

Annals del Sagrat Cor

Annals del Sagrat Cor, 2022.
Número especial - Febrer 2022



Cures sanitàries i socials
de les persones sense llar

La salut quan es viu al carrer

ISSN 1695-8942



9 771695 894007

Annals del Sagrat Cor

Fundats el 1993 pel Dr. Josep M^a Puigdollers Colàs

Editor Jefe / Editor-in-Chief

J. Delàs Amat

Editor Adjunto / Managing Editor

M.J. Sánchez López

Editores Ejecutivos / Executive Editors

M. Aguas Compaired
M. Balcells Riba
E. Gil de Bernabé Ortega
E. Irache Esteban
L. Mata Haya

Editores Asociados / Associate Editors

C. Ortopédica y Traumatología

A. Isidro Llorens

Dermatología

M. Iglesias Sancho

Neumología

O. Parra Ordaz

Neurología

A. Arboix Damunt

Psiquiatría

J. Seguí Montesinos

Radiología

E. Grivé Isern

Comité Editorial / Editorial Board

V. Andreu Solsona

Digestivo, HUSC

J. Bara Casaus

Maxilofacial, Instituto Bara-Gaseni

N. Barrera Aguilera

Urgencias, HUSC

X. Beltrán Ramón

C. Vascular, HUSC

J. A. Bombí Latorre

Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya

E. Cánovas Robles

ORL, HUSC

J.M. Catalan Borrás

COT, HUSC

R. Coll Colell

Medicina Interna, HUSC

M.J. Conde Martínez

Radiodiagnóstico, HUSC

F. Dachs Cardona

COT, HUSC

V. de Sanctis Briggs

Dolor, HUSC

J. Fibla Alfara

C. Torácica, HUSC

J. Foncillas Corvinos

C. General, HUSC

M. Galdeano Lozano

Neumología, H. Germans Trias i Pujol

E. González Marín

Urgencias, HUSC

M. Granados Plaza

CEIm, H. General de Catalunya.

J. Guitart Vela

Anestesiología, Fundació Plató

A. Lozano Miñana

Medicina Interna, HUSC

M. Martí Ejarque

Enfermería, HUSC

G. Martín Ezquerro

Dermatología, Hospital del Mar

J. Massons Cirera

Neurología, HUSC

L. Molins López-Rodo

C. Torácica, H. Clínic i Provincial

M. Moneris Tabasco

Anestesiología, H. Germans Trias i Pujol

C. Morcillo Serra

Medicina Interna, H. Sanitas CIMA

F. Orient López

Rehabilitación, HUSC

J. Palés Argullós

Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya

M. Pons Bussom

Farmacia, HUSC

C. Prat Torrevejanó

COT, HUSC

V. Querol Borrás

Radiodiagnóstico, HUSC

E. Ramió Montero

Farmacia, Clínica Girona

R. Salas Campos

Medicina Interna, HUSC

M. Salleras Redonnet

Dermatología, HUSC

Comité de Honor

C. Alegre de Miquel

E. Basilio Bonet

F. Fernández Monrás

P. Umbert Millet

G. Vidal López

EDITORIAL	4	ATENCIÓ PRIMÀRIA I SALUT SENSE SOSTRE	20
Una plataforma solidària		L'atenció sanitària a les persones que viuen en una situació social de vulnerabilitat extrema	
PROGRAMA	5	CARME ROCA I SAUMELL	
ACTIVITAT 2019-2021	6	ALIMENTACIÓ, SALUT I POBRESA....	21
EL PAPER D'ENTITATS I INSTITUCIONS	7	Fundació Ferrer Sustainability	
Aspectes sociodemogràfics de les persones amb addiccions: situació actual, necessitats, respostes i reptes		ESTEFANIA RICO	
JOAN COLOM I FARRAN		BOCATAS, MADRID	22
ACOMPANYAMENT A JOVES MIGRANTS DES D'ATENCIÓ PRIMÀRIA	12	CHULES DE BOCATAS (JESÚS DE ALBA)	
Quan la llei d'estrangeria esdevé un problema de salut		ATENCIÓ HOSPITALÀRIA	23
ALBA MARTÍNEZ I SATORRES		LUCIA CATOT	
CÀRITAS DIOCESANA DE BARCELONA	13	INFERMERIA	24
Atenció social i sanitària quan l'allotjament és precari		ESTHER MARTÍN, IMMA CAPDEVILA, PURI PÉREZ	
JOAN BAS MODUIT		DERMATOLOGIA	25
SALUT SENSE SOSTRE. PETITA HISTÒRIA DEL NOSTRE INICI	16	DRA. MONTSERRAT PÉREZ	
Presentació de Salut Sense Sostre		OPTOMETRIA	27
MONTSERRAT PÉREZ, CARME ROCA		VIVIANA ACOSTA	
ESTHER MARTÍN		FARMÀCIA	28
PSICOLOGIA D'ENLLAÇ	18	MONTSE BARBA, MONTSERRAT TORRELL	
Salut mental i dependències		DOCUMENTACIÓ CLÍNICA I QUALITAT ASSISTENCIAL	29
HANNA BORI		EVA LERMA	

Annals del Sagrat Cor (ISSN: 1695-8942) és publica trimestralment amb 4 números l'any.

Annals del Sagrat Cor està disponible online a:

<http://www.annalsdelsagratcor.org>

Correspondència: Biblioteca. Hospital Universitari Sagrat Cor. c/ Viladomat 288. 08029 Barcelona.

Tel.: 933.221.111. mail: bibhsc@hscor.com

Disseny i maquetació: Sònia Poch · spoch44@gmail.com

D.L.: B-3794-93



Llicència d'ús: Annals del Sagrat Cor està subjecte a una llicència Reconeixement-CompartirIgual 4.0 Internacional de Creative Commons

Amb el suport de l'Associació Professional de Metges i Titulats Superiors



APMTS

Una plataforma solidària

El mes de febrer de 2022 es celebren 3 anys de la col·laboració entre l'Hospital del Sagrat Cor i l'Hospital de Campanya Santa Anna per atendre, des del punt de vista sanitari, a persones que acudien a la parròquia en situació socialment deprimida.

Es va dissenyar una inicial resposta episòdica, trimestral, en la que l'Hospital es traslladava al claustre de Santa Anna, amb les especialitats que es consideraven més adequades per a persones que estan al carrer. Intentant resoldre al màxim les demandes i remetre a l'Hospital a les que no es podien donar resposta,

L'èxit va derivar del convenciment que hi ha quelcom més a fer i que no apareixien importants despeses donada la col·laboració altruïsta dels professionals, la cessió d'instal·lacions, en el meravellós marc del claustre de Santa Anna, i que a partir de la beca Carles Capdevila es podia fer front a la consecució de medicaments

Aquesta actuació de professionals d'infermeria, metges de família i de medicina interna, psiquiatres i psicòlegs, optometristes, dermatòlegs, podologia, odontologia ha evolucionat, coincidint, també amb la situació de pandèmia de març de 2020. No ha estat possible una atenció de portes obertes i ha calgut una actuació de continuïtat.



L'Hospital ha mantingut el paper d'atenció especialitzada, oferint també el seu recolzament logístic i en aquesta funció s'ha incorporat l'Hospital de la Creu Roja. Ha aparegut una associació de professionals "Salut sense sostre" i ha estat permanent la interrelació amb institucions i entitats, necessàriament interdisciplinària

Anteriorment hi havia bancs d'aliments, de medicaments i s'ha contribuït a crear un banc d'ulleres i un banc de professionals sanitaris. Evitant xarxes paral·leles, intentant acompanyar les persones contactades a la sanitat pública.

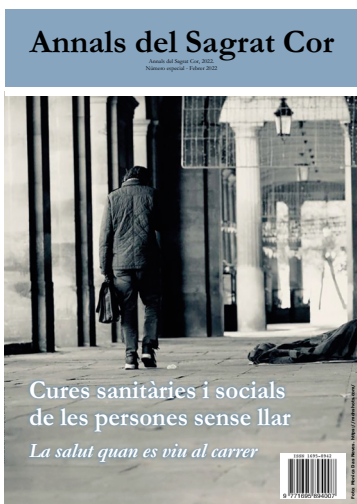
El Symposium n'és una bona prova, amb participació d'entitats públiques, conjuntament amb iniciatives de la societat civil.

Quan varem començar a parlar d'aquest Symposium, varem pensar en un acte reduït, on els professionals intercanviessin experiències. Però ha estat molt important la resposta apareixent la responsabilitat de respondre a expectatives i voluntat de formació.

Fomració i desenvolupament en un nivell assistencial diferent —com en el seu dia varen ser l'Hospital de Dia o la Curta Estada— i que anomenem Hospital del Carrer o Primària del Carrer, depenent d'on sortin les taules i cadires per a atendre la malaltia quan es viu al carrer.

Des del primer moment s'ha pensat en la replicació. Que de diferents hospitals i centres d'atenció primària es posin els professionals els serveis de les institucions amb responsabilitats amb la pobresa i desapareguin les barreres d'incomunicació amb persones que tenen importants problemes sanitaris i social.

El Symposium pretén que equips sanitaris, de psiquiatria, educadors de carrer, entrin entre si en contacte amb associacions i institucions per a una atenció més efectiva. Descartant, també, que hi hagi malalties infradiagnosticades i, per tant, infractades.



Monica Das Neves

<https://mdnshots.com/>

Visita la pàgina

<https://annalsdelsagratcor.wordpress.com/about/>

Les instruccions pels autors estan disponibles a la pàgina web

Las instrucciones para los autores
están disponibles en la página web

*The instructions for authors
are available on the website*

17-02-2022

Auditori Cosmo Caixa
c/Isaac Newton, 26
Sarrià Sant Gervasi
BONANOVA

9:30 h. Presentació

Peio Sánchez
Hospital de Campanya
Santa Anna. Unitat
Mòbil

Xavier Mate
Anna Cruz
Hospital del Carrer Sagrat
Cor

Pare Angel
Mensajeros de la Paz

Mireia Boixadera
Maria José Pardo
José Mármol
SAP Litoral. Institut
Català
de la Salut

Carmen Fortea
Busquets
Directora de
Serveis d'Atenció al
sensellarisme Barcelona

Joan Colom
Subdirector General de Drogodependències
Director del programa PCAVIHV (Prevenió, Control i Atenció al VIH,
les ITS i les Hepatitis Víriques)
Agència de Salut Pública de Catalunya. Departament de Salut

11:00 h. Atenció social i sanitària quan l' allotjament és precari.
Moderació: Marta Morales, coordinadora Hospital Sagrat Cor-Hospital de Campanya Santa Anna

Joan Bas
Psicòleg CARITAS
BARCELONA

Carles Ariza
Expert pobresa i salut
de la Fundació Pere
Tarres

Irene Couto
SASSEP Barcelona

Estefania Rico
Alimentació, salut i
pobresa, Fundació
Ferrer Sustainability

Esther López
Montse Pérez
Salut sense sostre

13:00 h. Salut mental i dependències. Moderació: Montse Díaz. Metgessa ICS

Yolanda Osorio
ESMES

Hanna Bori
Esther López
Psicologia d'enllaç

Laia Vila
Cap de la Llar Pere
Barnés, Fundació Arrels
ARRELS

Ana Altabás
Àmbit Prevenió

15:30 h. Nivells d'atenció en situació socialment deprimida.
Moderació: Jordi Delás, internista. Hospital Universitari Sagrat Cor

Jesús de Alba (Chules)
Asociación Bokatas
(Madrid)

Alba Martínez i
Satorres
Atenció primària ICS

Carme Roca
Montse Díaz
Atenció primària. Salut
sense sostre.

Lucia Catot
Atenció Hospitalària.
Creu Roja.

17:30 h. Atenció de primera línia. Un nou model d'atenció Social i Sanitària?
Moderació: Xavier De las Cuevas, nefròleg. àrea de cooperació. COMB.

Esther Martín, Imma
Capdevila, Puri Pérez
Infermeria

Viviana Acosta
Optometria

Montse Pérez
Dermatologia

Elena García
Podologia

Carles Abella
Odontologia

Montse Barba
Montserrat Torrell
Farmàcia

Eva Lerma
Documentació. Qualitat.

Des de febrer de 2019 a 31 de desembre de 2021, hem visitat 805 persones diferents generant un total de 1743 visites (Taula 1). Tot i predominant els homes (83,6%), en tot moment s'ha considerat atendre les característiques de la dona.

Un 45,8% té menys de 35 anys. La persona més jove visitada té 8 anys i la major 98 anys. L'edat mitjana són 39,3 anys, amb una desviació típica de 15,8.

Al menys el 35,9% no té tarjeta individual sanitària individual i només el 13,3% té domicili fix. Respecte de la procedència dels pacients, els marroquins representen un 30%, els espanyols un 20%. L'altre 50% està molt dividit entre gent de tot arreu del món.

Per especialitats, el 40% de les visites són de medicina general, medicina interna. Quasi un 14%, per l'especialitat de podologia. Un 11,6% són visites odontològiques, el mateix percentatge que representen les de dermatologia.

Taula 1. Assistència 2019-21. Dades sociodemogràfiques

	n	%	
Total Pacients	805		
Total Visites	1743		
2019	796	45,7	
2020	269	15,4	
2021	678	38,9	
Primeres Visites	438	55,9	
Visites Recurrents	345	44,1	
Sexe Homes	673	83,6	37,9 (SD 15,6)
Sexe Dones	132	16,4	44,4 (SD 15,7)
% acumulat			
Edat fins a 25 anys	171	23,8	23,8
Edat 25 a 35	159	22,1	45,8
Edat 35 a 45	132	18,3	64,2
Edat 45 a 55	119	16,5	80,7
>55	139	19,3	100,0
Tarjeta Sanitaria Individual: Sí	221	32,0	
Tarjeta Sanitaria: No	248	35,9	
No consta	222	32,1	
Empadronament			
si	161	23,3	
no	201	29,1	
no consta	329	47,6	
Habitatge			
Sense sostre	320	46,3	
Domicili fix	92	13,3	
Institucionalitzats	27	3,9	
Altres	6	0,9	
No consta	246	35,6	

*La diferència en l'edat mèdica entre homes i dones és significativa. ($p < 0,005$).

Taula 2. Dades sociodemogràfiques. País d'origen

País Origen	Quantitat	País Origen	Quantitat
--- Desconegut ---	199	Xina	7
Marroc	512	Albania	6
Espanya	338	Ghana	6
Itàlia	51	Guinea	6
Perú	51	Mèxic	6
Algèria	36	EE.UU	5
Argentina	33	Hongria	5
Pakistan	32	Índia	5
Equador	30	Lituània	5
Senegal	29	Moldàvia	5
Polònia	28	Nigèria	5
Romania	26	Tunísia	5
Rússia	24	Ucraïna	5
Bulgària	20	Alemanya	4
Geòrgia	20	Brasil	4
Veneçuela	17	Eslovàquia	4
Xile	17	Israel	4
Cuba	16	Palestina	4
França	16	Regne Unit	4
Colòmbia	15	República Dominicana	4
Filipines	14	Sàhara	4
Hondures	11	Kirguistan	3
Portugal	11	Mali	3
Txecoslovàquia	11	Sèrbia-Montenegro	3
Guatemala	9	Somàlia	3
Iran	9	Iraq	2
Bolívia	7	Síria	2
El Salvador	7	Sudan	2
Gàmbia	7	Bòsnia	1
Suècia	7	Cap Verd	1
Uruguai	7	Eritrea	1
		Estònia	1
		Isla Guadalupe	1
		Líbia	1
		Nepal	1
		Togo	1
		Turquia	1

Prestació					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Dermatología	203	11,6	11,6	11,6
	Infermería	68	3,9	3,9	15,5
	Medicina familia	288	16,5	16,5	32,1
	Medicina Interna	421	24,2	24,2	56,2
	Odontología	202	11,6	11,6	67,8
	Oftalmología	219	12,6	12,6	80,4
	Otros	13	,7	,7	81,1
	Podología	238	13,7	13,7	94,8
	Psiquiatria	84	4,8	4,8	99,6
	Urología	7	,4	,4	100,0
	Total	1743	100,0	100,0	

Motius de consulta.

Aspectes sociodemogràfics de les persones amb addiccions: situació actual, necessitats, respostes i reptes

Joan Colom i Farran

Subdirector general de Drogodependències

L'Hospital de Campanya Santa Anna, un projecte 100% a primera línia en l'atenció a les persones, integral i sense barreres, que vetlla per la protecció dels drets humans de les persones, com és el dret a la salut i el benestar.

CONTEXT

L'Observatori del Sistema de salut a Catalunya mostra una relació entre l'empitjorament dels indicadors socials i econòmics i el seu impacte negatiu en la salut de la població, especialment sobre la salut mental.

Aquest impacte s'evidencia més en els col·lectius més vulnerables: infància, joves, tercera edat, població desocupada, persones sense llar, dones amb infants o familiars a càrrec... i persones que consumeixen drogues.

PERFIL SOCIODEMOGRÀFIC DEL PACIENT DE CAS (CENTRES D'ATENCIÓ A LES DROGODEPENDÈNCIES)



2020: 11.353 inicis de tractament (2019: 14.528)

Situació de residència

- 86% residència estable
- 6,5% allotjament inestable
- 4% presó o centres menors

Situació de convivència

- 30% viu sol/a

- 25% amb parella i fills/es
- 20% amb pares/mares
- 17% amb parella
- 13% amb fills/es

Inicis de tractament per Heroïna (1.312)

- 51% residència estable
- 16% allotjament inestable
- 25% ha estat a la presó

Si ens fixem en el perfil de les persones que inicien tractament en un CAS, la majoria, un 76% són homes, la mitjana d'edat és de 42 anys i el 79% és de nacionalitat espanyola.

Quant a la seva situació de residència i convivència, observem que la majoria 86%, té una residència estable i presenten diferents modalitats de convivència (30% viu sol, 25% en parella i fills, 20% amb el pares...). Si parem atenció en aspectes diferencials d'aquestes variables segons gènere, observem que una major proporció de dones viu amb els fills i l'estada a presó els darrers 30 dies és major en els homes que en les dones. D'altra banda, les persones que inicien tractament amb heroïna tenen amb més proporció que la resta (16%) allotjament inestable i un 25% ha estat a presó.

Quan al nivell socioeconòmic és destacable que un 26% dels inicis de tractament té un nivell socioeconòmic molt baix, percentatge molt superior al de la població general, en la qual un 6% té un nivell SE molt baix. La proporció s'incrementa en el cas de les dones (34%) i dels inicis de tractament per heroïna (40%).

Quant a l'ocupació, un 28% es troba en situació d'atur, percentatge que un altre cop s'incrementa en les dones (40%) i també en els inicis per heroïna (44%).

Polítiques d'intervenció en consum de drogues i les addiccions a Catalunya:

- **Contínuum assistencial:** de la prevenció universal a la reducció de danys.
- **Abordatge integral:** cal incorporar la situació de salut i social de la persona, i una adaptació dels recursos a les seves necessitats.

INTERVENCIÓ

Centrada en la **persona** consumidora

Centrada en la **comunitat**

Centrada en la **societat**

→ Serveis adaptats a la persona; defensa dels drets humans.

→ Estructures i organitzacions: serveis de salut, sistema judicial, econòmic, etc.

(R. Newcombe, 1992. Liverpool)



https://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/contingutsadministratius/observatori_efectes_crisi_salut_document.pdf

Quant al nivell d'instrucció al voltant del 50% té estudis primaris i només un 10% té estudis universitaris. Les dones presenten major proporcio que ha fet estudis universitaris (13%) mentre que en cas de l'heroïna només un 4% té estudis universitaris.

Nivell socioeconòmic

- 26% nivell socioeconòmic molt baix (6% en població general)
 - Inicis de tractament per Heroïna: 40%
 - Dones que inicien tractament: 34%

Ocupació

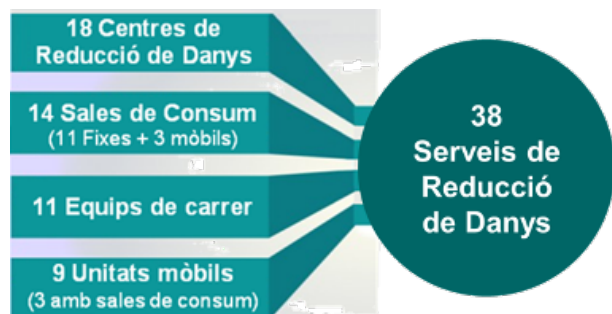
- 28% està a l'atur (8% en població general)
 - Inicis de tractament per Heroïna: 44% (13% treballa)
 - Dones que inicien tractament: 40%
- 37% treballa (53% en població general)

Nivell d'instrucció

- 50% té estudis primaris
53% estudis secundaris
10% estudis universitaris (33% en població general)

ATENCIÓ ALS SERVEIS DE REDUCCIÓ DE DANYS (SRD)

Serveis sanitaris i socials per a persones consumidores de drogues per reduir els danys i riscos relacionats amb el consum de drogues



Dades 2020:

- 5.908 persones ateses als SRD
- 2.794 usuaris a les sales de consum supervisat
- Distribució de xeringues i retorn
 - 549.175 xeringues distribuïdes
 - 261.622 xeringues retornades (47,6% de retorn)
- Distribució de preservatius
 - 9.352 preservatius distribuïts
- Cribratges (VIH, Hep. B i C, tuberculosi)
 - 339 Cribratges (VIH, Hep. B i C, tuberculosi)
- DDO (Dispensació Directa Observada de Tuberculosi, TARGA Medicació Psiquiàtrica)
 - 2.805 DDO (Dispensació Directa Observada de Tuberculosi, TARGA Medicació Psiquiàtrica)
- Vacunes Hep. A i B

- 29 Vacunes Hep. A i B

PERFIL SOCIODEMOGRÀFIC USUARIS* DE CRD (CENTRES DE REDUCCIÓ DE DANYS). ESTUDI REDAN 2019

L'any 2019 hi han participat 17 CRD i 697 PQID.

Si ens fixem en la situació sociodemogràfica dels usuaris injectors de reducció de danys, la majoria són homes (81%) i gairebé la meitat són nascudes fora d'Espanya, més en els homes (47%) que en les dones (33%). La situació de vida és molt més precària (45% no té domicili fixe), un alt % ha estat algun cop a presó i el nivell d'instrucció és baix en general. En la població estrangera s'observa una marcada precarietat social quant a domicili fixe i atur.

Origen

- 46% origen fora d'Espanya
 - 61% no tenen domicili fixe
 - 55% estan a l'atur

Situació de residència

- 45% sense domicili fixe (estudi anterior: 28%)
- 72% ha estat algun cop a presó

Ocupació

- 55% està a l'atur

Nivell d'instrucció

- 52% té estudis primaris

Factors de vulnerabilitat de les dones usuàries del serveis de reducció de danys

- 53% ha patit violència física en els darrers 12 mesos.
- 51% ha patit violència sexual en els darrers 12 mesos.
- 21,7% ha tingut relacions sexuals a canvi de diners i/o drogues (4,2% en el cas dels homes).
- L'accés de dones als espais de consum supervisat és inferior als homes, en canvi, s'injecten amb major freqüència en pisos de consum.
- Prevalença d'anticossos enfront el VIH: 44% i el VHC: 81% (superior a la dels homes, que és del 31% (VIH) i 72% (VHC)).

IMPACTE COVID EN ELS SERVEIS DE REDUCCIÓ DE DANYS (SRD)

Disseny multicèntric qualitatiu a Catalunya. Participació de 13 professionals (2 grups focals) i 40 persones usuàries de drogues dels SRD (entrevistes individuals)

Professionals

- Dificultats en la gestió i adaptació dels serveis per part dels professionals
- Preocupació per garantir les necessitats bàsiques a les persones usuàries (sostre i alimentació) i per l'accés a altres recursos de salut socials.

- Desgast emocional pels canvis i incerteses del moment
- Preocupació per les dificultats de les persones usuàries per complir les mesures de confinament
- Major flexibilitat i rapidesa en l'accés a tractament amb metadona
- Canvis en dinàmiques de consum, menor accés i qualitat de la substància
- Millores/propostes per al futur: iniciatives que facilitin la coordinació dels SRD amb la resta de recursos de la xarxa sociosanitària; atenció de les necessitats bàsiques de les persones usuàries de drogues: alberg...

Persones usuàries

- Canvis en horari d'obertura dels centres
- Limitacions de serveis disponibles, amb especial impacte per a les persones usuàries el tancament dels serveis de calor i cafè
- L'adaptació a les mesures de protecció generaven situacions estressants, com haver d'entrar d'un en un
- Han continuat tenint accés a material higiènic
- Dificultats en l'accés a la substància
- Menor qualitat i puresa de la substància
- Flexibilitat i rapidesa en l'accés a tractament amb metadona
- Dificultats en accés a recursos socials i de salut de les persones usuàries
- Pitjor estat emocional respecte a abans de la pandèmia.
- Valoració i agraïment pel suport rebut per part dels professionals

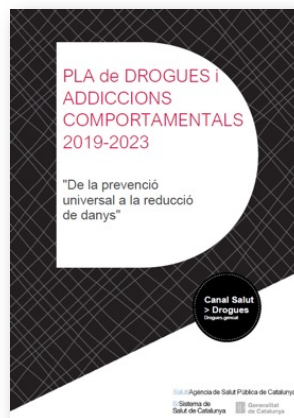
EIXOS DE DESIGUALTAT EN PERSONES QUE CONSUMEIXEN DROGUES

Es tracta d'un pla que, des de la salut pública i els drets humans, pretén contribuir a l'assoliment d'una societat més crítica i lliure que sigui capaç de gestionar millor la relació amb les drogues i els altres comportaments susceptibles de generar addiccions. És un pla que vol ser innovador i també incidir en els factors estructurals i els eixos de desigualtat social i que fa seu el compromís de "no deixar ningú enrere" en les polítiques sobre drogues i addiccions comportamentals.

Un "pla de plans", fruit d'una necessitat compartida, que integra i aglutina diferents iniciatives i accions que han de dur a terme els diferents actors des dels vessants social, econòmic, educatiu i sanitari, i que aborda el fenomen de les drogues des de la prevenció universal fins a la reducció de danys, tenint en compte de manera transversal els diferents eixos de desigualtat com el gènere, la diversitat cultural i l'edat.

Els eixos de desigualtat, l'estigma i el respecte als drets de les persones s'aborden en la línia 2, «Apoderament de la persona i compromís amb els seus drets». El Pla DAC 2019-2023 se suma també, doncs, al pacte per la lluita contra la pobresa i per la inclusió social i a l'estratègia integral per a l'abordatge del sensellarisme per la lluita contra l'exclusió social de les persones que pateixen una

malaltia mental o trastorn per consum de substàncies. De manera interrelacionada, l'abordatge de l'estigma s'alinea amb la feina que desenvolupen, entre d'altres, la Xarxa Catalana de Persones que Usen Drogues (CATNPUD), de la qual destaca el projecte «Metzineres: entorns d'aixopluc per a dones que usen drogues sobrevivint a violències (DUDSV)», i la Federació Catalana de Drogodependències (FCD). També la Carta catalana de drets i deures de les persones en relació amb la salut i l'atenció sanitària del Departament de Salut contribueix a donar forma a les propostes del Pla.



col·lectius en situació de vulnerabilitat

ÀREA RELLEVANT

1.5. La coordinació amb tots els actors. L'harmonització d'estratègies i el treball conjunt interxarxes i interdepartamental

Accions

- Millorar els acords interdepartamentals per treballar de manera conjunta i coherent en la prevenció i l'atenció a les DAC, especialment en

Activitats

1. Consolidar la Comissió Interdepartamental sobre Drogues i Addiccions Comportamentals (CIDAC) com a organisme clau per a la definició i el consens de polítiques preventives i assistencials adreçades a disminuir l'impacte en salut i social de les DAC tenint en compte els eixos de desigualtat: adolescents i joves; envelliment prematur i gent gran; gèneres; desigualtats socioeconòmiques; cultura, procedència i ètnia; discapacitat, i desigualtats territorials.
2. Afavorir el desplegament de les accions acordades i prioritzades en la CIDAC tenint en compte els plans estratègics interdepartamentals: PINSAP, Pla integral de salut mental i addiccions (PISMiA), PIAISS, sensellarisme, Estratègia transversal de gènere i PNJCat.
3. Establir mecanismes de coordinació i comunicació periòdics i efectius amb cadascun dels departaments implicats: àmbit educatiu; àmbit de joventut; serveis socials (protecció i serveis socials); Departament d'Interior i cossos de seguretat; Servei Català de Trànsit; Departament de Treball, Afers Socials i Famílies; Departament de Justícia i serveis penitenciaris; Agència de l'Habitatge i Direcció General d'Urbanisme, i Empresa i Direcció General de Turisme.
4. Establir mecanismes de coordinació i comunicació periòdics i efectius amb estratègies i plans directors del Departament de Salut: Pla de salut; Pla Director de SMiA; ENAPISC; COMSalut; PERIS; PLANUC; ENAIC; Estratègia

transversal de gènere, i Estratègia integral per a l'abordatge del sensellarisme a Catalunya.

Respostes als eixos de desigualtat

Envelliment de la població que consumeix drogues

L'EMCDDA estableix els 40 anys com a punt de tall a partir del qual es pot considerar una persona usuària de drogues d'edat avançada.

Argument: les persones dependents de les drogues a l'edat de 40 anys, es considera que, en general, han tingut una llarga trajectòria en l'ús problemàtic de drogues (EMCDDA, 2010).

- L'ús de drogues accelera les condicions associades a l'envelliment
 - Problemes metabòlics: arteriosclerosi, diabetis...
 - Deteriorament del sistema immunitari
 - Problemes crònics de salut (cardiovasculars, pulmonars, malalties infeccioses)
- Exclusió social: Aïllament, atur, baixa educació, habitatge inestable... (Cassar et al. 2009; Nezet et al. 2009)

Les persones consumidores de drogues, com hem vist, tenen una mitjana d'edat de 42 anys. L'EMCDDA estableix l'edat de 40 anys com a punt de tall a partir del qual es pot considerar una persona usuària de drogues d'edat avançada i ho argumenta de la manera següent: Les persones que, a l'edat de 40 anys, depenen de les drogues han tingut generalment una llarga carrera en l'ús problemàtic de drogues. Els estudis demostren que l'ús de drogues exacerba o accelera les condicions associades amb l'envelliment: envelliment metabòlic prematur, com l'aterosclerosi o malalties cardiopulmonars, entre els usuaris crònics de drogues. Els usuaris d'heroïna a llarg termini també reporten dolor crònic i la presència de malalties infeccioses (hepatitis) pot augmentar el risc de cirrosi i d'altres problemes hepàtics. És probable que els usuaris més grans de drogues pateixin les conseqüències socials negatives de dècades d'ús de drogues. Els estudis informen que els usuaris més grans de drogues sovint estan exclosos socialment i aïllats dels seus familiars, amics i xarxes socials diferents de les xarxes d'usuaris de drogues. Són més marginats, tenen més nivells d'atur, menor educació, sovint són persones sense llar i és més probable que hagin estat a la presó.

La tendència creixent de la població d'edats avançades en els serveis d'atenció de drogodependències ha donat pas a considerar aquesta població com a específica, que requereix del desenvolupament d'estratègies i programes específics que donin una resposta adequada a les necessitats d'aquest col·lectiu. En aquest sentit, els projectes europeus Better Treatment for Ageing Drug Users (Betrad 2016-2018) i el Projecte Vintage (2008-2010) van ser adreçats a l'estudi de la població usuària de drogues d'edats avançades. Com a re-

sultats d'ambdós projectes, s'estableixen una sèrie de recomanacions, principalment: el desenvolupament de polítiques i estratègies d'intervenció europees i estatals per a les persones consumidores de drogues d'edats avançades, la millora del monitoratge i coneixement d'aquesta població, incorporació d'eines de cribratge cognitiu per avaluar la presència de deteriorament cognitiu; el dissenyar i implementació de procediments de detecció i intervenció breu adaptats especialment a les poblacions més grans; la creació de serveis i programes específics des d'una perspectiva integral tenint en compte factors socials com l'estigma, l'exclusió i les condicions de vida de la persona.

Aquestes recomanacions s'han incorporat en el Nou Pla sobre Drogues i Addiccions Comportamentals 2019-2023 de Catalunya.

- Millorar l'abordatge i l'atenció de les persones amb envelliment prematur i gent gran amb DAC.
- Acció 4, Línia 3, Objectiu 3.3.1 . Millorar l'estat de salut i social de les persones que usen drogues, amb TCS i/o una addicció comportamental.
 - Anàlisi sociodemogràfic i estat de salut de les persones d'edats avançades.
 - Coneixement de l'estat cognitiu d'aquesta població, incorporació d'una eina de cribratge cognitiu i promoció d'intervencions de rehabilitació cognitiva.

Model d'abordatge de la complexitat de la salut mental i addiccions



Abordatge del sensellarisme en les persones amb addiccions

Servei de llar residencial a Barcelona per a persones que consumeixen drogues

- Servei pioner i únic a l'Estat Espanyol.

- Ofereix una atenció integral orientat a afavorir l'autonomia personal, la reducció de danys vinculats al consum de drogues, la millora de la salut i la integració social.
- Disposa de 50 places, de les quals el 50% són reservades per a dones
- Hi ha atenció d'un equip professional les 24h.

Atenció a joves en situació d'alta vulnerabilitat

Impulsat per la Secretaria General d'Atenció a la Infància i Adolescència (SGAIA)

- Abordatge integral de joves majors d'edat (ex-tutelats o no pel sistema de protecció de la DGAIA) que es troben en situació d'exclusió i alta vulnerabilitat social.
- Implementació a nivell municipal amb una coordinació i seguiment interdisciplinars a través de comissions gestores.
- Durant el 2021 es va facilitar des de la SGD la incorporació de referents de CAS a les comissions gestores del Baix Ebre, Garrotxa, Girona, Gironès, Granollers, Lleida, Manresa, Mataró, Masnou, Maresme, Noguera, Osona, Tarragona i Terrassa.
- **A primera línia:** Programa impulsat i desenvolupat per la SGD des de l'any 2013.
 - S'ha creat una xarxa de 180 referents a 120 centres de la DGAIA
 - S'estima que s'han beneficiant més de 1.800 joves.

Atenció a les dones

Metzineres

Entorns d'aixopluc per a dones i persones de gènere no binari que usen drogues i sobreviuen a múltiples situacions de vulnerabilitat i violència.

Ofereix un ampli ventall de prestacions sanitàries (espai de consum supervisat, cures bàsiques, higiene...) i socials (tallers d'inserció laboral, lúdics, etc.)

Programa d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (ASSIR)

És un servei d'activitats assistencials i educatives relacionades amb l'orientació i planificació familiar, l'atenció específica i confidencial als joves, el control i seguiment de l'embaràs, etc.

Atenció a grups o persones d'especial vulnerabilitat

Accés universal a la salut

Accés al sistema de salut de totes les persones usuàries de drogues: Targeta sanitària individual (TSI) per via especial

REFLEXIONS

- Cal abordar el consum de drogues i les addiccions des d'una perspectiva transversal i que integri diferents eixos vitals de la persona, vetllant per garantir els seus drets humans i necessitats bàsiques, com el dret a disposar d'una llar.
- L'abordatge ha de ser integral i interseccional, considerant els diferents eixos de desigualtats existents: gènere, edat, origen, situació social i econòmica...
- Cal treballar perquè les persones amb addiccions tinguin accés als recursos sociosanitaris en condicions d'igualtat respecte a la població general.
- La tendència creixent de situació de sensellarisme, conjuntament amb altres factors de vulnerabilitat (envelliment prematur, manca de vincles socials, etc.) requereix avançar cap a una xarxa de recursos inclusiva que permeti iniciar processos de recuperació de persones afectades per consums problemàtics de manera coordinada dins l'estratègia integral per a l'abordatge del sensellarisme (model housing first, habitatges temporals, adquisició de recursos a l'alta hospitalària).



*“Molta gent petita,
en llocs petits
fent coses petites
... poden canviar el món”*

Eduardo Galeano

Quan la llei d'estrangeria esdevé un problema de salut

Alba Martínez i Satorres

Quan emprenen el viatge migratori són adolescents i joves sans, i és la llei d'estrangeria que en molts casos els fa perdre la salut. Les dificultats per arribar a creuar la frontera i el Mediterrani, saltant la tanca, nedant, amb pastera o amagats sota un camió, ja posa en perill la seva salut i fins i tot la seva vida. El temps que passen als carrers abans i després de creuar, centres de menors com la Puríssima a Melilla o el CITE a Canàries on s'amunteguen infants i adolescents tractats com a delinqüents.

La impossibilitat d'obtenir de permís de residència i de treball que els aboca al sensellarisme, la pobresa i sovint a delinquir, és un peix que es mossega la cua i que va deteriorant la salut física i mental d'aquests joves. A la vegada que els allunya de la seva família i els deixa desamparats.

La manca d'empadronament els deixa també sense accés al sistema públic de salut.

Fa 4 anys es va obrir al barri el centre Dar Chabab que dona acollida a joves migrants sense referents familiars d'entre 18 i 21 anys.

Taula 1. Centre de dia Dar Chabab

Equipament per a joves migrants en situació de vulnerabilitat i de carrer per tal de donar resposta a una situació d'emergència social latent. El servei treballa a partir de l'acollida, l'acompanyament i la inclusió dels joves, és diürn (de 9 a 21 h), funciona els 365 dies de l'any i té capacitat per atendre 25 joves de manera simultània.

L'equipament compta amb un equip multidisciplinari de professionals que porta a terme una atenció personalitzada, responen a les necessitats de cada jove, fixant uns objectius i establint un seguiment individualitzat.

<https://www.eixfortpienc.com/cat/soci/centre-de-dia-dar-chabab>

COM ARRIBEN AL CAP?

Hem creat un circuit entre SDI (Servei de Detecció i Intervenció) <https://ajuntament.barcelona.cat/infancia/es/canal/servei-de-deteccio-i-intervencio-menors-no-acompanyats>, el centre de dia Dar Chabab i el CAP per fer l'acollida d'aquests joves, tramitar la tarja individual sanitària, atendre les

seves necessitats de salut i fer el cribratge de salut i pla de vacunació consensuats amb l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB). Ajudant-los a exercir el seu dret a la salut i conèixer el funcionament del sistema sanitari públic. Al CAP tenen una metgessa, infermera i administratiu de referència.

Normalment, fem la primera visita amb l'acompanyament de la infermera de Dar Chabab de manera que el jove vegi que treballem de forma coordinada tot i mantenir la confidencialitat. Donem especial importància a l'acollida i la història de vida, i posposem de manera gradual les proves i vacunes per no entrar de forma agressiva perquè molts d'aquests joves han tingut escàs o nul contacte amb el sistema sanitari al país d'origen i a vegades presenten recel o desconfiança o bé es poden sentir intimidats. Intentem que la consulta esdevingui per ells un espai de seguretat.

A vegades són els mateixos joves que en porten o n'acompanyen un altre al CAP.

Principals problemes de salut detectats: odontologia, salut mental, tòxics, sarna, traumatismes i agressions. En l'esfera emocional destaca l'enyor de la figura materna, la preocupació per la distància i per la impossibilitat de treballar i tenir una vida digna.

Fan poc ús dels recursos sanitaris, i destaquem la importància de treballar coordinadament amb educadors de carrer, psicologia i atenció primària. Aquesta coordinació és molt important també per la derivació a altres nivells d'atenció com el servei municipal d'odontologia, SAPPPIR (Servei d'Atenció Psicopatològica i Psicosocial a Immigrants i Refugiats) <https://www.spcsalut.org/sappir/sappir.html>

Què passa després? Els joves tenen una vinculació temporal amb Dar Chabab i SDI però un cop tenen un equip assignat al CAP el mantenen, i sovint és així malgrat es desplacin territorialment. Alguns dels primers joves de Dar Chabab tenen ja 24-25 anys i continuen la vinculació amb el CAP. L'accessibilitat i la longitudinalitat són pilars fonamentals de l'atenció primària i els seus beneficis, plenament demostrats, poden ser especialment significatius en persones amb vulnerabilitat o en que els seus drets fàcilment poden ser vulnerats.

Atenció social i sanitària quan l'allotjament és precari

Joan Bas Moduit

Psicòleg Sanitari

CÀRITAS DIOCESANA BARCELONA

Crec que una bona manera de començar aquests 15 minuts és fer-ho pel final; i el final penso que és quasi un imperatiu "les organitzacions que treballem acompanyant a persones en situació d'exclusió social i que, atenent al títol de la taula, gairebé viuen sempre en un allotjament precari, hem de donar resposta al patiment emocional, a les dificultats de tipus psicològic i als problemes de salut en general que es configuren alhora com a causa i conseqüència de l'exclusió social".

El que està clar és que hi ha una bidireccionalitat entre salut en general i exclusió social, cosa que veiem en la majoria de persones i llars que acompanyem, en el sentit que els factors vitals estressants: problemes econòmics, d'habitatge, laborals, de salut, etc. es retroalimenten i són alhora origen i conseqüència de moltes situacions d'exclusió. Fins i tot està demostrat que aquests factors acceleren els processos de pobresa i exclusió social.

Un exemple d'aquesta interacció el podem veure en els efectes de la COVID; segons el darrer informe FOESSA a més de mostrar que la pandèmia ha augmentat la bretxa de la desigualtat, especialment a Catalunya on l'informe ens diu que l'exclusió a casa nostra és del 29% mentre que a la resta de l'estat és del 23%, també conclou que un 42% de la població ha patit un empitjorament en el seu benestar emocional.

Aquest imperatiu del que parlava fa un moment és, doncs, quelcom que podem fer per atendre la salut mental de les persones acompanyades però, evidentment, hem d'estar també vigilants a

l'estat de salut de les persones i un bon exemple és l'Hospital de Campanya de Santa Anna amb tots els seus recursos i dispositius.

Com a psicòleg parlaré fonamentalment de l'acompanyament emocional ja que després hi ha altres companys i altres taules que parlaran d'acompanyament social, trastorns mentals, addiccions i d'altres especialitats de salut en general.

Aprofundir en la perspectiva psicològica de l'exclusió social és intentar posar en el centre de la mirada el patiment de les persones. Tothom qui treballi en aquest àmbit sap que les persones pateixen, però tendim a atribuir aquest patiment a la conjuntura actual de les seves vides, al que dèiem fets vitals estressants com: atur de llarga durada, manca de medis per pagar el lloguer, situació irregular, salut precària, processos migratoris dolorosos....., però per poc que escoltem a les persones i la singularitat de cadascuna d'elles, observarem que —molt probablement— el seu procés d'exclusió és va encetar fa molt de temps, probablement, fins i tot, a la seva infantesa i que, juntament amb factors estructurals, la seva història familiar va configurar la llavor de la seva exclusió actual.

L'ésser humà és la criatura amb menys càrrega instintiva i, per tant, la que més necessita de l'aprenentatge i —sobretot— del vincle social per a la seva supervivència. Necessitem aprendre-ho tot: estimar, tenir cura de nosaltres mateixos, regular les nostres emocions, defensar-nos del perill i de les pors.... Sabem que els aprenentatges



més importants tenen lloc a la nostra infantesa mitjançant el vincle amb els nostres cuidadors primaris.

Però, què succeeix quan els vincles afectius amb els cuidadors primaris (pare, mare, altres familiars o, fins i tot, cuidadors professionals) està deteriorat i quan una criatura s'hi acosta i aquest cuidador no està disponible o és directament la figura que el maltracta enlloc de donar-li seguretat i tranquil·litat?

Les respostes a aquesta pregunta segurament seran que:

- El nen —que després serà l'adult en exclusió— no aprendrà a sentir la calma ni la seguretat en el vincle amb els altres.
- Tindrà dificultats per a reconèixer les seves pròpies emocions i les dels altres.
- Tindrà problemes per comprendre i regular les seves pròpies emocions.
- La seva autoestima i confiança en si mateix per fer-se càrrec de la seva vida es veuran greument malmeses perquè ningú les ha validat amb el seu afecte i no li ha donat cap seguretat en si mateix.
- Tindrà dificultats per establir vincles socials.

I així podria seguir una sèrie de respostes més i, al final, la conclusió a la que arribaríem i sabem tots és que els nostres projectes i institucions estan plens de persones ferides des de la seva primera infantesa i que, a més, com deia al començament, de trobar-se amb problemes conjunturals actuals provenen de llars desestructurades amb pares amb problemes de salut mental i toxicomanies, amb possibles abusos sexuals, amb desvinculació afectiva parental, etc.

Les dades parlen per si mateixes i ens diuen que les persones en situació d'exclusió social severa —persones sense llar, població penitenciària, persones amb addiccions...— multipliquen per tres les experiències traumàtiques viscudes en comparació a la població en general.

Això ens porta a concloure que les dinàmiques d'exclusió social no estan desvinculades dels aspectes psicològics i totes elles porten un greu patiment emocional i, en moltes ocasions trastorns mentals importants i toxicomanies.

Per tant, si volem fer un acompanyament integral i volem ser agents i companys en els processos de canvi penso que quan parlem d'atenció social i atenció sanitària hem d'atendre aquest patiment.

Històricament, les institucions i organitzacions hem aprofitat les nostres intervencions amb persones excloses atenent —com és lògic— les seves necessitats bàsiques: ajuts econòmics, aliments, habitatge... amb la premissa que ajudant a cobrir aquestes necessitats bàsiques les persones sortirien endavant i es deslliurarien dels seus processos d'exclusió, però aquest èxit "augurat" no sempre estava assegurat i mancava alguna cosa més i es van començar a fer projectes de formació i, fins i tot, projectes prelaborals i laborals, però també ens vam adonar que el mercat laboral és

molt exigent i no tothom estava preparat per accedir-hi, aleshores ens vam començar a demanar què estava passant, què hi havia a més dels ajuts bàsics i materials que feia que molts plans de treball i molts acompanyaments no sortissin reeixits.

I en aquest punt és on, des de la pràctica, coincidim amb el que venia explicant fins ara. Les característiques personals, el patiment emocional, les històries de vida, els trastorns mentals han de ser tinguts en compte i atesos si volem fer una atenció integral a les persones.

Per reforçar aquest fet, voldria citar un estudi recent de l'Associació Britànica de Psicologia centrat en la importància de la psicologia en l'abordatge de la pobresa. Aquest estudi desenvolupa la teoria de la jerarquia de les necessitats de Maslow com a marc conceptual que descriu que perquè les persones progressin econòmicament és necessari assegurar unes bases claus que jerarquitzin en cinc necessitats que van, com es sabut per tothom, de les més bàsiques, les necessitats fisiològiques, fins a les més espirituals i d'autorealització.

El que aquest estudi demostra és que la progressió amunt en la jerarquia no és necessàriament uniforme degut a les relacions dinàmiques existents entre els factors de risc i els factors de protecció. Malgrat això, diuen, la premissa bàsica en les polítiques per eradicar la pobresa continua seguint aquest marc conceptual de que les necessitats bàsiques han de ser satisfetes abans d'atendre les necessitats superiors.

La conclusió de l'estudi és que la formulació de polítiques que deixin fora les necessitats psicològiques de les persones (i es centrin exclusivament en el nivell inferior de la jerarquia de necessitats) són incompletes i impedeixen arribar a la finalitat d'eradicar l'exclusió social de les persones.

Per sort, la majoria de les organitzacions ja hem incorporat fa temps aquesta mirada cap el patiment emocional i els trastorns mentals de les persones acompanyades, i no ens limitem a donar cobertura a les necessitats bàsiques.

És a dir que salut social i salut mental han d'anar de la mà si volem possibilitar canvis transformadors i de creixement en les persones i no ens hem de quedar en posar pedaços a les seves vides.

Tot seguit intentaré aterrar una mica tot el que porto dit fins ara explicant la manera que tenim d'abordar aquesta problemàtica a Càritas Diocesana de Barcelona.

El MAS (Model d'Acció Social) de Càritas contempla l'atenció integral a les persones i per dur-ho a terme disposa de 7 àmbits d'actuació o programes que són: Acol·lida i Acompanyament, Famílies i Infància, Ajuda a Necessitats Bàsiques, Formació i Inserció Laboral, Migració, Sense Llar i Habitatge i Gent Gran.

Com veieu aquí no apareix l'acompanyament emocional i això és perquè tant l'atenció psicològica com l'orientació jurídica social i l'acompanyament en drets no es contemplen com a programes específics sinó que és consideren àmbits transversals; això vol dir que en tots els àmbits que he detallat abans s'ha d'incloure la

mirada psicològica i s'han de tenir en compte les necessitats emocionals de les persones, el mateix passa amb l'acompanyament en drets.

La transversalitat de la salut mental i emocional suposa que a més de fer una atenció individual i directa a les persones que ho necessiten per part de les psicòlogues de la Institució, procurem que els projectes que es van desenvolupant des dels diferents programes: pisos compartits, cases d'acollida per persones en reinserció o de violència de gènere, unitats de convivència per a gent gran, espais familiars, inserció laboral, acompanyament a migrants, etc. incloguin la mirada emocional i contemplin no solament les necessitats bàsiques sinó el patiment psicològic i incorporin eines per l'apoderament i el sanament de les ferides amb que arriben les persones.

Treballem també en espais d'atenció grupal per atendre problemàtiques comunes com poden ser grups de dol migratori, grups d'inserció laboral, reforç escolar.....

Donem especial importància a la feina preventiva de la intervenció psicològica i, en aquest sentit, la inclusió de la figura del psicòleg en els espais familiars que són espais de criança per famílies amb menors creiem que és clau per mirar de trencar el cercle de reproducció de l'exclusió ajudant a les famílies a millorar el vincle afectiu amb els fills.

El resultat d'aquesta mirada integral a les persones acompanyades permet generar un

clima de coneixement i un vincle molt més sòlid i de confiança per part d'elles que, a més d'ajudar-les a millorar la imatge i la confiança en si mateixes, permet establir plans de treball més consistents i facilitar el seguiment i l'adherència dels mateixos perquè són plans fets des del coneixement de les particularitats de les persones i les famílies i en els que es tenen en compte no solament les situacions de vida actuals sinó la seva història de vida.

Voldria senyalar també la importància del testimoniatge i la denúncia per reclamar una salut pública de qualitat, que arribi a tothom i que no discrimini a ningú.

Per acabar voldria expressar també la necessitat de tenir en compte la cura de les persones que cuiden i acompanyen ja siguin voluntaris ja siguin professionals i siguin de la disciplina que siguin: Treballadores Socials, Psicòlogues, Educadores Socials, Psiquiatres, etc.... és molt important que aprenem a tenir cura d'aquestes persones mitjançant espais d'acompanyament, de supervisió, de formació.... perquè aquests acompanyants estem en primera línia un dia i un altre, any rere any i el patiment de les persones acompanyades, la duresa de les seves condicions de vida, els trastorns mentals i addiccions, les explosions de violència que veiem de forma continuada també passen factura en les nostres vides i en la nostra salut, per tant si volem acompanyar bé ens hem de poder cuidar també bé.

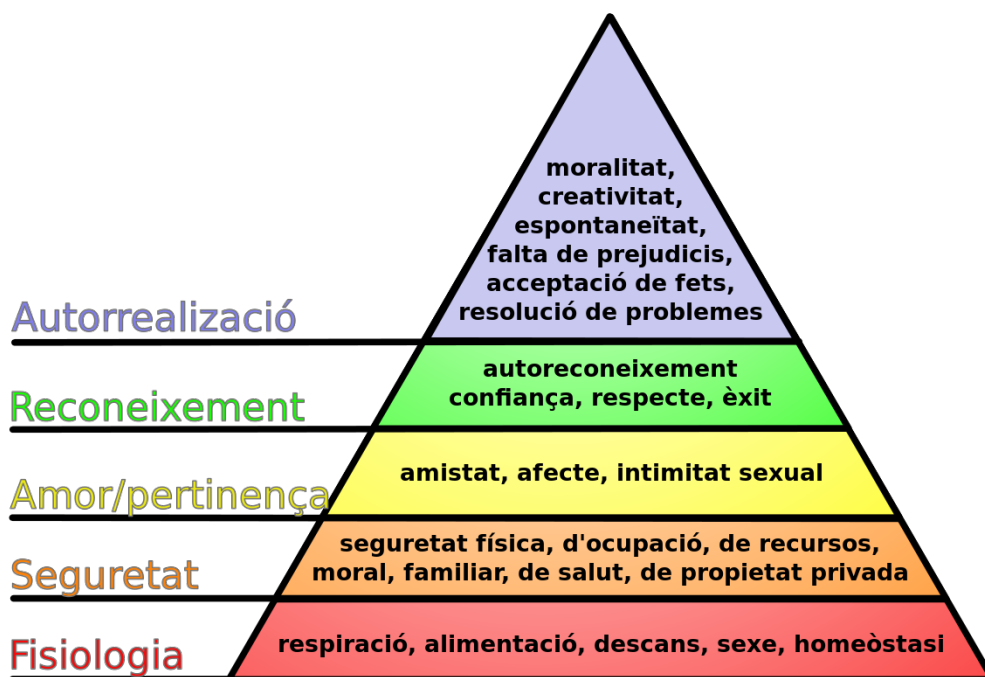


Fig 1. Piràmide de Maslow (Maslow A. A theory of human motivation. *Psychol Rev.* 1943;50:370–396. doi:10.1037/h0054346)

Presentació de Salut Sense Sostre

Montserrat Pérez, Carme Roca

QUI SOM

Som un grup **multidisciplinari** de professionals de l'àmbit **sanitari**, que ens hem **unit** per **oferir atenció social i sanitària a les persones vulnerables** (amb dificultat d'accés a l'assistència sanitària pública).

Actuem amb:

- esperit d'humilitat, respecte i prudència.
- de forma voluntària i altruista.
- per complementar el sistema de salut del nostre país en l'atenció a les persones més vulnerables.

Un equip de professionals sanitaris de les disciplines: medicina interna, medicina de família, dermatologia, salut internacional, odontologia, cirurgia general i digestiva, psicologia, podologia, optometria, infermeria, documentació clínica, farmàcia i osteopatia.

OBJECTIU

L'objectiu de l'associació Salut sense sostre és millorar l'estat de salut de les persones més vulnerables (excloses o en risc d'exclusió social)

QUÈ FEM

Oferim atenció sanitària:

- A l'Església de Santa Anna: atenció mèdica, d'infermeria, odontològica, podològica i d'optometria (Banc de les ulleres).
Coordinació amb l'EAP Gòtic i amb l'Equip directiu de la SAP Litoral per realitzar la campanya per vacunar de la Covid. Es van vacunar 106 persones amb la vacuna Janssen i 39 amb la vacuna Moderna (entre 1eres i 2es dosis).
- A les Missioneres de la Caritat de la Mare Teresa de Calcuta: atenció mèdica i d'infermeria.
- Al carrer amb la Unitat Mòvil. Gràcies a Missatgers de la Pau, tenim una furgoneta que ens ha permès adaptar-hi una consulta ambulant, a fi de poder desplaçar-nos a més punts d'atenció, amb el material i les condicions necessàries. Coordinació amb altres entitats de caire social que també surten al carrer. Oferim la nostra especificitat com a sanitaris.



També:

- Resolució de patologia aguda.
 - Anem al lloc on hi ha les persones, "sortim a buscar-les".
 - Intentem establir un vincle de confiança amb la persona.
 - Seguiment de la persona si ha fet un ingrés hospitalari i coordinació amb Treball social si s'escau.
 - Acompanyament a visites mèdiques.
 - Registre de les visites que es fan.
 - Ajuda en la regularització de la situació sanitària.
 - Intentem vincular a la persona al sistema sanitari corresponent.
- Coordinació amb la Sanitat pública i Fundacions sanitàries i socials.

PROJECTES DE FUTUR

- Expandir-nos a altres llocs on faci falta (Projecte Districtes).
- Replicar aquest model en altres zones del país.
- Seguir aprenent-ne....

EQUIP DE SALUT SENSE SOSTRE I HORARIS

- 5 metges (medicina general, dermatologia, nefrologia i pediatria que fa les funcions de medicina general).
- 3 infermeres.
- 2 farmacèutiques.
- 1 odontòleg.
- 1 optometrista.
- 1 podòleg.
- 1 osteòpata.
- 2 psicòlogues.

DILLUNS de 8,30 a 10,30 medicina general, medicina interna, salut internacional, dermatologia i infermeria i de 12 a 14h. Afegint l'atenció de podologia

DIMECRES de 12 a 14h. Osteopatia, infermeria i medicina general, medicina interna i salut internacional

Les visites d'odontologia i optometria segons llista de necessitats, son cada 3-4 setmanes i en horari segons disponibilitat del professional.

Els horaris cobreixen molt més que tant sols els presencials descrits; estem per a resoldre problemes i això no té horari

Totes som persones voluntàries amb ganes d'ajudar als qui ho necessiten.

Esther Martin

A principi del 2019 l'Hospital del Sagrat Cor va organitzar unes jornades sanitàries amb diferents especialitats; es va muntar un hospital de campanya, anomenat "Hospital del Carrer", al claustre superior de la Parròquia de Santa Anna.



Arrel d'aquesta actuació, el Dr. Delàs va veure que era necessari fer actuacions més sovint i no 2-3 vegades a l'any com estava previst l'Hospital del carrer, és aleshores que ell i jo vam començar a fer visites setmanals en una petita capella de l'església, que molt amablement ens va cedir Mn. Peio perquè també va veure la importància d'aquesta tasca. Passats uns mesos, vam organitzar aquestes visites als matins dels dilluns, amb la Dra. Montse Pérez i els dimecres a la tarda el Dr. Delàs amb d'altres professionals, així cobríem dos dies/setmana i en diferents horaris; en aquell moment els acollits podien estar a Santa Anna de 8 del matí i fins a les 8 del vespre tota la setmana.

En arribar el confinament es va tancar tot, en el moment de poder tornar a atendre a les persones necessitades, vam reprendre l'atenció sanitària al claustre ja que era un espai obert, dilluns als matins i coincidint amb l'horari de la taula de fraternitat (hora de dinar). Mica en mica vam anar creixent en quant a material, fàrmacs i personal sanitari de diferents especialitats.

Actualment l'actuació sanitària ha augmentat en horari també.



Salut mental i dependències

Hanna Bori

QUI SOM?

- Servei de Salut Mental del Hospital de Campanya de la parroquia de Santa Anna
- Som un equip multidisciplinari format per:
 - 1 professional psicòloga
 - 8 voluntaris psicòlegs
 - 1 voluntaria psiquiatra

QUE FEM?

Objectius i filosofia del servei de salut mental:

- Psicologia
 - Detecció de patiment psicològic
 - Detecció de patologia
 - Coordinació i derivació amb els centres de referència i amb el propi equip de psiquiatria intern
- Psiquiatra
 - Detecció de patiment psicològic
 - Detecció de patologia que requereixi tractament farmacològic
 - Seguiment farmacològic en els centres de referència
 - Psicoeducació del seguiment farmacològic
 - Vinculació amb el banc farmacèutic

A QUI HEM VIST?

Taula 1: Dades principals de les persones ateses en el servei de salut mental durant el 2021. Elaboració pròpia

Gènere	Perfil	Nacionalitats	Edats	Nº visites totals
20 dones	39 sense sostre	34 Nord d'Àfrica	23 (18-25 anys)	385
		2 Oest d'Àfrica	20 (26-35 anys)	
60 homes	15 sense llar	1 Àfrica occidental	3 (36-40 anys)	
		19 Amèrica Llatina	18 (41-50 anys)	
	4 habitatge insegur	17 Espanya	10 (51-60 anys)	
		1 Europa del nord	1 (61-65 anys)	
	18 habitatge	1 Europa meridional	4 (+ 65 anys)	
		4 Europa est		
	4 pisos Santa Anna	2 Sud asiàtic		

DEMANDES

- Estats de tristesa
- Estat confusional
- Deliris i al·lucinacions
- Consum de tòxics
- Problemes de conducta
- Dificultats socials arrel de trencaments de vincles (7)
- Traumes
- Rituals
- Estats ansiosos
- Dols
- Intents de suïcidi
- Demanda d'ansiolítics (6)
- Altres demandes (5)

DIAGNÒSTICS

Tabla 2: Nombre de diagnòstics de les persones vistes en el servei de salut mental. Elaboració pròpia

Patologia clínica	Adiccions	Trastorns de personalitat
Depressió 29	16	TLP 7
Ansietat 14		
Dol complicat 2		Narcisista 2
Estrés postraumàtic 5		
Trastorn psicòtic 4		Diagnòstics confirmats: 22
Esquizofrènia 1		
Trastorn del control d'impulsos 5		Tractament farmacològic: 29
TOC 2		
Fobia social 1		

CONCLUSIONS

- Tots pateixen una patologia social.
- El nombre de diagnòstics és superior al nombre de persones ateses ja que la majoria acumulen més d'un diagnòstic.
- El nombre de diagnòstics de trastorns de personalitat estan per sota del que és real.
- A través de la taula de fraternitat comencem a construir un vincle.
- Adherència al tractament:
 - (-) N° de visites: 20/30 anys, carrer, demanda no concreta, ansiolítics i consum de tòxics
 - (+) N° de visites: 40/50 anys, habitació, estrés postraumàtic, depressió
- Evitem l'administració de fàrmacs a partir del contacte amb els centres públics de referència per evitar la demanda excessiva de psicòtrops.
- El nombre de diagnòstics d'addicció és molt inferior al consum de tòxics.

(Salavera, B. (2009). Trastornos de personalidad en personas sin hogar. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9 (2), 275-283)

MÉS PROPOSTES

- Donar una atenció més específica als acollits atenent al seu perfil de personalitat
- Més contacte amb centres públics d'atenció a patologies mentals: CAS, CAP, CSMA, etc.
- Participació a la taula rodona de salut mental dels serveis socials.

L'atenció sanitària a les persones que viuen en una situació social de vulnerabilitat extrema

Carme Roca i Saumell

croca.bcn.ics@gencat.cat

Metgessa de família, EAP el Clot. ICS

Voluntària a Salut Sense Sostre

Com a metgessa de família, la meua zona de confort laboral és el Centre d'Atenció Primària (CAP), ja sigui a la consulta o bé carregant la maleta per anar a visitar els pacients als seus domicilis.

El voluntariat en atenció sanitària a persones en situació social de vulnerabilitat (pobresa) extrema, m'ha fet sortir de la zona de confort i m'ha obert els ulls a una altra realitat.

Segons dades del Centre Europeu de Control de Malalties (ECDC) del 2021, el 4% dels europeus ha estat almenys una vegada a la seva vida, sense llar (vivint al carrer). En aquestes persones es detecten resultats de salut extremadament negatius, com taxes de mortalitat 3-6 vegades superiors a la població general i poc accés a l'atenció sanitària (població desatesa).

L'habitatge es pot incloure com un determinant social de salut.

En aquest context vull destacar 2 punts clau (segons el meu parer):

- 1. L'atenció sanitària a persones que viuen en una situació de vulnerabilitat social extrema s'ha d'emmarcar dins el sistema públic de salut.**
- 2. Davant un col·lectiu extremadament vulnerable i idiosincràtic cal ser imaginatiu i flexible.**

Les persones sense sostre o en pobresa extrema són altament vulnerables a molts aspectes de la vida, entre altres a l'atenció sanitària. Esperar que demanin hora de visita, que rebin una carta postal

amb la programació de les visites a l'hospital de referència, que puguin utilitzar el transport públic per desplaçar-se, esdevé poc realista.

Imaginació i flexibilitat:

Sortir al carrer. No esperem que vinguin, sinó que anem (menjadors socials, naus industrials o zones on passen la nit...) en horaris flexibles, fent resolució de problemes aguts i abordatge de patologia crònica i sobretot establim vincles.

A l'Església de Santa Anna, en el període 2019-2021 s'ha atès 805 persones diferents de 67 països diferents.

Fer atenció individualitzada per un equip multidisciplinari que pugui fer formació continuada i docència a altres companys. Duent a terme un abordatge bio-psico-social i seguiment actiu de les persones ateses i sobretot establint-hi un vincle de confiança.

A l'Església de Santa Anna, en el període 2019-2021, els principals problemes de salut detectats han estat: odontològics, podològics, dèficits visuals, dermatològics, ferides, dolors osteoarticulars i abdominals, processos respiratoris de vies altes i psicològics.

Coordinació amb altres agents socials i de salut

El repte més importat que tenim actualment crec que és **donar visibilitat i atenció** a aquest tema: *L'atenció sanitària a persones que viuen en una situació de pobresa extrema.*

Fundació Ferrer Sustainability

Estefania Rico

QUI SOM I QUÈ FEM?

La Fundació Ferrer Sustainability és una organització sense ànim de lucre que té per objectiu transformar vides i treballar per una societat més justa i equitativa, mitjançant la cohesió social i la preservació del medi ambient.

Portem a terme la nostra tasca a través de dos grans projectes: **Ferrer for food** i **Green for good**, a través dels quals perseguim contribuir a la transformació del nostre entorn i del planeta, i ho fem donant suport a persones en situació de vulnerabilitat i impulsant models de ciutats verdes i ecoagroproductives.

La Fundació és, amb aquesta filosofia, una eina d'activisme social de l'empresa.

Green for good es un projecte d'horticultura que impulsa un model de ciutat verda, sostenible i ecoagroproductiva.

- Comptem amb un hort urbà de 1.300m² d'espai cultivable a Barcelona
- I paral·lelament, disposem d'un altre hort eco-industrial de 8.000m² a
- Sant Pol de Mar.
- Ambdós horts són en règim de permacultura i abasteixen la nostra cuina social
- Estem iniciant sinèrgies amb diverses entitats per instal·lar horts socials, educatius i terapèutics a la ciutat de Barcelona gràcies als quals:
 - Es possibilita l'autosuficiència alimentària
 - Es redueix la contaminació i es lluita contra el canvi climàtic
 - Es genera ocupació
 - Es promou el benestar i es millora la vida de les persones

Com va començar

Ferrer Sustainability inicia la seva activitat en el context de la COVID-19 per donar resposta a la urgència alimentària existent i agreujada per la pandèmia.

Al març de 2020 es planta la primera llavor del primer projecte de la Fundació: Ferrer for food.

- En tan sols quatre mesos s'elaboren més de 45.000 àpats i, d'aquella primera iniciativa, emergeix el projecte de cuina social, amb un fort compromís ecològic i social.

Objectiu

Actualment estem entregant 1.700 menús al dia i el nostre objectiu pel 2022 és entregar 1 MILIÓ D'ÀPATS a l'any a entitats socials que atenen, acompanyen i treballen per empoderar a persones en situació de vulnerabilitat i/o risc d'exclusió social a Barcelona i al Maresme.



Chules de Bocatas (Jesús de Alba)

Me piden unas líneas para un simposio para personas sin hogar. Lo primero que diría es que no conozco honor más grande en esta tierra que servir a estas personas. El corazón se me llena de alegría y se me conmueven las entrañas. ¿Cómo puede ser en una sociedad donde el 99% ni los ve y si lo hace es para subir la ventanilla del coche y seguir para adelante?

Pues Bocatas, un grupo de amigos que llevamos en Madrid más de 25 años ayudando a gente sin hogar, tiene buena parte de la culpa.

Así que por eso imagino que me han invitado. Nuestro lema es tan sencillo como revolucionario: la pobreza es un problema humano. La respuesta, ¿debe ser? Humana. ¡Bravo! Este axioma tan, tan sencillo, hemos caído en la cuenta es absolutamente minoritario en el mundo de lo social y por tanto revolucionario.

Es como si nos hubiésemos dejado llevar por la mentalidad cientificista actual que debería resolverlo todo: médicos, psiquiatras, psicólogos y dinerete fresco del Estado y ya tenemos la solución.

Y sin embargo, nosotros llamamos, por ejemplo al sistema actual de recuperación de gente de las drogas, como la rueda. Parte esta gente de un infierno absoluto que es el mundo de la droga. Antes o después quieren salir de ese infierno sube e inhumano donde los haya. Ingresan al sistema socio-sanitario montado por las Comunidades Autónomas. Se les limpia física y psicológicamente y se les reeduca a estar en un piso, cocinar y demás habilidades sociales. Incluso acaban en cursos de búsqueda activa de trabajo.

Nosotros, que hemos acompañado a varios en este proceso, vemos como cuando llegan a la última fase, están más solos que la una. Un amigo que estaba ya en esta última fase, con todas las tardes libres (en teoría tenían que salir a búsqueda activa de empleo) coincidió que el piso estaba en el mismo barrio que una familia de Bocatas e iba todas esas tardes a jugar con los niños (salvo, le tuvieron que decir una vez, cuando bebiera un poco más de la cuenta). Este gran ami-

go nuestro salió para adelante y ahora vive una vida como el resto, alejado de la marginalidad. El resto de compañero suyos de piso se lo pasaban sentados en un parque del barrio sin saber qué hacer. ¿A dónde va una persona, cualquier persona, que está sola? ¿Cuál es digamos su hogar? Pues donde tiene los afectos, donde es alguien, donde hay alguien que le tiene estima. ¿Dónde vuelven a acabar el 85% de ellos? (nosotros estimamos un 85% pero alguna persona que trabaja profesionalmente en estos pisos nos habla de un 95% al menos) Pues de vuelta al poblado y al mundo de las drogas donde le esperan con los brazos abiertos.

Qué sencillo y qué difícil a la vez este enfoque. Es como si a un niño en el colegio que necesita afecto, seguridad, un abrazo, le enseñamos el teorema de Pitágoras y pensamos que con eso ya está todo. Y no está mal que el chaval lo sepa, pero qué ridículo hacemos con todas las teorías que pretenden dar respuesta al increíble drama de la gente sin techo desde los teoremas.

Nosotros llevamos 26 años en Bocatas (www.bocatas.io). Llevamos predicando en el desierto de lo social 20 años. Pero de un tiempo a esta parte hemos comenzado, tímidamente pero con fuerza, a ver otras realidades que están totalmente de acuerdo con nosotros y trabajan en esta dirección: acogimiento, amistad, espacios abiertos, grupos de amigos capaces de acoger, de llevarlos de vacaciones (nosotros hacemos ya desde hace 5 años lo que llamamos las vacas hippies de bocatas), etc.

Y qué gusto. Y qué gusto no sólo para los de la calle. También para tantos amigos voluntarios con gravísimas crisis de pareja o económicas que se encuentran en casa de su madre con 50 años. Y con amigos que tienen ganas de suicidarse pues han estado toda la vida bajo la peor de las dictaduras posibles: la de uno mismo.

Todo un sistema humano "win to win" se está montando a la sombra de nuestra narcisista sociedad....y....¡¡¡señora, funciona!!!!

BOCATAS
PASIÓN POR EL HOMBRE

<https://bocatas.io>

Lucia Catot

Hospital Dos de maig. Consorci hospitalari integral

Els centres hospitalaris és on es centra l'atenció especialitzada un cop valorats els pacients per centre d'atenció primària o des de urgències. Aquestes dues vies són les que fan que arribin amb cert cribratge els pacients a les diferents especialitats.

En el cas de *Salut sense Sostre*, la valoració dels pacients està perfectament gestionada per metges d'Atenció Primària i per infermeria que estableixen un diagnòstic de certesa o d'aproximació i són els que valoren que aquest pacient ha de ser valorat per l'atenció especialitzada hospitalària.

Això s'aconsegueix, perquè aquest pacients tenen un codi d'identificació personal (CIP) i tenim una via de comunicació amb ells, sigui a través del seu mòbil o a través d'algun dels representats de *Salut sense Sostre*, ja que no tenen adreça a on enviar les cartes.

Lavors es genera una petició de visita amb l'especialista i amb la gestora de consultes externes tenim una paraula clau, i davant de qualsevol dubte m'ho, pregunten a mi. Si tenen problemes de localització o qualsevol altre gestió. La paraula clau és *Salut sense Sostre*.

Un cop valorat el pacient per l'especialista i es decideix que precisa una intervenció quirúrgica, es presenten diferents qüestions:

- Tema postoperatori i convalescència
- Addiccions

El tema de les addiccions és difícil de controlar si el pacient no posa de la seva part i no vol col·laborar com ja sabeu. Si a més és una persona sense sostre es complica més. Això s'està treballant mitjançant la psicòloga de l'equip de *Salut sense Sostre*.

Ja sabeu la pressió que tenim actualment de fer les intervencions sense ingrés (cirurgia major ambulatoria CMA) o amb el menor nombre de nits d'ingrés i això sí que està molt controlat.

Si el pacient es intervingut amb règim de CMA precisa un acompanyant. Això també està solucionat amb el grup de *Salut sense Sostre*. Però com, està clar que no podem anar al carrer a fer un postoperatori, la recuperació post cirurgia es parla amb el servei de treball social d'hospital per buscar un lloc de convalescència post quirúrgic.



Esther Martín, Imma Capdevila, Puri Pérez

TASQUES DE LA INFERMERA

- Cribatge a les persones que acudeixen.
- Primers auxilis.
- Donar suport al metge.
- Recollida de dades de l'usuari.
- Cures.
- Educació sanitària.
- Presa de constants.
- Administració de fàrmacs per via IM i SC.
- Retirada de punts de sutura.
- I sobretot, sobretot, fer acompanyament, escolta activa, aconsellar, mostrar que som allà per a ajudar-los sense jutjar i donar suport.

FUNCIONS DE LA INFERMERA COORDINADORA

COORDINACIÓ SANITÀRIA I SOCIAL

- L'atenció dels diferents professionals en quan a horari i assistència.
- Les llistes d'usuaris amb necessitats d'optometria, odontologia i osteopatia.
- Les visites a especialistes d'hospitals o d'altres centres de salut que sorgeixen de les visites realitzades a l'hospital de campanya (cirurgia, oftalmologia, protèsi dental, proves diagnòstiques...).

- Visites amb salut mental.
- Atendre les sol·licituts de visites als nostres professionals per part d'altres organitzacions (Arrels, EICA, Àmbit, Calcutes...).

SOL·LICITAR

- Targeta Sanitària (TS) als atesos que els hi caldrà per a visites o tractaments externs.
- Subvencions per a protèsi dental, plantilles, ulleres que no surten del "banc d'ulleres" que disposem etc.
- Fàrmacs a través del Banc Farmacèutic, amb qui tenim conveni que es renova anualment. I a diferents entitats col·laboradores.
- Material sanitari a diferents entitats col·laboradores.
- Organitzar els espais cedits per la Parròquia de Santa Anna per a l'assistència sanitària, emmagatzemar fàrmacs, material sanitari i banc d'ulleres.
- Revisar, junt amb la optometrista, l'estat de les ulleres rebudes a través de donacions i que ella revisarà la graduació i marcarà.
- Revisar, junt amb una farmacèutica, la caducitat dels fàrmacs existents i les donacions rebudes.



Dra. Montserrat Pérez

La dermatologia és una especialitat totalment visual, i alhora molt clínica, la qual cosa convida a reclamar l'atenció dels companys perquè observin la pell i, com moltes vegades, t'ajudin a establir un diagnòstic clínic.

La pell és l'òrgan més extens i profund de la nostra economia. "Lo más profundo es la piel"; formosa i y misteriosa frase de Paul Valéry. La pell és l'òrgan més extens del cos, posa en contacte el "dins" amb el "fora", retenint, protegint, comunicant, sentint, emmagatzemant o regulant aquest fràgil equilibri que configura tot l'organisme i que ens recorda que només som un plec de l'exterioritat.

És el mirall de l'ànima... ens diu què passa a l'interior. De vegades només és la punta de l'iceberg.

Per això el nostre equip és... com uns "Castejers"... tots som importants, entre tots formem una "coral de cantaires" de cordes diferents que intenten sonar el millor possible.

MOTIUS DE CONSULTA A L'HOSPITAL DE CAMPANYA

S'han fet 197 consultes d'aquesta especialitat que representen el 11,6% del total de visites.

En la nostra pràctica, a "Salut sense sostre", què esperava trobar?: malalties infeccioses, pio-dermitis, infeccions micòtiques, ferides traumàtiques, etc.

Què hem vist amb més freqüència?

Doncs sí, moltes d'elles sí, però sobretot l'exacerbació de patologies de base: psoriasi, dermatitis atòpica, dermatitis seborreica, etc i lesions autoinduides, alopecies areatas, èczemes de diferents tipus que responen a trastorns psicològics propis de la situació en què viuen.

La nostra és una intervenció de primera línia, de resoldre el problema sobre la marxa i el més ràpidament possible.

Alguns casos de petites intervencions quirúrgiques i sobre tot cures tòpiques.



Figura 1. Petita intervenció a l'Hospital de Campanya

També hem vist lesions cutànies degudes al fred, el qual exacerba l'aparició de pell seca i la presència de fissures i esquerdes doloroses i de vegades sagnants.

Una de les patologies més freqüents i a vegades difícils de diagnosticar és la sarna, la escabiosis. Extracta d'unainfestació amb una alta incidència en aquest col·lectiu.

En la actualitat, aquesta patologia s'ha disparat fins a 20 vegades en las darreres setmanes.

Tractament efectiu i còmode però difícil de controlar el contagi i els convivents.

Tractament amb ivermectina (oral) i permetrina (tòpica)



Figura 2. Afectació general de sarna

Gràcies a l'ajut de Marti Derm amb àmplia experiència a l'Àfrica; són els que ens subministren el producte, el qual el podem subministrar als pacients en les dosis concretes i individualitzades.

Per a mi ha suposat un reciclatge en moltes matèries però amb l'ajuda de l'equip, tot és més fàcil. És el què té estar a primera línia i intentar resoldre els problemes a mesura que sorgeixen.



Figura 3. Exploració física davant els murs monumentals

ALTRES INTERVENCIONS: COMUNITAT DE LES CALCUTES

Tot això s'ha extrapolat a la Comunitat de Les Calcutes. Allà, els voluntaris preparen, cuinen empaqueten i serveixen el menjar. Cap a dos quarts de nou es prepara el dinar que es serveix a dos quarts d'onze.

A causa de les restriccions causades pel Covid, el menjar es serveix a la porta, fora al carrer, no al menjador.

Visitem la persona que ho necessita al vestíbul de l'Església de Sant Agustí o a l'entrada del convent.



Figura 4. Comunitat de les Calcutes

El total de visites realitzades en aquest període de temps ha estat de 72 usuaris.



Figura 5. Equip Salut sense sostre

Cal destacar, la importància de tot l'equip interdisciplinari i complementari. Sense protagonismes de cap tipus. Entre tots ho fem tot.



Monica Das Neves, <https://mdnshots.com/>

Viviana Acosta

QUE FEM A SALUT SENSE SOSTRE, COMO HO FEM, AMB QUINA COL-LABORACIÓ?

Con què l'esser humà es per naturalesa un esser visual, rebrem més del 70% de tota l'informació del nostre entorn mitjançant la vista, per això i per moltes més raons es l'optometria una especialització tant important i amb tanta demanda.

Un cop determinada la graduació del pacient, se li fa la adaptació de unes ulleres(del banc d'ulleres) gairebé sempre, de vegades cal demanar-les a l'òptica col.laboradora.

L'òptica Univers ens dóna suport en quant a donació de montures, muntages, facilitar-nos la possibilitat de marcar les ulleres que ens donan.

A més de ser una tasca material, ens sens dubte una feina emocional, de suport psicològic per a les persones, que a través de salut sense sostre podem accedir aquest servei; en aquest any que he estat fem la tasca com a optometrista he pogut sentir la immensa gratitud de aquestes persones perquè poden tenir unes ulleres; es una tasca molt gratificant, personalment en dona un sentiment de satisfacció de poder ajudar d'altres.



Montse Barba, Montserrat Torrell

L'equip de farmàcia de Salut Sense Sostre està integrat per dues farmacèutiques, una de l'àmbit hospitalari i l'altra de l'àmbit de la farmàcia comunitària.

Donem recolzament a les tasques relacionades amb el medicament: adquisició, emmagatzematge, control de caducitats, conservació (nevera) i dispensació dels tractaments farmacològics i productes sanitaris que s'utilitzen en l'atenció sanitària dels usuaris.

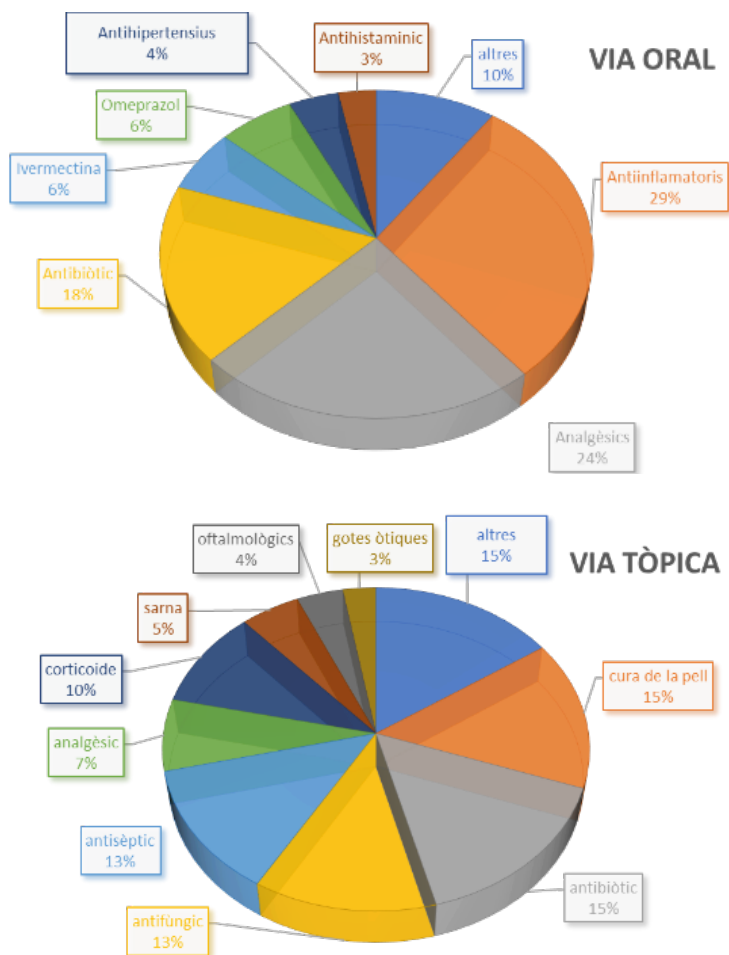
El Febrer 2019 es va fer la primera actuació a l'Hospital de Campanya de Santa Anna. Els medicaments i productes sanitaris els va proporcionar l'Hospital del Sagrat Cor, que actualment segueix col·laborant gràcies a la Beca Car-

les Capdevila que es va guanyar aquell mateix any.

Aquests productes ara també s'adquireixen a través de Banc Farmacèutic, donacions de laboratoris, farmàcies comunitàries i particulars.

Repasant les estadístiques es veu una certa evolució en el tipus de tractaments realitzats, probablement degut als diferents formats que han tingut les actuacions, implicant diferents tipus d'usuaris i també depenent de la disponibilitat de medicaments en cada moment.

Els tractaments més habituals són els antiinflamatoris, analgèsics orals i tòpics, antibiòtics orals i tòpics, medicació per a la sarna i una llarga llista de casos concrets i diversos.



És important adequar els medicaments per facilitar el compliment terapèutic en condicions de carrer. Per això es seleccionen tractaments amb posologia simple, forma farmacèutica adequada i envasos unidosis.

En el cas concret de la sarna, el tractament es prepara com a fórmula magistral, adequant la dosi al pes del pacient i es dispensa la quantitat

exacta de càpsules o crema per assegurar que es faci correctament

També són molt ben rebuts els productes d'higiene en petit format. Hem de pensar que en aquesta situació ho hauran de portar tot el dia a sobre, dins la motxilla.

Aquests detalls, acompanyament i suport els ajuden a sobreviure millor al seu dia a dia.

Eva Lerma

RECOLLIDA DE DADES ASSISTENCIALS

A la primera edició de l'hospital de campanya, celebrada durant dos dies al claustre de la parròquia de Santa Anna al febrer del 2019, els promotors es van plantejar quina era la millor manera de recollir dades de l'activitat, en funció dels recursos disponibles. Es va dissenyar un document en Excel a aquest efecte. Hom disposava d'un ordinador on la recollida es feia en temps real per part de personal administratiu voluntari, o dels propis metges.

Malgrat les dificultats que comporta la recollida de dades de persones sovint indocumentades i analfabetes, valorem que fer-ho és una manera de dignificar als pacients atesos, així com un mitjà que ens permet disposar d'informació clínica rellevant en la presa de decisions mèdiques de cara a visites successives. D'altra banda, ens permet obtenir informació bioestadística per tal de conèixer la magnitud i concreció de la problemàtica de salut de les persones que viuen al carrer a la nostra ciutat per tal de poder realitzar estudis clínics i trobar noves i més eficients maneres d'atendre les seves necessitats. Malgrat disposar d'una assistència universal, hom constata que les persones vulnerables tenen grans dificultats d'accés al sistema públic de salut, ja sigui per desconeixement, dificultats de comprensió, problemes de mobilitat o, en alguns casos, temors basats en la seva situació d'il·legalitat al país.

La recollida de dades, ha passat per diferents etapes. Inicialment, entre el febrer de 2019 ei el maig de 2020, durant les sessions monogràfiques que l'hospital del Sagrat Cor organitzava al claustre de la parròquia de Santa Anna, així com en els posteriors dies de visita oberta a totes les persones que s'hi adreçaven, elaboràvem una estadística d'activitat en format Excel.

Després del confinament, al maig del 2020, els responsables de la parròquia de Santa Anna es van replantejar el model assistencial, prioritant poder oferir atenció completa (nutricional, higiènica, mèdica, laboral i educativa) a un col·lectiu d'acollits més o menys fixe, enlloc d'atendre a mitges a tothom qui s'hi adreçava. Aleshores vam començar a passar visites a la sala capitular, en les especialitats de medicina de família, dermatologia, podologia, odontologia i infermeria. La recollida de dades es fa manualment en una llibreta per part de l'equip sanitari, i posteriorment es traspassa a l'estadística d'activitat en format Excel.

Al desembre del 2020, els responsables de la parròquia de Santa Anna van encarregar a un programador informàtic, el disseny d'un programa fet a mida, amb l'objectiu de millorar la gestió de totes les àrees de l'hospital de campanya, també la de salut. Com a responsable de documentació clínica i qualitat assistencial, m'he encarregat de dissenyar l'arbre de gestió del programa i les diferents seccions necessàries, que ens permeten disposar d'una base de dades de pacients, un apar-

tat d'anamnesi i el registre de visites mèdiques que deriven en un curs clínic molt visual i pràctic. Així mateix, s'ha dissenyat llistats i estadístiques exportables en format Excel que ens permeten seguir extraient la informació que necessitem per analitzar l'activitat, a efectes d'estudi i anàlisi de necessitats i oportunitats de millora.

La informació que recollim és la següent:

- NHC
- Data visita
- Nom i Cognoms
- Sexe
- Data naixement
- Origen
- Residència
- Targeta Sanitària
- Addiccions
- Vacunació
- Diagnòstic
- Tractament

Estem pendants de facilitar accés a l'equip assistencial per tal que pugui enregistrar l'activitat directament i així poder eradicar les errades de transcripció.

Actualment ens trobem en disposició de poder lliurar la seva història clínica en paper a cada usuari que ho demani. Estem estudiant la manera de poder facilitar l'accés digital a la història clínica per part de facultatius d'altres països que puguin atendre als pacients en el futur. Això és especialment important entre aquest col·lectiu que segueix fent processos migratoris.

CONSENTIMENT INFORMAT I PROTECCIÓ DE DADES PERSONALS

L'obligació legal de demanar el consentiment per escrit als pacients atesos suposa tot un repte dins del col·lectiu que nosaltres atenem. Hom planteja un nivell de dificultat important, en tant en quant les barreres idiomàtiques i la desconfiança de molts pacients, que es troben en situació il·legal i es malfien de signar qualsevol document. En tot cas, després d'analitzar la millor solució possible, es va consensuar un document que fusiona el consentiment per l'assistència mèdica i la protecció de dades personals per part de l'equip, que va validar el comitè ètic de l'Hospital del Sagrat Cor. Estem pendants de tancar el circuit de signatura i arxiu d'aquesta documentació sensible, conjuntament amb els responsables de l'Hospital de Campanya.

AVALUACIÓ DE RISCOS ASSISTENCIALS

S'ha dut a terme una avaluació de riscos assistencials que ens ajuda a prendre consciència de

les mancances amb les que ens trobem i poder implementar les màximes barreres possibles per evitar esdeveniments adversos en l'atenció als pacients.

S'ha identificat els següents riscos:

- **Errada de transcripció**, ja comentada.
- **Errada d'identificació**, fruit del fet que molts pacients estan indocumentats, tenen problemes de comprensió idiomàtica o volen preservar la seva identitat per trobar-se en situació il·legal al país. Intentem demanar document d'identitat o, en el seu defecte, que el pacient escrigui el seu nom. Disposem de servei de traducció d'una intèrpret marroquina.
- **Duplictat de Targeta Sanitària Individual**. En facilitar la tramitació de targetes sanitàries a alguns pacients d'altres nacionalitats i sense documentació d'identitat, hi ha el perill que l'hagin demanat prèviament i escriguin el nom d'una altra manera. Es verifiquen al màxim de dades identificatives i es complimenta la fitxa de sol·licitud amb la màxima informació disponible.
- **Dificultat d'obtenció de consentiment informat**, també fruit del fet que molts pacients estan indocumentats, tenen problemes de comprensió idiomàtica o volen preservar la seva identitat per trobar-se en situació il·legal al país.
- **Mala comprensió de les indicacions mèdiques i manca d'adhesió al tractament**, degut a les dificultats idiomàtiques i el baix nivell educatiu dels pacients. Intentem lliurar la medicació que necessiten, oferir instruccions clares i pautar els tractaments més breus possibles, fent un seguiment setmanal del pacient.
- **Possible errada diagnòstica**, fruit d'aquestes dificultats de comunicació i a la dificultat d'accés a proves diagnòstiques. Davant de qualsevol dubte, es deriva al pacient al CAP o al servei d'urgències hospitalàries i, si cal, se l'acompanya.
- **Possible reacció al·lèrgica a medicació subministrada**, al no disposar d'informació mèdica del pacient i donades les dificultats de comprensió que tenen. Hom subministra medicació amb pocs efectes secundaris i es fa enquesta prèvia al pacient sobre al·lèrgies.
- **Problemes en la segregació i recollida de residus sanitaris** al no disposar d'un servei de recollida de residus sanitaris homologat. Disposem d'un contenidor d'agulles que es rebutja a través de l'hospital.
- **Higiene deficient de les instal·lacions que pot motivar transmissió infecciosa**. Es prenen totes les mesures possibles per evitar-ho, comptant amb la col·laboració de l'equip de la parròquia de Santa Anna i disposant de guants estèrils i solucions desinfectants. De moment no s'ha donat cap cas amb les barreres disponibles.



SIMPOSI

“Cures sanitàries i socials de les persones sense llar”

La salut quan es viu al carrer

AUDITORI COSMO CAIXA
c/Isaac Newton, 26
Sarrià Sant Gervasi
BONANOVA



Beca Carles Capdevila
A la Cura de les Persones

