



Universitat
de Barcelona

TREBALL
FINAL DE
GRAU 2013-
2014

INTERVENCIÓ EN SALUT AMB PERSONES SENSE LLAR



AUTORA: JESSICA SANCHEZ MARTÍN
TUTOR: MANUEL AGUILAR HENDRICKSON
GRAU DE TREBALL SOCIAL DE LA
UNIVERSITAT DE BARCELONA
TREBALL FINAL DE GRAU 2013-2014

TOTAL DE PARAULES DEL TREBALL	
Total de paraules del treball	30.389
Total de paraules dels annexes	1.523
TOTAL	31.912

AGRAÏMENTS:

Vull començar aquests agraïments dirigint-me als protagonistes del estudi, les persones sense llar, que són els que han permès que es pugui portar a terme aquesta recerca.

Als professionals que hi han participat, a la Marta Corachan, a l'Alicia, l'Enric, el Miquel i la Itziar, gràcies.

A la Fundació Arrels, l'Associació Ciutadana Anti-Sida de Catalunya i la Creu Roja, agrair la seva participació.

Als professors Manuel Aguilar, Virgínia Matulic i Marta Llobet, gràcies.

Per últim, vull agrair a totes aquelles persones que han estat al meu costat dia a dia, i que m'han donat suport durant aquest 4 anys de Grau, especialment a la meua parella, el Jordi, ja que ell va ser qui em va animar a estudiar Treball Social.

INDEX	Pàgina
0. Resum	7
1. Introducció	9
2. Marc teòric	11
2.1 El sensellarisme com a problema social i de salut	11
2.1.1. Què és el sensellarisme?	11
2.1.1.1. Definició	11
2.1.1.2. Causes	14
2.1.2. Sensellarisme a Barcelona	15
2.1.2.1. Xifres	16
2.1.2.2. Perfil	17
2.1.3. Problemes de salut de les PSLL	17
2.1.3.1. Definició de salut	18
2.1.3.2. Dret a la salut	18
2.1.3.3. Problemes específics de salut de les PSLL	20
2.1.3.4. Percepció subjectiva de la salut	26
2.1.3.5. Accés a la sanitat	28
2.1.3.5.1. Accés al Sistema Nacional de Salut	28
2.1.3.5.2. Accés al Cat Salut	29
2.1.3.5.2. Dificultats d'accés a la sanitat	29
2.2 Resposta als problemes de les PSLL	33
2.2.1. Intervencions amb les PSLL	33
2.2.1.1. L'Atenció a Barcelona	33
2.2.1.2. Circuit d'atenció	34
2.2.1.3. Intervencions a altres llocs	36
2.2.1.3.1. Model Housing First	36
2.2.1.3.2. Treball Social de carrer	39
2.2.1.3.2.1. Model Infirmiers de Rue	41
2.2.2. Intervencions en relació a la salut	41
2.2.2.1. Treball social a l'àmbit sanitari	42
2.2.2.2. Intervenció salut en persones sense llar	44
3. Metodologia	48
3.1. Tipus de metodologia	48
3.2. Disseny i fases de l'estudi	50
3.3. Pla de treball i cronograma	52

3.4. Consideracions ètiques i legals	53
4. Resultats i discussió	54
4.1. Resultats	54
4.2. Discussió	73
5. Conclusions i recomanacions	91
5.1. Conclusions	91
5.2. Recomanacions	94
6. Bibliografia	96
7. Annexes	101
7.1 Annex 1: Model entrevista PSL	101
7.2 Annex 2: Entrevista professional urgències	103
7.3 Annex 3: Entrevista professional Creu Roja	104
7.4 Annex 4: Consentiment informat per gravació entrevista	105
7.5 Annex 5: Dades dels participants	107
7.6 Annex 6: Servei d'Inserció Social	109

INDEX DE TAULES **Pàgina**

2.1 Classificació ETHOS	13
2.2 Factors de risc	14
2.3 Nombre de PSLL a la ciutat de Barcelona (2008, 2011 i 2013)	16
2.4 Barreres en salut de les PSLL	24
2.5 PSLL per percepció subjectiva de l'estat de salut i sexe (2012)	26
2.6 Model Housing First	28
3.1 Cronograma	52

INDEX DE FIGURES **Pàgina**

2.1 Circuit i recursos d'atenció persones en situació d'exclusió social	35
2.2 Model d'intervenció segons Cabrera i Rubio (2008)	36

0. RESUM

Les persones sense llar (PSLL), degut a les seves condicions de vida, presenten problemes específics de salut, que cal abordar des del treball social. Aquestes problemàtiques són conseqüència de la pròpia situació d'exclusió dels individus.

L'objectiu principal d'aquesta recerca és identificar les problemàtiques de salut, tant pel que fa a les malalties, com a l'accés a l'atenció sanitària i als productes farmacèutics, i analitzar la resposta que dona el treball social.

S'han utilitzat tècniques qualitatives, per tal de poder aprofundir en les experiències personals dels nostres protagonistes. S'han realitzat diferents entrevistes a persones afectades i a professionals, per poder relacionar la informació obtinguda, amb el marc teòric.

Els resultats mostren com les PSLL tenen un alt risc de patir certes malalties. El més significatiu d'aquesta recerca és la percepció subjectiva de les persones afectades, ja que la seva autopercepció de l'estat de salut, és ben diferent de les que tenen una vida normalitzada. Cal fer especial èmfasi a aquesta manca de consciència de malaltia, ja que és una de les barreres que impedeixen que les PSLL, facin un seguiment mèdic correcte i els tractaments farmacològics adients. Aquest és un element clau, per entendre la prevalença i la cronicitat de certes malalties.

L'actuació del treball social davant d'aquest tipus de problemàtiques, no acaba de ser gaire efectiva. La manca de recursos i de professionals impedeix que es puguin portar a terme intervencions adequades, ja que es necessitaria d'un seguiment estable amb les persones, i d'uns recursos socio-sanitaris adequats que permetin una atenció conjunta, tant social com sanitària.

Si les PSLL, no perceben els seus problemes, mai faran demandes, per tant, s'aposta per un treball social de carrer. El treball proactiu dels professionals socials serà clau per realitzar un pla de treball que porti l'intervenció a l'èxit.

Paraules clau: persones sense llar, salut, treball social, autopercepció, estratègies, intervenció.

ABSTRACT

Homeless people, due to their living conditions, have specific health problems that need to be addressed from the social work. These problems are the result of their own marginalized individuals.

The main objective of this research is to identify health problems, both in terms of diseases, such as access to health care and pharmaceuticals, and analyze the response given by social work.

We have used qualitative techniques, in order to delve into the personal experiences of our protagonists. We have performed several interviews with affected people and professionals to relate the information obtained with the theoretical framework.

The results showed how homeless people have a high risk for certain diseases. The most significant of this research is the subjective perception of those affected, as the self-perception of health status, is quite different from those who have a normal life. It has to be paid special attention to this lack of disease awareness, which is one of the barriers that prevent homeless people from making proper medical supervision and appropriate drug treatments. This is a key to understand the prevalence and chronicity of certain diseases.

The performance of social work in front of such problems, it wasn't too effective so far. Lack of resources and professionals does not allow carrying out appropriate interventions, as they require a stable track on people and resources that enable appropriate social and health joint attention.

If homeless people do not perceive their own problems, they will never make any demands, therefore, we are committed to a social street work. Proactive social work professionals will be key to perform a work plan to bring intervention to success.

Keywords: homelessness, health, social work, perception, strategies, intervention.

1. INTRODUCCIÓ

La present investigació s'ha realitzat en el marc de l'assignatura de Treball Final de Grau. La finalitat d'aquesta, és mostrar els problemes en relació a la salut, que pateixen les PSLL i quina és la resposta que es dona des del treball social.

El sensellarisme és un fenomen emergent, que ha augmentat en el països desenvolupats, durant els últims vint anys. A Barcelona, aquest augment ha coincidit amb l'actual situació de crisi econòmica i amb l'època de més retallades socials, entre elles les d'educació, sanitat i serveis socials. Aquestes retallades afecten a tota la ciutadania, però sens dubte, tenen un impacte més gran sobre aquelles persones que es troben al marge de l'exclusió social i residencial. La intersecció de factors socials, de biografies personals i la presència de trastorns de salut, fa que l'atenció a aquest sector poblacional, sigui especialment complex.

Un dels beneficis d'aquesta recerca és l'aproximació a una visió més personal de l'experiència d'aquestes persones, en front a les problemàtiques de salut, ja que pensem que la subjectivitat també és una gran font de coneixement.

L'objectiu principal d'aquesta investigació és doncs, conèixer els problemes específics de salut de les PSLL de la ciutat de Barcelona, i la resposta que dona el Treball Social a aquestes problemàtiques. Per aconseguir aquest objectiu general, caldrà complir amb els següents objectius específics:

1. Identificar els problemes específics de salut de les persones en situació sense llar de la ciutat de Barcelona
2. Conèixer les problemàtiques que fan referència a l'accés a la salut per les persones en situació sense llar de la ciutat de Barcelona.
3. Analitzar la vivència subjectiva de les persones en situació sense llar entrevistades en relació al seu estat de salut.
4. Identificar les estratègies que utilitzen les persones en situació sense llar per accedir a la sanitat.
5. Conèixer les intervencions que es fan des del Treball Social en relació a aquestes problemàtiques.

Aquest projecte també pretén identificar les fortaleeses i mancances de la resposta sanitària i social, davant aquests problemes.

Pel que fa al Treball Social, el projecte no només vol conèixer quines són les intervencions i les estratègies que es segueixen des de les diferents entitats i els diferents professionals, sinó també, vol incidir en la millora d'aquestes accions.

S'han utilitzat tècniques qualitatives per la investigació. L'anàlisi està basat en 3 tipus d'eines: en primer lloc, la observació participant, degut, principalment, a la meua experiència com a voluntària de la Fundació Arrels, fet que m'ha permès conèixer en primera persona el col·lectiu de les PSLL i les seves problemàtiques. En segon lloc, s'han realitzat entrevistes en profunditat a persones que han viscut o viuen, als marges de l'exclusió social. Per últim, s'han fet entrevistes a diferents experts, que ens han explicat les seves intervencions i opinions sobre el tema que estem estudiant.

Un cop realitzat el treball de camp, i transcrites les entrevistes de forma literal, s'ha fet un anàlisi de les dades recollides, on es destaca la informació més important en base als objectius marcats. Aquestes dades són el resultat de la nostra investigació. Posteriorment, s'arriba a la part més complexa de la recerca, la discussió. En ella, s'han interpretat els resultats i s'han afegit elements crítics, per tal de mostrar tots els coneixements i competències adquirides durant aquests 4 anys de Grau.

Per últim, s'ha realitzat un apartat de conclusions i recomanacions, on s'intenta donar resposta a les qüestions plantejades durant tota la investigació.

2. MARC TEÒRIC

2.1 El sensellarisme com a problema social i de salut

En primer lloc, es presenten les dades més rellevants sobre el sensellarisme, com a problema social i de salut. Per entendre la dimensió del problema es veu la necessitat de definir el sensellarisme i conèixer les causes, el perfil i les xifres, a la ciutat de Barcelona. En segon lloc, es definirà el concepte de salut, s'abordarà el dret a la salut i s'exposaran els principals problemes de salut que pateixen les PSLL.

2.1.1. Què és el sensellarisme?

Per introduir-nos en el món de les PSLL, començarem per situar-nos en aquesta realitat, definir el concepte i explicar les causes.

2.1.1.1 Definició

Una de les formes més extremes d'exclusió social són les persones que no tenen una llar i que per tant, han de viure al carrer.

L'exclusió social, segons Ander-Egg (1995), fa referència al procés social de separació d'un individu o grup respecte a les possibilitats laborals, econòmiques, polítiques i culturals, a les que altres persones hi tenen accés i gaudeixen. També es defineix per l'acumulació de factors i dèficits socials que s'entrellacen i es retroalimenten (Darnell, 2009).

Les fases d'aquest tipus d'exclusió són les següents (García, 2001):

- ✓ 1era Fase: fragilitat, precarietat o augment de la vulnerabilitat dels subjectes.
- ✓ 2on Fase: Incapacitat de respondre sense l'ajuda de l'assistència o institucionalització.
- ✓ 3era Fase: Ruptura total dels ponts amb la vida social, familiar o laboral, situant-te en la marginalitat més extrema.

L'exclusió social, per tant, posa de manifest les dificultats integradores de les nostres societats occidentals, i la fragilitat dels estats de benestar.

FEANTSA¹ (Federació Europea d'Associacions de Persones Sense Sostre) defineix la PSLL com aquell individu que no pot accedir o conservar un allotjament adequat, adaptat a la seva situació personal, permanent i que proporcioni un marc estable de convivència, bé sigui per la manca de recursos econòmics, bé sigui per les dificultats personals o socials per portar una vida autònoma. Les PSLL, per tant, són la cara més dolorosa i extrema de l'exclusió social. Ells representen la pobresa, la vulnerabilitat i la manca d'afiliació en el nostre món. (Cabré, Gómez i Sánchez, 2000)

Cal destacar també la classificació que fa FEANTSA en relació a les situacions de privació d'habitatge. Aquesta permet identificar diferents intensitats d'exclusió i trencar amb la distinció clàssica entre la societat majoritària que disposa d'un sostre i les persones que pernocten al carrer o en albergs. (Sales, 2013)

La tipologia de situacions, anomenada ETHOS (*European Typology of Homelessness and Housing Exclusion*) planteja que l'accés a l'habitatge té tres dimensions: des del punt de vista físic, social i jurídic. En funció de les condicions d'habitabilitat que té l'espai on viu una persona, la vida social i privada que permeti el règim legal d'utilització de l'allotjament, es defineixen quatre situacions o categories.

Com afirmen Cabrera i Rubio (2008), aquesta tipologia ens ajuda a entendre el tipus d'intervenció a desenvolupar dintre d'un continu de situacions, que precisen d'una resposta diferencial i adaptada a cada cas.

A continuació es presenta el quadre on es classifiquen i s'expliquen les diferents tipologies d'allotjament.

¹ FEANTSA és una organització no governamental, creada el 1989, que agrupa més de 50 associacions, que treballen amb les persones sense sostre. L'objectiu de la federació és, a llarg termini, aconseguir la reducció i l'eliminació de la manca d'habitatge a Europa. Entre les seves iniciatives figura l'Observatori Europeu de les Persones Sense Sostre, un projecte d'investigació iniciat el 1991 i que opera a través d'una xarxa de corresponsals a cada país membre de la Unió Europea. Cada any, l'Observatori publica diversos informes sobre les persones sense sostre i la manca d'habitatge, a escala nacional i transnacional.

Taula 2.1. Classificació ETHOS

Situació	Categoria conceptual	Categoria operativa	Tipus d'allotjament
		Persones vivint al ras	Espai públic o exterior
	Sense sostre	Persones que passen la nit en albergs per a persones sense llar	Refugi nocturn
		Persones que viuen en equipaments per a persones sense llar	Llars i albergs per a persones sense llar. Centres d'estada limitada. Allotjaments amb suport per moments de transició
Sense llar		Persones que viuen en refugis per a dones	Refugis per a dones
	Sense habitatge	Persones que viuen en equipaments residencials per a immigrants	Centres de recepció o d'allotjament temporal Allotjaments per a treballadors immigrants
		Persones en procés de sortida d'institucions	Centres penitenciaris .Institucions de tractament mèdic. Cases d'acollida per a infants i joves
		Persones que reben suport de llarga durada (per haver estat sense llar)	Residències per a persones grans que han passat per situació de sense llar. Centres residencials amb suport per a persones que han passat per situació de sense llar
		Persones que viuen en un allotjament insegur	Amb amics o familiars .Relloguer. Ocupació il·legal d'immobles
	Habitatge insegur	Persones que viuen sota amenaça de desnonament	En procés de desallotjament per impagament del lloguer . En procés d'execució hipotecària
Exclusió de l'habitatge		Persones que viuen sota amenaça de violència	Llars amb antecedents de violència domèstica o amb denúncies interposades a la policia
		Persones que viuen en estructures "no convencionals" i temporals	"Mobile homes", caravanes Edificació "no convencional". Estructures temporals
	Habitatge inadequat	Persones que viuen en habitatges insalubres	Habitatges no adequats per la vida quotidiana
		Persones que viuen en situació d'hacinament	Habitatges ocupats fins a condicions d'hacinament

Font: FEANTSA

2.1.1.2 Causes

El sensellarisme, com a forma d'exclusió residencial, és un fenomen que va més enllà de quedar-se sense llar; és conseqüència i alhora causa de processos d'exclusió social. Segons el Comitè Econòmic i social Europeu sobre "el problema de les PSL" s'identifiquen 5 tipus de factors que incideixen directament sobre les possibilitats que té una persona de caure a l'exclusió social (Sales, 2013), i són els següents:

- Factors estructurals
- Factors institucionals
- Factors relacionals
- Factors personals
- La discriminació

Aquests factors incrementaran o disminuiran les possibilitats que una persona es quedi en situació de sense llar. A continuació la taula que descriu aquests factors:

Taula 2.2. Factors de risc

ÀMBIT	FACTOR DE RISC	DESENCADENANT
Estructural	Processos econòmics de pobresa.	Endarreriment en el pagament de lloguer o hipoteca Desnonament de la pròpia llar. Pèrdua d'allotjament.
	Mercat de l'habitatge.	Canvi de lloc de recerca de feina.
	Protecció social.	Arribada a un país nou. Canvi d'estatus legal o situació administrativa. Impossibilitat d'accés a una llar assequible.
	Immigració i drets de la ciutadania.	Impossibilitat d'accés a protecció social.
Institucional	Escassetat de serveis adequats o falta de	Interrupció del suport institucional o no

	<p>coordinació entre els serveis existents per conèixer les necessitats i demandes apropiadament. Mecanismes d'assignació de recursos.</p> <p>Institucionalització Procediments administratius relacionats amb la institucionalització</p>	<p>adequació a necessitats emergents.</p> <p>Alliberament després de l'empresonament.</p> <p>Perdre l'habitatge després d'entrar a viure en una institució.</p>
Relacional	<p>Situació de la família. Relació amb la família Ruptures</p>	<p>Deixar la llar familiar. Violència domèstica. Viure sol.</p>
Personal	<p>Diversitat funcional, malalties cròniques, malalties mentals. Baix nivell d'instrucció i capacitació professional Addiccions</p>	<p>Aparició d'una malaltia o recaiguda. Desaparició del suport extern o problemes d'accés a xarxes de suport. Recaiguda o increment en l'abús d'alguna substància addictiva.</p>

Font: European Review of Statistics on Homelessness, 2010

Totes aquestes variables sumades a les experiències vitals de cada persona, són els motius que poden portar cap a situacions d'exclusió social i residencial. No obstant, allò que condueix a una situació sense llar no és un únic esdeveniment sinó la convergència i la interacció d'alguns o molts d'aquests factors. (Tejero i Torrabadella, 2005)

2.1.2. Sensellarisme a Barcelona

Per entendre la problemàtica concreta de les PSLL, primer hem de fer una mirada a les xifres i al perfil d'aquest col·lectiu, a la ciutat de Barcelona.

2.1.2.1 Xifres

Des de que s'estudia l'exclusió residencial a Barcelona, s'han utilitzat dues formes per conèixer l'estimació del nombre de persones que viuen als carrers de la ciutat. La primera són els recomptes nocturns (realitzats al 2008 i al 2011), i la segona, els informes que el Servei d'Inserció Social (SIS) realitza de les seves intervencions i que recullen el nombre i les característiques de les PSLL. (Sales, 2013). A continuació es presenten les dades actualitzades:

Taula 2.3. Nombre de PSLL a Barcelona, 2008, 2011, 2013.

	2008	2008	2011	2011	2013	
	Recompte nocturn 1 març 2008	Estimació del SIS	Recompte nocturn 8 novembre 2011	Estimació SIS	Estimació SIS	Variació 2008-2013 %
Recompte de carrer, detecció SIS	658	562	838	726	870	54,8%
Assentaments (segons SIS)	265	265	595	595	595	124,5%
Persones allotjades en recursos residencials de la XAPLL	1190	1190	1258	1258	1468	23,4%
Total PSLL	2113	2017	2791	2679	2933	45,4%

Fonts: Recomptes realitzats per la XAPSLL. Registres i informes del SIS (Sales, 2013)

Es pot observar en aquesta taula un increment continu de PSLL, tant en els recomptes nocturns, com en les estimacions del SIS. No obstant, cal assenyalar, que les seves condicions de vida, la seva invisibilitat administrativa i la seva mobilitat territorial, fan molt difícil establir un registre representatiu de dades. (Tejero i Torrabadella, 2005)

Aquest increment del nombre de PSLL a les grans ciutats, en aquest cas Barcelona, ens alerten d'unes profundes desigualtats i visualitzen un fenomen extensible als sectors més vulnerables socialment, entre ells les persones immigrants que estan fora del sistema productiu (Marí- Klose citat per Matulic, 2010).

2.1.2.2. Perfil

Les dades i informació de què disposem sobre les PSLL són insuficients, limitades o parcials i molt localitzades en l'espai i el temps, la qual cosa dificulta conèixer el seu perfil sociodemogràfic (Uribe i Alonso, 2009).

Segons Uribe i Alonso (2009), en els darrers anys del segle XX la majoria de les PSLL encara eren nascudes a Espanya. Progressivament, aquest col·lectiu d'origen immigrant no espanyol, augmentava percentualment a la ciutat de Barcelona de manera vertiginosa. Actualment, les persones immigrants són majoria entre la població sense llar. La població immigrant ha passat a tenir pes majoritari, seguida de les persones originàries del municipi de Barcelona, les de la resta de l'Estat espanyol i, finalment, les persones oriündes de Catalunya no barcelonines.

Matulic (2010), ens explica aquest fet, argumentant que a Barcelona les transformacions econòmiques i demogràfiques dels últims anys han estat radicals. L'autora afirma que això ha creat noves formes de vulnerabilitat degut a diferents motius: les formes de solidaritat comunitària i les xarxes de suport són cada cop més febles, hi ha un major cost de la vida i també més dificultats d'utilitzar estratègies d'autoabastiment i autoajuda. Aquesta manca de recursos econòmics es transformen en una manca de béns i serveis necessaris.

2.1.3 Problemes de salut de les PSLL

Una de les formes més descarnades en les quals s'expressa la desigualtat social, és a través dels problemes de salut. La relació causa efecte entre el viure sense llar i la salut, és complexa. D'una banda, es constata que determinats atributs de mala salut incrementen la probabilitat de no disposar d'una llar. D'altra banda, és innegable que el viure en determinades condicions de manca de comoditat i salubritat, provoca l'aparició de determinats trastorns. (Generalitat de Catalunya, 2010)

Abans d'endinsar-nos en aquesta realitat tan complexa, primer, definirem el concepte de salut i explicarem el dret a la salut. En l'últim punt d'aquest apartat, passarem a concretar quins són els problemes de salut que tenen més prevalença entre el col·lectiu de PSSL.

2.1.3.1. Definició de salut

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) defineix la salut com l'estat complet de benestar físic, mental i social i no només com l'absència d'afeccions o malaltia. Per Demetrio Casado (2005, p. 54) hi ha una altra definició més propera, la dels metges i biòlegs de llengua catalana, que diu que *“la salut és aquella manera de viure que és autònoma, solidària i joiosa”*.

Pel que fa al concepte de desigualtat en la salut, aquest fa referència a les diferents oportunitats i recursos relacionats amb la salut, que tenen les persones segons la classe social, el gènere, l'ètnia, l'educació i les condicions socials del lloc on viuen o treballen (Uribe i Alonso, 2009).

Aquestes definicions ens mostren clarament com la salut és alguna cosa més que l'absència de malaltia, per tant, el sistema sanitari hauria de contribuir a la millora o increment de la salut i a la seva protecció o preservació. Les intervencions preventives haurien d'anar també acompanyades d'altres que fossin estimulades i facilitades des dels serveis col·lectius de salut pública i en general, des de les polítiques socials de benestar social. La relació entre salut i benestar és doncs molt estreta. (Casado, 2005).

Pel que fa al col·lectiu de les PSSL, Cabrera (1998) afirma que ha existit sempre una tendència a presentar com a causa del sensellarisme, la major presència relativa a trastorns mentals i al abús de substàncies tòxiques, però segons l'autor es tracta d'un enfocament exagerat, ja que el problema de les PSSL és molt més complex, com hem pogut comprovar amb anterioritat.

2.1.3.2. Dret a la salut

La majoria de països de la Unió Europea reconeix el dret a la salut com un bé universal. La realitat, però, és que no totes les persones d'un país determinat,

competeixen en igualtat de condicions, ni tenen les mateixes possibilitats per accedir als serveis sanitaris. (Uribe i Alonso, 2009)

Centrant-nos en l'Estat Espanyol, caldria fer un repàs a l'evolució històrica en l'àmbit sanitari, per entendre com es va aconseguir el dret a la salut. A partir dels anys 90 es va estendre la cobertura sanitària a la pràctica totalitat dels ciutadans espanyols. La llei general de la sanitat, implicava la universalització de la cobertura sanitària als ciutadans espanyols. Amb l'aprovació de la Llei de Protecció del menor del 1996 les dones embarassades i els menors aconseguien l'accés al SNS en les mateixes condicions que els ciutadans espanyols.

A l'any 1999 es comença a parlar sobre la cobertura sanitària dels immigrants indocumentats. La pressió de les entitats socials perquè aquest col·lectiu pogués accedir al SNS va donar fruits amb la Llei 4/2000. Aquesta nova llei va representar una expansió de la cobertura sanitària a totes les persones residents a l'Estat Espanyol, que tinguessin falta de recursos per sufragar les despeses de la seva atenció sanitària.

D'acord amb el principi de descentralització territorial, s'inicia a l'any 1981 el traspàs de competències en matèria d'assistència sanitària de la Seguretat Social, a les Comunitats Autònomes, fet que es culmina a l'any 2001.

A l'any 2003 s'aprova la Llei 16/2003 de Cohesió i Qualitat del SNS, que pretén assegurar la coordinació entre les CCAA i tracta els següents temes: prestacions, cartera de serveis, medicacions, educació sanitària.

A l'any 2004 amb el Reial Decret 183/2004, es diu que són les CCAA les encarregades d'expedir les targetes sanitàries individuals (TSI), a "*les persones residents en el seu àmbit territorial que tinguin acreditat el dret*".

Per últim, arribem a la última reforma sanitària, amb el reial Decret Llei 16/2012, de mesures urgents per garantir la sostenibilitat del sistema Nacional de Salut i millorar la qualitat i seguretat de les seves prestacions. Aquesta última reforma implica canvis substancials de la legislació anterior i restriccions en l'accés a la sanitat a múltiples col·lectius.

2.1.3.3. Problemes específics salut de les PSSL

Les PSSL, en ocupar les posicions socials més desfavorables, estan socialment i individualment exposades a adoptar estils de vida amb més riscos per a la salut, que les persones que tenen millors condicions i que, per tant, ocupen posicions més favorables. (Uribe i Alonso, 2009)

Així doncs, els desavantatges econòmics i socials no sols es manifesten en mancances materials, sinó que estan relacionats amb comportaments de risc, hàbits, estils de vida i factors psicològics. (Fundació Caixa Catalunya, 2009). A més, l'accés limitat a l'atenció sanitària pot fer empitjorar la situació. És per això, que la salut de les PSSL és habitualment pitjor que la de la població general.

Cabrera (1998) ens recorda la importància d'estudiar els problemes de salut física de les PSSL, ja que aquests poden donar lloc a una major exposició a contraure determinades malalties i a viure situacions incapacitants, de salut mental o psicològica, o de toxicomanies. En el seu estudi amb les persones sense llar de Madrid, Cabrera (1998, p. 346) destacava com a principals problemes de salut els següents:

- ✓ Malalties mentals
- ✓ Malalties cròniques
- ✓ Problemes d'addiccions
- ✓ Problemes de pell
- ✓ Malalties respiratòries (tuberculosi i pneumònia)

Ja en aquesta època, molt abans de l'actual crisi econòmica, Cabrera evidenciava que *“la quiebra en la gratuidad del sistema público de salud, deja sentir sus efectos, especialmente entre los grupos más excluidos de nuestra sociedad: las personas sin hogar”*. (p. 348)

Altres estudis d'aquella mateixa època (Muñoz i Vázquez, 1998), fan referència a una major prevalença de les següents malalties físiques de les PSSL:

- ✓ Tuberculosi
- ✓ SIDA
- ✓ Problemes circulatoris

- ✓ Problemes respiratoris
- ✓ Problemes locomotors
- ✓ Problemes digestius
- ✓ Problemes del sistema nerviós

Centrant-nos en dades més actuals, el Departament de Salut dels Estats Units (Medline Plus, 2014) afirma que els problemes més comuns de salut de les PSSL inclouen:

- ✓ Problemes de salut mental
- ✓ Problemes d'abús de substàncies
- ✓ La bronquitis i la pneumònia
- ✓ Els problemes causats per estar a l'aire lliure
- ✓ Infeccions de la pell
- ✓ Moltes dones sense llar són víctimes de violència domèstica o sexual.

Per tant, aquestes persones estan generalment més malaltes que les que sí tenen una llar i, a causa del accés restringit als serveis de salut, tenen de tres a quatre vegades més probabilitats de morir prematurament. Aquestes persones experimenten altes taxes d'hipertensió, asma, diabetis, tuberculosi i VIH / SIDA (Health Care of the Homeless, 2014).

Pel que fa referència a les persones immigrants, Uribe i Alonso (2009) afirmen que la vulnerabilitat d'aquest col·lectiu és molt més gran que la de la població no immigrant, i que no hi ha una relació adequada entre cobertura sanitària i malaltia crònica. Es reforça així la idea de que les PSSL, de manera general, afronten situacions de desigualtat en relació a la salut i ús dels serveis, però aquestes desigualtats augmenten encara més, quan es tracta de la població immigrant.

Quins són els factors que determinen aquest vulnerabilitat de la salut de les persones que viuen al carrer? Segons un Informe de Càritas (Potrero i Utrilla, 2002) existeixen principalment 3 condicionants:

- ❖ les condicions de vida de les PSSL produeixen un efecte perjudicial per la salut degut a:

- Dieta deficient
 - Incorrecta acomodació per dormir o descansar
 - Higiene deficient
 - Exposició a inclemències meteorològiques
 - Debilitament general
 - Exposició a focus d'infecció.
- ❖ La situació de carrer obstaculitza l'administració de cures sanitàries adequades:
- Manca d'habitatge
 - Díficil seguiment de prescripcions o cures mèdiques
 - Absència de familiars i/o xarxa social
- ❖ Les malalties físiques poden ser la causa de la situació de les PSSL ja que poden incapacitar per treballar o per obtenir ingressos, així com per impedir la reinserció sociolaboral.

FEANTSA (2006) destacava les següents dificultats per accedir als serveis d'atenció sanitària, de les PSSL:

- ❖ Manca de documentació que acrediti la seva identitat, la qual cosa dificulta el seu accés a l'atenció primària, sent la via d'atenció la d'urgències.
 - Manca de padró
 - Manca de la Targeta Individual Sanitària (TSI)
- ❖ Manca d'hàbits en la cura de la salut i la higiene personal
- No consciència del problema
 - Dificultats per mantenir les condicions higièniques i d'alimentació adequades
 - Dificultats per seguir un tractament amb garanties
- ❖ Manca de consciència de malaltia i de seguiment del tractament.

- Desarrelament de la persona
 - Absència de vincles familiars
 - Resistències a acudir per part del pacient
 - Desconfiança del sistema sanitari
- ❖ Dificultat d'iniciar tractaments mèdics per falta de recursos econòmics
- Problemes per accedir a la medicació
 - Dificultats per al pagament de receptes
- ❖ Dèficit de l'administració sanitària
- Salut i social com departaments aïllats
 - Manca de coordinació sociosanitària
 - Burocratització del sistema sanitari
 - Absència de persones de referència en el sistema sanitari
 - Desatenció total en cas de derivació al Servei de Salut Mental
 - Resistències dels professionals
 - No se'ls atén tan correctament com a altres pacients per part del personal sanitari. Sovint cal l'acompanyament d'un professional del centre d'acollida perquè siguin atesos correctament .

Càritas (2007) va fer un estudi sobre la salut de les PSELL, en que l'objectiu principal era denunciar la inexistència de sistemes públics adequats de salut, la insuficiència dels pressupostos i recursos assignats en sanitat i les condicions restrictives d'accés als serveis.

Segons aquest informe, a més dels condicionants explicats anteriorment, les PSELL tenen altres barreres que els impedeixen l'accés a la sanitat. L'origen d'aquestes barreres, es troben principalment en el sistema de salut, seguit pels professionals i per les mateixes PSELL.

A continuació es mostren les principals barreres:

Taula 2.4. Barreres a la salut de les PSSL

Barreres Dret a la salut de les PSSL. Informe 2007	Accés	Tractament atenció	i Convalescència i rehabilitació
Des del sistema de salut	Barrera: 85% total -falta d'informació -mitjans no adaptats a les PSSL -falta de coordinació de sociosanitària -llista d'espera -impossibilitat de tractament -situació administrativa	Barrera: 90% total -serveis no adaptats -falta de mitjans -idioma -situacions personals -seguiment tractament -falta de coordinació àrees -espera tractament -impossibilitat tractament	Barrera: 100% total -falta d'espais de recuperació -falta d'espais de seguiment -impossibilitat per cost econòmic -falta de coordinació àrees -falta de places per salut mental
Des dels professionals de la salut	Barrera: 10% total -discriminació aspecte físic -estigmatització	Barrera: 4% total -discriminació aspecte físic -estigmatització	
Des de les PSSL	Barrera: 5% total -anar sota els efectes de substàncies -desconfiança de l'atenció	Barrera: 6% total -rebuig al tractament	

Font: Campanya Sense Llar, Càritas Espanyola, 2007

L'últim informe de Càritas (2013) sobre la salut de les PSSL presentava com a principal objectiu, analitzar la salut de les PSSL acompanyades per Càritas, utilitzant l'anàlisi per fer una campanya de sensibilització davant la realitat de no exercici d'aquest dret humà. D'aquest informe destacar:

❖ situacions que dificulten l'accés a l'atenció mèdica:

- Escassetat de recursos per a malalts mentals
- Manca de places / recursos especialitzats
- Manca de recursos especialitzats, post-hospitalaris, protocols, burocràcia
- Terminis i temps d'espera en els centres especialitzats
- L'accés a recursos és complicat pels criteris d'accés restrictius
- Problemes en la coordinació entre els SSSS i la Xarxa pública de salut
- Dificultat en l'atenció per absència de professionals especialistes
- Terminis i temps d'espera en els hospitals
- No realitza derivació
- Terminis i temps d'espera en els centres de salut
- No reben els medicaments apropiats

❖ nivells d'atenció: primària, especialitzada i hospitalària.

Atenció primària:

- Falta targeta sanitària
- Discriminació-estigma
- No continuïtat-seguiment
- No tenir metge de referència

Atenció especialitzada:

- Llista d'espera
- Sense accés a metges especialistes
- No continuïtat en l'atenció

Atenció hospitalària:

- Alta hospitalària sense recurs d'allotjament
- Discriminació-estigma

D'altra banda, Metges del Món (2013), denuncien que des de la Reforma 16/2012, el govern espanyol ha liquidat 873.000 targetes sanitàries, deixant a milers de persones immigrants irregulars sense possibilitat d'accedir a la sanitat pública. Aquest fet, afecta a una gran part de les PSSL, que veuen com es vulneren drets socials com els de: no

discriminació i no regressivitat. El primer diu que no es pot deixar en desavantatge a cap grup de població que estigui sota la responsabilitat de l'Estat. El segon fa referència al caràcter progressiu de la realització dels Drets Humans, i crida l'atenció de mantenir els nivells de drets aconseguits.

Tots aquests informes i estudis sobre la salut, demostren com les PSSL, pateixen unes problemàtiques específiques de salut, que caldria abordar des del treball social.

2.1.3.4 Percepció subjectiva de la salut

En l'apartat anterior, s'ha pogut comprovar la prevalença de certes problemàtiques de salut en el col·lectiu de PSSL. Són nombrosos els autors que ens parlen de forma objectiva sobre la mala salut d'aquest col·lectiu, però quina és la seva percepció subjectiva sobre l'estat de salut? Curiosament, també hi ha estudis que afirmen que la percepció de la salut de les PSSL, en general, és positiva. A continuació es presenten les dades de la enquesta que es va realitzar a tot l'Estat Espanyol sobre aquesta qüestió:

Taula 2.5. PSSL per percepció subjectiva de l'estat de salut i sexe (2012)

	Ambdós sexes		Homes		Dones	
	Persones	%	Persones	%	Persones	%
TOTAL	22.938	100,0	18.425	100,0	4.513	100,0
Molt bó	3.887	16,9	3.190	17,3	697	15,4
Bó	9.546	41,6	7.997	43,4	1.549	34,3
Regular	6.235	27,2	4.751	25,8	1.484	32,9
Dolent	2.531	11,0	1.876	10,2	655	14,5
Molt dolent	739	3,2	611	3,3	128	2,8

Font: Institut Nacional d'Estadística

Com es pot comprovar en aquesta taula, un 58.50 % de les PSSL enquestades afirmava que el seu estat de salut era bo o molt bo; i només un 14.2 % de les persones creia que el seu estat de salut era dolent o molt dolent. Aquestes dades contrasten amb totes les evidències de problemes de salut que s'han presentat amb anterioritat.

La majoria de les PSELL tenen almenys una malaltia crònica i problemes de salut no tractats (Nursing Center, 2014). En aquest sentit, l'Informe de la Inclusió Social a Espanya (Fundació Caixa Catalunya, 2009, p.21), afirma que les desigualtats socioeconòmiques no tenen només a veure amb l'accés a l'atenció, sinó també amb comportaments i percepcions de risc. Segons aquest informe, els grup més desfavorits solen adoptar estils de vida, rutines i comportaments perjudicials per la seva salut. A més, cal assenyalar les seves subcultures, les que fan referència a l'autoatenció, o l'autocura, que promouen determinats codis de conducta i estratègies específiques davant la malaltia.

Ja hem vist que els propis condicionants de vida al carrer s'associen a més prevalença de malalties i problemàtiques de salut. En canvi, la percepció subjectiva de la salut d'aquest col·lectiu ha tingut menys atenció. Com indica la Fundació Arrels (2014) les PSELL, malgrat els problemes de salut que pateixen, es desvinculen sovint de la xarxa sanitària.

En aquest sentit, Barbero (2008) afirma que els mecanismes d'exclusió dels més desfavorits en l'accés als serveis, tenen molt a veure amb la inexistència de necessitat. Poden ser els més desproveïts, però per manca d'informació i sentiment de necessitat, no accedeixen als recursos.

Què fa que les persones tinguem diferents percepcions sobre les necessitats? Són molts els autors que han escrit sobre les necessitats bàsiques de les persones.

Per una banda, Maslow (1943) va definir una jerarquia de necessitats que tenien com a base les carències psicològiques dels individus. A partir de la satisfacció de les carències, es va escalonant cap a els altres esglaons fins arribar a l'autorealització.

Crec important destacar també, l'aportació de Pereira (2000) quan afirma que, curiosament, les necessitats bàsiques sempre van estar garantides a les societats primitives i precapitalistes. El capitalisme doncs (Heller citat per Pereira, 2000) constitueix la primera societat que per mitjà de la força i estructura social, condemna classes senceres de població a lluitar quotidianament per la satisfacció de necessitats existencials pures i simples.

D'altra banda, segons Doyal i Gough (1991), les necessitats bàsiques són objectives perquè la seva especificació teòrica i empírica no depèn de preferències individuals. Aquests autors posen l'accent a la salut física i l'autonomia, no com un fi, sinó com condicions prèvies per poder cobrir altres necessitats, com la participació o l'alliberament. La salut física, per tant, és una necessitat perquè sense la deguda provisió per satisfer-la, els individus estarien inclús impeditos de viure. També destacar, que quan parlem de salut física i autonomia, aquestes han d'estar satisfetes en un context col·lectiu on s'han d'involucrar els poder públics amb l'ajuda de la participació ciutadana. (Pereira, 2000)

En aquest sentit, i tal com afirma Barbero (2008), la intervenció dels treballadors socials té molt més sentit quan la persona afectada per mancances, tenen menys consciència o menys sentiment de necessitat. Les poblacions minoritàries no sempre viuen les mancances com a necessitat, i és aquí on més es necessita la implicació del treballadors socials.

Aquesta acció contra els dèficits requereix que el treballador social trenqui amb l'actitud d'esperar la sol·licitud d'assistència i adopti una actitud proactiva (Barbero, 2008). S'ha de crear un clima personal o col·lectiu que permeti que una mancança objectiva es converteixi en necessitat sentida. Per tant, es destaca la importància d'estimular la consciència de necessitat, en aquest cas, parlariem de la consciència de malaltia.

2.1.3.5. Accés a la sanitat

Després de definir el concepte de salut, d'haver explicat les problemàtiques concretes de salut de les PSSL, i d'haver explorat la seva percepció subjectiva, cal explicar, els requisits d'accés al sistema sanitari, i els problemes que se'n poden derivar d'aquest. Cal recordar que les PSSL són usuàries de la Xarxa de Salut Pública com qualsevol altre ciutadà, però potser caldrien uns protocols d'intervenció específics. (Síndic de Greuges, 2005)

2.1.3.5.1. Accés al Sistema Nacional de Salut (SNS)

El Sistema Nacional de Salut (SNS) de l'Estat Espanyol ha sofert contínues transformacions al llarg de la història (Moreno i Bruquetas, 2011). Abans de l'any 1986

l'assistència sanitària estava bàsicament enfocada a la malaltia i la seva cobertura no era universal, sinó per les persones que tenien mútua. Amb l'aprovació de la Constitució Espanyola al 1978, comencen a produir-se canvis importants en l'àmbit sanitari.

Segons el Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat (2014), a l'empara de les previsions constitucionals i dels respectius estatuts d'autonomia, totes les comunitats autònomes han assumit competències en matèria sanitària. Cada comunitat autònoma disposa, doncs, d'un Servei de Salut, que és la estructura administrativa i de gestió que integra tots els centres, serveis i establiments de la mateixa comunitat, diputacions, ajuntaments i qualsevol altres administracions territorials intracomunitàries. Per tant, caldrà revisar la normativa catalana d'accés al sistema sanitari català.

2.1.3.5.2. Accés al CAT Salut

El CatSalut és l'ens adscrit al Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya encarregat de garantir la prestació dels serveis sanitaris de cobertura pública a la ciutadania. Funciona com una asseguradora pública que gestiona de manera integral l'oferta i la demanda de serveis sanitaris: en funció de les necessitats de salut de la població definides pel Departament de Salut. (Generalitat de Catalunya, 2014)

2.1.3.5.3. Dificultats d'accés a la sanitat

Les persones que volen accedir al Servei Català de Salut, es poden trobar una sèrie de dificultats, ja sigui de tipus legal o de tipus pràctic.

A continuació es repassen els requisits d'accés al CatSalut.

- **Accés legal**

Per anar al centre de salut, a l'hospital o a la farmàcia, tothom ha de tenir la targeta sanitària individual (TSI), que identifica i acredita com a assegurat del Servei Català de la Salut.

La TSI és personal i intransferible, i permet accedir als centres i serveis del sistema sanitari públic. També s'ha de presentar a les farmàcies, juntament amb les receptes, per poder obtenir els medicaments finançats pel CatSalut.

✓ **Obtenció de la TSI**

Per demanar la TSI per primera vegada la persona s'ha d'adreçar a l'INSS, on li lliuraran un document especificant la condició respecte al SNS. Amb aquest document s'ha d'anar al Centre d'Atenció Primària (CAP) corresponent, on la persona s'ha d'identificar, omplir un formulari, i presentar la següent documentació:

- Document identificador.
- Volant d'empadronament amb data d'emissió inferior a tres mesos.
- Fotocòpia del document de l'INSS amb relació a la condició d'assegurat.

Si la persona no té certificat d'empadronament, necessitarà un d'aquests documents per la tramitació: DNI, permís de conduir o, en cas de persones de nacionalitat estrangera, targeta de residència o passaport. També necessitarà:

- Escriptura de compra de l'habitatge, contracte de lloguer, o l'últim rebut de qualsevol subministrament on consti el nom de la persona que sol·licita l'empadronament (originals).
- Si no estan a nom de la persona sol·licitant, es necessita una autorització signada per la persona titular de l'habitatge i una fotocòpia del seu DNI, passaport o NIE.

Segons la Generalitat de Catalunya (2014), les persones sense domicili s'han d'adreçar al Servei d'Atenció a Immigrants Estrangers i Refugiats (SAIER), on els indicaran com obtenir el certificat d'empadronament. Les persones sense passaport ni cap document identificatiu, poden trucar o anar a l'Associació Salut i Família, on es pot accedir al metge de manera gratuïta.

Tota aquesta informació ens mostra les barreres que poden tenir algunes persones o grups, per obtenir la TSI i per tant, per accedir a l'atenció mèdica. A continuació posarem de manifest les possibles barreres, amb les que es poden trobar les persones que viuen al carrer per accedir a la salut pública, inclús les que disposen de TSI.

✓ **Accedir a serveis especialitzats**

L'atenció primària de salut és el primer punt d'accés a l'assistència sanitària. El CAP de referència, és l'encarregat de derivar, si s'escau, als serveis d'atenció especialitzada, com les proves diagnòstiques o les consultes amb determinats especialistes .

Per poder accedir a aquest serveis, la persona ha de tenir un CAP de referència. Cal assenyalar, que moltes PSLL tenen una mobilitat contínua, fet que impedeix tenir un empadronament concret i un CAP de referència fixa. També comentar, que per avisar-te de la data d'una prova, o d'algun canvi, s'utilitza normalment la via telefònica o el mail. Un altre vegada, veiem com el col·lectiu de PSLL presenta dificultats per accedir a aquestes vies.

✓ **Urgències**

Davant d'una situació que requereixi atenció mèdica immediata i urgent es pot accedir directament als serveis d'urgències.

Cal fer esment en aquest punt, a la reforma sanitària aprovada pel govern espanyol amb la Llei 16/2012, on es recull que només en 3 casos especials s'atendrien a persones immigrants sense papers: als menors, a les dones embarassades i per urgències. No obstant, a Catalunya es va decidir l'1 de setembre de 2012, mantenir l'atenció sanitària a persones estrangeres en situació irregular (excloses del SNS), en les següents condicions: les persones amb més de 3 mesos de padró, poden obtenir la targeta sanitària de Nivell 1, que dona dret a rebre atenció primària. Les persones amb més d'1 any de padró, poden accedir a la targeta de Nivell 2, que dona dret a rebre tant atenció primària com especialitzada.

Tot això fa que molts immigrants sense papers i sense llar, al no estar empadronats enlloc, vagin a urgències per ser tractats de dolences que es podrien resoldre d'una forma més ràpida i econòmica, als centres d'atenció primària.

Com afirma Metges del Món (2012), limitar l'accés a la cura preventiva o complicant l'accés a la medicina general d'aquestes poblacions, s'afavoreix una utilització no adequada d'uns serveis mèdics de cost elevat, com són els serveis d'urgències. Per

tant, prestar serveis només d'urgència a les persones immigrants sense permís de residència, a la llarga és més costós que l'atenció primària.

- **Accés pràctic**

- ✓ Procediment per sol·licitar una visita

A la majoria dels CAP es demana hora per Internet amb el metge de capçalera, el que es coneix com cita prèvia. També es pot sol·licitar la cita presencialment o trucant al 902 111 444.

Cal recordar, que les PSSL, tenen un accés a internet o telèfon limitat o inexistent.

- **Accés als productes farmacèutics**

Les dificultats econòmiques de les PSSL impossibiliten en moltes ocasions, l'adquisició de la medicació necessària per a tractaments de malalties agudes i cròniques. (Síndic de Greuges, 2005)

2.2 RESPOSTES ALS PROBLEMES DE LES PSL

En la primera part del marc teòric s'ha fet una revisió de les definicions, i dels problemes amb els que es troben les PSL, tant de salut com d'accés als serveis sanitaris. En aquesta segona part, es descriu la resposta que es dona des dels serveis tant públics, com privats, a les problemàtiques de salut exposades amb anterioritat.

2.2.1. Intervencions amb les PSL

Les polítiques socials de lluita contra el sensellarisme, des de la perspectiva de l'exclusió residencial, haurien d'abordar tant l'atenció com la prevenció. (Cabrera i Rubio, 2008). A continuació analitzarem les intervencions amb les PSL:

2.2.1.1. L'Atenció a Barcelona

Per entendre les actuals intervencions amb PSL, s'ha de fer una breu mirada històrica a l'evolució dels recursos existents a Barcelona (Matulic, 2010):

A l'any 1985 neix a Barcelona El Programa Municipal d'Atenció Social a Persones Sense Sostre del Ajuntament de Barcelona. Amb el increment de persones estrangeres al carrer, es crea al 1989 el Servei d'atenció a immigrants estrangers i refugiats (SAIER).

Durant el període 1995-2002 es produeix una major consolidació i desenvolupament dels recursos per PSL: s'incrementen serveis, es creen circuits de coordinació entre les diverses àrees implicades i s'estableix una major vinculació amb les entitats socials que treballen amb aquest col·lectiu, a la ciutat de Barcelona. (Matulic, 2010)

A l'any 2003 la població immigrant s'havia triplicat i s'estudien formes per atendre aquestes noves necessitats. A l'any 2006 neix la Xarxa d'Atenció Social a les Persones sense Sostre² (XASPL), que engloba 25 organitzacions i entitats d'acció

² Aquesta xarxa forma part de l'Acord Ciutadà per una Barcelona Inclusiva, que s'emmarca dins del Pla Municipal per la Inclusió Social 2005-2010. Les entitats que formen part són les següents: Parroquia St. Miquel del Port, Rauxa, Congregación Siervas de la Pasión, Associació Assis, Yaya Luisa, St. Joan de Deu Serveis Socials, Companyia Filles de la Caritat Sant Vicenç de Paül, FIAS, Arrels, Fundació Quatre Vents, Lligam, Heura, Creu Roja, Fundació Maria Raventós, Engrunes, Comunitat de Sant Egidio, Cooperativa SUARA, Fundació Mambré, PROGRESS, Futur, IRES, Associació ATRA, ACCEM i Ajuntament de Barcelona.

social de Barcelona, amb l'objectiu d'enfortir la capacitat d'acció de la ciutat amb la finalitat d'acompanyar les PSL, en el procés de recuperació de la seva autonomia personal i restabliment de vincles socials.

Un dels fruits d'aquesta xarxa va ser el recompte censal nocturn que es va fer al març de 2008 i al novembre de 2011, amb la col·laboració de més de 700 voluntaris. Aquest recompte era una novetat a Barcelona, però es va fer servir la mateixa metodologia que s'havia utilitzat a diferents ciutats dels països desenvolupats. (Sales, 2013)

En resum, als anys 80 hi ha un fort creixement de recursos i professionals en aquest àmbit i als anys 90 s'observa un important canvi en el perfil, ja que veiem un important augment de persones estrangeres vivint al carrer (Cabrera, Rubio i Blasco, 2008). Veiem per tant com neix un nou perfil de PSL amb una problemàtica concreta.

2.2.1.1.2 Circuit d'atenció

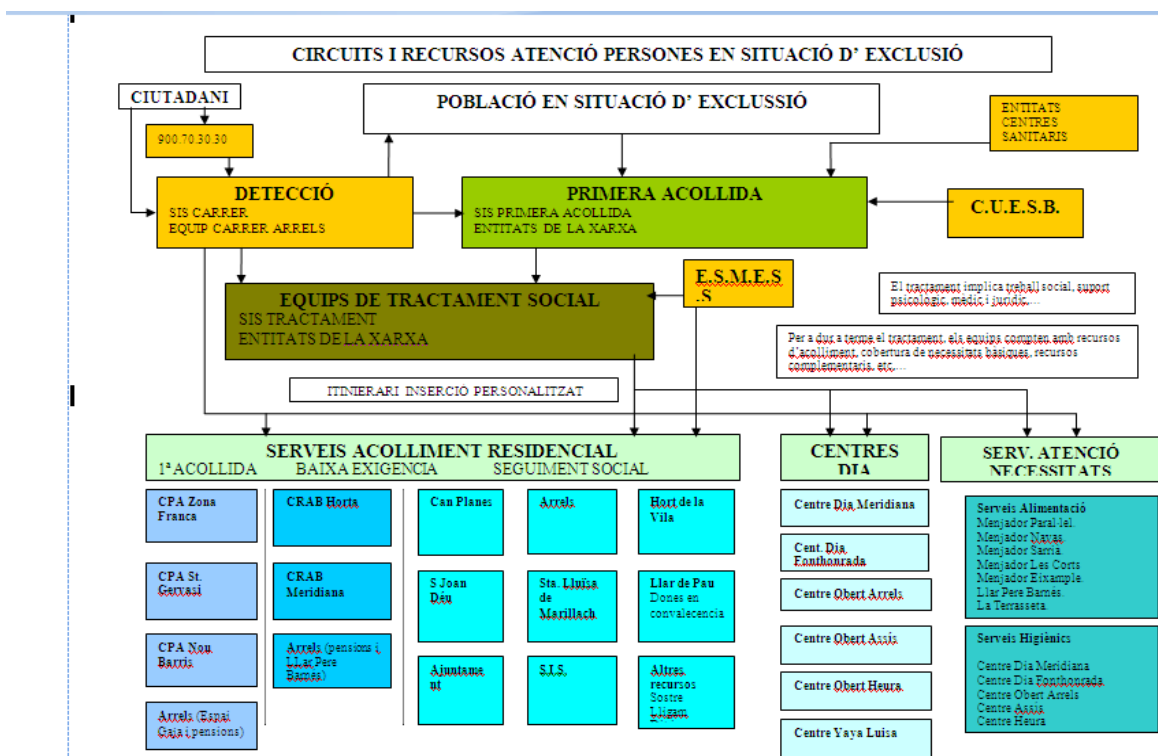
Tant a l'Estat Espanyol com a Catalunya, tradicionalment s'ha utilitzat el model d'escala, per a la intervenció amb PSL. Aquest model consisteix en que les persones han d'anar superant etapes, sota la supervisió d'algun professional, que sol començar per un estada limitada en un alberg, seguit d'altres recursos de tipus residencial. Cal assenyalar que, els grans equipaments amb habitacions que reuneixen a moltes persones amb problemàtiques diverses, generen una identitat de "sense sostre" que pot reforçar els processos de ruptura dels usuaris respecte la societat. (Sales, 2013).

Concretament a Barcelona, l'atenció a les PSL, es fa seguint el següent protocol d'actuació: Si la PSL no està vinculada a cap Centre de Serveis Socials, se la deriva al SIS³, perquè li assignin un referent. A partir d'aquí, el protocol residencial comença per l'entrada a un alberg, i si la persona fa el seguiment per part del seu referent social, podrà anar passant per diferents recursos residencials temporals, fins arribar a l'últim esglaió de la integració: l'accés a un habitatge estable. Mentrestant, la PSL també pot fer ús, d'altres serveis com: serveis de dutxes, menjadors socials, centres de dia... però l'allotjament estable, com dèiem, és l'últim pas d'aquesta cadena.

Seguidament es presenta un quadre que intenta explicar aquest protocol d'intervenció amb els recursos de Barcelona:

³ Veure annex 6

Figura 2.1. Circuit i recursos d'atenció a persones en situació d'exclusió social



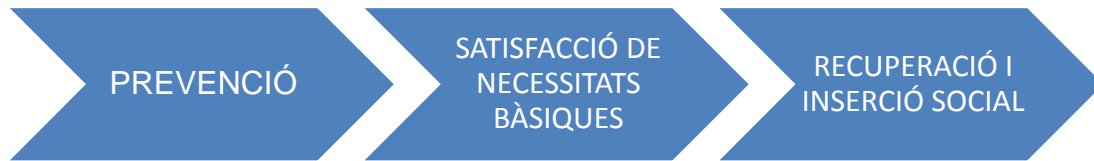
Font: Fundació Arrels

Aquest és un llarg procés d'intervenció, en el que sovint les persones acaben tornant al carrer, abans d'acabar el circuit. Tot això és conseqüència de la manca de recursos residencials i de places disponibles. Com afirma el Síndic de Greuges (2005), perquè una persona pugui establir la seva vida, s'ha de garantir estabilitat en els recursos que se li ofereixen, ja que la precarietat en aquests, acaba sempre situant a la persona en la provisionalitat.

Cabrera i Rubio (2008, p.68) opinen que s'ha d'avançar en la dignificació i garantia dels serveis a les persones amb un major grau de deteriorament. Segons aquests autors, els recursos bàsics com l'allotjament, la manutenció o la higiene, han d'anar acompanyats per l'atenció a la salut física i psíquica, la recuperació de les habilitats socials, la inserció sociolaboral o l'accés a determinades prestacions socials.

Si ens fixem més concretament en les actuacions de salut, no s'ha trobat cap protocol oficial a seguir. Tenint en compte, però, que els problemes de salut, pobresa i exclusió social tendeixen a aparèixer conjuntament i a reforçar-se entre sí, en totes les intervencions amb PSL, es treballa també l'àmbit sanitari. Cabrera i Rubio (2008), proposen un model d'intervenció on les principals àrees a treballar siguin:

Figura 2.2 Model d'intervenció segons Cabrera i Rubio (2008)



Font: Elaboració pròpia

Sobre el tema de la salut, el Síndic de Greuges (2005) assenyala que en les primeres fases de la intervenció, pot ser necessari preveure algun mecanisme per acompanyar al metge a les persones. Però a mesura que es tendeix cap a l'autonomia personal, les PSSL han d'acabar adquirint la responsabilitat ells mateixos per convertir-se en gestors de la seva pròpia salut. En aquest sentit, és important recordar que el treball social possibilita que les mancances es converteixin en necessitat, a través de la proposta de possibles solucions. (Barbero, 2008)

2.2.1.2 Intervencions a altres llocs

Malgrat la riquesa i l'alt nivell de desenvolupament humà aconseguit per les societats europees, els processos d'exclusió social estan presents en tots els països i amb una tendència al creixement. La caritat va ser la primera resposta institucional a la problemàtica del sensellarisme, però amb el temps, aquesta, ha estat reemplaçada per projectes socials en els que la intervenció va dirigida a la multicausalitat del problema. (Cabrera, Malgesini i López, 2002). A continuació veurem algunes propostes d'intervenció d'altres llocs del món.

2.2.1.2.1. Model Housing First

La Conferència de Consens Europea sobre Sensellarisme (Dynamo Internacional, 2010) va proposar el terme de solucions "centrades en l'habitatge" per a aquelles estratègies orientades a proveir habitatges estables, com a pas inicial per resoldre les situacions de sensellarisme.

Des de la perspectiva de Housing First, l'habitatge es constitueix com un dret fonamental i com un requisit previ per a resoldre una altra classe de problemes (entre d'altres, els problemes de salut). Aquesta proposta s'allunya dels enfocaments

tradicionals d'intervenció residencial, basats en el model d'escala o itineraris residencials.

El model Housing First va ser desenvolupat inicialment per l'organització "Pathways to Housing" de Nova York, a principis de la dècada de 1990. El programa conté els següents elements clau (EAPN, 2013):

- ✓ S'adreça exclusivament a PSSL que pateixen malalties mentals i trastorns d'addicció.
- ✓ Proporciona accés immediat a un habitatge assequible i permanent directament des del carrer o des dels dispositius d'emergència.
- ✓ Als usuaris se'ls recomana la participació en un tractament de salut mental i / o en la reducció de les drogues i el consum d'alcohol, però no és obligatòria per a l'accés a l'habitatge.
- ✓ Es realitza una intervenció integral, a través del que anomenen un equip de "Tractament Assertiu Comunitari". Es tracta d'un equip multidisciplinari de l'àmbit social i de salut. L'ús d'aquests serveis és de caràcter voluntari, però s'anima a participar als usuaris i se'ls demana reunir-se amb l'equip almenys una vegada a la setmana.
- ✓ L'habitatge es proporciona a través d'un contracte d'arrendament sense límit de temps, i la prestació del servei està disponible tot el temps que sigui necessari.

Es podria afirmar, doncs, que aquest model guarda una estreta relació amb una visió propera a l'exigibilitat del dret a l'habitatge, és a dir, garantir el "*dret a sostre*" sense condicionar-lo a compliment d'objectius i ni tan sols a la necessitat d'acollir-se una intervenció. En paraules de Cabrera i Rubio (2008, p. 56) "*la capacitat estabilitzadora que pot aportar el fet de disposar d'un allotjament digne, adaptat a les necessitats de cada persona i d'estada no limitada, ve a ser la plataforma privilegiada des d'on treballar la inserció sociolaboral, les millores en la salut, la normalització dels hàbits i relacions quotidianes*". Per tant, un habitatge independent no garanteix, per si sol, la inclusió social, però si és una condició indispensable de cara a la integració efectiva i a la millora de la salut de les PSSL.

- **Anàlisi del context a Espanya**

A l'Estat Espanyol, la qüestió de l'allotjament de les PSLL ha estat tradicionalment abordada des de la creença que eren les circumstàncies personals les responsables de la situació de manca d'habitatge. Això ha fet que els recursos s'hagin concebut pensant en la solució basada en termes d'albergs. Afortunadament, en els últims anys es pensa més en les causes estructurals generades pel nostre sistema de provisió residencial, i en l'abandó sistemàtic a les polítiques públiques d'habitatge. A Catalunya, amb la col·laboració entre la Fundació Arrels i l'Ajuntament de Barcelona, s'està estudiant aplicar el model d'habitatge de Housing First.

Taula 2.6. Model Housing First

QUÈ ÉS EL HOUSING FIRST	QUÈ NO ÉS EL HOUSING FIRST
L'habitatge és un dret humà bàsic.	Tractar l'habitatge com un premi.
Habitatge digne, individual i permanent.	Compartir pis.
Accés directe a l'habitatge.	Accedir a un pis perquè ho decideix una comissió d'experts.
Adreçat a PSLL cronificades i que presenten problemes d'addicions o de salut mental.	Condicionar a deixar de beure o consumir a canvi d'entrar en un pis.
Preguntar a la persona què vol i quines passes vol anar fent.	Tenir un pla de treball que no compta amb l'opinió de la persona
Suport d'un equip format per: metges, TS, voluntaris...	

Font: Fundació Arrels, 2014

Segons la Fundació Arrels (2014), de les 900 persones que dormen als carrers de Barcelona, unes 300 estan cronificades. Oferir a aquestes persones un pis, segons el model Housing First, costaria uns 10.000 eur/any per persona. Amb aquests diners es pagaria l'equip que dona suport a la persona, el lloguer, els subministres i altres despeses. Aquest recurs és molt més econòmic que l'allotjament en hospitals, residències o albergs.

2.2.1.2.2. Treball Social de carrer

No existeix molta literatura ni moltes experiències en aquest tema. A l'Estat Espanyol als anys 70, van aparèixer a Barcelona i la Rioja els primers professionals de carrer,

aquests eren educadors i sobretot es treballava en l'àmbit de la infància. Aquesta és la primera experiència de Treball Social de carrer a Barcelona.

En aquesta època, es definia al professional de carrer com un transeünt incansable, l'advocat dels sense veu. Encara que des de les oficines, els professionals poden realitzar tràmits i gestions burocràtiques, la verdadera lluita està al carrer i només si es treballa des d'ell es podrà parlar d'una verdadera implicació. (Vázquez, Soto, Pérez i Agudo, 1996)

Així doncs, caldria que els treballadors socials sortissin més al carrer per atendre i prevenir l'aparició de situacions de inadaptació. Alguns autors (Vázquez et al, 1996), aposten per una intervenció en medi obert, des del propi medi de les persones, en aquest cas el carrer. Treballadors socials de la Comunitat de Madrid afirmaven, que el treball de despatx no és suficient. Ells també aposten per un treball de carrer, ja que aquest permet al professional conèixer els problemes de salut, a través del contacte directe. (Àlvarez, Alonso, Fernández, Torréns, Colectivo IOÉ, Gaviria, Laparra i Aguilar, 1995)

Gràcies al programa Daphne (2003), diferents països europeus van crear una guia de formació per treballadors socials de carrer. Aquesta guia assenyala la importància de que els professionals estiguin el més accessible possible a un col·lectiu que viu en condicions precàries i en formes múltiples d'exclusió. Per la seva proximitat i integració, el treballador social de carrer és l'últim eslavó de l'ajuda social, és un testimoni privilegiat dels problemes que viuen les persones més excloses de la nostra societat. Segons el programa Daphne, la seva missió ha de consistir en:

- ✓ Fer un balanç de les problemàtiques
- ✓ Sensibilitzar a la opinió pública i a les autoritats
- ✓ Contribuir a una millor percepció dels fenòmens
- ✓ Contribuir a la cerca de respostes per les problemàtiques existents.

S'ha de fer, per tant, un treball d'acompanyament que consisteixi a afavorir la autoestima, desenvolupar les capacitats personals, independentment del grau de exclusió, i suscitar una participació en la vida social. (Daphne, 2003)

L'any 2006, des de Brussel·les també s'afirmava que el treballador social ha de posicionar-se al costat de la persona que està sent ajudada. Aquesta professional ha d'escoltar sense cap judici personal, acompanyar la persona, caminar al seu costat i ajudar a trobar respostes per reparar els llaços socials per recuperar un lloc actiu en la vida social. (Bruxelles Santé, 2006)

A l'any 2008, la Xarxa Internacional de Treballadors Socials de Carrer⁴ va elaborar una guia internacional pels TS de carrer. Segons aquesta guia, el treball social de carrer té com a objectiu protegir les persones més vulnerables i donar-los la possibilitat de protegir-se a sí mateixos. Com a treballador social de carrer, el repte és treballar amb persones que es troben en condicions precàries i que pateixen múltiples formes d'exclusió.

La guia també ens mostra com el treball social de carrer ofereix ajuda a les persones, a que aprenguin a actuar per elles mateixes en cada etapa de la relació. Gradualment, aquest enfocament permet construir una relació basada en la confiança, ajudant a trencar el silenci i oferir un suport continu. La feina, per tant, consisteix a acompanyar-los. Això implica reconstruir la seva autoestima, ajudar a desenvolupar aptituds personals, i facilitar la seva participació en la vida social. (Xarxa Internacional de Treballadors Socials de Carrer, 2008).

No existeix un únic model de treball social de carrer. No obstant, els autors de la guia (2008) ens parlen de 5 etapes diferenciades:

- 1era etapa: estudiar l'entorn. Aquest estudi ha de ser teòric (contextos històrics, socials i culturals) i pràctic (trobadura amb la gent del barri).
- 2ona etapa: tenir presència sobre el terreny, allà on es troben les persones en situació d'exclusió, de forma regular.
- 3era etapa: identificar-se davant els altres: es tracta de dir qui som i per què som aquí.
- 4ta etapa: crear una relació amb la gent, per tal d'estrènyer els llaços i poder oferir una relació d'acompanyament .

⁴ La Xarxa internacional de Treballadors Socials de Carrer constitueix una xarxa d'agents implicats en la intervenció en medi obert provinents de més de trenta països, creada amb l'objectiu principal de millorar la qualitat de les pràctiques de carrer mitjançant activitats de formació, intercanvi de bones pràctiques desenvolupades a nivell internacional i elaboració de materials professionals.

- 5ena etapa: l'acompanyament i la intervenció. Es pot aconseguir creant un espai de relacions, per poder desembocar progressivament sobre accions col·lectives o comunitàries.

El treball social de carrer, per tant, implica una proximitat física amb les persones amb les que treballa. S'ha de treballar de manera no intrusiva, compartint els seus espais i el seu temps, per aconseguir gradualment una integració progressiva.

2.2.1.2.2.1. Model "Infirmiers de Rue"

A la pràctica, s'han trobat poques experiències de treball social de carrer. Hi ha un model que s'aplica a Brussel·les que fa una aproximació al treball que parlàvem amb anterioritat. Parlem de l'Associació "*Infirmiers de Rue*" (2006).

Aquesta associació té el seu origen al 2006, quan dues infermeres es van adonar, que malgrat el gran nombre d'associacions metge-socials existents a Brussel·les, sempre hi havia un munt de gent sense sostre, amb múltiples problemàtiques de salut.

El treball d'aquesta associació consisteix en que els professionals surten al carrer, es guanyen la confiança de les PSL i les motiven a tenir cura de la seva salut. També es realitzen cures adaptades, s'escolta activament i s'assessora. Aquests professionals són infermers, però també podria aparèixer la figura del treballador social en aquests equips, per tal de donar una resposta més completa.

El treball que es realitza es basa també en la prevenció i l'educació sanitària. Es treballa fins a la rehabilitació del pacient en una llar, on es comptarà amb el suport de professionals i voluntaris, així com la xarxa de forma associacions de solidaritat. Això evita la recaiguda del pacient i el seu retorn al carrer.

2.2.2. Intervencions en relació a la salut

Ja hem vist quines són les intervencions de treball social amb el col·lectiu sense llar, i hem fet un repàs a diferents models d'intervenció a altres països. En aquest últim punt, parlarem sobre el treball social específic de l'àmbit sanitari i sobre els serveis i les actuacions que es fan a Barcelona, en relació al sensellarisme i a la salut. En primer lloc, es presentarà una breu mirada històrica a l'evolució del treball social sanitari.

2.2.2.1. Treball Social a l'àmbit sanitari

El treball social sanitari és definit per Amaya Ituarte a l'any 1992 com *"aquella activitat professional que té per objecte la investigació dels factors psicosocials que incideixen en el procés salut-malaltia, així com el tractament dels problemes psicosocials que apareixen en relació a les situacions de malaltia"*. (Abreu, 2009, p.23)

A l'any 1905 el doctor Richard Cabot, amb ajuda de la treballadora social Ida Cannon, va crear la primera plaça de TS a l'Hospital General Massachusetts de Boston, i el primer departament de planificació de l'alta hospitalària.(Abreu, 2009)

Segons l'American Hospital Association (citada per Colom, 1993, p. 41) la planificació de l'alta *"és un procés centralitzat, coordinat i interdisciplinari, en el qual els membres d l'equip de salut col·laboren amb els malalts, amb les seves famílies, i s'anticipen a les necessitats d'aquests després de l'hospitalització, desenvolupant un pla que els ajudarà a guanyar independència i a mantenir els beneficis guanyats durant l'estada a l'Hospital"*.

Des de que es va crear l'Escola de Treball Social a Catalunya al 1931, els primers TS que van exercir com a tals, ho van fer en l'àmbit de la salut. Segons Porcel (2008) el TS en salut té com a tasca principal l'abordatge de les situacions socials anòmales dels pacients i les seves famílies.

S'ha de tenir en compte que a partir dels anys 80 es propaga la idea de que els Serveis Socials d'Atenció Primària havien de ser els referents de totes les activitats socials. D'aquesta forma els TS sanitaris havien de derivar-hi als pacients. Aquest fet ignora la interdisciplinarietat i l'atenció a la persona de forma integral, ja que dificulta el treball en equip dintre dels hospitals. (Porcel, 2008). En aquesta línia, Colom (1993, p.55) afirma també que atendre un problema social d'un malalt hospitalitzat des de l'atenció primària, no pot tenir els mateixos resultats que tenir professionals ubicats al mateix centre.

Fent una ullada a la història, comprovem que amb el Decret 84/1985 de la reforma de l'atenció primària, s'establí una nova organització dels Sistema Sanitari. El desplegament d'aquest decret va ser molt més llarg del que estava previst, però cal

destacar com a novetat que als equips d'atenció primària s'incorpora la figura del treballador social.

La població d'aquella època va sofrir profunds canvis, amb l'arribada continuada d'immigrants. La majoria d'aquests nouvinguts provenien de països amb cultures, costums i creences diversos i amb conceptes de la salut i la vida diferents. Aquest fet dificultava la feina dels treballadors socials, que van haver d'adaptar-se a les noves realitats socials. Un altre de les dificultats més remarcables, és la que destaca Porcel (2008) i és la dificultat d'accés als recursos socials i la lentitud en la resolució. Aquest fet afecta directament al col·lectiu que estem analitzant.

Pel que fa a l'àmbit hospitalari, es treballa en equip multidisciplinari per tal de millorar la qualitat de vida dels pacients i la relació entre els diferents professionals de l'Hospital. En aquest sentit, cal destacar que una de les intervencions més importants en aquest àmbit per part dels TS és tot allò que fa referència a l'alta hospitalària. En paraules de Porcel (2008, p. 55) *“una bona intervenció del TS dóna tranquil·litat a l'hora de l'alta i facilita la coordinació amb l'atenció primària, amb els Serveis Socials municipals o altres recursos de la comunitat”*.

S'ha de tenir en compte, però, que la vida quotidiana dels professionals sanitaris i les PSSL són tan diferents que poden arribar a ser estranys culturals. Alguns metges prescriuen el tractament i ofereixen assessorament professional en hospitals, clíniques o centres d'acollida, sense entendre l'estil de vida d'un pacient o saber si el pacient viu al carrer. (Nursing Center, 2014). Per això és tan necessària la presència del treball social en l'àmbit de la salut.

Per últim, destacar la funció del TS en els serveis d'urgències. Aquest professional ha d'atendre els problemes no sanitaris que manifesten els pacients, també proporcionar el suport i la contenció necessaris per donar l'alta en condicions òptimes. D'aquí rau la importància d'incorporar treballadors socials a dedicació plena en els àmbits d'urgència.

La importància del pla a l'alta ve determinada pel fet que moltes persones abandonen o no poden seguir el tractament prescrit pels professionals, fet que pot aguditzar la malaltia i per tant, es dona un reingrés hospitalari. (Colom 1993). Aquest fet afecta especialment a les persones que viuen al carrer. Aquesta cara més social de la

malaltia és la que va fer pensar en la necessitat de crear una professió que s'ocupés de completar el diagnòstic mèdic amb dades socials i econòmiques.

El tema que segueix preocupant més al treball social de l'àmbit hospitalari, és la dificultat per treballar les altes.

2.2.2.2 Intervenció de salut amb PSLL

Les intervencions en salut amb les PSLL es realitzen des de diferents dispositius, tant públics com privats. Cal assenyalar, que en l'actualitat, aquestes entitats del tercer sector estan tenint molts problemes a l'hora de cobrar les subvencions públiques, fet que està generant moltes dificultats a l'hora de treballar amb el nostre col·lectiu⁵.

Com s'actua quan la PSLL té problemàtiques greus de salut, però no vol assistència mèdica? Cal tenir en compte, que l'administració pot obligar a una PSLL, a acceptar, de manera obligatòria, l'assistència sanitària en els següents supòsits (Generalitat de Catalunya, 2010):

✓ Situació de risc immediat per la salut de la persona: el metge pot ingressar la persona malalta a un centre sanitari, contra la seva voluntat, als efectes de dur a terme les intervencions indispensables a favor de la salut de la persona. En aquest cas cal informar immediatament al Jutjat.

✓ En el supòsit de malaltia o trastorn mental greu el Jutge, d'ofici o a petició de terceres persones, pot acordar l'ingrés involuntari d'una persona fins l'alta mèdica.

A continuació destacarem els principals recursos i serveis de l'àmbit de la salut. Pel que fa a l'àmbit públic, s'ha de destacar l'equip de carrer específic de salut mental, l'ESMESS.

- **ESMESS**

Des de l'any 2006 existeix un Projecte de Salut Mental per persones que viuen al carrer, amb el qual es garanteix la realització de diagnòstics psiquiàtrics per a

⁵ El tercer sector pot seguir funcionant gràcies a entitats com Coop 57, que és una cooperativa de crèdit, que presta serveis financers ètics i solidaris, amb els que fan l'avançament de subvencions, convenis i factures.

persones que viuen al carrer i que són susceptibles de patir alguna malaltia mental. L'equip està format per 3 psiquiatres, dos infermers especialitzats en salut mental i 3 professionals de seguiment individualitzat (PSI). Es treballa en coordinació amb tots els equipaments municipals per a PSELL oferint atenció mèdica especialitzada.

Pel que fa referència a dispositius privats, les entitats més generalistes aborden les problemàtiques de salut, basant-se en l'acompanyament, seguiment i consciència de malaltia. Cal destacar una entitat però, que sí és específica de l'àmbit de la salut: l'Associació Salut i Família. També es destaquen dos centres de convalsència de l'entitat eclesiàstica: les filles de la caritat.

- **L'Associació Salut i Família**

L'Associació Salut i Família és una entitat del Tercer Sector que té com a missió assistir a les persones d'acord amb el principi d'imparcialitat, és a dir, independentment del seu origen, ètnia, sexe, nacionalitat, condició social i religió. Cal recordar que el Tercer Sector és aquell format per totes aquelles organitzacions de titularitat privada, però que no vetllen pròpiament pel benefici econòmic dels seus membres, sinó per alguna finalitat que, poc o molt, està vinculada amb el interès general, és a dir, que tenen com a objectiu algun benefici social. (Comín, 2011)

Salut i Família disposa de diferents programes de salut per les persones en situació d'exclusió social:

- ✓ *Programa de compatriota a compatriota*

Aquest programa (Associació Salut i Família, 2014) s'orienta principalment a les dones, homes i famílies immigrades en situació d'extrema vulnerabilitat i risc d'exclusió social. La finalitat principal és aconseguir l'accés normalitzat d'aquestes persones al sistema sanitari públic, prioritzant la seva atenció a càrrec dels serveis públics d'assistència primària de salut i l'atenció sanitària a dones embarassades i menors.

La cartera de prestacions inclou:

- Facilitació de l'accés de menors, dones embarassades i població estrangera de tots els orígens als serveis sanitaris públics. S'informa sobre empadronament, requisits d'obtenció i es tramita la TSI.

- Prestació d'assistència sanitària i farmacèutica durant el procés d'espera per a la tramitació de la TSI.
- Informació a mida per a resoldre necessitats socials en situacions d'extrema vulnerabilitat.
- Accés gratuït als serveis de planificació familiar, orientació jurídica, psicosocial i laboral.

Aquest programa es desenvolupa en col·laboració amb diversos Centres d'Assistència Primària de Salut i amb la Xarxa de Punts Informatius i d'Atenció per als Immigrants existents a la ciutat de Barcelona.

✓ *Programa Mediació Intercultural als Centres Sanitaris*

Aquest programa (Associació Salut i Família, 2014) compta amb mediadors interculturals que treballen directament a diversos centres sanitaris de Catalunya. Amb això es pretén facilitar l'enteniment idiomàtic i cultural entre els pacients estrangers i el personal sanitari, contribuint d'aquesta manera a una atenció sanitària de qualitat pels pacients estrangers i nadius, i facilitant el desenvolupament de les tasques assistencials de tots els professionals.

El programa s'orienta a facilitar la integració de les persones estrangeres en la cultura de la societat d'acollida alhora que contribueix a la necessària transformació de les nostres institucions per tal de que els centres sanitaris s'adaptin a la diversitat cultural.

- **Santa Lluïsa de Marillac**

L'Obra Social Santa Lluïsa de Marillac ofereix diferents serveis adreçats a persones en situació d'exclusió social. Un d'aquests serveis és el Centre d'estada limitada, on es fa atenció residencial temporal a 34 homes sense llar, majors de 18 anys, que necessiten un període de recuperació, després d'haver passat per una fase aguda de malaltia, postoperatori o accident.

- **Llar de pau**

La casa de convalescència Llar de Pau es defineix com un centre residencial d'estada limitada de caràcter social i sanitari. Està destinat a acollir dones que requereixen un període de convalescència, així com un lloc d'acollida i d'atenció que faciliti l'adhesió i

el seguiment de tractaments altrament difícils de portar a terme. Aquest servei va adreçat a aquelles persones que pateixen problemes de salut que es podrien abordar des del propi domicili, però que donades les circumstàncies socials, econòmiques i familiars que també es afecten, fan aconsellable la seva atenció en un lloc on s'asseguri la cobertura de les necessitats bàsiques, així com l'acompanyament i el seguiment en tot el procés de recuperació.

Segons Uribe (2010) la majoria dels recursos per PSSL, són de primera acollida, i són pocs els recursos de convallescència i de llarga durada. El mateix autor afirma que, moltes de les persones ateses per la xarxa, després dels recursos residencials de primera acollida, no tenen massa possibilitats d'accedir a recursos que acompanyin progressivament la seva evolució.

En conclusió, per intervenir amb els problemes de salut de les PSSL, caldria començar per treballar des de la prevenció, però les intervencions socials es veuen reduïdes sovint, a mesures reparatòries de les que no sempre es beneficien els més necessitats, ja que les persones més vulnerables són les que tenen menys accés a la informació. Aquest fet impedeix que es puguin portar a terme programes seriosos de prevenció. (Álvarez et al, 1995)

3. METODOLOGIA

3.1 Tipus de metodologia

Per realitzar aquest treball de recerca, s'ha utilitzat una metodologia qualitativa. El mètode qualitatiu estudia significats subjectius, i prefereix la entrevista oberta i la observació directa; estudia la vida social en el seu propi marc natural sense distorsionar-la (Salinas i Cárdenas, 2008). No és pretén doncs, treure unes conclusions generalistes, sinó conèixer la vivència subjectiva de les persones que han viscut o viuen al carrer, sobre els problemes de salut. També es pretén conèixer la opinió sobre la problemàtica d'alguns professionals i el tipus de intervencions que es realitzen. Aquesta recerca doncs, aprofundeix en les experiències personals i humanes.

Les dades que es presentaran durant tot el treball les ha recollit l'autora del mateix. Tant la informació recollida, com l'anàlisi d'aquesta, estaran basats en les següents eines metodològiques: per una banda, trobarem tota la informació bibliogràfica que fa referència a les fonts secundàries. Aquesta informació està basada en diferents llibres, documents, articles de revista, i altres projectes d'investigació.

En segon lloc, destacar les entrevistes, és a dir, les fonts primàries, que han estat la eina principal del treball de camp.

En aquest punt crec important definir els 2 tipus d'entrevistes realitzades:

- L'entrevista en profunditat: són les entrevistes realitzades a les persones afectades pel problema social estudiat. Aquesta tècnica busca trobar el que és important i significatiu en la ment dels informants, els seus significats, perspectives i interpretacions, el mode en que ells veuen, classifiquen i experimenten el seu propi món. (Salinas i Cárdenas, 2008, p.275). També destacar, que per Sierra Bravo (1985), l'entrevista en profunditat s'orienta a investigar en profunditat una determinada qüestió del entrevistat. Per això l'entrevistador ha de procurar que les manifestacions del entrevistat girin al voltant de la qüestió plantejada

- L'entrevista a experts: són les entrevistes realitzades als professionals. A diferència d'altres entrevistes, en aquestes es té menys interès en la persona, que en la seva qualitat d'expert en certs àmbits o sectors. L'especialista s'integra en l'estudi no com un cas individual, sinó com representant d'un grup. (Salinas i Cárdenas, 2008, p.272)

Per últim, també ressaltar la observació participant, que tal i com ens planteja Guber (2004), consisteix en dues activitats principals: observar i participar. Fa 3 anys que sóc voluntària del Centre Obert de la Fundació Arrels, i fa un any que també ho sóc de l'equip de carrer. Aquest fet, m'ha permès identificar tota la problemàtica de salut que es genera al carrer, i com ho viuen de diferents formes les persones que es troben sense llar. També s'ha utilitzat la meua experiència durant les pràctiques de 4rt en la Unitat de Conductes Addictives a l'Hospital de Sant Pau, com a eina de recollida de dades, pel que fa als trastorns addictius.

En total, s'han realitzat 6 entrevistes⁶ a diferents PSLL, que han passat gran part de les seves vides al carrer. També s'ha entrevistat a 3 treballadors socials⁷ que treballen de forma directa, amb les problemàtiques de salut de les PSLL, i al coordinador de Creu Roja de Catalunya, que tot i que no treballa directament amb el col·lectiu que estem estudiant, va donar una visió més global de la problemàtica.

La majoria d'entrevistes a les PSLL es van realitzar al mateix carrer, i les altres en un bar. Totes les entrevistes als professionals es van realitzar en els seus centres de feina⁸.

Es van utilitzar preguntes semiestructurades, per tal de que els protagonistes poguessin explicar de forma oberta les seves vivències.

Les PSLL entrevistades han estat escollides de forma aleatòria, però sempre i quan, complissin els següents requisits:

- Haver passat un mínim de 5 anys al carrer.
- No tenir llar en l'actualitat.

⁶ Veure annex 1

⁷ Veure annex 2 i 3

⁸ Veure annex 5 (dades biogràfiques dels participants)

- Haver patit problemes de salut, tant pel que fa a problemes específics, com problemes en l'accés (a la sanitat o als productes farmacèutics).
- No tenir greus problemes de deteriorament cognitiu.
- Tenir voluntat de participar en aquest projecte i ganes d'explicar les seves vivències amb detalls.

En aquest punt, vull fer referència a les limitacions que m'he trobat al realitzar el treball de camp: primerament vull explicar la impossibilitat d'entrevistar a cap dona. Totes les dones amb les que he contactat, no han estat disposades a parlar en detall sobre els seus problemes de salut. Això ha fet impossible poder contrastar la informació obtinguda, en relació al sexe. També voldria comentar, els problemes que m'he trobat a l'hora de concertar les entrevistes amb les PSSL, ja que no sempre ha aparegut la persona el dia de la cita. Aquest fet ha impossibilitat la realització de més entrevistes, ja que en un primer moment es volien fer entre 8 i 10. No obstant, com afirmen Salinas i Cárdenas (2008), aquest tipus de mostratge qualitatiu intencional, no obeeix a regles fixes, ni especifica el número d'unitats a seleccionar; accepta en principi que aquest número es pot veure alterat al llarg de la investigació.

Per últim, crec important destacar altres inconvenients que es poden trobar en la informació de tot el treball (Salinas i Cárdenas, 2008), i que són els següents:

- Que l'entrevistat menteixi o deformi la informació
- La possibilitat de distorsió de la realitat, entre el que es diu i el que es fa
- El que les persones diuen i fan poden variar segons les circumstàncies personals.

Els resultats d'aquesta recerca s'han basat en la informació estreta de les entrevistes, però com acabem de veure, la fiabilitat de totes les opinions, és sempre relativa.

3.2 Disseny i fases de l'estudi

➤ Fase 1: Inici del projecte

Es va començar a pensar en aquest projecte a principi de curs, però no es va poder concretar el tema fins a finals de febrer. Per aquest motiu, no va ser fins a primers de març que es va començar la recerca bibliogràfica, la recerca de dades estadístiques i

en la cerca de contactes per poder realitzar el treball de camp. Durant el mes de febrer, es va fer el cronograma i el pla de treball per poder organitzar millor la investigació.

➤ **Fase 2: Operacionalització del problema de investigació**

Tot seguit es va començar l'elaboració del marc teòric i es va tractar d'explorar els continguts que ens apropaven a aquella informació essencial, per tal de poder explorar i investigar la problemàtica. Un cop obtinguda la informació necessària per garantir un bon procediment del projecte, es va començar a elaborar el guió del contingut de les entrevistes.

➤ **Fase 3: Treball de Camp**

Després d'haver realitzat la investigació en l'àmbit teòric, es van realitzar les entrevistes que s'han descrit amb anterioritat: 6 entrevistes a PSL, i 4 entrevistes a professionals que treballen en l'àmbit d'exclusió social i sensellarisme.

➤ **Fase 4: Anàlisi de les dades**

Un cop realitzada la transcripció literal de les entrevistes, es va procedir a analitzar-les, mitjançant una lectura crítica dels resultats obtinguts. Aquesta és la part més important del treball, perquè és on quedaran reflectits tots els coneixements adquirits durant el grau. Aquest anàlisi es va dividir en dos apartats diferenciats: resultats i discussió.

➤ **Fase 5: Redacció de l'informe i conclusions**

Després d'haver realitzat l'anàlisi i la interpretació de la informació recollida, es van realitzar les conclusions i recomanacions, que ressalten tots aquells aspectes que s'haurien de millorar per intervenir sobre els problemes de salut de les PSL.

➤ **Fase 6: Presentació de resultats**

Aquest projecte es presentarà davant d'un tribunal de professors, que valoraran i puntuaran la feina realitzada.

3.3 Pla de treball i cronograma

A continuació es presenta el pla de treball i el cronograma, els quals mostren de forma gràfica, el moment en el qual s'han dut a terme les sis fases de l'estudi, prèviament explicades. Així doncs, el nostre projecte s'ha dut a terme durant quatre mesos a partir de la següent classificació:

Taula 3.2. Cronograma

ANY 2014					
Activitats	Febrer	Març	Abril	Maig	Juny
Primera fase: Inici del projecte Definició del projecte Organització del treball					
Segona fase: Lectures exploratòries Disseny del projecte Marc teòric					
Tercera fase: Explotació treball de camp Realització d'entrevistes i d'enquestes					
Quarta fase: Anàlisi de les dades Resultats					
Cinquena fase: Redacció d'informe, recomanacions i conclusions. Presentació de resultats.					

Font: Elaboració pròpia.

3.4 Consideracions ètiques i legals

La llei orgànica 15/1999 del 13 de desembre de protecció de dades de caràcter personal (LOPD), és una llei orgànica espanyola que té per objecte garantir i protegir, pel que fa al tractament de les dades personals, les llibertats públiques i els drets fonamentals de les persones físiques, i especialment del seu honor i la seva intimitat personal i familiar.

Així doncs, es respectarà l'anonimat i la confidencialitat de les dades de les persones entrevistades, la informació obtinguda, així com la signatura del formulari de consentiment informat⁹. Garantint d'aquesta manera la protecció de dades abans esmentada.

Per últim, també garantim que la informació extreta serà estrictament utilitzada per donar resposta al nostre objectiu de recerca.

⁹ Veure annex 4

4. RESULTATS I DISCUSSIÓ

4.1. Resultats

A continuació es presentaran els resultats principals obtinguts a partir de les entrevistes realitzades, tant a PSSL com a professionals. Aquesta explicació es realitzarà en base a l'anàlisi de 4 categories diferents: els problemes específics de salut, la percepció de l'estat de salut, les dificultats d'accés a l'atenció sanitària, i les intervencions que es realitzen des del treball social en aquest àmbit.

➤ Problemes específics de salut

En aquest primer punt, s'analitzaran les malalties amb més prevalença que han identificat els nostres entrevistats, i altres complicacions amb les que es troben els professionals, lligades al sensellarisme.

Malalties més prevalents o lligades al «sensellarisme»

Les PSSL, tenen més prevalença de patir certes malalties, ja que la vida al carrer afecta directament a la salut de les persones. El entrevistat S2 ens comentava:

Antes de vivir en la calle yo era muy fuerte, he perdido más de 20 kilos desde el 2006. (S2, 12/04/2014)

En aquesta mateixa línia, el entrevistat S3, també deia:

Vivir en la calle te deteriora más que a una persona normal, porque no comes, no te duchas, no tienes donde dormir. (S3, 14/04/2014)

Totes les PSSL entrevistades ens han descrit diferents tipus de malalties que pateixen o han patit, associades directament a les condicions de vida al carrer.

Entre aquestes malalties, en primer lloc, destaquen les que són conseqüència directa d'haver de dormir a la intempèrie, és a dir, d'haver de patir la humitat de Barcelona, dormir sota la pluja, passar fred, etc.... Destaquen la bronquitis, la pulmonia i la pneumònia. Dues de les persones entrevistades, la S1 i la S6 tenen actualment bronquitis crònica, el entrevistat S6 va patir pneumònia, i el entrevistat S3, va patir una

pulmonia, també al carrer. A més, tots ells asseguren haver passat refredats o gripes al carrer. Un d'ells ens explica:

Cuando hace buen tiempo, la humedad no es un problema; el problema principal es cuando llueve. (...) Hace dos días llovió mucho y me ahogaba, me faltaba el aire, cada 50m tenía que parar, porque tengo una bronquitis mal curada por culpa del sistema sanitario que hay hoy en España. Porque si eso me pasa en otro país no me echan a los 3 días del hospital. (S1, 05/04/2014)

En segon lloc, es destaquen les malalties infeccioses, com poden ser el VIH i la Hepatitis C. La meitat dels nostres entrevistats pateixen aquest tipus d'hepatitis, i cap d'ells ha fet ni està fent cap tipus de tractament. Més tard analitzarem aquest fet.

En tercer lloc, cal remarcar tota la problemàtica que fa referència a les addiccions. 4 de les 6 persones entrevistades afirma tenir o haver tingut problemes d'alcoholisme. Una d'aquestes persones explica:

En el momento en que duermes en la calle, sin ninguna otra posibilidad de hacer nada, no puedes aceptar la verdad y empiezas a beber. Cuando estás en la calle bebes más y más y más, hasta que pierdes el control (S5, 25/04/2014)

En les entrevistes també es descriuen altres problemes com: cames i peus inflats o problemes de circulació, també conseqüència de l'alcoholisme. El entrevistat S4 ens va explicar els seus problemes d'addicció a la cocaïna i la heroïna, tot i que en aquests moments, afirmava estar abstinent. Només un dels 6 entrevistats afirmava no tenir cap tipus d'addicció.

Per últim, destacar altres tipus de problemes de salut, com: la malnutrició, problemes per dormir, o problemes de pell. En paraules d'un del entrevistat S5:

Tienes problemas de malnutrición, porque no comes cuando tienes que comer, no comes como tienes que comer, comes demasiadas latas, y todo se acumula, la malnutrición, con la bebida, con el estrés, no dormir bien, pasar frío, y al final, algo tiene que pasar, porque no somos de hierro. (S5, 25/04/2014)

Aquests són els principals problemes de salut específics que ens han explicat les 6 PSLL entrevistades. En canvi, els professionals entrevistats asseguraven que el que més els preocupa són els problemes de salut mental, però, curiosament, cap dels nostres entrevistats sense llar ha fet cap referència a aquest tema.

Complicacions o altres dificultats lligades al «sensellarisme»

A part de tots els problemes de salut que acabem de veure, conseqüència directa de les dures condicions de viure al carrer, també s'han de destacar altres dificultats amb les que es troben els professionals, a l'hora de treballar amb el col·lectiu de PSLL.

En primer lloc, cal fer referència a la gent que està al carrer de forma cronificada. Amb aquest tipus de gent, és més difícil treballar, com afirma el entrevistat P2:

Amb la gent que porta molts anys al carrer és molt complicat intervenir, perquè n'ha fet una forma de vida, a vegades involuntàriament, però han fet una forma de vida (P2, 16/04/2014)

En aquest sentit, la mateixa persona destaca:

Inclús, quan fem l'operació fred, quan estem a Barcelona per sota de 0°C, i hi ha gent que no vol ni anar als albergs. I després passa el que passa, que es troba gent que ha mort als caixers o que se'ns moren a les escales del SAPS¹⁰ (P2, 16/04/2014)

En segon lloc, el professional entrevistat P4, ens parla sobre el fet de que moltes persones que viuen al carrer, són itinerants. En l'entrevista afirma:

El que sí que tenen en comú les persones estiguin més o menys cronificades és que molts són itinerants. Ens trobem molta gent que ve amb targetes sanitàries d'altres comunitats, i tens problemes a les farmàcies. A nivell administratiu s'ha complicat moltíssim el tema de l'atenció sanitària, quan abans era molt més senzill. (P4, 06/05/2014)

Aquesta mateixa persona també afirma que la desestructuració i la inestabilitat de vida de les persones que viuen al carrer (que moltes vegades entren al circuit, i tornen a carrer, en diferents etapes de la vida) impedeix que es puguin fer els tractaments de forma adequada, i això pot tenir com a conseqüència l'agreujament de certes malalties.

Per últim, i no per això menys important, cal destacar, el problema afegit que poden patir les persones que a més de no tenir llar, estan en situació irregular. Moltes d'elles

¹⁰ Servei d'Atenció i Prevenció Sociosanitària, de la Creu Roja

no fan ús de l'atenció sanitària per por. Una de les persones entrevistades, la P2, assegura el següent:

Les dones en situació irregular, quan tenen qualsevol problema sanitari els hi fa molta por anar al sistema públic pel tema de la seva documentació (...) Hi ha la por d'anar al metge quan no tens papers, però com sempre, si hi ha algun problema a través de la Creu Roja, s'atendrà ràpidament (P2, 16/04/2014)

En aquesta mateixa línia, el entrevistat S2 afirma:

Mil veces he dejado de ir al médico porque tenía miedo.. Pienso y para qué voy a ir? Si luego me dicen que no me puedo quedar. Entonces mejor ir a una farmacia y pedir algo para el dolor. (S2, 12/04/2014)

➤ **Percepció de l'estat de salut**

En aquest segon punt, s'analitzarà la percepció subjectiva de l'estat de salut de les PSLL i les diferències en la importància que ells donen als problemes de salut.

Diferències o especificitats en l'autopercepció de l'estat de salut

En aquest apartat, ens centrarem en la percepció subjectiva de l'estat de salut que tenen les PSLL entrevistades. Aquesta autopercepció de salut va molt lligada a la consciència de malaltia de les persones.

Com a dada rellevant, cal destacar en primer lloc, que només el entrevistat S2 considera que el seu estat de salut és molt dolent. Ja hem esmentat abans tots els problemes de salut que patien aquestes persones, però inclús així, només un dels entrevistats està realment preocupat pel possible empitjorament de la seva salut. Aquesta persona afirma:

Mi estado de salud actual es muy malo. Tengo problemas en los pies, en las piernas, la mano me duele mucho. Mi pierna ya no puede con el peso de mi cuerpo, por eso voy con muletas, porque no puedo caminar sin ellas y el pie me duele muchísimo, me dan calambres, y no me deja dormir. Me preocupa especialmente un lado de mi cuerpo porque tengo continuos temblores y el dolor de la pierna, porque no puedo andar bien, me duele mucho y tengo pocas medicinas. Me preocupa mucho que mi estado de salud pueda empeorar. (S2, 12/04/2014)

En canvi, els entrevistats S1, S3, S4 i S6 consideren que el seu estat de salut és bo o molt bo. Contrasten aquestes afirmacions amb les malalties que ells mateixos van explicar de forma oberta a les entrevistes. És sorprenent com persones que tenen malalties tan greus com poden ser la hepatitis C, o el VIH no li donin prou importància a la malaltia, i inclús posin resistències per fer algun tipus de tractament. Un dels entrevistats, el S4, ens explicava:

Yo empecé con los retrovirales, en el año 1995 y tomaba 24 pastillas al día. Era cuando experimentaban con nosotros. Entonces un día las dejé porque yo soy una persona que no le temo a la muerte; considero que la muerte es parte de la vida. (S4, 25/04/2014)

Els professionals es mostren molt preocupats per aquest problema de la falta de consciència de malaltia, que segons ells, és bastant generalitzada en el context del col·lectiu de PSSL. La entrevistada P1 afirma el següent:

Una persona que vol l'alta hospitalària, perquè voluntàriament la demana, evidentment, no esperarem que vingui la treballadora social, perquè el primer pas perquè una persona pugui fer qualsevol tipus de rehabilitació, implica que la persona ha de tenir la voluntat i la percepció de que té un problema. (P1, 09/04/2014)

Aquesta preocupació per parts dels professionals, es materialitza en el treball que es realitza amb les persones. Els entrevistats P3 i P4, els quals treballen en equipaments residencials, afirmen el següent::

La salut és un eix central. Nosaltres el treballem bàsicament des de la vessant que la gent prengui consciència de la pròpia malaltia (...) perquè la gent no té una consciència preventiva sobre la pròpia salut, o no té una consciència sobre el seu propi cos. (...) Els residents, el que més necessiten, és el tema de consciència de malaltia. Hi ha gent que està prenent medicació sense cap tipus de consciència del que s'està prenent. S'ho pren perquè li ha dit el metge, sense saber ni perquè és. (P3, 29/04/2014)

El problema que tenen moltes PSSL és el no reconeixement de la malaltia. La dificultat principal la trobem aquí (...) Amb l'equip d'atenció sanitària intentem fer consciència, treballar per la prevenció, treballar l'educació sanitària. Tenim un taller que es diu "Com em sento", i té l'objectiu de treballar el tema de la salut de manera transversal, del que jo percebo, del que tinc, de com em tracto, com afronto la meua salut...(P4, 06/05/2014)

Aquestes explicacions demostren la preocupació que tenen els professionals pel que fa referència a la percepció subjectiva de salut de les PSLL.

Diferències o especificitats en la importància que es dona a la salut o als problemes de salut

En l'anterior apartat s'ha analitzat la percepció subjectiva de salut i la consciència de malaltia. En relació amb aquests dos temes, ara explicarem la importància que donen els nostres entrevistats als problemes de salut.

La majoria dels nostres entrevistats afirmen que només van al metge quan tenen un problema greu. Molts d'ells asseguren que, per exemple, quan tenen o han tingut febre, grip, dolors o problemes de pell, no van al metge, perquè consideren que no són problemes greus. Per tant, són malalties o situacions que els nostres entrevistats han passat o passen al carrer. El entrevistat S4 afirma:

En la calle vives de otra manera, y hay muchas cosas que no le das importancia. Igual tienes fiebre, te tomas un paracetamol y sigues caminando. Para estas cosas a uno no se le pasa por la cabeza ir al médico ni nada (...) yo las enfermedades las he pasado solo, las hepatitis, y todo, las he pasado en la calle. (S4, 25/04/2014)

El entrevistat S6 fa afirmacions similars:

Me tengo que encontrar muy mal para ir al médico... Yo si tengo fiebre o un resfriado, lo he pasado en la calle y ya está. La mayoría de la gente no va al médico por cualquier chorrada, porque la mayoría de cosas que nos pasan se curan solas. (...) tampoco hago seguimiento médico de ningún tipo, ni análisis ni nada, porque si yo me encuentro bien, para qué voy a ir al médico? No soy muy de médicos yo (S6, 02/05/2014)

A més d'aquestes resistències per anar al metge, s'han detectat també a les entrevistes, les resistències per prendre medicació o fer algun tractament. També s'ha detectat la pràctica habitual de l'automedicació, entre la nostra població d'estudi.

Tengo hepatitis C y debería hacer tratamiento, pero no sé si lo voy a hacer, porque es un año, y yo no quiero estar otro año en Barcelona, y tampoco me quiero ver vinculado a pincharme cada semana, porque te cambia el humor, porque la

medicación para la hepatitis C es bastante fuerte, es como una quimioterapia, y la verdad, no me veo con ánimos de hacerlo. (S4, 25/04/2014)

El entrevistat S6, ens parla dels seus problemes amb una bronquitis aguda, degut al consum de tabac. Per una banda, afirma que se sent preocupat pel problema, però paradoxalment, per l'altra, explica que no fa tractament, simplement perquè no vol.

Me preocupa que a veces me cuesta respirar por lo que fumo. No hace mucho estuve en el hospital y me mandaron unas pastillas que no las tomo, porque yo paso de pastillas, y además ahora mismo me encuentro bien. Me mandaron también inhaladores, y los tengo, pero sin usar. (S6, 02/05/2014)

El entrevistat S4, explicava que li van detectar el VIH als anys 90, i sobre el tractament mèdic, ens deia:

Una de mis temporadas en la calle, no tomaba los retrovirales, porque llegó un momento en que no quería más medicaciones. Aún sabiendo que eso podía perjudicar mi salud, preferí no tomarlo (S4, 25/04/2014)

La mateixa persona també afirma el següent:

Tomo un tranqumazín al día para que no me tiemble el pulso. Tendría que tomar 3 al día, pero como no quiero tanta medicación, me lo tomo en cuartos. Las estoy dejando poco a poco, pero las dejo yo, no estoy haciendo ningún seguimiento médico para dejarlas (S4, 25/04/2014)

Per tant, veiem com la manca de consciència de malaltia, està clarament lligada a les resistències a prendre medicació o fer tractaments mèdics.

➤ **Dificultats d'accés a l'atenció sanitària**

Pel que fa a les dificultats d'accés a l'atenció sanitària, a continuació passarem a mostrar els resultats sobre els problemes formals, els pràctics, i els que tenen a veure amb el tema farmacèutic. Per últim, es mostraran les estratègies que utilitzen tant les PSL, com els professionals entrevistats, per donar solució a la problemàtica de l'accés.

Problemes formals d'accés

Sobre els problemes formals d'accés, destacar dues coses: en primer lloc, pel que fa referència a les PSSL entrevistades, coincideix que les 3 persones immigrants (els entrevistats S1, S2 i S5) afirmen no disposar de targeta sanitària individual (TSI) i les 3 persones autòctones (els entrevistats S3, S4 i S6) sí que en tenen. Aquesta dada contrasta amb el fet que els entrevistats S1 i S5 que no tenen TSI, asseguruen no haver tingut mai problemes per accedir a la sanitat. En aquest sentit, només el entrevistat S2 afirma:

Una vez no me quisieron atender en Drassanes por no tener TSI, fui a Arrels, llamaron a una ambulancia y entonces sí me vinieron a buscar. Otra vez me acompañó una señora de la calle, y también me atendieron. Pero cuando he ido solo, he tenido problemas. (S2, 12/04/2014)

En canvi, pel que fa als professionals, aquests asseguruen que el tema de la targeta sanitària els està suposant greus problemes a l'hora d'intervenir amb les persones, ja que els criteris per accedir a ella, són cada vegada més restrictius. La persona entrevistada P4 afirma:

Nosaltres intentem derivar a la xarxa normalitzada de salut, tot i que no sempre és possible, perquè ara mateix hi ha moltes dificultats per accedir a la targeta sanitària, demanen un empadronament de 3 mesos i tenim moltes persones que no tenen documentació, per tant, no es poden empadronar.... Ara mateix el tema documental genera conflictes (P4, 06/05/2014)

En segon lloc, un altre dels problemes d'accés a la sanitat, és l'accés a serveis especialitzats.

Cap dels nostres entrevistats de les PSSL, ha mostrat cap queixa en aquest sentit. En canvi, els professionals sí fan esment d'aquesta problemàtica, sobre tot, pel que fa a recursos de salut mental, on és gairebé impossible accedir-hi, especialment si la persona està en situació irregular. Els dos professionals d'equipaments residencials, ens parlen sobre aquest tema:

Una persona irregular malgrat tingui TSI, difícilment podrà accedir als recursos de la xarxa de salut mental. L'accés a residències, o pisos de salut mental és impossible malgrat tinguis targeta! Per tant, sí que tenen accés a la xarxa primària, però la TSI

no és una porta d'entrada a tot el sistema sanitari, sinó només a una part. (P3, 29/04/2014)

Si tu detectes una persona que porta temps a carrer, que està tenint un deliri, o té paranoia, i no té cap diagnòstic i, no es vincula al seu pla de treball perquè evidentment ell està aliè a la realitat, al final acaba absorbit pel sistema, rotant pels albergs, provant aquí i allà, però no hi ha cap recurs. És molt difícil l'accés per les persones sense sostre a recursos específics. Perquè quan hi ha pisos terapèutics o comunitats, acostumen a ser o d'entitats privades, agrupacions de pares o de cooperatives... i és molt difícil l'accés. I aquest és clarament un tipus de malalties que s'agreugen amb la situació social (P4, 06/05/2014)

Problemes pràctics d'accés

Pel que fa als possibles problemes d'accés pràctic a la sanitat, no s'ha trobat cap opinió ni queixa en cap de les nostres entrevistes, ni per part de les PSL, ni per part dels professionals. Com a problemes d'accés pràctic, fèiem referència al procediment per sol·licitar les visites.

En aquest sentit comentar, que totes les PSL entrevistades, han manifestat, que quan necessiten anar al metge de capçalera, qui demana hora és el treballador social. En paraules del entrevistat S6:

Cuando tengo que ir al médico, se lo digo a mi trabajador social, y él me pide día y hora. (S6, 02/05/2014)

Per tant, les persones que estan vinculades a alguna entitat social, i que tenen un referent, no han mostrat dificultats d'accés pràctic a la sanitat.

Problemes per a la continuïtat de l'atenció i els tractaments

Pel que fa a l'accés als productes farmacèutics, la majoria de PSL entrevistades afirmen no tenir o no haver tingut problemes per accedir-hi. Destaca però el comentari d'un dels entrevistats, el S1, que porta més de 30 anys al carrer, i comenta:

El tema de medicamentos ha cambiado mucho: antes si tenías un resfriado o una gripe, ibas a urgencias, te decían lo que necesitabas, y si no tenías dinero te

firmaban un vale, ibas a la farmacia y te los daban gratis sin problemas. Intenta hacer eso hoy en día. Encima te quieren hacer pagar un euro por receta. (S1, 05/04/2014)

Aquesta mateixa persona afirma haver tingut recentment dificultats per fer un tractament de llarga duració. Ho explica així:

La última vez que estuve ingresado en el Hospital del Mar por bronquitis, me arreglaron los primeros medicamentos que necesitaba, pero cuando la comisión mensual se enteró de lo que valían los medicamentos, 185 euros mensuales, dijeron que me los pagaban una vez y no más. Desde entonces estoy sin medicamentos (...) la verdad, fue un varapalo, porque al principio sí tuve la medicación, pero el médico me dijo que tenía que seguir el tratamiento durante un año con los mismos medicamentos, y eso no fue posible (S1, 05/04/2014)

El entrevistat S2, es queixava de la inadequació en l'administració de certs medicaments i de la manca de tractaments adequats. La seva experiència personal quan va haver de passar el síndrome d'abstinència al carrer, és aquesta:

Cuando quise dejar el alcohol, quería un techo, un lavabo, una cama... pero me daban solo paracetamol, nada más, aunque tenía mono, alucinaciones, paranoias¹¹ (S2, 12/04/2014)

A part d'aquestes dues experiències de problemes a l'accés als medicaments, en general, els entrevistats sense llar, asseguren no haver tingut greus problemes en aquest sentit. Les entitats a les quals estan vinculats els nostres protagonistes, solen fer-se càrrec del tema farmacèutic.

Per tant, pel que fa a medicaments comuns, no s'han registrat problemàtiques destacables en les entrevistes realitzades. En canvi, una de les professionals, la que treballa en l'àmbit de salut, ens assenyala un tema que per ella és preocupant, afirmant:

A mi em preocupa més aquella persona que pel fet de no tractar-se el problema en aquell moment, acabi fent una patologia de tipus agut, i que la seva salut es vegi seriosament afectada. Per tant, em preocupen més els temes a llarg termini que a

¹¹ Cal comentar que amb aquesta persona, vaig presenciar personalment les al·lucinacions, i paranoies, el que es coneix com delirium tremens. I efectivament no prenia cap tipus de medicació específica.

curt termini. Perquè els temes d'immediatesa s'estan atenent. Per tant és aquella prevenció que podríem fer, però que cada vegada és més difícil. (P1, 09/04/2014)

Els entrevistats P3 i P4, en canvi, minimitzen la problemàtica de l'accés als productes farmacèutics, ja que asseguren el següent:

A la Creu Roja tenim un servei d'ajuts farmacològics, o sigui que normalment, cap de les persones que està centre, es queda sense tractament. (P4, 06/05/2014)

Amb el tema dels productes farmacèutics, tenim un pressupost per cobrir tot això. I des de que vam obrir et puc dir que cap usuari s'ha quedat sense accedir a cap producte farmacèutic, mai (P3, 29/04/2014)

Un problema que sí destaca un d'ells, però que ara per ara ja està resolt, és el següent:

On sí que vam tenir un problema greu en el seu moment va ser amb la taxa de l'euro per recepta, perquè la gent que estava cobrant rendes mínimes, estava exempt, però la gent que no tenia ingressos, l'havia de pagar. Això va ser un trencament amb el pressupost bestial: la taxa del euro es portava un 40% del nostre pressupost en medicaments (P3, 29/04/2014)

En aquest sentit, per sort, la taxa de l'euro per recepta ha esdevingut inconstitucional, per tant, la seva aplicació ha desaparegut.

No obstant, cal remarcar un tema que té preocupat al entrevistat P2:

Comencem a veure un creixement molt alt en temes d'ajudes per productes farmacèutics. Clar hi ha moltes malalties que necessiten d'una medicació regular per minimitzar els danys. I aquest problema creixerà segur. (P2, 16/04/2014)

Aquesta idea va en la línia dels comentaris de la primera professional, per tant, aquest tema dels productes farmacèutics pot empitjorar a llarg termini.

Estratègies utilitzades per l'accés

En els 3 apartats anteriors, s'han mostrat tots els problemes d'accés a l'atenció sanitària que han patit les PSSL entrevistades, i també la opinió dels professionals

sobre el tema. Aquest últim apartat, fa referència a les estratègies que utilitzen tant PSSL com professionals, quan tenen problemes d'accés, ja siguin problemes d'accés a la sanitat, com problemes d'accés als productes farmacèutics.

En aquest sentit, cal destacar l'Associació Salut i Família, que ha estat esmentada per 4 de les persones entrevistades. Dues d'elles (S2 i S5), les que no disposen de targeta sanitària, asseguraven haver fet ús d'aquesta associació. També per part dels professionals, els que treballen de forma directe amb el col·lectiu de PSSL (P1, P3 i P4) afirmaven treballar amb aquesta associació regularment.

En general, els comentaris dels entrevistats sobre l'atenció a Salut i Família, han estat positius. Destaquen les paraules d'un d'ells:

Cuando empecé a tener problemas con el páncreas, me fui al Salud i Familia. También cuando tuve una crisis de gastritis, tuve que ir al hospital de urgencias, allí me atendieron y al final me dieron la factura, por la ambulancia y todo... y se lo llevé a Zona Franca y la trabajadora social me dijo que ellos no podían pagarlo, y me dijo que tenía que volver a Salud i Familia. Entonces fui allí y me dijeron: tu tranquilo que a partir de ahora, nosotros nos ocuparemos de tu salud. (S5, 25/04/2014)

La majoria dels professionals entrevistats asseguraven també treballar en xarxa amb aquesta entitat de forma regular:

Quan tenim problemes d'accés a la sanitat o als productes farmacèutics amb les persones immigrants irregulars, derivem a Salut i Família, perquè és un recurs per estrangers que ens informa de tot el tema de tràmits de targeta sanitària. (P1, 09/04/2014)

Quan tenim persones que no tenen TSI i necessiten assistència treballem amb Salut i Família principalment. (P4, 06/05/2014)

Treballem amb Salut i Família però no únicament pel problema de falta de documentació sinó per altres tipus de situacions (P3, 29/04/2014)

A part d'aquesta associació, coneguda entre les PSSL i els professionals, cal assenyalar altres estratègies d'accés a la sanitat:

Treballem també amb l'ESMES, que és l'equip de salut mental de carrer, que fan atenció a via pública i atenció també als centres. Si detectem una persona que pot tenir un problema de salut mental greu, venen aquí al centre, el valoren i poden fer seguiment. (P4, 06/05/2014)

Sobre el tema del medicaments, ja hem vist que no s'han registrat greus problemes d'accés. De totes formes, el entrevistat P4 ens explica:

Amb algun tractament que és crònic, tirem d'altres entitats. Per exemple, a la Creu Roja tenim un servei d'ajuts farmacològics, o sigui que normalment, estant aquí al centre, ningú es queda sense tractament. (P4, 06/05/2014)

➤ **Intervencions de Treball Social**

En aquest últim apartat que fa referència a les intervencions que es fan des de Treball Social en relació als problemes de salut de les PSSL, analitzarem dos temes principals: les intervencions que es realitzen, i les dificultats amb les que es troben els professionals. Veurem doncs, el contrast de la opinió de les PSSL i dels professionals, en quant a intervenció.

Intervencions que es realitzen

Les experiències que tenen les PSSL amb els seus referents de treball social són diverses: veurem persones que han tingut males experiències amb els professionals, i altres que han aconseguit crear un vicle terapèutic amb els seus referents.

A part de la relació amb els professionals, les persones que han estat molts anys al carrer, són grans coneixedores dels recursos, i ens han explicat les seves vivències, tant les positives com les negatives.

Primerament, farem referència a les experiències viscudes en relació amb les entitats. El entrevistat S1 destaca:

Una vez fui a Cáritas y es peor que la policía nacional! Me Hicieron todo tipo de preguntas: porque estás en la calle? porque aquí en España? Y porque no te vuelves a Alemania? Y yo les digo que en Alemania soy más extranjero que aquí! Es que ni siquiera me quisieron dar la tarjeta del comedor de noche. Me dijeron que me podían poner en una lista de espera de unos 5 o 6 meses. (S1, 05/04/2014)

Un altre dels entrevistats, el S3, corrobora la mateixa informació:

Ni el ayuntamiento, ni Cáritas, me han tratado nunca bien. Vas a Cáritas y te dicen: te ponemos en lista de espera, y tú dices, a ver señorita, usted es asistente social? Usted come 3 días al año? Póngase usted en mi lugar. (S3, 14/04/2014)

També destacar, aquest comentari del S5:

La idea de mi asistente social del SIS para ayudarme fue hablar con los Servicios Sociales de Rumania y decirme: "a ver si te pagan el ticket de vuelta y te vas de aquí". Y a mí no me preguntó si yo quería ir, pero ella me dijo: "ves a Rumania, y arregla tus cosas, nosotros te ayudamos a irte". Yo le dije que no me iba a ningún lado, y que si me podía ayudar con algo vale, y sino, pues que muchas gracias. (S5, 25/04/2014)

A part d'aquestes queixes, també cal destacar els problemes que tenen les PSLL amb alguns recursos residencials, sobretot quan fem referència a les altes hospitalàries:

El problema de los albergues es que cuando hay una plaza es de corta duración. Yo no creo que esto ayude mucho, porque sales de la calle, vas a vivir un mes en un albergue, y luego qué? Pues para eso no me voy. Cuando te acostumbras a la cama, tienes que salir otra vez a buscar cartones. No hay nada seguro, no tienes una estabilidad. Una vez yo salía del hospital y una asistente me ofreció 2 semanas en un albergue, y yo le dije, y después qué hago? Y me dijo, pues tendrás que salir y tendremos que buscarte otro albergue. Yo con mi problema de transporte y de todo¹², y al final, me quedé como estaba, en la calle (S5, 25/04/2014)

Una vez hice un programa de desintoxicación por alcohol y dejé de beber. Y coincidió con tener que dejar el albergue también. Imagínate, te dejan en la calle un 4 de enero, con el frío. En la calle necesitas alguna droga, porque no lo puedes aguantar, te vuelves loco, y si tomas algo, pues te olvidas, te distraes. Tienes que refugiarte en algo, y por eso, la mayoría de la gente que está en la calle bebe. Yo me mosqueé mucho cuando me dijeron que tenía que dejar el albergue, y después de dejar el alcohol, digo, ahora tengo que volver a la calle? (S5, 25/04/2014)

El entrevistat S6 explica una situació similar:

¹² Cal recordar que aquest entrevistat pateix una discapacitat i va en cadira de rodes.

Al salir del hospital, los del ayuntamiento me buscaron y pagaron una pensión un mes. Pero solo estuve un mes y luego otra vez a la calle (S6, 02/05/2014)

Sobre el problema de la targeta sanitària que es comentava anteriorment, la persona entrevistada S1, explica la seva vivència d'aquesta manera:

Hace 1 año y medio, que mi asistenta y yo estamos luchando a ver de qué manera podemos conseguir la TSI. Lo hemos intentado en varios CAP diferentes, pero no quieren. Parece que no es posible ni la ayuda social. (S1, 05/04/2014)

De les entrevistes realitzades a les PSLL, també s'ha de fer esment a les seves experiències positives amb les intervencions de les entitats socials, o amb els professionals. No tot són males experiències, i s'han de ressaltar molt especialment les vivències més positives, perquè en les paraules dels nostres entrevistats, es mostra que quan hi ha un bon vincle terapèutic entre professional i usuari, les intervencions solen donar millors resultats. No es pot generalitzar, però de les entrevistes realitzades sobretot destacar una, la de la persona S4 en la que clarament, el vincle amb la seva treballadora social, ha suposat una gran millora en la seva qualitat de vida.

Hasta que no conocí a mi actual asistenta, no he conocido otra con la que yo pudiera tratar. A ella la conozco hace 1 año, y tanto ella, como ACASC, siempre me han ayudado y sé que siempre que los necesite me ayudaran (...) Para la última analítica me acompañó ella, porque no se fiaba que fuera. Ella ha sido el motor de ponerme en funcionamiento, ella me ha arreglado todos los papeles, cuando fui al tribunal médico vino conmigo. Si ella no me hubiera acompañado, todo me hubiera costado mucho más, o simplemente no lo hubiera hecho" (...) "Para mi Jeni, es la persona que más me ha ayudado. (S4, 25/04/2014)

Un altre persona ens comenta:

Hace 25 años que conozco Arrels, desde que se fundó. Allí me han dado muy buenos consejos, y he tenido buenas asistentas sociales. También he conocido voluntarios que me han dado todo a cambio de nada, para que yo saliera adelante. Así que los únicos que me han tratado bien, y me han ayudado son los de Arrels. (S3, 14/04/2014)

Sobre les impressions dels professionals entrevistats sobre les intervencions en temes de salut, destacar les altes hospitalàries. En referència a aquest tema, tenim, en primer lloc, la veu de la entrevistada P1, professional de l'àmbit de salut, que ens explica, com es treballen les altes al seu centre de treball. Segons ella:

Una alta hospitalària sempre implica una intervenció en la que ha d'haver-hi una valoració. Una valoració completa dins de la situació treballada des del punt de vista d'urgències. Tens les dades que estiguin al teu abast durant l'estada hospitalària, amb lo qual t'has de coordinar amb diferents sectors: serveis socials d'urgències, i tots els recursos de la xarxa, tant públics com privats. Treballem amb qualsevol entitat que ens pugui donar un recurs i per derivar a la persona. Després tu entre tota aquesta xarxa sempre necessites un referent, això implica que ha d'haver un treballador social de la xarxa que ja conegui, en moltes ocasions, el cas (P1, 09/04/2014)

El entrevistat P2 fa especial menció a les intervencions que es fan a peu de carrer, que malgrat no ser gaire habituals, considerem necessari destacar, ja que posteriorment es desenvoluparan en major detall.

A les dones en situació irregular del carrer, els fa molta por anar al sistema públic pel tema de la documentació, llavors surt un infermer i un metge de Creu Roja i fan petites cures o petites dispensacions de medicaments: les fem in situ al carrer. També fem tota un part de suport emocional, on diferents psicòlegs també van a aquestes sortides. Aquest servei surt 3 vegades a la setmana (P2, 16/04/2014)

També fem operacions especials sobre tot per les onades de fred. Quan s'activa l'alerta de fred per sota d'una temperatura a Barcelona ciutat, es fan sortides diàries amb voluntaris per tota la ciutat per identificar aquelles persones que estan dormint al carrer, caixers.. primer se les intenta convèncer de que vagin a algun dels albergs que s'obren per l'operació fred, i si volen, se'ls porta cap allà i si no volen anar, com a mínim allà se'ls dona algo d'abric (P2, 16/04/2014)

Els altres dos professionals, P3 i P4, que treballen en equipaments residencials, destaquen les següents intervencions en referència a la salut:

A les persones amb problemes de salut al CD sempre els mirem de vincular a l'atenció primària de salut del barri, per normalitzar. Llavors una de les coses que fem és empadronar i mirar de garantir que puguis tenir accés a la xarxa d'atenció primària. (...) També està tot el tema de vinculació amb els acompanyaments del

metge. Nosaltres tenim un professional que està permanentment fent acompanyaments al metge. (P3, 29/04/2014)

La persona P4 també ens comenta:

A l'equipament tenim infermeria i una doctora, amb franges horàries reduïdes. Totes les persones que entren al centre passen pel servei sanitari. Tothom passa per la doctora, i se'ls obre una fitxa. En aquesta fitxa es registre tant l'estat de salut, com al·lèrgies a medicaments, al·lèrgies alimentàries... Llavors les persones que estan malaltes se'ls fa un seguiment, i per les que no ho estan, donem una atenció bàsica primària. I per temes de salut tant física com mental, derivem a recursos externs. Nosaltres intentem sempre derivar a la xarxa normalitzada, tot i que no sempre és possible (P4, 06/05/2014)

Totes aquestes són les intervencions que han destacat els professionals entrevistats quan se'ls ha preguntat per l'abordatge de les qüestions de salut amb el col·lectiu de PSLL.

Dificultats que es troben els professionals

En aquest últim apartat, només es farà referència a les entrevistes dels professionals, ja que volem esbrinar, amb quines dificultats es troben aquests a l'hora d'intervenir. Ja hem vist anteriorment quin tipus d'intervencions es realitzen, però, amb quines dificultats es troba el professional davant d'aquestes?

La professional P1 comenta 3 problemes principals:

No tenim 24h de treball social d'urgències. (P1, 09/04/2014)

A vegades el problema està quan el pacient valora que no vol cap intervenció.. també a vegades la mateixa persona no ho ha manifestat que viu al carrer i torna al carrer. (P1, 09/04/2014)

També hi ha problemes, entre el que la institució que em truca planteja, i el que des del punt de vista d'urgències, i d'aguts, amb els criteris d'ingrés, es pot donar o no. Amb un pacient que no té cap patologia aguda, però està al carrer, jo intervinc. Però si aquesta persona encara que no tingui casa, no té criteri d'ingrés, no la podem deixar aquí, perquè seria un sense sentit. El que necessita aquella persona és un altre tipus de recurs. (P1, 09/04/2014)

Aquesta persona opina que falten recursos adequats, per aquest tipus de problemes, com són les altes hospitalàries per les PSL. També comenta que falten professionals a primera línia, ja que hi ha una manca de professionals detectant a carrer i fent accions encaminades a denunciar les situacions d'exclusió social. Ella afirma que:

Es necessiten més educadors i treballadors socials pel carrer, que tinguin un paper actiu i això també implicaria una millor coordinació. (P1, 09/04/2014)

El entrevistat P2 fa esment a la falta de recursos socio-sanitaris específics. Segons ell:

Ara les indicacions que té salut, és que de seguida que el pacient pugui sortir, que surti. Clar, si no hi ha un recurs pel mig, doncs la persona que ve del carrer, torna al carrer. En aquest cas hauria d'haver-hi uns professionals socials que s'encarreguin d'això i també uns recursos que no existeixen, que serien com una mena de pisos estada d'urgència, que en situacions excepcionals, la persona tingui la opció de fer aquest seguiment. (...) Clar, els albergs, sí que hi són, però segurament un alberg no és un recurs adequat quan tens un problema sanitari, que necessites una higiene, una intimitat.. hi haurien d'haver recursos estandarditzats. (P2, 16/04/2014)

En aquesta mateixa línia, els professionals P3 i P4, fan una crítica bastant dura, sobretot, pel que fa referència a les altes hospitalàries. Un d'ells ens explica:

Les altes hospitalàries, en un gran percentatge, es donen d'avui per demà i sense haver rastrejat prèviament. I després et trobes amb una trucada: li donem l'alta a aquesta persona avui, ara. Llavors tens un problema. Per desgràcia això passa molt.(...) Fa poc, a un senyor li havien de fer una intervenció complicada, i el ingrés era per uns mesos. Vam avisar a l'hospital que quan li donessin l'alta, necessitàvem saber-ho amb una mica de temps, per tal de poder gestionar les places. Perquè si m'avisen amb 15 dies, es pot planificar. Doncs bé, em truquen un dia i em diuen que li donen l'alta en el mateix moment, i tu aquell dia no tens plaça per aquell senyor. Això passa molt, i això és un verdader problema de falta de voluntat per treballar en xarxa, el que passa és que a l'àmbit sanitari, l'àmbit social es veu com el germà petit. (P3, 29/04/2014).

Hi ha treballadores socials que tenen problemes, però per la jerarquia establerta als hospitals, no són capaces de dir-li al metge: aquest senyor no pot sortir de l'hospital així (...) La relació en general dels equipaments amb els hospitals no és bona, perquè a tots ens han enviat alguna ambulància. El treball en xarxa es molt difícil i depèn molt de les relacions i els contactes que tinguis a nivell individual. (P3, 29/04/2014)

A més d'aquestes declaracions d'un dels professionals, també volem destacar el següent:

Tinc experiències molt dolentes amb els hospitals, ens ha passat de trucar-nos el mateix dia i plantar-nos una persona en pijama a la porta i l'ambulància marxar. Clar no pots donar l'alta a persones que no són altables. Si tens una persona a l'hospital amb un tractament d'aguts, però la seva problemàtica de salut ha millorat, i els donen l'alta a domicili, a mi em fa molta gràcia... perquè això no deixa de ser una problemàtica social. (P4, 06/05/2014)

Moltes vegades t'arriben persones amb "altes a domicili", i dius, home, domicili... Primer perquè li dones l'alta i no té on anar a dormir, o el porten aquí, però no són conscients que la persona no té domicili, i el tractament que pot fer aquí, no és el mateix que pot fer a domicili.(...) Jo crec que el problema està sobretot en una manca de recursos socio-sanitaris o recursos de convalsència. Manquen recursos. Des de l'Ajuntament van haver de limitar els accessos directament de l'hospital, perquè enviaven persones que no podien estar aquí. Gent que no pot estar en un alberg, que és un tema social, és una cosa de l'hospital que el derivi a un socio-sanitari. (P4, 06/05/2014)

La veu dels professionals entrevistats ens mostra els problemes que generen les altes hospitalàries. Contrasten les opinions de la treballadora social d'urgències, amb els professionals dels equipaments residencials. Aquests últims, asseguren greus problemes de coordinació i recursos. La treballadora social d'urgències sobretot remarca la manca de professionals i recursos. Veurem més endavant, com aquest contrast d'opinions, el que reflexa és més la manca de recursos socio-sanitaris adequats per les problemàtiques de salut de les PSL, que no pas, la mala praxis dels professionals.

4.2. Discussió

A continuació, es presenta l'apartat de discussió en el que es tractarà d'analitzar els resultats obtinguts de l'estudi, anteriorment exposats. L'estructura de la discussió s'ha realitzat d'acord amb els objectius marcats, i ressaltant els elements més importants apareguts durant el treball de camp. Aquesta discussió està dividida en dos apartats diferenciats: el sensellarisme com a problema social i de salut, i les intervencions que es realitzen des del Treball Social.

➤ **El sensellarisme com a problema social i de salut**

Problemes específics de salut

El resultat de les entrevistes mostra com els problemes de salut, pobresa i exclusió tendeixen a aparèixer conjuntament i a reforçar-se entre sí.

Són nombrosos els estudis que mostren la prevalença de certes malalties en la població de PSL. Tant Cabrera (1998), com Muñoz i Vázquez (1998), afirmaven que les malalties amb més prevalença eren: malalties mentals, malalties cròniques, problemes addiccions, de pell, digestius i respiratoris. Coincidint amb ells, entitats com Health Care of the Homeless (2014), fan especial menció a la prevalença de malalties cròniques al carrer com hipertensió, asma, diabetis, tuberculosi, hepatitis C o VIH.

En les 6 entrevistes realitzades a diferents PSL, s'han detectat moltes d'aquestes malalties. En concret han aparegut les següents: bronquitis crònica, pulmonia, pneumònia, grip, pancreatitis, hepatitis C, VIH, sarna, problemes de circulació, peritonitis, i alcoholisme. També han aparegut problemes de son i de malnutrició; problemes que no han estat mencionats per cap d'aquests 3 estudis, als que fem referència.

Sobre els problemes de falta de son, com a conseqüència de no tenir un lloc estable per descansar, trobem d'altres problemàtiques relacionades, com la irritabilitat, el estrés, o la fatiga. (Cáritas, 2002). Aquest tipus de problema, fa disminuir l'esperança de vida, i augmenta la mortalitat prematura per les PSL cronificades. (Nursing Center, 2014)

Sobre el tema de la malnutrició cal fer especial menció a un fet que ha aparegut durant l'estudi: les persones que tot i no tenir llar, sí tenen targeta d'algun menjador social, no han fet cap esment de problemàtiques de nutrició. En canvi, les tres persones entrevistades de nacionalitat estrangera, van explicar els següents problemes: Un d'ells comentava que havia perdut més de 20 kg des de que havia anat a parar al carrer. Un altre, afirmava fer només un àpat al dia. I l'últim, assegurava no poder seguir una dieta equilibrada, degut a: l'excés de menjar llaunes o entrepans, o haver de dependre del que la gent li doni. Cal recordar en aquest punt, que el servei de menjador social, està inclòs als Serveis Socials Bàsics. Els ciutadans poden accedir als menjadors socials públics 3 vegades a l'any, només complint un requisit: han de presentar la seva identificació; però per assistir regularment, es necessita de la derivació d'un professional amb una valoració social, que afirmi que la persona pateix un risc social (Ajuntament de Barcelona, 2014). Les persones que no disposen de documentació, tenen més dificultats per accedir a aquest tipus de serveis públics, fet que pot comportar l'empitjorament de la seva salut. No obstant, s'ha de fer esment, que a la ciutat de Barcelona existeixen també altres recursos de menjador, molts d'ells d'entitats religioses, als que pot accedir tothom.

Aquest tipus de problema, ens mostra les desigualtats que existeixen inclús, dins del món de l'exclusió social. Com destaquen Uribe i Alonso (2009), el col·lectiu de PSL i que a més són irregulars, tenen una vulnerabilitat afegida. En aquest sentit, les entrevistes fan pensar que les persones sense llar irregulars pateixen força més desigualtats que les persones sense llar autòctones.

En quant als factors que fan més vulnerables a les PSL, Càritas (Potrero i Utrilla, 2002) destaca les pròpies condicions de vida al carrer, les quals deterioren la salut de les persones. Totes les entrevistes realitzades han destacat aquestes condicions de vida, lligades directament als seus problemes de salut. Els entrevistats S1, S3, S4, S6, van tenir problemes de pulmonia i pneumònia, com a conseqüència d'haver de dormir al carrer al hivern. Els entrevistats S2 i S6 van tenir problemes de pell per haver de dormir sense les condicions higièniques adequades. A més, quan se'ls ha preguntat pel seu estat de salut abans d'anar a viure al carrer, totes les persones han afirmat que abans no tenien cap problema de salut.

Respecte al problema concret de les addiccions, ja hem mostrat que 4 de les 6 persones entrevistades afirmaven tenir o haver tingut problemes d'alcoholisme. El S4

també ens va explicar els seus problemes amb la cocaïna i la heroïna, i només un dels entrevistats afirmava no tenir cap problema d'addiccions. Cal recordar, que els desavantatges econòmics i socials de les persones sense llar entrevistades, no només es manifesten en mancances materials, sinó, com afirmen Uribe i Alonso (2009), aquests estan relacionats amb comportaments de risc, hàbits i estils de vida.

A més de la pròpia problemàtica de l'addicció, s'han descrit les següents malalties relacionades amb l'alcoholisme: problemes de circulació, peus i cames inflades, pancreatitis, i síndrome d'abstinència. Aquests problemes són conseqüència directe dels diferents trastorns d'addicció. Es destaca el següent comentari:

En el momento en que duermes en la calle, sin ninguna otra posibilidad de hacer nada, no puedes aceptar la verdad y empiezas a beber. Cuando estás en la calle bebes más y más y más, hasta que pierdes el control (S5, 25/04/2014)

En aquest sentit i tal i com afirma Cabrera (1998), tot i que ha existit sempre una tendència a presentar com a causa del sensellarisme, la major presència d'abús de substàncies tòxiques, es tracta d'un enfocament exagerat, ja que el problema de les persones al carrer és molt més complex. S'assenyala sovint l'addicció com a causa de l'exclusió, però és possible que en ocasions sigui més aviat un efecte que no una causa, com afirmava el nostre entrevistat S5. Ja hem vist com els problemes de salut i exclusió es retroalimenten, per tant, és una tasca molt difícil reconstruir la direcció d'aquesta causalitat. Un altre comentari que reforça aquesta idea:

En la calle necesitas alguna droga, porque no lo puedes aguantar, te vuelves loco. Tienes que refugiarte en algo, y por eso, la mayoría de la gente que está en la calle bebe (S5, 25/04/2014)

Tot i que amb la informació dels resultats no es demostra que les addiccions siguin causa del sensellarisme, el que sí que mostren els estudis és que molts dels problemes de salut que es generen a carrer, estan relacionats d'alguna forma amb les conductes addictives.

Percepció de la salut i importància de la salut per les persones sense llar

La percepció subjectiva de la salut va molt lligada a la consciència de malaltia de les persones. De les entrevistes realitzades a PSSL, cal destacar que només una de les

persones considera que el seu estat és molt dolent. Els altres 5 entrevistats, en canvi, malgrat haver descrit tots els seus problemes de salut, quan se'ls va preguntar com consideraven que era el seu estat de salut en general, van contestar que bo o molt bo. Aquest fet coincideix amb els dades del INE (2012) quan mostaven que només un 14,2% de les persones sense llar enquestades havia afirmat que el seu estat de salut era dolent o molt dolent.

FEANTSA (2006) assenyalava la manca de consciència de malaltia com un dels problemes principals de les PSLL. Els professionals es mostren molt preocupats per aquest problema, que segons ells, és bastant generalitzat en el context del col·lectiu de PSLL. La entrevistada P1 afirma que el primer pas perquè una persona faci qualsevol tipus de rehabilitació, és la percepció personal de que té un problema, per tant, implica la voluntat de la persona per fer aquell tractament. Però com indica la Fundació Arrels (2014) les PSLL, malgrat els problemes de salut que pateixen, es desvinculen sovint de la xarxa sanitària.

Aquesta preocupació per parts dels professionals, es materialitza en el treball que es realitza amb les persones. Els entrevistats P3 i P4, els quals treballen en equipaments residencials, afirmen treballar la salut des d'un eix central. Ells creuen que els usuaris que s'han de prendre una medicació, han de saber perquè la prenen, què prenen, i quines conseqüències pot tenir. La preocupació pel no reconeixement de la malaltia és tan gran, que en alguns centres en fan cursos específics. La professional P4, ens explicava una activitat en relació a aquest tema en el seu centre de treball:

Amb l'equip d'atenció sanitària intentem fer consciència, treballar l'educació sanitària. Tenim un taller que es diu "Com em sento", i té l'objectiu de treballar el tema de la salut de manera transversal, del que jo percebo, del que tinc, de com em tracto, com afronto la meva salut. (P4, 06/05/2014)

Aquestes explicacions demostren la preocupació que tenen els professionals pel que fa referència a la percepció subjectiva de salut de les PSLL. En aquest sentit, Barbero (2008) afirma que els mecanismes d'exclusió dels més desfavorits en l'accés als serveis, tenen molt a veure amb la inexistència de necessitat. Poden ser els més desproveïts, però per manca d'informació i sentiment de necessitat, no accedeixen als recursos. D'aquí rau la importància de les intervencions socials.

En aquesta mateixa línia, ens podríem preguntar si les PSLL li donen la mateixa importància a la salut, que les persones que viuen en una llar.

La majoria dels nostres entrevistats afirmen que només van al metge quan tenen un problema greu. Per tant, moltes malalties o situacions que els nostres entrevistats no consideren greus, no han tingut una resposta professional, ja que no s'ha fet cap demanda. Un altre vegada veiem com l'accés als recursos està lligat al sentiment de necessitat.

Quan s'identifiquen a les entrevistes les resistències a fer tractaments, es mostra el lligam que uneix la percepció de salut, amb el no reconeixement de malaltia. L'entrevistat S4 ens comenta:

Una de mis temporadas en la calle, no tomaba los retrovirales, porque llegó un momento en que no quería más medicaciones. Aún sabiendo que eso podía perjudicar mi salud, preferí no tomarlo. (S4, 25/04/2014)

Aquesta mateixa persona també afirma el següent:

Tomo un tranquilizante al día para que no me tiemble el pulso. Tendría que tomar 3 al día, pero como no quiero tanta medicación, me lo tomo en cuartos. Las estoy dejando poco a poco, pero las dejo yo, no estoy haciendo ningún seguimiento para dejarlas. (S4, 25/04/2014)

El entrevistat S4 assegura que no fa el tractament per la hepatitis C, perquè és un tractament molt llarg. El entrevistat S6 afirma que va haver d'anar a urgències per la bronquitis, però que li van donar inhaladors i pastilles, i no les pren, perquè creu "que no ho necessita". Per tant, veiem com la manca de consciència de malaltia, pot provocar la falta d'interès per la rehabilitació, que a l'hora pot esdevenir un element clau en l'empitjorament de l'estat de salut de les PSLL.

En aquest sentit, cal fer referència al Informe de la Inclusió Social a Espanya (Fundació Caixa Catalunya, 2009), quan assenyalava que les desigualtats socioeconòmiques no tenen només relació amb l'accés a l'atenció, sinó també amb comportaments i percepcions de risc. Segons aquest informe, els grup més desfavorits solen adoptar estils de vida, rutines i comportaments perjudicials per la seva salut. A més es destaquen les seves subcultures de l'autoatenció o l'autocura, que promouen

determinats codis de conducta i estratègies específiques davant la malaltia (Fundació Caixa Catalunya, 2009, p. 21). De fet, totes les PSSL entrevistades han assegurat que per segons quins problemes no van al metge, sinó directament a la farmàcia. En aquest sentit, s'ha detectat la pràctica habitual de l'automedicació, entre la nostra població d'estudi.

És possible que una bona intervenció per part del treball social, pogués millorar tota aquesta temàtica de la percepció de salut. Hem vist amb anterioritat com quan les persones creen un vincle terapèutic amb els seus referents, tenen més possibilitats d'arribar a aquella autonomia personal que permetrà que puguin adquirir la responsabilitat i s'acabin convertint en gestors de la seva pròpia salut. (Síndic de Greuges, 2005).

Accés a la salut

Càritas (2007) va fer un estudi sobre les problemàtiques de salut de les PSSL, on a part dels problemes específics de salut física, es destacaven altres tipus de dificultats com són: els problemes d'accés, la manca de recursos, o la discriminació.

Sobre la dificultat en l'accés a l'atenció sanitària, un primer element a destacar és el tema de la targeta sanitària. La reforma 16/2012 feia perillar l'accés a la sanitat per moltes persones en situació irregular. De fet, Metges del Món (2013) alertava de la liquidació de 873.000 targetes sanitàries a l'Estat Espanyol. No obstant, gràcies a que Catalunya té les competències en sanitat, semblava que aquest problema afectaria en menor mesura, als ciutadans residents. Però s'ha de fer esment a que quan s'accedeix a la targeta sanitària, aquesta pot ser de nivell 1 o de nivell 2. Les persones que tenen un empadronament de 3 mesos, només poden accedir al el nivell 1, sense dret a l'ús serveis especialitzats, sinó únicament a l'atenció bàsica. Les persones que tenen més d'un any d'empadronament, poden accedir a la targeta nivell 2. En l'estudi de Càritas (2013) apareix efectivament, el problema d'accés a serveis especialitzats.

Els professionals entrevistats han mostrat una clara preocupació pels canvis esdevinguts en els últims temps. Tots ells assenyalaven les dificultats amb les que es troben en l'actualitat per aconseguir les targetes sanitàries. Sobre el tema del serveis especialitzats, destacar el que declarava el entrevistat P3:

Una persona irregular malgrat tingui TSI, difícilment podrà accedir als recursos de la xarxa de salut mental. L'accés a residències, o pisos de salut mental és impossible malgrat tinguis targeta! Per tant, sí que tenen accés a la xarxa primària, però la TSI no és una porta d'entrada a tot el sistema sanitari sinó només a una part. (P3, 29/04/2014)

Pel que fa als serveis especialitzats, aquest professional afirmava que tot i que les persones puguin accedir a la targeta sanitària, no vol dir que puguin accedir a tots els recursos sanitaris. Aquesta persona feia especial menció als recursos de salut mental per la dificultat d'accedir a pisos terapèutics, residències o comunitats, perquè la majoria d'elles són d'entitats privades, per tant, sovint amb copagament, fet que dificulta molt especialment les PSL, ja que aquestes persones o no tenen ingressos, o cobren pagues mínimes, amb lo qual es fa gairebé impossible a accedir a aquest tipus de recurs.

Malgrat aquestes dificultats assenyalades pels professionals com una de les barreres més importants, i sobretot, que els dificulta força la seva feina, curiosament les PSL entrevistades, asseguren en la seva majoria, no haver tingut mai problemes en l'accés a l'atenció mèdica. Només una de les PSL entrevistades afirmava que en diferents ocasions, no l'han volgut atendre per no tenir TSI. Tot i això, encara que només una de les persones hagi afirmat que no la van atendre, no per això, és menys important, ja que estem parlant de la vulneració dels seus drets humans. Cal recordar que la majoria dels països de la Unió Europea reconeixen el dret a la salut com un bé universal, tot i que com hem vist, a la pràctica, no totes les persones d'un país determinat, competeixen en igualtat de condicions, ni tenen les mateixes possibilitats d'accés als serveis sanitaris. (Uribe i Alonso, 2009)

Estratègies d'accés

De les 6 PSL entrevistades, ja s'ha comentat que 3 disposen de targeta sanitària, i 3 no. Quan es va preguntar a aquestes persones per les estratègies que utilitzaven per accedir a la sanitat, dues de les persones immigrades que no tenen TSI, asseguraven fer servir l'associació Salut i Família de forma habitual, no només per l'accés a l'atenció sanitària, sinó també per l'accés a productes farmacèutics. La tercera persona que no disposa de TSI, assegurava no conèixer aquesta entitat, però afirmava no haver tingut mai problemes per l'atenció sanitària. Les 3 persones amb TSI, afirmaven

no conèixer aquesta entitat, en canvi, dos d'ells van esmentar Santa Lluïsa de Marillach, com un dels centres de convalescència, amb el qual els dos estan vinculats.

Ja hem vist que l'Associació Salut i Família té la missió d'atendre i donar assistència a totes les persones, independentment del seu origen o condició social. En concret, tenen un programa que es diu "De compatriota a compatriota", que pretén aconseguir l'accés normalitzat al sistema sanitari, de les persones en situació d'extrema vulnerabilitat i risc d'exclusió social. S'ha de tenir en compte, però, que totes les PSSL entrevistades es mouen pel centre de la ciutat, fet que ha pogut influir en la resposta. Es possible que això expliqui el fet que els nostres entrevistats sense llar, hagin coincidit en esmentar aquesta entitat, i Santa Lluïsa de Marillach, que està situada a la Barceloneta. No obstant, destaca el fet que els professionals també han fet esment d'aquesta. De fet, els entrevistats P1, P3 i P4, van afirmar que treballen habitualment en xarxa amb Salut i Família. La entrevistada P1 també va comentar que treballen en xarxa i derivaven habitualment als centres de convalescència de les Filles de la Caritat: tant a Santa Lluïsa de Marillach, com a Llar de Pau.

Accés als productes farmacèutics

No han aparegut a les entrevistes greus problemes en l'accés als productes farmacèutics. Els nostres 6 entrevistats sense llar, han assegurat que aconsegueixen la medicació que necessiten per diferents vies: comprant els productes directament, a través de les entitats a les quals estan vinculats, o a través de les farmàcies o els veïns dels barris.

En aquest sentit, cal destacar el comentari d'una de les PSSL, el entrevistat S1, el qual ha viscut més de 30 anys al carrer, i afirmava que tot el tema de la salut i la medicació, havia canviat molt amb els anys. Ens explicava que als anys 80-90 la salut de les PSSL era millor atesa que en l'actualitat, ja que quan els professionals sanitaris coneixien la situació de la persona, aquesta rebia l'atenció específica necessària. També explicava que els medicaments eren més fàcil d'aconseguir que ara. La experiència d'aquesta persona és que, amb l'actual situació de crisi econòmica, el tema de l'accés és molt més restrictiu. Cal recordar les paraules de Cabrera (1998, p. 348) quan afirmava que "*la quiebra en la gratuidad del sistema público de salud, deja sentir sus efectos, especialmente entre los grupos más excluidos de nuestra sociedad: las personas sin hogar*". Per tant, les retallades en sanitat, afecten especialment els

col·lectius més vulnerables, i és el treball social qui hauria de donar veu a aquestes persones, per denunciar la vulneració dels seus drets bàsics.

A més d'aquestes dues experiències, el mateix entrevistat ens explicava, que ja l'any passat, quan li van diagnosticar bronquitis crònica, va poder accedir només als primers medicaments. És a dir, el metge li va recomanar que fes el tractament un any sencer, però quan la Comissió de l'Hospital es va informar del preu, no li van facilitar tot el tractament. Com és possible que una persona que té bronquitis crònica i viu al carrer, no pugui accedir al tractament necessari? El sentit comú ens diu que aquesta persona l'únic que pot fer és empitjorar el seu estat de salut. La professional P1, afirma:

A mi em preocupa més aquella persona que el fet de no tractar-se el problema en aquell moment, acabi fent una patologia de tipus agut, i que la seva salut es vegi seriosament afectada. Per tant, em preocupen més els temes a llarg termini que a curt termini. Perquè els temes d'immediatesa s'estan atenent. Per tant és aquella prevenció que podríem fer, però que cada vegada és més difícil. (P1, 09/04/2014)

Apareix aquí un concepte clau: la prevenció. Cal recordar en aquest punt, que segons Porcel (2008), el treball social incideix en tres vessants: l'assistencial, de promoció i de prevenció. La preventiva ha de tenir un caràcter intern, en els diferents serveis que encarna el sistema i de caràcter comunitari, treballant amb la població. Sembla que actualment s'intervé més des de l'assistencialisme, que des de la prevenció. També la entrevistada P4 feia referència a aquesta prevenció, quan ens explicava les intervencions que realitzen juntament amb l'equip d'atenció sanitària.

Seguint amb el tema de la comissió als hospitals, ens podríem preguntar amb quins criteris es prenen les decisions i si hi ha la figura del treballador social, perquè és funció d'aquest professional garantir les necessitats bàsiques de les persones. En aquest sentit, l'accés als medicaments, segons la piràmide de Maslow (1943), representaria el primer esglaó de necessitats.

A part d'aquestes puntualitats, en general, els professionals entrevistats no li donen una gran importància al tema de l'accés als medicaments, ja que, segons ells, a dia d'avui no estan detectant gent que no pugui accedir-hi. Què és el que fa possible que no es tinguin problemes d'aquest tipus? Segons el resultat de les nostres entrevistes, la resposta està en mans de les entitats socials. Creu Roja, per exemple, ens va explicar que com a entitat disposen d'un servei específic d'ajuts farmacèutics. No es

pretén generalitzar, ja que els resultats són una mostra petita de la població afectada, però sí destacar aquest fet que ha paregut als resultats.

Altes hospitalàries i continuïtat d'atenció

Un dels motius que van portar a fer aquesta investigació, és la dificultat en la continuïtat d'atenció entre l'hospital i l'atenció social, després de les altes hospitalàries.

Fa menys d'un any, vaig ser testimoni de com deixaven al carrer a una persona que no podia caminar, des d'urgències, simplement perquè no tenia criteris d'ingrés hospitalari. En aquell moment, el fet que no hi hagués la figura del treballador social, va suposar una dificultat, ja que els metges van decidir donar l'alta a aquesta persona, inclús sabent que no tenia llar. Vam haver de ser jo i un altre voluntari de la Fundació Arrels, que vam haver de buscar-li un recurs i acompanyar-lo perquè no dormís a la intempèrie. No podem oblidar les paraules de Colom (1993) quan afirmava que una de les funció del TS en els serveis d'urgències, és atendre aquells problemes no sanitaris que manifesten els pacients. També proporcionar el suport i la contenció necessaris per donar l'alta en condicions òptimes. El problema rau en que la majoria de serveis hospitalaris d'urgències, no tenen professionals de treball social les 24 hores del dia.

Però, inclús quan sí trobem la figura del treballador social, també apareixen dificultats a l'àmbit sanitari, ja que el problema principal és que no hi ha acords establerts de continuïtat d'atenció entre dispositius sanitaris i dispositius socials. En aquell moment, la presència d'un professional social hagués pogut ajudar, però sense mecanismes de continuïtat d'atenció establerts, es dificulta molt la intervenció amb aquest tipus de problemàtiques socials i de salut.

En totes les entrevistes realitzades es reafirma aquesta preocupació. Càritas (2007), va fer un estudi que es titulava "*l'Alta mèdica és una mala notícia si vius al carrer*". En ell es mostraven les barreres que tenen en l'accés a la salut les PSLL i la falta de recursos posteriors a l'alta hospitalària. Així doncs, sembla que aquest és un problema que 7 anys després d'aquest estudi, continua encara sense solució.

Sobre aquest problema tenim diferents opinions dels nostres protagonistes. Primerament, pel que fa a les PSLL, la queixa principal, és la manca de recursos o la inadequació d'aquests. Molts d'ells han assegurat que després de les altes hospitalàries, o han tornat al carrer, amb el deteriorament per la salut que aquest fet

suposa, o els han ofert un recurs de curta estada. Aquesta manca de recursos socio-sanitaris fa que moltes PSLL, rebutgin aquest tipus de recursos i prefereixin tornar al carrer. Volem destacar especialment la veu d'un dels nostres testimonis:

Una vez yo salía del hospital y una asistenta me ofreció 2 semanas en un albergue, y yo le dije, y después qué hago? Y me dijo, pues tendrás que salir y tendremos que buscarte otro albergue. Yo con mi problema de transporte y de todo¹³, y al final, me quedé como estaba, en la calle. (S5, 25/04/2014)

En aquesta mateixa línia, el mateix entrevistat ens explicava una altre experiència similar, també molt remarcable: les persones que fan tractaments de desintoxicació o deshabitació per trastorn addictiu, i després del tractament, tornen a carrer.

Una vez hice un programa de desintoxicación por alcohol y dejé de beber, pero coincidió con tener que dejar el albergue también. Imagínate, te dejan en la calle un 4 de enero, con el frío. En la calle necesitas alguna droga, porque no lo puedes aguantar, te vuelves loco. Tienes que refugiarte en algo, y por eso, la mayoría de la gente que está en la calle bebe. Yo me mosqueé mucho cuando me dijeron que tenía que dejar el albergue, y después de dejar el alcohol, digo, ahora tengo que volver a la calle? (S5, 25/04/2014)

Aquesta persona va tornar a recaure en l'alcohol, després d'aquest episodi. En aquest sentit, voldria explicar la meua experiència com a observadora participant, en les pràctiques de 4rt a la Unitat de Conductes Addictives de l'Hospital de Sant Pau. Alguns dels nostres pacients, que no tenien llar, feien el tractament de desintoxicació, i seguidament tornaven al carrer. Em vaig estar qüestionant durant els 4 mesos de pràctiques, quines probabilitats d'èxit podien tenir aquestes persones en el procés de deshabitació; sabent que les recaigudes són normals (Miller i Rollnick, 1999) inclús per persones amb accés directe a tot tipus de recursos i serveis per drogodependents.

En relació a la opinió dels professionals, veurem com aquest és un tema que provoca tensions. Dels 3 professionals que treballen directament amb el col·lectiu de PSLL, veurem les diferències d'opinions i d'experiències.

Per una banda, la P1, treballadora social d'un hospital de referència de la ciutat, assegurava que sempre que ingressen a PSLL per urgències, es treballa el pla al alta.

¹³ Cal recordar que aquest entrevistat pateix una discapacitat i va en cadira de rodes.

Segons ella, es fa una valoració complerta, des del punt de vista d'urgències i es coordinen amb diferents entitats, per buscar el recurs més adequat per aquella persona. També assegurava que quan es dona aquest fet, però no hi ha treballadora social (els caps de setmana, per exemple), els metges s'esperen a dilluns a donar-li l'alta a aquella persona. Aquesta informació contrasta, amb les experiències dels altres 2 professionals, el P3 i el P4, els quals treballen en diferents dispositius residencials. Ells en canvi, afirmen haver tingut diversos problemes amb les altes hospitalàries. Asseguren que en moltes ocasions, des dels hospitals, els han enviat persones, sense previ avís, i els han deixat a la porta del recurs, sense cap coordinació prèvia per part de l'hospital. O persones que les deriven a un recurs que no és l'adequat, perquè un alberg no és un recurs de convalsència, ni sociosanitari, per tant, la persona no té les mateixes garanties per fer segons quin tractament. A més, la entrevistada P4 criticava que els arribaven moltes persones amb el full de l'Hospital on es llegia "alta a domicili". Però derivar una persona a un alberg, no és un alta a domicili.

Perquè es donen aquests problemes? La professional P4 considera que el problema està en que hi ha una manca clara de recursos sociosanitaris o de convalsència. Coincidint amb ella, Càritas (2007) afirmava que les persones sense llar tenen principalment problemes amb el sistema de salut degut a 3 motius: les barreres en l'accés, en l'atenció i tractament, i molt especialment destaquen les barreres a serveis de convalsència i rehabilitació. La P1, per la seva banda, creu que es necessitarien més professionals. Per últim, segons les pròpies paraules del entrevistat P3, un dels problemes és:

A l'àmbit sanitari, l'àmbit social es veu com el germà petit. (P3, 29/04/2014)

Aquest entrevistat, també ens comentava que la relació amb els hospitals no és bona, que el treball en xarxa és molt difícil, i que aquest depèn molt dels contactes que tinguis a nivell individual. La professional P1, ens assegurava el següent:

No li donaries l'alta a una persona si es considera que hi ha problemàtica social. Si és un pacient amb una patologia que es pot derivar al carrer comerç, i no és una patologia de salut urgent, aquesta persona serà derivada. (P1, 09/04/2014)

Sembla ser que els problemes de falta de continuïtat en l'atenció, després de les altes hospitalàries, són conseqüència de temes diversos: la manca de recursos sociosanitaris adequats, la manca de professionals, problemes en les coordinacions i

els diferents criteris que tenen els diferents professionals, que treballen en àmbits diferents.

Totes les opinions dels professionals mostrades amb anterioritat, s'han de contextualitzar, ja que en cap moment, es pretén fer una crítica de la feina que fan els professionals, si més no, cal analitzar perquè sorgeixen tants problemes. La manca de recursos socio-sanitaris, provoca que sovint les treballadores de l'àmbit de la salut, facin derivacions a recursos no adequats, com són els albergs. D'altra banda, els treballadors socials dels equipaments residencials, es queixen quan reben a persones convalscent, perquè ells no poden garantir a aquestes persones la continuïtat en el tractament o l'adequació de les instal·lacions. Però, segurament, deixar a una persona més dies en un hospital sense criteri d'ingrés, també es podria considerar una mala utilització dels recursos hospitalaris, ja que tampoc és el recurs adequat i és molt més car. A més, la manca de professionals dificulta que les coordinacions i el treball en xarxa es puguin realitzar de forma correcta. Tots aquests elements, expliquen les queixes contínues dels professionals i demostren que amb millors recursos i més professionals, es podrien solucionar moltes problemàtiques.

En definitiva, es pot considerar que el problema principal en la continuació de l'atenció després de les altes hospitalàries, és la falta de dissenys conjunts, tant social com sanitari, en els circuits d'atenció per les PSL.

Cal recordar les paraules de Porcel (2008) quan afirmava que una bona intervenció de treball social donava tranquil·litat a l'hora de l'alta, ja que aquesta facilitava la coordinació amb diferents recursos. El resultat de les nostres entrevistes ens fa pensar que la pràctica queda lluny de donar aquesta tranquil·litat en les altes hospitalàries, al menys pel que fa al col·lectiu de PSL.

➤ **Respostes als problemes de les PSL**

Intervencions de Treball Social

La intervenció és la part fonamental del treball social. Com es treballa amb les PSL?

El treball social va néixer arrel de la preocupació per les situacions de pobresa extrema, per tant, podem afirmar que fa molts anys que s'intervé amb problemàtiques

d'exclusió social. A Barcelona concretament, l'origen d'aquesta disciplina el trobem a l'any 1932, amb la primera escola de Treball Social. Malgrat aquesta llarga història en intervencions, les dades demostren no només que la pobresa extrema es manté inalterable, sinó que la possibilitat de mobilitat social ascendent, no para de disminuir (Montagud citat per Fombuena, 2012)

Es qüestionen els professionals perquè passa això? Com es treballa amb el col·lectiu sense llar?

El protocol estàndard és el circuit d'atenció, que a Barcelona comença pel SIS, seguit d'allotjament d'estades curtes en albergs, el que es coneix com a model tradicional d'escala (Fundació Arrels, 2014) i que té per objectiu final l'allotjament estable, com a procés final d'integració. Per arribar a aquest últim objectiu, les persones han d'anar superant diverses etapes, amb el seguiment d'un referent social, per a, finalment, accedir a un habitatge autònom, permanent i segur. Aquest és el model que ha estat utilitzat tant a l'Estat Espanyol com a Catalunya, on les persones només poden anar escalant pels recursos, amb la condició de complir uns objectius pactats. Es podria posar en qüestió aquest tipus de pràctiques tan arrelades a la nostra disciplina. Les PSLL presenten contínues queixes sobre aquest model d'intervenció establert i els recursos existents, ja que ells opinen que no són els adequats. De fet, la meua experiència en l'àmbit em diu que difícilment les persones acaben el circuit, sinó que constantment entren i surten.

La majoria de les persones entrevistades han afirmat que preferien seguir al carrer abans d'anar a un alberg. Hi ha molta gent que no entendria el perquè, però ells ens han explicat els seus motius: als albergs hi ha molt soroll, gent que es passa tota la nit jugant a cartes, gent amb consums actius, robatoris... A més, s'ha de tenir en compte, que per la gent que porta molts anys a carrer, és molt difícil la convivència i tenen molts problemes a l'hora de compartir espais residencials petits. Per tant, no és que les persones prefereixin estar al carrer, però s'ha d'entendre, que les contínues sortides i entrades als recursos residencials, no permeten cap estabilitat, més ben al contrari. El entrevistat S5 deia:

Cuando te acostumbras a la cama tienes que salir otra vez a buscar cartones. No hay nada seguro, no tienes una estabilidad. (S5, 25/04/2014)

Aquest tema manté preocupat a molts professionals, per aquest motiu, a la Conferència de Consens Europea sobre Sensellarisme (2010), es van proposar les solucions centrades en l'habitatge. Segons aquests experts, el requisit previ per a resoldre els problemes de les PSSL, és disposar d'un habitatge. La capacitat estabilitzadora que pot aportar el fet de disposar d'un habitatge estable i digne, adaptat a les necessitats de les persones, és una plataforma privilegiada per a treballar la inserció sociolaboral, les millores en salut i la normalització dels hàbits. (Cabrera i Rubio, 2008)

Ja hem comprovat com l'estabilització de la vida d'una PSSL, passa per disposar d'algun tipus de recurs o allotjament estable, el qual li permeti sentir-se aixoplugat, acollit i poder gaudir d'un espai d'intimitat propi, evitant així les dures condicions d'haver de viure a la intempèrie. Com afirma el Síndic de Greuges (2005), els recursos residencials estables faciliten la estabilització, la millora de la qualitat de vida, i la salut.

En coherència amb la definició del concepte de salut (OMS, 1946), les accions i intervencions pròpies de l'atenció primària han de comprendre, no només els aspectes curatius, sinó també i de manera fonamental, les activitats de prevenció i promoció de la salut. Com afirma Cortés (2007) la forma més natural i efectiva de dur a terme aquestes accions és a través de l'educació de la salut. Tant l'educació com la promoció de salut contempnen la participació activa dels individus com element estratègic fonamental. La professional P4, confirmava aquesta idea, i per aquest motiu al seu centre de treball es realitza una activitat que es diu "*Com em sento*", i on es treballa principalment l'educació en salut. Aquest tipus d'activitats preventives, poden ser claus en la millora de consciència de malaltia de les persones afectades pel sensellarisme.

De fet, hem vist com molts problemes de salut són conseqüència directa de les condicions de vida al carrer, per tant, tenir un habitatge, solucionaria, en part, aquesta problemàtica.

Quin paper tenen els treballadors social en la intervenció amb PSSL?

Durant tota la carrera s'ha parlat molt de la relació assistencial o sobre el vincle terapèutic entre professional i usuari, per tal de poder establir una relació de confiança. En els resultats d'aquest estudi, ha aparegut la importància d'aquesta vinculació, per produir canvis en la vida de la persona.

La majoria de les PSSL entrevistades, no ha tingut bona relació amb els treballadors socials, i això ha significat moltes vegades la desvinculació de la persona amb la entitat, o inclús la desvinculació amb tractaments mèdics.

En el món de l'exclusió són moltes les queixes de les persones sobre els professionals. És un problema únicament de recursos? L'experiència d'un dels nostres entrevistats, cal remarcar-la, ja que a qualsevol estudiant de treball social es qüestionaria si la nostra feina consisteix en això:

La idea de mi asistente social para ayudarme, fue hablar con los Servicios Sociales de Rumania y decirme: "a ver si te pagan el ticket de vuelta y te vas de aquí". Y a mí no me preguntó si yo quería ir, pero ella me dijo: "ves a Rumania, y arregla tus cosas, nosotros te ayudamos a irte". Yo le dije que no me iba a ningún lado, y que si me podía ayudar con algo vale, y sino, pues que muchas gracias. (S5, 25/04/2014)

En aquesta intervenció, on queda la participació activa de l'usuari? I l'escolta activa de la professional? És funció del treball social dir el que han de fer les persones? Segons la Xarxa de Treballadors Socials de Carrer (2008), l'actuació del professional no ha de ser intrusiva, i ha de comptar amb la participació activa del usuari. Per tant, veiem, com aquest intervenció no va ser l'adequada.

En canvi, el entrevistat S4 reconeix a la seva referent de treball social, com "el motor que l'ha posat en funcionament". Aquest és un element clau: fer un acompanyament a la persona, i despertar la motivació pel canvi. S'ha de fer un treball d'acompanyament que consisteixi a afavorir l'autoestima, desenvolupar capacitats personals i suscitar una participació en la vida social. (Daphne, 2003). Aquesta persona (S4) que entre d'altres problemes té el VIH i la hepatitis C, va arribar a deixar la medicació, i fins que no va conèixer a la seva actual referent de treball social, no va començar a posar una mica d'ordre a la seva vida.

En aquest sentit, i tenint en compte l'entorn del col·lectiu amb el que treballem, es pot identificar la necessitat de fomentar més el treball social de carrer, ja que aquest, pot ajudar a les persones a aprendre a actuar per elles mateixes.

Dificultats amb que es troben els professionals

Els professionals entrevistats han fet esment de les dificultats amb les que es troben en el seu dia a dia, a l'hora d'intervenir amb PSSL. Entre aquestes dificultats destaquen les següents: manca de la figura del treballador social a urgències les 24 hores del dia, manca de consciència de malaltia dels pacients, problemes en les coordinacions i el treball en xarxa, manca de recursos adequats i manca de professionals.

Una de les queixes més remarcables, en la que han coincidit tots els professionals, i que afecta directament a la salut de les persones és la manca de recursos socio-sanitaris específics, per poder donar una atenció completa i continuïtat als tractaments mèdics. El entrevistat P2 comenta que haurien d'existir recursos, per exemple pisos-estada d'urgència, que en situacions excepcionals les persones sense llar poguessin fer tractaments de convalescència, ja que segons les seves paraules, els albergs no són el recurs adequat per fer un tractament mèdic.

Aquestes queixes coincideixen amb les paraules d'Uribe (2010) quan afirma que la majoria dels recursos per PSSL, són de primera acollida, i que moltes de les persones ateses per la xarxa, després d'aquest tipus de recurs, no tenen massa possibilitats d'accedir a recursos que acompanyin progressivament la seva evolució, és a dir, recursos de convalescència o de llarga estada.

La professional P1 també comenta la manca de professionals a primera línia: falten professionals detectant a carrer i fent accions encaminades a denunciar les situacions d'exclusió social. Ella opina que aquests treballadors, haurien de tenir un paper més actiu, fet que implicaria una millor coordinació amb la resta de professionals. Aquesta opinió coincideix amb Barbero (2008) quan afirmava que les poblacions minoritàries no sempre viuen les mancances com a necessitat, i és aquí on més es necessita la implicació del treballador social. Aquesta acció contra les mancances requereix que el professional trenqui amb l'actitud d'esperar la sol·licitud d'assistència i adopti una actitud proactiva. En aquesta mateixa línia Vázquez et al (1996), aposten per una intervenció en medi obert, des del propi medi de les persones, en aquest cas el carrer. Per tant, segons aquests autors, caldria que els treballadors socials sortissin al carrer per atendre i prevenir l'aparició de situacions de inadaptació.

El entrevistat P2 ens explicava les intervencions que es fan a peu de carrer.

A les dones en situació irregular del carrer, els fa molta por anar al sistema públic pel tema de la documentació, llavors surt un infermer i un metge de Creu Roja i fan petites cures o petites dispensacions de medicaments: les fem in situ al carrer. També fem tota un part de suport emocional, on diferents psicòlegs també van a aquestes sortides. Aquest servei surt 3 vegades a la setmana (P2, 16/04/2014)

També fem operacions especials sobre tot per les onades de fred. Quan s'activa l'alerta de fred per sota d'una temperatura a Barcelona ciutat, es fan sortides diàries amb voluntaris per tota la ciutat per identificar aquelles persones que estan dormint al carrer, caixers.. primer se les intenta convèncer de que vagin a algun dels albergs que s'obren per l'operació fred, i si volen, se'ls porta cap allà i si no volen anar, com a mínim allà se'ls dona algo d'abric (P2, 16/04/2014)

Tot i que les intervencions dels professionals de salut directes a carrer no són gaire habituals, ja hem parlat amb anterioritat del projecte existent a Brussel·les de "Infermiers de Rue" (2006) on els professionals surten al carrer, es guanyen la confiança de les PSL i les motiven a tenir cura de la seva salut. També es realitzen cures adaptades, s'escolta activament i s'assessora. En aquest cas, els professionals que surten són infermers, però crec que seria clau la presència d'un treballador social que tingui un paper actiu en la consciència de malaltia.

Ja hem explicat que a Barcelona, l'Ajuntament disposa d'un equip de detecció de carrer, però els professionals que hi treballen són principalment educadors. No s'han trobat experiències de treball social de carrer amb PSL a la ciutat, i potser aquest fet és una de les mancances de la nostra professió.

5. CONCLUSIONS I RECOMANACIONS

5.1. Conclusions

Moltes de les malalties descrites pels nostres protagonistes, han coincidit amb els diferents estudis sobre la salut de les PSSL, però el més interessant d'aquesta recerca, ha estat ser testimoni de les seves experiències vitals i de la seva pròpia percepció dels problemes. Des de fora, qualsevol persona s'angoixaria pensant en totes les malalties que es generen al carrer i de les pròpies condicions de vida, però les persones que es troben en aquest món de la exclusió, ho viuen d'una forma diferent. S'ha d'entendre que una persona, no passa d'una vida normalitzada a l'exclusió d'un dia per l'altre; sinó que aquest, és un llarg procés en el que la persona té contínues pèrdues, fins que es troba als marges de l'exclusió. Evidentment, cada persona és diferent i cadascú viu les coses a la seva manera, però quan un cau en el món de l'exclusió, sembla que el sentiment de mancança o necessitat es dilueix. El instint de supervivència és el que permet que les persones, tinguin la situació que tinguin, treguin forces per seguir endavant. L'esser humà té una gran capacitat d'adaptació, sobretot quan les circumstàncies l'obliguen.

El fet que la majoria de problemes de salut siguin conseqüència de les pròpies condicions de viure a la intempèrie, ens fa pensar que si aquestes persones poguessin viure en un lloc digne i poguessin menjar d'una forma equilibrada, es podrien evitar la majoria de problemes, fet que a la llarga, faria estalviar molts diners a l'administració pública. Per tant, caldria tenir una mirada a llarg termini, i treballar des de la prevenció.

La prevenció és una bona forma d'evitar els problemes, a més, des d'un punt de vista estrictament econòmic, en temes de salut, queda demostrat que és més rendible que assumir el cost dels tractaments. Aleshores, perquè no es fan polítiques preventives en l'àmbit de l'exclusió social? Com ja hem anat analitzant durant tot el treball, l'exclusió social és el resultat d'un sistema econòmic injust, per tant, per poder evitar-la caldria atacar l'arrel del problema: es necessiten canvis estructurals. Mentre això no sigui possible, els professionals hem d'intentar prevenir, com a mínim, els problemes específics de salut de les PSSL, mitjançant els acompanyaments i el seguiment.

Penso que en períodes com el que estem vivint, on cada dia augmenten els problemes d'atur i moltes famílies es queden sense ingressos, seria necessari ampliar els ràtios

de professionals i augmentar els recursos tant de prestacions com de serveis. Només d'aquesta manera, serà possible mantenir l'estat del benestar, i que aquest, beneficiï tots i cadascun dels ciutadans.

Precisament és en èpoques de crisis, quan l'estat del benestar ha d'estar més actiu, ja que la població té més dificultats per tirar endavant. Són aquests moments, quan és més urgent l'actuació del estat. Contràriament, veiem com les retallades també afecten als serveis socials, i a les entitats del tercer sector, que veuen com les seves fonts de finançament redueixen les aportacions, o cobren les subvencions amb endarreriments. Sovint la conseqüència d'això són les retallades en plantilla, fet que només fa que agreujar la situació de totes aquelles persones més vulnerables.

Com s'ha vist al llarg de tot el treball, tant professionals com usuaris han fet queixes continues sobre la manca de recursos socio-sanitaris. Realment a la ciutat de Barcelona, existeixen una quantitat raonable de recursos per PSSL, però aquests són sobretot per respondre a necessitats bàsiques: servei de dutxes, centres de dia, albergs... En canvi, pel que fa a recursos específics, especialment els socio-sanitaris, hi ha una clara manca de places. Si els professionals socials de l'àmbit de la salut, no compten amb suficients recursos de convalsència, difícilment es podran treballar bé els plans a l'alta.

Seguint amb el tema de les intervencions, el resultat de les entrevistes ha deixat clar, que hi ha coses que fallen a l'hora d'actuar. Els professionals necessiten temps per atendre a cada usuari de forma individualitzada, per poder parlar amb altres professionals sobre els casos, i per derivar a les persones a recursos pertinents. Potser en el tema de les coordinacions i derivacions sí que es podria millorar amb voluntat dels treballadors. Però temes com la prevenció, els recursos, o les jerarquies, no estan en mans dels professionals socials; ells són els que treballen directament amb les realitats. Però sabem que sovint, qui pren les decisions, són les persones que estan més lluny de les problemàtiques. Per tant, hi ha elements que fan de barrera, però que s'escapen de l'abast dels professionals, ja que són problemes estructurals, que requereixen de canvis estructurals.

Com a treballadors socials, crec que ens hem d'implicar més a la feina, i reivindicar tots aquells aspectes que no considerem justos. No podem tenir una actitud conformista des del treball social. Hi ha fórmules per canviar les coses. Si cal, s'ha

d'aplicar la desobediència civil, perquè quan una llei és injusta, tenim la obligació de desobeir-la. Per tant, davant de polítiques socials no equitatives, no podem tenir una actitud passiva, sinó lluitar per canviar les coses.

A més, crec que una de les formes que ens permetrien fer més denúncia social, seria sortir més al carrer, i fer visibles unes problemàtiques que es mantenen encara ocultes davant de la majoria de persones de la nostra societat. Des dels despatxos serà difícil treballar les problemàtiques de salut de les PSELL, doncs com hem vist, són persones que es desvinculen fàcilment de les entitats. Per aquest motiu, s'hauria d'innovar en la nostra disciplina i no esperar que les persones vinguin a fer demandes als nostres centres de feina. Si les PSELL no són capaces de reconèixer certs problemes de salut, o si no són capaces de veure les seves mancances com a necessitats, difícilment faran una demanda, ja que són necessitats no sentides. Aquí és on es necessiten treballadors socials amb actitud proactiva.

Hem de tenir clar també que treballem pels drets de les persones, i ja s'ha vist que moltes lleis que venen directament de governs, suposadament democràtics, van en contra dels drets fonamentals. No podem oblidar que l'accés a la salut és un dret universal, per tant, des del treball social cal fer d'altaveu de les persones a les quals se'ls està vulnerant drets bàsics, com és el dret a la salut.

A vegades sembla que la societat vulgui donar l'esquena a certes realitats, i l'exclusió social n'és un bon exemple. Però jo penso que gran part del problema és que els mitjans de comunicació fomenten el pensament que la gent que cau a l'exclusió, és perquè alguna cosa ha fet malament, perquè, per les seves característiques individuals, no s'ha esforçat prou, o bé per culpa de les addicions. No obstant, els que estem més a prop d'aquest col·lectiu som conscients, que qualsevol persona pot caure a l'exclusió. El discurs de la meritocràcia ha arrelat en moltes persones, però, cal assenyalar que en un sistema econòmic neoliberal com l'actual, on no tothom neix amb les mateixes oportunitats, en qualsevol moment podem veure'ns nosaltres mateixos caient en l'exclusió, ja que llevat de comptades excepcions, tots els ciutadans hi estem exposats. En general, podríem afirmar que cap assalariat està lliure de caure en l'exclusió.

Crec també, que si la societat tingués accés a una millor informació, automàticament tindria una mirada més realista sobre els problemes socials, i no els hi donaria

l'esquena. Crec que la solució ha de ser col·lectiva, i aquí és on els treballadors socials han de tenir un paper clau, en fer denúncia i sensibilització social. En resum, estem obligats a donar veu a aquelles persones més vulnerables.

5.2. Recomanacions

- Realitzar més pràctiques preventives per intentar evitar els problemes de salut que hem anat enumerant al llarg d'aquest treball. Caldria pensar en polítiques a mig i llarg termini, i no des de la immediatesa. En aquest sentit, els treballadors socials han de lluitar per poder treballar des de la prevenció i així poder evitar, en la mesura que sigui possible, tots aquells problemes que pateixen les PSLL.
- Millorar les coordinacions i el treball en xarxa. La problemàtica de l'atenció a les PSLL és multidimensional, per tant, serà necessària la col·laboració dels diferents professionals, tant dels recursos públics com dels privats. Aquesta col·laboració no es pot limitar a l'establiment de protocols per les derivacions o coordinacions, sinó que caldrà avançar cap espais de planificació conjunta i de seguiment d'intervencions compartides. Si falla el treball en equip, el més perjudicat serà l'usuari. Per tant, és indispensable poder comunicar-se amb la resta de professionals que treballin en el cas, i millorar les coordinacions per poder donar a l'usuari aquell recurs que sigui més adequat per les seves necessitats.
- Dissenyar nous recursos socio-sanitaris, tant de convalescència com de llarga durada, que englobin tots aquells serveis que siguin necessaris per poder pal·liar les problemàtiques de salut i alhora les problemàtiques socials. D'aquesta manera, es podrà donar una garantia a les PSLL, perquè puguin fer una recuperació de la seva salut en les millors condicions possibles.
- Actualitzar els models d'intervenció amb PSLL, i buscar respostes i solucions centrades en l'habitatge. L'actual model d'escala ha quedat obsolet i és necessari buscar altres fórmules per garantir a les PSLL, una intervenció individualitzada i que respongui a les seves necessitats i particularitats. Per tot això, proposo fer un canvi radical en les intervencions amb PSLL, per garantir primer un habitatge estable i després, treballar els altres aspectes carencials de la persona. Aquest tipus d'intervenció es pot considerar menys paternalista que la tradicional, ja que l'accés a un habitatge no estaria condicionat a complir uns

objecius. Hem de recordar que les PSSL, al marge de la seva situació personal, són ciutadans titulars de drets i responsables d'obligacions, d'acord amb la legislació vigent.

- Fomentar el treball proactiu dels treballadors socials que intervinguin amb PSSL. Els professionals socials haurien de sortir dels seus centres de treball, visitar les PSSL i detectar les seves necessitats, sobretot pel que fa als temes de salut. D'aquesta manera, el treballador social podrà detectar totes aquelles situacions que requereixen una atenció sanitària específica, i acompanyar a les persones en tot el procés de recuperació. D'aquesta forma, també es podrà treballar el problema de la manca de consciència de malaltia, i ajudar a que les persones puguin acabar sent gestores de la seva pròpia salut. Sortir al carrer permet un contacte directe amb les persones afectades i per tant, un millor coneixement de les problemàtiques.
- Formar equips multidisciplinars de carrer, que estiguin composts per un treballador social, i un infermer. D'aquesta forma, des del carrer es podran treballar les dues problemàtiques conjuntes: tant la social com la sanitària.
- Incorporar nous professionals. Degut a la tendència actual, amb l'augment de persones en risc d'exclusió social, es veu la necessitat d'incorporar més treballadors socials, tant a entitats privades com públiques. Només si es compte amb suficients professionals, que puguin dedicar el temps necessari a casa usuari, es podran treballar bé les intervencions i es podrà buscar una millor solució per a cada persona i cada problemàtica concreta. És necessària la incorporació de nous treballadors socials per poder combinar el treball de carrer i el treball de despatx.
- Aproximar-nos més a la política. Tots els problemes socials que afecten als ciutadans estan clarament relacionats amb la política. Per aquest motiu, crec que els treballadors socials, han de continuar fent un treball directe amb la persona afectada, però no es pot oblidar que són les polítiques socials les que generen el marc legal i determinen la disponibilitat de recursos, fet que incideix directament en que les PSSL tinguin més o menys problemes de salut. Per tant, seria important poder incidir en les polítiques socials, i perquè això sigui possible, caldria incorporar la figura d'un interlocutor amb el govern.

6. BIBLIOGRAFIA

Abreu, M. (2009). El trabajo social sanitario en la atención primaria de salud. *Revista d'infermeria*, 3 (2), 34-38

Ajuntament de Barcelona (2014). *Serveis social bàsics: servei de menjador social*. Obtingut a <http://www20.gencat.cat/portal/site/bsf/menuitem.6e02226e86d88424e42a63a7b0c0e1a0/?vgnnextoid=910c24ac226a4210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=910c24ac226a4210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default&newLang=caES>

Alvarez, F., Alonso, L., Fernández, J., Colectivo IOÉ, Gaviria, M., Laparra, M. i Aguilar, M. (1995). *Desigualdad y pobreza hoy*. Madrid: Talasa Ediciones.

Ander-Egg, E. (1995). *Diccionario de Trabajo Social*. Buenos Aires: Lumen Argentina

Associació Salut i Família. (2014). *Àrea d'immigració i salut*. Obtingut a <http://www.saludyfamilia.es/ca/immigracio-salut/de-compatriota-a-compatriota>

Barbero, J.M. (2008). *El treball social en acció: Mètode i autogestió en la pràctica professional*. Barcelona: Impuls a l'acció social.

Bruxelles Santé (2006). *Travail Social de Rue*. Obtingut a <http://www.questionsante.org/bs/Travail-social-de-rue-et-sante>

Cabré, C., Gómez, P. i Sánchez, M. (2000). *Persones sense sostre a Barcelona. Perfil d'usuaris atesos als serveis municipals*. Barcelona: Monogràfics.

Cabrera, P.J. (1998). *Huéspedes del aire. Sociología de las personas sin hogar en Madrid*. Madrid: Departamento de Publicaciones de la Universidad Pontificia de Comillas.

Cabrera, P, Malgesini, J. i López, J.A. (2002). *Un techo y un futuro. Buenas prácticas de intervención social con personas sin hogar*. Barcelona: Icaria

Cabrera, P.J. i Rubio, M.J. (2008). Las personas sin hogar hoy. *Revista Del Ministerio De Trabajo Y Inmigración* (75), 66-72.

Cabrera, P.J., Rubio, M.J. i Blasco, J. (2008). *Qui dorm al carrer*. Barcelona: Fundació Caixa Catalunya.

Càritas (2007). *Per una salut digne per tothom*. Càritas espanyola

Càritas (2013). *La salud de las personas sin hogar acompañadas por Cáritas*. Programa de vivienda de personas en situación de sin hogar.

Casado, D. (2005). *Avances en bienestar basados en el conocimiento*. Madrid: Editorial CCS

Colom, D. (1993). *L'alta hospitalària. Un repte a l'eficiència dels sistemes sanitari i social*. Barcelona: Euge

Comín, A. (2011). Como ser juez y parte y no morir en el intento: El paper del Tercer Sector en les polítiques socials. *Revista De Treball Social*, 193, p.p 9-21

Cortes, F. (2007). *Apunts de treball comunitari*. Barcelona: UB

Darnell, M. (2009). *Pobresa i exclusió social. Dades i comentaris*. Barcelona: Càritas Diocesana.

Dynamo Internacional. (2010). *Educación de calle: recomendaciones de los educadores de calle contra la pobreza y la exclusión social*. Bruselas: Progress

Doyal, L. i Gough, I. (1991). *A theory of human need*. London: Mc Millan

EAPN (2013). *El modelo Housing First, una oportunidad para la erradicación del sinhogarismo en la Comunidad de Madrid*. Madrid: Red Madrileña de lucha contra la pobreza y la exclusión social.

FEANTSA (2006). *Salud y Sinhogarismo*. Barcelona: Prohabitatge

Fombuena, J. (2012). *Trabajo Social y sus instrumentos. Elementos para una interpretación a piacere*. València: Nau Llibres.

Fundació Arrels. (2014). Housing First: primer l'habitatge. *Revista Arrela't*, 5(1), p. 4-6.

Fundació Caixa Catalunya. (2009). *Informe de la Inclusió Social a Espanya*. Barcelona: Observatori de la Inclusió Social.

García, A. (2001). Desigualdad, exclusión y salud. Pedagogía social. *Revista Interuniversitaria*, 6 (7), p. 55-71.

Generalitat de Catalunya. (2010). *Model d'atenció a persones sense llar: radiografia de l'atenció a persones sense llar a Catalunya*. Obtingut a <http://feicat.cat/docs/docRadiografiaatenciopersonessensellar.pdf>

Generalitat de Catalunya. (2014). *Servei Català de Salut*. Obtingut a <http://www20.gencat.cat/portal/site/salut/menuitem.003a2436be9bc6ec3bfd8a10b0c0e1a0/?vgnextoid=b3bfd1e3b554a310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=b3bfd1e3b554a310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>

Guber, R. (2004) *El salvaje metropolitano: La observación participante*. Barcelona: Paidós.

Health Care for the Homeless. (2014). *Medical Services*. Obtingut a <http://www.hchmd.org/medical.shtml>

INE (2012). *Enquesta sobre les persones sense llar*. Madrid.

Infirmiers de Rue (2006). *Infirmiers de rue: la réinsertion, par l'hygiène, des personnes sans-abri*. Obtingut a http://www.infirmiersderue.org/fr/Infirmiers_de_rue_la_reinsertion_par_l_hygiene_d_es_personnes_sans-abri/

Maslow. A. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370-96.

Matulic, M.V. (2010). Nuevos perfiles de personas sin hogar en la ciudad de Barcelona: un reto pendiente de los servicios sociales de proximidad. *Documentos De Trabajo Social*, (47), p. 9-30.

Medline Plus. (2014). *Problemas de salud de las personas sinhogar*. Obtingut a <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/homelesshealthconcerns.html>

Metges del Món (2012). *La reforma sanitaria y las personas inmigrantes*. Madrid: Informe 2012

Metges del Món (2013). *La salud en la cooperaci3n al desarrollo y la acci3n humanitaria*. Madrid: Informe 2013.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). *Sistema Nacional de salud*. Obtingut a <https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/home.htm>

Miller, W i Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional. preparar para el cambio en conductas adictivas*. Barcelona: Paid3s.

Moreno, F.J. i Bruquetas, M.(2011). *Inmigraci3n y estado del bienestar en Espa1a*. Barcelona: Obra Social La Caixa.

Mu1oz, M. i V1zquez, C. (1998). Las personas sin hogar: aspectos psicosociales de la situaci3n espa1ola. *Intervenci3n Psicosocial*. 7 (1), p. 7-26.

Nursing Center. (2014). *Better resources for better care*. Lipincot

Pereira, P. (2000). *Necesidas humanas. Para una cr3tica a los patrones m3nimos de supervivencia*. Sao Paulo: Cortez Editora

Porcel, P. (2008). *El treball Social en l'1mbit de salut: un valor afegit*. Barcelona: L'Acad3mia.

Potrero, M. i Utrilla, M.J. (2002). *Personas sin hogar y salud*. Madrid: C1ritas.

Sales, A. (2013). *Les persones sense llar a la ciutat de Barcelona i l'evolució dels recursos a la xarxa d'atenció de les persones sense llar*. Barcelona: Diagnosi 2013.

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

Salinas, P. i Cárdenas, M. (2008). *Métodos de investigación social. una aproximación desde las estrategias cuantitativas y cualitativas*. Antofagasta: Universidad Católica del Norte.

Sierra Bravo, R. (1985) *Técnicas de Investigación social. Teoría y ejercicios*. Madrid: Ed. Paraninfo.

Síndic de Greuges. (2005). *El fenomen sense llar a Catalunya: persones, administracions, entitats*. Barcelona: Informe Extraordinari.

Tejero, E. i Torradadella, L. (2005). *Vides al descobert. Els mons viscuts del fenomen sense sostre*. Barcelona: Editorial Mediterranea.

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

Uribe, J. (2010). *Quan no hi ha una llar: Informe sobre la utilització dels recursos de la Xarxa d'Atenció a Persones Sense Sostre*. Barcelona: Fundació Sant Joan de Déu.

Vazquez, V., Soto, J., Pérez, M. i Agudo, M. (1996). *Reflexiones de un educador de calle*. Vigo: Asetil

Xarxa Internacional de Treballadors Socials de Carrer. (2008). *Trabajo social de calle: una guía internacionales. Prácticas, métodos y herramientas de trabajadores sociales de calle*. Bruselas: Dinamo Internacional.

7. ANNEXES

7.1 Annex 1: Model entrevista PSL.

Breu història de vida:

1. Nom, edat, nacionalitat.
2. Estudis, família, professió
3. Història de vida, anys al carrer

Estat de salut:

4. Com era el teu estat de salut abans de viure al carrer?
5. El fet de viure al carrer t'ha generat problemes de salut específics?
6. Quins problemes de salut t'ha comportat estar al carrer?
7. Algun problema de salut que et preocupi especialment?

Accés a la salut:

8. En aquests moments disposes de TSI?
9. Tens metge de capçalera de referència?
10. Has tingut problemes en l'accés a l'atenció sanitària alguna vegada? Quins?
11. Com els vas solucionar?
12. Has tingut problemes per accedir als productes farmacèutics?
13. Com els vas solucionar?
14. Alguna vegada has sentit que s'estaven vulnerant els teus drets com a persona?
15. Quins mecanismes o estratègies utilitzaves per rebre assistència mèdica?
16. Coneixes entitats o serveis que donin cobertura mèdica a aquelles persones que no poden accedir al SNS? Quines?

Relació amb els professionals:

17. T'has sentit ben tractat pels professionals que t'han atès?
18. Has contactat alguna vegada amb alguna entitat social per demanar assessorament o ajuda sobre el tema sanitari?
19. Algun professional et va facilitar l'accés als recursos sanitaris? Quin?
20. Et vas sentir ben atès?
21. Quin paper creus que han jugat els professionals socials en la teva trajectòria de vida en referència a l'àmbit de la salut?

Futur:

22. Com diries que és el teu estat de salut en l'actualitat?
23. Et preocupa que el teu estat de salut pugui empitjorar?
24. Quines mesures polítiques creus que serien necessàries per millorar els problemes de salut de les persones que viuen al carrer?
25. Creus que la solució començaria per tenir un sostre?
26. Què esperes del futur?

7.2 Annex 2: Entrevista professional urgències

1. Teniu atenció a urgències les 24 hores tots els dies de l'any?
2. Als altres hospitals de Barcelona també és així?
3. Qui atén aquestes urgències quan no hi ha la figura del TS al hospital?
4. Ateneu normalment persones que viuen al carrer?
5. Quin és el perfil de PSLL que ateneu normalment?
6. Quins són els problemes més habituals que presenta aquest col·lectiu?
7. Quin és el seu estat de salut objectiu? I el subjectiu?
8. Com trebal·leu les altes hospitalàries per aquest col·lectiu?
9. Trebal·leu en xarxa amb entitats socials que treballen amb les PSLL?
10. Amb quines?
11. Es donen molts casos que després de l'alta hospitalària, la PSLL no tingui cap recurs i hagi de tornar al carrer?
12. Creus que aquest fet, a llarg termini, pot comportar més despesa econòmica sanitària?
13. On deriven normalment a aquestes persones?
14. Teniu molts casos de PSLL immigrants sense TSI?
15. Heu observat si aquestes persones col·lapsen urgències amb problemes que es podrien atendre en un CAP o en atenció especialitzada?
16. Esteu detectant malalties poc comunes a Occident, que es tornen a revifar?
17. Pot afectar a la resta de la població?
18. Què feu amb els problemes de les PSLL per accedir als medicaments?
19. Creus que amb la nova reforma sanitària es vulneren els drets de les persones?
20. Què pot fer el TS per incidir en aquesta problemàtica?
21. Creus que haurien d'haver-hi TS de la salut al carrer?

7.3 Annex 3: Entrevista professional Creu Roja

1. Creu Roja a Barcelona atén directament a persones que viuen al carrer??
2. Disposeu de serveis específics per les PSLL?
3. En aquest serveis hi ha la figura del TS?
4. En general, com diries que és la salut de les persones que viuen al carrer de forma objectiva?
5. Quins són els problemes de salut específics que més es donen?
6. Com afronteu els problemes de salut d'aquest col·lectiu?
7. Treballeu en xarxa amb els serveis públic?
8. En cas afirmatiu, amb qui?
9. Treballeu en xarxa amb altres entitats del tercer sector? En cas afirmatiu, quines?
10. Aquestes persones tenen problemes per accedir als productes farmacèutics?
11. Quines solucions els oferiu?
12. S'estan vulnerant els drets de les persones?
13. Què poden fer els professionals per lluitar contra aquesta vulneració de drets?
14. Quines mesures polítiques creus que s'haurien de prendre per solucionar els problemes de salut de les PSLL? La solució passaria per tenir una llar?

7.4 Annex 4: Consentiment informat per gravació entrevista

Aquest document intenta explicar totes les qüestions relatives a la utilització que es realitzaria de les seves dades de participació en l'enregistrament de l'entrevista.

1. INFORMACIÓ SOBRE LA GRAVACIÓ DE LES SESSIONS

Com a estudiant de Treball Social estic realitzant un projecte sobre els problemes de salut específics de les persones sense llar. L'objectiu principal del projecte és conèixer la percepció subjectiva de l'estat de salut, els problemes específics de salut i la utilització dels serveis sanitaris de les persones sense llar a la ciutat de Barcelona. L'enregistrament de l'entrevista serà utilitzada per al seu posterior transcripció i anàlisi de les dades obtingudes.

2. ÚS I CONFIDENCIALITAT DE LES DADES

Les dades que s'obtinguin de la seva participació seran utilitzades únicament amb fins de formació i només per part de l'estudiant i del professorat de la universitat, guardant sempre les seves dades personals en un lloc segur de tal manera que cap persona aliena pugui accedir a aquesta informació i atenent a un estricte compliment de la Llei Orgànica 15/1999 sobre la Protecció de Dades de Caràcter Personal.

En cap cas es faran públiques les seves dades personals, sempre garantint la plena confidencialitat de les dades i el rigorós compliment del secret professional en l'ús i maneig de la informació i el material obtinguts.

3. REVOCACIÓ DEL CONSENTIMENT

Si, en el cas de decidir participar i consentir la col·laboració inicialment, en algun moment de la intervenció vol deixar de participar en la gravació de les sessions, li preguem que ens ho comunicui ja partir d'aquest moment es deixaran d'utilitzar les gravacions amb fins de formació i desenvolupament professional.

4. DECLARACIÓ DE CONSENTIMENT

Jo, En He llegit el document de consentiment informat que m'ha estat lliurat, he comprès les explicacions en ell facilitades sobre la gravació de l'entrevista i he pogut resoldre tots els dubtes i preguntes que he plantejat al respecte. També comprenc que, en qualsevol moment i sense necessitat de donar cap explicació, puc revocar el consentiment que ara presento. També he estat informat que les meves dades personals seran protegits i seran utilitzades únicament amb fins de formació i desenvolupament professional.

Prenent tot això en consideració i en aquestes condicions, CONSENTEIXO participar en l'enregistrament de l'entrevista i que les dades que es derivin de la meva participació siguin utilitzats per cobrir els objectius especificats en el document.

A, a de de 20.....

Firmat:

Sr/sra _____

7.5 Annex 5: Dades dels participants

Dades biogràfiques PSSL:

Participant	Sexe	Edat	Nacionalitat	Temps sense llar	Allotjament actual
S1	H	61	Alemanys	35 anys	Carrer
S2	H	37	Indi	8 anys	Residència entitat
S3	H	61	Espanyol		Residència entitat
S4	H	47	Espanyol	19 anys	Pis entitat
S5	H	41	Romanès	7 anys	Carrer
S6	H	56	Espanyol	30 anys	Habitació llogada

Dades biogràfiques professionals:

PROFESSIONAL	EXPERIÈNCIA
P1	Treballadora social de l'àmbit d'urgències des de fa més de 10 anys, en un hospital de referència de la ciutat de Barcelona.
P2	Educador social i coordinador de Creu Roja de Catalunya, entitat per la qual treballa des de 1996. Ha col·laborat com a coordinador de projectes de l'Associació Catalana d'amics del poble saharauí i amb l'acollida de refugiats bosnians a Catalunya, al 1992.
P3	Treballador social i director d'un equipament residencial per persones sense llar. Fa més de 12 anys que treballa amb el col·lectiu de persones sense llar en aquest mateix equipament. Abans havia treballat en urgències socials, presons, infància, immigració i drogodependències.
P4	Treballadora social i directora d'un equipament residencial de primera acollida per persones sense llar. Fa 9 anys que

treballa amb aquest col·lectiu i sempre ho ha fet a través de la Creu Roja. Abans d'això, va treballar fent atenció social i contenció en un dispositiu d'emergències socials.

7.6 Annex 6: Servei d'Inserció Social (SIS)

És el Servei de detecció, d'atenció i tractament social de persones sense sostre de la ciutat de Barcelona, que depèn de la Direcció d'Acció Social i Ciutadania. El Servei està format per l'equip de professionals responsables d'assumir el procés global d'intervenció amb les PSLL, des del nivell de detecció i intervenció al carrer de les problemàtiques que pateixen aquests usuaris, fins al tractament personalitzat a través dels plans socials individualitzats i/o grupals de treball. Aquest servei disposa de 4 equips:

- ✓ Equips de detecció: equips de carrer.
- ✓ Equip de primeres entrevistes: primer contacte amb la treballadora social, on s'avaluen les demandes i les necessitats dels usuaris i es dona una primera resposta.
- ✓ Equip tractament/seguiment: seguiment continuat.
- ✓ Equip de famílies: s'atén a persones al carrer que constitueixen un nucli familiar.

Aquest servei és la primera porta d'entrada als circuits de les PSLL, i on es detecten les principals necessitats, les quals, moltes vegades tenen a veure amb les problemàtiques de salut.