

LowThreshold

Journal

2022, Vol. 10, Num. 1-2

**CURES SANITÀRIES I SOCIALS
DE LES PERSONES SENSE LLAR**
La salut quan es viu al carrer



COORDINACIÓN

M^a José Sánchez

DIRECTOR

Jordi Delás

JEFA DE REDACCIÓN / EDITOR IN CHIEF

M^a Eugenia de Andrés

CONSEJO DE REDACCIÓN /

EDITORIAL BOARD

Margarita Aguas

Miguel de Andrés

Jordi Delás

Nadia El Hilali

Gemma Martín

Tarcisio Matos de Andrade (Salvador de Bahía)

César Morcillo

María José Sánchez

Martín Vázquez Acuña (Buenos Aires)

DISEÑO / DESIGN

Sònia Poch

MAQUETACIÓN / LAYOUT

Sònia Poch

CORRECTION IN ENGLISH

Steve Cedar

EDICIÓN / EDITION

Ex AEquo

lowthreshold@lowthresholdjournal.org

www.lowthresholdjournal.org

Sumari / Sumario / Contents

• EDITORIAL. Una plataforma solidària	4
• PROGRAMA	8
• ACTIVITAT. Activitat 2019-2021	9
• COMUNITAT. Atenció familiar i comunitària	11
• PAPER DELS MUNICIPIS. Direcció de Serveis d'Atenció al Sensellarisme	13
• EL PAPER D'ENTITATS I INSTITUCIONS. Aspectes sociodemogràfics de les persones amb addiccions: situació actual, necessitats, respostes i reptes	15
• ACOMPANYAMENT A Joves MIGRANTS DES D'ATENCIÓ PRIMÀRIA. Quan la llei d'estrangeria esdevé un problema de salut	22
• CÀRITAS DIOCESANA DE BARCELONA. Atenció social i sanitària quan l'allotjament és precari	25
• DETERMINANTS SOCIALS DE LA SALUT. Dimensió social de la salut i de les cures	30
• INTERVENCIÓ SOCIAL. SASSEP	39
• SALUT SENSE SOSTRE. PETITA HISTORIA DEL NOSTRE INICI. Presentació de Salut Sense Sostre	41
Hospital al carrer	43
• SALUD MENTAL. Programa ESMES per a persones sense llar	45
• PSICOLOGIA D'ENLLAÇ. Salut mental	48
• SALUT NEUROLÒGICA. Llar Pere Barnés	51
• EDUCADORES COMUNITARIOS DE SALUD. Equipos de Salud Comunitaria	54
• ATENCIÓ PRIMÀRIA I SALUT SENSE SOSTRE. L'atenció sanitària a les persones que viuen en una situació social de vulnerabilitat extrema	60
• ALIMENTACIÓ, SALUT I POBRESA. Fundació Ferrer Sustainability	62
• BOCATAS MADRID. Chules de Bocatas	64
• ATENCIÓ HOSPITALÀRIA. Hospital Dos de Maig	67
• INFERMERIA. Cuidar i coordinar	68
• DERMATOLOGIA. En la pell dels altres	69
• OPTOMETRIA. Tornar a veure	71
• FARMÀCIA. Farmàcia sense sostre	72
• DADES. Documentació clínica i qualitat assistencial	74
• PODOLOGIA. La importància de la cura dels peus	77



El 17 de febrer va tenir lloc a Caixa Fòrum un Symposium on es va tractar la no salut quan es viu al carrer. Són paraules antagòniques no tenir un lloc on viure i salut. Les excel·lents presentacions de persones i institucions cal considerar-les cures pal·liatives. Tractem el símptoma, però no la causa que és el diferent tipus de persona, en funció d'on han nascut, de la seva trajectòria econòmica, de malalties no diagnosticades i no tractades.

Respon també a la voluntat de ser observatori des de la primera línia. Massa sovint la població general pateix una desinformació, quasi en defensa pròpia, de que la gent està malalta, està al carrer, perquè vol.

Convocatòria d'articles

Low Threshold Journal és una publicació en línia adreçada a la comunitat científica internacional i centrada a presentar experiències d'equips que treballen en la promoció de l'educació, la salut i l'atenció social a les zones urbanes socialment desfavorides. Hi ha intervencions desconegudes interessants que podrien ser útils per a altres grups en condicions similars.

A partir dels textos originals, enviats a lowthresholdjournal@lowthresholdjournal.org, els editors van fer una traducció a l'anglès o al castellà. Els textos finals es publiquen com a revista i estan disponibles gratuïtament en format PDF. Estan en línia permanentment a <https://annalsdelsagratcor.org/LTHJ.html>, de manera que es poden consultar en qualsevol moment.

Lowthresholdjournal està impulsat per Ex AEquo, una associació sense ànim de lucre, fundada l'any 1996 a Barcelona i dedicada a promoure l'educació, la comunicació i l'atenció sociosanitària a les zones urbanes socialment desfavorides.

Convocatoria de artículos

Low Threshold Journal es una publicación en línea dirigida a la comunidad científica internacional y enfocada en presentar experiencias de equipos que trabajan en la promoción de la educación, la salud y la atención social en áreas urbanas socialmente deprimidas. Hay interesantes intervenciones desconocidas que podrían ser útiles para otros grupos en condiciones similares. A partir de los textos originales, enviados a lowthresholdjournal@lowthresholdjournal.org, los editores realizan la traducción al inglés o al español. Los textos finales se publican como revista y están disponibles gratuitamente en formato PDF. Están en línea permanentemente en <https://annalsdelsagratcor.org/LTHJ.html> cualquier momento. Lowthresholdjournal está promovida por Ex AEquo, una asociación sin ánimo de lucro, fundada en 1996 en Barcelona y que se dedica a promover la educación, la comunicación y la atención sociosanitaria en zonas urbanas socialmente deprimidas.

Call for papers

Low Threshold Journal is an online publication addressed to the international scientific community and focused on presenting experiences of teams who work on promoting education, health and social care in socially deprived urban areas. There are interesting unknown interventions that could be useful for other groups under similar conditions.

From the original texts, sent to lowthresholdjournal@lowthresholdjournal.org, the editors made an English or Spanish translation. The final texts are published as a magazine and are freely available in PDF format. They are online permanently at <https://annalsdelsagratcor.org/LTHJ.html>, so they can be consulted at any time.

Lowthresholdjournal is promoted by Ex AEquo, a non-profit association, founded in 1996 in Barcelona and is dedicated to promoting education, communication and social and health care in socially deprived urban areas.



EDITORIAL

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 altruista 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, optmetristes, 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, infratractades.

Una plataforma solidaria

En febrero de 2022 se celebran 3 años de la colaboración entre el Hospital del Sagrat Cor y el Hospital de Campaña Santa Anna para atender, desde el punto de vista sanitario, a personas que acudían a la parroquia en situación socialmente deprimida.

Se diseñó una inicial respuesta episódica, trimestral, en la que el Hospital se trasladaba al claustro de Santa Anna, con las especialidades que se consideraban más adecuadas para personas que están en la calle, intentando resolver al máximo las demandas y remitir al Hospital a las que no se podían dar respuesta.

El éxito derivó del convencimiento de que hay algo más que hacer y de que no se generaban gastos importantes dada la colaboración altruista de los profesionales, la cesión de instalaciones en el maravilloso marco del claustro de Santa Anna y que, a partir de la beca Carles Capdevila, se podía hacer frente a la consecución de medicamentos. Esta actuación de profesionales de enfermería, médicos de familia y de medicina interna, psiquiatras y psicólogos, optometristas, dermatólogos, podología, odontología ha evolucionado, coincidiendo, también con la situación de pandemia de marzo de 2020. No ha sido posible una atención de puertas abiertas y ha sido necesaria una actuación de continuidad.

El Hospital ha mantenido el papel de atención especializada, ofreciendo también su apoyo logístico y en esta función se ha incorporado el Hospital de la Cruz



Roja. Ha aparecido una asociación de profesionales “Salut sense sostre” (“Salud sin techo”) y ha sido permanente la interrelación con instituciones y entidades, necesariamente interdisciplinaria. Anteriormente había bancos de alimentos, de medicamentos y se ha contribuido a crear un banco de gafas y un banco de profesionales sanitarios. Evitando redes paralelas, intentando acompañar a las personas contactadas a la sanidad pública.

El Simposio es una buena prueba de ello, con participación de entidades públicas, conjuntamente con iniciativas de la sociedad civil.

Cuando empezamos a hablar de este Simposio, pensamos en un acto reducido, donde los profesionales intercambiaran experiencias. Sin embargo, la repercu-

sión ha superado la propuesta apareciendo la responsabilidad de responder a expectativas y voluntad de formación.

Formación y desarrollo en un nivel asistencial diferente —como en su día fueron el Hospital de Día o la Corta Estancia— y que llamamos Hospital de la Calle o Primaria de la Calle, dependiendo de dónde salgan las mesas y sillas para atender la enfermedad cuando se vive en la calle.

Desde el primer momento, se ha pensado en la replicación; que de diferentes hospitales y centros de

atención primaria se pongan profesionales al servicio de instituciones con responsabilidades con la pobreza, y desaparezcan las barreras de comunicación con aquellas personas que tienen importantes problemas sanitarios y sociales.

El Symposium pretende que, equipos sanitarios, de psiquiatría, educadores de calle, entren en contacto, entre sí y con asociaciones e instituciones, con el fin de conseguir una atención más efectiva. Descartando, también, que haya enfermedades infradiagnosticadas y, por tanto, infratratadas.



A platform for solidarity

February 2022 marks 3 years of collaboration between Hospital del Sagrat Cor y el Hospital de Campaña Santa Anna to attend, from the health point of view, people who came to the parish in a socially depressed situation.

An initial episodic response was designed, on a quarterly basis, in which the Hospital moved to the cloister of Santa Anna, with the specialties that were considered most appropriate for homeless people, trying to solve as much as possible the demands and refer to the Hospital those that could not be answered.

The success derived from the conviction that there is something more to do, and that no major expenses were generated given the altruistic collaboration of professionals, the cession of facilities in the wonderful setting of the cloister of Santa Anna and that, from the Carles Capdevila grant, it was possible to cope with the procurement of medicines. This action of nursing professionals, family doctors and internal medicine, psychiatrists and psychologists, optometrists, dermatologists, podiatrists, dentists has evolved, also coinciding with the pandemic situation of March 2020. It has not been possible to

provide open-door care and continuity of care has been necessary.

The Hospital has maintained the role of specialized care, offering also its logistic support and Hospital de la Cruz Roja has been incorporated. An association of professionals “Salut sense sostre” (“Homeless health”) has appeared and the interrelation with institutions and entities, necessarily interdisciplinary, has been permanent. Previously there were food banks, medicine banks and we have contributed to create an eyeglasses bank and a bank of health professionals. Avoiding parallel networks, trying to accompany the people contacted to the public health system.

The Symposium is a good proof of this, with the participation of public entities, together with civil society initiatives.

When we started talking about this Symposium, we thought of a small event, where professionals could exchange experiences. However, the repercussion has surpassed the proposal, and the responsibility to res-

pond to expectations and the desire for training has emerged.

Training and development at a different level of care - as in the past was the Day Hospital or the Short Stay Hospital - and which we call Street Hospital or Street Primary Care, depending on where the tables and chairs are located to attend to the disease when living in the street.

From the very beginning, we have thought about replication. That different hospitals and primary care centers, dedicate professionals at the service of institutions with responsibilities with poverty, and communication barriers disappear with those people who have important health and social problems.

The Symposium aims to bring health teams, psychiatrists and street educators into contact with each other and with associations and institutions, in order to achieve more effective care. It also aims to rule out the possibility of under-diagnosed and, therefore, under-treated illnesses.



Programa

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
María 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 Delàs, 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.

Activitat 2019-2021

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.

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
Targeta Sanitaria Individual: Sí	221	32,0	
Targeta Sanitaria: No	248	35,9	

	n	%	
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

Pais Origen	Quantitat	Pais Origen	Quantitat
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	Siria	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

Motius de consulta.

Prestació				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Dermatología	203	11,6	11,6	11,6
Infermeria	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
Odontologia	202	11,6	11,6	67,8
Oftalmologia	219	12,6	12,6	80,4
Otros	13	,7	,7	81,1
Podologia	238	13,7	13,7	94,8
Psiquiatria	84	4,8	4,8	99,6
Urologia	7	,4	,4	100,0
Total	1743	100,0	100,0	

ACTIVIDAD 2019-2020

Desde febrero de 2019 al 31 de diciembre de 2021, hemos visitado 805 personas diferentes generando un total de 1743 visitas (Tabla 1). Aún predominando a los hombres (83,6%), en todo momento se ha considerado atender las características de la mujer.

Un 45,8% tiene menos de 35 años. La persona más joven visitada tiene 8 años y la mayor de 98 años. La edad media son 39,3 años, con una desviación típica de 15,8.

Al menos el 35,9% carece de tarjeta individual sanitaria individual y sólo el 13,3% tiene domicilio fijo. Respecto a la procedencia de los pacientes, los marroquíes representan un 30%, los españoles un 20%. El otro 50% está muy dividido entre gente de todo el mundo.

Por especialidades, el 40% de las visitas son de medicina general, medicina interna. Casi un 14%, por la especialidad de podología. Un 11,6% son visitas odontológicas, el mismo porcentaje que representan a las de dermatología.

ACTIVITY RECORD 2019-2020

From February 2019 to December 31, 2021, we have visited 805 different people generating a total of 1743 visits (Table 1). Even though men predominate (83.6%), at all times we have considered attending to the characteristics of women.

Some 45.8% are under 35 years of age. The youngest person visited was 8 years old and the oldest was 98 years old. The mean age is 39.3 years, with a standard deviation of 15.8.

At least 35.9% do not have an individual health card and only 13.3% have a fixed address. With regard to the origin of the patients, Moroccans represent 30%, Spaniards 20%. The other 50% are very evenly divided between people from all over the world.

By specialties, 40% of the visits are for general medicine, internal medicine. Almost 14% are for the specialty of podiatry. Dental visits account for 11.6%, the same percentage as for dermatology.

COMUNITAT

Atenció familiar i comunitària

Maria Jose Pardo Remesal, Adjunta a la Direcció del Servei d'Atenció Primària Litoral Esquerra. Gerència Territorial Barcelona (ICS)

Voldria ser breu, perquè tenim una jornada per endavant que ja es veu que serà molt enriquidora, on els professionals que estan cada dia al carrer, amb els Sense Llar, són els protagonistes.

Però, abans de seguir, vull agrair a la Carme Roca i el Jordi Delàs que m'hagin convidat a seure en aquesta taula inaugural com a representant de l'Atenció Primària de l'ICS de la Gerència Territorial de Barcelona.

Avui segurament es repetiran algunes paraules com SALUT, DRETS, JUSTÍCIA, COMPROMÍS, DIGNITAT o INCLUSIÓ. Segurament Salut serà una de les més repetides. I es que la salut és un dret universal, i també tenir un treball digne, una educació de qualitat... però aquells que no tenen llar tenen més dificultats que la resta per accedir als serveis o drets essencials. Per ells el camí pot ser tant costerut que sovint no arriben i quan ho fan no sempre reben el que per dret els hi pertocaria.

Però a les paraules esmentades voldria afegir un altre tant o més: COMUNITAT. La Atenció

Primària que represento té dos cognoms FAMILIAR i COMUNITÀRIA. El segon cognom pren un interès especial en aquests moments en que tant es parla de determinants socials. Doncs bé, tenim uns membres de les nostres comunitats que els tenen tots en contra i aquests són els Sense Llar. Però és que aquests veïns ens INCOMODEN, perquè ens treuen de la nostra zona de confort, de les nostres consultes, dels nostres plans, de la nostra burocràcia i els nostres circuits.

Hem de recordar, però, que aquesta és part de la nostra feina: apropar-nos als SENSE LLAR i coordinar-nos amb la resta de recursos i serveis, superar les dificultats per donar-los allò que per justícia els pertoca i que no poden demanar perquè no tenen res i creuen que és això el que han de tindre.

Us animo a fer Comunitària de veritat i INCOMODEN-NOS, PERQUE AIXÒ SIGNIFICARÀ QUE ENS ESTEM OCUPANT D'ELLS.

Atención familiar y comunitaria

Hoy seguramente se repetirán algunas palabras como SALUD, DERECHOS, JUSTICIA, COMPROMISO, DIGNIDAD o INCLUSIÓN. Seguramente Salud será una de las más repetidas. Y es que la salud es un derecho universal, como lo es tener un trabajo digno, una educación de calidad... pero quienes no tienen hogar tienen más dificultades que el resto para acceder a los servicios o derechos esenciales. Para ellos el camino puede ser tan empinado que, a menudo, no llegan; y cuando lo hacen no siempre reciben lo que por derecho les correspondería.

Pero a las palabras mencionadas quisiera añadir otra: COMUNIDAD. La Atención Primaria que represento tiene dos apellidos FAMILIAR y COMUNITARIA. El segundo apellido toma un interés especial en estos momentos en los que tanto se habla de deter-

minantes sociales. Pues bien, tenemos a unos miembros de nuestras comunidades que lo tienen todo en su contra, son los Sin Hogar. Pero puede que estos vecinos nos INCOMODEN, porque nos sacan de nuestra zona de confort, nuestras consultas, nuestros planes, nuestra burocracia y nuestros circuitos.

Sin embargo, debemos recordar que ésta es parte de nuestro trabajo: acercarnos a los SIN HOGAR y coordinarnos con el resto de recursos y servicios, superar las dificultades para darles lo que por justicia les corresponde y que no pueden pedir porque no tienen nada, y además creen que no hay nada que deben tener.

Os animo a hacer Comunitaria de verdad e INCOMODÉMONOS, PORQUE ESO SIGNIFICARÁ QUE NOS ESTAMOS OCUPANDO DE ELLOS.

Family and community care

Today some words such as HEALTH, RIGHTS, JUSTICE, COMMITMENT, DIGNITY or INCLUSION will surely be repeated. Health will surely be one of the most repeated. And the fact is that health is a universal right, as is having a decent job, a quality education... but those who are homeless have more difficulties than the rest to access essential services or rights. For them, the road can be so steep that they often do not get there; and when they do, they do not always receive what is rightfully theirs.

But to the above words I would like to add another: COMMUNITY. The Primary Care that I represent has two surnames FAMILY and COMMUNITY. The second surname is of special interest in these times when there is so much talk about social determinants.

Well, we have some members of our communities who have everything against them, they are the Homeless. But these neighbors may create DISCOMFORT, because they take us out of our comfort zone, our consultations, our plans, our bureaucracy and our circuits.

However, we must remember that this is part of our job: to approach the HOMELESS and coordinate with the rest of the resources and services, to overcome the difficulties to give them what is rightfully theirs and that they cannot ask for because they have nothing, and also believe that there is nothing they should have.

I encourage you to become a true COMMUNITY CARE and let's be UNCOMFORTABLE, BECAUSE THAT WILL MEAN THAT WE ARE CARING THEM.

PAPER DELS MUNICIPIS



Direcció de Serveis d'Atenció al Sensellarisme

Institut Municipal de Serveis Socials
Carme Fortea. *Directora Serveis d'Atenció al Sensellarisme*



**Ajuntament
de Barcelona**

PAPER DELS MUNICIPIS

- Protecció i atenció social de les persones. Responsabilitat.
- Donar resposta a les situacions d'extrema pobresa.
- Incidir en les dificultats estructurals que són l'element central dels processos d'exclusió (Dificultat d'accés a DRETS). Habitatge - ingressos mínims - polítiques migratòries.

UN PROGRAMA MUNICIPAL I UNA DIRECCIÓ

- Programa d'alta especificitat: Complexitat, atenció personalitzada (itineraris), integral i intensiva.
- Objectiu: aconseguir la màxima autonomia i inclusió possible.
- Desplegament de serveis per ajudar en la sortida. (equips, allotjament, higiene, alimentació. No cartera de serveis.
- Desplegament amb Consorci Sanitari BCN el Programa de salut mental i persones sense llar.

DADES A LA CIUTAT

- 900 persones dormint a carrer.
- 10,5% són dones.
- 32% són d'origen no comunitari.
- Arribada en els 3 darrers mesos d'uns 400 joves migrants sols.
- 2.808 places d'allotjament al 2021. Increment del 32% respecte el 2018.
- Procés d'exclusió i expulsió cap a la precarietat més ràpid que la generació de serveis i recursos.
- Recursos d'atenció social al 100%. Dificultats en la sortida principalment accés habitatge.

INCIDÈNCIA DE LA SALUT EN LES PERSONES SENSE LLAR

- Relació entre pobresa ⇔ estat de salut.
- Salut factor de desigualtats socials.
- Esperança de vida inferior a la mitjana.
- Major us de l'atenció sanitària d'urgències.
- Prevalença trastorns crònics. Com a mínim el 80% de la població presenta un trastorn (mentals al voltant del 50%).

DIFICULTAT D'ACCÉS A ATENCIÓ

- Persones sense llar accedeixen prioritàriament una atenció d'urgència sanitàries.
- Persones en situació irregular que no accedeixen al continuïtat assistencial especialitzat ni social ni sanitari, ni a prestacions ni a formació ni inserció laboral.
- Altes hospitalàries no coordinades.
- Protocols establerts amb salut i coordinació a nivell territorial. Gran marge de millora.
- Menció especial el col·lectiu de joves migrants sols.
- Conjunt de persones sense llar ⇒ INDEFENSÍO APRESA.

IMPACTE DE LA COVID19

- Oportunitats de millora. SALUT-SOCIAL.
- Els esforços fets i l'estreta relació entre serveis socials i salut han premés:
 - Millorar protocols de coordinació amb els territoris CAPS i CUAPS.
 - Sensibilitzar i donar a conèixer el sensellarisme.
 - Millorar coneixement mutu entre lo social i lo sanitari (clau per a poder avançar).

Tenim molt recorregut de millora entre serveis socials i serveis sanitaris, tant a nivell d'establiment de protocols i lluita per accés a serveis, com de treball en la base i en el dia a dia.

Ajuntament, Generalitat, Entitats, i òrgans estatals hem de continuar establint ponts i línies millores.

Els diferents professionals dels serveis socials municipals, d'entitats i de salut aquí presents avui, som la clau per establir ponts i continuar treballant junts per la millora de l'atenció de les persones més excloses.

Aquestes jornades ens han de poder servir per continuar treballant en aquesta línia des de la base i evidenciar, elevar i fer ressò de les mancances.

SERVICIOS DE ATENCIÓN AL SINHOGARISMO

*T*enemos mucho recorrido de mejora entre servicios sociales y servicios sanitarios, tanto a nivel de establecimiento de protocolos y lucha por acceso a servicios, como de trabajo en la base y el día a día.

Ayuntamiento, Generalitat, Entidades, y órganos estatales debemos seguir estableciendo puentes y líneas mejoras. Los diferentes profesionales de los servicios sociales municipales, de entidades y de salud aquí presentes hoy, somos la clave para establecer puentes y seguir trabajando juntos para la mejora de la atención de las personas más excluidas. Estas jornadas deben poder servirnos para continuar trabajando en esta línea desde la base y evidenciar, elevar y hacer eco de las carencias.

HOMELESSNESS CARE SERVICES

*T*here is a long way to improve social and health services, both in terms of establishing protocols and fighting for access to services, as well as working day to day.

City Council, Generalitat, Entities, and state organisms must continue to establish bridges and lines of improvement. The different professionals of municipal social services, entities and health here today, we are the key to build bridges and continue working together to improve the care of the most excluded people. This conference should help us to continue working in this line from the basis and to highlight, raise and echo the shortcomings

EL PAPER D'ENTITATS I INSTITUCIONS



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 del 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 pensem 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 la 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 pobla-

ció 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%)

Quant al nivell d'instrucció al voltant del 50% té estudis primaris I només un 10% té estudis universitaris. Les dones presenten major proporció 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

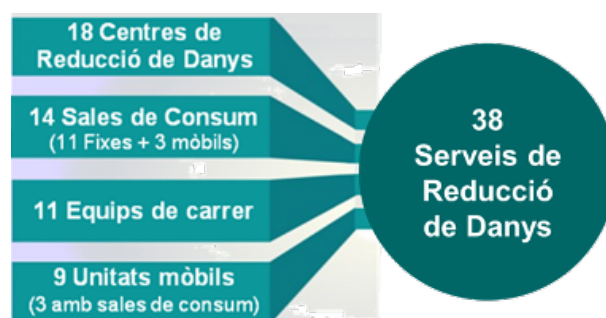
- 28% està a l'atur (8% en població general)
 - Inicis de tractament per Heroïna: 44% (13% treballa)
 - Dones que inicien tractament: 40%
- 37% treballa (53% en població general)

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

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.



- 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 vivenda 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 servei 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, «Apoaderament 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.

Accions

Millorar els acords interdepartamentals per treballar de manera conjunta i coherent en la prevenció i l'atenció a les DAC, especialment en col·lectius en situació de vulnerabilitat

Activitats

- 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.
- 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), PLAISS, sensellarisme, Estratègia transversal de gènere i PNJCat.
- 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.
- 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 (Better 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 resultats 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 cribatge 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 cribatge 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 (extutelats 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 beneficiat 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 socio-sanitaris 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).

Sociodemografía de la adicción

Es necesario abordar el consumo de drogas y las adicciones desde una perspectiva transversal y que integre diferentes ejes vitales de la persona, velando por garantizar sus derechos humanos y necesidades básicas, como el derecho a disponer de un hogar.

El abordaje debe ser integral e interseccional, considerando los diferentes ejes de desigualdades existentes: género, edad, origen, situación social y económica... Es necesario trabajar para que las personas con adicciones tengan acceso a los recursos sociosanitarios en condiciones de igualdad respecto a la población general.

La tendencia creciente de situación de sinhogarismo, conjuntamente con otros factores de vulnerabilidad (envejecimiento prematuro, carencia de vínculos sociales, etc.) requiere avanzar hacia una red de recursos inclusiva que permita iniciar procesos de recuperación de personas afectadas por consumos problemáticos de forma coordinada dentro de la estrategia integral para el abordaje del sinhogarismo (modelo housing first, viviendas temporales, adquisición de recursos en alta hospitalaria).

Addiction sociodemographics

Drug use and addictions must be addressed from a cross-cutting perspective that integrates different vital axes of the person, ensuring their human rights and basic needs, such as the right to a home.

The approach must be comprehensive and intersectional, considering the different axes of existing inequalities: gender, age, origin, social and economic situation.... It is necessary to work with the aim of ensuring that people with addictions have access to social and health resources on equal terms with the general population.

The growing trend of homelessness, together with other factors of vulnerability (premature aging, lack of social ties, etc.) requires progress towards an inclusive network of resources that allows the initiation of recovery processes for people affected by problematic consumption in a coordinated manner within the comprehensive strategy to address homelessness (housing first model, temporary housing, acquisition of resources at hospital discharge).

ACOMPANYAMENT A JOVES MIGRANTS DES D'ATENCIÓ PRIMÀRIA



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 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 jo-

ves. A la vegada que els allunya de la seva família i els deixa desemparats.

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.

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'aquest 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'odon-

tologia, SAPPIR (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.

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, responant 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>

Jóvenes migrantes y atención primaria

Cuando emprenden el viaje migratorio son adolescentes y jóvenes sanos, y es la Ley de Extranjería la que, que en muchos casos, les hace perder la salud. Las dificultades para llegar a cruzar la frontera y el Mediterráneo, saltando la valla, a nado, con patera o escondidos bajo un camión, ya pone en peligro su salud e incluso su vida. El tiempo que pasan en las calles, antes y después de cruzar, centros de menores como la Purísima en Melilla o el CITE en Canarias donde se agolpan niños y adolescentes tratados como delincuentes.

La imposibilidad de obtener de permiso de residencia y de trabajo que les aboca al sinhogarismo, la pobreza y, a menudo, a delinquir; es un pez que se muerde la cola y que va deteriorando la salud física y mental de estos jóvenes. A la vez que los aleja de su familia y los deja desamparados. La carencia de empadronamiento imposibilita el acceso al sistema público de salud.

Hace 4 años se abrió en el barrio el centro Dar Chabab que da acogida a jóvenes migrantes sin referentes familiares entre 18 y 21 años.

Young migrants and primary care

When they start the migratory journey they are healthy adolescents and young people, and it is the Immigration Law that, in many cases, makes them lose their health. The difficulties to get to cross the border and the Mediterranean, jumping the fence, swimming, with a skiff or hiding under a truck, already endangers their health and even their lives. The time they spend on the streets, before and after crossing, in centers for minors such as La Purísima in Melilla or the CITE in the Canary Islands where children and adolescents are crowded together and treated like criminals.

The impossibility of obtaining a residence and work permit, which leads them to homelessness, poverty and often to delinquency, is a fish that bites its own tail and deteriorates the physical and mental health of these young people. At the same time, it distances them from their families and leaves them homeless. The lack of registration makes it impossible to access the public health system.

Four years ago, the Dar Chabab center was opened in the neighborhood to provide shelter to young migrants without family references between 18 and 21 years of age.

CÀRITAS DIOCESANA DE BARCELONA



Atenció social i sanitària quan l'allotjament és precari

CÀRITAS DIOCESANA BARCELONA

Joan Bas Moduit. *Psicòleg Sanitari*

 **Caritas**
Diocesana de
Barcelona

Erec 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



Càritas

Diocesana de Barcelona

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 carga 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 emo-

cional 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 incomplertes 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

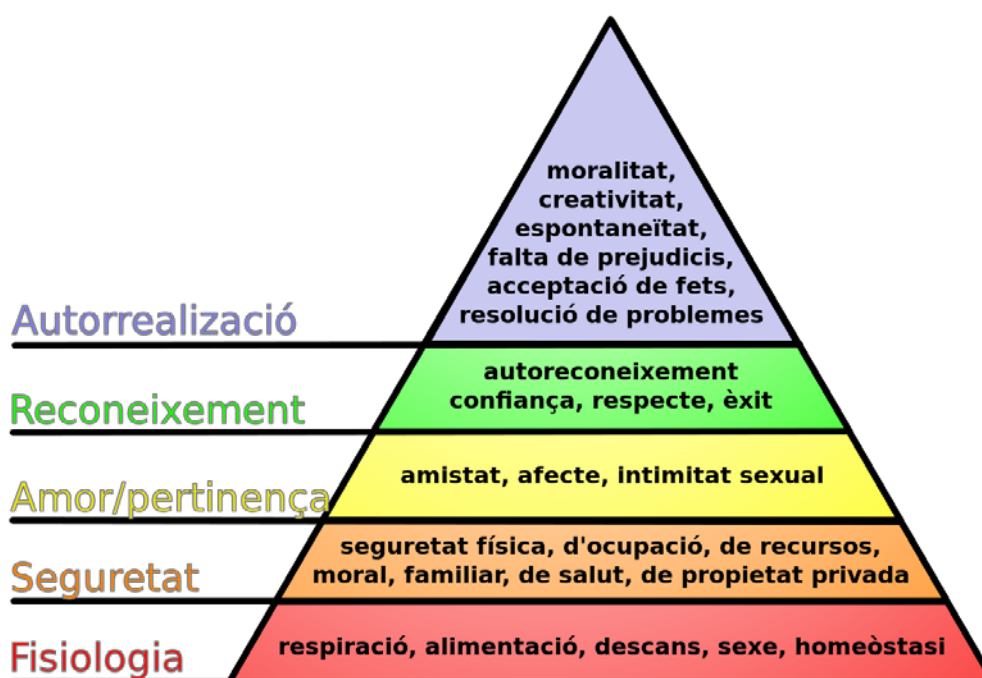


Fig 1. Piràmide de Maslow (Maslow A. A theory of human motivation. Psychol Rev. 1943;50:370–396. doi:10.1037/h0054346)

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 pedaçs 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 contempen 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.

Alojamiento precario, atención social y sanitaria precarias

Los datos hablan por sí mismos y nos dicen que las personas en situación de exclusión social severa -personas sin hogar, población penitenciaria, personas con adicciones...- multiplican por tres las experiencias traumáticas vividas en comparación con la población en general.

Esto nos lleva a concluir que las dinámicas de exclusión social no están desvinculadas de los aspectos psicológicos y todas ellas traen un grave sufrimiento emocional y, en muchas ocasiones, trastornos mentales importantes y toxicomanías.

Por tanto, si queremos hacer un acompañamiento integral y queremos ser agentes y compañeros en los procesos de cambio pienso que cuando hablamos de atención social y atención sanitaria debemos atender este sufrimiento.

El MAS (Modelo de Acción Social) de Cáritas contempla la atención integral a las personas y para llevarlo a cabo dispone de 7 ámbitos de actuación o programas que son: Acogida y Acompañamiento, Familias e Infancia, Ayuda a Necesidades Básicas, Formación e Inserción Laboral, Migración, Sin Hogar y Vivienda y Personas Mayores.

Precarious housing, precarious health and social care

The data speak for themselves and tell us that people in situations of severe social exclusion - homeless people, prison population, people with addictions... - have a threefold increase in traumatic experiences compared to the general population.

This leads us to conclude that the dynamics of social exclusion are not unrelated to psychological aspects and all of them bring serious emotional suffering and, on many occasions, major mental disorders and drug addictions.

Therefore, if we want to make a comprehensive support and we want to be agents and partners in the processes of change, I think that when we talk about social care and health care we must address this suffering.

The MAS (Social Action Model) of Caritas contemplates the integral attention to people and to carry it out it has 7 areas of action or programs that are: Shelter and Accompaniment, Families and Children, Basic Needs Assistance, Training and Job Insertion, Migration, Homelessness and Housing and the Elderly.

DETERMINANTS SOCIALS DE LA SALUT



Dimensió social de la salut i de les cures

Carles Ariza. *Metge, especialista en Medicina Preventiva i Salut Pública*

El text s'estructura en dues parts. En la primera es planteja la importància dels determinants socials de la salut, en tant que són els factors socials els que tenen més influència en la salut de les persones.

En la segona s'aborda la vessant psicosocial de la salut i la importància en les cures, ja que sovint les persones amb una pitjor afectació de la seva salut pateixen no només a causa del propi problema de salut, sinó també per les repercussions que té en el conjunt de la seva vida.

LA IMPORTÀNCIA DELS DETERMINANTS SOCIALS DE LA SALUT

Els *determinants de la salut* són un “conjunt de factors personals, socials, econòmics i ambientals que determinen l'estat de la salut dels individus o poblacions” (Organització Mundial de la Salut, 1998). Són factors que influeixen i modelen la salut dels individus i de les comunitats.

Les campanyes de salut pública, així com els diferents treballs dels fundadors de la salut pública moderna, ja des del segle XIX, havien posat de manifest la relació entre la posició social de les persones, les seves condicions de vida i els seus resultats de

salut. A finals de la dècada dels 90 del segle XX i primers anys de la dècada del 2000, diversos països van articular els primers compendis d'explicacions o models generals de determinants de la salut. En aquest apartat es desenvoluparan, per ordre cronològic de la seva aparició el model de determinants de Lalonde (1974) i continuat pel Ministeri de Salut del Canadà (1999) i els models que emfasitzen la importància dels determinants socials de la salut, en concret el model de Dahlgren i Whitehead (1992) i el model de determinants de l'Organització Mundial de la Salut (Wilkinson i Marmot, 2005).

EL MODEL DE LALONDE

El model que inicialment va explicar millor d'una forma holística el nivell de salut d'una comunitat fou el descrit per Lalonde (1974), ministre de Sanitat canadenc, i que ha esdevingut un clàssic de la salut pública. En aquest model es descriuen quatre grans grups de determinants (figura 1):

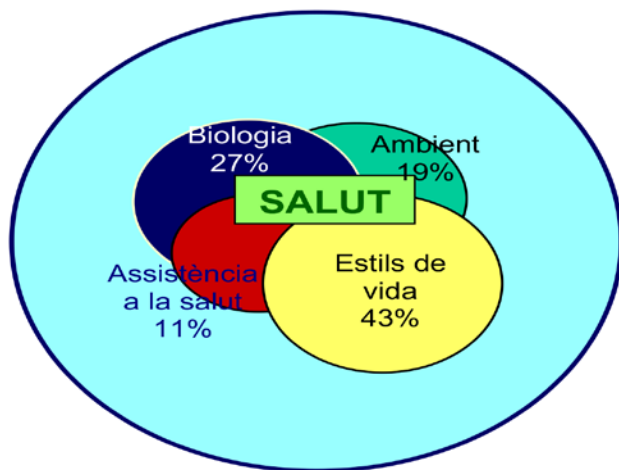


Figura 1. Model de Mark Lalonde (1974) dels determinants de salut (ref. 2)

1) La biologia humana, entesa com el conjunt d'aspectes relacionats amb la constitució, càrrega genètica, desenvolupament i envelliment. Si bé en si mateix aquest determinant pot semblar poc modificable, els nous descobriments genètics, diagnòstics i de teràpies basades en la biotecnologia poden canviar les perspectives d'aquest bloc. Està relacionat amb nombrosos processos com càncer, diabetis, malaltia d'Alzheimer...

2) El medi ambient, comprènent contaminació física, química, biològica, psicosocial i sociocultural. Així existeix una clara relació entre la classe social i diverses malalties, hàbits i factors de risc. Conèixer com

s'expressen en els perfils de salut les desigualtats socials i com es reproduïxen en la vida quotidiana de les poblacions i intentar transformar-les mitjançant la gestió organitzada de la societat amb accions de salut i benestar, constitueix un dels principals propòsits de la pràctica de la salut pública.

3) Els estils de vida i les conductes de salut, enteses com drogoaddicció, sedentarisme, alimentació, estrès, violència, conducció perillosa, utilització inadequada dels serveis sanitaris... Es tracta de comportaments que actuen negativament sobre la salut, als que l'home s'exposa voluntàriament i sobre els que podria exercir un mecanisme de control. És el grup que més influència té sobre la salut.

4) El sistema d'assistència sanitària: inclou la mala utilització de recursos, els esdeveniments adversos produïts per l'assistència sanitària, les llistes d'espera excessives, el mal ús i abús dels medicaments, la burocratització de l'assistència...

Quan, pocs anys després, Lalonde valora al Canadà l'adequació entre la despesa sanitària i els determinants de la salut, es troba que no hi ha correspondència entre un fet i l'altre: per exemple, els estils de vida expliquen el 43% de la mortalitat mentre només reben el 1,2% de les despeses en salut; per contra el sistema d'assistència sanitària explica l'11% de la mortalitat i rep el 90,6% de les despeses.

ELS MODELS BASATS EN ELS DETERMINANTS SOCIALS DE LA SALUT

En els darrers 15-20 anys, des d'inicis de la dècada de 1990 del segle passat, s'han desenvolupats diferents models per mostrar com els determinants socials afecten els resultats en salut, que han servit per fer més explícites les relacions dels diversos tipus de determinants de la salut entre si. En les properes línies es descriuran, per la seva importància el model de Dahlgren i Whitehead (1992) i el model de la Comissió de Determinants Social de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) (2005).

El model de Dahlgren i Whitehead o de les capes d'influència

El model de Goran Dahlgren i Margaret Whitehead (figura 2) explica com les desigualtats socials en la salut són el resultat d'interaccions entre diferents

nivells de condicions causals, des de l'individu a les comunitats i al nivell de polítiques de salut nacionals (Dahlgren i Whitehead, 1992). Els individus tenen edat, sexe i factors genètics i estan en el centre de la primera capa, la central, ja que tots ells influeixen en el seu potencial global de salut. Anant cap a l'exterior, la següent capa comprèn les conductes personals i els estils de vida.

Les persones amb menys mitjans materials tenen barreres de finançament per poder triar un estil de vida saludable i poden mostrar pitjor alimentació i també solen mostrar més factors conductuals negatius com el tabaquisme. Les influències socials i comunitàries es representen en la capa següent. A l'escala social baixa hi ha menys xarxes i suport social, el que acaba comportant menys prestacions socials i facilitats per a l'activitat de la comunitat. En el nivell social següent es troben els factors relacionats amb les condicions de vida: treball, provisió d'aliment i accés als serveis més bàsics. Són els nuclis més pobres els que mostren més problemes d'habitatge, condicions més perilloses o estressants a la feina i accés més limitat als serveis i això crea també riscos diferencials sobre la seva salut. Per sobre tots aquests nivells estan les condicions econòmiques, culturals i medioambientals (posició econòmica del país, mercat de treball...) que produeixen pressió sobre totes les altres capes. A tall d'exemple, el mode de vida d'una societat pot influenciar l'elecció d'un habitatge, del treball o de determinades interaccions socials, així com alguns hàbits de l'estil de vida. O, en l'àmbit cultural, les creences sobre el rol de la dona en la societat poden influir sobre el seu patró vital i la seva posició social (Dahlgren i Whitehead, 1992).



Figura 2. Model de determinants de Dahlgren i Whitehead (1992) (ref.3)

El model de la Comissió de Determinants Socials de l'OMS

La Comissió de Determinants Socials de l'OMS es va crear l'any 2005 sota la presidència de Michael Marmot. Està formada per 20 comissionats d'altres 20 països. Els elements del model són: a) el context *sociopolític*; b) els determinants *estructurals*, en contraposició als *intermediaris*; i c) els nivells en els quals poden abordar-se les inequitats o desigualtats en salut.

a) El context sociopolític

Comprèn un conjunt d'aspectes estructurals, culturals i funcionals d'un sistema social que exerceix una clara influència en els models d'estratificació social i en les oportunitats dels ciutadans d'accedir a la salut. Inclou: (1) els *sistemes i processos polítics*, que comporten la definició de les necessitats, les polítiques públiques existents sobre els determinants, els models de discriminació, la participació de la societat civil, la responsabilitat i transparència de l'administració pública; (2) la política *macroeconòmica*, que inclou la política fiscal i monetària, la balança de pagaments i de comerç; (3) les polítiques que afecten a factors com *treball, territori* i distribució de l'*habitatge*; (4) *política pública* en àrees com educació, benestar social, atenció mèdica, aigua i sanejament. També es considera en aquest context el valor de la salut i el grau de preocupació social col·lectiva per la salut.

b) Determinants socials “estructurals” i “intermediaris”

Els determinants estructurals de salut o determinants socials d'inequitat de salut són aquells que generen l'estratificació social. Comporten les oportunitats de salut de grups socials, basades en la seva ubicació dintre de les jerarquies de poder, prestigi i accés als recursos. Entre aquests estan els ingressos i l'educació, però també es reconeixen entre ells el gènere, l'etnicitat i la sexualitat. També ocupa un lloc central la cohesió social relacionada amb el capital social.

A la figura 3 es pot apreciar com totes les posicions socioeconòmiques anteriors es tradueixen en determinants específics de l'estat de salut individual, reflectint la ubicació social de l'individu dintre del sistema estratificat. Són els determinants intermediaris, que flueixen des d'aquesta estratificació social subjacent i determinen les diferències en l'exposició i vulnerabilitat a les condicions que comprometen la salut. Inclouen les condicions de vida, les condicions de treball, la dis-

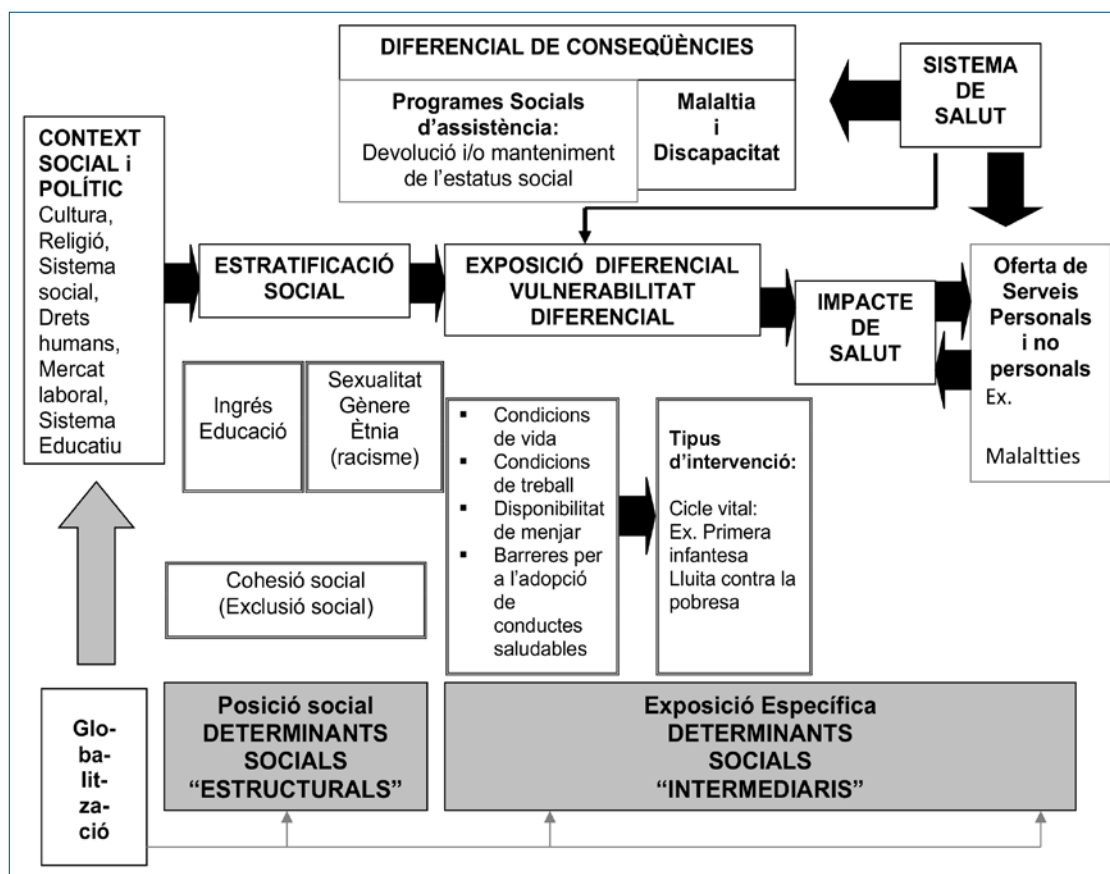


Figura 3. Model de la Comissió de Determinants Socials de la Organització Mundial de la Salut (OMS) (2005) (ref.4)

ponibilitat d'aliments, les conductes de la població i les barreres per adoptar estils de vida saludables.

Per tant, el model de la figura 3 (OMS, 2005) mostra que la posició econòmica d'un individu influeix en la seva salut, però no directament, sinó a través de determinants més específics, intermediaris.

El propi *sistema de salut* s'ha d'entendre també com un determinant intermediari. El sistema de salut es fa rellevant a través del problema de l'accés, que incorpora diferències en l'exposició i la vulnerabilitat. En aquest sentit es pot millorar l'accés equitatiu a l'atenció, però també es pot promoure l'acció intersectorial per millorar l'estat de salut (per exemple, la suplementació alimentària, a través del sistema de salut). El sistema de salut també media el diferencial de conseqüències de la malaltia: les persones que tenen mala salut descendeixen més en l'escala social que les més saludables.

c) intervencions i nivells de desenvolupament de la política sobre desigualtats en salut

Poden ser: 1) alterant l'estratificació social: per exemple, polítiques que alteren les desigualtats de gènere,

que milloraran la posició de les dones respecte dels homes; 2) alterant el diferencial d'exposició de les persones als factors perjudicials per a la salut o disminuint la vulnerabilitat de les persones en desavantatge amb les condicions perjudicials de salut; 3) intervenint a través del sistema de salut per reduir les conseqüències del diferencial de malaltia, per exemple, a través de recursos addicionals a la rehabilitació, per reduir les conseqüències socials de la malaltia.

LA DIMENSIÓ SOCIOECOLÒGICA DE LA SALUT

Més recentment, en la dècada dels 90 del passat segle, i a partir del paradigma de la promoció de la salut, es considera a la salut humana en una relació ecològica amb tot el que existeix en el nostre hàbitat, tan natural com social. En relació amb això, René Dubos (1995) diu que la salut és una habilitat de l'individu per a funcionar d'una manera acceptable per a ell mateix, però sobre tot per al grup del que forma part. Es tracta en definitiva d'incorporar el model ecològic a la concepció de salut i incloure les extensions de la persona o entorn que interacciona amb ella: família, comuni-

tat, ambient cultural, biosfera en la que la persona es desenvolupa. Ilona Kickbush, de la regió europea de l'OMS, recull el 1989 totes aquestes aproximacions de la salut personal a la corresponent interacció amb l'entorn del subjecte, definint la salut com “allò que es crea en els ambients on la gent juga, al lloc de treball, a l'escola, la comunitat i els entorns més amplis on hom viu”. Es parla així d'una visió socioecològica de la salut.



Figura 4. La visió socioecològica de la salut (Kickbush, 1989) (ref.6)

El comportament i les influències de l'entorn tenen una relació causal recíproca. D'altra banda, la participació comunitària és una peça clau del model ecològic, en tant que implicació activa de la població en el procés de definició dels problemes, la selecció dels objectes de canvi i les intervencions adients. Es formula, per tant, el model ecològic en base a la idea de xarxa relacional. La salut no es pot definir només en termes de persona i entorn, sinó que s'ha de descriure com el patró de relacions que els connecta. Un aproximació ecològica, doncs, trasllada la salut des d'un afer d'estil de vida individual i d'opció personal, a un afer més ampli a nivell comunitari (Arias, 1991). En aquesta línia, Brofenbrenner (1977) ja havia postulat que la relació causal recíproca entre comportaments i influències de l'entorn no només implica que el comportament es vegi afectat pels diversos subsistemes (cultural, mediambiental, condicions de vida...), sinó que aquests subsistemes puguin també canviar a mesura que els individus canvien o són reemplaçats per noves generacions.

Són justament aquests plantejaments els que generaran el paradigma de la *promoció de la salut* que donarà

a l'individu la capacitat de controlar i conservar la seva pròpia salut, a partir de tots els elements que han estat descrits com a evolució en la definició del que podem entendre per salut.

LA VESSANT PSICOSOCIAL DE LA SALUT I LA IMPORTÀNCIA EN LES CURES

En aquesta segona part del text considerem el que molt sovint correspon o és objecte de la raó de ser de les cures. Entenem les cures com l'atenció que donem a una persona amb un problema de salut, d'acord amb unes directrius de tractament. Però sovint les cures són necessàries no tant en la problemàtica directa de salut de cada cas, sinó en les conseqüències que aquest problema de salut té en les diverses vessants de la vida de la persona. Per això és tan important en aquests casos la presència dels professionals socials en el món de la salut.

ELS FACTORS PSICOSOCIALS DE LA SALUT I LA MALALTIA

Les necessitats o problemes psicosocials són les necessitats o problemes que comporten aspectes relacionats amb la salut o malaltia en la vida diària de la persona.

Aquesta vivència de la salut o malaltia és allò “internalitzat”, és a dir, allò psicosocial, donat que enfront d'una mateixa situació social la reacció dels individus pot ser molt diferent.

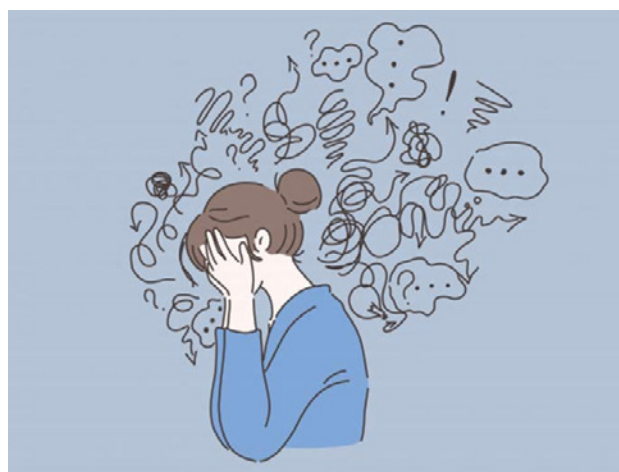


Figura 5. Els factors psicosocials de la salut i de la malaltia: repercussions del problema de salut en la vida diària de la persona

La *realitat psicosocial* o interpersonal és la forma estrictament individual i particular en que una persona fa introspecció del seu context interpersonal o social i com es relaciona amb aquest context. El *conflicte psicosocial* es produeix per la col·lisió entre les demandes i

expectatives del subjecte i les del context i es manifesta en el terreny de les relacions interpersonals. El *malestar psicosocial* és el correlat vivencial del conflicte psicosocial i quasi sempre precedeix a qualsevol consciència d'aquest conflicte i amb freqüència l'emascara completament (Ituarte, 2002).

Els factors psicosocials de la salut i de la malaltia afecten la vida quotidiana de les persones a nivell de la família, el treball, les relacions personals, l'autoimatge i l'autoconcepte de la persona, la vivència de la pròpia salut, la forma de viure el present i del futur, el desenvolupament de la funció i el sentiment d'utilitat social, les activitats de la vida diària i la satisfacció personal (Cueto, 2001). El treball social, i cada cop més també l'educació social, és qui aborda aquestes necessitats en una visió holística de l'atenció a la persona. En el context més local, la Comissió de Salut del Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya (2005), en un treball realitzat entre novembre de 2004 i març de 2005, formulava que els eixos fonamentals del treball social en l'àmbit de la salut són:

1. Promoure el desenvolupament de les capacitats de la persona de manera que permetin resoldre els problemes socials, individuals i col·lectius.
2. Vetllar pels drets i deures de la persona atesa i de la família en el marc legal de la dignitat i la bioètica, proporcionant la facultat de lliure elecció, d'adaptació i de desenvolupament personal.
3. Advocar perquè s'adoptin polítiques socials justes i equitatives i perquè s'estableixin els recursos o alternatives als recursos existents.

Els professionals socials, des d'una aproximació *biopsicosocial*, ofereixen una perspectiva més equilibrada del continu salut-malaltia i consideren la persona en la seva globalitat dintre del seu medi ambient, servint d'ajuda a gestors i professionals sanitaris per valorar les necessitats dels usuaris des d'un punt de vista multidimensional.

En concret, els professionals socials:

- Faciliten i promouen una bona salut, a través de l'educació per a la salut;
- Prevenen la malaltia;
- Ajuden als individus malalts i a les seves famílies a resoldre els problemes socials i psicològics relacionats amb la malaltia;
- Tracten de sensibilitzar a la resta del personal sanitari sobre els aspectes socials i psicològics de la malaltia. (The Social Work Dictionary, 1991)

LA DIMENSIÓ SOCIAL I LA MIRADA PSICOSOCIAL EN EL PERFIL DE VULNERABILITAT DE LES PERSONES EN SITUACIÓ DE "SENSE LLAR"

En les situacions de vulnerabilitat els factors psicosocials dels problemes de salut i de malaltia es multipliquen. En el cas concret del sensellarisme és pràcticament tota la vida de la persona la que es va desestructurant, en un procés de progressiva despersonalització i del sentiment de sentir-se agredit per l'entorn. A la taula 1 s'expliciten alguns dels principals trets del perfil de vulnerabilitat del col·lectiu de persones en situació de sense llar (Ariza, 2017). Òbviament, com s'acaba de comentar, la vulnerabilitat s'accentua d'acord amb el grau de desestructuració personal, que s'incrementa notablement en les persones que han arribat a la condició de "sense sostre".

Taula 1. Perfil de vulnerabilitat del col·lectiu en situació de sense llar (Ariza, 2017, ref. 13)

Els principals trets del perfil de vulnerabilitat del col·lectiu en situació de sense llar, sobre tot de aquelles persones que han arribat a la condició de "sense sostre" o de màxima vulnerabilitat, són:

1) Inestabilitat o inexistència d'habitatge

L'exclusió residencial té diversos graus, en l'extrem dels quals està la vida "sense sostre" en el carrer.

2) Pràctica del transeüntisme amb major o menor intensitat

La pèrdua d'un habitatge estable comporta la inseguretat per la pèrdua o la mobilitat més o menys constant fins a un transeüntisme total en la condició de "sense sostre".

3) Desvinculació del mercat laboral

La precarietat i la inestabilitat laboral solen ser els precedents de la pèrdua de l'ocupació. En d'altres casos és la baixa formació el risc principal per a la perpetuació de l'exclusió social.

4) Escassa o nul·la existència de recursos econòmics

La pèrdua o carència del capital econòmic és una de les causes principals de la situació de sense llar. Està vinculada a l'absència o presència, sovint inestable, de feina o de prestacions econòmiques de protecció social.

5) Relacions familiars i socials febles o inexistents

Normalment, la desaparició dels vincles familiars seran el detonant de la posterior desvinculació social. La xarxa social està molt afeblida o és inexistent. En molts casos, la ruptura conjugal és clau en el procés. En d'altres, s'identifiquen situacions d'abandó, maltractament, abusos sexuals o institucionalització en els primers anys de la vida.

6) Hàbits d'higiene i cura personal perduts o en procés de perdre's

Aquest aspecte també depèn del grau de desestructuració. Afecta en major mesura a les persones en condició de sense sostre i entre 3 i 10 anys de vida al carrer.

7) Poca motivació per sortir de la seva situació

És un efecte de l'exclusió social i de la progressiva desvinculació dels diversos canals socials.

8) No reconeixen la seva situació i hi ha poca o nul·la capacitat per sortir-se'n per ells mateixos

Relacionat també amb el nivell de desestructuració, perden l'afecció i confiança en l'entorn social anterior, degut al trencament dels vincles. S'aferren al carrer i al nou entorn al que pertanyen.

9) Ús de l'alcohol o d'altres substàncies addictives

L'aparició de les addiccions sol acompanyar la fase de consolidació de la desestructuració. En d'altres casos pot ser un element que ajudi a la desvinculació familiar i social en fases anteriors.

10) Característiques personals psicopatològiques

L'aparició de trastorns mentals és relativament freqüent en fases avançades de la vida sense sostre. Poc a poc es perd la capacitat d'aprendre de l'experiència i la vida va perdent perspectiva.

11) Presència de trastorns crònics

Característic també de la fase de consolidació de la desestructuració i de molts anys de vida al carrer. Fins al 21% dels homes i el 41% de les dones pateixen tres trastorns crònics.

12) No fan demanda d'atenció o, si en fan, presenten dificultats per mantenir una intervenció

Hi ha dificultats progressives de confiar en el sistema i en una societat que els ha anat abandonant. Només els que mantenen el contacte amb centres i albergs faciliten l'acció dels agents socials per a la seva recuperació.

El perfil sociodemogràfic més comú és el d'un home al voltant dels 44 anys, de nacionalitat espanyola (es calcula que el 54,2% enfront el 45,8% d'estrangers), sol i freqüentment separat, amb estudis primaris i sense feina. Aquesta entrada a la vida sense llar es va complementant de les característiques assenyalades a la taula 1, a mida que la problemàtica d'exclusió social es va complicant i el grau de desestructuració avança.

Quan mirem la realitat de la persona "sense llar" sota la mirada dels determinants socials identifiquem les cinc primeres característiques del perfil de vulnerabilitat, és a dir, la pèrdua de l'habitatge; l'escassa o nul·la existència de recursos econòmics; la desvinculació del mercat laboral; el trencament de les relacions familiars; i el transeüntisme com a conseqüència de tots els anteriors. Alhora, si analitzem les repercussions que tota aquesta problemàtica acaba tenint en la vida d'aquestes persones, és a dir la mirada psicosocial o com això s'internalitza, identificaríem la pèrdua de capacitats per

sortir-se'n; la manca de motivació, per la gran desconfiança amb l'entorn; i que no facin demanda d'atenció o no vulguin o puguin mantenir la intervenció psicosocial. Finalment, i d'una forma clara, les conseqüències sobre la salut, a causa de la desestructuració, són la pèrdua dels hàbits higiènics i de la cura personal; l'ús de substàncies addictives i l'aparició d'addiccions; la presència de trastorns crònics; i també de trastorns mentals i característiques psicopatològiques.

EL MODEL "HOUSING FIRST" (PRIMER L'HABITATGE)

Finalment, i com a reforç de tot el que s'ha anat exposant sobre la relació entre pobresa i salut, a través dels determinants socials de la malaltia i la importància de les necessitats psicosocials, es vol prendre l'origen que va tenir un recurs avui emblemàtic en l'atenció a les persones sense llar. *Primer l'habitatge* (en anglès "housing first") és una innovació en programes de política social relacionats amb el tractament de les persones sense llar. Es tracta de donar l'ajuda necessària a la persona sense sostre perquè adquireixi el seu propi apartament de manera estable (Tsemberis, 2020).

Sam Tsemberis, psicòleg de 67 anys, fa classes a la Universitat de Columbia i dirigeix l'organització amb què expandeix el seu model, "Pathways to Housing" ("Primer l'habitatge"). Durant quasi 20 anys, va treballar en un hospital, en un servei d'emergències mòbil per ajudar els sense sostre dels carrers de Nova York. "Hi havia molts. Anàvem al carrer per buscar els que tinguessin problemes de salut, gent que tossia sang, que portava els peus amb butllofes... Molts milloraven a l'hospital, però el problema és que després tornaven al carrer. Pensem: aquest sistema no va enlloc", explica quan se li demana com va començar tot. "No volien anar a l'hospital primer, ni al dentista primer, ni a un tractament de desintoxicació primer... No. Volien una casa. Jo pensava: 'Déu meu! Una casa? No tinc cap casa. Tinc una clínica, una furgoneta, un sandvitx, una manta...' "Una casa. Així que vaig deixar l'hospital i vaig començar la meua ONG" explica perquè s'entengui com van passar de la mirada més assistencial a la mirada dels determinants de la salut.

El model propugna un habitatge digne, individual i permanent, donant sempre suport a la persona (Fundació Arrels, 2015). En general, el model de "primer l'habitatge" s'adreça a persones que fa temps que viuen al carrer i que poden tenir malaltia mental o problemes d'addiccions. Aquest procés requereix que la persona en qüestió accepti unes condicions bàsiques que seran acceptar una visita setmanal de l'equip professional, no

causar problemes entre els veïns i que destini el 30% dels seus ingressos a l'organització que l'estigui ajudant a sufragar les despeses del pis. Als països on s'ha aplicat el model de "primer l'habitatge", el 85% de les persones no torna al carrer. De totes les persones que estan als pisos, el 99% han reduït les visites a urgències d'hospitals.



Figura 6. Sam Tsemberis entrant en un dels pisos de la Fundació que s'encarrega del programa "Housing first" a Madrid (ref. 14)

També s'han reduït els conflictes amb la policia i ha millorat la integració en la comunitat. Això fa que millori l'autoestima i la salut (Fundació Arrels, 2015).

Arrels, fundació dedicada a l'atenció al sensellarisme des de fa molts anys, en el nostre entorn, ha fet un procés semblant al de Sam Tsemberis. Quan Arrels coneixia una persona sense llar en els anys 1990, l'objectiu era aconseguir que dormís en una pensió. Amb els anys, es va veure que aquest tipus d'allotjament era més car que tenir pisos i que la majoria de les persones que vivien al carrer preferien anar abans a un pis que a una pensió (Fundació Arrels, 2015).

Arrels ha comprovat que quan a una persona que dorm al carrer li ofereixes un sostre, en poc temps comença a millorar. Per això s'ha fixat en "Primer l'habitatge", que funciona des de fa vint anys als Estats Units (Tsemberis, 2000) i ja s'està adoptant a la Unió Europea. La idea és molt senzilla: perquè una persona sense llar millori primer cal oferir un habitatge digne on viure i la resta ja vindrà després. Com ens fa veure la visió dels determinants de la salut quan analitzem la relació entre pobresa i salut.

REFERÈNCIES

1. Organització Mundial de la Salut (1998). *Glossari sobre Promoció de la Salut*. Ginebra, 1998.

2. Lalonde, M. (1974). *A new perspective on Health of the Canadians. A working document*. Ottawa: Ministry of National Health and Welfare. Government of Canada.
3. Dahlgren, G; Whitehead, M. (1992). *Policies and strategies to promote equity in health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
4. Organització Mundial de la Salut (OMS) (2005b). Commission on Social Determinants of Health. *Towards a conceptual framework for analysis and action on the Social Determinants of Health*. Discussion Paper for The Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO.
5. Dubos, R. (1995). *Mirage of health*. A: Davey, B., Gray, A., Seale, C. (eds.) *Health and disease: a reader*. London: Open University Press. 2a. ed.
6. Kickbush, I. (1989). *Good planets are hard to find*. WHO Healthy Cities Papers. Copenhagen: FADL.
7. Arias, A. (1991). *Vers la promoció de la salut: des de la salut com absència de malaltia a una perspectiva socioecològica de la salut*. A: Arias, A. (comp.) (1995). *El món de l'educació i la salut*. Col·lecció Paideia, núm.21 Barcelona: Raima.
8. Brofenbrenner, U. (1977). *Towards an experimental ecology of human development*. American Psychologist, 32, 513-531.
9. Ituarte, A. (2002). *El acontecer clínico en Trabajo Social*. Trabajo Social Hoy 1r. cuatrimestre, 5ª época, 35:42-59.
10. Cueto, A., García, M., Gijón, M.T. i Galicia, M.D. (2001). *Papel del trabajador social en los servicios de salud*. A: Piédrola Gil (2001). *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Barcelona: Masson. 10ª. edició.
11. Comissió de Salut del Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya (2005). *Funcions i competències dels treballadors socials del camp sanitari*. Col·legi Oficial de Treballadors Socials de Catalunya. Barcelona.
12. Barker, R.L. *The Social Work Dictionary*. Washington, Naws Press, 1991; 141.
13. Ariza, C. (2017). *La salut conculcada*. Manual de Salut i Vulnerabilitat Social. Volum 2. Col·lecció "Universitat i Acció Socioeducativa" núm. 4. Barcelona: Claret.
14. Tsemberis, S; Eisenberg, R. R. (2000). *Pathways to Housing: supported housing for street-dwelling homeless individuals with psychiatric disabilities*. Psychiatric Services, 51 (4): 487-93.
15. Fundació Arrels (2015). *Housing first*. Recuperat 24 d'agost de 2015, des de <https://www.arrellsfundacio.org/primer-lhabitatge-que-es-i-que-no-es-el-housing-first>.

Factores determinantes de la salud

Los determinantes de la salud son un “conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de la salud de los individuos o poblaciones” (Organización Mundial de la Salud, 1998). Son factores que influyen y moldean la salud de los individuos y de las comunidades.

Cuando miramos la realidad de la persona “sin hogar” bajo la mirada de los determinantes sociales identificamos las cinco primeras características del perfil de vulnerabilidad, es decir, la pérdida de la vivienda; la escasa o nula existencia de recursos económicos; la desvinculación del mercado laboral; la ruptura de las

relaciones familiares; y el transeúntismo como consecuencia de todos los anteriores.

Las consecuencias sobre la salud son la pérdida de los hábitos higiénicos y del cuidado personal; el uso de sustancias adictivas y la aparición de adicciones; la presencia de trastornos crónicos; y también de trastornos mentales y características psicopatológicas.

El modelo “Housing first” (Primero la vivienda) es una innovación en programas de política social relacionados con el tratamiento de las personas sin hogar. Se trata de dar la ayuda necesaria a la persona sin techo para que adquiera su propio apartamento de forma estable.

Determinants of health

Health determinants are a “set of personal, social, economic and environmental factors that determine the health status of individuals or populations” (World Health Organization, 1998). They are factors that influence and shape the health of individuals and communities.

When we look at the reality of the “homeless” person through the lens of social determinants, we identify the first five characteristics of the vulnerability profile, i.e., loss of housing; little or no economic resources; disengagement from the labor market; rupture of family

relationships; and nomadism as a consequence of all of the above.

The consequences on health are the loss of hygienic habits and personal care; the use of addictive substances and the appearance of addictions; the presence of chronic disorders; and also mental disorders and psychopathological characteristics.

The “Housing first” model is an innovation in social policy programs related to the treatment of homeless people. It involves providing the necessary assistance to the homeless person to acquire his or her own apartment on a stable basis.



INTERVENCIÓ SOCIAL

SASSEP

Irene Couto, Patricia de Sivatte. *Servei d'Atenció Social al Sensellarisme a l'Espai Públic (SASSEP)*

El SASSEP es configura com a servei social bàsic i específic de l'Institut Municipal de Serveis Socials (IMSS), d'àmbit de ciutat, per a l'atenció i la intervenció social a les persones, famílies i col·lectius que estan en situació de sensellarisme a l'espai públic i en assentaments o infrahabitatges amb dinàmica d'assentament. Intervé principalment on viuen les persones i per tant, gran part de la seva acció es desenvolupa en el medi obert i en els diferents espais on les persones pernocten i desenvolupen la seva activitat diària.

Treballem en xarxa amb les entitats i fundacions que configuren la XAPSLL (Xarxa d'Atenció a Persones Sense Llar) per tal d'oferir una atenció més completa.

Per tal de donar atenció a totes les persones sense llar de la ciutat de Barcelona el nostre servei s'organitza per districtes abarçant tota la ciutat comtal, inclòs l'aeroport del Prat. L'equip està format per treballadors del sector social, advocats, psicòloga, treballadores familiars i unitat mòbil, que treballem de forma coordinada entre nosaltres i els demés serveis de la XAPSLL.

Treballem per oferir una atenció integral, amb una mirada holística per tal d'entendre la situació global de la persona atesa i activar els recursos de la XAPSLL amb l'objectiu de millorar la seva situació, acompanyar-la en el canvi, sempre priorititzant la seva autonomia i empoderament.

SASSEP

Sl SASSEP se configura como un servicio social básico y específico del Instituto Municipal de Servicios Sociales (IMSS), de ámbito municipal, para la atención y la intervención social a las personas, familias y colectivos que están en situación de sinhogarismo en el espacio público y en asentamientos o infraviviendas con dinámica de asentamiento. Interviene principalmente donde viven las personas y, por tanto, gran parte de su acción se desarrolla en el medio abierto y en los diferentes espacios donde las personas pernoctan y desarrollan su actividad diaria.

Trabajamos en red con las entidades y fundaciones que configuran la XAPSL (Red de Atención a Personas Sin Hogar) para ofrecer una atención más com-

pleta. Para dar atención a todas las personas sin hogar de la ciudad de Barcelona nuestro servicio se organiza por distritos abarcando toda la ciudad condal, incluido el Aeropuerto del Prat. El equipo está formado por trabajadores del sector social, abogados, psicóloga, trabajadoras familiares y unidad móvil, que trabajamos de forma coordinada entre nosotros y los demás servicios de la XAPSL.

Trabajamos para ofrecer una atención integral, con una mirada holística para entender la situación global de la persona atendida y activar los recursos de la XAPSL con el objetivo de mejorar su situación, acompañarla en el cambio, siempre priorizando su autonomía y empoderamiento.

SASSEP

SASSEP is configured as a basic and specific social service of the Municipal Institute of Social Services (IMSS) of Barcelona, at municipal level, for the care and social intervention to individuals, families and groups who are homeless in public spaces and in settlements or substandard housing with settlement dynamics. Intervenes mainly where people live and, therefore, much of its action is developed in the open environment and in the different spaces where people spend the night and develop their daily activities.

We work in a network with the entities and foundations that make up the XAPSL (Homeless Care Network) to offer a more comprehensive care. In

order to provide care to all homeless people in the city of Barcelona, our service is organized by districts covering the entire city, including the Prat Airport. The team is made up of social workers, lawyers, psychologist, family workers and mobile unit, who work in coordination between us and the other services of the XAPSL.

We work to provide comprehensive care, with a holistic view to understand the overall situation of the person served and activate the resources of the XAPSL with the aim of improving their situation, accompanying them in the change, always prioritizing their autonomy and empowerment.

SALUT SENSE SOSTRE. PETITA HISTORIA DEL NOSTRE INICI



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.

“SALUT SENSE SOSTRE” / SALUD “SIN TECHO”

Somos un grupo multidisciplinar de profesionales del ámbito sanitario, que nos hemos unido para ofrecer atención social y sanitaria a personas vulnerables (con dificultad de acceso a la asistencia sanitaria pública).

El objetivo de la asociación Salud sense techo es mejorar el estado de salud de las personas más vulnerables (excluidas o en riesgo de exclusión social). Todas somos personas voluntarias con ganas de ayudar a quienes lo necesitan.

“SALUT SENSE SOSTRE” HOMELESS HEALTH

We are a multidisciplinary group of health professionals who have come together to offer social and health care to vulnerable people (with difficulty of access to public health care).

The aim of the association Salut sense techo is to improve the health status of the most vulnerable people (excluded or at risk of social exclusion). We are all volunteers eager to help those in need.

Hospital al Carrer



L'Hospital del Carrer
Campanya de salut per a les persones
sense llar

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 anitària 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 quan a material, fàrmacs i personal sanitari de diferents especialitats.

Actualment l'actuació sanitària ha augmentat en horari també.



Hospital al carrer (hospital de la calle)

A principios de 2019 el Hospital del Sagrat Cor organizó unas jornadas sanitarias con diferentes especialidades; se montó un hospital de campaña, llamado “Hospital de la Calle”, en el claustro superior de la Parroquia de Santa Ana.

A raíz de esta actuación, el Dr. Delàs vio que era necesario realizar actuaciones más a menudo y no 2-3 veces al año como estaba previsto el Hospital de la calle, es entonces que él y yo empezamos a hacer visitas semanales en una pequeña capilla de la iglesia, que muy amablemente nos cedió Mn. Peyo porque también vio la importancia de esta labor. Pasados unos meses, organizamos estas visitas por las mañanas de los lunes, con la Dra. Montse Pérez y los miércoles por la tarde

el Dr. Delàs con otros profesionales, así cubríamos dos días/semana y en distintos horarios; en ese momento los acogidos podían estar en Santa Ana de 8 de la mañana y hasta las 8 de la tarde toda la semana.

Al llegar el confinamiento se cerró todo, en el momento de poder volver a atender a las personas necesitadas, reanudamos la atención sanitaria en el claustro ya que era un espacio abierto, el lunes por las mañanas y coincidiendo con el horario de la mesa de fraternidad (hora de almuerzo).

Poco a poco fuimos creciendo en cuanto a material, fármacos y personal sanitario de diferentes especialidades. Actualmente la atención sanitaria ha aumentado en horario también.

Hospital al carrer (hospital in the street)

At the beginning of 2019 the Hospital Sagrat Cor organized a workshop with different health specialties; a “field” hospital, called “Hospital de la Calle” (Hospital in the Street) was set up in the upper cloister of the Parish of Santa Ana.

As a result of this action, Dr. Delàs saw that it was necessary to perform actions more often and not 2-3 times a year as the Street Hospital was planned, it is then that he and I began to make weekly visits in a small chapel of the church, which very kindly gave us Mn. Peyo because he also saw the importance of this work. After a few months, we organized these visits on Monday mornings, with Dr. Montse Perez and on

Wednesday afternoons Dr. Delàs with other professionals, so we covered two days/week and at different times; at that time the patients could be in Santa Ana from 8 in the morning until 8 in the evening all week.

When the confinement arrived, everything was closed, at the time of being able to attend the needy people again, we resumed the health care in the cloister since it was an open space, on Monday mornings and coinciding with the timetable of the fraternity table (lunch time).

Little by little we grew in terms of material, drugs and health personnel of different specialties. Nowadays, health care has also increased in schedule.



SALUD MENTAL

Programa ESMIES per a persones sense llar

Yolanda Osorio, Isabel Huerga (Parc Sanitari San Joan de Déu / Fundació San Pere Claver)

PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN LA POBLACIÓN SIN HOGAR

*M*etaanálisis publicado en agosto del 2021:

- Prevalencia de trastorno mental del 76.2% (64-86%)
- Diagnóstico mas frecuente: T. por consumo de OH 36.7%
- Segundo diagnóstico: T. por consumo de tóxicos 21.7%

- Esquizofrenia 12.4%
- Depresión mayor 12.6%

La elevada asociación entre la situación de sin hogar y el abuso de sustancias (OH y otras) refleja una relación bidireccional.

Para todas las patologías, la prevalencia es mayor que en la población general (10 veces más en el caso de consumo de OH, 12 veces más en el caso de esquizofrenia).

Más riesgo de comorbilidad, deterioro psicosocial y mortalidad.

Los estudios avalan la necesidad de implementar programas específicos de atención en esta población.

Se objetiva la eficacia de este tipo de tratamientos en el proceso de estabilidad residencial. Los efectos son mas moderados en cuanto al abordaje de la patología mental(efectos similares al modelo de tto. habitual).

En relación a la pandemia por COVID; supuso un mayor riesgo de infección para este colectivo y los sometió a una mayor marginalización.

RETOS

Más estudios con subpoblaciones:

- personas migradas y refugiadas
- jóvenes
- mujeres

PROGRAMA ESMES

Se pone en marcha como plan piloto el año 1998, se consolida como equipo el año 2006 y se amplía en noviembre 2017.

Los objetivos del programa son:

- Dar asistencia y mejorar el tratamiento a las personas con trastorno mental grave y/o patología dual en situación de sin hogar de la ciudad de Barcelona y que estén desvinculadas de la red habitual.
- Mejora, facilitar la accesibilidad a los recursos de salud mental y servicios sociales específicos.
- Dar soporte en el alojamiento para favorecer la permanencia.
- Garantizar la continuidad asistencial hasta vinculación a la red pública de SM

MODELO DE TRABAJO

- Práctica asistencial comunitaria facilitada por un equipo multidisciplinar: (5 psiquiatras, 5 enfermeros, 5 PSI-gestor de casos)
- Se utilizan elementos de diferentes modelos:
 - Tratamiento asertivo comunitario.
 - Gestión de casos.
 - Centrado en la persona y su empoderamiento.
- Atención y soporte durante tiempo ilimitado hasta derivación a la red de salud.

Concepto PIE, entornos psicológicamente cuidados e informados. Con esta idea se hace referencia a las estra-

tegias y modelos de atención que tienen en cuenta el entorno que ofrecemos y el estilo de atención que ofrecemos a las personas que se encuentran en situación de sin hogar.

Concepto TIC, atención informada del trauma, incorporando en nuestro trabajo, la evaluación sistemática del impacto que el trauma continuado y sostenido, ha tenido y tiene en la persona.

Perspectiva de género ante la creciente pero invisibilizada, a menudo, feminización de la pobreza.

¿QUÉ HACEMOS?

- Tratamiento asertivo comunitario
- Gestión de casos
- Centrado en la persona y su empoderamiento
- Basado en el modelo de recuperación

¿CÓMO ATENDEMOS?

- Fase de contacto
- Fase de clarificación
- Fase de intervención
- Fase de apoyo
- Fase de conclusión

RESUMEN DE INTERVENCIÓN

- Evaluar la vulnerabilidad y cobertura de necesidades
- Detectar y valorar problemas de salud
- Coordinación con servicios de salud y sociales
- Acompañar y facilitar el acceso a otras disciplinas
- Orientación en el seguimiento de demandas

OUTREACH

“Es la idea de salir a encontrar pacientes o clientes potenciales, a veces sin invitación, en lugar de esperar que ellos vengan a vernos”

RECUPERACIÓN

Proceso autodeterminado por la persona

- Idea de estabilidad propia
- Idea de hogar

- Idea de valor personal

HERRAMIENTAS

- Relación interpersonal
- Oportunidad
- Confianza y credibilidad

DIFICULTADES

- Tiempo
- Estilo de vida, cronicidad de la situación
- De la situación de salud
- Burocráticas

RETOS

- Visibilizar, dignificar y humanizar el acompañamiento a estas personas, desde los diferentes ámbitos
- Combatir el doble estigma; pobreza y enfermedad mental
- Aumentar recursos estructurales, tanto desde el área social como desde el área de salud; modelo Housing, pisos asistidos . Tener en cuenta las necesidades y deseos de las personas
- Cuidar a los profesionales

Programa ESMES

El programa per Persones Sense Llar, s'integra a l'Equip de Salut Mental per Persones Sense Llar (ESMES) que gestionen conjuntament Sant Pere Claver - Fundació Sanitària i els Serveis de Salut Mental del Parc Sanitari Sant Joan de Déu.

Aquest equip realitza tractament integral en salut mental a persones sense llar amb trastorns mentals greus que són atesos pels Serveis Socials específics de l'Ajuntament de Barcelona per aquesta població a la ciutat.

Per realitzar la seva activitat es desplaça als centres de residència i acollida de les persones sense llar i també directament al carrer a demanda dels equips socials que detecten la presència o sospita d'un trastorn mental greu en les persones sense llar.

ESMES Program

The program for Homeless People is integrated in the team "Equip de Salut Mental per Persones Sense Llar" (Mental Health Team for Homeless People) (ESMES) that is jointly managed by Sant Pere Claver – Fundació Sanitària and the Mental Health Services of the Parc Sanitari Sant Joan de Déu Health.

This team provides comprehensive mental health treatment to homeless people with severe mental disorders who are treated by the specific social services of the Barcelona City Council for this population in the city.

To carry out its activity, it goes to the centers of residence and shelter of homeless people and also directly to the street at the request of the social teams that detect the presence or suspicion of a serious mental disorder in homeless people.



PSICOLOGIA D'ENLLAÇ

Salut mental

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

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 suïcidis
- Demanda d'ansiolítics (6)
- Altres demandes (5)
- Diagnòstics

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		

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 post-traumàtic, 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.

SALUD MENTAL

El Servicio de Salud Mental del Hospital de Campaña de la parroquia de Santa Anna somos un equipo multidisciplinar formado por una profesional psicóloga, 8 voluntarios psicólogos y una psiquiatra voluntaria.

Los objetivos y filosofía del servicio son la detección de sufrimiento psicológico y la detección de patologías. Se incluye la psicoeducación y seguimiento farmacológico.

Se proponen proporcionar una atención más específica a los acogidos atendiendo su perfil de personalidad y ampliar el contacto con los centros públicos de atención a patologías mentales: CAS, CAP, CSMA, etc.

MENTAL HEALTH

The Mental Health Service of the Hospital de Campaña of the parish of Santa Anna is a multidisciplinary team formed by a professional psychologist, 8 volunteer psychologists and a volunteer psychiatrist.

The objectives and philosophy of the service are the detection of psychological suffering and the detection of pathologies. Psychoeducation and pharmacological follow-up are included.

They intend to provide a more specific attention to the patients according to their personality profile and to extend the contact with the public centers of attention to mental pathologies: CAS, CAP, CSMA, etc.

SALUT NEUROLÒGICA



Llar Pere Barnés

Laia Vila. *Cap de la Llar Pere Barnés d'Arrels*

Una aproximació a la salut neurològica de les persones sense llar

A la llar d'Arrels hi viuen persones que han viscut al carrer molts anys i que poden tenir una malaltia mental, consums d'alcohol i malalties cròniques orgàniques. També diferents nivells de deteriorament cognitiu i trastorns de conducta, però això últim ho hem sabut els darrers anys, després de realitzar dos estudis neurològics a les persones residents de la mà del Centre de Neurologia i Neuropsicologia de Sabadell. Els resultats ens han fet modificar i millorar el nostre model d'atenció a les persones.

El 29 de novembre del 2007, Arrels va posar en marxa la llar Pere Barnés. L'objectiu era oferir un espai temporal per a persones que vivien al carrer des de feia temps, que tenien una salut feble i que no trobaven cap altre recurs on estar. Catorze anys després, 345 persones sense llar han passat per la llar; moltes han trobat un lloc adequat on viure de manera estable i altres —més de les esperades— han mort abans de trobar el recurs definitiu on poder estar.

La llar Pere Barnés acull homes i dones que presenten una o més de les següents situacions: malalties orgàniques i cròniques, consum d'alcohol, malaltia mental i malalties neurològiques. Això últim ho hem sabut els darrers anys, mitjançant dos estudis neurològics realitzats els anys 2015-2017 i el 2020. Entre ambdós estudis s'ha analitzat la si-

tuació d'un total de 71 persones residents, de la mà del neuròleg Miquel Aguilar, el seu equip mèdic del Centre de Neurologia i Neuropsicologia de Sabadell i l'equip de la llar d'Arrels.

Abans de fer els estudis teníem informació sobre temes d'alcoholisme i psiquiàtrics perquè ens coordinàvem amb altres professionals externs, però desconèixiem què passava en l'àmbit neurològic. Sí que identificàvem un repte: com respectar la individualitat de les persones dins d'un marc de normes de convivència per a tot el grup? Obtenir aquesta informació era important, d'una banda, perquè la funció neurològica permet a les persones aprendre i memoritzar, els dona capacitat intel·lectual i habilitats espacials, està relacionada amb el temperament i la personalitat, amb el llenguatge i la concentració, amb la resolució de problemes... I, d'una altra banda, perquè fixar-se en cada persona també fa millorar la convivència de tot el grup i perquè és necessari que l'atenció social i mèdica vagin plegades.

Els primers resultats de l'estudi, l'any 2015, ens van corroborar que hi ha situacions conductuals molt vinculades a l'estat de salut i que cal estar alerta dels possibles canvis i altres alteracions: de les 27 persones que residien a la llar Pere Barnés i que van participar en la recerca, un 89% tenien un deteriorament cognitiu lleu o demència lleu. Vam detectar també trastorns de conducta que afectaven les persones i a la seva manera de relacionar-se: un 77% de les persones residents presentaven apatia crònica, un 53,8% presentaven irritabilitat i un altre 53,8% deliris, i la meitat de les persones presentaven depressió, entre d'altres.

Un coneixement que ha millorat el nostre model d'atenció

Aprofundir en aquests trastorns ens ha ajudat, els darrers anys, a millorar l'acompanyament a les persones que resideixen a la llar Pere Barnés, a posar en dubte intervencions socials que fèiem des del desconeixement i a definir un nou model d'atenció social tenint en compte tots aquests nous elements.

Des del primer estudi neurològic fet l'any 2015 a la llar, l'equip que atén les persones residents s'ha format, per exemple, per saber fomentar l'estimulació i tenir més eines sobre com tractar les persones.

Hem continuat promovent activitats posant èmfasi en l'estimulació i fomentant la participació de la persona i la memòria o hem promogut que les persones residents col·laborin en tasques vinculades amb l'ordre i l'organització, entre d'altres. La mirada cap a la persona s'ha ampliat i es treballa més en equip.

Quan el febrer del 2017 vam tornar a valorar neurològicament les persones residents de la llar, vam detectar que més de la meitat de les persones es trobaven millor i que un terç havien empitjorat la seva situació. Havia baixat el percentatge de demències; hi havia hagut una millora cognitiva i de la memòria; havien disminuït els casos de depressió, deliris i irritabilitat; i a tot l'espai residencial de la llar Pere Barnés també havia millorat la convivència.

Els efectes del confinament per la covid-19

L'arribada de la covid-19 i el confinament que vam viure durant els primers mesos de la pandèmia ha afectat també la manera d'acompanyar i atendre les persones residents de la llar Pere Barnés. Poc abans, havíem ampliat places i en aquell moment a la llar hi vivien 44 persones que havien viscut al carrer durant molt temps, amb problemes de salut orgànica, mental i neurològica, amb consums actius d'alcohol i altres substàncies, i que havien de guardar un confinament estricte.

Amb l'objectiu d'analitzar els efectes del confinament i comparar la situació neurològica de les persones residents durant el 2020 i les que vivien a la llar entre els anys 2015 i 2017, a finals del 2020 i durant el 2021 vam tornar a fer una avaluació neurològica. Segons els resultats, menys persones presentaven un deteriorament cognitiu lleu i demència lleu (el 57%, respecte al 89% de l'any 2015). L'apatia havia baixat fins al 47,7%, així com la irritabilitat i els deliris (fins al 29,5% i el 20,5%, respectivament). El percentatge de persones amb depressió, en canvi, era similar que durant l'estudi de l'any 2015, i els casos de persones amb ansietat havien augmentat.

En general, es va aprofitar el confinament per establir normes de protecció, reduir el consum d'alcohol i de tòxics des de la baixa exigència i acompanyar les persones en la millora d'altres aspectes com la nutrició i la higiene personal. I, tot plegat, ha resultat en una millora de la cognició i de la conducta.

Aprenentatges i reptes pendents

Aprofundir en la situació neurològica de les persones que resideixen a la llar Pere Barnés ens ha permès transformar maneres d'intervenció, crear-ne de noves i millorar l'empatia i el coneixement de tot l'equip professional de la llar per ser més conscient de la situació de les persones. També ha fet millorar la convivència entre totes les persones residents, el voluntariat i l'equip professional de la llar.

En aquests anys, ens hem centrat a combatre l'apatia perquè és un trastorn de conducta generalitzat entre les persones residents, que bloqueja processos i frustra expectatives. L'equip de treballadors i de voluntariat

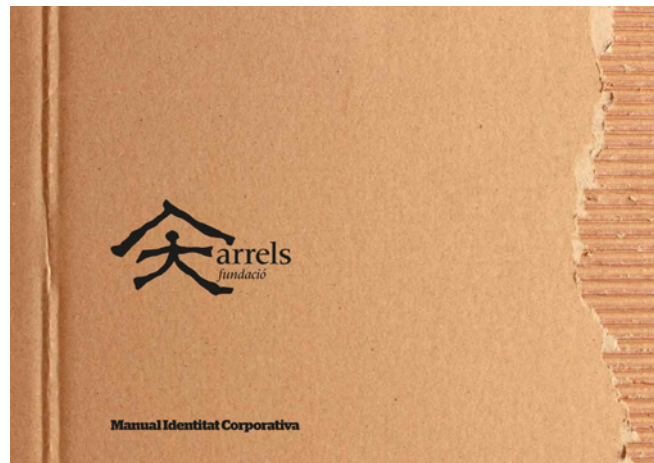
sap que ha de conviure amb ella, però intenta generar canvis positius motivant cada dia les persones residents de la llar.

Entre els canvis en el model d'intervenció també destaquem el fet d'haver deixat de parlar d'expulsions i sancions per apostar per les contencions emocionals i una resolució de conflictes amb una mirada més àmplia.

En aquest context, un repte encara més gran és trobar recursos adequats i estables per a les persones que han viscut al carrer i que presenten tantes problemàtiques com els homes i dones que viuen a la llar Pere Barnés. A Catalunya, la majoria dels centres que existeixen donen resposta a una única patologia. Però què passa, per exemple, amb una persona que ha viscut al carrer, que consumeix alcohol, amb el VIH i que té una patologia mental o neurològica?

Llar Pere Barnés

La Llar Pere Barnés es un programa innovador de Arrels que da respuesta a la falta de recursos residenciales de media y larga estancia para personas sin hogar afectadas física y anímicamente por el hecho de haber vivido en la calle. En el hogar de Arrels viven personas que han vivido en la calle muchos años y que pueden tener una enfermedad mental, consumos de alcohol y enfermedades crónicas orgánicas. También diferentes niveles de deterioro cognitivo y trastornos de conducta, pero esto último lo hemos sabido en los últimos años, después de realizar dos estudios neurológicos a las personas residentes de la mano del Centro de Neurología y Neuropsicología de Sabadell. Los resultados nos han hecho modificar y mejorar nuestro modelo de atención a las personas.



Llar Pere Barnés

Llar Pere Barnés is an innovative program of Arrels that responds to the lack of medium and long term residential resources for homeless people, physically and emotionally affected by the fact of having lived on the street. In Arrels' home live people who have lived on the street for many years and who may have a mental illness, alcohol consumption and chronic organic diseases. Also different levels of cognitive impairment and behavioral disorders, but the latter we have learned in recent years, after conducting two neurological studies to residents of the hand of the Center for Neurology and Neuropsychology of Sabadell. The results have made us modify and improve our model of care for people.

EDUCADORES COMUNITARIOS DE SALUD



Equipo de Salud Comunitario

Ana Altabás. *Fundació Àmbit Prevenció*

El equipo de Salud Comunitario tiene entre los principales objetivos reducir el impacto que provoca el consumo en la calle, se trata de intervenciones educativas donde se contacta, se atiende y se vincula a las personas consumidoras a los recursos de la XAD; así como, se trabaja con el vecindario, tenderos, entidades del barrio para poder disminuir estos conflictos. El equipo está formado por integrador/as sociales, educadores y personal sanitario.



CONTEXTUALIZACIÓN HISTÓRICA

1991

Se inicia el programa de AGENTES DE SALUT EN CIUTAT VELLA

Es un servicio de la AGÈNCIA DE SALUT PÚBLICA DE BARCELONA gestionado por la FUNDACIÓ ÀMBIT PREVENCIÓ

AGENTES DE SALUT DE BARCELONA

àmbit
prevenció
FUNDACIÓ

CONTEXTUALIZACIÓN TEÓRICA

OUTREACH

Es una actividad orientada hacia la comunidad y emprendida para tomar contacto con individuos o grupos de poblaciones en riesgo, que no se ponen en contacto o no son atraídos por los servicios existentes de manera efectiva.

REDUCCIÓN DE DAÑOS

Es un concepto que engloba muchos niveles diferentes, desde lo filosófico a lo práctico. En este caso, su objetivo es frenar el efecto negativo del consumo de drogas ilícitas mediante la reducción de los riesgos de los consumidores de drogas a perjudicarse a sí mismos y / o a su entorno (el individuo, la comunidad y la sociedad en general)

àmbit
prevenció
FUNDACIÓ

EDUCADORES COMUNITARIOS DE SALUD

EDUCADORES

intervenciones
educativas
ambientales
social
sanitarias
comunitarias

USUARIOS DE DROGAS

mejoras en su salud

àmbit
prevenció
FUNDACIÓ



EDUCADORES COMUNITARIOS DE SALUD

EDUCADORES



NUEVOS CONTACTOS Y SEGUIMIENTO DE USUARIOS CONOCIDOS

FACILITAR EL ACCESO A LOS SERVICIOS Y RECURSOS

ACOMPANIAMIENTO

COORDINAR CON OTROS ELEMENTOS DE LA COMUNIDAD PARA DISMINUIR EL IMPACTO

CONOCER LOS TIPOS DE INTERVENCIÓN DE LOS AGENTES SOCIALES

↓
COHERENCIA Y EFECTIVIDAD

ATENDER LAS DEMANDAS DE VECINOS FRENTE A LA PROBLEMÁTICA DEL CONSUMO

SENSIBILIZAR A LOS VECINOS Y AGENTES SOCIALES PARA EVITAR LA DISCRIMINACIÓN

POTENCIAR LOS PIX EN LAS FARMACIAS DE LAS ZONAS DE INTERVENCIÓN



EDUCADORES COMUNITARIOS DE SALUD

EDUCADORES



PIX : distribución de material de venopunción

Recogida de jeringuillas en la calle

Intervención en sobredosis

Recogida demandas sanitarias, sociales y legales

Acompañamiento a los recursos REDAN

Informar de la red de drogas, social y sanitaria

Actividades de difusión dando a conocer el servicio

Contacto con cuerpos de seguridad

Observación del medio, detección, seguimiento e intervención en nuevas zonas conflictivas de consumo

Contacto con la comunidad y mediación entre vecinos y usuarios ,

Registro de las actividades en la ficha de actividad de calle

Charlas informativas en entidades del barrio

Visitas a farmacias para darles apoyo si hacen PIX o para invitarles a participar en el programa

FUNDACIÓ



EDUCADORES COMUNITARIOS DE SALUD

EDUCADORES



EQUIPO
MAÑANA
09:30-14:30

EQUIPO
TARDE
16:00-21:00

EQUIPO
NOCHE
21:00-02:00

cuándo

àmbit
prevenció
FUNDACIÓ



EDUCADORES COMUNITARIOS DE SALUD

EDUCADORES



RAVAL
SUR

RAVAL
NORTE

GOTICO

POBLE
SEC

dónde

BORNE

BARCELONETA

TRINITAT
VELLA

BARO DE
VIVER

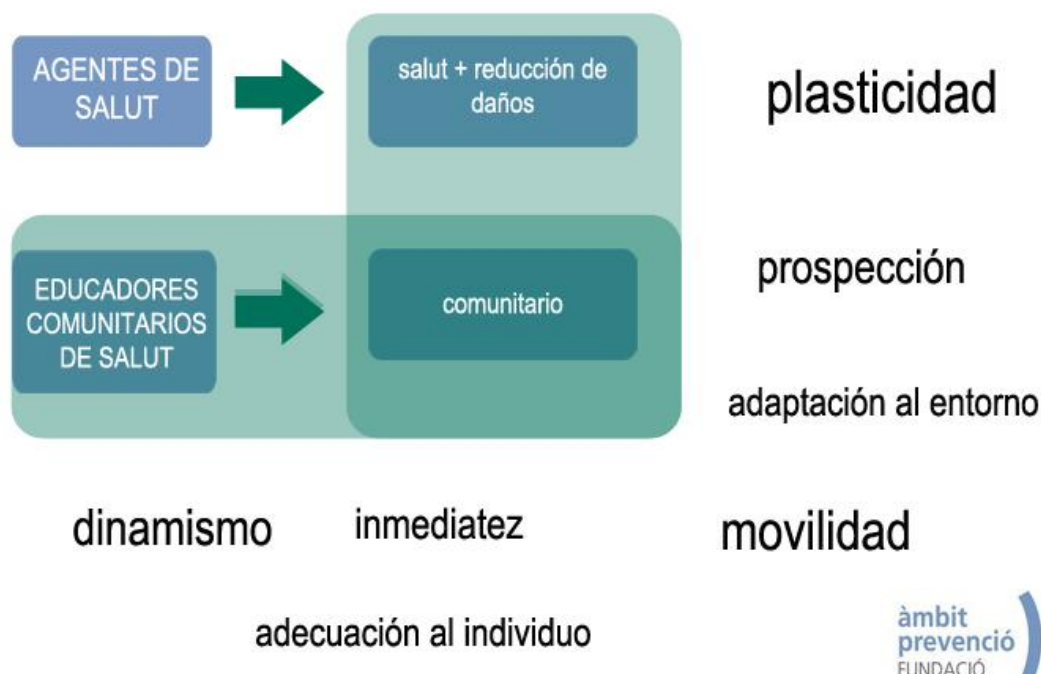
àmbit
prevenció
FUNDACIÓ



EDUCADORES COMUNITARIOS DE SALUD



CONCLUSIONES



Equip de salut comunitari

L'equip de Salut Comunitari té entre els objectius principals reduir l'impacte que provoca el consum al carrer, es tracta d'intervencions educatives on es contacta, s'atén i es vincula a les persones consumidores als recursos de la XAD; així com, es treballa amb el veïnat, botiguers, entitats del barri per poder disminuir aquest conflictes. L'equip està format per integrador/es socials, educadors i personal sanitari.

Community health team

One of the main objectives of the Community Health team is to reduce the impact caused by consumption in the street, through educational interventions where consumers are contacted, attended and linked to the resources of the XAD, as well as working with the neighborhood, shopkeepers and neighborhood organizations in order to reduce these conflicts. The team is formed by social integrators, educators and health personnel.



ATENCIÓ PRIMÀRIA I SALUT SENSE SOSTRE

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*

Eom 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 re-

sultats 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):

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

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.

ATENCION SANITARIA Y VULNERABILIDAD EXTREMA

La atención sanitaria a personas que viven en una situación de vulnerabilidad social extrema debe enmarcarse dentro del sistema público de salud.

Ante un colectivo extremadamente vulnerable e idiosincrático es necesario ser imaginativos y flexibles.

El reto más importante que tenemos actualmente creo es dar visibilidad y atención a este tema: La atención sanitaria a personas que viven en una situación de pobreza extrema.

HEALTH CARE AND EXTREME VULNERABILITY

Health care for people living in a situation of extreme social vulnerability must be framed within the public health system.

Faced with an extremely vulnerable and idiosyncratic group, it is necessary to be imaginative and flexible.

The most important challenge we currently face, I believe, is to give visibility and attention to this issue: health care for people living in extreme poverty.



ALIMENTACIÓ, SALUT I POBRESA

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 ecoindustrial 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.

FUNDACIÓN FERRER SUSTAINABILITY

La Fundación Ferrer Sustainability tiene como objetivo transformar vidas y trabajar por una sociedad más equitativa y justa mediante la cohesión social y la preservación del medio ambiente.

Los dos primeros grandes proyectos de la Fundación son Green for Good y Ferrer for Food, mediante los que queremos generar un impacto positivo en la sociedad y, más concretamente, en la vida de las personas en situación de vulnerabilidad.

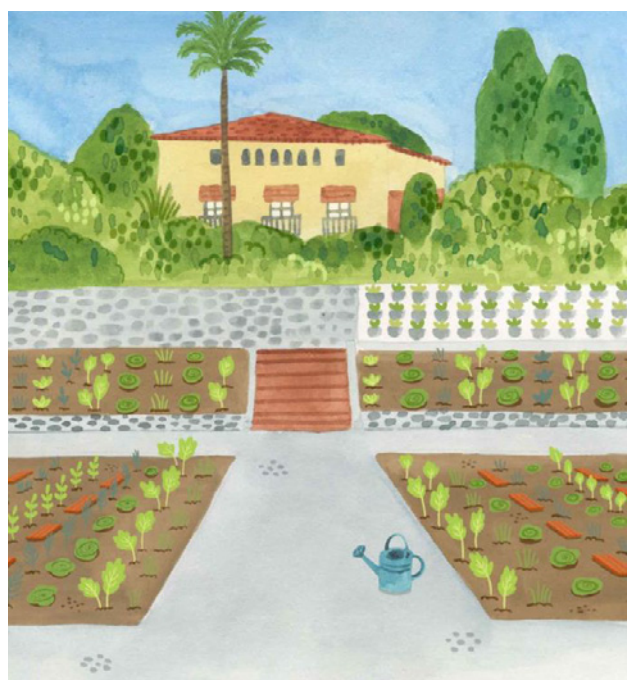
Green for Good impulsa un modelo de ciudades verdes y agroproductivas, y a través de Ferrer for Food damos respuesta a la urgencia alimentaria actual, facilitando comidas diarias nutricionalmente completas a personas en situación de vulnerabilidad.

FUNDACIÓN FERRER SUSTAINABILITY

The Ferrer Sustainability Foundation aims to transform lives and to work towards a more equitable and just society through social cohesion and environmental preservation.

The first two major projects of the Foundation are Green for Good and Ferrer for Food, through which we want to generate a positive impact on society and, more specifically, on the lives of people in vulnerable situations.

Green for Good promotes a model of green and agro-productive cities, and through Ferrer for Food we respond to the current food emergency, providing nutritionally complete daily meals to people in vulnerable situations.





**BOCATAS
MADRID**

Chules de Bocatas

Jesús de Alba

BOCATAS
PASIÓN POR EL HOMBRE

*M*e 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 sub 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 amigo 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: Passió per l'home

Bocatas es pot definir com un grup d'amics que des del 1996 es dedica a repartir tots els divendres de l'any a la tarda-nit una mica de menjar, beguda i roba als pobres de Madrid. Des de fa 14 anys als poblats marginals de venda de droga a les afores de Madrid: abans a les Barranquilles i ara a Valdemingómez – Cañada Real.

Havent conegut de primera mà, des del carrer i els poblats el món de la droga, ens hem adonat que al sistema de recuperació del drogoaddicte li falta una gran pota per acabar de funcionar. No perquè no ho vulguin, sinó perquè no poden. Les xarxes professionals i públiques no estan fetes per cobrir les necessitats afectives o d'amistat que tota persona necessita per a un desenvolupament social i vital correcte. Aquí entren

les xarxes informals: familiars, antics amics que, en la majoria dels casos, estan totalment deteriorades. Aquí es on Bocatas aporta el seu gra de sorra.

Com que és un gran grup d'amics, una extensa xarxa, cadascú aporta lo seu: advocats que porten causes penals de forma gratuïta i desinteressada, parròquies que acullen en habitatges disponibles els exdrogadictes, dentistes que fan la seva feina de forma gratuïta, psicòlegs, empresaris que donen feines, i un gran nombre de joves i famílies que comparteixen l'oci i el temps lliure de la forma més natural i normal del món amb aquesta gent, impulsant-hi el gran canvi iniciat amb la decisió de deixar el món de la droga. Segons les nostres dades, podríem parlar que el 80% almenys de les persones que comença algun procés de deshabitació

de la droga recau. No coneixem cap drogoaddicte durant tots aquests més de 20 anys que no hagi deixat o intentat deixar la droga diverses vegades. Tots ho han intentat deixar, tan inhumà i dur és l'infern on es viu. És el que nosaltres anomenem la roda, fent al·lusió a la cançó dels suaus “sempre igual”. Per això seria molt intel·ligent que les administracions públiques i les xarxes

professionals i formals del sector social de rehabilitació de drogoaddictes pogués entaular contacte, relació de forma estable i suport material i econòmic amb aquest tipus de xarxes informals tipus Bocatas, ja que es podrien invertir els percentatges d'èxit de l'objectiu comú a totes: la lluita contra la droga, la marginació i la delinqüència.



Bocatas: passion for man

Bocatas can be defined as a group of friends that since 1996 is dedicated to distribute every Friday evening of the year some food, drink and clothes to the poor of Madrid. For 14 years they have been working in the shanty towns outside Madrid: before in the Barranquillas and now in Valdemingómez - Cañada Real.

Having known firsthand, from the street and the villages the world of drugs, we have realized that the system of recovery of drug addicts lacks a big leg to finish working. Not because they do not want to, but because they cannot. Professional and public networks are not made to cover the affective or friendship needs that every person needs for a correct social and vital development. This is where informal networks come in: family, old friends, networks that, in most cases, are totally deteriorated. This is where Bocatas comes to contribute its grain of sand.

Being a large group of friends, an extensive network, each one contributes: lawyers who handle criminal cases for free and disinterestedly, parishes that take in available housing for former drug addicts, dentists who do

their work for free, psychologists, employers who hire, and a large number of young people and families who share leisure and free time in the most natural and normal way in the world with these people, encouraging in them the great change initiated with the decision to leave the world of drugs. According to our data, we could say that at least 80% of the people who start a process of drug addiction relapse. We do not know any drug addict during all these more than 20 years who has not quit or tried to quit several times. They have all tried to quit, so inhuman and hard is the hell in which they live. It is what we call the wheel, alluding to the song of the Suaves “Siempre igual (always the same).

That is why it would be very intelligent that the public administrations and the professional and formal networks of the social sector of rehabilitation of drug addicts could establish contact, a stable relationship and material and economic support with this type of informal networks like Bocatas, because the success rates of the common objective of all of them could be reversed: the fight against drugs, marginalization and delinquency.



ATENCIÓ HOSPITALÀRIA

Hospital Dos de Maig

Lucia Catot. *Hospital Dos de Maig. Consorci Hospitalari Integral*

Es ls centres hospitalaris és on es centra l'atenció especialitzada un cop valorats el 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.

Llavors 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 es 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.

Cuidar i coordinar

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.



DERMATOLOGIA

“En la pell dels altres”

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 “Castellers”... tots són 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, piodermitis, 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. Estracta d'una infestació 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.

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

OPTOMETRIA



Tornar a veure

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 dona suport en quant a donació de montures, muntages, facilitar-nos la possibilitat de marcar les ulleres que ens donen.

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.



FARMÀCIA

Farmàcia sense sostre

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 Carles 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.

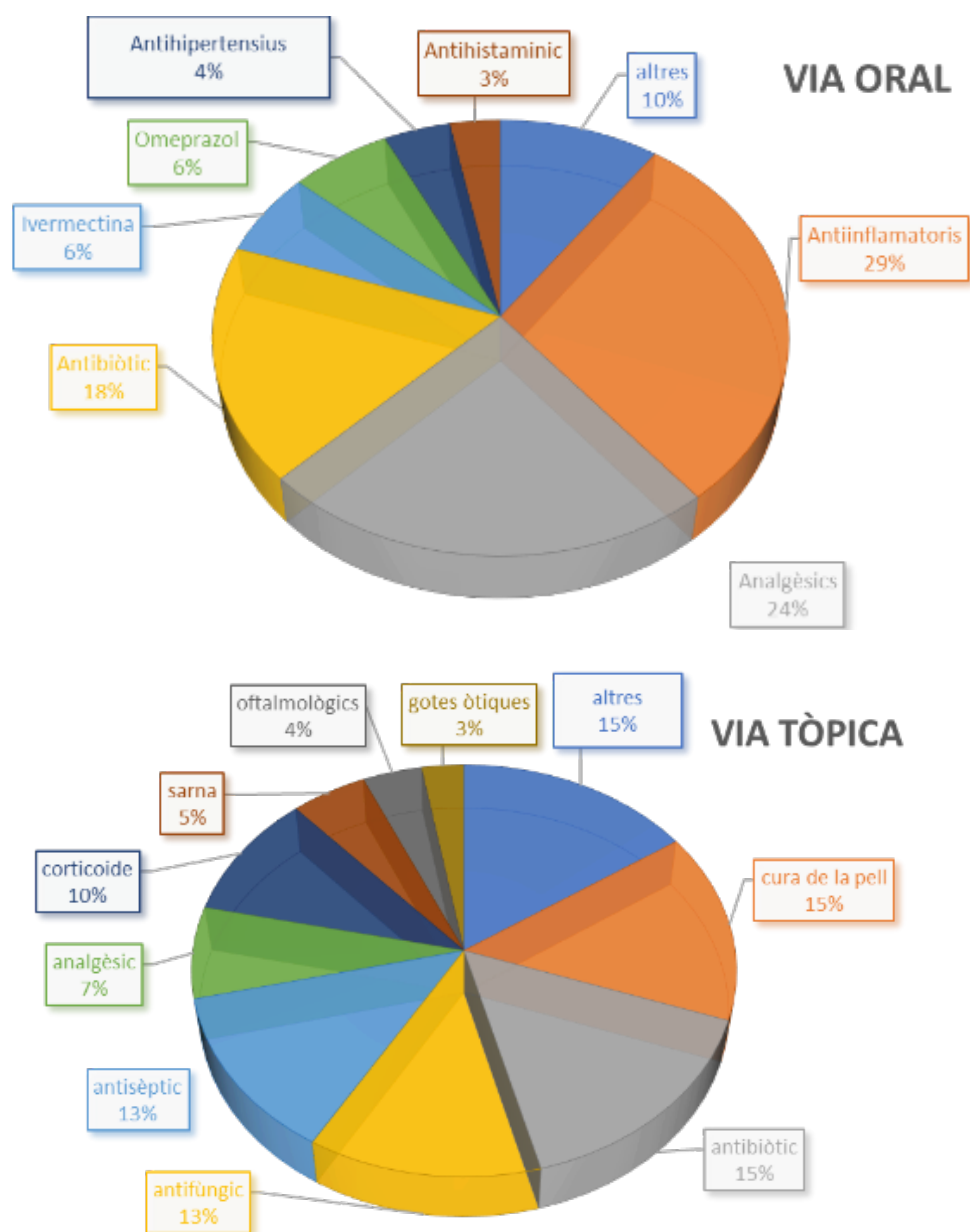
És important adequar els medicaments per facilitar el compliment terapèutic en condicions de carrer. Per

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.



DADES

Documentació clínica i qualitat assistencial

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 analfabe-

tes, 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, prioritzant 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 traspasa 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 apartat 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 pendents 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 barres 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 pendents 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.
- **Duplicat 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.



PODOLOGIA

La importància de la cura dels peus

Elena Garcia Altarriba. *Podòloga.*

Fa més d'un any que col·laboro con voluntària a Santa Anna i vaig començar després de llegir una entrevista, que li van fer a l'Esther Martí.

Vaig decidir posar-me en contacte amb ella i tot seguit començar a col·laborar. Vaig tots els dilluns dues hores.

Cal destacar que habitualment i ha més homes que dones de diferents edats. Les patologies més freqüents que he tractat són

HIPERQUERATOSIS I HELOMAS. Callositats i durícies, grans i doloroses. Que difícilment veiem en consulta privada. Agreujades per la quantitat d'hores

què passen el carrer i les distàncies que han de recórrer amb un calçat moltes vegades no adaptat.

HIPERHIDROSI. Patologia freqüent amb consulta. Aquí es complica més degut a la dificultat de secar-se bé després de les dutxes, mitjons de teixits sintètics, calçat incorrecte-

MICOSI a causa del excés d'humitat, dificultat o impossibilitat de canviar-se el calçat i moltes hores al carrer.

Amb menys freqüència problemes amb les ungles, ungles incarnades, Que es una patologia que veiem molt sovint en consulta.

M'esperava fer més talls d'ungles, tenint en compte que els sense llar no tenen fàcil fer cura dels seus peus, però no ha sigut així.

Senyalar també que el nivell d'higiene personal de la gran majoria de pacients que jo he atès, és més que correcte. M'agradaria poder fer un seguiment dels aco-

llits, dels pacients, però quan els hi proposes que han de tornar cada tres o quatre setmanes, per repetir visita o no tornen o esperen massa.

Em sento afortunada de pertànyer a aquest equip de Salut sense Sostre.

Moltes gràcies a tots.

Atención integral

La atención a la salud de las personas sin hogar debe contemplar todas las vertientes asistenciales.

Por ello, se debe prever la atención hospitalaria, sobre todo en los casos que requieren intervenciones quirúrgicas, y ello debe conseguirse a través del compromiso no sólo de los profesionales, sino también de las entidades que gestionan los hospitales.

Y, como piedra clave del entramado asistencial, es obligatorio resaltar el papel de cuidado y coordinación que se lleva a cabo desde Enfermería.

Las diferentes actuaciones, de diversos profesionales nunca estarán mejor expresadas que “poniéndonos en la piel de los demás”, como dice la dermatóloga del Hospital de Campaña, Montserrat Pérez; o con lo importante que es “volver a ver”, contar con una buena visión, con la ayuda del banco de gafas y la colaboración de oftalmólogos; sin olvidarnos del servicio de podología, uno de los más solicitados y valorados por los usuarios del Hospital de Campaña.

Todo ello apoyado en una Farmacia de “Campaña”, indispensable por su contenido y por quiénes desinteresadamente la gestionan.

Finalmente, la gestión de datos: protección de los datos personales, el consentimiento informado.... Cumpliendo con la legalidad establecida y asegurando la Calidad en la atención de las personas sin hogar.

Gracias a todos!

Comprehensive care

Health care for the homeless must include all aspects of care.

For this reason, hospital care must be foreseen, especially in cases requiring surgical interventions, and this must be achieved through the commitment not only of professionals, but also of the entities that manage the hospitals.

And, as a cornerstone of the healthcare framework, it is mandatory to highlight the role of care and coordination provided by Nursing.

The different actions of various professionals will never be better expressed than “putting ourselves in the skin of others”, as the dermatologist of the Hospital de Campaña, Montserrat Pérez, says; or how important it is to “see again”, to have a good vision, with the help of the glasses bank and the collaboration of ophthalmologists; without forgetting the podiatry service, one of the most requested and valued by the users of the Hospital de Campaña.

All of this is supported by a “campaign” Pharmacy, indispensable for its content and for those who selflessly manage it.

Finally, data management: protection of personal data, informed consent.... Complying with the established legality and ensuring Quality in the care of homeless people.

Thank you all!

LowThreshold Journal

2018, Vol. 6, Num. 2

COORDINACIÓN

M^a José Sánchez

DIRECTOR

Jordi Delàs

Jefa de Redacción / Editor in Chief

M^a Eugenia de Andrés

Consejo de Redacción / Editorial Board

Margarita Aguiar
Miguel de Andrés
Jordi Delàs
Nadia El Hilali
Gemma Martín
Tarcisio Matos de Andrade (Salvador de Bahía)
César Morcillo
María José Sánchez
Martín Vázquez Acuña (Buenos Aires)

Diseño / Design

Sònia Poch

Maquetación / Layout

Sònia Poch

Corrección in English

Steve Cedar

Edición / Edition

Ex AEquo

lowthreshold@lowthresholdjournal.org
www.lowthresholdjournal.org

Sumario / Sumari / Contents

BARCELONA: CIUDAD REFUGIO QUE RECLAMA
MÁS POLÍTICAS SOCIALES DE ATENCIÓN A LA
INMIGRACIÓN / BARCELONA: CIUTAT REFUGI
QUE RECLAMA MÉS POLITIQUES SOCIALS
D'ATENCIÓ A LA IMMIGRACIÓ / BARCELONA:
A CITY OF REFUGE THAT DEMANDS MORE SOCIAL
POLICIES TO ADDRESS IMMIGRATION.

Patricia Pajante

3 - 11

A PROPOSITO DE LA REGULACIÓN DEL
CANNABIS EN URUGUAY, ALGUNAS MIRADAS
A UN PROCESO MUY RECIENTE AÚN / A
PROPOSIT DE LA REGULACIÓ DEL CANNABIS A
L'URUGUAI, ALGUNES MIRADES D'UN PROCÉS
MOLT TRANQUIL ENCARA / ON THE SUBJECT
OF CANNABIS REGULATION IN URUGUAY, SOME
LOOKS AT A VERY RECENT PROCESS STILL.

Ana María Echeburria

12 - 23

MARIA LIBRE / MARIA LLIURE / FREE MARIA

24 - 26

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DEL SÍNDROME POST-
CONSUMO DE COCAÍNA / ATENCIÓ D'INFERMERIA
DE LA SÍNDROME POSTCONSUM DE COCAÍNA
/ NURSING CARE FOR POST-CONSUMPTION COCAINE
SYNDROME.

Rafael Clúa

27 - 30

REAL INSTITUCIÓN BENÉFICO SOCIAL PADRE
RUBINOS. EL LARGO CAMINO DESDE LA CARIDAD
HACIA LA INTEGRACIÓN SOCIAL / REAL INSTITUCIÓ
BENEFICÓ SOCIAL PADRE RUBINOS. EL LLARG CAMÍ
DES DE LA CARITAT CAP A LA INTEGRACIÓ SOCIAL.
/ REAL INSTITUCIÓ BENEFICÓ SOCIAL PADRE RUBINOS.
THE LONG ROAD FROM CHARITY TO SOCIAL INTEGRATION

María Carrera

31 - 36

LowThreshold Journal

2019, Vol. 7, Num. 1-2

COORDINACIÓN

M^a José Sánchez

DIRECTOR

Jordi Delàs

Jefa de Redacción / Editor in Chief

M^a Eugenia de Andrés

Consejo de Redacción / Editorial Board

Margarita Aguiar
Miguel de Andrés
Jordi Delàs
Nadia El Hilali
Gemma Martín
Tarcisio Matos de Andrade (Salvador de Bahía)
César Morcillo
María José Sánchez
Martín Vázquez Acuña (Buenos Aires)

Diseño / Design

Sònia Poch

Maquetación / Layout

Sònia Poch

Corrección in English

Steve Cedar

Edición / Edition

Ex AEquo

lowthreshold@lowthresholdjournal.org
www.lowthresholdjournal.org

Sumario / Sumari / Contents

EDITORIAL. Jordi Delàs

3 - 4

25 AÑOS DE EUROPEAN MONITORING CENTRE
FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION (EMCDDA)

5-18

REFLEXIONES 2020 SOBRE EL CONSUMO
DE SUSTANCIAS ILÍCITAS. Davide Lannello

19-20

LA SARNA ES LA PUNTA DEL ICEBERG

21

EDITORIAL. Jordi Delàs

22-23

25 ANYS, EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR
DRUGS AND DRUG ADDICTION (EMCDDA)

24-37

REFLEXIONS 2020 SOBRE EL CONSUM
DE SUBSTÀNCIES IL·LÍCITES. Davide Lannello

38-39

LA SARNA A LA PUNTA DE L'ICEBERG

41

EDITORIAL. Jordi Delàs

43-44

25 YEARS OF EUROPEAN MONITORING CENTRE
FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION (EMCDDA)

45-57

REFLECTIONS 2020 ON ILLICIT SUBSTANCE USE.
Davide Lannello

58-59

SCABIES ON THE TIP OF THE ICEBERG

60

BIBLIOGRAFÍA/BIBLIOGRAFIA/REFERENCES

61

LowThreshold Journal

2020, Vol. 8, Num. 1-2

COORDINACIÓN

M^a José Sánchez

DIRECTOR

Jordi Delàs

Jefa de Redacción / Editor in Chief

M^a Eugenia de Andrés

Consejo de Redacción / Editorial Board

Margarita Aguiar
Miguel de Andrés
Jordi Delàs
Nadia El Hilali
Gemma Martín
Tarcisio Matos de Andrade (Salvador de Bahía)
César Morcillo
María José Sánchez
Martín Vázquez Acuña (Buenos Aires)

Diseño / Design

Sònia Poch

Maquetación / Layout

Sònia Poch

Corrección in English

Steve Cedar

Edición / Edition

Ex AEquo

lowthreshold@lowthresholdjournal.org
www.lowthresholdjournal.org

Sumari / Sumario / Contents

SOBREDOSI: 10 PREGUNTES
I 10 INTENTS DE RESPOSTA

SOBREDOSIS: 10 QUESTIONS
Y 10 INTENTOS DE RESPUESTA

OVERDOSE: 10 QUESTIONS
AND 10 ATTEMPTS TO ANSWER

Juan Carlos Farran, Rafael Clúa-Carriz, Jordi Delàs, Sara Riba,
Himalaya Valljo, Davide Gastano Lannello, Ana Altaba

4-20

LA SOLIDARITAT POST COVID-19, INDISPENSABLE

LA SOLIDARIDAD POST COVID-19, INDISPENSABLE

POST-COVID-19 SOLIDARITY, ESSENTIAL

Patricia Pajante

21-26

DONES AL CARRER

MUJERES EN LA CALLE

WOMEN ON THE STREET

Montse Pérez, Irene Canto-Alvarez, Laura Simon Ruiz,
Sergio Saiz-Arocas, Esther López, Eira Lemos, Carme Rosà,
Rafael Clúa-Carriz

27-54

El Consell de Redacció vol agrair la col·laboració
de Mònica Du Noyer que ha cedit quasi totes les fotografies
que il·lustren aquest número de Low Threshold Journal.

LowThreshold Journal

2022, Vol. 9, Num. 1-2

COORDINACIÓN

M^a José Sánchez

DIRECTOR

Jordi Delàs

Jefa de Redacción / Editor in Chief

M^a Eugenia de Andrés

Consejo de Redacción / Editorial Board

Margarita Aguiar
Miguel de Andrés
Jordi Delàs
Nadia El Hilali
Gemma Martín
Tarcisio Matos de Andrade (Salvador de Bahía)
César Morcillo
María José Sánchez
Martín Vázquez Acuña (Buenos Aires)

Diseño / Design

Sònia Poch

Maquetación / Layout

Sònia Poch

Corrección in English

Steve Cedar

Edición / Edition

Ex AEquo

lowthreshold@lowthresholdjournal.org
www.lowthresholdjournal.org

Sumari / Sumario / Contents

EDITORIAL. La disputa pel consumidor

EDITORIAL. La disputa por el consumidor

EDITORIAL. The dispute to attract the consumer

4-6

LES CIUTATS POSTPANDEÀMIA / LAS CIUDADES
POSTPANDEMIC / POSTPANDEMIC CITIES

Recursos asistenciales en barrios benestantes
Recursos asistenciales en barrios acomodados
Social facilities in rich neighborhoods

7-12

Reflexions en torn al consum de benzodiazepines
a un centre residencial

Reflexiones en torno al consumo de benzodiazepinas
en un centro residencial
Reflections on the use of benzodiazepines
in a residential center

13-27

SOCIDROGALCOHOL 2021, BARCELONA

Taula rodona.

Repensant els programes de reducció de riscos

Mesa redonda.

Repensando los programas de reducción de riesgos

Round table. Rethinking risk reduction programs

28-39



Sota la ciutat hi ha una ciutat, simètrica i oposada, que no sempre es veu, que sovint s'amaga. És la ciutat desenvolupada, que cal que senti a l'altre i defensi amb la mateixa passió amb que altres diuen no a la porta de casa seva o que la pobresa no s'ha de fer visible.

Debajo de la ciudad hay una ciudad, simétrica y opuesta, que no siempre se ve, que a menudo se esconde. Es la ciudad desarrollada que debe volver a afrontar y defender con la misma pasión con que otros dicen no en la puerta de mi casa o que la pobreza no debe hacerse visible.

People live more what they know hear and know best what they see with their eyes on a daily basis, and against the slogan in society that recommend that homeless people become invisible.

