



**Dossiers  
del Tercer  
Sector**

núm. 11  
Julio 2011

# Mejorar la coordinación social y sanitaria

**En salud mental, drogodependencias y  
personas sin hogar**

En convenio con:



# 1. Contexto

El ámbito social y de la salud tienen una naturaleza diferente, pero están íntimamente interrelacionados ya que las condiciones de vida de la población determinan el estado de salud de las personas. Una persona enferma es una persona dependiente y una persona con carencias sociales (laborales, económicas, relacionales...) tiene un alto riesgo de perder la salud. Los retos en ambos ámbitos son similares y necesariamente hay que plantear programas de vinculación entre servicios y otros y políticas transversales que incidan en las condiciones de vida para lograr una mejor salud de la población.

Los procesos de exclusión social van acompañados a menudo de procesos de deterioro de la salud, que a su vez realimentan la exclusión original. La salud es un aspecto central en la vida de las personas, de la que depende no sólo el bienestar físico y psicológico, sino también la capacidad de integración social y oportunidades de desarrollo personal a lo largo de la vida. Cuando se vive una situación de exclusión social, la salud se ve afectada y cuando se pierde la salud, hay riesgo de exclusión social. Los grupos desfavorecidos tienden a tener estilos de vida menos saludables y sus prácticas pueden favorecer enfermedades. Muchas personas en situación de exclusión social por privación de recursos básicos y falta de oportunidades sociales, laborales, educativas o de vivienda acaban teniendo una mala percepción de sí mismos y de sus capacidades, favoreciendo una pobre autoestima. La enfermedad crónica, la discapacidad, algunas enfermedades estigmatizadoras como las enfermedades mentales, la infección por el VIH y otras pueden articularse con situaciones de pobreza económica por falta de trabajo, de renta mínima o de pérdida de las relaciones que termina llevando a la persona a la exclusión social.

A continuación, os presentamos un dossier-resumen de la investigación 'Disfunciones entre los ámbitos de salud y social' realizada por la Escuela Universitaria de Enfermería de Sant Joan de Déu por encargo de la Taula d'entitats del Tercer Sector Social de Catalunya. Este estudio pretende hacer propuestas de actuación para una mejor coordinación entre los ámbitos de intervención social y sanitaria, vinculando las entidades del Tercer Sector Social que trabajan con personas en situación de vulnerabilidad y exclusión social, concretamente en los ámbitos de las personas con problemas de salud mental, sin hogar y drogodependencias. Asimismo, también pretende plantear líneas de mejora futura en esta coordinación social-sanitaria en los colectivos que se identifiquen como prioritarios.

Esta investigación refleja las preocupaciones, dificultades y vivencias de los principales actores implicados en la acción social. Profesionales, gestores y usuarios expresan sus carencias, limitaciones y necesidades en el trabajo diario. Desde su análisis de la realidad también realizan propuestas de mejora innovadoras, útiles y viables, que indican el grado de compromiso alcanzado y su experiencia.

La necesidad de elaborar una publicación que presentara y propusiera una mejor comunicación entre los ámbitos de salud y social surge después del Seminario de Reflexión Estratégica sobre el Tercer Sector Social y la Salud, realizado el 13 de abril de 2010 y organizado por la Taula d'entitats del Tercer Sector y el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. En este seminario se pusieron de manifiesto los déficits de coordinación entre las entidades que trabajan en la acción social y los servicios del ámbito sanitario, haciéndose hincapié en la necesidad de trabajar conjuntamente la salud y el bienestar social de las personas, y de redefinir la estrategia relacional entre las entidades del Tercer Sector y las instituciones que trabajan desde el ámbito de la salud. Las conclusiones del Seminario remarcaron la necesidad de abordar la salud y el bienestar social desde una perspectiva integradora, de manera coordinada y sin duplicidades.

## 2. Ámbito de la Salud mental

La enfermedad mental y la pobreza están íntimamente articuladas desde siempre. Ambas actúan como causa y consecuencia. Enfermedad mental, rentas bajas, bajo estatus socioeducativo, pobreza y consumo de drogas son circunstancias que se repiten en muchas personas, y que dificultan su recuperación. Los gestores y los profesionales valoran que los déficits de coordinación y colaboración sociosanitaria en las intervenciones realizadas por las entidades, tanto aspectos estructurales como organizativos, condicionan el trabajo de los centros y los profesionales, así como la atención dispensada a los usuarios. En cuanto a la vivencia de los usuarios, éstos tienen una opinión crítica fruto de las dificultades de atención, que son consecuencia de actuaciones poco coordinadas y que repercuten en su vida cotidiana y en el estado de salud. A continuación se detallan algunas de las conclusiones presentadas por los gestores, profesionales y usuarios del ámbito de salud mental.

### 2.1. Déficit de coordinación sociosanitaria

#### 2.1.1. Déficit de accesibilidad al sistema sanitario:

- **Poco tiempo para las visitas:** Se destina poco tiempo para las visitas en los centros de Salud Mental por parte de los psiquiatras y éstas son muy espaciadas. Los usuarios participantes consideran que ni con media hora es suficiente si las visitas son cada 2 o 3 meses. Es difícil que se pueda explicar todo lo que le pasa al usuario y que el especialista pueda hacer una atención global. No siempre hay efectividad en el momento de urgencia y se refieren tardanzas en el diagnóstico de algunas enfermedades. Tiempo de espera excesivo para la derivación en salud mental. Asimismo se tienen poco en cuenta los cambios corporales y el estado del paciente.
- **Dificultad de las entidades sociales:** las entidades no disponen de un equipo médico que permitiría detectar más rápidamente el perfil de los enfermos mentales y hacer un mejor seguimiento.
- **Falta de coordinación:** Falta de coordinación y dinamización en la atención al cliente en los hospitales y dificultad en la atención inmediata.

#### 2.1.2. Dificultades de acceso a los servicios sociales:

- **Tiempo de espera:** El excesivo tiempo de espera para acceder a los diferentes recursos: hospitales de día, residencias, pisos asistidos.
- **Mala organización de los servicios de atención de los pequeños ayuntamientos:** Estos pequeños ayuntamientos no tienen la capacidad para gestionar elementos que faciliten la vida cotidiana (ejemplo: tarjeta azul).
- **Dificultad para conocer y acceder a recursos:** básicamente de servicios sociales desde los servicios de Salud Mental.

#### 2.1.3 Déficits de coordinación y colaboración sociosanitaria:

- **Escaso reconocimiento del trabajo de las entidades sociales:** Se potencia más el trabajo del ámbito sanitario que lo social.
- **Ámbito sanitario y social actúan como redes independientes:** no hay planes articulados de intervención. Esto también provoca un desconocimiento mutuo y

provoca una falta de voluntad para solucionarlo.

- **Falta de un programa común (PTI):** entre los diferentes servicios que atienden al usuario. Falta de consenso en los objetivos de intervención sobre el usuario. En general prima la estabilidad del paciente y el poder colocar en algún lugar y se pierde el objetivo básico de la autonomía y el apoyo real.
- **Falta de plazas:** Debido a esta falta de plazas en los servicios, se están unificando usuarios con procesos de autonomía divergentes, que dificultan la realización de los programas de asistencia con la consiguiente problemática de convivir diferentes perfiles de usuarios en un mismo recurso.
- **Falta de concienciación:** los profesionales de los centros de salud mental sobre los recursos disponibles para inserción laboral existentes y del perfil de usuario que podría beneficiarse. Hay un déficit de comunicación entre entidades, produciéndose discordancias entre requisitos sociales y sanitarios para acceder a recursos.
- **Poca flexibilización de la sectorización geográfica:** que dificulta el seguimiento del usuario. Asimismo, hay una sectorización demasiado contundente y rígida en el ámbito sanitario que provoca dificultades para el seguimiento de muchos usuarios.
- **División de servicios por especialidades:** falta una puesta en común entre servicios para poder seguir una línea unitaria en la asistencia.
- **Peor coordinación en zonas rurales que en las ciudades:** Esto provoca una falta de motivación y objetivos por parte de los usuarios de zonas rurales debido al reducido número de recursos.
- **Saturación de los profesionales:** Los profesionales se ven saturados por las exigencias que se les pide y eso hace que tengan que dejar de lado otras funciones que quedan menos atendidas.
- **La no existencia de circuitos coordinados:** dificulta poder acceder a toda la información del usuario para poder tratarlo adecuadamente. En algunos casos ocasiones se producen ingresos hospitalarios innecesarios y ello conlleva un retroceso en todo el trabajo realizado con esa persona.
- **Poca coordinación de las partes gerenciales:** para resolver las dificultades que van surgiendo en el día a día, más evidente cuando los servicios se ofrecen desde diferentes entidades, y poca o nula coordinación con la administración.
- **No hay traspaso de información:** sobre las intervenciones realizadas en un mismo paciente, entre los diferentes servicios, sobre todo desde salud, incluso teniendo en cuenta que la propia ley de protección de datos no justifica este déficit ya que lo contempla claramente. Provoca confusión al interpretar la información y contradicción de las intervenciones.

## 2.2 Impactos de los déficits de coordinación

### 2.2.1 Impacto en la salud de las personas y en su integración social:

- **Los perfiles demasiado dispares de los usuarios:** La diversidad de perfiles hace que se pierda el objetivo del programa y que el usuario no tenga la motivación adecuada para aprovechar el recurso, lo que también influye en el resto de los compañeros.
- **El papel de la familia:** Se detecta una falta de conocimientos y concienciación de las familias de cómo tratar a los usuarios. Se pueden demostrar los resultados positivos en familias implicadas y que quieran colaborar.
- **Falta coordinación entre servicios sanitarios y servicios socio-educativos:** Debido a esta mala coordinación se producen ingresos hospitalarios innecesarios que conllevan un retroceso en el proceso de asistencia del usuario.
- **Retraso en obtención de plazas:** Hay una falta de planificación desde la administración y también fallan los criterios de admisión. Asimismo, la rehabilitación del usuario se deja en manos de las entidades sociales y no se contempla una rehabilitación sanitaria; esta situación aún potencia más la idea de caridad y no de asistencia en salud.

### 2.2.2 Impactos de los déficits de coordinación

- **Sueldos bajos y poca diversidad:** Estos dos factores provocan que muchos usuarios prefieran cobrar las pensiones en vez de trabajar, ya que el esfuerzo que requiere no se ve compensado.
- **Mejor formación:** Se ponen sobre la mesa las dificultades que tienen a la hora de matricularse y realizar cursos de formación continuada ya que, la mayoría no les dan acceso debido a su condición de pensionista.
- **Enfermedad mental se ve como un estigma:** Se sigue viendo la enfermedad mental como un hándicap social que impide la superación personal y el acceso a mejores condiciones laborales y de vida. No hay concienciación social de lo que es la enfermedad mental.

### 2.2.3 Impactos en el trabajo de las entidades y profesionales:

- **Pérdida de recursos humanos:** Esta pérdida es causada por la falta de coordinación, que tiene consecuencias negativas en la atención y asistencia al usuario. Esto provoca que se pierda mucho tiempo y que haya una mala distribución de los recursos humanos en los hogares-residencia y en el ámbito sanitario. Esto repercute con la asistencia del usuario y en la calidad de la asistencia.
- **No hay objetivos comunes:** Esta descoordinación se traduce en más trabajo para las entidades. En algunos casos, también se echa de menos contar con la experiencia de los profesionales de las entidades a la hora de diseñar las políticas sociales.
- **Prevalece el discurso sanitario por encima de lo social:** Esta visión se traduce en precariedad de las entidades sociales ya que las condiciones (subvenciones, salarios...) son peores, lo que perjudica la calidad de asistencia y planificación.

## 2.3 Colectivos más perjudicados

En referencia a los colectivos que se consideran más perjudicados por esta descoordinación, los usuarios entienden que todas las personas con algún problema de salud mental se ven afectadas de una manera u otra. Gestores y profesionales entran en el detalle de cada grupo y analizan algunas de las causas que se relacionan.

- **Jóvenes de 16 a 18 años:** se encuentran en edad prelaboral. No hay programas y recursos suficientes para poder asistir a este grupo de edad. Sin embargo, son el grupo con el que más se puede trabajar.
- **Usuarios con enfermedades terminales.**
- **Usuarios con necesidades especiales (dependientes).** No son adecuadas las valoraciones de los programas de dependencia en relación a los de salud mental, lo que provoca una exclusión de este grupo de usuarios. Dentro de este bloque podríamos incluir personas mayores, discapacitados... que sufren la falta de recursos especializados.
- **Grupos de riesgo definidos por poca red social:** suelen tener pocos recursos económicos y tienen dificultad para acceder a puestos de trabajo.
- **Perfiles de ámbito rural:** Sobretudo personas con TM, donde los déficits de coordinación entre los servicios aún son mayores. Para distancias geográficas, por transporte, por carencias estructurales, entre otros.
- **Personas con renta mínima de inserción que tienen enfermedades mentales:** algunas de graves y de larga evolución, añadidas a la problemática social.
- **Cuidadores y familiares de los usuarios.**
- **Profesionales de los servicios sociales:** muchos de ellos tienen frustración en sus intervenciones, mucho esfuerzo y pocos resultados. Personal con síndrome de *burn out* por la falta de reconocimiento.
- **Problemática de salud mental y con trastornos límite:** son personas que no encajan en un perfil definido y quedan fuera de los circuitos. necesitan de una agilidad en las intervenciones y derivaciones de la que no disponen los servicios.

## 2.4 Propuestas de mejora

### Desde el punto de vista de los usuarios:

Se identifican una serie de oportunidades sociales que en algunos casos son actuaciones que ya se llevan a cabo pero que pueden mejorarse con una gestión más eficaz y con mayor calidad. Una serie de intervenciones que se consideren necesarias para garantizar la dignidad de las personas y su calidad de vida.

#### Oportunidades de integración:

- **Gratuidad de los medicamentos:** su coste es un añadido a la precariedad económica en la que muchos de ellos y ellas viven.
- **Disponer de grupos de ayuda mutua:** todo para problemas concretos (estados de ansiedad, compartir emociones, vivencias).
- **La motivación personal:** motivar a las personas usuarias de los recursos es un aspecto fundamental para lograr su participación y vinculación.
- **Pensiones que les ayudan a contribuir a la economía familiar:** Poder disponer de una pensión es un aspecto prioritario en todas las economías familiares de los usuarios y una oportunidad para su realización personal. Sin embargo, consideran que es necesario revisar las dotaciones ya que muchas no llegan a los mínimos necesarios para poder atender los gastos básicos de las personas usuarias.

#### Propuestas de mejora:

- **Coordinación y simplificación de los trámites burocráticos en el acceso a los recursos:** en este caso, se evitaría tiempo de espera y agilizarían los procesos de trabajo.
- **Evitar los cambios en las políticas sociales independientemente de si se producen cambios políticos.** Consenso de las políticas sociales por parte de todos los partidos y respetar los derechos adquiridos.
- **Formación humanística:** Se considera una necesidad importante que los profesionales cumplan unos requisitos específicos como cordialidad, amabilidad, empatía y tengan una sensibilidad especial hacia los usuarios... De cara a los perfiles profesionales, se requiere la necesidad de profesionales bien cualificados y competentes en ambos ámbitos.

#### **Desde los puntos de vista de las entidades:**

Una mayor coordinación y un trabajo más cercano entre las entidades y las personas atendidas debe revertir en un mejor aprovechamiento de los recursos y servicios y por tanto en una mayor asistencia así como en un mejor aprovechamiento del tiempo y atención a las personas. Estos beneficios al mismo tiempo deben posibilitar un trabajo más eficaz y eficiente que debe suponer mayor garantía y seguridad para las personas usuarias y más motivación para las entidades para seguir avanzando y mejorando en la práctica y calidad de las intervenciones

#### Beneficio en la vida de las personas atendidas:

- **Determinar los perfiles de usuarios:** Es necesario que estén adecuados a cada recurso para evitar derivaciones innecesarias y hacer rentables de manera adecuada los recursos disponibles repercutiría en una mejor asistencia. Se considera necesario hablar de personas y no tanto de colectivos, ya que cada uno puede presentar necesidades diferentes
- **Determinar los grupos de riesgo:** facilitaría la creación de crear programas y recursos específicos para ellos, y detectar dónde están los vacíos más importantes en el sistema socio-sanitario (Ej.: personas de menos de 65 años pero con patologías crónicas).
- **Mayor comprensión y unificación de los procesos para los usuarios y familias:** ayudarían a mejorar el proceso rehabilitador.

- **Reconocimiento y respeto por el proyecto de vida:** No manejar a la persona de recurso en recurso. Pasar por diferentes recursos es indicativo de no resolución de las situaciones planteadas, y desmotiva y frustra a la persona.

Beneficios en el trabajo de las entidades:

- **Buena coordinación - mejor eficiencia:** Una buena coordinación supondría un mejor aprovechamiento de las horas de trabajo que aumentaría la calidad y la eficacia de las metodologías y modelos de intervención e incrementaría también la utilidad de los recursos humanos, económicos y materiales disponibles.

- **Definir bien el encargo profesional:** clarificar funciones y tareas para un mejor uso de los recursos y una mejor atención.

- **Intervención más estructural:** tanto desde la administración, que fuerce y coordine los diferentes recursos para mejorar la calidad de sus servicios. Se debería llevar a cabo desde la práctica y desde la proximidad, es decir, municipalizar, en diputaciones o lo que haga falta para forzar el reconocimiento y las coordinaciones, contando con el municipio, mancomunidades... para hacer esta intervención más efectiva.

- **Creación de un modelo global de intervención (entre los dos ámbitos):** Elaborar un plan de trabajo entre salud y social, de ámbito interdepartamental. Crear comités territoriales interdepartamentales que integren el ámbito social, el sanitario así como mesas de discusión donde los diferentes profesionales pudieran debatir sobre programas específicos para actuar en una línea conjunta. Crear un modelo de intervención global coordinada, con una misma visión de conjunto, que tenga en cuenta a la persona y garantice su participación en el entorno, su autonomía y las actividades básicas de la vida diaria.

- **Creación de órganos técnicos:** Aconsejarán de hacer el seguimiento para mejorar la coordinación entre la administración y los profesionales que ponen en práctica los programas que elaboran conjuntamente.

- **Mapa compartido de recursos:** a ser posible incluyendo ámbitos como trabajo, vivienda... que ponga en práctica el Plan Integral. Aprovechamiento de los recursos existentes, dotarlos de recursos materiales y económicos, y usar las nuevas tecnologías para facilitar el intercambio de información. Agrupar la información relevante del usuario para su asistencia en un expediente compartido informatizado que englobe datos tan sociales como sanitarias. Necesidad de un historial único que englobe social y sanitario.

## 3. Ámbito de las Drogodependencias

El abuso de sustancias adictivas condiciona la vida laboral, la autonomía en la vida cotidiana y las relaciones familiares y sociales de las personas drogodependientes. "Los perjuicios para la salud del consumo de drogas, la desviación de rentas que supone y la creación de grupos cerrados en torno a estas prácticas, que pueden acercarse a otros grupos marginales, son elementos que interrelacionan droga y exclusión.

### 3.1. Déficit de coordinación sociosanitaria

El abordaje de las necesidades sociales, sanitarias... de las personas piden respuestas y actuaciones conjuntas e integrales que requieren intervenciones coordinadas y desde la cooperación entre el ámbito social y de salud. La clave de todo ello, entre otras cosas, está en

los déficits estructurales que condicionan la propia coordinación, sus resultados y al mismo tiempo el éxito de reinserción de las personas atendidas.

Los factores identificados tienen que ver con diferentes aspectos y recursos:

- **Dificultad para encontrar objetivos de trabajo comunes:** esto es debido al desconocimiento profundo de cuáles son las funciones de las entidades y sus carteras de servicios y del fuerte corporativismo entre los profesionales de los diferentes servicios. Esta diversidad de perfiles provoca un nulo reconocimiento de entre los profesionales (educadores).
- **Variabilidad de tipología de usuarios:** termina obligando a adaptar continuamente los servicios y el tipo de atención. Obliga a modificar estructuras y dinámicas.
- **Falta de plazas públicas:** acaban generando un gran volumen de lista de espera.
- **Número profesionales (servicios sociales):** es poco adecuado a la carga de trabajo. También hay una constatación de un gran volumen de trabajo.
- **Falta coordinación entre los dispositivos:** La accesibilidad a los servicios sociales se ve negativamente afectada por la fragmentación y la falta de recursos adecuados a las diferentes situaciones en las que se pueden encontrar estos usuarios.
- **Protocolos rígidos:** A menudo no se adecuan a las necesidades concretas de los usuarios. Por ejemplo, los criterios de inclusión en algunos servicios, como en el de personas en situación de consumo activo o déficit intelectual, lo que provoca que algunos usuarios no tengan la atención que necesitan ya que su situación no se corresponde con el perfil que los diferentes servicios identifican. La rigidez del sistema hace que se tenga poca capacidad para dar respuestas rápidas.
- **Muchos estereotipos sobre los usuarios de drogas:** condicionan el tipo de atención que reciben. En los servicios sanitarios existe muy poca receptividad para atender a personas con situación de consumo activo
- **Priorización de criterios médicos:** Hay una asimetría a la hora de jerarquizar el problema. Se trata el síntoma que genera la situación de urgencia, sin tener en cuenta la globalidad de la situación.

### 3.2 Impacto de los déficits de coordinación

Una vez más se identifica que los déficits de coordinación entre los dos sistemas de atención a las personas, salud y social, tienen una repercusión directa sobre la salud de las personas. Otros factores que también influyen ya la vez dificultan las posibilidades de integración social son, la falta de continuidad entre los diferentes servicios y dispositivos excesiva tendencia al asistencialismo.

#### 3.2.1 Impacto sobre las personas

- **Aumento de las recaídas:** provocado por unas listas de espera que provocan que muchos usuarios desistan de su demanda de atención y aumentan los problemas de salud (prueba abandonos).
- **Fragmentación y desprotección del usuario:** el usuario se ve obligado a utilizar diferentes servicios y recibir atención de diferentes profesionales que, entre ellos, no

están coordinados. Estos factores cronifican los procesos y genera desesperanza a los usuarios. El abordaje de la persona es fragmentada sin una visión integral.

- **Dificultad para entrar en el mundo laboral:** acondicionado, claramente, por la situación social y sanitaria y por la falta de formación. La reinserción requiere una buena formación profesional, las actividades que se les ofrece desde los servicios a menudo son útiles porque no están enfocadas al mercado laboral.
- **Usuarios rechazados:** A menudo, por culpa de la actitud de ciertos trabajadores sanitarios que no saben cómo tratarlos (excepto servicios específico CAS). El estigma social y la percepción de trato discriminatorio, a menudo provoca un alto porcentaje de abandonos.

### 3.2.2 Impacto sobre las entidades

- **Disputa por decidir quién es el usuario:** provocado por la fragmentación de competencias y la rigidez de los protocolos. La falta de referentes centrales de la persona tampoco ayuda a atender estas cuestiones.
- **La descoordinación:** impide avanzar más allá de los objetivos iniciales, genera intervenciones superfluas, negativas y desmotivador tanto por el paciente como por los profesionales, que ven como su trabajo no tiene los resultados deseados.

### 3.3 Colectivos más perjudicados

En el colectivo de personas drogodependientes, las personas más perjudicadas por la falta de coordinación entre los diferentes servicios y niveles de atención, encontramos:

- **Personas con consumo activo:** aquellas que presentan situaciones más complejas como las personas con consumo activo, en situación de marginalidad (sin hogar y con las relaciones familiares rotas), en situación de residencia y permiso de trabajo irregular, con problemas añadidos de salud mental o con minusvalía manifiesta, y estas situaciones aún se agravan más si son mujeres quienes las padecen.
- **Personas tuteladas:** personas incapacitadas judicialmente y que plantean algún tipo de trastorno muy específico como el síndrome de Diógenes, que complica muchísimo cualquier derivación. Por otra parte la coordinación con los Centros Residenciales de Acción Educativa (CRAE) donde residen los menores tutelados por la administración también es bastante complicada.
- **Propios profesionales:** A veces sufren un importante desgaste por la falta de trabajo en red y dificultades de coordinación presentando síntomas de agotamiento profesional.

### 3.4 Propuestas de mejora

#### Desde el punto de vista de los usuarios:

Las oportunidades sociales para la inclusión se identifican con ese conjunto de actuaciones de proximidad, con profesionales de referencia y trato personalizado. En cuanto a las propuestas de mejora se quiere potenciar a las personas y la dignificación en el mundo laboral.

#### Oportunidades de integración:

Como hemos dicho anteriormente, el apoyo de los profesionales se valora muy positivamente así como la continuidad con un profesional de referencia y el valor que supone las relaciones de confianza que establecen con los profesionales.

Por otro lado, conseguir que se produzca un acceso rápido a los recursos y dispositivos, puede evitar demoras y listas de espera que a veces pueden agravar muchas situaciones que con intervenciones rápidas quedarían resueltas de forma eficaz.

#### Propuestas de mejora:

En la misma línea se considera importante adecuar la formación a las necesidades y habilidades de las personas para perfilar mejor intereses y posibilidades de integración laboral. En este sentido se propone potenciar un conjunto de acciones, pactos e incentivos con las empresas con el objetivo de promover la contratación de personas en proceso de rehabilitación o ya rehabilitadas.

#### Desde el punto de vista de las entidades:

Básicamente y coincidiendo con otros aspectos ya valorados, se considera que los mayores beneficios de una mejor coordinación entre los ámbitos de la salud y el social así como también a nivel interno, revertiría en una mejor atención y calidad asistencial a las personas.

#### Beneficios en la vida de las personas atendidas:

- **Hacer una detección más real de las necesidades:** permitiría una mayor adecuación de las intervenciones, con respuestas más eficaces y eficientes.
- **Mayor calidad de vida:** fruto de una mejora en los resultados de los programas.

#### Beneficios en el trabajo de las entidades:

- **Mejor coordinación:** permitiría establecer sistemas de información que posibilita tener la información real de toda la historia previa. Se evitaría la duplicación de esfuerzos y por lo tanto, optimiza los recursos disponibles. También facilitaría la profesionalización de los servicios y de la atención que se da a los usuarios, con una mayor satisfacción de los profesionales que verían los frutos de su trabajo.
- **Facilitar especialización:** Asimismo se apuesta por la formación para los profesionales que incorpore la transversalidad de los servicios y las habilidades para atender las necesidades específicas de los usuarios en situación de vulnerabilidad.

- **Líneas de intervención integradas (médica, psicológica y social):** facilitarían el seguimiento de la persona atendida y asegurarían traspaso de información y calidad asistencial.
- **Trabajo en red:** trabajar a partir de la corresponsabilidad entre las entidades y los profesionales, y hacer un plan de atención individualizado que contemple una atención integral.
- **Integración Servicios Salud Mental y de Atención a las Drogodependencias:** sobre todo en los servicios de Atención Primaria de Salud y también acciones interdepartamentales desde el Gobierno para poder diseñar políticas que tengan en cuenta la complejidad de la realidad sociosanitaria.
- **Espacios para atender y escuchar a las familias:** Las entidades se encuentran que, a veces, deben atender a las familias en espacios compartidos donde no se les puede asegurar la intimidad.

## 4. Ámbito personas sin hogar

Las personas en situación de sin hogar son, como se ha explicado en la parte inicial del documento, un colectivo muy vulnerable y, por tanto, más permeable a empeorar su salud de manera relacionada a la situación de exclusión. Y, recíprocamente, les es más difícil remontar su situación social, entre otros motivos, también por la extrema vulnerabilidad en salud y la dificultad en solucionar o estabilizar este ámbito. Este colectivo presenta niveles de cronicidad y morbilidad en general superiores a los de la mayoría de la población catalana.

### 4.1. Déficit de coordinación sociosanitaria

Destacan tres bloques a la hora de identificar los déficits de coordinación y cooperación sociosanitaria: déficits y carencias propiamente identificados, déficits de coordinación que afectan a la salud y los que inciden sobre la dignidad de las personas atendidas y los profesionales del ámbito social.

La relación y la comunicación entre el ámbito social y de la salud depende casi de la construcción y capacidad de generar vínculos de técnico a técnico. Las acciones "tú a tú" son las que realmente funcionan y parece que normalmente a instancias del ámbito social.

Dentro del sector de la salud identifican tres ámbitos con características y funciones diferentes y cada uno de ellos, a la vez, se caracteriza por unos patrones de relación y comunicación diferentes: Centros de Asistencia Primaria, Consultas de especialidad y los hospitales. Esto conlleva unos estilos comunicativos y de traspaso de la información también diferentes que se comentan brevemente en el apartado siguiente.

#### 4.1.1 Impacto la salud:

- **La relación con los CAP:** La posibilidad de tejer esta red de apoyo, depende de la predisposición desde el ámbito de la salud por un lado, y la habilidad desde el social en fomentarla. La coordinación-relación no se desarrolla en los hospitales
- **Consultas de especialidad:** Se hace muy difícil el contacto profesional-profesional. Sólo se daría cuando la persona del ámbito social acompaña a la persona sin hogar desempeñando un rol de familiar / acompañante.

- **Traspaso de información deficiente:** Por parte de los dos ámbitos. Asimismo, los déficits de coordinación y colaboración van ligados a la falta de conocimiento del funcionamiento del sistema local.
- **La segmentación sanitaria no permite una intervención integral:** esto puede acabar provocando que se excluya a la persona en situación de sin hogar de la red de salud.

#### 4.1.2 Impacto en la dignidad

- **Indignidad en el trato con los profesionales sociales:** Desde el ámbito de la salud se da por hecho que el profesional del ámbito social debe acatar los requerimientos y condicionantes provenientes desde el ámbito de la salud. Algunos gestores y profesionales viven esta situación como una falta de respeto.
- **Nivel de agresividad:** No hay consideración sobre el nivel de agresividad y violencia que sufre el profesional social, normalmente desencadenado por los desajustes provocados por los déficits asistenciales en salud.

#### 4.2 Impacto en los déficits sobre la salud de las personas y el trabajo de las entidades:

En las personas en situación de sin hogar:

- **Abandono del tratamiento:** Implica un retroceso en la mejora, o en un empeoramiento de su estado de salud ya menudo en una cronificación de la enfermedad.
- **Desconfianza hacia el sistema de salud:** También tiene un efecto rebote sobre la confianza de la persona sin hogar en el sistema social y en el mismo profesional social.
- **Nuevo historial médico en cada ingreso (en centros diferentes de salud o social):** Esto implica un inicio de cero en cada caso y en todos los aspectos. Este hecho no permite a los profesionales de ninguno de los dos ámbitos una correcta atención sin información histórica.
- **Estigmatización:** La persona sin hogar que ve empeorada progresivamente su salud, deteriorando su imagen a ojos del resto de la sociedad.

En el ámbito de atención social:

- **Los impactos descritos pueden revertir en:** incidir sobre el riesgo físico de sufrir agresiones, así como sobre la angustia de los y las profesionales, tanto por el sufrimiento y sentimiento de impotencia ante el deterioro de las personas atendidas, como por el posible riesgo que en forma de agresiones implique sobre su propia persona y la angustia que este riesgo implica.

En el ámbito de las entidades:

- **Asumir tareas de suplencia de otros ámbitos,** concretamente los de salud orgánica y salud mental, de los que, muchas veces ni se sabe ni tampoco corresponde.
- **Asumir pacientes a centros sociales:** normalmente sin medios, formación, recursos, conocimientos, infraestructura ni competencias para hacerlo.

### 4.3 Colectivos más perjudicados

- **Personas con patologías globales:** Son personas con enfermedades que por sí solas no son graves, pero que varias de ellas en un mismo individuo afectan al conjunto de la persona y, combinado con su precario estado, la incapacitan de una u otra forma.
- **Personas con pluripatologías:** son los profesionales y gestores, aquellas que por ejemplo sufren discapacidad y VIH, o drogodependencia y diálisis. Es decir, más de una enfermedad grave, que precisan un seguimiento y atención especialmente cuidadosos.
- **Personas no diagnosticadas:** son aquellas que en contacto con los servicios sociales y gracias a la relación diaria y creciente confianza, evidencian, ya sea por su estado, por lo que verbalizan, o ambos juntos, síntomas de enfermedad grave o crónica, que la persona manifiesta no haber tratado, o incluso, niega la posibilidad de estar enferma.
- **Inmigrantes (sobre todo en situación administrativa no regularizada):** muchas veces, el profesional del ámbito social, con más tiempo de relación y mejor comunicación con el inmigrante-paciente, tiene información complementaria que, de si se pudiera poner al alcance del profesional de salud, posiblemente podría ayudar al diagnóstico y tratamiento.
- **Jóvenes ex tutelados:** muchas veces, estos jóvenes alcanzan la mayoría de edad sin disponer de regularización administrativa ya menudo sin pasaporte, con lo que se encuentran con los mismos problemas que el conjunto del colectivo inmigrante no regularizado
- **Las mujeres en situación de sin hogar:** además, son más susceptibles de sufrir agresiones-violencia física o verbal, robos -, y agresiones sexuales.
- **Salud mental / enfermedad mental:** la inclusión de estas personas en la red pública se acaba convirtiendo en algo casi imposible, pues el tiempo de espera más allá de los tiempos que suelen estar estas personas en seguimiento por la entidad social que ha iniciado la derivación, y cuando esta derivación se produce, los tiempos entre consulta normalmente no pueden cubrir los cambios de estado de salud mental de la persona, y consecuente posible cambio necesario en el seguimiento y quizás tratamiento
- **Profesionales del ámbito social:** normalmente provocado y debido a las angustias y el riesgo de agresiones. Dentro del propio colectivo de profesionales nos se habla, incluso hay quien lo considera como parte del trabajo.

### 4.4 Propuestas de mejora

#### Desde el punto de vista de los usuarios:

Los propios usuarios piden no ser tratados como un colectivo sino que se deben atender las diferentes problemáticas de salud de cada uno, independientemente de su situación de sin hogar. El sistema les atiende como colectivo y no como personas con unas circunstancias determinadas. En definitiva, como colectivo estigmatizado, piden dejar de ser considerados diferentes. También, se especifica, que no quieren recibir un trato diferenciado sino recibir un trato adecuado a la enfermedad.

Oportunidades de integración:

- **Ofrecer expectativas reales y no ficticias:** Ofrecer expectativas reales, no sólo significa evitar este retroceso en la persona y la maltrecha de los recursos invertidos, sino que, por el contrario, revertiría en una mayor motivación y compromiso de la persona sin hogar atendida en su propio proyecto de trabajo para la mejora de sus condiciones de vida, y redundaría en un mejor aprovechamiento de los recursos destinados.
- **Comunicación fluida (ámbito social y sanitario):** permitiría pedir o esperar del paciente sin hogar acciones o seguimientos más cuidadosos en sus posibilidades y compromiso del momento.

Propuestas de mejora:

Estas se basan básicamente en la creación o la posibilidad de tener acceso a servicios de odontología y en la presencia y más dotación de personal sanitario especialmente por las noches.

### Desde el punto de vista de las entidades

La apuesta debe ir encaminada en la mejora de la eficacia y eficiencia de sus intervenciones. Hay que aprovechar mejor los recursos, tanto los del ámbito social como el de la salud y que la coordinación entre los dos ámbitos suponga una mayor evolución de la persona a nivel global: salud, autonomía personal, inclusión social, habilidades sociales, etc.

Beneficios en la vida de las personas atendidas:

- **Mejora del estado de salud:** Este hecho implica la mejora de las oportunidades de supervivencia, primero, éxito social después. Una mejor coordinación entre los dos ámbitos, influiría en una mejora de las posibilidades de supervivencia.

Beneficios en el trabajo de las entidades:

- **Implementación de canales establecidos de coordinación**  
Estos canales de coordinación deberían contemplar a nivel interámbito y a nivel intraámbito. En un primer nivel, la coordinación entre los dos ámbitos ha de suponer, entre otras cosas, contar con profesionales del ámbito social que sean los referentes de las personas sin hogar, como figura equiparable a la de familiar, a quien transmitir la información relevante necesaria para garantizar el seguimiento de la enfermedad. Disponer también para tratar de trabajar conjuntamente aquellas pautas, directrices y consejos que sería necesario que la persona / paciente siga en su vida cotidiana, en función a las necesidades que plantee el profesional de la salud.

Este referente facilitaría también el profesional de la salud aquellos datos disponibles de hábitos de vida u otros que puedan ser relevantes para trabajar correctamente con la persona.

En un segundo nivel, la coordinación dentro del propio ámbito debería posibilitar vías de trasvase de la información entre las diferentes entidades y servicios de atención a las personas sin hogar. Esto evitaría que la información sobre la misma persona, se iniciara de cero en cada nuevo recurso social en el que estuviera. En el caso del ámbito de la salud este trasvase de la información facilitaría el tratamiento y seguimiento integral de personas con patologías globales o pluripatologías que en estos momentos están atendidas por servicios diferenciados y estancos con las dificultades lógicas de hacer un abordaje conjunto de su persona y las enfermedades que presenta integrando las necesidades de tratamiento.

- **Creación de protocolos de colaboración**

- Protocolos de circuito: Estipular "quién" o "qué servicio" debe dotar "qué recurso" y "cómo", de tal modo que ambas redes, la de salud y la social, sepan cuáles son sus interlocutores cuando sea necesario.
- Protocolos de atención: Trabajar a fondo una serie de categorías que permitan catalogar con flexibilidad cuál es el tipo de atención sanitaria y cuál es el tipo de atención social que la persona necesita.

- **Normalizar la información:**

El / la profesional del ámbito social respeta el secreto profesional al igual que el personal profesional del ámbito de salud, y tiene en el respeto de la intimidad que le deposite la persona sin hogar una herramienta de trabajo que, por otra parte, no puede ser nunca vulnerada.

- **Recursos para el ámbito de la salud:**

Se destaca la necesidad de más profesionales en el ámbito de la salud mental. Los que hay, son totalmente insuficientes y dedicados básicamente a los trastornos mentales severos. Se necesitan también más recursos orientados a personas con trastornos de la personalidad de carácter preventivo para evitar medidas y tratamientos más paliativos que, en muchos casos, no corresponden a la realidad presente.

Por otra parte, hay muchas personas de la calle, con pocos hábitos, por las que sería muy positivo disponer de algún punto o puntos para la ciudad, Puntos de administración de mediación, donde pudieran ir a recibir la administración de la pauta de medicación que necesitan.

- **Recursos para el ámbito social:**

Centros sociales adaptados: Hay que garantizar unos mínimos higiénicos en los centros donde se atiende a los usuarios y proponer que si hay que atender una parte de personas enfermas, hasta cierto grado de enfermedad, hay que hacerlo en centros sociales preparados y pensados a tal efecto.

Pisos de inclusión social: Es necesario que este apoyo a domicilio esté coordinado entre los dos ámbitos, especialmente para largas estancias, personas de edad avanzada o personas muy cronicadas.

Se apuesta por un modelo de recurso sociosanitario "adaptado": Que sea puente entre el hospital y el centro residencial para personas sin hogar.

## 5. Conclusiones y propuestas

A continuación se presentan, de manera esquemática, las principales conclusiones y consecuencias que se derivan de la aproximación a los tres ámbitos estudiados en relación al objeto de este informe: Disfunciones entre los ámbitos de salud y social respecto a la salud mental, las drogodependencias y las personas sin hogar.

- Los tres colectivos explorados manifiestan un importante desconocimiento del trabajo y las funciones de las entidades sociales por parte de los servicios de salud implicados, lo que dificulta derivaciones, comunicación, traspaso de información y, muy importante, una falta de trabajo común que tenga en cuenta los objetivos del usuario.
- Los dos ámbitos implicados tienen objetivos finales diferentes en relación a las personas y colectivos estudiados. Ante esta realidad, se suele forzar una priorización de los criterios médicos y objetivos de salud, en detrimento de los objetivos y criterios de integración social.
- Se detecta una falta de circuitos coordinados para acceder a la información del usuario, también para gestionar el proceso debido a una información fragmentada. A menudo, el propio usuario o el profesional social de referencia no tienen acceso a parte de la información. Se hace hincapié en la necesidad de una historia única compartida.
- En las personas que presentan algún problema de salud mental, o síntomas de sufrir, se detectan dificultades para gestionar urgencias psiquiátricas y déficits estructurales que ocasionan altas hospitalarias sin comunicación / coordinación con la entidad social, con el consiguiente trastorno por el recurso social que debe pasar a tener cuidado.

En cuanto a la forma en que estos déficits impactan en estas personas y entidades, cabe resaltar los siguientes puntos:

- La falta de coordinación incide directamente en la salud de las personas. Su posibilidad de supervivencia, en el abandono de los tratamientos, por desmotivación y cansancio, en la pérdida de confianza en el sistema de salud y social, ya menudo en los profesionales de referencia.
- La descoordinación hace más lenta y dificultosa la obtención de plaza en los recursos sociales por una parte, mientras que por otro, el tiempo de espera es largo para ser visitados por el sistema de salud en general y, especialmente, en el circuito de salud mental.
- Las consecuencias de las interrupciones y rupturas en el seguimiento de la salud trascienden este ámbito y pueden llegar a suponer un retroceso, incluso rotura de los hábitos trabajados, y con los profesionales y entidades. A veces, y por este motivo, el profesional o la entidad social sufren agresividad y violencia.
- Los tres colectivos sufren estigma social, orientado en dos sentidos. Se sienten muchas veces estigmatizados por el sistema de salud, a partir del trato diferente ya menudo percibido como un trato discriminatorio, y también por el conjunto de la sociedad, que los mira peor conforme peor es su estado de salud.

En cuanto a los colectivos más perjudicados, todos lo son, pero especialmente:

- Personas de estos colectivos que sufren pluripatologías o patologías globales: También, de manera significativa, en las personas en situación de sin hogar, las personas no diagnosticadas.
- Jóvenes: Sin formación y en riesgo de exclusión social; extutelados, sin regularizar, con problemas de salud mental y / o drogodependencia.
- Mujeres en general: que se encuentren en una o más de estas situaciones.
- Inmigrantes: sobre todo los que se encuentran sin permiso de residencia.
- Profesionales de servicios sociales: por saturación, poco reconocimiento, cargas excesivas, angustias, miedo y riesgo de agresiones entre otras circunstancias que les dificultan el trabajo diario.

Respecto a las propuestas de mejora. Las más relevantes son:

- Coordinar y simplificar los trámites burocráticos, tanto en el ámbito social como sanitario.
- Aumentar los tiempos de visita de los servicios sanitarios, principalmente en la atención a las personas que sufren algún problema de salud mental.
- Determinar grupos de riesgo y realizar programas y recursos específicos, así como el perfil de usuarios para cada recurso.
- Reconocimiento del proyecto de vida de las personas usuarias, con atención individualizada, integral y holística, superando programas estandarizados que no siempre tienen en cuenta los objetivos de la persona ni su trayectoria de vida. Continuidad y coherencia en la atención y entre los diferentes dispositivos. Ofrecer expectativas reales y no ficticias.
- Agrupar la información en una historia o expediente único informatizado y compartido, que asegure la confidencialidad de datos, pero que permite una agilización de la atención. Creación de la figura gestora de casos. Normalizar la información de salud al profesional social de referencia.
- Elaborar un mapa interdepartamental de recursos sociales y sanitarios compartido con trabajo, vivienda y educación que permita líneas de intervención integradas, con un referente único.
- Trabajo en red. Sistematizar la coordinación con canales concretos y definidos, desde un diálogo intersectorial. Implementar canales formales de coordinación con la creación de la figura responsable de la coordinación.
- Unificar criterios en las intervenciones, derivaciones, evaluaciones y utilización de los servicios. Marcar el encargo profesional, fijando de manera clara las funciones y tareas. Unificar en un catálogo la cartera de servicios.
- Establecer un sistema de calidad basado en la evaluación de los servicios, intervenciones y profesionales, con órganos técnicos de seguimiento.
- Contemplar la rehabilitación de las personas con problemas de salud mental desde

los servicios médicos para evitar una visión y enfoque caritativo. Itinerarios de tratamientos específicos según los perfiles de los usuarios.

- Apoyo y soporte a los profesionales. Reconocimiento profesional con condiciones laborales adecuadas a la responsabilidad y tareas desarrolladas. Formación para facilitar y potenciar la especialización.
- Formación de los usuarios de estos colectivos para potenciar sus capacidades, habilidades y potencialidades. Pactos e incentivos a empresas que contraten personas en proceso de rehabilitación.
- Programas de información y sensibilización social en relación a los colectivos de referencia de este informe. El objetivo es disminuir el estigma social que su situación social y de salud conlleva, y evitar la discriminación que sufren. Hacer extensivos estos programas para luchar contra el estigma de la exclusión social.
- En cuanto a las personas sin hogar, son necesarios puntos de administración de medicación y asegurar que las personas de origen extranjero tienen tarjeta sanitaria. También es importante tener en cuenta disponer de centros sociales adaptados a los usuarios, a sus situaciones y características, ya su dignidad. Pisos de inclusión social y / o recursos de media o larga estancia.

Como conclusión final del estudio, hay que volver a destacar que una coordinación eficaz y mantenida, de base estructural, es garantía de mejor práctica, de ahorro de gasto y de recursos humanos y materiales, y de mejor transferencia de información. Si tenemos en cuenta que la pobreza y la exclusión social tienen causas estructurales, es necesario promulgar políticas públicas que tengan, como prioridad, atacar los factores que producen desigualdad, con prácticas estratégicas, preventivas de la exclusión y que favorezcan la inclusión social, con intervenciones multidimensionales (educación, trabajo, vivienda, salud ...), transversales y coordinadas. Las entidades que trabajan con personas en situación o riesgo de exclusión social y los servicios de salud deben coordinar sus actuaciones para que sean más eficaces en la inclusión de las personas.

Es imprescindible que las administraciones fortalezcan el sistema de servicios sociales, universalizando los mismos, pero de poco sirve que sean fuertes si el mismo sistema continúa generando bolsas de exclusión social. En este sentido, es urgente hacer políticas activas contra los ejes generadores de exclusión y no modificar las políticas implementadas en caso de cambios de gobierno, tal como señalan los usuarios. Es necesario velar para que el sistema social (y las políticas) sea más justo y equitativo, y asegure la inclusión de todas las personas.



**Dossiers  
del Tercer  
Sector**

Podéis consultar más dossiereres en:  
[www.tercersector.cat](http://www.tercersector.cat)

Autores: Lluís Toledano i Rai Barba

Fuentes: 'Informe entre els àmbits de salut i social. Afectació a les xarxes d'atenció a les persones sense llar, a la salut mental i a la drogodependència'. Taula del Tercer Sector.

---

