



Taula d'entitats  
del Tercer Sector Social  
de Catalunya



Adscrita a la Universitat de Barcelona

**Propostes d'actuació per a una millor  
coordinació entre els àmbits d'acció social i  
salut amb persones en situació de sense llar,  
persones amb problemes de  
drogodependències i persones amb problemes  
de salut mental.**

**La perspectiva dels professionals de la salut**

**Abril 2012**



## **PRESENTACIÓ**

---

A continuació es presenta l'informe realitzat per encàrrec de la Taula d'entitats del Tercer Sector Social de Catalunya, amb el finançament del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya a la Taula d'entitats del Tercer Sector Social de Catalunya en el mes de maig de 2011.

Aquest informe té com antecedent principal la recerca ***Disfuncions entre els àmbits de salut i social. Afectació a les xarxes d'atenció a les persones sense llar, a la salut mental i a la drogodependència***, presentada en el mes de Febrer de 2011, també realitzada per encàrrec de la Taula d'entitats del Tercer Sector Social de Catalunya i finançada pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

En aquesta primera recerca destacarem, com a punt fonamental, que una coordinació eficaç i mantinguda, de base estructural, és garantia de millor pràctica, d'estalvi de despesa i de recursos humans i materials, i de millor transferència d'informació entre els professionals. Millora la vida de les persones ateses i millora l'eficàcia de les intervencions realitzades pels professionals i gestors de les entitats socials i dels serveis de salut.

També posarem de relleu la necessitat de promulgar polítiques públiques per abordar els factors estructurals que produeixen desigualtat, amb pràctiques estratègiques i preventives de l'exclusió social que afavoreixin la inclusió, amb intervencions multidimensionals (educació, treball, habitatge, salut...), transversals i coordinades. Cal visualitzar l'enfortiment del sistema de serveis socials i sanitaris com una estratègia bàsica per atendre l'augment exponencial de les persones en situació de vulnerabilitat, fragilitat i risc. Emfasitzarem la urgència de fer polítiques actives contra els eixos generadors d'exclusió (Gomà i Subirats, 2003: 39) i no modificar les polítiques socials implementades en cas de canvis de govern, tal com assenyalaven els usuaris. En definitiva, dèiem que es tracta de vetllar perquè el sistema social (i les polítiques que s'hi apliquen) sigui més just i més equitatiu, i assegurí la inclusió de totes les persones.

La recerca prestava especial atenció a les mancances de coordinació en les intervencions realitzades en l'àmbit social i el sanitari des de la visió i experiència dels usuaris, professionals i gestors de les entitats socials que treballen amb persones amb situació de sense llar, amb persones amb problemes de salut mental i amb persones amb problemes de drogodependències.

Ens mancava la veu i vivència dels professionals dels serveis sanitaris. Per poder disposar de la seva opinió i experiència, la Taula d'entitats del Tercer Sector Social de Catalunya va organitzar el Seminari "**Coordinació entre els àmbits d'acció social i de salut**" amb professionals de centres de salut que atenen a aquests col·lectius.

Aquest informe és el resultat del treball fet per tots i totes les participants en el Seminari. Es fa ressò de les preocupacions, dificultats i propostes dels professionals dels serveis de salut, aportant les idees més destacades sorgides dels grups de treball i concretades en les conclusions.

El document té la següent estructura:

- Inicialment partim del *Libro blanco de la coordinación sociosanitaria en España*, del Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad, com antecedent teòric més recent.
- Seguidament fem una anàlisi del context, posant l'accent en els canvis socials produïts en el darrer any, des de que vam presentar la recerca.
- Detallem els objectius del treball i la metodologia emprada.
- Presentem el diagnòstic i les propostes de millora elaborades pels grups de treball del Seminari.
- Finalment fem una síntesi amb les conclusions generals.

## **EQUIP INVESTIGADOR**

---

### **Dra. Núria Roca i Caparà**

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

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

Membre del CER Migracions de la Universitat Autònoma de Barcelona

Membre del Grup d'investigació en Infermeria, Educació i Societat (GIEES)  
EUI Sant Joan de Déu

### **Dr. Joan Uribe i Vilarrodona**

Director de Sant Joan de Déu. Serveis Socials

Membre del GRECS. Grup de recerca en exclusió i control social. Universitat de Barcelona

Membre del Grup d'investigació en Infermeria, Educació i Societat (GIEES)  
EUI Sant Joan de Déu

### **Sra. Anna Pérez i Carmona**

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

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

Membre del Grup d'investigació en Infermeria, Educació i Societat (GIEES)  
EUI Sant Joan de Déu

### **Sra. Carme Vega i Monteagudo**

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

Membre del Grup d'investigació en Infermeria, Educació i Societat (GIEES)  
EUI Sant Joan de Déu

**Aquest informe s'ha realitzat entre els mesos de Febrer i Abril de 2012 amb el suport de:**

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

**Fundació Sant Joan de Déu**

**Taula d'Entitats del Tercer Sector Social de Catalunya**

**Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya**

**Agraïments:**

**A totes les persones que han participat en el Seminari, per les seves aportacions i reflexions**

**Als tècnics de la Taula d'Entitats del Tercer Sector**

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

**A la Taula d'Entitats del Tercer Sector Social de Catalunya**

**Al Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya**

## ÍNDEX

---

1.- Antecedents	8
<hr/>	
2.- Context social	10
<hr/>	
3.- Objectius	15
<hr/>	
4.- Metodologia	16
<hr/>	
5.- Diagnòstic	20
5.1.- Àmbit de la Salut Mental	20
5.2.- Àmbit de les Drogodependències	25
5.3.- Àmbit de les persones en situació de sense llar	30
<hr/>	
6.- Propostes de millora	35
6.1.- Àmbit de la Salut Mental	35
6.2.- Àmbit de les Drogodependències	38
6.3.- Àmbit de les persones en situació de sense llar	40
<hr/>	
7.- Conclusions	43
<hr/>	
Bibliografia	47
<hr/>	



## 1. ANTECEDENTS

---

El ***Libro blanco de la coordinación sociosanitaria en España***, editat pel Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, el desembre del 2011, assenjala que l'objectiu i repte actual dels sistemes socials i sanitaris és que la població visqui el major nombre d'anys, amb el menor nombre de limitacions personals i amb la major autonomia possible. Per aconseguir-ho, destaca la necessitat de coordinar els serveis sanitaris i socials per donar una atenció integral. En l'àmbit organitzatiu remarca la importància de fer coincidir els mapes sanitaris i socials per poder implementar plans d'intervenció coordinada. Des de la perspectiva assistencial, posa de relleu que l'atenció primària, els hospitals i els serveis socials són interdependents i requereixen una millor coordinació en l'atenció als usuaris. "*La evidencia señala que cuando el sistema sanitario se hace responsable de garantizar adecuadamente los servicios sanitarios dentro de los recursos sociales mejora la calidad de la atención, la eficacia y disminuye los costes sanitarios*" (2011: 210). En relació a l'ús de les tecnologies, destaquem l'objectiu de desenvolupar un sistema d'informació compartit / compatible entre els àmbits social i sanitari. A més a més, es menciona la necessitat de fer avaluació dels programes partint d'uns indicadors i estàndards de qualitat, i de la creació d'organismes d'innovació en coordinació sociosanitària. Es tracta, en definitiva, de compartir una visió i model conjunt d'atenció (2011: 218). Aquestes i altres qüestions, cabdals en l'atenció a les persones en risc o situació d'exclusió social, coincideixen plenament amb propostes recollides en la nostra anterior recerca<sup>1</sup>.

Malgrat que el ***Libro blanco de la coordinación sociosanitaria en España***, en la seva definició de la coordinació sociosanitària, es centra en les persones que pateixen situacions de dependència i malaltia crònica, hem de fer menció obligada que els col·lectius que pateixen situació de sense

---

<sup>1</sup> Tal com mencionàvem, les aportacions d'usuaris, professionals i gestors de les entitats socials insistien en què moltes propostes de millora ja són contemplades per les administracions i solament cal desenvolupar-les amb els recursos adients.

llar, problemes de malaltia mental i / o problemes de drogodependència són persones en situació de dependència social i moltes pateixen malalties cròniques, a més a més de la malaltia mental o la drogodependència. Per tant, entenem que aquestes directrius sobre la coordinació sociosanitària també van orientades a les intervencions que es realitzin amb aquests col·lectius, objecte de la nostra anterior recerca i d'aquest informe.

## 2. CONTEXT SOCIAL

---

En el temps que ha transcorregut des de la primera recerca, justament un any, el context social ha canviat per a pitjor. Actualment ens trobem davant d'un escenari dominat per l'augment de les desigualtats entre rics i pobres, de retallades pressupuestàries, de fallada de l'Estat del Benestar en l'objectiu de garantir drets socials fonamentals, de fracàs de les polítiques d'austeritat i de desaparició progressiva dels serveis públics. L'augment de les desigualtats és un signe del deteriorament del sistema democràtic, incapaç de garantir unes condicions de vida dignes per a tota la societat. A major desigualtat, pitjor qualitat de la societat, que esdevé més fragmentada, més injusta i menys equitativa. L'impacte de la crisi afecta en major mesura a les persones i col·lectius que ja parteixen de condicions de desavantatge, i els limita extraordinàriament les possibilitats de sortir de la pobresa i l'exclusió social. És en aquesta situació que es troben les persones sense llar, les persones amb problemes de salut mental i les persones amb problemes de drogodependència.

L'equip d'estudis de Càritas Espanyola creu que en els propers cinc anys hi ha una probabilitat alta (del 8,12) de què es continuïn produint retallades econòmiques en els pressupostos públics destinats a la pobresa i l'exclusió social; una probabilitat alta (8,06) de què es tanquin o disminueixin prestacions, programes, centres o serveis en el Tercer Sector i una probabilitat alta (8) de què hi hagi un increment del nombre de persones en situació de pobresa i/o exclusió social (Fundación FOESSA, 2012: 66). L'impacte, molt evident a hores d'ara, de la crisi està posant en risc la cohesió social a Espanya i Catalunya, resultat de l'augment de la precarietat i la privació. Un 5,8% de llars a Espanya es troba atrapat en l'espai de l'exclusió social sense perspectives reals de poder-ne sortir (Fundación FOESSA, 2010).

L'Informe FOESSA 2008 ja destacava, entre altres aspectes importants, que la pobresa i l'exclusió mantinguda durant els anys de creixement econòmic eren resultat de la precarietat laboral i de la fragilitat dels sistemes de

protecció social. Des de l'any 2008, la crisi econòmica i social ha augmentat exponencialment el nombre de persones que viuen en situació de pobresa i ha abocat a moltes altres a l'exclusió social. La precarietat laboral ha esdevingut atur i la fragilitat dels sistemes de protecció social s'ha convertit en assistencialisme i caritat en molts casos. En aquests darrers anys les desigualtats han crescut ràpidament; la renda disponible per persona ha caigut un 9% entre 2007 i 2010; la destrucció d'ocupació i les taxes d'atur general, i sobre tot juvenil, no han parat de créixer ni tampoc les taxes de pobresa i privació.

Segons la Fundació FOESSA (2012), la distància entre la renda corresponent al 20% més ric de la població espanyola i al 20% més pobre va passar d'un 5,3 l'any 2007 a un 6,9 a finals del 2010. Es tracta del major augment de la desigualtat en l'Europa dels 27. Per altra part, la taxa d'atur general ha passat del 8,7% el 2005 al 22,8% el 2011, i l'atur juvenil del 18,6% al 48,6% en aquest mateix període. Pel que fa a la pobresa, la taxa, que en el 2005 estava en un 19,7, l'any 2011 ha augmentat fins al 21,8%, mentre que la taxa d'exclusió social (E2020) AROPE ja es situava en un 25,5% l'any 2010. Entre el 2007 i el 2009 es va passar del 34,9% al 46,3% de llars en situació d'integració precària, amb un milió i mig de llars en què tots els membres estan a l'atur. Quant a la privació, un terç de la població pateix actualment carències materials i financeres. Cal destacar que moltes de les persones considerades pobres treballen. Es tracta de persones amb sous baixos i condicions de treball precàries.

Dades de la Taula d'Entitats del Tercer Sector (2011) indiquen que el 20% de la població de Catalunya és pobre i sobreviu amb menys de 640 euros al mes. El 25,1% de la població major de 65 anys té una taxa de risc de pobresa del 25,1% i els menors de 16 anys d'un 23,4%. L'atur juvenil està en el 40% i mentre creix el nombre d'aturats sense cap tipus de prestació, disminueix paulatinament el nombre de persones que cobren la renda mínima d'inserció (RMI), situada en 420 euros. Per altra part, s'ha congelat el salari mínim interprofessional en 641,40 euros. Aquestes i altres mesures castiguen fortament a les persones i famílies amb les rendes més baixes i, per tant, amb pitjors condicions de vida. Avui dia, l'atur dispara la pobresa

extrema a Catalunya i és la primera causa de viure al carrer. L'augment, intensificació i cronificació de la pobresa són signes evidents d'un retrocés de l'Estat del Benestar. A més atur, més persones desnonades i més persones sense llar, més mala salut mental i física, i major probabilitat de presentar problemes de drogodependències. Estem assistint, doncs, a una crisi social de gran magnitud on la pobresa ("de postguerra" segons la Taula d'Entitats del Tercer Sector) s'ha convertit en "normalitat" social, amb casos d'emergència alimentària (els aliments que dispensen algunes entitats són l'única font d'entrada d'aliments per a moltes famílies) i nous perfils de persones pobres que mai pensaren en arribar-hi.

Aquests i altres indicadors confirmen que la crisi econòmica ha augmentat el nombre de persones en situació de vulnerabilitat i exclusió social. Paral·lelament, els drets socials han anat en retrocés i moltes persones, famílies i col·lectius han vist com la disminució de la despesa pública els repercuteix negativament en la seva vida i estat de salut, mentre que dificulta el treball de les entitats socials que les atenen. En aquest sentit, cal fer menció que la crisi econòmica està tenint greus conseqüències socials. S'està produint un desequilibri creixent entre les necessitats / demandes dels usuaris i els recursos de les entitats del Tercer Sector Social i dels serveis de salut. Es tracta d'una necessitat humanitària com feia anys no es vivia a Catalunya i Espanya. Mentre els serveis socials, amb menys recursos, han de fer front a més usuaris amb noves demandes (manca d'ingressos per atur, denegació de RMI, desnonaments, etc), els serveis de salut han de fer esforços per atendre amb la mateixa qualitat i quantitat, malgrat les disminucions de recursos humans i materials.

D'aquesta manera, la disminució dels recursos destinats als serveis socials, en el moment de més demanda, està retornant els usuaris i treballadors a intervencions assistencialistes, properes a la beneficència, allunyades dels principis basats en el model d'estat social. Per altra part, la disminució de la despesa pública sanitària a Catalunya empitjora el seu rànquing a nivell europeu, un dels més baixos. Catalunya es gastava l'any 2011 el 4,5% del seu PIB, en front el 6,7% d'Espanya i el 7,5% de la UE-15. Dit en altres paraules, el PIB per càpita de Catalunya era el 117% del promig de la UE-

15, mentre que la despesa pública sanitària el 79,7% del promig (Navarro, 2011a, 2011b). Els pressupostos de l'any 2012 disminueixen encara més les dotacions econòmiques per sanitat i, com a conseqüència, es deteriora la qualitat assistencial, malgrat la bona voluntat dels professionals, s'allarguen les llistes d'espera i l'atenció a la cronicitat i als col·lectius més vulnerables, davant la salut i la malaltia, es veu sèriament afectada. L'assistència de baixa qualitat, o clarament deficient, augmenta la probabilitat d'excloure més persones.

En aquest escenari, hem de subratllar que del dret a tenir drets estem passant a un sistema assistencialista basat en la caritat per pal·liar urgències. D'aquesta manera, l'ombra de la beneficència pública i privada planeja de nou (quan crèiem que aquest model ja estava àmpliament superat) en el moment en què els serveis socials, pilar fonamental de l'Estat del Benestar per disminuir les desigualtats socials, estan sèriament amenaçats per la reducció de la despesa pública, fet contrari a l'estat social de dret. No podem oblidar que, històricament, la despesa pública a Espanya ha estat sempre menor que la mitja Europea. Contràriament al que especifiquen els articles 1, 10 i 41 de la Constitució Espanyola, la dignitat de la persona i la protecció social, com drets fonamentals dels ciutadans, no mereixen tal consideració.

Sembla difícil, doncs, que en aquest context, s'assoleixin els objectius del ***Pla d'Acció per a la inclusió i la cohesió social a Catalunya 2010-2013***, i del ***Plan Extraordinario de Fomento de la inclusión social y la lucha contra la pobreza en el año 2010***. Concretament, el *Pla d'Acció per a la inclusió i cohesió social a Catalunya 2010-13* posa de relleu la necessitat de fer polítiques d'inclusió social estratègiques, integrals i avançades, sensibles a les transformacions socials i a l'extensió dels riscos de ruptura, que donin respostes a noves demandes socials. Emfasitza les actuacions que s'orienten vers la igualtat d'oportunitats en l'accés als recursos i serveis, la participació activa, garantir un nivell adequat de protecció social, crear ocupació i facilitar la formació, assegurar la protecció dels més vulnerables i fer fort el principi d'igualtat d'oportunitats en totes les esferes de la vida (2010: 45). Per la seva part, el *Plan extraordinario de*

*fomento de la inclusión social y la lucha contra la pobreza en el año 2010,* fa especial menció, entre altres mesures urgents i necessàries, sobre l'atenció preferent a la inserció de les persones amb especials dificultats en les ofertes d'activitat i a incentivar la contractació de persones en risc d'exclusió per part de les empreses d'inserció. La pregunta és com es poden complir aquests objectius sense els recursos necessaris.

També tenen un futur incert les propostes de millora que plantejem en aquest informe amb l'esperança de què la situació sigui conjuntural i, en un futur proper, es redistribueixi la riquesa de manera més equitativa i es doti a les entitats socials i als serveis sanitaris dels recursos necessaris per atendre dignament les persones que ho necessiten.

### 3. OBJECTIUS

---

El Seminari "**Coordinació entre els àmbits d'acció social i de salut**" tenia per objectiu general recollir les valoracions i aportacions dels professionals dels serveis de salut en relació a les disfuncions existents en la coordinació entre les entitats de l'àmbit social i els serveis sanitaris en l'atenció a les persones en situació de sense llar, amb problemes de salut mental i amb problemes de drogodependències.

Els objectius específics proposats han estat:

1. Analitzar quins són els principals dèficits de coordinació i de col·laboració entre els àmbits social i sanitari, i el seu impacte sobre els pacients/usuaris.
2. Analitzar quins serien els principals beneficis d'una millor coordinació, i de quina manera repercutirien en l'atenció als usuaris i en el treball de les entitats socials i centres de salut.
3. Plantejar línies d'actuació per a una coordinació socio-sanitària més efectiva i eficaç.



## 4. METODOLOGIA

---

De la mateixa manera que plantejarem la recerca ***Disfuncions entre els àmbits de salut i social. Afectació a les xarxes d'atenció a les persones sense llar, a la salut mental i a la drogodependència***, hem volgut fer un treball participatiu, donant protagonisme als professionals i gestors dels serveis sanitaris que atenen a persones en situació de sense llar, a persones amb problemes de salut mental i a persones amb problemes de drogodependències.

En aquesta ocasió, la seva participació s'ha organitzat en forma de Seminari i en grups de treball distribuïts per àmbits d'actuació. No han participat usuaris, ja que van estar presents en els grups de debat de fa un any, moment en què van aportar les seves experiències, opinions i propostes.

### 4.1. ORGANITZACIÓ DEL SEMINARI:

1. Presentació dels resultats de la recerca ***Disfuncions entre els àmbits de salut i social. Afectació a les xarxes d'atenció a les persones sense llar, a la salut mental i a la drogodependència***, que van servir de punt de partida.
2. Grups de treball per àmbits d'actuació: Atenció a les persones sense llar, atenció a les persones amb problemes de salut mental i atenció a les persones amb problemes de drogodependències. Consens final dels aspectes més rellevants de la valoració i propostes de millora.
3. Plenari: Discussió i debat general sobre la valoració i propostes realitzades per cada grup.

#### **4.2. ENTITATS I PERSONES PARTICIPANTS EN EL SEMINARI:**

##### **Àmbit Sense Llar: 13 professionals / gestors**

- Llar residència Sara. Càritas Diocesana de Barcelona
- Fundació Arrels
- Obra Social Santa Lluïsa de Marillac
- Ajuntament de Badalona (Equip de Detecció i Atenció a les Persones Sense Sostre)
- Equip de Salut Mental dels Sense Sostre
- Centre d'Acollida Assís
- Torribera. Programa Hospitalització Breu / Urgències

##### **Àmbit Drogodependències: 18 professionals / gestors**

- Grup Atra
- ABD
- Centre Català de Solidaritat
- Llar residència Sara. Càritas Diocesana de Barcelona
- ABS Raval Sud
- Departament de Salut
- Serveis Socials, Sant Joan de Déu
- Associació Benestar i Desenvolupament
- Servei de Salut Mental Ferran Salsas i Roig
- CAS Delta
- CAS Vall Hebron
- Hospital Clínic i Provincial de Barcelona
- Parc de Salut Mar
- Àmbit Prevenció
- CST

##### **Àmbit Salut Mental: 12 professionals / gestors**

- Associació JOIA
- Fundació Vidal i Barraquer
- Fundació Hospital Sant Pere Claver
- Centre Forum Hospital del Mar

- Unitat de Patologia dual-Centre Forum-Hospital del Mar / Parc de Salut Mar
- Fundació Acollida i Esperança "Can Banus"
- CAS Barceloneta
- FECAFAMM
- Parc Sanitari Sant Joan de Déu
- Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Equip Salut Mental Sense Sostre (ESMESS)

A cada entitat es va demanar que aportés als grups de discussió persones amb diferents posicions i per tant amb visions complementàries de la problemàtica a tractar.

Cal destacar que, a més a més de professionals i gestors de serveis sanitaris, també van assistir professionals i gestors d'algunes entitats socials, tal com es pot observar en el llistat de centres. Aquest fet va enriquir els debats.

#### ***4.3. GUIÓ DE TREBALL DELS GRUPS DE DISCUSSIÓ:***

Per elaborar el diagnòstic:

- Dèficits de coordinació i col·laboració social-sanitària en les intervencions realitzades. Accessibilitat dels usuaris al sistema sanitari i sortida (alta)
- Impacte d'aquests dèficits sobre la salut de les persones
- Impacte d'aquests dèficits en el treball quotidià dels serveis de salut
- Col·lectius que es consideren més perjudicats per aquesta descoordinació

Per formular propostes de millora:

- Línies d'intervenció que millorin l'eficàcia del sistema. Coordinació social-sanitària i atenció als usuaris
- Necessitat de recursos per una millor atenció als usuaris

Cada grup va disposar de 2 hores per fer els debats que van ser dinamitzats per un moderador/a. Un relator/a, per grup, va prendre nota de les aportacions fetes pels assistents.

Al final de cada sessió es varen presentar les conclusions per tal de ser consensuades amb el grup i presentades, posteriorment, al plenari.

#### **4.4. ANÀLISI DE LES DADES:**

S'ha realitzat una anàlisi de contingut de les transcripcions de cada grup de treball. Hem organitzat els resultats en dos grans apartats:

##### **1. Diagnòstic:**

Es recullen els elements que constitueixen el diagnòstic sobre la (des)coordinació social-sanitària i el seu impacte sobre les entitats i les persones, a partir de les següents categories:

- Dèficits de coordinació i col·laboració social-sanitària en les intervencions realitzades. Accessibilitat dels usuaris al sistema sanitari i sortida (alta)
- Impacte d'aquests dèficits sobre la salut de les persones
- Impacte d'aquests dèficits en el treball quotidià dels serveis de salut
- Col·lectius que es consideren més perjudicats per aquesta descoordinació

##### **2. Propostes de millora:**

Es plantegen les línies de millora per una coordinació social-sanitària més efectiva i eficaç en els àmbits considerats prioritaris:

- Línies d'intervenció que millorin l'eficàcia del sistema. Coordinació social-sanitària i atenció als usuaris
- Necessitat de recursos per una millor atenció als usuaris

## 5. DIAGNÒSTIC

---

Les aportacions realitzades pels professionals dels serveis sanitaris complementa les que anteriorment havien fet els de les entitats socials. S'observa una coincidència d'experiències, preocupacions i propostes entre ambdós àmbits, tant pel que fa a la visió de mancances i impactes negatius, com en relació a les propostes de millora presentades.

A continuació presentem els resultats de la sessió de treball ordenats per àmbits d'atenció. L'organització i estructura d'aquests resultats respecta les categories analítiques proposades per als debats.

### 5.1. ÀMBIT DE LA SALUT MENTAL

#### 5.1.1. Dèficits de coordinació

Les mancances de coordinació entre la Xarxa de Salut Mental i la Xarxa de Serveis Social, comprometen l'atenció de qualitat que els usuaris necessiten. En el Seminari els professionals de l'àmbit de la Salut Mental van expressar aquestes mancances que presentem agrupades en quatre apartats:

- Manca de compromís per part de les Administracions
- Fragmentació i sectorització dels serveis
- Formació i visions professionals fragmentades
- Falta de recursos i no adequació dels dispositius ja existents

#### **Manca de compromís per part de les Administracions:**

- Tant el *Pla Director de Salut Mental i Addiccions* (2006) com el *Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions* (2010), elaborats conjuntament pels departaments d'Acció Social i

Ciutadania, Justícia, Treball, Educació i Salut contempen la necessitat d'una atenció integral i integrada de qualitat. Però la seva aplicació és molt irregular i no està dotada dels recursos necessaris. Caldria el compromís per part dels Departaments implicats per desplegar el Pla Integral a tot el territori i fer-ho coordinadament. En l'actualitat les diferències territorials són importants.

- D'altra banda, la LAPAD (Llei de promoció de l'autonomia personal en l'atenció a les persones en situació de dependència), ha complicat la situació de les persones amb problemes de salut mental, ja que queden fora dels recursos que ofereix la llei perquè els casos no es presenten tenint en compte tots els aspectes de les persones.
- La llei de protecció de dades també dificulta la coordinació entre els diferents àmbits i professionals implicats, ja que no poden compartir la informació necessària per l'abordatge integral dels casos.

#### **Fragmentació i sectorització dels serveis:**

- Els serveis són massa especialitzats, quan el que caldria són serveis més integradors, ja que actualment en els casos més complicats no se sap on derivar al pacient.
- La xarxa de salut mental integra el servei de rehabilitació com a recurs, però depenent del territori aquest servei pot ser més o menys intens i recaure el pes de la seva gestió sobre les entitats socials.
- Per altra part, el concepte de rehabilitació s'entén de forma diferent des de la Xarxa de Salut Mental i des dels Serveis Socials, i quan més especialitzat és un servei més diferències hi ha entre ells.

### **Formació i visió professional fragmentada:**

- La formació acadèmica dels diferents professionals implicats no contempla el coneixement dels altres àmbits. En el cas que ens, ocupa els professionals sanitaris expliciten que no coneixen l'àmbit social. La base es troba en la mirada medicalitzada que es dóna a la salut mental. Costa molt fer entendre que la patologia està integrada dins la comunitat i, quan a un pacient se li diagnostica un problema de salut mental, tot el seu procés es tracta des de l'àmbit de la salut mental, oblidant altres aspectes de la persona.

### **Falta de recursos i no adequació dels dispositius:**

- En referència als recursos ens trobem amb un fet paradoxal, per una banda hi ha dispositius infrautilitzats, i casos que no poden rebre l'atenció necessària per manca de recursos adequats. Per exemple, hi ha pisos tutelats buits, a la vegada que els casos més complexos no troben qui se'n faci càrrec.
- Hi ha llistes d'espera tant per ser atesos pels serveis de salut mental com pels serveis socials, i en els darreres temps s'han reduït equips assistencials, el que encara agreuja més aquesta situació. També s'assenyala que l'àmbit infanto-juvenil compta amb pocs recursos i professionals especialitzats.
- Falten equips pont tipus PSI (Pla de servei individualitzat) que permetin que les persones que es troben en l'esfera dels serveis socials puguin ser derivades als serveis de salut.
- A aquesta situació cal afegir que l'Administració pressiona molt perquè es donin altes ràpidament. Els contractes tenen unes clàusules cada vegada més dures i es penalitza el no compliment dels dies d'internament que marca la normativa.

### **5.1.2 Impacte dels dèficits de coordinació en els usuaris**

- La manca de coordinació té un impacte directe en l'atenció que reben els usuaris i les seves famílies. Els missatges poden ser contradictoris i els objectius del PSI queden poc clars, fet que dificulta el seu seguiment i afavoreix el sentiment de trobar-se poc acompanyats.
- La fragmentació dels serveis implica que sovint no es contempla a la persona en tota la seva complexitat i s'aborda el cas com si es tractés d'un problema social o d'una patologia. Si la persona no s'ajusta als perfils esperats fàcilment pot quedar-se sense assistència.
- Es reconeix que davant de la manca de dispositius adients, determinats casos es judicialitzen, en tant que d'altres són derivats a la xarxa d'atenció primària on no tindran l'assistència especialitzada que necessiten.
- Els usuaris també poden perdre oportunitats d'utilitzar determinats recursos perquè cap professional no es responsabilitza de fer els tràmits pertinents. A tot això s'ha de sumar la manca de places per a persones amb patologies complexes.

### **5.1.3. Impacte en els professionals i en els serveis de salut**

- També la manca de coordinació té impacte sobre els professionals de les xarxes, tant a nivell professional com personal.
- Es reconeix que els professionals de serveis socials són els que es troben en primera línia i que sovint no disposen dels recursos necessaris per donar resposta a la complexitat de les demandes que se'ls hi plantegen.
- També cal tenir en compte l'esforç de coordinació amb altres professionals, que no sempre responen de la forma esperada, el que pot



provocar una inhibició del cas o bé que s'acabi assumint una responsabilitat excessiva.

- A les reunions de coordinació, la persona que té propostes interessants és la que s'ha de responsabilitzar de portar-les a terme, ja que no existeixen protocols que adjudiquin responsabilitats concretes.
- Sovint es fan canvis de sector i innovacions que no sempre donen el resultat esperat i trenquen coordinacions que funcionen. Això provoca un desgast dels professionals que tenen que tornar a començar de nou. Aquestes situacions estressants s'acompanyen de sentiments de frustració i insatisfacció.

#### **5.1.4. Col·lectius més perjudicats**

- Els col·lectius més perjudicats per la manca de coordinació entre els Serveis Socials i el Serveis Sanitaris són els casos més complexos: aquells que presenten més d'una patologia, discapacitats intel·lectuals que no tenen protecció familiar, persones amb trastorn de personalitat, persones joves amb demència, etc.
- Com s'ha mencionat anteriorment l'àmbit infanto-juvenil és un dels grans oblidats de la xarxa de salut mental.
- A més a més, les persones a les que s'afegeix una situació d'extrema vulnerabilitat social difícilment poden tenir l'atenció que necessiten: persones sense llar, ex-presos i, molt especialment, les persones amb situació de residència irregular "sense papers" que només poden ser atesos d'urgència i queden exclosos de l'atenció de la xarxa de salut mental.

## **5.2. ÀMBIT DE LES DROGODEPENDÈNCIES**

A la discussió de cada punt va haver-hi molta unanimitat en les diferents reflexions i aportacions fetes, però també va aparèixer discussió i es va crear debat a l'hora de definir el concepte coordinació i com ho integra un professional de treball social. Alguns participants van opinar que la feina que fa el professional de l'àmbit social no ha d'estar basada en la bona voluntat, sinó en la coordinació com a component intrínsec de la seva tasca, malgrat es reconeixia que una gran part del treball està molt basat en la bona voluntat. Tot i així, estan d'acord en què l'existència d'un protocol que afavorís la coordinació entre professionals socials i sanitaris, facilitaria molt el procés.

### **5.2.1. Dèficits de coordinació**

#### **Sobre l'estructura dels serveis:**

- L'àmbit social i l'àmbit sanitari treballen amb Plans directors i directrius diferents. L'Administració divideix massa entre l'àmbit de salut i el social. És un problema de concepte. Es treballa amb un funcionament basat en el dia a dia, sense coordinació, i en factors no estructurats.
- Alguns professionals creuen que la coordinació depèn molt de la bona voluntat dels professionals, fet que pot restar professionalitat. No hi ha un bon coneixement de la xarxa ni dels serveis existents, per part dels professionals de l'àmbit sanitari. Hi ha professionals dels Centres d'Atenció Primària (CAP) que no coneixen serveis com els Centres d'Atenció i seguiment a Drogodependències (CAS). Així doncs, es posa de manifest que existeix manca d'informació sobre centres, horaris, maneres d'accedir, etc.

- Falta una bona estructuració i més hores dedicades a la coordinació. S'han de potenciar els professionals de la coordinació, com fa el Servei d'Inserció Social (SIS) de Barcelona. El SIS és un equip molt important perquè detecten la problemàtica del carrer i són els únics que poden donar resposta a les persones sense llar afectades, també, de drogodependència.
- Es necessita sectoritzar el territori per poder establir una bona coordinació ja que la sectorització permet conèixer millor els serveis de la zona on treballa el professional. Cal tenir en compte que els serveis comunitaris estan sectoritzats en algunes zones, fet que permet treballar conjuntament amb els serveis propers i facilita la coordinació. Conèixer personalment els professionals d'aquests altres serveis també permet treballar millor amb els usuaris.

#### **Sobre l'atenció als usuaris i les vies d'accés als serveis:**

- Els usuaris arriben sense cap ordre. S'han de millorar les vies d'accés perquè, si no, s'alenteix tot el procés. Els professionals troben a faltar un protocol escrit que marqui el procés d'entrada als serveis, fet que endarrerix les intervencions i la coordinació. Les formes de derivació entre serveis són poc clares. Cada professional fa servir criteris propis per derivar els usuaris. Molts fan servir un llibret editat per la Comunitat de Sant Egidí, que és una publicació que està adreçada als usuaris.
- "*El pacient no és meu ni de serveis socials*", és algú amb una problemàtica i un entorn. És imprescindible situar l'usuari en el seu context. L'externalització de serveis pot dificultar els accessos i circuits. Si l'Administració externalitza, ha d'unificar uns criteris per a tots els centres i entitats.
- Els Centres d'Atenció Primària (CAP) són la porta d'entrada de moltes persones, però els professionals d'aquests serveis se senten molt sovint exclosos en la participació de jornades i/o trobades amb altres

professionals. Als CAP es troba a faltar formació, reunions de coordinació... L'atenció rebuda pels usuaris acaba depenent molt del barri i de la sensibilitat dels professionals.

- Existeix una guia de CAS, però està totalment antiquada. S'hauria d'actualitzar i enviar als CAS un llistat de serveis i recursos com ara places de comunitats terapèutiques, pisos, etc.

### **5.2.2. Impacte d'aquests dèficits sobre la salut de les persones**

La valoració general feta pels professionals i gestors és que el sistema sanitari és freqüentment excloent amb la gent que no té recursos. Es dona, en el millor dels casos, una atenció d'urgència però no se'n fa el seguiment.

- La persona usuària pot sentir-se com una pilota, passant de servei a servei. Això crea problemes ètics als professionals. Molt sovint es troben amb usuaris que no es poden derivar. Davant aquesta situació d'espera, al final, molts es cansen i acaben tornant al carrer. Hi ha usuaris amb dificultats per accedir a la medicació i dificultat per saber qui la pot pagar. Al final s'acaba depenent d'ajuts molt concrets que ofereixen algunes parròquies.
- Els programes no prioritzen la intervenció a les persones en situació de risc. Per exemple, a Badalona no es pot accedir als serveis sense dos anys d'empadronament. Així, el CAS no pot respondre a les persones i aquestes acaben tornant al carrer. Hi ha pressió política amb l'objectiu de què les persones en situació de risc no molestin, però es té la sensació de què no hi ha voluntat per solucionar els problemes.
- Existeixen diferències en l'accés a l'empadronament, segons el municipi. Per exemple a Barcelona, les persones sense llar tenen difícil aconseguir l'empadronament i això fa que no puguin accedir a la targeta sanitària.

- Alguns pacients surten de la presó sense medicació, sense metadona... perquè no poden accedir directament al servei. Les comissaries no responen i els hospitals tampoc. Són casos d'usuaris que surten de la presó i es troben en el no res.

### **5.2.3. Impacte d'aquests dèficits en el treball quotidià dels serveis de salut**

- Existeix una manca d'activitats formatives per als professionals. Això provoca que s'actui sense un bon coneixement ni unes línies clares. També es detecta una manca de coneixements i formació dels metges dels CAP en drogodependència, així com una falta d'informació i de valoració que incideix després en els tractaments.
- Les prescripcions que es fan als CAP i als CAS no estan coordinades. Per exemple, als CAP es recepta encara 'Trankimazin' mentre que als CAS ja fa dos anys que es va deixar de fer.
- La manca de professionals de Treball Social en els serveis d'Urgències d'alguns hospitals també impacta negativament en el treball de coordinació i en l'eficàcia dels serveis.
- Procediments lents i absurds. Es detecten problemes i no es pot derivar la persona directament, necessites la prescripció del metge.

#### **5.2.4. Col·lectius que es consideren més perjudicats per aquesta descoordinació**

Els assistents al grup de treball van destacar el fet que el ***Pla Director de salut mental i Addiccions de Catalunya*** (2006) no especifica de forma detallada com intervenir amb les persones sense recursos, fet que es va entendre com excloent en si mateix. De manera global, els professionals van assenyalar com a col·lectius més perjudicats en aquest àmbit a:

- Consumidors en actiu.
- Persones sense sostre.
- Immigrants sense papers. Amb ells es dificulta molt la coordinació (gairebé es considerà impossible) perquè el professional ha de dur a terme un autèntic treball d'investigació per arribar a saber qui són...
- Dones. Estan perjudicades perquè hi ha menys places d'albergs per a elles. A més a més, solen comptar amb un entorn familiar (fills) que reben l'impacte de la seva situació.

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

En relació a les mancances en la coordinació entre l'àmbit social i sanitari, es detecten un seguit de dèficits que afecten el correcte abordatge de salut de les persones sense llar. Aquests dèficits, es poden agrupar en cinc:

- Un sistema sanitari que no contempla necessitats de servei multidimensionals ni "perfils frontera"
- d'aquest, es deriva com a dèficit la constatació d'una insuficient oferta de serveis
- també, una insuficiència en els recursos disponibles, tant materials com humans,
- manca de coordinació i sensibilització en el conjunt d'agents que actuen a nivell de salut amb les persones sense llar, respecte a les seves especials necessitats.

#### 5.3.1. Dèficits de coordinació

***🚧 Un sistema sanitari que no contempla necessitats de servei multidimensionals ni "perfils frontera":***

- Hi ha ciutadans que per la seva naturalesa es podrien etiquetar de "perfils frontera", els quals disposen d'una necessitat de serveis multidimensionals que no reben una resposta adequada. Una part important del col·lectiu de persones sense llar respon a aquest perfil i necessitat. Sense entrar en l'error de construir sistemes o serveis paral·lels, que no semblen necessaris, sí que calen mecanismes per gestionar aquesta "fronteralitat" de perfils.
- En l'actualitat, aquestes persones pateixen l'efecte "porta giratòria" on un mateix ciutadà rep serveis que presten diferents organitzacions però

hi manca una visió global dels prestadors de serveis. A més d'afectar la seva salut, acaba provocant una escassa eficiència de la intervenció i, per tant, a mig termini, un augment del cost de la intervenció en la salut de la persona. De manera més concreta, aquest buit envers aquests perfils, es pot traduir en:

- Mancances en la valoració i diagnosi de la persona.
  - Insuficiència de protocols, formació i sensibilització del conjunt de professionals i processos que impliquen gestionar canvis per a les persones. És necessari fer-ho tenint en compte l'opinió, preferència i/o interès de cada persona.
- 
- Tanmateix, aquesta atenció hauria de prioritzar el servei enfocat a la persona: tenir en consideració la necessitat de flexibilitzar la norma, quan sigui possible, en els processos amb aquest col·lectiu, així com prestar una especial atenció a formes d'abordatge que salvin les carències i dificultats en els processos personals que, per la problemàtica i determinades trajectòries de vida, presenten moltes d'aquestes persones quan són ateses.

#### **Insuficient oferta de recursos i serveis:**

- La constatació anterior implica una insuficient oferta de serveis que, en el seu format actual, no dóna resposta a la complexitat de les necessitats d'aquest col·lectiu. Es fa especialment èmfasi en què no hi ha suficient recursos per totes les malalties existents. Especialment, per a les situacions cròniques.
- Com en l'atenció sanitària general, la manca de recursos s'identifica com un dels dèficits. Cal tenir present, però, que aquest col·lectiu està especialment mancat de serveis, que quan hi són, sovint, no estan preparats per atendre a les seves especials particularietats. Per això, tal i com es recull en el decurs de la sessió, aquesta manca de recursos es fa més punyent.



- Ens referim a recursos tant humans com econòmics. És palès que a més dels dèficits en personal sanitari, els referents socials en els centres de salut responen a ràtios que fan molt difícil, quan no impossible, una feina de suficient qualitat, fins i tot amb població que no està en situació d'exclusió social. Així doncs, les possibilitats d'intervenció social des dels centres de salut amb la població sense llar depenen sovint del sobreesforç o de la bona voluntat del personal.
- També, i afectant directament a la gestió i planificació dels recursos disponibles, així com a la previsió dels futurs recursos necessaris, hi hauria una manca de previsió davant el més que probable increment del volum de persones sense llar com a conseqüència de la actual crisi econòmica i reducció de les prestacions socials.

**✚ *Manca de coordinació i sensibilització en el conjunt d'agents que actuen a nivell de salut:***

- Manca d'informació, sensibilització i protocols d'actuació del conjunt d'agents que tracten amb els sense llar: no existeixen. En aquest tema, és unànime l'opinió de fins a quin punt és necessari que s'activin els mecanismes de coordinació, així com els necessaris i suficients de sensibilització, per dotar millor d'eines personals als professionals que hi intervenen.
- Es detecta que alguns professionals de la salut no atenen de forma suficient l'àmbit social de la persona. La pressió de la insuficiència de personal sanitari i de recursos materials i espais suficients i adients, juntament a una deficient quan no inexistent sensibilització i formació sobre col·lectius específics, en poden ser agents facilitadors. A vegades, es donen altes mèdiques amb coneixement de què els pacients no disposen de cap recurs de sortida i tornen directament al carrer.
- A més del principal problema que això origina, envers la salut i dignitat en el tracte del pacient donat d'alta, es constata com aquestes

actuacions resulten perjudicials tant des del punt de vista del pacient com del cost econòmic, doncs si el procés de curació no finalitza adequadament, molt probablement a curt termini –escassos dies-, el pacient torna a ingressar al centre de salut per motius mèdics. Es reitera la necessitat de no oblidar que els motius de l'ingrés hospitalari sempre són mèdics, però un cop efectuat s'ha d'atendre a la persona des de la seva realitat social i sanitària.

- En el moment de l'anàlisi d'aquestes dades, resulta interessant constatar com els participants a la sessió fan esment especial d'agents socials com la policia, els administratius dels centres de salut i els treballadors de l'administració de justícia. No es contempla en el mateix rang als serveis socials municipals o privats que puguin estar acompanyant fora de l'àmbit de salut a la persona atesa. En canvi, es contempla aquesta més des de l'àmbit de la seva insuficiència en la capacitat d'actuació, o de relacionar-se des de l'anòmia, donant un paper de més pes a policia i administració de Justícia que, tot i que en tenen pel volum de les seves intervencions assistencials en situacions d'urgència assistint a les persones sense llar, no són agents predominants en la relació amb la majoria del col·lectiu. No obstant, els professionals de l'àmbit de la salut, sí semblen viure aquests àmbits com predominants i més cabdals en la seva necessitat de coordinació amb altres agents socials.

### **5.3.2. Impactes en professionals i persones ateses**

#### **Professionals:**

- Es destaca, per un costat, la frustració, la sensació d'haver invertit recursos i energies en un projecte que, per mancances del sistema, al final no ha estat fructífer ja que la persona no culmina la recuperació o no supera el problema de salut.
- Per altra banda, es fa esment d'una certa visió esbiaixada respecte a la comprensió holística de la persona i la seva problemàtica. A vegades,

utilitzant aquest biaix per eludir responsabilitats personals o de l'àmbit. Percepció de culpabilitat del professional de l'altre àmbit.

### **Persones ateses:**

- Es constata en l'àmbit de la salut una pèrdua de confiança de la persona atesa en el seu procés de millora, envers els professionals de la salut i socials. Aquesta pèrdua de confiança pot repercutir en un major espai de temps per aconseguir el mateix objectiu, en una pèrdua temporal de la persona o en l'abandonament definitiu del procés.
- Els "tempus" dels serveis i dels professionals són diferents als de les persones ateses. Sempre tenint present que no s'han de construir sistemes paral·lels, sí és cert que caldria saber-se adaptar als ritmes i necessitats d'atenció dels pacients sense llar.
- La mala gestió i la manca de coordinació genera inseguretat, preocupació, incertesa, por, desafecció i descrèdit tant del seu procés de reinserció com dels professionals i voluntaris que ho gestionen.
- Augment de la probabilitat de què es produeixi la fatídica qüestió del "¿Per a què?". És a dir, una negligència o manca de bona actuació dels professionals, absència de recursos adequats per a cada perfil i moment, la no excel·lent gestió del canvi, en definitiva. Qualsevol actuació no adient per l'interès de la persona sense llar pot provocar la desmotivació total o parcial del difícil procés de reinserció social amb totes les conseqüències negatives que això implica.
- El fracàs en el seguiment o tractament de la salut d'una persona sense llar pot condicionar la seva sortida o no, de la situació, en veure's afavorides situacions com la cronificació de malalties, l'empitjorament de diagnòstics, i a vegades, la reducció de la possibilitat de supervivència enfront de determinades malalties.

## 6.- PROPOSTES DE MILLORA

---

### 6.1.- ÀMBIT DE LA SALUT MENTAL

#### 6.1.1. Línies d'intervenció que millorin l'eficàcia del sistema. Coordinació social-sanitària i atenció als usuaris

##### **Compromís de les Administracions:**

- Cal voluntat política per desplegar i dotar de recursos el ***Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions (2010)***. El Pla Integral pot contribuir a resoldre molts problemes, perquè dóna una mirada interdepartamental i podria flexibilitzar processos.
- L'Administració ha de definir el marc d'actuació i donar seguiment als processos, tot i respectant la idiosincràsia de les institucions i dels territoris. La Regió Sanitària ha d'assumir el lideratge d'articular la coordinació entre els serveis, ja que la coordinació és un element imprescindible per una atenció de qualitat i no pot quedar subjecta a la voluntarietat dels professionals. En les reunions de circuit és on es concreta la coordinació i cal recuperar la presència de la Regió Sanitària, ja que aquesta és la que té capacitat per assumir determinades responsabilitats, que excedeixen a les competències dels equips.

##### **Implicació dels professionals:**

#### **Formació i visió integral i integradora**

- Cal promoure el coneixement mutu i la importància de la coordinació en la formació dels professionals ja des del grau i també en postgraus i formació continuada.

- Els equips han de donar valor a la coordinació i acostar-se als professionals d'altres àmbits per poder donar una atenció que no fragmenti les persones. Per això és imprescindible generar llaços de confiança.

### **Organització i coordinació**

- Cal fomentar espais permanents de coordinació, establint metodologies de treball que facilitin l'abordatge del casos i permetin flexibilitzar les normatives.
- Establir un mínim d'informació d'historial compartida entre els serveis de salut i els socials. Perdre la por a donar certes informacions i dades, i per tant, definir un protocol sobre l'accés a la informació.
- Es considera important aprendre d'experiències que funcionin bé. Es proposa el cas de Girona com exemple de bones pràctiques.

### **Atenció a casos complexos**

- Tot i que al 2003 ja es va dissenyar el *Pla de serveis individualitzat* (PSI), no se sap com implementar-lo.
- Cal una xarxa més global que doni cabuda als pacients amb major complexitat, ja que en molts casos no se sap quina resposta donar.
- Una forma de millorar l'atenció integral i integradora és donar el paper protagonista al Gestor de casos, amb reconeixement i legitimitat, i el recolzament de tots els dispositius del territori, malgrat que aquesta figura no deslliura al professionals de les seves responsabilitats concretes. També podria ser útil crear comitès per abordar casos complexos i dedicar una atenció especial a determinades patologies específiques que així ho requereixin.

### **6.1.2. Necessitat de recursos per a una millor atenció als usuaris**

- En referència als recursos necessaris per millorar l'atenció a les persones amb problemes de salut mental, es considera que falten dispositius i places per casos complexos que no s'ajusten als perfils establerts per cada dispositiu. Existeixen llistes d'espera tant a la xarxa de salut mental com a la de serveis socials, i en alguns casos hi ha hagut una reducció de professionals en els equips.
- Tot i que l'actual legislació ja preveu els recursos i circuits adients, cal voluntat política per desplegar-los.
- D'altra banda també es veu necessari que els que ja funcionen puguin ser més flexibles, més permeables, que permetin adaptar-se a les necessitats reals dels usuaris, que sovint no es corresponen exactament amb els perfils dels protocols.
- Cal veure la coordinació com una avantatge que enriqueix l'exercici professional i canviar la perspectiva d'una atenció reactiva per una atenció més proactiva i preventiva.

## **6.2.- ÀMBIT DE LES DROGODEPENDÈNCIES**

### **6.2.1. Línies d'intervenció que millorin l'eficàcia del sistema. Coordinació social-sanitària i atenció als usuaris**

- Realitzar un diagnòstic de la demanda que hi ha al territori per establir la sectorització i no establir-la segons el nombre d'habitants. Un cop es tingui el diagnòstic s'han de crear els serveis en funció del resultat. On hi ha més demanda, cal destinar-hi més recursos. Fixar un sistema de prevenció davant les situacions de risc. Hi ha d'haver més mecanismes de contenció per no arribar a situacions límits.
- Reducció de la divisió de la pròpia xarxa de drogues amb serveis tant a l'àmbit de la salut com en el àmbit social. L'Administració ha de tenir una visió global del tema. Unificació de les dues xarxes de Salut Mental i Drogodependència, que actualment estan separades.
- Definició del model d'atenció a les persones en l'àmbit social. Establiment de protocols per atendre a les persones amb problemàtiques socials. Aprovació d'un protocol d'actuació per a les persones desestructurades, no empadronades, etc.
- Creació de vies d'accés per a col·lectius com les persones immigrades sense papers. Elaboració de protocols d'informació i actuació específics per facilitar les vies d'accés. El treballador/a social del CAS ha de tenir via directa amb la treballadora social de l'alberg. Creació de vies alternatives per a les persones itinerants (l'empadronament no serveix i cal tenir-ho en compte).
- L'accés al SIS o als recursos (albergs, pisos...) ha de poder ser directe quan les persones surten de l'hospital.
- Establiment d'una informació clara de tota la xarxa i comunicar-la a tots els professionals.

### **6.2.2. Necessitat de recursos per a una millor atenció als usuaris**

És una opinió unànime del grup de treball que dotar amb més recursos i més professionals els serveis permetria reduir el temps d'espera, i que a més a més suposaria una reducció dels costos de salut per persona, ja que milloraria l'eficàcia. (Costa molt més un ingrés a presó que altres vies que també es podrien escollir). També es destaca la necessitat d'implementar la figura del Gestor transversal (Kàiser Manager) que ja funciona en altres països d'Europa. És similar a la figura del Gestor de Cas, un professional que està molt identificat amb tots els serveis de la xarxa. D'aquesta manera l'assistència sanitària, familiar, legal... estan molt més integrades. La idea seria professionalitzar una feina que ara es fa per bona voluntat.

- Incrementar places de rehabilitació pels casos de drogodependència (centres de dia, tallers, pisos...). Generar places d'unitats de desintoxicació (s'estan eliminant i encara són necessàries).
- Garantir places per a la població sense sostre amb patologia dual (actualment estan en terreny de ningú).
- Incrementar serveis com menjadors, albergs, centres de dia... per a persones que són actives en el consum.
- Garantir ajuts econòmics per a molts pacients que no tenen cap mena de prestació, ni la RMI.
- Potenciar la creació d'empreses socials que contractin persones en situació de risc.



## **6.3.- ÀMBIT DE LES PERSONES EN SITUACIÓ DE SENSE LLAR**

### **6.3.1. Línies d'intervenció que millorin l'eficàcia del sistema. Coordinació social-sanitària i atenció als usuaris**

#### **Proactivitat – prevenció**

- Detectar abans les persones que es troben en situació de sense llar ja que com més aviat s'actua menys difícil resulta la solució. Apostar per la proactivitat i la prevenció, fins i tot com una via d'evitació de l'entrada en situació de sense llar per raons de salut. També, com una via d'evitar el possible col·lapse a futur en l'atenció sanitària d'aquestes persones, cas que continuï augmentant el seu nombre.
- Treball preventiu i precoç des d'una visió integral i estructural. Considerar la persona sense llar des de la multidimensionalitat de les seves problemàtiques

#### **Coordinació**

- Creació de grups de diagnosi per treballar en equips multidisciplinaris en igualtat de condicions en relació al poder de decisió (especialment àmbit social i sanitari), on l'alta mèdica s'hagi de consensuar entre els professionals sanitaris i socials. D'aquesta manera el conjunt de professionals augmenten la globalitat de la visió, donant com a resultat una millor prestació del servei a curt, mig i llarg termini. El motiu d'ingrés a un hospital sempre és mèdic, per tant, un cop està solucionada la causa mèdica ha d'estar prevista la derivació d'aquesta persona a un recurs adequat a les seves necessitats. S'ha de planificar i gestionar aquest canvi de la millor manera, ubicant a l'epicentre l'interès del ciutadà. Per això caldrà que l'alta mèdica compti amb l'aprovació del referent social.

- En aquest sentit, cal abordar amb recursos intermedis els "trànsits" de les persones d'un servei a un altre, o quan té l'alta però no està clar cap a on ha de continuar, així com la presència d'un referent que acompanya, orienta i fa els abordatges necessaris.
- Millorar la coordinació amb el conjunt de perfils professionals que tracten amb les persones sense sostre.

### **Praxis**

- Reconduir allò que, en relació als incentius dels directius dels hospitals, pugui actuar a favor de l'expulsió de pacients del centre de salut sent conscient de la negligència que això suposa des del punt de vista de l'interès de la persona.
- Establir com a objectiu de primer ordre la reafirmació, cura i manteniment de la confiança dels ciutadans envers la totalitat dels professionals i voluntaris que tracten amb ells. Resulta molt difícil i costós aconseguir crear un clima de confiança i en canvi es materialitza molt ràpid la seva pèrdua, amb les connotacions negatives que això implica.
- Augmentar la formació i sensibilització del conjunt de professionals que tenen contacte amb les persones sense llar, per tal que adequin la seva acció professional a les necessitats i naturalesa d'aquest col·lectiu.

### **Adaptació al perfil de persones sense llar**

- Adaptar en la mesura del possible la lògica de funcionament del sistema social i sanitari amb les dinàmiques i estils de vida de les persones sense llar. Exemple: la majoria dels sense llar no tenen l'hàbit de seguir un horari fix, per tant, si es dissenyen moltes cites en diferents llocs i a

diferents hores molt probablement no acudiran i augmentarà el perill de perdre a la persona.

- Millorar la gestió de qualsevol canvi que s'hagi de produir en la prestació de servei a les persones sense llar. De vegades un trasllat, un canvi de professional, i en general qualsevol canvi, pot ser traumàtic per al ciutadà. Una mala gestió d'aquests canvis pot provocar que la persona abandoni el projecte de reinserció social. Per tant, s'ha de formar als professionals i protocol·litzar el màxim possible les actuacions que impliquen canvi, tant les de caire ordinari com les d'urgència.
- Davant la gestió d'un canvi, preguntar a la persona atesa quina és la seva opinió i tenir present la seva prioritat en funció de les possibilitats disponibles en cada cas.
- Superar les barreres burocràtiques, modificant certes rigideses que hem d'assumir la majoria de ciutadans però que en una persona sense llar pot tenir conseqüències molt negatives. Exemple: Servei de salut i serveis socials s'organitzen amb una lògica geogràfica, però una persona sense llar actua sota una lògica itinerant. S'ha d'intentar identificar com es pot millorar la prestació de servei tenint present aquesta realitat. També s'ha de tenir en compte que moltes vegades no estan empadronats o presenten altres problemàtiques afegides.
- Treballar per evitar qualsevol situació que provoqui un sentiment de frustració al/la persona sense llar.

## 7. CONCLUSIONS

---

Per començar les conclusions volem destacar, tal i com vam fer a la recerca anterior, que les propostes de millora formulades per gestors i professionals ja són contemplades en els diferents Plans i bibliografia consultada, i solament cal posar-les en marxa amb els recursos necessaris.

Els principals **dèficits de coordinació**, i conseqüències, detectats des dels serveis de salut són:

- Manca de compromís per part de les Administracions en realitzar una atenció integral de qualitat, que es materialitza en la no inversió de recursos per desplegar els Plans Integrals.
- Excés de fragmentació i especialització dels serveis de salut mental, poc preparats per atendre la complexitat.
- Diferent comprensió i abordatge entre la xarxa de salut mental i els serveis socials del que significa la rehabilitació de la malaltia mental.
- Acció, visió i formació professional fragmentada: desconeixement del sector social des dels professionals i serveis de salut. També, desconeixement de determinats serveis de salut dins la pròpia xarxa. Tanmateix, freqüents descoordinacions entre les prescripcions dels CAS i els CAP.
- Insuficient oferta de recursos i serveis, i manca de sensibilització des dels serveis de salut per atendre les necessitats socials dels usuaris.
- La dificultat d'articular atencions i alternatives als pacients degut a la manca de professionals de l'àmbit social en els centres de salut.
- Manca de recursos i no adequació dels dispositius: es dona la paradoxa de la coexistència de recursos infrautilitzats, amb llistes d'espera per rebre l'atenció sanitària o cobrir la necessitat residencial.
- Disfuncionalitat en la capacitat de presa de decisions en els diferents àmbits de coordinació.
- Sectorització no homogènia del conjunt del territori, que dificulta una coordinació eficient.

En relació a **l'impacte dels dèficits de coordinació** en els usuaris i serveis de salut, cal destacar:

- No es contempla la persona en tota la seva complexitat ni els "perfils frontera". Es fa abordatge del cas des del problema social o des de la patologia, i aquesta des de la patologia activa urgent o més important, i no des del conjunt de patologies de la persona.
- Els usuaris amb major situació de vulnerabilitat són sovint exclosos del sistema sanitari que va més enllà de l'atenció d'urgències.
- La persona usuària pot sentir-se "com una pilota" per derivacions constants d'un servei a un altre. També es pot donar la situació contrària, de persones que no es poden derivar i acaben sense rebre atenció.
- La persona pot patir l'efecte "porta giratòria" en rebre serveis de diferents organitzacions sense visió global.
- La manca de dispositius suficients i adequats, així com de tractament, pot portar en alguns casos a què la persona acabi sent tractada des del sistema policial i/o judicial i altres siguin derivats a la xarxa d'atenció primària on no reben l'atenció especialitzada que requereixen.
- Pèrdua d'oportunitats en la utilització de recursos per la manca de eficiència en el tràmits a realitzar (tramitació de recursos, derivacions, subsidis, ajuts o altres).
- Els professionals de l'àmbit de salut entenen que els professionals dels serveis socials es troben en primera línia d'actuació sense disposar, sovint, dels recursos necessaris per atendre la complexitat dels usuaris.
- Els professionals dels serveis de salut, especialment els dels centres d'atenció primària, troben a faltar formació i reunions de coordinació.
- La manca de protocols de circuit pot fer que moltes vegades, la responsabilitat de l'acció recaigui en determinats/des professionals amb actituds personals proactives.
- Pèrdua de confiança de la persona atesa envers els professionals i els serveis de salut i socials.

- Els canvis i innovacions del sector trenquen coordinacions i dinàmiques en funcionament, provocant desgast, estrès i insatisfacció dels professionals.

En quant als **col·lectius més perjudicats** cal fer especial menció de:

- Les persones amb més complexitat de patologies; discapacitats intel·lectuals en general, i especialment sense protecció familiar; les persones amb trastorn de personalitat i persones joves amb demència.
- Infants i joves amb problemes de salut mental
- Persones en situació d'extrema vulnerabilitat social: persones sense llar, ex presos i, molt especialment, persones estrangeres en situació administrativa irregular, els consumidors de drogues en actiu i les dones, especialment les que tenen fills a càrrec.

A continuació presentem les **propostes de millora** formulades pels professionals participants en els grups de treball, juntament amb les necessitats de recursos per poder-les implementar:

- Visió global des de les Administracions per abordar les problemàtiques interrelacionades.
- Voluntat política per desplegar i dotar de recursos els Plans ja dissenyats i aprovats, definint el marc d'actuació i fent seguiment dels processos. Major flexibilitat per adaptar-se a les necessitats canviants del usuari.
- Ser proactius i realitzar un diagnòstic de les necessitats actuals en relació als canvis socials que operen contínuament en els tres col·lectius analitzats. Com a resultat, implementar actuacions preventives que donin resposta a necessitats identificades, fent èmfasi en la prevenció.
- Grups de diagnosi que treballin en equips multidisciplinars per garantir la visió global i assegurar una atenció holística i integral.

- Coordinació eficient entre els diferents nivells de territorialització i competencials, tant en els serveis socials com de la salut, a través del Gestor transversal i Gestor de casos, conjuntament amb comitès o comissions de treball. Crear espais permanents de coordinació, amb metodologies de treball i protocols que permetin un abordatge adequat de tots els casos, inclosos aquells que presenten una major complexitat.
- Sectoritzar de manera homogènia tot el territori, per facilitar la coordinació eficient.
- Promoure el coneixement mutu d'ambdós sectors, social i de la salut. Incloure aquesta formació en els estudis de grau i postgrau. Assegurar la formació continuada dels professionals de l'àmbit de la salut i social, per garantir la qualitat de la intervenció professional.
- Revisar criteris tancats que pressionen als gestors dels serveis de salut en matèria de terminis màxims d'estades al centres.
- Flexibilització de la normativa adequant els temps dels professionals dels centres, i els mateixos serveis, als ritmes i necessitats d'atenció dels usuaris.
- Història única compartida, en allò que sigui necessari per la correcta atenció de la persona.
- Reproduir experiències en funcionament amb resultats satisfactoris.
- Crear dispositius i recursos adequats a les persones amb problemàtica més complexa, amb la finalitat de disminuir les llistes d'espera (més serveis de rehabilitació de toxicòmans, centres de dia, pisos, menjadors...).
- Garantir ajuts econòmics per a les persones en situació de major exclusió social.
- Potenciar l'ocupació de les persones en situació de risc o d'exclusió.

## **BIBLIOGRAFIA**

---

Fundación FOESSA (2012). *Exclusión y Desarrollo Social en España*. Madrid: Fundación FOESSA, Cáritas Española Ediciones. Disponible a:  
<http://www.caritas.es/imagesrepository/CapitulosPublicaciones/4314/EXCLUSION%20Y%20DESARROLLO%20SOCIAL.%20Versi%C3%B3n%20digital.pdf> [última revisió: abril 2012]

Fundación FOESSA (2010). *El primer impacto de la crisis en la cohesión social en España*. Madrid: Fundación FOESSA, Cáritas Española Ediciones. Disponible a:  
<http://www.vientosur.info/documentos/Informe%20Foessa%20Caritas.pdf> [última revisió: abril 2012]

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

Generalitat de Catalunya (2010) Pla d'acció social per a la inclusió i la cohesió social a Catalunya, 2010-2013. Disponible a:  
[http://www20.gencat.cat/docs/dasc/03Ambits%20tematics/06Inclusioicoheiosocial/Pla\\_inclusio\\_cohesio/documents/10\\_08\\_31\\_pla\\_accio\\_inclusio\\_2010\\_2013.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/dasc/03Ambits%20tematics/06Inclusioicoheiosocial/Pla_inclusio_cohesio/documents/10_08_31_pla_accio_inclusio_2010_2013.pdf) [última revisió: abril 2012]

Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad (2011). *Libro blanco de la coordinación sociosanitaria en España*. Madrid: Dirección General del Imserso. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Gobierno de España. Disponible a:  
<http://www.imsermayores.csic.es/documentos/documentos/mspani-libroblancosanidad-01.pdf> [última revisió: abril 2012]

Navarro, V (2011a). "Recortes innecesarios y perjudiciales en la sanidad pública en Cataluña y España". El Plural. Com. 25 d'Abril de 2011. Disponible a:



<http://www.vnavarro.org/wp-content/uploads/2011/04/recortes-innecesarios-y-perjudiciales-en-la-sanidad-publica-en-cataluaa-y-en-espaaa2.pdf> [última revisió: abril 2012]

Navarro, V. (2011b) "Los recortes del gasto sanitario". Público. es. 27 de gener de 2011. Disponible a:

<http://www.vnavarro.org/wp-content/uploads/2011/01/los-recortes-del-gasto-sanitario.pdf> [última revisió: abril 2012]

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

[http://www.mtin.es/es/sec\\_trabajo/autonomos/economia-soc/NoticiasDoc/NoticiasPortada/Plan\\_Ext\\_inclusi\\_xn\\_Socia\\_y\\_Lucha\\_contra\\_Pobreza.pdf](http://www.mtin.es/es/sec_trabajo/autonomos/economia-soc/NoticiasDoc/NoticiasPortada/Plan_Ext_inclusi_xn_Socia_y_Lucha_contra_Pobreza.pdf) [última revisió: abril 2012]

Roca, N; Uribe, J; Pérez, A; Vega, C (2011) *Disfuncions entre els àmbits de salut i social. Afectació a les xarxes d'atenció a les persones sense llar, a la salut mental i a la drogodependència*. Taula d'entitats del Tercer Sector de Catalunya. Disponible a:

<http://www.tercersector.cat/admin/repositori/file/INFORME-DISFUNCIONS-AMBIT-SALUT-I-SOCIAL.pdf> [última revisió: abril 2012]

Taula d'Entitats del Tercer Sector Social de Catalunya (2011) *Exclusió social i desigualtats a Catalunya*. Dossiers del Tercer Sector. Núm. 13, octubre 2011. Disponible a:

<http://www.tercersector.cat/admin/repositori/file/Dossier--Exclusi--social-i-desigualtats-a-Catalunya--CAT.pdf> [última revisió: abril 2012]