta idea de la intervenció sanitària com més important”.

- Un altre impacte d'aquest dèficit de coordinació és que s'ha creat una **xarxa paral·lela** entre salut mental i drogodependències.

- En referència als **col·lectius que es consideren més perjudicats per aquesta descoordinació**, els usuaris entenen que totes les persones amb algun problema de salut mental es veuen afectats d'una manera o altra. Gestors i professionals entren en el detall de cada grup i analitzen algunes de les causes que s'hi relacionen.

"Tots aquests que trepitgen la malaltia mental és un cas claríssim, que estan entre aquests dos móns, no? Després, a l'inrevés també les persones sense sostre, no? que en el 90% dels casos hi ha malalties mentals de base i el tema de les toxicomanies, no? Els joves amb risc d'exclusió que moltes vegades també tenen problemes de salut mental. I una cosa a nivell d'anècdota... Nosaltres ara ja no ho fem perquè és molt complicat però fèiem programes a persones amb renda mínima d'inserció... i descobreixes que allà hi ha un paquet immens de gent amb malalties... però parlem de malalties mentals greus de llarguíssima evolució, i aquestes persones estaven en el món social i no havien trepitjat un centre de salut mental en la seva vida... Només quan s'havien descompensat i els havien ingressat en un hospital”.

- **Joves de 16 a 18 anys**, que els falta formació per poder aprofitar els recursos adequadament (prelaboral). No hi ha programes i recursos suficients per poder assistir a aquest grup d'edat. Són el grup amb qui més es pot treballar i en canvi no hi ha programes d'atenció establerts, fet que també afecta a les famílies en tots els àmbits de la seva vida. **Franja d'edat que va d'infanto-juvenil a adult**, per falta de programes de TM incipient i/o recursos per dur-los a terme. També s'inclou als joves amb risc d'exclusió social que sovint tenen afegits problemes de salut mental.

- Usuaris amb **malalties terminals**.
- Gent gran amb **comorbiditat i pluripatologia** cronificada.

- Usuaris **dependents + TM**. No són adequades les valoracions dels programes de dependència en relació als de salut mental, fet que provoca una exclusió d'aquest grup d'usuaris.
- **Grups de risc** definits per poca xarxa social i pocs recursos econòmics, que no poden accedir a llocs de treball.
- **Patologia Dual**. Fa poc que s'ha inclòs en el Pla director i cal realitzar molta feina en aquest sentit. Tot el tema de les drogodependències està pitjor que l'àmbit de la salut mental.
- **TM + discapacitat psíquica**. Aquesta situació dificulta molt més tot el procés.
- Persones amb TM que viuen en **l'àmbit rural**, on els dèficits de coordinació entre els serveis encara són més grans. Per distàncies geogràfiques, per transport, per mancances estructurals, entre altres.
- Comorbiditat amb **drogodependència i/o sense llar**.
- Persones amb **renda mínima d'inserció** que també tenen malalties mentals, algunes de greus i de llarga evolució, afegides a la problemàtica social.
- **Cuidadors i familiars** dels usuaris.
- **Entitats tutelars** (sobresaturació per manca de recursos).
- **Professionals dels serveis socials**; frustració en les seves intervencions, molt esforç i pocs resultats. Personal amb síndrome de burn out per la manca de reconeixement.

"El personal es crema moltíssim i, a veure, és per la manca de reconeixement, en definitiva, que el mateix personal llavors treballa a la xarxa de salut i clar, quan veus els recursos de salut i de la nostra xarxa... és un tema de la xarxa, no de les persones".
- **Problema de salut mental + CI límit** (discapacitat intel·lectual). Ens trobem que són persones que no encaixen en cap perfil definit i queden fora dels circuits.
- **Malalts mentals amb trastorn límit** ja que cursa molt ràpid i necessita d'una agilitat en les intervencions i derivacions de la que no disposen els serveis.
- Persones amb problemes de salut mental amb **necessitats especials** (gent gran, discapacitats...) que pateixen la falta de recursos especialitzats.

"La falta de recursos para enfermos mentales que tienen una dificultad social o física añadida. Por ejemplo, cuando son muy ancianos y no pueden valerse por si mismos y tienen que ir a un geriátrico, pero claro, son enfermos mentales o sea tampoco un geriátrico es adecuado para ellos. Ni es adecuada para ellos una residencia como tengo yo, ni un geriátrico. Uy, y no digamos por ejemplo discapacitados físicos, un paralítico, un tetraplégico... ¿dónde lo metemos? Pues... es una cosa que para mi está sin resolver".

Síntesi ÀMBIT PERSONES AMB PROBLEMES DE SALUT MENTAL

Dèficits de coordinació sociosanitària	<p><i>Dèficits d'accessibilitat al sistema sanitari:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Poc temps per visita• Escàs seguiment dels efectes generals dels tractaments• Manca d'atenció sanitària a les entitats socials• Dificultats dels serveis sanitaris de salut mental per contactar amb entitats socials <p><i>Dificultats d'accés als serveis socials:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Excés de temps d'espera• Burocràcia de les baixes• Mala organització serveis d'atenció petits ajuntaments <p><i>Dèficits de coordinació i col·laboració sociosanitària:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Escàs reconeixement del treball de les entitats socials• Àmbit social i sanitari actuen com dues xarxes independents• Desconeixement de les funcions de les entitats socials des dels serveis sanitaris• Manca un programa de treball comú (PTI) que tingui en compte els objectius de l'usuari• Manca de places en recursos i unificació d'usuaris amb processos d'autonomia divergents• Requisits d'accés o entrada a recursos inadequats• Dificultats en la derivació dels usuaris de prelaboral• Manca d'informació / conscienciació dels professionals sanitaris sobre recursos d'inserció laboral• Dèficits estructurals en algunes entitats en l'atenció a l'usuari• Poca flexibilitat de la sectorització geogràfica• Saturació dels professionals i les entitats socials• Manca de d'estructuració dels espais de coordinació• Fer operatives propostes existents• Divisió de serveis per especialitats i manca de posada en comú• Pitjor coordinació a nivell rural• Dèficits de treball interdisciplinari en serveis sanitaris• Dèficits estructurals en l'assistència a l'usuari amb altes hospitalàries sense programar• Falta de circuits coordinats per accedir a la informació de l'usuari. No traspàs d'informació• Dificil elaborar un Pla Estratègic i objectius a mitjà termini per a les entitats d'acció social
---	---

<p>Impacte dels dèficits de coordinació</p>	<p><i>Impacte en la salut de les persones i en la seva integració social:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Perfils massa dispars d'usuaris fan perdre l'objectiu del programa i produeixen situacions de risc • Manca de coneixements i conscienciació dels familiars en el procés de rehabilitació • Visites amb molt retard • Trencament d'hàbits treballats • Institucionalització i no efectivitat dels tractaments • Confusions de l'usuari • Retard en l'obtenció de places • Rehabilitació no sanitària. Idea de caritat <p><i>Necessitats socials i dificultats d'integració:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Manca de treballs ben remunerats i poca diversitat • Manca de formació per al desenvolupament personal • La malaltia mental com estigma i handicap social <p><i>Impacte en el treball de les entitats:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pèrdua de recursos humans i conseqüències negatives en l'atenció a l'usuari • Pèrdua de temps i repetició d'intervencions • No es té en compte l'experiència professional en el disseny de les polítiques socials • Dificultats d'accés a la informació i de visió global de l'usuari • Preval el discurs sanitari per sobre del social • Xarxa paral·lela entre salut mental i drogodependències
<p>Col·lectius més perjudicats</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Joves de 16 a 18 anys sense formació • Usuaris amb malaltia terminal • Gent gran amb comorbiditat i pluripatologia • Usuaris dependents + trastorn mental • Grups de risc amb poca xarxa social i recursos econòmics • Patologia Dual • Trastorn mental + Discapacitat psíquica • Usuaris d'àmbit rural • Comorbiditat amb drogodependència i sense llar • Persones amb renda mínima d'inserció • Cuidadors i familiars • Entitats tutelars • Professionals dels serveis / entitats socials • Usuaris amb problemes de salut mental i CI límit • Malalts mentals amb trastorn límit

4.2.- ÀMBIT DE LES DROGODEPENDÈNCIES

En aquest apartat presentem els resultats dels grups de discussió d'usuaris, professionals i gestors a l'àmbit de drogodependències. En primer lloc volem fer constar la gran predisposició per part de tots els participants del grup a participar activament en el mateix.

Com a investigadores constatem que la trobada amb usuaris, professionals i gestors ens ha fet posar l'accent en detectar que l'exclusió de les persones, no és només una situació afectada per variables econòmiques, sinó que des de la pròpia realitat, hi moltes ganes de plasmar les deficiències i alhora les millores que poden fer possible un canvi qualitatiu, de la seva realitat diària.

➤ **Dèficits de coordinació i col·laboració sanitària en les intervencions realitzades**

Tot i que l'objectiu dels tallers amb els diferents grups era recollir els dèficits de coordinació i col·laboració, els participants a l'hora de identificar-los van fer esment a una sèrie de dèficits estructurals que condicionen la pròpia coordinació i per tant els resultats. Aquests repercuteixen directament sobre les possibilitats d'èxit de reinserció dels usuaris.

Tan des de l'àmbit sanitari com des de l'àmbit social es veu com a prioritari anar junts a l'abordatge integral de les necessitats de les persones. En aquests debats s'han intentat identificar aquells factors que fan molt difícil que aquesta coordinació sigui efectiva.

Els factors identificats tenen a veure amb diferents aspectes i recursos:

- Desconeixement profund de quines són les **funcions de les entitats** i les seves **carteres de serveis**.
- Al desconeixement anterior s'ha d'afegir un fort **corporativisme** entre els professionals dels diferents serveis i la dificultat per parlar el mateix

idioma que no els hi permet treballar per **establir objectius de treball comuns.**

"Les comunitats terapèutiques no serveixen per tothom, i ara mateix, ens envien a tothom i ara també agafem a tothom, això està fent que les comunitats terapèutiques no tinguin el grau d'eficàcia. Les expectatives no són les que podíem treballar en un grup més unificat en quant a perfil".

"Els nostres usuaris van d'un lloc a un altre, amb moltes ocasions no compartim tota la informació que hauríem de compartir i trobem que donem uns tractes contradictoris"

"Hi ha d'haver una continuïtat assistencial i això passa perquè tinguem mesures de coordinació, de traspàs d'informació i programes que siguin afins, això no hi és, els usuaris diuen: `jo no torno al CAS perquè no parlem el mateix idioma, perquè al CAS m'estan dient que puc beure alcohol, i aquí m'estàs dient que no puc beure alcohol, perquè al CAS m'estan dient que una cervesa sense alcohol no passa res'. Llavors aquestes incoherències l'usuari les nota el primer dia".

- Amb freqüència no hi ha tampoc un **reconeixement entre professionals** de diferents àmbits. Per exemple els educadors manifesten que quan acompanyen un usuari a urgències són tractats pel personal sanitari com a familiars i no com a professionals.
- Tanmateix existeix una **descoordinació entre els diferents nivells del mateixos serveis**, per exemple no existeix un circuit definit que doni continuïtat a l'alta hospitalària.

"Les altes hospitalàries suposen un retorn a casa, però què passa quan no hi ha casa?, què passa quan el domicili del pacient és una comunitat terapèutica que no té condicions per rebre'l. Falten recursos per convalsències. Manca sovint una valoració per part de treball social a l'hora de donar les altes hospitalàries".

"Són persones que estan en extrema vulnerabilitat. Viuen al carrer, o bé en cases ocupades... pensions en el millor del casos. És gent que fan uns brots increïbles, que no estan diagnosticades perquè en el moment que es produeixen ... la persona en tres dies està al carrer amb una medicació que no pot controlar, és el peix que es mossega la cua i és gent que es troba en un bucle del que no poden sortir, no poden avançar".

- Necessitat de **millorar un treball coordinat**, sobretot amb els CAS, ja que d'aquesta situació es deriven moltes **dificultats al no compartir la informació** sobre els usuaris.

"Han passat per tot arreu, no tenim història comú, no tenim informació prèvia al ingrés, als CAS que nosaltres treballem dins de la xarxa i ara tenim places conveniades amb l'ICASS. Ens arriben tots els casos de la llista d'espera del CAS, no ens envien ni un informe, nosaltres a la sortida enviem un informe d'alta".

"Parlem molt tots de coordinació, ens encanta, però es difícil, cada vegada venen amb més problemàtiques adherides, no només la drogodependència".

- A tot això cal afegir la **manca de transferència d'informació** que dificulta enormement el procés.

"Hi ha molt poca inclusió de les entitats dins del servei sanitari. Ens trobem que moltes vegades no ens informen de qüestions importants com poden ser, una retirada de metadona, un canvi de medicació psiquiàtrica i fins i tot un alta, eh de determinats serveis sanitaris".

- Apareixen, cada vegada més, una **gran variabilitat de tipologia d'usuaris que** obliga a adaptar contínuament els serveis i el tipus d'atenció, però els usuaris canvien més ràpidament que el sistema.

"Tenim nous perfils i nous patrons de consum i està generant noves reaccions - relacions en relació a la prevenció i vigilància de la salut que hem de tenir en compte"

- En aquest sentit es veu necessari **modificar infraestructures i dinàmiques** de funcionament dels serveis perquè puguin adaptar-se de forma més ràpida i eficaç a les noves demandes.

- Existeix una **manca de places públiques** que generen un gran volum de **l·listes d'espera**.

"La gent necessita places públiques per poder accedir als recursos i això genera una llista d'espera brutal".

- Va haver-hi un consens molt important respecte a què el **nombre de professionals**, en general del serveis socials, és poc adequat a la càrrega de treball.

"A veces quería consultar algo con ella y como la veo tan agobiada...ella también intenta diferenciar a las personas que están más necesitadas y más motivadas para echarles una mano, a otros les ayuda a mantener la espera. No porque no quiera ayudar a todos, sino porque prácticamente no tiene"

tiempo, siempre la veo que está trabajando y hay muchísimos usuarios, todos pidiéndole cosas”.

- Relacionat amb la manca de professionals, afegeixen que el **volum de feina** és molt important relacionat amb la gran quantitat d'usuaris i, per aquesta qüestió, existeix ja una dificultat en la **gestió del temps assistencial** per afegir també l'àmbit de la coordinació.

“El perfil amb el que treballem necessita també d'una intervenció immediata i la coordinació necessita temps”.

- Hi ha manca de **dispositius intermedis** entre el tractament ambulatori i el tractament a l'àmbit residencial.

“Em refereixo a algun tipus, d'espai, lloc, dispositiu on es pugui treballar primer mantenir l'abstinència prèvia, que és bàsic per a una comunitat terapèutica”.

“De centres de patologia dual concrets hi ha aquests tres. Són tractaments curts, de quinze dies, que els compensen a nivell medicamentós i en quinze dies te'ls tornen. Eh te'ls tornen si realment tu pots assumir la realitat d'aquest cas, si no se'n van un altre cop a la xarxa pública, al CAS, al servei ambulatori i des d'aquí buscant derivació, la mobilitat dels usuaris és brutal”.

“Hi ha una manca de recursos psicosocials de continuïtat per a la població amb patologia dual. Nosaltres sí que treballem amb població dual, hi ha molts casos que es perden si les derivacions no encaixen en el temps de una manera molt precisa. Tenim calculat que un cinquanta per cent dels casos que es deriven d'aquesta manera es perden”.

- Al mateix temps senyalen la **manca de comunitats específiques** de dia per a patologia dual severa o no compensada.

“No existeix, no hi ha dispositius de reinserció social per joves, homes, senyores, m'és igual, abstinentes i és que no trobem on poder ocupar hores d'oci”.

“Necessitem dispositius socials també per treballar en xarxa com per exemple, -acabo de pensar en el SIS-, per dones drogodependents”.

- L'accessibilitat als serveis socials es veu negativament afectada per la **fragmentació** i manca de coordinació entre els diferents dispositius, i per la manca de recursos adequats a les diferents situacions en què es poden trobar aquests usuaris.
- Entenen que aquesta pressió sobre els professionals dificulta que puguin donar una atenció personalitzada i adequada a les circumstàncies específiques de cada usuari. En el mateix sentit valoren els **programes i**

tractaments estandarditzats que no tenen en compte la situació individual per establir un acompanyament efectiu que garanteixi la reinserció.

"En aquest últim centre no es feien teràpies individuals, el que sí fèiem era una dinàmica de funcionament com l'hora de llevar-te... tot amb unes normes estrictes, tot ben marcat..."

- Els **protocols són molt rígids** i sovint no s'adeqüen a les necessitats concretes dels usuaris. És el cas dels **criteris d'inclusió** en alguns serveis, com en el de persones en situació de consum actiu o dèficit intel·lectual, fet que provoca que alguns usuaris no tinguin l'atenció que necessiten ja que la seva situació no es correspon amb el perfil que els diferents serveis identifiquen.

"Ens trobem amb casos que els tenim a la comunitat terapèutica perquè els referents no saben on enviar-los. Nanos que no estan estudiant, que no estan treballant, que els pares estan col·lapsadíssims i no els volen a casa i ens l'envien a la comunitat terapèutica com a mínim per donar un descans no hi han centres específics per aquest perfil"

"Tant en l'àmbit de la drogodependència com en salut mental, ens hem d'especialitzar i hem d'especialitzar els programes i això genera un esforç econòmic, un esforç de temps, en general esforç amb formació, un esforç de les entitats".

"Hi ha una major flexibilitat entre recursos de la xarxa sanitària, tot és molt més fàcil, tot és més ràpid i més àgil si la derivació es fa d'un centre de salut mental a un centre sociosanitari, eh, quan la derivació s'ha de fer d'una entitat social a un centre sanitari la cosa es complica molt més".

- L'assignació d'un servei o recurs es fa en funció de **l'etiquetatge diagnòstic** i no en funció de la complexitat que presenta l'usuari.

"Sembla que s'estableixi una baralla de competències entre els serveis i es perd de vista la realitat concreta de l'usuari. Els serveis es presenten com excloents o estàs en un servei o estàs en un altre, obviant la seva possible complementaritat"

- La rigidesa del sistema fa que es tingui **molt poca capacitat per donar respostes ràpides** a situacions d'especial gravetat, que cal resoldre de forma immediata.

"És molt difícil aconseguir una visita ràpida, per exemple una valoració psiquiàtrica a no ser que sigui per la via d'urgències. Sembla impossible aconseguir una visita mèdica quan es necessita"

- Existeixen **molts estereotips sobre els usuaris de drogues** per via parenteral que condicionen el tipus d'atenció que reben. En els serveis sanitaris existeix molt poca receptivitat per atendre a persones amb situació de consum actiu. Sovint les dificultats de col·laboració o fins i tot la negativa a atendre a algun usuari té la seva base en l'estigma sobre les persones drogodependents.

"...El rebuig dels altres i les experiències viscudes, fan que siguem molt desconfiants.."

- La problemàtica de la drogodependència pot ser abordada des dels serveis de Salut Mental o bé per serveis específics de drogodependències, però sovint l'usuari presenta una patologia dual i es tracta en el dos serveis de forma simultània, però aquests **serveis utilitzen criteris diferents en el maneig del tractament farmacològic.**

- Els serveis hospitalaris **prioritzen els criteris mèdics** per sobre de la situació social. **Asimetria a l'hora de jerarquitzar el problema. Tracten el símptoma** que genera la situació d'urgència, sense tenir en compte la globalitat de la situació.

"Els serveis sanitaris troben un perfil d'usuari que és consumidor de drogues i que té una malaltia mental associada i generalment el que tracten és el símptoma en el moment. Han rebut diferents diagnòstics, diagnòstics que, pel que nosaltres anem veient, tenen més a veure en el moment en què la persona fa la demanda i probablement hi ha un consum de tòxics darrera que genera una simptomatologia o una altra i això genera un diagnòstic, i aquest diagnòstic genera una pauta de medicació".

- Sovint els professionals es veuen desbordats per la **dificultat per a gestionar les urgències psiquiàtriques en la comunitat terapèutica.**

"No tenim accés als psiquiatres o metges de referència, és que no sabem ni qui són, és a dir, jo m'he trobat en el cas d'una noia - TMT- de llarguíssima evolució i el psiquiatra dient-me, ah ara és problema teu".

"Totes les famílies ens porten un bloc d'informes brutals de quan van a Sant Pau o al Clínic i no coincideix absolutament res! Llavors hem de començar nosaltres a fer un treball d'observació, d'entendre qui és l'usuari i com es mou dins del context de la comunitat terapèutica. No som centres hospitalaris, no som centres sanitaris, no tenim mesures de contenció física,

evidentment tenim el contacte amb el psiquiatra, això qui pugi, i el psiquiatra determina més o menys quin tractament de xoc podem aplicar, vull dir, nosaltres no estem preparats per tot això a més a més es caríssim. Podríem tenir infermeres però quina utilitat té una infermera quinze hores a la setmana, es a dir, l'usuari no decideix quan es brota..."

- Es per això que tan professionals com a gestors veuen la necessitat **d'ampliar la formació dels professionals**, que permeti una visió més integral de les diferents problemàtiques i unifiqui els llenguatges professionals.

"Ens especialitzem a `salto de mata´. Ara toca perspectiva de gènere, ara toca salut mental, ara toca gestió de violència, ara toca..., ara què toca?"

- Per què els processos siguin efectius cal fer un **abordatge integral**, per això no poden deixar de **treballar** també amb les **famílies**, encara que des dels programes no es reconeix aquest aspecte.

"Moltes vegades se'ns demana a les entitats que fem una tasca merament assistencialista, en detriment de totes les accions socioeducatives que nosaltres portem a terme"

"Nosaltres estem donant atenció a famílies, oferim un grup de famílies un cop al mes, això no ens ho paguen, quan estadísticament està demostrat que un tractament residencial es molt més valuós amb població drogodependent quan pots atendre un abordatge integral amb la família, des d'una perspectiva molt més sistèmica".

➤ **Impacte d'aquests dèficits sobre la salut de les persones i el treball de les entitats**

Els dèficits de coordinació tenen una repercussió directe sobre la salut de les persones, ja que sovint no troben resposta quan la necessiten. D'altra banda l'èmfasi assistencialista dels serveis i la falta de continuïtat entre els diferents dispositius dificulta, enormement, les possibilitats d'integració social.

Impacte sobre les persones:

- Els usuaris de l'àmbit de les drogodependències en quan a **l'accessibilitat al sistema sanitari i a les entitats/administració de serveis socials** situen els problemes, principalment, en el seu procés de rehabilitació i reinserció social. No troben gaires mancances a l'hora d'accedir als programes de disminució de riscos o de deshabitació farmacològica, però clarament identifiquen com aquesta primera etapa pot quedar interrompuda per la **falta de continuïtat amb els recursos** que els hi poden facilitar la seva reinserció.

"El que és la deshabitació i la rehabilitació, crec que està cobert però el que és la reinserció hi ha una mancançapisos de reinserció i potenciar moltíssim el fet del treball, no solament donar un llit i menjar..."

- Els usuaris van senyalar de manera especial la **manca de pisos de reinserció**. Troben que la part més sanitària de deshabitació està coberta, però els recursos per a la reinserció són escassos. En aquesta etapa és fàcil que puguin fer recaigudes sinó aconseguen trobar els recursos per fer realitat el seu projecte de vida.

"El recurs del CAS està molt bé per persones que ja han fet la seva deshabitació i rehabilitació, però la fase de reinserció és totalment diferent. És imprescindible el pas per la comunitat i pels pisos per reinserir-te a la societat això és imprescindible".

- La **fragmentació dels serveis sanitaris** així com la dels serveis socials, implica també una **fragmentació de l'usuari**. Sovint genera una discontinuïtat dels tractaments, que fa molt difícil aconseguir una bona adherència per part de l'usuari.
- Els **problemes de salut** més prevalents estan relacionats amb la situació de **vulnerabilitat social**, com les malalties infeccioses (VIH, Hepatitis C, infeccions respiratòries, etc.). Els usuaris manifesten que no tenen problemes amb l'atenció sanitària amb aquest tipus de problemes de salut, però sí pel que fa referència al tractament de la seva addicció.
- Les llistes d'espera agreugen els problemes de salut alhora que fan que molts usuaris desisteixin de la seva demanda d'atenció. No respectar el temps dels pacients implica un **augment de les recaigudes**. És

important assenyalar que un procés terapèutic no és únicament resoldre un símptoma.

- Un dels principals entrebancs en el procés de rehabilitació i reinserció és el **temps d'espera** per accedir als diferents recursos, degut a la **manca de places** en serveis específics, com comunitats terapèutiques o pisos de reinserció. Alguns pacients **deixen el tractament** per les llargues esperes per passar d'un dispositiu a un altre.

"...a la segona entrevista vaig trobar un acompanyament total amb l'assistent social i per part de la psicòloga, veient el meu cas em van plantejar estrictament ingressar a una comunitat, l'única barrera que em vaig trobar va ser la dilatació amb el temps per entra-hi perquè hi ha poques places i estan molt buscades. Vaig esperar un parell de mesos però la majoria dels meus companys van estar entre 6 i 7 mesos de llista d'espera"

"Porto 9 mesos i més de vint dies esperant per ingressar en un pis de reinserció..."

- La complexitat i fragmentació del sistema no permet que l'usuari **accedeixi** a la **informació necessària** per poder tenir una idea global de quin pot ser el seu **itinerari**.

"...seguí bastante tiempo con la metadona y todavía con la ilusión de que podía dejarlo, sólo necesitaba metadona y nada más pero al final luego me enteré, después de un año, que había estas comunidades y cuando vi que no podía hacerlo solo se lo pedí a la asistente social, le dije que había ese recurso y si yo podía aprovecharlo y tuve que esperar 9 meses..."

- La necessitat de l'usuari d'utilitzar diferents serveis i rebre atenció de diferents professionals, que no estan coordinats entre ells, afavoreix el procés de re-**victimització**, **cronifica els processos i genera desesperança** en els usuaris.
- Des d'una perspectiva més personal els usuaris identifiquen que la **soledat i excés de temps d'oci** per la pèrdua de les relacions afectives i familiars, sovint els hi comporta un sentiment de desesperança i minva la confiança en un mateix però també en els altres. Troben que els hi manquen recursos per omplir i gestionar el temps.
- Quan surten dels centres es troben molt **desorientats**, la vida als centres no es correspon amb el món que troben al sortir, i la manca d'acompanyament en aquest procés els hi genera molta ansietat.

- Remarquen l'impacte de la seva **precarietat econòmica** sobre tot per la **dificultat per entrar en el món laboral**. Aquesta està condicionada tan per la seva situació social y sanitària, com per la **manca de formació**.

"És que no tenim possibilitats laborals, no les tenim, el que són els estudis tampoc els tenim, tenim moltes dificultats per poder accedir a un treball. Tu portes un currículum i no és el mateix el que porto jo que el que porta una altre persona que ha estat 20 anys treballant. Com he d'explicar jo que porto aquesta trajectòria, a un empresari no aniràs a explicar-li. No ho pots explicar, ja saps com reaccionarà l'altre persona". "...Tu saps qui ets però allà t'has de mostrar com una persona diferent, els altres tenen prejudicis i tu també..." "Y nosotros con nuestro nivel, no estamos al mismo nivel que los demás para competir".

- Per a la reinserció és imprescindible una bona **formació professional** i les activitats que se'ls ofereix des dels serveis sovint no són útils perquè no estan enfocades cap al mercat laboral.

"Estàs en un pis terapèutic i sí tens una sèrie d'activitats d'àmbit laboral, tens els teus tallers, tens fusteria, pintura i bé... també aprenem habilitats... és simplement anar allà, fer quatre coses i passar el dia i ja està i d'allà a dinar i para de comptar..."

- **L'estigma social**, marginalitat i estereotips respecte a la seva dependència els limita en les seves relacions socials i laborals, el que sovint provoca un alt percentatge elevat **d'abandonament** i possibilitats de **recaigudes**, fet que s'agreuja en el cas de les persones estrangeres.

"..quan surts a buscar treball a les 8 del matí fins a la nit, amb un estrès tremendo per tota la ciutat, estàs desesperat. Et diuen que no a mil llocs i què passa? Doncs pot aparèixer la depressió i la depressió provoca canvis importants, et pot portar a tornar a consumir".

- Els usuaris diuen que sovint **els treballadors sanitaris no saben com tractar-los** (tret dels de serveis específics com el CAS), i sovint tenen una actitud que fa que els usuaris se sentin menystinguts i rebutjats.
- La poca coordinació i la fragmentació dels recursos no permeten un **acompanyament i seguiment** entre les diferents etapes del procés terapèutic.

"Quan una persona està a punt de sortir de les comunitats, si no té feina en dos mesos te'n vas al carrer.." "No hay justificación para dejar de buscar oportunidades, pero hay personas que viven en la calle y ya han pasado por

comunidades, por pisos de reinserción, de acogida... y cuando les digo porqué están allí... me dicen: ¿para qué? para que luego después de 9 meses vuelva a estar otra vez tirado en la calle. Ahora ya estoy acostumbrado a vivir en la calle, si cambio me acostumbro a otra cosa y cuando salgo la recaída es peor, porque pasa eso, tienes que acostumbrarte otra vez. Por eso no quieren coger este camino, cuando han probado una vez, dos y tres y han visto que no, pues aquí me quedo y estoy tranquilo” “...necessitaríem acompanyament a mig i llarg termini perquè les persones estarien més preparades i més formades. No donar-li aquest suport durant 3 mesos perquè després s’apanyi sol perquè no sempre en 3 mesos pots trobar una estabilitat...”

- Un altre problema identificat i que també suposa un gran obstacle en el procés de reinserció és la dificultat i complexitat de la **tramitació de documentació** per regularitzar la situació de residència i treball en el cas de les persones estrangeres

“Jo porto ja 3 anys ficat en els pisos, primer un de reinserció i després un de acollida. El meu projecte de vida el que passa és que no tinc l’oportunitat de portar-lo endavant, com jo hi ha més, il·lusions tenim però els recursos no perquè a mi qui em farà un préstec per tirar una empresa endavant? Puc ser emprenedor però qui em donarà un préstec amb tot el que porto a darrera.

Impacte sobre el treball de les entitats:

- La fragmentació de competències i la rigidesa dels protocols sovint implica una **disputa per decidir de qui és l’usuari** o també pot ser la causa de **duplicació d’intervencions** amb l’augment de despesa corresponent.
- La **manca de referents centrals** de la persona pot provocar que es trepitgin competències.
- La descoordinació impedeix sovint **avançar més enllà dels objectius inicials**, genera **intervencions supèrflues, negatives i desmotivadores** tant pel pacient com pels professionals, que veuen com la seva feina no té el resultats desitjats.

➤ **Col·lectius que es consideren més perjudicats per aquesta descoordinació**

- Dintre del col·lectiu de persones drogodependents, les persones més perjudicades per la falta de coordinació entre els diferents serveis i nivells d'atenció, són aquelles que presenten situacions més complexes com les **persones amb consum actiu, en situació de marginalitat** (sense llar i amb les relacions familiars trencades), en situació de residència i permís de treball irregular, amb problemes afegits de salut mental o amb minusvalidesa manifesta, i aquestes situacions encara s'agreuquen més si són dones qui les pateixen.
- Amb tot cal assenyalar el cas de les **persones tutelades**, persones incapacitades judicialment i que plantegen algun tipus de trastorn molt específic com la síndrome de Diògenes, que complica moltíssim qualsevol derivació.
- Altre col·lectiu amb problemes molt específics són els **menors tutelats**. La coordinació amb els Centres Residencials d'Acció Educativa (CRAE) és molt complicada.
- També apareixen els propis **professionals** com a col·lectiu que pateix un important desgast per la manca de treball en xarxa i dificultats de coordinació.
- En aquest punt cal assenyalar que malgrat no era una pregunta específica en el grup d'usuaris, aquests van coincidir plenament al senyalar els mateixos col·lectius sobre els que recau un major impacte negatiu per la descoordinació entre els serveis sanitaris i els serveis socials.

Síntesi ÀMBIT PERSONES AMB PROBLEMES DE DROGODEPENDÈNCIES

<p>Dèficits de coordinació sociosanitària</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desconeixement profund de les funcions de les entitats i cartera de serveis • Corporativisme • Diferents objectius • Manca de reconeixement entre professionals • Descoordinació entre els mateixos serveis • Dificultats per compartir i transferir la informació • Gran variabilitat de tipologia d'usuaris • Infraestructures rígides • Manca de places públiques i llargues llistes d'espera • Falta de professionals • Programes i tractament estandarditzats • Protocols i criteris d'inclusió rígids • Etiquetatge diagnòstic basat en el símptoma • Manca d'eficàcia en les respostes • Estereotips sobre els usuaris de drogues • Diferents criteris en el maneig farmacològic • Priorització de criteris mèdics • Dificultat per gestionar urgències psiquiàtriques • Limitació de la formació dels professionals • Abordatge fragmentat dels processos
<p>Impacte dels dèficits de coordinació</p>	<p><i>Impacte sobre les persones:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • La falta de continuïtat i recursos a cada etapa deixen a l'usuari desprotegit afavorint les recaigudes • Falta d'adherència per la discontinuïtat dels tractaments • Problemes de salut greus lligats a la vulnerabilitat social • Abandonaments per excés de temps d'espera • Dificultat dels usuaris per gestionar el propi procés degut a una informació fragmentada • Re-victimització, cronificació i desesperança • Soledat i excés de temps d'oci • Desorientació per la manca d'acompanyament • Dificultat d'entrar al món laboral per manca de formació que comporta precarietat econòmica • Estigma social i percepció de tracte discriminatori • Obstacles per la tramitació de documentació en el cas de persones estrangeres <p><i>Impacte sobre el treball de les entitats:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Duplicació d'intervencions • Interferències en competències d'altres professionals • Plantejar els objectius en funció dels recursos i no de les necessitats reals dels usuaris • Intervencions supèrflues, negatives i desmotivadores

Col·lectius més perjudicats	<i>Persones en situació de:</i> <ul style="list-style-type: none">• Consum actiu• Marginalitat (sense llar i amb les relacions familiars trencades)• Residència i permís de treball irregular• Problemes afegits de salut mental• Minusvalidesa manifesta• Persones tutelades• Persones incapacitades judicialment• Menors tutelats• Totes aquestes situacions s'agreugen més si són dones qui les pateixen• Els propis professionals com a col·lectiu que pateix un important desgast per la manca de treball en xarxa i dificultats de coordinació
------------------------------------	--

4.3.- ÀMBIT DE LES PERSONES EN SITUACIÓ DE SENSE LLAR

L'estat de situació presentat a l'inici d'aquest estudi, es veu ampliat i enriquit pels matisos i dades complementàries obtingudes mitjançant l'aproximació qualitativa feta a través dels grups de discussió. A més, les possibles vies de treball per reconduir la situació són proposades per les mateixes persones en situació de sense llar, així com per professionals - tècnics i gestors - de serveis i recursos socials per a persones en situació de sense llar.

➤ ***Dèficits de coordinació i col·laboració sociosanitària en les intervencions realitzades***

Les persones usuàries -persones en situació de sense llar -, els i les professionals de l'àmbit social a nivell tècnic, i també les persones professionals consultades a nivell de gestió, contesten a la pregunta amb dades que es poden agrupar en tres grans blocs:

- dèficits de coordinació i col·laboració pròpiament identificats
 - dèficits de coordinació i col·laboració que afecten a la salut,
 - dèficits de coordinació i col·laboració que incideixen sobre la dignitat de les persones sense llar i/o de les persones professionals de l'àmbit social
-
- Respecte **als dèficits de coordinació i col·laboració pròpiament identificats**, els tres àmbits consultats contrasten com la relació i comunicació entre àmbit social i de salut depèn gairebé amb exclusivitat de la construcció de vincles tècnic a tècnic (social - salut), que segons informen, quan es produeixen, és normalment a instància de l'àmbit social. Els mateixos usuaris descriuen accions "tu a tu" entre els seus referents de l'àmbit social amb les persones professionals de la salut que els atenen. Els professionals ho exemplifiquen abastament -una professional diu que "(...) jo de coordinació en veig poca i de col·laboració

cap" -, i defineixen clarament tres àmbits de salut diferents, amb patrons de relació diferents.

- Per un costat, la relació amb els **Centres d'Assistència Primària (CAP)**, físicament més propers i amb més possibilitat d'identificar professionals de referència en l'àmbit de salut. Aquesta relació es va perfilant amb possibilitat de diàleg permanent centre a centre amb interlocutors/es identificats/des, i possibilitat fins i tot d'engegar accions preventives conjuntes en l'abast d'aquell CAP i l'entitat o servei social que s'hi relaciona. No obstant, sembla també clar com la possibilitat de teixir aquesta xarxa de suport, depèn de la predisposició des de l'àmbit de salut per un costat, i l'habilitat des del social per fomentar-la. Hi ha professionals d'entitats socials que descriuen un escenari de col·laboració permanent, i altres, de desconexió o de no predisposició al treball conjunt.
- L'altre àmbit de salut definit és el de les **consultes d'especialitat**. En aquest, es fa molt difícil el contacte professional a professional, que normalment es dona només si el de l'àmbit social acompanya a la persona sense llar, assumint el rol de família / acompanyant amb la connivència de la persona sense llar i a vegades gairebé amb secret, per evitar possibles problemes.
- El tercer àmbit és **l'hospitalari**. En aquest torna a aflorar la dificultat de contactar amb persones referents per part de l'hospital que puguin informar, coordinar-se i atendre al professional de l'àmbit social referent per l'usuari pacient. Segons sembla, és sempre molt difícil, gairebé impossible, parlar amb un professional de la salut referent d'un cas tractat a un hospital, especialment un cop efectuada l'alta del pacient. També, mentre aquest està a l'hospital, no es fa possible que es consideri els temps i disponibilitat horària del professional social, que per poder accedir al professional de salut, sovint ha de renunciar a altres obligacions de la seva feina i supeditar-se a la disponibilitat gairebé graciable del professional de salut. L'equip professional de treball social de l'hospital, normalment, no té capacitat de resposta a les necessitats d'informació o coordinació entre el referent social extern i el professional

de salut del centre hospitalari. Fins i tot, moltes vegades, el professional de l'hospital que contacta amb els serveis socials referents de la persona, són membres de l'equip d'administratius del centre hospitalari, amb els quals s'han d'acceptar les consignes acordades des del centre de salut, sense tenir opcions a exposar el plantejament del professional referent, o del centre social des del que es tracta o viu la persona, un cop fora del servei de salut.

- Aquest escenari ens porta a entendre, doncs, que la coordinació, quan es dóna, sol ser només als **CAP**, propiciada per la proximitat i el contacte fluït, la major facilitat en parlar amb els mateixos professionals de salut, més sensibilitzats amb la realitat del col·lectiu, i per una visió més holística que la consulta de l'especialista i l'hospital, més biomèdica. Tot plegat, s'exemplifica amb el testimoni d'un professional:

"Els informes mèdics per exemple, posa simplement de vegades: seguiment per part del metge de capçalera, a nosaltres ens falta molta informació, perquè: què ha de prendre aquella persona?, no li han donat medicació, posa una medicació però no posa posologia, no sé, moltes coses, molts dèficits sobretot els informes mèdics. Nosaltres tenim infermeria al servei, o sigui l'infermer pot mirar els informes i ens podria una mica orientar, però és que ni tant sols ells entenen el que posa o no saben molt bé per on ...quan de temps, sobretot ens passa quant de temps han de prendre eh...llavors a nosaltres, la sensació que ens dona és que ells ja fan la seva feina, ells ja fan un informe, li busquen una plaça a un alberg perquè no quedi al carrer, i ja està, una mica la sensació que ens dóna a nosaltres, i també, la impossibilitat, perquè és impossibilitat, de parlar amb un metge que l'hagi atès a aquella persona, sempre hem d'anar a través del treballador social de l'hospital, al treballador social també se li nota que té dificultat per poder coordinar-se amb el metge, i de vegades també és això."

- Tan tècnics com gestors coincideixen. El **traspàs d'informació és deficient** en el millor dels casos, normalment inexistent. Identifiquen i admeten aquesta mancança a tots nivells, és a dir, tan de l'àmbit de salut cap al social en necessitar els professionals socials de referència informació sobre diagnòstic, tractament i/o seguiment, que no reben; informació de l'àmbit social envers l'àmbit de salut, que normalment rep i atén a una persona de la que possiblement la seva entitat, organisme o

professional social de referència disposi informació històrica sobre la seva salut, d'interès per als professionals de salut que l'atenen.

- Finalment, relacionen els dèficits de coordinació i col·laboració amb la **manca de coneixement del funcionament del sistema social** per part del sistema de salut, fet que il·lustren tan tècnics com gestors amb casos de derivacions incorrectes, fins i tot desconsiderades, als centres socials. Tot plegat, ho resum bastant bé el testimoni d'un professional:

"(...) la coordinación depende mucho de la relación que establezcas con los profesionales en concreto porque sí que es verdad que cuesta acceder a centros de salud mental, no sé los psiquiatras es como si estuvieran en otra esfera, ¿no? llamas y llamas y llamas, y bueno, tardan mucho en contestar, cuando son temas además bastante urgentes, porque ellos los ven una vez al mes, nosotros los tenemos en el centro cada día, descompensados que al final tenemos que acabar llamando nosotros al 061 o a Mossos d'Esquadra con todo lo que conlleva en un centro con ciento y pico personas, bueno se monta un lío, claro piensas ¿toda esta situación se podría haber evitado?"

- En relació als **dèficits de coordinació i col·laboració que afecten a la salut**, s'identifica, per un costat, un tractament deficient i/o insuficient, que s'estén també al seguiment de la salut. Altre cop, fan especial esment en què aquesta circumstància s'agreuja en les visites a especialistes i atenció hospitalària i s'atenua als CAP. Una persona sense llar ens explica una experiència personal:

"(...) yo tuve un accidente en Plaza Catalunya, me caí en la escalera del Mc Donalds por correr a un moro que me había robado el móvil, (...) vino la ambulancia y me llevaron a...al dispensario (...) y cualquier accidente nocturno van y lo atienden ahí, no sé porqué. (...) Me llevaron ahí me sacaron radiografías y me dijeron que tenía una fuerte contusión nada más. Que tomase algún...como se llama esto que... Ibuprofeno. Y me escupieron a la calle, creo que eran las dos o las tres de la mañana, yo no podía ni caminar. No había autobuses, nada. Me dijeron que... pedí permiso para quedarme en el banco de la sala, para esperar por lo menos por la mañana, y el agente de seguridad y un médico vinieron a decirme que yo no me podía quedar allí, que...que ese no era lugar para quedarse, y me tiraron a la calle. De allí me fui hacia una placilla que hay allí, y me quedé esperando allí. Vino la policía a echarme de ese lugar, por qué decían que la gente se

preocupaba, que...estaba allí y bueno, no sé como volví arrastrándome, ya serían las siete, las ocho de la mañana, hasta el dispensario este. Le pedí por favor al médico que no podía ser que yo no podía caminar que tenía un dolor que...(...) Se reunieron tres médicos y dijeron: "¿i cómo puede haber mirado esta radiografía si está todo mal sacado?!" no se yo recuerdo que dijeron algo así, me volvieron a sacar otra y encontraron que tenía una fisura en un huesito que no recuerdo como se llama, un huesito que o sea que los médicos del turno anterior me habían escupido a la calle con una fisura. ¡Ah! y esguince, que tampoco lo habían diagnosticado. (...) yo me quedé pensando, digo, ¿Cómo? Ya a todo esto se habían hecho como las doce, digo a mi me escupieron de aquí hace como diez horas...en el mismo hospital y con la misma radiografía otros médicos que...encuentran que yo tengo un esguince y una fisura... ¿y los médicos anteriores qué? Yo la próxima vez..., yo me agarro de un hierro, me tiro debajo de un autobús, yo no voy allí ni loco, (...). Y él, el chico que me sacó la radiografía se vino a fuera a convencerme de que no se podía hacer nada, que el sistema no amparaba esta situación [Nota: el testimoni fa ara referència a demanar un servei social per ser traslladat]. Y yo: -¿tú estás seguro de lo que estás diciendo?, sí cómo que no, que yo hace años que estoy trabajando acá, y esto ha pasado muchas veces, ¿cómo va a poner la, la...como va a haber un servicio que te traslade como si tuvieses un taxi?- yo dije: -yo no quiero un taxi, ¿no entiende que no me puedo mover?- se lo expliqué varias veces, estuve horas allí, y me dijeron, que no, que no, que no existía. El médico que vino posterior, hizo una llamada por teléfono y resulta que el servicio sí estaba... Bueno este médico se preocupó, llamaron allí a la calle Comerç y me pasaron a buscar de las emergencias sociales, no sé si me entendéis lo que... (...)"

- També esmenten una **segmentació sanitària que no permet una intervenció integral**. L'abordatge del problema de salut puntual de la persona/pacient, desaprofitant l'oportunitat de prestar una atenció global i holística, tot aprofitant de la disponibilitat i presència de la persona sense llar a les instal·lacions sanitàries. Finalment, consideren que aquests problemes de coordinació i col·laboració poden acabar exclouent, i en molts casos exclouen, a la persona en situació de sense llar de la xarxa de salut.

- El tercer **dèficit de coordinació i col·laboració incidiria sobre la dignitat de les persones sense llar i/o de les persones professionals de l'àmbit social**. Determinats tractes, manca d'atenció en expulsar del centre de salut a la persona atesa a vegades immobilitzada o medicada, a altes hores de la nit sense permetre l'estada a l'interior del centre; denegar una gestió telefònica amb els professionals referents de l'àmbit social per gestionar la recollida; pèrdua de documentacions en el trasllat i denegar una gestió amb els serveis socials d'emergència són referits en diverses ocasions per part dels tres grups de discussió.
- També es relaciona aquesta **indignitat en el tracte amb els professionals socials**. Tant tècnics com alguns gestors consideren que des de l'àmbit de salut, no se sol tenir en compte la competència del professional social, o no es considera en el mateix nivell de competència en la seva especialitat que el professional de salut en la seva. Es dona per fet que el professional i recursos socials s'han de plegar als requeriments i condicionants provinents de l'àmbit de salut, amb independència de què aquests siguin o no factibles, o fins i tot adients en relació al pla d'intervenció social que s'estigui desenvolupant amb la persona. Aquests professionals i gestors viuen aquesta situació com una manca de respecte envers la competència i les capacitats dels recursos que gestiona el professional de l'àmbit social, i envers la vessant de treball per la sortida de l'exclusió de la persona atesa. L'exemple més punyent, citat per diverses entitats socials presents als grups, és el d'una pràctica viscuda i referida per diverses de les persones integrants dels tres grups, en què una ambulància arriba a la porta d'una entitat social amb una persona sense llar, en bata d'hospital i les seves escasses pertinences a una bossa d'escombraries, i la descarrega deixant-la, si o si, a les portes d'aquella entitat, sense prèvia comunicació, ni acceptació d'arguments conforme és impossible allotjar aquella persona. Altres testimonis citats constantment giren al voltant de la negació de la xarxa de salut en posar en contacte al professional social amb un professional de salut, en disposició d'intercanvi d'informació. Quan es dona la comunicació, sovint es pressuposa des

d'una supeditació de l'àmbit i el professional, social envers la vessant de la salut.

- Tanmateix, aquests professionals consideren que no hi ha cap consideració per part de la xarxa de salut en relació a l'elevat nivell d'agressivitat i violència que aquests pateixen, normalment desencadenada per desajustos provocats pels dèficits assistencials en salut, a vegades en malaltia orgànica i sovint en malaltia mental.

➤ ***Impacte d'aquests dèficits sobre la salut de les persones i el treball de les entitats***

Quin és l'impacte d'aquests dèficits? Es pot agrupar en tres blocs:

- l'impacte en les persones en situació de sense llar
 - l'impacte en l'àmbit d'atenció social
 - l'impacte en les entitats socials
- Els principals impactes afecten, lògicament, a les persones en situació de sense llar.
 - Una conseqüència directa, esmentada pel membres del tres grups, és **l'abandonament del tractament** en molts casos, així com del seguiment de la malaltia. Això implica un retrocés en la millora, o en un empitjorament del seu estat de salut i sovint en una cronificació de la malaltia. En molts casos, pot propiciar l'empitjorament o el debut en la malaltia mental.
 - També, una **desconfiança envers el sistema de salut**. Però aquesta pèrdua de confiança té, a més, un efecte rebot sobre la confiança de la persona sense llar en el sistema social i en el mateix professional social referent, en haver motivat aquest l'ús del sistema de salut i haver alimentat unes legítimes expectatives de millora de la salut que després no es corresponen amb la realitat, i fan perdre credibilitat en un sentit global. Aquesta pèrdua de credibilitat en el professional i el servei social té una gran transcendència. Hem de pensar que moltes vegades, les

relacions de confiança sobre les que es fonamenta el treball que permet una progressiva millora de l'estat de la persona es construeixen dia a dia en el decurs de cuidades relacions en les que aquesta pèrdua de credibilitat causen un retrocés, quan no pèrdua dels avenços en la feina feta amb aquella persona, a tots els nivells, social, emocional, legal, de salut, etc. Ho explica un professional:

"Mmm en aquest...desconocimiento profesional médico, una mica, la falta de comunicación, con los profesionales sobretudo de salud mental, por esta separación de lo que es la persona socialmente en lo que es la persona enferma, muchas veces con el profesional te dice tiene que hacer esto, tiene que hacer lo otro pero no considera la dificultad que esta persona por la situación en la que se encuentra en la calle o sin ningún o con pocos recursos tiene, y entonces coordinar la aplicación de lo que este, del profesional médico le dicta con la practica luego es muy difícil y a veces resulta casi imposible, lo que genera a la vez muchísima dificultad en la persona, porque por un lado tú insistes en que ha de hacer caso a este profesional pero por otro lado él se encuentra como que un poco juegas e improvisamos con él, porque no entiende la aplicación que le dice el médico, con la práctica que luego podemos llegar a hacer con él. Mmm, muchas veces la improvisación que tienes que hacer con gente de la calle con los tratamientos que quedan interrumpidos, primero o porque han salido de un ingreso a lo mejor involuntario o de alguna manera forzado si no es bien coordinado que a veces hay dificultad en esta salida, en cómo aplicarla, entonces la discontinuidad del tratamiento implica un retroceso en la enfermedad y entonces ya nosotros lo vemos pero, también se da cuenta igualmente el enfermo y acaba diciéndote: ¡para qué voy a ir otra vez!, no encuentra y no ve mmm, la solución en que tiene que hacer caso, o en que tiene que tomar aquello, entonces esta desconfianza que ya de por sí ellos tienen se ve aumentada, incluso a veces la aumenta respecto a nosotros que tratamos de ayudarles en este sentido."

- Un altre impacte és la **"inexistència d'historial"**. A cada nou ingrés o nova arribada de la persona a un nou centre d'atenció, ja sigui de l'àmbit social o de salut, sol comportar un nou inici d'expedient històric i, per tant, un inici de zero en cada cas i en tots els aspectes, tant més complicat en tant que en molts casos l'estat cognitiu o de salut mental

de la persona atesa no permet als professionals de cap dels dos àmbits una correcta atenció sense informació històrica de la persona.

- El següent impacte identificat, presentat també en alguns testimonis transcrits amb anterioritat, és **l'augment del risc d'expulsió / trencament** de la relació de la persona sense llar amb el centre social de referència. Normalment per problemes de salut, moltes vegades mental, inconvenientment abordats i que desemboquen en crisi i/o trencament de la confiança i consegüent laxitud en el compliment de normes i pactes amb el/la professional social. En molts casos, aquest trencament es manifesta en forma de conflicte, sovint violència i agressió envers el professional social i/o els recursos materials del centre social, i poden abocar al contacte amb el sistema policial i, consegüentment, amb el judicial punitiu.
- El darrer impacte identificat és **l'estigmatització**. La persona sense llar que veu empitjorada progressivament la seva salut, va deteriorant la seva imatge a ulls de la resta de la societat, que acostuma a contemplar aquests signes com evidències de situacions estigmatitzants enlloc de relacionar-les senzillament a la malaltia o a la manca d'un òptim estat de salut. Una persona sense llar ens explica com és de fàcil sentir l'estigmatització a la pròpia pell:

"Estando así en esa situación, viéndome así...no me podía ni duchar. Un día sí, un día no, hay días que llegaba tarde, que había cola y ya pasaban el cupo, porque hay unos cupos de personas y si no, no te puedes duchar, vas apestando, ya te sientas en el metro y la gente...y hueles ¿Sabes? Te miran...ya es en plan, ibuf! problemas, entonces ya esas cosas básicas todavía pienso yo que no están muy bien planteadas no, (...)"

- Aquests impactes, reverteixen també en **l'àmbit social** en incidir sobre **el risc físic de patir agressions**, així com sobre **l'angoixa** dels i les professionals, tant pel patiment i **sentiment d'impotència** davant el deteriorament de les persones ateses, com pel possible risc que en forma d'agressions impliqui sobre la seva pròpia persona i l'angoixa que aquest risc implica.

- També, els professionals i gestors de l'àmbit social identifiquen un **sentiment d'injustícia** quan implementen tots els canals, mètodes i accions possibles i adients conforme a l'exercici de la seva professió, però no aconsegueixen reeixir les possibilitats de la persona atesa. Aquest sentiment es manifesta en els integrants del grup de professionals i en el de gestors amb el sentiment de desmotivació, que també relacionen molt directament amb el constant "tornar a començar" en obrir un nou expedient per una persona que evidencia o manifesta una llarga trajectòria com a persona sense llar, o per a una persona atesa anteriorment, però de la que no es té cap mena d'informació del lapse de temps en què no ha estat atesa per aquella entitat o servei social. Per als professionals és, moltes vegades, un sobreesforç haver de començar de zero amb un nou usuari del qual se sap que té un llarg recorregut a centres socials i de salut.
 - Un altre impacte que recau sobre l'àmbit social, és el de **sobrecàrrega professional**, que una professional verbalitza com "*haver de fer de tot, treballadora social, gestora de documents, psiquiatra, metge de capçalera, infermera, confident, donar suport emocional, experta en llei, intermediària amb els consolats,...*"
 - Finalment, **l'impacte en les entitats socials** d'aquests dèficits de coordinació i col·laboració, passaria per dos fets. Per un costat, haver **d'assumir tasques de suplència d'altres àmbits**, concretament, els de salut orgànica i salut mental, dels que, diu un gestor, "*ni en sabem ni ens toca*", i per altra, haver **d'assumir pacients a centres socials** sense mitjans, formació, recursos, coneixements, infraestructura ni competències per fer-ho.
- **Col·lectius que es consideren més perjudicats per aquesta descoordinació**
- En primer lloc, la **totalitat de l'univers sense llar**. Per un costat, degut a què tenen un estat de salut pitjor al de la població general, i per un altre pel fet que aquests dèficits i mancances afecten a la totalitat del

col·lectiu, si bé és cert que en major o menor mesura en funció del suport extern i de la situació de salut de cada persona.

Una **dona** en situació de sense llar, il·lustra fins a quin punt tot el col·lectiu és especialment vulnerable en la seva salut:

"(...) por ejemplo donde estamos nosotros (...) a muchos que ha pasado que les han dado ataques de asma, epilépticos, a gente, y se desbordaba el centro porque realmente la gente que hay allí pues no sabía qué hacer y no había ni enfermeros en los mismos centros. (...) Porque puedes llamar a una ambulancia pero ¿cuánto te tarda? O sea no hay, no está como marcado como algo urgente y realmente allí hay gente con muchísimos problemas de salud. Hay gente que tiene SIDA, que tiene luego problemas con las drogas tiene, ehh... luego...cinco o seis enfermedades brutales que se están...luego osteoporosis...o sea mil cosas y no hay un médico por la noche. Le da cualquier cosa con todos los medicamentos, la metadona..." Continua: "(...) eso también, estamos todos como muy hacinaos, ¿sabes? En los dormitorios eso también yo creo que, que lleva una contaminación de salud, porque (...) a lo mejor si no tengo cuidado a la hora de lavarme de asearme pues perfectamente podría contraer alguna que otra enfermedad. Allí siempre nos informan que tengamos cuidado, hacen asambleas generales así con todos los usuarios de que o usemos los mismos "tal", o limpiar "tal", entrar con zapatos en las duchas, evitar los cortes, "equis", y ... pero siempre hay un riesgo y eso como estamos tan hacinaos es verdad que hay que poner un aire acondicionado (...) para que no (...) haya una contaminación. Entonces eso al poner más frío todos estamos resfriados, tenemos catarros y luego se nos coge a los pulmones. A otras personas que tienen problemas pulmonares, tienen esputos de sangre, los echan en las almohadas o en el suelo y luego vas descalza o te... ¿sabes? Hay ahí unas cosas que realmente es preocupante."

- Es destaquen amb especial èmfasi a les persones que dins l'àmbit de gestors defineixen com "**amb patologies globals**", les persones sense llar amb pluripatologies i les persones no diagnosticades. Entenen per "patologies globals" aquelles persones que "tenen una mica de tot", malalties que per si soles no són greus, però que diverses d'elles en un mateix individu afecten al conjunt de la persona i, combinat amb el seu precari estat, l'incapaciten d'una o altra forma. En aquests casos, se sol tractar a la persona en relació a la malaltia per la que en aquell moment

es visita, però no es fa un abordatge conjunt de l'estat de salut de la persona –recordem que sovint la via d'entrada de la persona sense llar als serveis de salut és des de les urgències hospitalàries- , amb la qual cosa el solapament de malalties és constant i l'estat de salut es manté sempre a precari.

- **Persones amb pluripatologies** són, pels professionals i gestors, aquelles que per exemple pateixen discapacitat i VIH; o drogodependència i diàlisi. És a dir, més d'una malaltia greu, que precisen un seguiment i atenció especialment curosos. Segons expliquen, els serveis de tractament d'aquestes i altres malalties greus i específiques són força estancs i no connectats amb els altres. Això fa que la combinació de poca o nul·la capacitat o constància de la persona sense llar malalta en tenir cura de totes les visites, cites, accions i llocs on anar, amb la nul·la informació i coordinació entre els àmbits de salut i social, facin molt difícil el seguiment correcte de l'estat de salut d'aquella persona. Una mostra de l'abordatge d'aquests problemes complexos, el dóna una professional, quan diu:

"(...) luego en temas de salud general, eh..., más recursos sociosanitarios con más fácil acceso, y acceso directo des de el hospital, o sea que el hospital, pudiera derivar a la persona altable, que necesita un seguimiento, en vez de ir a un albergue pues que pudiera ir directamente a un recurso sociosanitario, no sé. Luego también, es como un misterio de cuando una persona es perfil sociosanitario o cuando no, yo no lo sé. Yo por ejemplo no lo sé y llevo ya unos cuantos años trabajando con "sense sostre" y yo todavía no sé cuando una persona es perfil sociosanitario, hasta que se nos murió uno en la calle, ¿no?, ... Quiero decir, que también un poquito es el tema de... no era perfil sociosanitario pero este señor acabó muriendo en la calle porque no estaba en un recurso que le tocaba, como ejemplo ¿eh?, solamente."

- Les **persones no diagnosticades** són aquelles que en contactar amb els serveis socials i mercès a la relació diària i creixent confiança, evidencien, ja sigui pel seu estat, pel que verbalitzen, o ambdós plegats, símptomes de malaltia greu o crònica, que la persona manifesta no haver tractat, o fins i tot, nega la possibilitat d'estar malalta. Aquesta

circumstància es dóna sovint amb la malaltia mental, que afectaria a la meitat de l'univers sense llar de Barcelona. En aquest context, els professionals i gestors de l'àmbit social manifesten l'existència d'un gran nombre de persones que, pressuposen aquests especialistes de l'àmbit social, pateixen algun tipus de malaltia mental sense estar aquesta diagnosticada, bé perquè la persona nega la possibilitat i per tant la visita a l'especialista per iniciar una valoració, bé perquè els temps d'espera per les visites, fins i tot la primera visita, són tan llargs que l'avinença de la persona sense llar a ser visitada es dilueix amb el temps.

- Un altre col·lectiu especialment perjudicat és el de les **persones immigrades** en situació administrativa no regularitzada. Si bé és cert que l'estat espanyol contempla l'atenció universal a la salut, com és ben sabut, aquesta universalitat abasta el servei d'urgències però no el seguiment de la malaltia. També és cert que la persona immigrada no regularitzada té dret a la cartilla sanitària si aporta empadronament de domicili i document acreditatiu de identitat –en el seu cas, només pot ser el passaport-. La realitat és que tenim a moltes persones immigrades sense passaport, i aquesta circumstància, els deixa sense dret a la salut. Moltes vegades, la manca de passaport es deu a motius tan literalment kafkians, com el que referia una professional i que resumim a continuació. A un jove marroquí regularitzat i amb contracte de feina, li caduca el seu permís de regularització. Per renovar-lo, inicia el tràmit de renovar el seu passaport, que caducava en aquelles dates i necessitava vigent per renovar la seva regularització a l'estat espanyol. Sorprenentment, el consolat del Marroc no li renova el passaport, sense aduir motius. Passen els mesos i el seu consolat segueix sense donar-li el passaport, malgrat deixar-lo indocumentat i en situació d'indocumentació i indefensió. No renova permís de residència per manca de passaport, i en quedar en situació administrativa irregular, perd la feina. Ha passat un any, i segueix sense passaport. Inicia un estat d'angoixa. Porta en aquest situació, com dèiem, kafkiana, més d'un any. Més enllà de què el motiu pel qual aquesta persona no tingui passaport, sigui aliè a l'organització administrativa de l'estat espanyol,

també és cert que la nostra ordenació jurídica el deixa sense drets envers la seva salut, quan la persona ha posat tot de la seva part per complir amb els requisits i normes estipulats. Cal afegir a aquest problema extrem de la població sense llar no regularitzada, els de comunicació entre la pròpia persona i els professionals de salut, que poden no arribar a copsar el problema de salut que l'immigrant sense llar els intenta transmetre per més que s'hi predisposin. Moltes vegades, el professional de l'àmbit social, amb més temps de relació i millor comunicació amb l'immigrant-pacient, té informació complementària que, de si es pogués posar a l'abast del professional de salut, possiblement podria ajudar al diagnòstic i tractament.

- Els **joves ex tutelats**, en general, són un altre col·lectiu afectat. La realitat és que, moltes vegades, aquests joves assoleixen la majoria d'edat sense disposar de regularització administrativa i sovint sense passaport, amb la qual cosa es troben amb els mateixos problemes que el conjunt del col·lectiu immigrant no regularitzat. D'aquests joves ex tutelats, cal destacar molt especialment als que presenten trastorn de personalitat i/o poli toxicomanies. Són joves que provenen de l'àmbit de protecció de menors, molt d'ells de l'àmbit de reforma, amb una llarga trajectòria de consums de substàncies. No és estrany que moltes vegades el consum sigui d'inhalació de dissolvents i que comporti pel jove deteriorament a nivell cognitiu i neurològic. A més, les dades de seguiment social i de salut del jove generades quan aquest era menor d'edat, en compliment de la llei de protecció del menor, no es poden posar a l'abast dels professionals de salut i social, quan aquest aconsegueix la majoria d'edat, motiu pel qual se sol perdre valuosa informació a nivell de salut i social, i s'ha de tornar a començar de zero amb aquell noi/noia.
- **Les dones en situació de sense llar** són un altre dels col·lectius especialment perjudicats. Està constatat com, en general, presenten un estat de salut pitjor al dels homes. A més, són més susceptibles de patir agressions –violència física o verbal, robatoris -, i agressions sexuals. La usuària participant al grup de discussió verbalitzà que, tot i tenir una relació de companyonia i respecte en general amb la majoria de

persones amb les que comparteix situació de sense llar, el fet de compartir determinats espais comuns com dormitoris, dutxes, els hàbits sovint rudes de molts homes sense llar, la manca d'hàbits d'higiene, i la por en determinats moments, li fan especialment inhòspit, en tant que dona, el estar en situació de sense llar.

- Com ja s'apuntava abans, les **persones sense llar amb malaltia mental**, són un dels col·lectius més perjudicats. L'elevat percentatge de persones sense llar amb algun tipus de malaltia mental, la meitat de la població sense llar o, dit d'altra manera, una de cada dos persones, queda confrontada a, per exemple, la inexistència de cap recurs disponible específic per al trastorn no sever. Així, el cert és que la inclusió d'aquestes persones a la xarxa pública s'acaba convertint en quelcom gairebé impossible, doncs el temps d'espera va més enllà dels temps que solen estar aquestes persones en seguiment per la entitat social que ha iniciat la derivació, i quan aquesta derivació es produeix, els temps entre consulta normalment no poden cobrir els canvis d'estat de salut mental de la persona, i conseqüent possible canvi necessari en el seguiment i potser tractament. Val a dir que disposar de referents de salut mental pel trastorn no sever és una gran demanda tan de professionals com de gestors, donat que consideren que és el que més està colpejant les persones sense llar, i és justament aquella problemàtica per la que no es disposa de cap tipus de recurs capaç de donar la resposta necessària. Per un altre costat, la **patologia dual** i, sobre tot, el trastorn mental sever. L'elevat percentatge, que podria oscil·lar entre un 14% i un 16%, és, segons usuaris, professionals i gestors, abordat i contingut des de recursos socials i sovint sense poder disposar de recolzament mèdic. Tan usuaris com professionals exemplifiquen fins a quin punt és inadequat l'entorn dels recursos socials per acollir a aquest tipus de pacients quan descriuen situacions d'angoixa de tot un col·lectiu d'usuaris d'un centre davant l'imminent "brot" d'un altre usuari, que mentre no es produeix, va atemorint al col·lectiu. O professionals que van a treballar angoixats, preguntant-se si en aquell nou torn de treball que començaran acabarà de "brotar-se" l'usuari que fa dies dona símptomes, i si li tocarà patir algun tipus

d'agressió física. O un gestor que es pregunta fins a quin punt es pot permetre que comparteixin espai una persona amb trastorn mental greu, amb una persona alcohòlica amb consums, i una altra deprimida, costat per costat.

- Finalment, el darrer col·lectiu perjudicat seria el dels **professionals de l'àmbit social**, degut a les angoixes, el risc d'agressions, quan no les agressions que s'acaben realitzant. Com diu un gestor, "*no se'n parla, és com si fos part de la feina*". Es refereix a una normalització de la violència patida per aquest col·lectiu, i que s'evidencia quan aquest gestor demana a tots els assistents als grup de discussió de gestors que aixequin la mà els presents a la sala que han patit algun tipus d'agressió, i tots sense excepció l'aixequen.

Síntesi ÀMBIT PERSONES SENSE LLAR

Dèficits de coordinació sociosanitària	<p><i>Envers la salut:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Deficient tractament, seguiment de la salut• Segmentació sanitària que no permet una intervenció integral:<ul style="list-style-type: none">○ Atenent el conjunt de problemàtiques de salut○ Considerant els condicionants de la situació social de la persona• Exclusió de la persona en situació de sense llar de la xarxa de salut <p><i>Envers la dignitat:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• De la persona en situació de sense llar:<ul style="list-style-type: none">○ Indignitat en el tracte• Del professional de l'àmbit social:<ul style="list-style-type: none">○ No es considera la competència del professional social, o no es considera en el mateix nivell de competència en la seva especialitat, com el professional de salut en la seva○ Indignitat en el tracte○ Inexistent consideració sobre el nivell d'agressivitat i violència que pateix el professional social, normalment desencadenat pels desajustos provocats pels dèficits assistencials en salut <p><i>En relació als mecanismes de coordinació i comunicació:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• La relació i comunicació entre àmbit social i de salut, depèn únicament de la construcció de vincles tècnic a tècnic, propiciats des de l'àmbit social• Traspàs d'informació: deficient en el millor dels casos, normalment inexistent, a tots nivells, és a dir, tan de l'àmbit de salut cap al social; del social cap a l'àmbit de salut, i del social, entre les pròpies entitats i organismes. No subjecte a marc legal o protocol• Manca de coneixement del sistema social per part del sistema de salut. Sol comportar derivacions incorrectes als centres socials
---	---

<p>Impacte dels déficits de coordinació</p>	<p><i>En les persones en situació de sense llar:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Abandonament del tractament / seguiment de la malaltia • Retrocés, empitjorament del seu estat de salut • Cronificació de la malaltia • Propicien l'empitjorament / debut en malaltia mental • Desconfiança envers el sistema de salut i el sistema social i professional social referent • "Inexistència d'història clínica/social" • Augmenta el risc d'expulsió/trencament de la relació persona - centre social • Estigmatització <p><i>En l'àmbit d'atenció social:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Risc d'agressions • Angoixa • Sentiment d'injustícia • Desmotivació • Sobrecàrrega professional <p><i>En les entitats socials:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Haver d'assumir tasques de suplència dels àmbits: salut orgànica i salut mental • Assumir pacients a centres socials sense mitjans, formació, recursos, coneixements, infraestructura, ni competències per fer-ho
<p>Col·lectius més perjudicats</p>	<p><i>La totalitat de l'univers sense llar. Especialment, aquelles persones:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Amb patologies globals • Amb pluripatologies • No diagnosticades <p><i>Immigrants. Molt més encara si estan en situació administrativa no regularitzada</i></p> <p><i>Joves ex tutelats. Especialment els que presenten:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Manca de documentació, no regularització administrativa • Trastorn de personalitat • Politoxicomanies <p><i>Dones</i></p> <p><i>Salut mental / malaltia mental</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastorn mental no sever: sense recursos disponibles des de els que atendre a la persona • Trastorn mental sever: abordat i contingut des de recursos socials i sovint sense poder disposar de recolzament mèdic • Patologia dual <p><i>Professionals de l'àmbit social</i></p>

5.- PROPOSTES DE MILLORA

Aquesta recerca vol aportar un major coneixement sobre estratègies per a la coordinació entre les entitats / administracions que treballen en l'àmbit de l'acció social i de la salut, perquè puguin gestionar millor la complexitat de les seves intervencions, optimitzar recursos i aconseguir una millor eficàcia i més valor per als usuaris. Intentem aportar solucions innovadores que resolguin problemàtiques socials estructurals, que puguin influir en les polítiques públiques, en la presa de decisions i les actuacions de les administracions, i en un millor desenvolupament i cohesió social.

5.1.- ÀMBIT DE LA SALUT MENTAL

➤ **USUARIS**

Els usuaris participants en aquest debat identifiquen **oportunitats socials per a la inclusió** ja disponibles o que reivindiquen, i realitzen **propostes de millora** que consideren necessàries per a la seva dignitat i qualitat de vida, i tenir unes perspectives de futur una mica més positives i favorables. Són conscients de què el moment no és l'òptim però entenen que no totes les propostes generen augment dels costos. Moltes intervencions i actuacions actuals poden millorar-se, senzillament, gestionant de manera més eficaç els recursos ja disponibles.

Oportunitats d'integració:

- **Gratuïtat dels medicaments**, perquè el seu cost és un afegit a la precarietat econòmica en què molts d'ells i elles viuen.
- Disposar de grups **d'ajuda mútua** per a problemes concrets (estats d'ansietat, compartir emocions, vivències). Consideren que són oportunitats que els han ajudat en moments concrets.
- La **motivació personal** a l'hora de realitzar qualsevol tipus d'activitat és important. Per aquesta raó valoren com molt necessari que des de les entitats i els professionals es tingui en compte aquest fet. Motivar a les

persones usuàries dels recursos és un aspecte fonamental per aconseguir la seva participació i vinculació.

- **Pensions** que els ajuden a contribuir a l'economia familiar. Poder disposar d'una pensió és un aspecte prioritari en totes les economies familiars dels usuaris i una oportunitat per a la seva realització personal. Tot i això, consideren que cal revisar les dotacions ja que moltes no arriben als mínims necessaris per poder atendre les despeses bàsiques de les persones usuàries.
- Disposar de **Centres de dia** també és viscut com una oportunitat per relacionar-se i poder ser atès en aquelles necessitats en què són més dependents. Cal treballar per ampliar la xarxa i els recursos disponibles.
- **Facilitat d'accés a les entitats** i altres associacions (ex; grups d'ajuda). En general, els usuaris participants en el debat manifesten sentiments de bona acollida.

Propostes de millora:

- Possibilitat de realitzar **activitats formatives** extra-laborals. En aquest sentit, identifiquen una mancança d'oferta formativa no orientada a la inserció laboral, però també necessària per a la inclusió social.
- Coordinació i simplificació dels **tràmits burocràtics** en l'accés als recursos. Evitarien temps d'espera i agilitzarien els processos de treball.
- Evitar els canvis en les **polítiques socials** independentment de si es produeixen canvis polítics. Consens de les polítiques socials per part de tots els partits i **respectar els drets adquirits**. Respectar els recursos humans, econòmics, d'infraestructures i socials que es destinen a aquest àmbit i millorar-los. Augmentar, segons les necessitats socials, els medis econòmics, materials i humans disponibles.
- **Formació humanística** i de comunicació / relació d'alguns treballadors de les entitats i dels serveis de salut. És considera una necessitat important que els professionals compleixin uns requisits específics com cordialitat, amabilitat, empatia i tinguin una sensibilitat especial vers els usuaris... **Professionalització i personal qualificat**. Necessitat de professionals ben qualificats i competents en ambdós àmbits. Es proposa

un seguiment i actuació sobre els professionals respecte els quals l'usuari manifesta queixes o, facilitar el canvi de professional si l'usuari ho sol·licita. Es veuria factible una **avaluació** dels serveis prestats així com dels professionals que hi intervenen.

- **Augmentar el temps de visites** amb els professionals per poder satisfer les necessitats i requeriments de l'usuari. En general, hem vist en el diagnòstic que una de les queixes més importants dels usuaris és el poc temps per visita, principalment des dels serveis de salut.
- **Transport públic** en l'àrea urbana i voltants, que pugui arribar a les zones rurals més desateses
- No congelació ni disminució de les **pensions** que cobren. Augmentar-les en funció de l'augment de l'IPC, però tenint en compte que cal revisar-les perquè algunes parteixen de mínims molt baixos.

➤ **ENTITATS**

En quant als **beneficis d'una millor coordinació en el treball de les entitats i en la vida de les persones ateses** és evident que tan professionals com gestors consideren que revertiria en un millor aprofitament dels recursos i serveis, i per tant en una millor assistència. Una coordinació eficient suposaria disminució dels costos, utilització de la despesa de manera més acurada, aprofitament del temps i millora en l'atenció directa. Manifesten la necessitat de disposar de recursos humans i materials suficients per portar a terme els programes que es posen en marxa. Un altre tema és aprofitar perfils professionals que són útils en altres serveis i que optimitzarien el circuit d'assistència als usuaris, i un altre seria fer operatives propostes ja existents. Es tracta d'una coordinació que ha de ser planificada i ha de disposar de professionals amb temps laboral per poder reunir-se. També assegurin que una bona coordinació és sinònim de major eficàcia i més eficiència, que es tradueixen en intervencions més pràctiques i útils, i també més seguretat i motivació per als usuaris i entitats. Més motivació per seguir avançant i millorant les projeccions de futur a nivell de pràctica, qualitat i sentiment de pertinença.

Beneficis en la vida de les persones ateses:

- **Determinar els perfils d'usuaris** adequats a cada recurs per evitar derivacions innecessàries i fer rentables de manera adequada els recursos disponibles repercutiria en una millor assistència. Es considera necessari parlar de persones i no tant de col·lectius, ja que cadascú pot presentar necessitats diferents. També destaquen com necessari individualitzar les intervencions per poder accedir a determinats recursos. En aquest sentit es fa una proposta, parlar de serveis i no de programes.
- Determinar quins són els **grups de risc** i crear programes i recursos específics per a ells, i detectar on hi ha els buits més importants en el sistema socio-sanitari (ex: persones de menys de 65 anys però amb patologies cròniques). Crear taules de discussió on els diferents professionals debatin aquests programes específics, focalitzant les reunions a problemàtiques concretes. Per una part milloraria la gestió dels serveis, però sobre tot, consideren que milloraria l'atenció a persones que poden quedar desateses si no són identificades.
- Major **comprensió i unificació dels processos** per als usuaris i famílies, fet que milloraria el procés rehabilitador.

"Hi hauria una major comprensió i unificació dels sectors, i dels usuaris. I ajudaria també a les famílies i això provocaria una millora en el procés rehabilitador i una utilització dels serveis. Al existir més claredat en tot el procés provocaria també una major implicació de tots els equips, de totes les entitats que hi participen, no? És el que dèiem de... del tema d'identitat i sentir-se més partícips en el procés."
- Reconeixement i respecte pel **projecte de vida** de la persona amb malaltia mental. No fer-la anar de recurs en recurs. Reconeixement de què com persona s'està intentant que tingui un projecte de vida. Passar per diferents recursos és indicatiu de no resolució de les situacions plantejades, i desmotiva i frustra a la persona.

Beneficis en el treball de les entitats:

- Una bona coordinació suposaria un millor **aprofitament de les hores de treball** que augmentaria la qualitat i l'eficàcia de les metodologies i models d'intervenció i incrementaria també la utilitat dels recursos humans, econòmics i materials disponibles. Alhora suposaria més **efectivitat** en les línies d'intervenció i en l'**avaluació** de l'assistència.

"En general seria de més eficàcia, més eficiència, i sobretot per les entitats i els seus treballadors, el personal, no? El benefici seria més seguretat, sobretot més motivació per part de les entitats dels serveis socials i de la gent que hi treballem, i més motivació per seguir avançant, posant més línies, implicar més altres recursos, altres sectors... i diria que el treball en aquest sentit no tan sols es dignificaria més... com abans s'ha dit, per atendre als malalts mentals sinó també... els servis socials, sinó que avançaria més i seria més pràctic, més útil... un benefici inclús a nivell de sentiment de pertinença".

"Una millor coordinació no vol dir més reunions, d'acord? No té res a veure. Jo penso que la coordinació ha de ser igual no a una condició sinó a un model com deia abans de gestió i de controlar serveis eh... doncs que estiguin molt organitzats per tal de treballar d'una manera conjunta, no?"

- Una millor coordinació i gestió de la informació de l'usuari milloraria el procés de derivació. **Agrupar la informació de l'usuari** en una història completa o expedient compartit, a la que tots els professionals que fan assistència a l'usuari tinguin accés. Assegurar que es manté la confidencialitat dels expedients. Hi hauria d'haver la figura responsable encarregada de garantir que es fa un bon ús de la informació disponible sobre l'usuari. Es podria parlar de **gestora de casos**. Assegurar la confidencialitat dels expedients.

"Una bona coordinació i informació millorarien la derivació; és a dir, agrupar la informació de l'usuari en una història completa o expedient compartit, a la que tots els professionals que treballen en l'assistència de l'usuari hi poguessin accedir i que englobi la trajectòria d'aquesta persona no només sanitària sinó també social, per tal de millorar l'atenció que se li brinda".

- Una millor coordinació **evitaria els paral·lelismes de les intervencions**. Caldria marcar a nivell de normativa les reunions de coordinació entre serveis de salut i entitats d'acció social. La coordinació

hauria de realitzar-se a partir dels objectius particulars de l'usuari. Permetria individualitzar els casos i, si fos necessari, ser atès flexiblement respecte la territorialitat. Creació d'un òrgan tècnic de seguiment que faciliti la coordinació de l'administració amb els tècnics que realitzen els programes d'intervenció. Persones responsables per moderar i orientar les reunions de coordinació. El temps de coordinació s'ha de contemplar com càrrega laboral, no ha de dependre de voluntarismes.

- Definir bé **l'encàrrec professional**. Clarificar funcions i tasques per a un millor ús dels recursos i una millor atenció.
- Compatibilitzar les **prestacions econòmiques** amb la contractació laboral dels usuaris per assegurar que tenen un poder adquisitiu digne i que no es dificulta la inserció al mercat laboral.

Quant a les **línies d'intervenció que millorarien l'eficàcia del sistema**, tan gestors com professionals consideren que passa inicialment per elaborar un pla conjunt, un **model global d'intervenció**. Elaborar un pla de treball entre salut i social, d'àmbit interdepartamental. Crear comitès territorials interdepartamentals que integrin l'àmbit social, el sanitari i el de treball per actuar en una línia conjunta. Crear un model d'intervenció global coordinada, amb una mateixa visió de conjunt, que tingui en compte a la persona i garanteixi la seva participació en l'entorn, la seva autonomia, les activitats bàsiques de la vida diària. Bàsicament, una millora de la qualitat de vida i assegurar la integració social. Les administracions han de conèixer la realitat de les persones amb patologia mental. Sovint es basen amb estadístiques no reals. Fer un **mapa de recursos socials i sanitaris compartit** (més treball, habitatge, educació) pot ser el primer pas per definir les intervencions. Una altra demanda és que funcioni el **Pla Integral** de manera efectiva. Unificar els criteris d'intervenció amb els usuaris en salut, acció social, justícia, treball, habitatge... Per exemple, el model sanitari no contempla el període d'inserció de l'usuari, caldria tenir una visió conjunta d'aquest procés.

- **Intervenció més estructural** des de l'administració, que forci i coordini els diferents recursos per millorar la qualitat dels seus serveis. S'hauria de dur a terme des de la pràctica i des de la proximitat, és a dir, municipalitzar, en diputacions o el que faci falta per forçar el reconeixement i les coordinacions, comptant amb el municipi, mancomunitats... per fer aquesta intervenció més efectiva.
- Cal **unificar criteris** en la intervenció, derivació, avaluació i utilització de serveis, entre les diferents entitats i àmbits. Tenir capacitat de derivació, que milloraria el reconeixement i facilitaria el circuit d'assistència.
- Millorar la **coordinació dels circuits** entre l'àmbit sanitari i el social. Marcar a nivell de normativa les reunions de coordinació entre serveis socials i sanitaris. Crear taules de discussió on els diferents professionals poguessin debatre sobre programes específics; sense entrar en casos concrets però sense quedar-se tampoc en procediments generals (focalitzar la discussió). El temps de coordinació s'hauria de contemplar com a part de les càrregues laborals.
- Determinar exactament els **perfils d'usuari** per a cada recurs per evitar derivacions innecessàries. Fer rentables els recursos que ja hi ha especificant des de l'administració el perfil i característiques de cada recurs i dels usuaris que se'n poden beneficiar. Acotar la normativa d'ingrés. Individualitzar en funció del cas particular de l'usuari els requisits necessaris per poder accedir o no a determinats recursos. Valorar específicament si ho necessita, és a dir, no treballar des de col·lectius sinó des de persones. Els criteris i requisits per accedir a recursos, fins ara tancats, s'haurien de convertir en variables orientatives; indicadors. No precaritzar els serveis en funció de les tarifes anuals. Que no hi hagi les limitacions que fins ara es donen en **l'assignació de recursos**, i dels criteris que es valoren. S'hauria de tenir més en compte el cas concret, la persona, i no guiar-se tant per normes i requisits. Falta flexibilització dels paràmetres. **La persona atesa és el centre de l'activitat i no sempre es té en compte.**
- La **gestió dels recursos i sol·licituds** s'hauria de fer des de la mateixa xarxa del territori, fent així més eficaç el circuit d'atenció a l'usuari.
- Donar un **altre enfocament als CETs i les empreses d'inserció**, ja

que se'n té una visió molt rígida que fa que poques empreses ordinàries ho tinguin en compte i, per tant, fa perdre sortides laborals ja que hi ha més usuaris que hi podrien accedir que places que s'ofereixen.

- Marcar clarament **l'encàrrec professional**. Els professionals han de tenir clares les seves funcions i tasques (usar dispositius especialitzats en funció de les necessitats de cada usuari) per evitar duplicitats, demores i assegurar una atenció més àgil i eficaç.
- Ja que les **prestacions econòmiques** dificulten la compatibilitat laboral dels usuaris, haurien de coexistir aquestes prestacions amb els recursos i els salaris.
- En dependència, els **critèris i requisits socials i sanitaris** haurien de tenir un pes diferent.
- Facilitar **l'avaluació de les intervencions** per part de tots els serveis en el procés de l'usuari.
- Que la **rehabilitació** dels usuaris de salut mental sigui com qualsevol altra malaltia, tractada des de l'àmbit sanitari. Sinó, els serveis socials haurien de fer un canvi general en la seva metodologia d'actuació en la intervenció i assistència a l'usuari (no tractar la rehabilitació i actuació social com a caritat). Garantir una continuïtat en el tractament i seguiment de l'usuari, independentment de les variacions dels serveis i dels professionals que el porten. Es milloraria les intervencions amb una història única per usuari. Coordinació via email entre psiquiatria del CSMA i l'entitat d'acció social.
- **Model mèdic** trasplantat a les entitats socials (l'usuari de salut mental necessita un metge, infermera...). En fase de rehabilitació l'àmbit principal, però, seguiria sent el social.

En relació a la **necessitat de recursos per implementar les millores**, els participants parlen de recursos humans, òrgans tècnics, recursos econòmics, infraestructures i historial únic dels usuaris com eixos prioritaris. Una proposta de consens és que les administracions coneguin la realitat sobre les necessitats dels usuaris de salut mental i de les entitats que els atenen. Això permetria actuar i proporcionar els recursos necessaris per garantir la qualitat en l'assistència.

- Consideren que una bona oportunitat seria **aprofitar perfils professionals**, que són útils en altres serveis, es podrien introduir en l'àmbit social ja que optimitzarien el circuit d'assistència a l'usuari.
- S'haurien d'ampliar funcions i temps d'un servei o crear un **departament** paral·lel que ajudés a coordinar-los en l'assistència particular dels usuaris (similar al que s'està fent fins ara amb els TMS i els PSI).
- Creació **d'òrgans tècnics de seguiment** per millorar la coordinació entre l'administració i els professionals que posen en pràctica els programes que elaboren conjuntament.
- Incrementar els **recursos econòmics** dels PSALL (Programa d'atenció i suport a la llar).
- En comptes de programes s'haurien de **fer serveis**, independentment de factors i limitacions econòmiques.
- **Professional** per a moderar i orientar les reunions de coordinació.
- Recursos **econòmics** per fer viables els serveis actuals, però sobre tot en un futur immediat.
- **Mapa compartit de recursos**, a ser possible incloent àmbits com treball, habitatge... que posi en pràctica el Pla Integral. Aprofitament dels recursos existents, dotar-los de recursos materials i econòmics, i usar les noves tecnologies per facilitar l'intercanvi d'informació. Agrupar la informació rellevant de l'usuari per a la seva assistència en un **expedient compartit informatitzat** que englobi dades tan socials com sanitàries. Necessitat d'un **historial únic** que englobi social i sanitari.

5.2.- ÀMBIT DE LES DROGODEPENDÈNCIES

➤ USUARIS

Els usuaris d'aquest àmbit fan una **identificació d'oportunitats socials per a la inclusió** relacionades amb serveis de proximitat i accés, professionals de referència i tracte personalitzat, per altra part, les **propostes de millora** s'orienten vers potenciar a les persones i les seves capacitats i a dignificar-los en el món laboral.

Oportunitats d'integració:

- **Recolzament** dels professionals. En aquest sentit, es valora molt positivament la continuïtat amb un professional de referència i donen importància i valor a les relacions de confiança que estableixen amb els professionals i amb els companys. Tracte personalitzat. Tenir un professional referent i el sentiment de ser ben atès millora les possibilitats d'adherència.

"L'assistent social quan li vaig plantejar quina era la meva situació i les meves ganes de fer coses, va posar molt empeny en aconseguir trobar un foradet i vaig ingressar la nit del 24 de desembre, dades que no ingressa ningú i per això van poder trobar un foradet..."

- Aconseguir que es produeixi un **accés ràpid al recursos adients**, com és l'entrada en una comunitat terapèutica. Cal evitar demores i llistes d'espera.
- **Serveis de proximitat**. Un exemple és el bus ambulant.
- Combinació de **teràpies personalitzades** i de grup, i **informació adequada** sobre les patologies amb les que han de conviure.
- Valoració positiva del **recolzament** rebut per part dels companys.

Propostes de millora:

- **Tenir en compte les potencialitats de la persona** per encarar la integració laboral i establir una **formació adequada a les capacitats i habilitats** de cada persona.

"Dar más formación y más eficaz, no formación por dar un curso de dos meses de informática que después de salir de allí, uno no se entera de nada. A veces haces el mismo curso tres o cuatro veces y no sirve...". "S'hauria de treballar potenciant el perfil de cada persona, però clar hem de tenir en compte que estem en una societat en crisi i nosaltres som persones en crisi també...". "Jo insisteixo en tractaments personalitzats, vull dir que no totes les persones tenim les mateixes condicions o vocacions o habilitats per fer una feina, per tant s'ha de fer un perfil de formació personalitzada, mirar el mercat..., això és feina dels treballadors dels pisos. Igual que hi ha de teràpia ocupacional que hi hagi de teràpia laboral. Això és una mancança..."

- En relació a l'anterior proposta, els participants consideren fonamental facilitar **pactes i incentius** a empreses que contractin persones en procés de rehabilitació o ja rehabilitades. Apostar per **incloure a persones rehabilitades** com a treballadors dels equips terapèutics ha de ser un pas més en la seva inclusió social.

"...Hay que ayudar a las personas que han pasado por ésto, darles la oportunidad de trabajar en este ámbito, porque puede que no tengan mucha formación, pero pueden seguir formándose durante el proceso, además su propia experiencia hace que tengan más vínculo y más confianza con los usuarios"

"...muntar una infraestructura, no sé, de pactes amb empreses, que agafessin com es fa amb els disminuïts persones a cada empresa, a persones amb aquest tipus de problemàtiques, buscant els perfils i potenciant moltíssim el fet d'introduir-se al món laboral. Jo trobo que això és una taula que està coixa d'una pota".

- Establir **programes d'informació i sensibilització** del problema de la drogodependència per a persones estrangeres que sovint són les més vulnerables i excloses del sistema.
- Generar equips de treball amb i entre usuaris amb diferents perfils per **potenciar les sinèrgies**, compartir experiències i innovar línies d'intervenció.

"Porque hay personas que pueden formar un equipo y aprender a trabajar en equipo y desarrollar proyectos para que luego cada uno encuentre su lugar... no treballarien allà de per vida, seria una plataforma per sortir al món laboral i també serviria para implicar a los que vienen detrás..."

- Línies de **préstec** per crear empreses d'inserció laboral i social.

"Els bancs sabem com son, no et donen crèdits si no tenen les espatlles cobertes, perquè això porta riscos i una persona com nosaltres que partim de zero, que no té patrimoni ni té res que respongui perquè no té nòmina, no hi haurà cap banc a no ser que tingui una bossa de suport i garanties per poder donar crèdit a persones amb aquesta dificultat"

➤ **ENTITATS**

En referència als **beneficis d'una millor coordinació**, gestors i professionals de les entitats participants en el debat opinen que **facilitaria el treball dels professionals**, i donaria més **qualitat assistencial a les persones ateses**. Bàsicament identifiquen beneficis en el treball de les entitats, que necessàriament, haurien de repercutir de manera exponencial en una millor atenció a les persones. També s'obtidria un estalvi econòmic al prevenir la duplicació d'intervencions.

Beneficis en la vida de les persones ateses:

- Una coordinació més eficaç ha de suposar una millora dels resultats dels programes i, per tant, de la **qualitat de vida** dels usuaris.
- Els participants indiquen que es podria realitzar una **detecció més real de les necessitat** i, com a conseqüència una major adequació de les intervencions, amb respostes més eficaces, eficients i ràpides.

"En relació als casos tindrien unes respostes més ràpides, més àgils, una atenció de qualitat, no se saturarien els circuits, i a més a més seria una atenció integral de debò".

Beneficis en el treball de les entitats:

- La millor coordinació permetria **establir sistemes d'informació** que possibilitarien tenir la informació real de tota la història prèvia, del itineraris pels que ha passat, i les característiques de l'usuari, entre

altres aspectes. Això ajudaria a enquadrar la tasca a realitzar. S'evitaria la **duplicació** d'esforços i per tant, optimitzaria els recursos disponibles. Mirar la intervenció de l'usuari des d'una **perspectiva integral** i realment des de la seva necessitat i no del recurs que es té disponible en aquell moment.

"Exemple una dona dependent que ingressa en comunitat terapèutica per un tractament per dependència, per un trastorn límit, i per un PCA, un trastorn de conducta alimentària. Intentes coordinar-ho però amb qui?. Abans era molt difícil que les dones arribessin a sol·licitar tractament residencial. El tractament residencial de comunitat terapèutica per a una dona drogodependent implica molta complexitat, una atenció inclús més integral que la de l'home. Hem de treballar moltes realitats de la dona, realitats socials, és a dir, si té fills, si no té fills; si el seu home la maltracta i està rebent tractament des d'aquest punt..."

"Una bona coordinació prèvia a ingressar ens facilitaria ajustar els objectius del -PPI- a la realitat del cas i no estar-nos dos mesos detectant què li passa".

"Millorar la coordinació no només amb la xarxa pública sinó que hi ha un munt d'altres entitats que treballen i són molt bones en coses que tots necessitem. Seria un gran benefici econòmic."

- També milloraria la **continuitat i coherència** en l'atenció, i entre els diferents dispositius, per no saturar els circuits i fer una atenció integral.

"En relació a les entitats també ens permetria treballar amb molta més agilitat, ràpides i coherència, i amb una molt bona optimització del temps, i en general, tot això revertiria en una millora de l'atenció en general".

- **Evitaria el mal ús** dels recursos per part dels usuaris.

"Vull dir ara necessito això, -tinc aquesta necessitat immediata- voy aquí, voy allí, perquè clar com els diagnòstics són contradictoris tens la sensació d'estar apagant focs i l'usuari també, arriba un moment que el desmotives, que entra en aquest cercle."

- Permetria detectar **necessitats noves** tant dels usuaris com en relació a les línies metodològiques d'intervenció professional que es realitzen.
- Una coordinació més eficaç, necessàriament, revertiria en una reducció del factor de **desgast dels professionals**. La millora de la coordinació facilitaria la **professionalització** dels serveis i de l'atenció que es dona als usuaris, amb una major satisfacció dels professionals que veurien els fruits de la seva feina.

"S'utilitzen moltes energies però que no se sap molt bé cap a on es dirigeixen."

Les **línies d'intervenció que millorarien l'eficàcia del sistema** les podem agrupar en tres eixos fonamentals, segons les aportacions dels participants. Primerament, formació i reconeixement professional en l'àmbit de l'acció social; segon, treball en xarxa per compartir informació i coneixement; i, finalment, atenció individualitzada als usuaris.

- Facilitar l'**especialització** i la realització professional de les persones que hi intervenen des de les entitats. **Valoració** per part de la administració dels professionals de l'àmbit social i revisió dels sous i contractacions. Paral·lelament, **formació per als professionals** que incorpori la transversalitat dels serveis i les habilitats per atendre les necessitats específiques dels usuaris en situació de vulnerabilitat.

"Bajos salarios. Por el hecho de que se dedican a algo que es vocacional no tiene que estar mal remunerado, tampoco las condiciones de trabajo tienen que ser inferiores". "Per no sentir-te que no saps de res i fas una miqueta de tot".

- Les **línies d'intervenció integrades**, és dir, mèdica, psicològica i social facilitarien el seguiment de la persona atesa i assegurarien traspàs d'informació i qualitat assistencial. Amb un **referent únic** per cas que permeti coordinar l'acció terapèutica i educativa dels diferents serveis pels que hagi de circular l'usuari: Justícia, Salut, etc.

"¿Cómo? creando un protocolo, quizás común, para poder mantener una coherencia, porque sinó es difícil mantener esta coherencia a lo largo de los distintos procesos, se ha de partir de un concepto de intervención común"

- Manifesten com una necessitat important establir el disseny i l'aplicació d'un **sistema d'informació compartit**, que garanteixi la confidencialitat de les dades dels usuaris. En un altre sentit, també es proposa **compartir informació** entre els sectors implicats a partir de jornades, congressos o altres esdeveniments. També unificar en un catàleg les diferents **carteres de serveis** perquè qualsevol professional pugui tenir coneixement dels diferents dispositius.

- Canvi de cultura per poder **treballar en xarxa**, a partir de la corresponsabilitat entre les entitats i els professionals, i fer un **pla d'atenció individualitzat** que contempli una atenció integral.

"Implica entendre que la tasca parteix des de la corresponsabilitat, que hem de ser capaços de crear un clima de confiança i de seguretat en els professionals de les entitats junt amb els professionals de la xarxa sanitària i que hem de fer autocrítica ambdues parts per poder treballar en xarxa."

"Per exemple amb professionals de justícia estem iniciant, des de fa uns anys cap aquí, un treball en xarxa, és una tasca molt àrdua, l'objectiu es sumar esforços, però això implica molta, molta feina, dedicació de temps i sobretot de ser molt franca en relació a les mancances que nosaltres tenim, quines mancances tenen ells i en aquest sentit treballar, treballar en comú. Delimitació exhaustiva de les funcions per tal d'evitar els gaps funcionals. Però hem de ser capaços d'anar més enllà i crear més espais d'interlocució comuns".

- Es considera important afavorir el **coneixement mutu**, ja que quan els serveis són més propers i els professionals es coneixen personalment, la coordinació és molt més fàcil.
- **Integrar Treballadors i Educadors Socials en els Serveis Sanitaris** com a membres dels equips interdisciplinaris, quan els casos ho requereixin.
- **Sistematitzar la coordinació** amb canals concrets i definits, i treballar per un diàleg intersectorial. Una estratègia pot ser la presència en congressos o seminaris interdisciplinaris.
- És fonamental la **integració** dels Serveis de Salut Mental i d'Atenció a les Drogodependències en el Serveis d'Atenció Primària de Salut i **accions interdepartamentals** des del Govern per poder dissenyar polítiques que tinguin en compte la complexitat de la realitat socio-sanitària.

Pel que fa referència a la **necessitat de recursos per implementar** aquestes intervencions, les propostes són clares i concretes. Les línies de millora en el treball futur han de ser realistes i independents. No es tracta d'un tema polític perquè es corre el perill de què a cada canvi de govern es modifiqui el que ja estava en marxa. És imprescindible aprofitar els recursos ja existents i fer-ne viables de nous, per innovar i millorar la qualitat, augmentant la inversió i pressupostos. Són necessaris recursos adequats a les necessitats socials de les persones, recursos per l'atenció a grups vulnerables com les dones i la seva realitat i més dispositius en l'àrea de reinserció. Els recursos són més escassos en els serveis socials i sembla que a nivell sanitari està més cobert. Sobretot les carències es troben per cobrir les **necessitats bàsiques** de les persones, com són tenir una llar i aconseguir la inserció laboral.

"Fins que no hi hagin recursos econòmics adequats a les necessitats del sector, seguirem trampejant, seguirem tenint la sensació de què estem mangonejats completament i farem tot el que fem el millor possible, això si."

"Potser realment hi ha una sèrie de recursos que tenim i que no estem optimitzant. Es podrien crear espais de coordinació, de reunions, per exemple entre els diferents dispositius i els CAS. Es un tema també d'organitzar-se, d'establir tots els canals."

- Crear **circuits intermedis** de coordinació.

"Moltes vegades pels centres de reducció de danys, comunitats terapèutiques implica matar muchos pájaros de un tiro, moltes vegades l'usuari el que no vol és que ens coordinem amb el CAS. I clar, perquè aquí preval, vull dir, la protecció de la persona, tenim sempre com a referència el treballador social".

- **Espais** per atendre i escoltar a les famílies. Les entitats no sempre disposen d'infraestructures molt àmplies i moltes vegades es troben que han de rebre a les famílies en espais compartits, on no sempre és possible assegurar la intimitat ni confidencialitat de dades.
- **Itineraris de tractament específics** segons els diferents perfils dels usuaris i creació de grups de treball de professionals més específics.

"No tothom ha de passar pel mateix lloc sempre com si fos un coll d'embut, hi ha gent que hauria de passar pels dispositius més de prevenció, més de preparació a la reinserció laboral i social, i hi ha gent que per un perfil més

cronificat doncs necessita dispositius de més tractament residencial de baixa exigència o eh, més treballar el prelaboral i la reinserció en aquest aspecte”.

- **Formació** dels equips i una estructura de **recursos humans** adequada.
- Millorar les **condicions laborals** dels treballadors dels centres, com a reconeixement de la seva categoria professional i expertesa. Necessitat de convenis propis.

*“Hi ha una necessitat imperiosa de que hi hagi un **conveni propi de drogodependències**, vull dir, estem en l’estatut general de treballadors en serveis socials. Estem a la cua absolutament de tot i ens adaptem com podem, però arribarà un moment que les entitats diran prou, vull dir, no podem seguir trampejant, no podem seguir improvisant”.*

- Crear una **xarxa d’atenció** coordinada.

“La Federación Andaluza de Drogodependencias tenen set regions i a cada regió hi ha un servei ambulatori comú, una comunitat terapèutica comú i totes estan en xarxa. Dins d’aquest programa d’intercanvi de dades comú, si a mi m’arriba `un tio de Córdoba y estoy en Jaén meto los datos pataplám y me sale todo el tratamiento que ha hecho con todos los médicos anteriores, en todos los servicios ambulatorios anteriores, los tratamientos en comunidades terapéuticas anteriores, motivos de alta, motivos de baja, motivos de entrada, salida, pautas de medicación’. Aquí li diem Xarxa d’Atenció a Drogodependències i el que menys és, és una xarxa això, vull dir, perdoneu, però una xarxa ha de tenir mesures de coordinació àgils, i ha de tenir accés a la informació sigui el punt que sigui de la pròpia xarxa”.

5.3.- ÀMBIT DE LES PERSONES EN SITUACIÓ DE SENSE LLAR

➤ **USUARIS**

Els usuaris que han participat en aquest grup de debat destaquen com una millora el no considerar-los com a un col·lectiu, sinó atendre les diferents problemàtiques de salut que cadascun té, independentment de la seva situació de sense llar. Diuen que el sistema de salut els "fa passar pel mateix", els aglutina i en tant que persones en situació de sense llar, els tracta com el sistema entén que cal tractar a una persona en aquesta circumstància.

Dit d'altra manera: demanen, com ho fan la majoria de col·lectius estigmatitzats, deixar de ser considerats diferents, un grup a part. En aquest sentit, ens hauria de cridar l'atenció el fet que demanin en primera persona no tenir un tracte diferenciats, si no, senzillament, tenir, com aspira qualsevol persona, un tracte adequat a la malaltia.

Oportunitats d'integració:

- Oferir **expectatives reals i no fictícies** al pacient / usuari. Es destacava abans fins a quin punt repercuteix la insatisfacció respecte a les expectatives que la persona sense llar té sobre el tractament de la seva salut en el conjunt del treball de suport que es dóna a la persona, arribant a trencaments amb les entitats i professionals de referència. Aquest fet implica moltes vegades tornar al carrer i perdre tot lligam, gairebé sempre un tornar a començar molt per sota del guany i millores que ja s'havien assolit. Oferir expectatives reals, no només vol dir evitar aquest retrocés en la persona i la malmesa dels recursos invertits, sinó que, per contra, revertiria en una major motivació i compromís de la persona sense llar atesa en el seu propi projecte de treball per la millora de les seves condicions de vida, i redundaria en un millor aprofitament dels recursos destinats.

- Una **comunicació fluida** entre ambdós àmbits, social i sanitari, permetria demanar o esperar del pacient sense llar accions o seguiments més acurats a les seves possibilitats i compromís del moment. I a partir del moment en què els professionals de l'àmbit social siguin co-partíceps de les consignes donades a l'usuari pacient, podrà actuar com un agent que reforci les directrius factibles marcades pel personal professional de l'àmbit de la salut.
- Per acabar, aquesta millor coordinació hauria de revertir en **l'atenció a la salut mental**. Els integrants dels grups, que no son professionals de l'àmbit, no saben definir exactament el què ni el com, però sí diuen que seria un benefici "quelcom específic per l'atenció al trastorn mental en sense llar".

Propostes de millora:

Les propostes que fan els usuaris són eminentment pràctiques, molt del dia a dia, algunes amb la única perspectiva de la necessitat personal que identifica la persona interpel·lada i altres d'indubtable importància per a la resolució del problema. Així, opinen que seria interessant disposar d'algun tipus de servei d'odontologia, accés a l'esport i espais per l'oci. També, més professionals als centres i, concretament, més presència de personal sanitari, especialment per la nit, suggerint la idoneïtat de contractar personal de diferents orígens i cultures per bastir els serveis amb una capacitat de resposta més diversa i culturalment preparada per entendre i gestionar la diferència.

➤ ENTITATS

Gestors i professionals de l'àmbit de les persones en situació de sense llar aposten per millorar l'eficàcia i l'eficiència de les seves intervencions. Pel que fa als **beneficis d'una millor coordinació en el treball de les**

entitats i en la **vida de les persones ateses**, consideren que és necessari aprofitar millor els recursos disponibles, tan en l'àmbit de salut com social, donant-los una major rendibilitat en forma d'atenció a la salut més acurada, que garanteixi l'abordatge de la malaltia tan en fase aguda com en fase de seguiment quan s'escau, sense perdre la informació històrica de la persona / pacient, i fent que les coordinacions entre els dos àmbits, de salut i social, garanteixin una millor evolució de la persona a nivell global i més enllà de la salut, és dir, recuperació d'habilitats socials, motivacions, possibilitats d'inclusió social, inserció laboral i màxima autonomia personal possible.

Beneficis en la vida de les persones ateses:

- El benefici més important de tots és la **millora de l'estat de salut** i, per tant, millora de les oportunitats de supervivència primer i d'èxit social després. Tinguem present que els estudis, tan a nivell d'estat espanyol com europeus, corroboren que "el carrer mata", en tant que escurça la mitjana d'anys de vida i col·labora en l'aparició de trastorns significativament més nombrosos que en la població general. Així doncs, té sentit dir que, sobre aquest col·lectiu, una millor coordinació influiria en una millora de les possibilitats de supervivència i, àdhuc, aquelles persones menys cronificades podrien situar-se en la possibilitat d'afrontar el repte de tornar a ser competitius i valuosos en el mercat laboral o, si més no, d'assolir el nivell d'autonomia suficient per una vida amb òptims nivells de satisfacció.
- Cal que l'àmbit de salut es recolzi en l'àmbit social per conèixer millor la **realitat contextual de la persona sense llar**. Moltes vegades, *"s'abandona un tractament d'administració de medicació prescrit tres cops al dia, una després de cada àpat, perquè ell menja només una vegada al dia. I a sobre, es rebotja perquè sap que hi ha antibiòtic per una sola presa al dia, i no li han volgut prescriure"*.

Beneficis en el treball de les entitats:

La millor coordinació implicaria una disminució del risc d'agressions envers els professionals socials, així com del sentiment d'angoixa i de desmotivació.

Els participants identifiquen diferents **línies d'intervenció per millorar l'eficàcia del sistema**. La primera i fonamental és la pròpia coordinació entre els dos àmbits i també dins dels dos àmbits, ja que s'han detectat mancances de coordinació entre les mateixes entitats d'acció social i en els serveis de salut. També es veu com prioritari, establir protocols de col·laboració, major accessibilitat dels equips mèdics i realitzar una millor gestió de la informació.

- Implementació de **canals establerts i formals de coordinació**, situats a nivell d'acords interdepartamentals, o com a desenvolupament de lleis, però no deixats a la sort de la predisposició personal per part de professionals d'ambdós àmbits. Aquests canals els verbalitzen centrats en quatre grans àrees a coordinar:
 1. **L'àmbit de salut amb l'àmbit social:** Comptar amb el professional d'àmbit social referent de la persona sense llar, com a figura equiparable a la de familiar, a qui transmetre la informació rellevant necessària per garantir el seguiment de la malaltia. Disposar-hi també per mirar de treballar conjuntament aquelles pautes, directrius i consells que caldria que la persona / pacient segueixi en la seva vida quotidiana, mirant de trobar ambdós professionals la viabilitat a les necessitats que planteja el professional de la salut.
 2. **L'àmbit social amb l'àmbit de salut:** Facilitar al professional de la salut aquelles dades disponibles d'hàbits de vida o altres que puguin ser rellevants per tal de treballar correctament amb la persona. Facilitar els acompanyaments a la visita mèdica, quan sigui convenient, així com l'ingrés i l'alta hospitalària sempre que sigui possible planificar-la, de manera que els equips de salut puguin planificar tant el temps de tractament necessari, com tenir seguretat

que l'alta pugui produir-se en el temps que clínicament es consideri necessari.

3. **L'àmbit salut, amb ell mateix:** En allò que els professionals i gestors denominen "patologies globals" és a dir, persones amb diverses malalties, agudes o cròniques, o en les persones amb "pluripatologies", ateses per serveis diferenciats i estancs dels àmbits de salut. Com diuen professionals i gestors, és una llàstima que un cop s'aconsegueix tenir en un hospital a una determinada persona, de normal reticent al tractament mèdic, no es pugui fer un treball conjunt entre els seus professionals socials de referència i els de salut que l'atenen per mirar d'abordar no només el problema puntual que l'ha dut a aquell hospital, sinó també altres possibles problemes de salut que no estiguin en tractament i que necessitin un abordatge. Cal tenir en compte l'especial duresa que significa per a moltes d'aquestes persones de salut precària el seguir les estrictes pautes de medicació, consulta, seguiment, de dos o més malalties greus, com pot ser una discapacitat, VIH, diabetis, necessitat de diàlisi, hepatitis C, entre d'altres. Aquestes situacions, que ocasionen molts abandonaments del tractament, es veurien pal·liades si l'àmbit de salut podés fer un abordatge des de la persona, integrant les necessitats de tractament de totes les seves dolences greus.
 4. Finalment, **l'àmbit social amb ell mateix:** No hi ha una xarxa comuna de transvasament d'informació entre les diferents entitats i serveis d'atenció a les persones sense llar. Això origina que la informació sobre la mateixa persona, o bé s'iniciï de zero a cada nou recurs social o, en el millor dels casos, es reprengui allà on es va deixar la darrera vegada que va ser atesa en aquell recurs. Però en cap cas l'historial social de la persona no acompanya aquesta en la seva itinerància, amb els conseqüents perjudicis també a nivell de coneixement del seu estat de salut.
- Una altra línia d'intervenció és la dels **protocols de col·laboració**. El grup de discussió de gestors, fou el que més clar tenia quin tipus de protocols caldria. Per un costat, **protocols de circuit**. Estipular "qui" o "quin servei" ha de dotar "quin recurs" i "com", de tal manera que ambdues xarxes, la de salut i la social, sàpiguen quins són els seus

interlocutors quan sigui necessari. Des de l'àmbit social, per valorar l'ingrés hospitalari d'una persona i des de l'àmbit social, per trobar un recurs residencial de sortida a una alta hospitalària per a una persona sense llar de perfil no cronificat. Aquests són dos dels múltiples exemples possibles. Per una altra part, es considera necessari tenir **protocols d'atenció**. Treballar a fons un seguit de categories que permetin catalogar amb flexibilitat quin és el tipus d'atenció sanitària i quin és el tipus d'atenció social que la persona necessita. L'acceptació comuna d'aquests protocols d'atenció, basats en una comprensió igualitària de l'estat tan social com de salut de la persona, redundarien en una millor atenció a tots dos àmbits.

- Finalment, en l'àmbit de protocols, capacitat de gestionar no només les coordinacions estables o estandarditzades. També ser capaços de **gestionar en temps casos especials**, i de fer-ho eficientment. Es comentava com a partir de la situació d'una persona sense llar amb un problema de salut mental, que va estar agredint a personal de centres socials per tota Barcelona sense poder ser aturat, es va acabar convocant, tardanament, una reunió en la que onze professionals dels dos àmbits –social i salut –, de l'administració autonòmica, local, i d'institucions privades, van arribar finalment a un consens d'abordatge per solucionar el problema.
- Una altra línia d'intervenció és la de fer el **metge més accessible**. Es tracta de normalitzar la comunicació entre els dos professionals i igualar la consideració entre un i altre. Cas que sigui realment impossible que el metge/metgessa referent del pacient sense llar es comuniqui amb el/la professional social de referència, trobar canals adients i igualment operatius, via l'equip de treball social del centre de salut al que s'adscriu el metge/metgessa de referència.
- **Normalitzar la informació** al professional social de referència de la persona atesa, pel que fa al diagnòstic, tractament i coordinació del seguiment de la persona. El/la professional de l'àmbit social respecta el secret professional igual que el personal professional de l'àmbit de salut, i té en el respecte de la intimitat que li dipositi la persona sense llar una eina de treball que, per altra part, no pot ser mai vulnerada. Per altra part, sovint, la persona professional de l'àmbit social és el més semblant

a tots nivells a una família, en tant que cuidadors i proveïdors de cura, protecció integral de la persona, guia i referent. A efectes pràctics, per la persona pacient-sense llar, és contraproductiu la no fluïdesa de la informació envers l'àmbit social professional. I no hi ha cap motiu d'incapacitat dels i les professionals ni del sector social, ni cap recança, per poder assumir aquesta responsabilitat.

Ahora de concretar les **necessitats en recursos** per implementar les intervencions de millora en la coordinació, defineixen tres blocs de recursos prioritaris. Recursos per a l'àmbit de salut, recursos per a l'àmbit social i recursos compartits entre els àmbits de salut i social.

Recursos per l'àmbit de salut:

- Recursos en salut mental. D'entrada, tenen clar que calen **més professionals** de la salut mental. Els que hi ha, són totalment insuficients i dedicats al trastorn mental sever. No n'hi ha per trastorn mental no sever. També creuen que calen per la salut mental **"recursos"** en general, que no saben concretar. La majoria opina que no seria eficient ni just una xarxa paral·lela de salut mental per a persones sense llar, però que la realitat està a l'altre extrem, amb persones que consideren malaltes, sense tractament, i en recursos socials, ja siguin de primera acollida o de mitja estada.
- Altra cop, "recursos" que els integrants dels grups no saben concretar, per a persones amb **trastorn de personalitat**, psicopaties, i que acaben a presó, criminalitzades per una manca d'altres recursos que els hagin contingut i acompanyat prèviament. Volen evidenciar l'existència significativa d'aquest col·lectiu diluït entre el grup de persones sense llar, sense que sigui possible fer que la xarxa i els professionals adients puguin treballar-hi abans no sigui massa tard per aquestes persones i les del seu entorn.
- Punts **d'administració de medicació**. Hi ha moltes persones de carrer, amb pocs hàbits, per les que seria molt positiu disposar d'algun punt o punts per la ciutat on poguessin anar a rebre l'administració de la pauta de medicació que necessiten. Pensem que estem parlant de persones que no estan legalment incapacitades, però que sovint poden presentar

nivells cognitius baixos o molt baixos, a vegades amb demències, desorientacions, etc., per a les quals la possibilitat d'anar al CAP més proper on mostrant la seva tarja li fos administrada la seva medicació del dia, implicaria millores substantives a curt i mig termini envers el seu estat general.

- **Tarja sanitària per estrangers** no comunitaris no regularitzats. La CCAA de Madrid té en funcionament fa uns anys un model del que s'ha parlat a dos dels grups de discussió, considerant-lo exemplar. Es fonamenta en uns requisits basats en la relació de la persona subjecte de la tarja amb una institució o servei social de referència, que treballi amb la persona, que dóna fe o certifica que aquella persona empadronada realment viu al lloc i que està realitzant totes les gestions necessàries per obtenir el seu passaport. Això dóna peu a un expedient del/la professional de treball social del CAP de referència, que en donar el vist i plau, permet l'obtenció d'aquesta tarja sanitària provisional per sis mesos, ampliable, sempre que es corrobori que segueixen en actiu les gestions per l'obtenció del passaport. D'aquesta manera, es garanteix que cap estranger no regularitzat que no tingui passaport per causa aliena a la seva persona, es queda sense atenció sanitària.

Recursos per l'àmbit social:

- **Centres socials adaptats** als usuaris que s'atén. Lliteres on es dorm i en les que la nit abans algú que hi ha pernoctat, hagi esputat sang, no haurien de ser possibles. Espais no diferenciats per segons quins diferents estats de salut, tampoc. Caldria disposar d'espais on persones sense llar amb grip i altres malalties lleus però temporalment incapacitants i que generen molt malestar, puguin passar el dia, de 09:00 a 20:00h., horari en què la majoria de centres socials estan tancats a usuaris, exceptuant els centres de dia, ja ocupats per les pròpies activitats del centre. Sinó, han de restar a l'espai públic passant la malaltia. Si cal atendre una part de persones malaltes, fins a cert grau de malaltia, cal fer-ho en centres socials preparats i pensats a l'efecte.
- **Presència sanitària a centres residencials** socials on es fa molta contenció de salut orgànica i mental.

- **Pisos d'inclusió social** amb suport a domicili dels dos àmbits –social i de salut –, o com a mínim del social, amb possibilitats de derivar al de salut quan correspongui. Especialment per a llargues estades, persones d'edat avançada o persones molt cronificades, amb un llarg treball de molt de temps per anar recuperant estàndards d'hàbits i estat de salut.
- Un **model de recurs sociosanitari "adaptat"**, pont entre l'hospital o el recurs sociosanitari general i el centre residencial per a persones sense llar. Seria un recurs pont per a persones sense llar fent convalsescències d'intervencions o determinades malalties. **Recurs de mitja o llarga estada** per a persones amb determinat grau de dependència o discapacitat.

Recursos compartits entre els àmbits de salut i social:

- Necessitat de taules de coordinació, a nivell tècnic i a nivell institucional, per a coordinacions estables i també per a la gestió de casos especials. Necessitat, també, d'un programa informàtic connectat, o possibilitat de transvasar informació, entre els dos àmbits, social i de salut.

6.- CONCLUSIONS

Per començar les conclusions volem destacar el fet de què moltes propostes de millora proposades per gestors i professionals ja són contemplades en els diferents Plans i bibliografia consultada, i solament cal posar-ho en marxa amb els recursos necessaris.

No obstant això, considerem indispensable remarcar en aquest informe algunes de les **principals conseqüències** que es deriven dels **dèficits de coordinació** detectats:

- Els tres col·lectius explorats manifesten un important desconeixement del treball i les funcions de les entitats socials per part dels serveis de salut implicats, fet que dificulta derivacions, comunicació, traspàs d'informació i, molt important, una manca de treball comú que tingui en compte els objectius de l'usuari.
- Un altre aspecte rellevant són els diferents objectius finals de cadascun dels dos àmbits implicats. Davant aquesta realitat, se sol forçar una prioritització dels criteris mèdics i objectius de salut, en detriment dels objectius i criteris d'integració social. També destacar que els professionals de l'àmbit social manifesten percepció de menysteniment.
- La gestió de la informació mereix una especial consideració. Per una part, es detecta una manca de circuits coordinats per accedir a la informació de l'usuari, també per gestionar el procés degut a una informació fragmentada. Sovint, el propi usuari o el professional social de referència no tenen accés a part de la informació. Es fa èmfasi en la necessitat d'una història única compartida.
- En les persones que presenten algun problema de salut mental, o símptomes de patir-ne, es detecten dificultats per gestionar urgències psiquiàtriques i dèficits estructurals que ocasionen altes hospitalàries sense comunicació/coordinació amb l'entitat social, amb el conseqüent

transtorn pel recurs social que ha de passar a tenir-ne cura. En les persones que es troben en situació de sense llar es constata una mancança de recursos pel trastorn mental no sever i una insuficiència dels disponibles pel trastorn mental sever.

- Per últim cal destacar, també, que estem parlant tot el temps de descoordinació entre els serveis sanitaris i el serveis socials, i el que apareix moltíssim es la descoordinació entre els propis serveis socials.

Pel que fa a la manera com aquests **dèficits impacten** en aquestes persones i entitats, cal resaltar els següents punts:

- La manca de coordinació incideix directament en la salut de les persones. En primer terme, en la seva possibilitat de supervivència; en l'abandonament dels tractaments, per desmotivació i cansament; en la pèrdua de confiança en els sistema de salut i social; i sovint en els professionals de referència.
- La descoordinació fa més lenta i difícil l'obtenció de plaça en els recursos socials per una part, mentre que per l'altra, el temps d'espera és llarg per ser visitats pel sistema de salut en general i, especialment, en el circuit de salut mental.
- Les conseqüències de les interrupcions i ruptures en el seguiment de la salut trascendeixen aquest àmbit i poden arribar a suposar un retrocés, fins i tot trencament dels hàbits treballats, i amb els professionals i entitats. A vegades, i per aquest motiu, el professional o l'entitat social pateixen agressivitat i violència. Fruit d'això, l'usuari pot passar a ser tractat pel sistema de control i punitiu.
- Els tres col·lectius pateixen estigma social, orientat en dos sentits. Se senten moltes vegades estigmatitzats pel sistema de salut, a partir del tracte diferent i sovint percebut com un tracte discriminatori, i també pel

conjunt de la societat, que els mira pitjor conforme pitjor és el seu estat de salut.

Quant als **col·lectius més perjudicats**, tots ho són, però especialment:

- Persones d'aquests col·lectius que pateixen pluripatologies o patologies globals. També, de manera significativa, en les persones en situació de sense llar, les persones no diagnosticades.
- Joves. Sense formació i en risc d'exclusió social; extutelats; sense regularitzar; amb problemes de salut mental i/o drogodependència.
- Dones en general, que es trobin en una o més d'aquestes situacions.
- Persones immigrades, sobre tot els que es troben sense permís de residència.
- Professionals de serveis socials. Per saturació, poc reconeixement, càrregues excessives, angoixes, por i risc d'agressions entre altres circumstàncies que els dificulten el treball diari.

Les **propostes de millora** realitzades per les persones participants en els debats, fetes a partir de la diagnosi de l'estat actual del treball de coordinació entre l'àmbit social i de la salut, indiquen que és imprescindible l'articulació entre la dimensió sanitària i l'àmbit dels serveis socials, reduint i anul·lant els obstacles que la dificulten, amb la finalitat d' aconseguir una millor integració dels serveis d'atenció personal. A continuació presentem les propostes més rellevants, que mostren per una part l'alt grau d'implicació i compromís dels professionals i gestors de les entitats socials, i per l'altra, la vivència dels usuaris dels diversos serveis.

- Coordinar i simplificar els tràmits burocràtics, tan en àmbit social com sanitari.

- Augmentar els temps de visita dels serveis sanitaris, principalment en l'atenció a les persones que pateixen algun problema de salut mental.
- Determinar grups de risc i realitzar programes i recursos específics, així com el perfil d'usuaris per a cada recurs.
- Reconeixement del projecte de vida de les persones usuàries, amb atenció individualitzada, integral i holística, superant programes estandaritzats que no sempre tenen en compte els objectius de la persona ni la seva trajectòria de vida. Continuitat i coherència en l'atenció i entre els diferents dispositius. Oferir expectatives reals i no fictícies.
- Agrupar la informació en una història o expedient únic informatitzat i compartit, que asseguri la confidencialitat de dades, però que permeti una agilització de l'atenció. Creació de la figura gestora de casos. Normalitzar la informació de salut al professional social de referència.
- Elaborar un mapa interdepartamental de recursos socials i sanitaris compartit amb treball, habitatge i educació que permeti línies d'intervenció integrades, amb un referent únic.
- Treball en xarxa. Sistematitzar la coordinació amb canals concrets i definits, des d'un diàleg intersectorial. Implementar canals formals de coordinació amb la creació de la figura responsable de la coordinació. Establiment de protocols de col·laboració, de circuit i d'atenció.
- Unificar criteris en les intervencions, derivacions, avaluacions i utilització dels serveis. Marcar l'encàrrec professional, fixant de manera clara les funcions i tasques. Unificar en un catàleg la cartera de serveis.
- Establir un sistema de qualitat basat en l'avaluació dels serveis, intervencions i professionals, amb òrgans tècnics de seguiment.

- Contemplar la rehabilitació de les persones amb problemes de salut mental des dels serveis mèdics per evitar una visió i enfocament caritatiu. Itineraris de tractaments específics segons els perfils dels usuaris.
- Recolzament i suport als professionals. Reconeixement professional amb condicions laborals adients a la responsabilitat i tasques desenvolupades. Formació per facilitar i potenciar l'especialització.
- Formació dels usuaris d'aquests col·lectius per potenciar les seves capacitats, habilitats i potencialitats. Pactes i incentius a empreses que contractin persones en procés de rehabilitació.
- Programes d'informació i sensibilització social en relació als col·lectius de referència d'aquest informe. L'objectiu és disminuir l'estigma social que la seva situació social i de salut comporta, i evitar la discriminació que pateixen. Fer extensius aquests programes per lluitar contra l'estigma de l'exclusió social.
- Pel que fa a les persones sense llar, són necessaris punts d'administració de medicació i assegurar que les persones d'origen estranger tenen tarja sanitària. També és important tenir en compte disposar de centres socials adaptats als usuaris, a les seves situacions i característiques, i a la seva dignitat. Pisos d'inclusió social i/o recursos de mitja o llarga estada.

No volem acabar aquest informe sense tornar a destacar que una coordinació eficaç i mantinguda, de base estructural, és garantia de millor pràctica, d'estalvi de despesa i de recursos humans i materials, i de millor transferència d'informació.

Si tenim en compte que la pobresa i l'exclusió social tenen causes estructurals, és necessari promulgar polítiques públiques que tinguin, com prioritat, atacar els factors que produeixen desigualtat, amb pràctiques estratègiques, preventives de l'exclusió i que afavoreixin la inclusió social,

amb intervencions multidimensionals (educació, treball, habitatge, salut...), transversals i coordinades. Les entitats que treballen amb persones amb situació o risc d'exclusió social i els serveis de salut han de coordinar les seves actuacions perquè siguin més eficaces en la inclusió de les persones.

És imprescindible que les administracions enforteixin el sistema de serveis socials, universalitzant-los, però de poc serveix que siguin forts si el mateix sistema continua generant bosses d'exclusió social. En aquest sentit, és urgent fer polítiques actives contra els eixos generadors d'exclusió (Gomà i Subirats, 2003: 39) i no modificar les polítiques implementades en cas de canvis de govern, tal com assenyalen els usuaris. És necessari vetllar perquè el sistema social (i les polítiques) sigui més just i equitatiu, i asseguri la inclusió de totes les persones. Els serveis sanitaris i socials són actors importants en la inclusió dels col·lectius més desfavorits, en aquest sentit, creiem que és important la *"Creació d'un sistema homogeni de generació d'informació sociosanitària per avaluar les polítiques socials i sanitàries en general i la seva dimensió equitativa"* (Informe FOESSA, 2008: 408).

BIBLIOGRAFIA

Ajuntament de Barcelona (2010) L'atenció a les addiccions s'integra a la xarxa sanitària de tota la ciutat de Barcelona. Nota de premsa. 24 març 2010

Ander-Egg, E. (1983) Técnicas de investigación social. Buenos Aires: Humanitas.

Bartoll X, García-Altés A. (2009) La salut a Barcelona 2008. Barcelona: Agència de Salut Pública.

Benach, J. Muntaner, C. (2005) Aprender a mirar la salud. Cómo la desigualdad social daña nuestra salud. Barcelona: Ediciones de intervención cultural. El Viejo Topo.

Brousse, C. (2009) Becoming and Remaining Homeless: A Breakdown of Social Ties or Difficulties Accessing Housing? a, INSEE (ed.) Économie et Statistique: Special Issue on the Homeless (English version), F2009/06 (Paris: Institut National de la Statistique et des Études Économiques), pp.43-78

Busch-Geertsema, V., Edgar, W., O'Sullivan, E., Pleace, N.; Homelessness and Homeless Policies in Europe: Lessons from Research, (2010) Brussels: Belgian Presidency of the Council of the European Union, Brussels

Comissió Europea

http://www.msc.es/politicaSocial/inclusionSocial/docs/2009_0_plan_nac_accion_inclusion_social_2008_2010.pdf

CSDH (2008) Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Comissions on Social Determinants of Health. Geneve: World Health Organization.

Dahlgren G, Whitehead M. (1991) Policies and strategies to promote equity in health. Copenhagen: World Health Organisation.

Departament d'Acció Social i Ciutadania (2010) Pla de qualitat dels serveis socials de Catalunya 2010-2013. Generalitat de Catalunya.

http://www20.gencat.cat/docs/dasc/03Ambits%20tematics/15Serveissocials/Pla_Estrategic_Serveis_Socials/04_pla_de_qualitat_SS_Catalunya_2010-13/documents/pla_qualitat.pdf

Departament d'Acció Social i Ciutadania (2010) Pla director de recerca i innovació en serveis socials 2010-2013. Generalitat de Catalunya, Talència. Catalunya Recerca.

http://www20.gencat.cat/docs/dasc/03Ambits%20tematics/15Serveissocials/Recerca_i_innovacio/Pla%20director%20de%20recerca%20i%20innovacio%20en%20serveis%20socials/pdriss.pdf

Departament d'Acció social i Ciutadania (2010) Pla de Qualitat de Serveis Socials de Catalunya 2010-2013. Generalitat de Catalunya.

http://www20.gencat.cat/docs/dasc/03Ambits%20tematics/15Serveissocials/Pla_Estrategic_Serveis_Socials/04_pla_de_qualitat_SS_Catalunya_2010-13/documents/pla_qualitat.pdf

Departament d'Acció social i ciutadania (2008) Pla de suport al Tercer Sector Social 2008-2010. Generalitat de Catalunya

http://www20.gencat.cat/docs/dasc/03Ambits%20tematics/15Serveissocials/Support_tercer_sector_social/Documents/plasuporttercersectorsocial08-10.pdf

Departament d'Acció Social i ciutadania (2007) Llei de 12/2007 de Serveis Socials. Generalitat de Catalunya.

<http://www.gencat.cat/eadop/imatges/4990/07284064.pdf>

Estébanez, P (ed). (2002) Exclusión social y salud. Balance y perspectivas. Barcelona: Icaria Editorial, S.A.

Fernández, E.; Schiaffino, A.; García, M.; Les desigualtats en l'estat de salut i la malaltia, a Borrel, C., Benach, J., coords.; Evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya, (2005) Barcelona: Ed. Fundació Jaume Bofill, col·lecció Polítiques

Fichter, M. M., Quadflieg, N. (2003) Course of Alcoholism in Homeless Men in Munich, Germany: Results from a Prospective Longitudinal Study Based on a Representative Sample, Substance Use & Misuse 38(3/6), pp.395-427

Fichter, M., Quadflieg, N. (1999) Alcoholism in Homeless Men in the Mid-Nineties: Results from the Bavarian Public Health Study on Homelessness, *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience* 249(1), pp.34–44

Fundación FOESSA (2008) VI Informe sobre exclusión y desarrollo social en España 2008. Madrid; Fundación FOESSA, Cáritas Española Ediciones.

Fundación Luís Vives (2006) Informe anual sobre la Vulnerabilitat Social, any 2006. www.fundacionluisvives.org/upload/61/33/guia_pobresa_exclusion_catalan
[darrera consulta: maig 2010]

Generalitat de Catalunya (2010) Pla d'acció social per a la inclusió i la cohesió social a Catalunya, 2010-2013. http://www20.gencat.cat/docs/dasc/03Ambits%20tematics/06Inclusioicohesiosocial/Pla_inclusio_cohesio/documents/10_08_31_pla_accio_inclusio_2010_2013.pdf

Generalitat de Catalunya. (2007) LLEI 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials de Catalunya. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. DOGC núm. http://www.gencat.cat/eadop/imatges/4990/07284064.pdf990_18/10/2007

Gill, B., Meltzer, H., Hinds, K. and Petticrew, M. (1996) OPCS Surveys of Psychiatric Morbidity in Great Britain: Report 7: Psychiatric Morbidity among Homeless People. (London: HMSO)

Gomà, R. i Subirats, J. (direcció) (2003) Un paso más hacia la inclusión social. Generación de conocimiento, políticas y prácticas para la inclusión social. Institut de Govern i Polítiques Públiques. Universitat Autònoma de Barcelona. Madrid: Plataforma de ONGs de Acció Social.

Guía Metodológica de la Participación Social de las personas en situación de pobreza y exclusión social. European Anti Poverty Network. EAPN ESPAÑA

Idescat.cat. <http://www.idescat.cat/treball/epa>. Dades del Tercer trimestre de 2010.

Instituto Nacional de Estadística (2010). Notas de Prensa. Encuesta de Condiciones de Vida. Año 2010. Datos provisionales.

Jansà, J.M. Sànchez, M., Borrell, C. i altres (1999). "La salut de la població sense sostre a la ciutat de Barcelona". Barcelona Societat, 10:46-55. Ajuntament de Barcelona.

<http://w3.bcn.es/fixers/acciosocial/barcelonasocietat10completa.128.pdf>

Judt, T. (2010) El món no se'n surt. Un tractat sobre els malestars del present. Barcelona: Editorial la Magrana, RNA Llibres, S.A.

Keane, M. (2006) Homelessness and Drug Misuse: A Continuing Challenge for Service Providers, *Drugnet Ireland* 18, pp.8-9

Lempens, A., Van de Mheen, D., Barendregt, C. (2003) Homeless Drug Users in Rotterdam, the Netherlands: Profile, Way of Life, and the Need for Assistance, *Substance Use & Misuse* 38(3/6), pp.339-75

March, J. C., Oveido-Joekes, E., Romero, M. (2006) Drugs and Social Exclusion in Ten European Cities, *European Addiction Research* 12(1), pp.33-41

Marí-Klose, P. (dir) (2009) Informe de la Inclusió Social a Espanya 2009. Barcelona: Fundació Caixa Catalunya - Obra Social. Observatori de la Inclusió social.

Muñoz, M., Vázquez, J.J., Panadero, S. i Vázquez, C. (2003). "Características de las personas sin hogar a Espanya: 30 años de estudios empíricos". *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, vol. 3 (2): 100- 117.

Muñoz, M., Vázquez, C. i Creuat, J. (1995). *Personas sin hogar en Madrid. Informe Psicosocial y Epidemiológico*. Madrid: Departamento de Psicología. Universidad Complutense.

Pärna, K., Lang, K., Raju, K. Väli, M., McKee M. (2007) A rapid situation assessment of the market for surrogate and illegal alcohols in Tallinn, Estonia, *International Journal of Public Health* 52(6) pp, 402-410

Pascual, J. C., Malagón, A., Arcega, A., Gines, J. M., Navinés, R., Gurrea, A., Garcia-Ribera, C. and Bulbena, A. (2008) Utilization of Psychiatric Emergency Services by Homeless Persons in Spain, *General Hospital Psychiatry* 30(1), pp.14-19

Plan extraordinario de fomento de la inclusión social y la lucha contra la pobreza en el año 2010. Madrid 26 de febrero de 2010

<http://www.feafes.com/NR/rdonlyres/63249055-530C-434D-8372C610E1651C9A/32753/PlanExtraordinariodeFomentodelaInclusinSocial2010.pdf>

Presidencia Española EU (2010) Plan extraordinario de fomento de la inclusión social y la lucha contra la pobreza en el año 2010. Gobierno de España.

http://www.mtin.es/es/sec_trabajo/autonomos/economia-soc/NoticiasDoc/NoticiasPortada/Plan_Ext_inclusi_xn_Socia_y_Lucha_contra_Pobrez_a.pdf

Rubiol, Gloria Los servicios sociales I. Organización y funcionamiento en Gran Bretaña, Yugoslavia, Israel y los Países Bajos. Madrid: Congreso general de Colegios Oficiales de Diplomados de Trabajo Social y Asistentes Sociales, 1985.

Sarasa, S. Sales, A. (2009) Itineraris i factors d'exclusió social. Barcelona: Ajuntament de Barcelona.

Secretaría de Estado de política social (2008) Plan nacional de acción para la inclusión social del reino de España 2008-2010. Ministerio de educación, política social y deporte.

http://www.msc.es/politicaSocial/inclusionSocial/docs/2009_0_plan_nac_accion_inclusion_social_2008_2010.pdf

Stax, T. B. (2003) Estimating the Use of Illegal Drugs among Homeless People Using Shelters in Denmark, Substance Use & Misuse 38(3/6), pp.443-62

Taula d'entitats del Tercer Sector Social a Catalunya (2009). Anuari 2009 del Tercer Sector de Catalunya.

Uribe, J. Roca, N. (2010) Quan no hi ha una llar. Diagnòstic de la situació de les persones sense llar a Barcelona, 2008-2011. Esplugues: Fundació Sant Joan de Déu.

www.bcn.es/barcelonainclusiva/2jornadaxarxasensesostre/.../joan_uribe_2.pdf

Uribe, J. Alonso, S. (2009) Les persones en situació de sense llar de Barcelona: perfils, estat de salut i atenció sanitària. Barcelona: Fundació Jaume Bofill.

Van Laere, I., De Wit, M. A., Klazinga, N. (2009) Pathways into Homelessness: Recently Homeless Adults Problems and Service Use Before and After Becoming Homeless in Amsterdam, BMC Public Health 9(1), pp.3–11

Van Laere, I., De Wit, M. A., Klazinga, N. (2009) Shelter Based Convalescence for Homeless Adults in Amsterdam, British Medical Council Health Services Research 9, p.208

World Health Organization (2009) Women and health. Today's evidence tomorrow's agenda. Geneva: World Health Organization.

2010. European Consultation of homeless people (2010), European Consensus Conference on Homelessness, Belgian Presidency of the Council of the European Union, Brussels