



**Dossiers  
del Tercer  
Sector**

núm. 11  
juliol 2011

# Millorar la coordinació social i sanitària

**En salut mental, drogodependències i  
persones sense llar**

En conveni amb:



# 1. Context

L'àmbit social i de la salut tenen una naturalesa diferent, però estan íntimament interrelacionats ja que les condicions de vida de la població determinen l'estat de salut de les persones. Una persona malalta és una persona dependent i una persona amb mancances socials (laborals, econòmiques, relacionals...) té un alt risc de perdre la salut. Els reptes en ambdós àmbits són similars i necessàriament cal plantejar programes de vinculació entre uns serveis i altres i polítiques transversals que incideixin en les condicions de vida per assolir una millor salut de la població.

Els processos d'exclusió social van acompanyats sovint de processos de deteriorament de la salut, que alhora realimenten l'exclusió original. La salut és un aspecte central en la vida de les persones, de la qual depèn no sols el benestar físic i psicològic, sinó també la capacitat d'integració social i oportunitats de desenvolupament personal al llarg de la vida. Quan es viu una situació d'exclusió social, la salut es veu afectada i quan es perd la salut, hi ha risc d'exclusió social. Els grups desafavorits tendeixen a tenir estils de vida menys saludables i les seves pràctiques poden afavorir malalties. Moltes persones en situació d'exclusió social per privació de recursos bàsics i manca d'oportunitats socials, laborals, educatives o d'habitatge acaben tenint una mala percepció de si mateixos i de les seves capacitats, afavorint una pobre autoestima. La malaltia crònica, la discapacitat, algunes malalties estigmatitzadores com les malalties mentals, la infecció pel VIH i altres poden articular-se amb situacions de pobresa econòmica per manca de treball, de renda mínima o de pèrdua de les relacions que acaba portant la persona l'exclusió social.

A continuació, us presentem un dossier-resum de la recerca 'Disfuncions entre els àmbits de salut i social' realitzada per l'Escola Universitària d'Infermeria de Sant Joan de Déu per encàrrec de la Taula d'entitats del Tercer Sector Social de Catalunya. Aquest estudi pretén fer propostes d'actuació per a una millor coordinació entre els àmbits d'intervenció social i sanitària, vinculant les entitats del Tercer Sector Social que treballen amb persones en situació de vulnerabilitat i exclusió social, concretament en els àmbits de les persones amb problemes de salut mental, sense llar i drogodependències. Alhora, també pretén plantejar línies de millora futura en aquesta coordinació social-sanitària en els col·lectius que s'identifiquin com a prioritaris.

Aquesta recerca reflecteix les preocupacions, dificultats i vivències dels principals actors implicats en l'acció social. Professionals, gestors i usuaris expressen les seves mancances, limitacions i necessitats en el treball diari. Des de la seva anàlisi de la realitat també realitzen propostes de millora innovadores, útils i viables, que indiquen el grau de compromís assolit i la seva expertesa.

La necessitat d'elaborar una publicació que presentés i proposés una millor comunicació entre els àmbits de salut i social sorgeix després del Seminari de Reflexió Estratègica sobre el Tercer Sector Social i la Salut, realitzat el 13 d'abril de 2010 i organitzat per la Taula del Tercer Sector i el Departament de Salut. En aquest seminari es van posar de manifest els dèficits de coordinació entre les entitats que treballen en l'acció social i els serveis de l'àmbit sanitari, fent-se èmfasi en la necessitat de treballar conjuntament la salut i el benestar social de les persones, i de redefinir l'estratègia relacional entre les entitats del Tercer Sector i les institucions que treballen des de l'àmbit de la salut. Les conclusions del Seminari van remarcar la necessitat d'abordar la salut i el benestar social des d'una perspectiva integradora, de manera coordinada i sense duplicitats.

## 2. Àmbit de la Salut mental

La malaltia mental i la pobresa es troben íntimament articulades des de sempre. Ambdues actuen com a causa i conseqüència. Malaltia mental, rendes baixes, baix estatus socioeducatiu, pobresa i consum de drogues són circumstàncies que es repeteixen en moltes persones, i que dificulten la seva recuperació. Els gestors i els professionals valoren que els dèficits de coordinació i col·laboració sociosanitària en les intervencions realitzades per les entitats, tan aspectes estructurals com organitzatius, condicionen el treball dels centres i dels professionals, així com l'atenció dispensada als usuaris. Pel que fa a la vivència dels usuaris, aquests tenen una opinió crítica fruit de les dificultats d'atenció, que són conseqüència d'actuacions poc coordinades i que repercuteixen en la seva vida quotidiana i en l'estat de salut. A continuació es detallen algunes de les conclusions presentades pels gestors, professionals i usuaris de l'àmbit de salut mental.

### 2.1. Dèficit de coordinació sociosanitària

#### 2.1.1. Dèficit d'accessibilitat al sistema sanitari:

- **Poc temps per a les visites:** Es destina poc temps per a les visites en el centres de Salut Mental per part dels psiquiatres i són molt espaciades. Els usuaris participants consideren que ni amb mitja hora és suficient si les visites són cada 2 o 3 mesos. És difícil que es pugui explicar tot allò que li passa a l'usuari i que l'especialista pugui fer una atenció global. No sempre hi ha efectivitat en el moment d'urgència i es refereixen tardances en el diagnòstic d'algunes malalties. Temps d'espera excessiu per a la derivació en salut mental. Alhora es tenen poc en compte els canvis corporals i l'estat del pacient.
- **Dificultat de les entitats socials:** les entitats no disposen d'un equip mèdic que permetria detectar més ràpidament el perfil dels malalts mentals i fer-ne un millor seguiment.
- **Falta de coordinació:** Manca de coordinació i dinamització en l'atenció al client als hospitals i dificultat en l'atenció immediata.

#### 2.1.2. Dificultats d'accés als serveis socials:

- **Temps d'espera:** L'excessiu temps d'espera per accedir als diferents recursos: hospitals de dia, residències, pisos assitits...
- **Mala organització dels serveis d'atenció dels petits ajuntaments:** Aquests petits ajuntaments no tenen la capacitat per gestionar elements que facilitin la vida quotidiana (exemple: targeta blava).
- **Dificultat per conèixer i accedir a recursos:** bàsicament de serveis socials des dels serveis de Salut Mental.

#### 2.1.3 Dèficits de coordinació i col·laboració sociosanitària:

- **Escàs reconeixement del treball de les entitats socials:** Es potencia més el treball de l'àmbit sanitari que el social.
- **Àmbit sanitari i social actuen com a xarxes independents:** no hi ha plans

articulats d'intervenció. Això també provoca un desconeixement mutu i provoca una manca de voluntat per solucionar-ho.

- **Manca d'un programa comú (PTI):** entre els diferents serveis que atenen a l'usuari. Falta de consens en els objectius d'intervenció sobre l'usuari. En general prima l'estabilitat del pacient i el poder-lo col·locar en algun lloc i es perd l'objectiu bàsic de l'autonomia i el suport real.
- **Manca de places:** Degut a aquesta manca de places en els serveis, s'estan unificant usuaris amb processos d'autonomia divergents, que dificulten la realització dels programes d'assistència amb la consegüent problemàtica de convida diferents perfils d'usuaris en un mateix recurs.
- **Falta de conscienciació:** dels professionals dels centres de salut mental sobre els recursos disponibles per a inserció laboral existents i del perfil d'usuari que podria beneficiar-se'n. Hi ha un dèficit de comunicació entre entitats, produint-se discordances entre requisits socials i sanitaris per accedir a recursos.
- **Poca flexibilització de la sectorització geogràfica:** que dificulta el seguiment de l'usuari. Alhora, hi ha una sectorització massa contundent i rígida en l'àmbit sanitari que provoca dificultats per al seguiment de molts usuaris.
- **Divisió de serveis per especialitats:** hi manca una posta en comú entre serveis per poder seguir una línia unitària en l'assistència.
- **Pitjor coordinació en zones rurals que a les ciutats:** Això provoca una falta de motivació i objectius per part dels usuaris de zones rurals degut al reduït nombre de recursos.
- **Saturació dels professionals:** Els professionals es veuen saturats per les exigències que se'ls demana i això fa que s'hagin de deixar de banda altres funcions que queden menys ateses.
- **La no existència de circuits coordinats:** dificulta poder accedir a tota la informació de l'usuari per poder tractar-lo adequadament. En alguns casos ocasions es produeixen ingressos hospitalaris innecessaris i això comporta un retrocés en tot el treball realitzat amb aquella persona.
- **Poca coordinació de les parts gerencials:** per resoldre les dificultats que van sorgint en el dia a dia, més evident quan els serveis s'ofereixen des de diferents entitats, i poca o nul·la coordinació amb l'administració.
- **No hi ha traspàs d'informació:** sobre les intervencions realitzades a un mateix pacient, entre els diferents serveis, sobre tot des de salut, fins i tot tenint en compte que la pròpia llei de protecció de dades no justifica aquest dèficit ja que ho contempla clarament. Provoca confusió en interpretar la informació i contradicció de les intervencions.

## 2.2 Impactes dels dèficits de coordinació

### 2.2.1 Impacte en la salut de les persones i en la seva integració social:

- **Els perfils massa dispars dels usuaris:** La diversitat de perfils fa que es perdi l'objectiu del programa i que l'usuari no tingui la motivació adequada per aprofitar el recurs, cosa que també influeix en la resta dels companys.

- **El paper de la família:** Es detecta una manca de coneixements i conscienciació de les famílies de com tractar als usuaris. Es poden demostrar els resultats positius en família implicades i que volen col·laborar.
- **Falta coordinació entre serveis sanitaris i serveis socio-educatius:** A causa d'aquesta mala coordinació es produeixen ingressos hospitalaris innecessaris que comporten un retrocés en el procés d'assistència de l'usuari.
- **Retard en obtenció de places:** Hi ha una manca de planificació des de l'administració i també fallen els criteris d'admissió. Alhora, la rehabilitació de l'usuari es deixa en mans de les entitats socials i no es contempla una rehabilitació sanitària; aquesta situació encara potencia més la idea de caritat i no d'assistència en salut.

### 2.2.2 Impactes dels dèficits de coordinació

- **Sous baixos i poca diversitat:** Aquests dos factors provoquen que molts usuaris prefereixin cobrar les pensions en comptes de treballar, ja que l'esforç que requereix no es veu compensat.
- **Millor formació:** Es posen sobre la taula les dificultats que tenen a l'hora de matricular-se i realitzar cursos de formació continuada ja que, la majoria no els donen accés degut a la seva condició de pensionista.
- **Malaltia mental es veu com un estigma:** Se segueix veient la malaltia mental com un handicap social que impedeix la superació personal i l'accés a millors condicions laborals i de vida. No hi ha conscienciació social del què és la malaltia mental.

### 2.2.3 Impactes en el treball de les entitats i professionals:

- **Pèrdua de recursos humans:** Aquesta pèrdua és causada per la falta de coordinació, que té conseqüències negatives en l'atenció i assistència a l'usuari. Això provoca que es perdi molt temps i que hi hagi una mala distribució dels recursos humans en les llar-residències i en l'àmbit sanitari. Això repercuteix amb l'assistència de l'usuari i en la qualitat de l'assistència.
- **No hi ha objectius comuns:** Aquesta descoordinació es tradueix amb més feina per a les entitats. En alguns casos, també es troba a faltar comptar amb l'experiència dels professionals de les entitats a l'hora de dissenyar les polítiques socials.
- **Preval el discurs sanitari per sobre del social:** Aquesta visió es tradueix en precarietat de les entitats socials ja que les condicions (subvencions, salaris...) són pitjors, fet que perjudica la qualitat d'assistència i planificació.

## 2.3 Col·lectius més perjudicats

En referència als col·lectius que es consideren més perjudicats per aquesta descoordinació, els usuaris entenen que totes les persones amb algun problema de salut mental es veuen afectats d'una manera o altra. Gestors i professionals entren en el detall de cada grup i analitzen algunes de les causes que s'hi relacionen.

- **Joves de 16 a 18 anys:** es troben en edat prelaboral. No hi ha programes i recursos suficients per poder assitir a aquest grup d'edat. Malgrat tot, són el grup amb qui més es pot treballar.
- **Usuaris amb malalties terminals.**

- **Usuaris amb necessitats especials (dependents).** No són adequades les valoracions dels programes de dependència en relació als de salut mental, fet que provoca una exclusió d'aquest grup d'usuaris. dins d'aquest bloc hi podríem incloure gent gran, discapacitats... que pateixen la falta de recursos especialitzats.
- **Grups de risc definits per poca xarxa social:** acostumen a tenir pocs recursos econòmics i tenen dificultat per accedir a llocs de treball.
- **Perfils d'àmbit rural:** Sobretot persones amb TM, on els dèficits de coordinació entre els serveis encara són més grans. Per distàncies geogràfiques, per transport, per mancances estructurals, entre altres.
- **Persones amb renda mínima d'inserció que també tenen malalties mentals:** algunes de greus i de llarga evolució, afegides a la problemàtica social.
- **Cuidadors i familiars dels usuaris.**
- **Professionals dels serveis socials:** molts d'ells tenen frustració en les seves intervencions, molt esforç i pocs resultats. Personal amb síndrome de burn out per la manca de reconeixement.
- **Problemàtica de salut mental i amb trastorns límit:** són persones que no encaixen en cap perfil definit i queden fora dels circuits. necessiten d'una agilitat en les intervencions i derivacions de la que no disposen els serveis.

## 2.4 Propostes de millora

### Des del punt de vista dels usuaris:

S'identifiquen un seguit d'oportunitats socials que en alguns casos són actuacions que ja es porten a terme però que poden millorar-se amb una gestió més eficaç i amb major qualitat. Un seguit d'intervencions que es consideren necessàries per garantir la dignitat de les persones i la seva qualitat de vida.

#### Oportunitats d'integració:

- **Gratuïtat dels medicaments:** el seu cost és un afegit a la precarietat econòmica en què molts d'ells i elles viuen.
- **Disposar de grups d'ajuda mútua:** sobretot per a problemes concrets (estats d'ansietat, compartir emocions, vivències).
- **La motivació personal:** motivar a les persones usuàries dels recursos és un aspecte fonamental per aconseguir la seva participació i vinculació.
- **Pensions que els ajuden a contribuir a l'economia familiar:**. Poder disposar d'una pensió és un aspecte prioritari en totes les economies familiars dels usuaris i una oportunitat per a la seva realització personal. Tot i això, consideren que cal revisar les dotacions ja que moltes no arriben als mínims necessaris per poder atendre les despeses bàsiques de les persones usuàries.

#### Propostes de millora:

- **Coordinació i simplificació dels tràmits burocràtics en l'accés als recursos:** en aquest cas, s'evitaria temps d'espera i agilitzarien els processos de treball.
- **Evitar els canvis en les polítiques socials independentment de si es produeixen canvis polítics.** Consens de les polítiques socials per part de tots els partits i respectar els drets adquirits.
- **Formació humanística:** Es considera una necessitat important que els professionals compleixin uns requisits específics com cordialitat, amabilitat, empatia i tinguin una sensibilitat especial vers els usuaris... De cara als perfils professionals, es requereix la necessitat de

professionals ben qualificats i competents en ambdós àmbits.

### **Des dels punts de vista de les entitats:**

Una major coordinació i un treball més proper entre les entitats i les persones ateses ha de revertir en un millor aprofitament dels recursos i serveis i per tant en una major assistència així com en un millor aprofitament del temps i atenció a les persones. Aquests beneficis alhora han de possibilitar un treball més eficaç i eficient que ha de suposar major garantia i seguretat per les persones usuàries i més motivació per les entitats per seguir avançant i i millorant en la pràctica i qualitat de les intervencions

#### Benefici en la vida de les persones ateses:

- **Determinar els perfils d'usuaris:** Cal que estiguin adequats a cada recurs per evitar derivacions innecessàries i fer rentables de manera adequada els recursos disponibles repercutiria en una millor assistència. Es considera necessari parlar de persones i no tant de col·lectius, ja que cadascú pot presentar necessitats diferents
- **Determinar els grups de risc:** facilitaria la creació de crear programes i recursos específics per a ells, i detectar on hi ha els buits més importants en el sistema socio-sanitari (ex: persones de menys de 65 anys però amb patologies cròniques).
- **Major comprensió i unificació dels processos per als usuaris i famílies:** ajudarien a millorar el procés rehabilitador.
- **Reconeixement i respecte pel projecte de vida:** No fer anar a la persona de recurs en recurs. Passar per diferents recursos és indicatiu de no resolució de les situacions plantejades, i desmotiva i frustra a la persona.

#### Beneficis en el treball de les entitats:

- **Bona coordinació - millor eficiència:** Una bona coordinació suposaria un millor aprofitament de les hores de treball que augmentaria la qualitat i l'eficàcia de les metodologies i models d'intervenció i incrementaria també la utilitat dels recursos humans, econòmics i materials disponibles.
- **Definir bé l'encàrrec professional:** clarificar funcions i tasques per a un millor ús dels recursos i una millor atenció.
- **Intervenció més estructural:** tant des de l'administració, que forci i coordini els diferents recursos per millorar la qualitat dels seus serveis. S'hauria de dur a terme des de la pràctica i des de la proximitat, és a dir, municipalitzar, en diputacions o el que faci falta per forçar el reconeixement i les coordinacions, comptant amb el municipi, mancomunitats... per fer aquesta intervenció més efectiva.
- **Creació d'un model global d'intervenció (entre els dos àmbits):** Elaborar un pla de treball entre salut i social, d'àmbit interdepartamental. Crear comitès territorials interdepartamentals que integrin l'àmbit social, el sanitari així com taules de discussió on els diferents professionals poguessin debatre sobre programes específics per actuar en una línia conjunta. Crear un model d'intervenció global coordinada, amb una mateixa visió de conjunt, que tingui en compte a la persona i garanteixi la seva participació en l'entorn, la seva autonomia i les activitats bàsiques de la vida diària.

- **Creació d'òrgans tècnics:** S'encarregarien de fer el seguiment per millorar la coordinació entre l'administració i els professionals que posen en pràctica els programes que elaboren conjuntament.

- **Mapa compartit de recursos:** a ser possible incloent àmbits com treball, habitatge... que posi en pràctica el Pla Integral. Aprofitament dels recursos existents, dotar-los de recursos materials i econòmics, i usar les noves tecnologies per facilitar l'intercanvi d'informació. Agrupar la informació rellevant de l'usuari per a la seva assistència en un expedient compartit informatitzat que englobi dades tan socials com sanitàries. Necessitat d'un historial únic que englobi social i sanitari.

### 3. Àmbit de les Drogodependències

L'abús de substàncies addictives condiona la vida laboral, l'autonomia en la vida quotidiana i les relacions familiars i socials de les persones drogodependents. "Els perjudicis per a la salut del consum de drogues, la desviació de rendes que suposa i la creació de grups tancats en torn a aquestes pràctiques, que poden apropar-los a altres grups marginals, són elements que interrelacionen droga i exclusió.

#### 3.1. Dèficit de coordinació sociosanitària

L'abordatge de les necessitats socials, sanitàries, ... de les persones demanen de respostes i actuacions conjuntes i integrals que requereixen intervencions coordinades i des de la cooperació entre els àmbits social i de salut. La clau de tot plegat, entre d'altres coses, està en els dèficits estructurals que condicionen la pròpia coordinació, els seus resultats i alhora l'èxit de reinserció de les persones ateses.

Els factors identificats tenen a veure amb diferents aspectes i recursos:

- **Dificultat per trobar objectius de treball comuns:** això és degut al desconeixement profund de quines són les funcions de les entitats i les seves carteres de serveis i del fort corporativisme entre els professionals dels diferents serveis. Aquesta diversitat de perfils acaba desenvocant amb un nul reconeixement dintre els professionals (educadors).
- **Variabilitat de tipologia d'usuaris:** acaba obligant a adaptar contínuament els serveis i el tipus d'atenció. Obliga a modificar estructures i dinàmiques.
- **Manca de places públiques:** acaben generant un gran volum de llista d'espera.
- **Nombre professionals (serveis socials):** és poc adequat a la càrrega de treball. També hi ha una constatació d'un gran volum de feina.
- **Manca coordinació entre els dispositius:** L'accessibilitat als serveis socials es veu negativament afectada per la fragmentació i la manca de recursos adequats a les diferents situacions en què es poden trobar aquests usuaris.
- **Protocols rígids:** sovint no s'adeqüen a les necessitats concretes dels usuaris. Per exemple, els criteris d'inclusió en alguns serveis, com en el de persones en situació de consum actiu o dèficit intel·lectual, fet que provoca que alguns usuaris no tinguin



l'atenció que necessiten ja que la seva situació no es correspon amb el perfil que els diferents serveis identifiquen. La rigidesa del sistema fa que es tingui poca capacitat per donar respostes ràpides.

- **Molts estereotips sobre els usuaris de drogues:** condicionen el tipus d'atenció que reben. En els serveis sanitaris existeix molt poca receptivitat per atendre a persones amb situació de consum actiu
- **Priorització de criteris mèdics:** Hi ha una asimetria a l'hora de jerarquitzar el problema. Es tracta el símptoma que genera la situació d'urgència, sense tenir en compte la globalitat de la situació.

### 3.2 Impacte dels dèficits de coordinació

Un cop més s'identifica que els dèficits de coordinació entre els dos sistemes d'atenció a les persones, salut i social, tenen una repercussió directe sobre la salut de les persones. Altres factors que també influeixen i alhora dificulten les possibilitats d'integració social són, la manca de continuïtat entre els diferents serveis i dispositius i l'excessiva tendència a l'assistencialisme.

#### 3.2.1 Impacte sobre les persones

- **Augment de les recaigudes:** provocat per unes llistes d'espera que provoquen que molts usuaris desisteixin de la seva demanda d'atenció i fan augmentar els problemes de salut (prova abandonaments).
- **Fragmentació i desprotecció de l'usuari:** l'usuari es veu obligat a utilitzar diferents serveis i rebre atenció de diferents professionals que, entre ells, no estan coordinats. Aquests factors cronifiquen els processos i genera desesperança als usuaris. L'abordatge de la persona és fragmentada sense una visió integral.
- **Dificultat per entrar al món laboral:** condicionat, clarament, per la situació social i sanitària i per la manca de formació. La reinserció requereix una bona formació professional; les activitats que se'ls ofereix des dels serveis sovint són útils perquè no estan enfocades al mercat laboral.
- **Usuaris rebutjats:** Sovint, per culpa de l'actitud de certs treballadors sanitaris que no saben com tractar-los (excepte serveis específic CAS). L'estigma social i la percepció de tracte discriminatori, sovint provoca un alt percentatge d'abandonaments.

#### 3.2.2 Impacte sobre les entitats

- **Disputa per decidir de qui és l'usuari:** provocat per la fragmentació de competències i la rigidesa dels protocols. La manca de referents centrals de la persona tampoc ajuda a atendre aquestes qüestions.
- **La descoordinació:** impedeix avançar més enllà dels objectius inicials, genera intervencions supèrflues, negatives i desmotivadores tant pel pacient com pels professionals, que veuen com la seva feina no té el resultats desitjats.

### 3.3 Col·lectius més perjudicats

En el col·lectiu de persones drogodependents, les persones més perjudicades per la falta de coordinació entre el diferents serveis i nivells d'atenció, trobem:

- **Persones amb consum actiu:** aquelles que presenten situacions més complexes com les persones amb consum actiu, en situació de marginalitat (sense llar i amb les relacions familiars trencades), en situació de residència i permís de treball irregular, amb problemes afegits de salut mental o amb minusvalidesa manifesta, i aquestes situacions encara s'agreuuen més si són dones qui les pateixen.
- **Persones tutelades:** persones incapacitades judicialment i que plantegen algun tipus de trastorn molt específic com la síndrome de Diògenes, que complica moltíssim qualsevol derivació . D'altra banda la coordinació amb els Centres Residencials d'Acció Educativa (CRAE) on resideixen els menors tutelats per l'administració també és força complicada.
- **Propis professionals:** A vegades pateixen un important desgast per la manca de treball en xarxa i dificultats de coordinació presentant símptomes d'esgotament professional.

### 3.4 Propostes de millora

#### Des del punt de vista dels usuaris:

Les oportunitats socials per la inclusió s'identifiquen amb aquell seguit d'actuacions de proximitat, amb professionals de referència i tracte personalitzat. Pel que fa a les propostes de millora es vol potenciar a les persones i la dignificació en el món laboral.

#### Oportunitats d'integració:

Tal com dèiem més amunt, el recolzament dels professionals es valora molt positivament així com la continuïtat amb un professional de referència i el valor que suposa les relacions de confiança que s'estableixen amb els professionals.

D'altra banda, aconseguir que es produeixi un accés ràpid als recursos i dispositius, pot evitar demores i llistes d'espera que a vegades poden agreujar moltes situacions que amb intervencions ràpides quedarien resoltes de forma eficaç.

#### Propostes de millora:

En la mateixa línia es considera important adequar la formació a les necessitats i habilitats de les persones per tal de perfilar millor interessos i possibilitats d'integració laboral. En aquest sentit es proposa potenciar un conjunt d'accions, pactes i incentius amb les empreses amb l'objectiu de promoure la contractació de persones en procés de rehabilitació o ja rehabilitades.

#### Des del punt de vista de les entitats:

Bàsicament i coincidint amb altres aspectes ja valorats es considera que els majors beneficis d'una millor coordinació entre els àmbits de la salut i el social així com també a nivell intern, revertiria en una millor atenció i qualitat assistencial a les persones.

#### Beneficis en la vida de les persones ateses:

- **Fer una detecció més real de les necessitats:** permetria una major adequació de les intervencions, amb respostes més eficaces i eficients.
- **Major qualitat de vida:** fruit d'una millora en els resultats dels programes

#### Beneficis en el treball de les entitats:

- **Millor coordinació:** permetria establir sistemes d'informació que possibilitaries tenir la informació real de tota la història prèvia. S'evitaria la duplicació d'esforços i per tant, optimitza els recursos disponibles. També facilitaria la professionalització dels serveis i de l'atenció que es dona als usuaris, amb una major satisfacció dels professionals que veurien els fruits de la seva feina.
- **Facilitar especialització:** Alhora s'aposta per la formació per als professionals que incorpori la transversalitat dels serveis i les habilitats per atendre les necessitats específiques dels usuaris en situació de vulnerabilitat
- **Línies d'intervenció integrades (mèdica, psicològica i social):** facilitarien el seguiment de la persona atesa i assegurarien traspàs d'informació i qualitat assistencial.
- **Treball en xarxa:** treballar a partir de la corresponsabilitat entre les entitats i els professionals, i fer un pla d'atenció individualitzat que contempli una atenció integral.
- **Integració Serveis Salut Mental i d'Atenció a les Drogodependències:** sobretot en els serveis d'Atenció Primària de Salut i també accions interdepartamentals des del Govern per poder dissenyar polítiques que tinguin en compte la complexitat de la realitat sociosanitària.
- **Espais per atendre i escoltar a les famílies:** Les entitats es troben que, a vegadesm han d'atendre a les famílies en espais compartits ion no es pot assegurar l'intimitat.

## 4. Àmbit persones sense llar

Les persones en situació de sense llar són, com s'ha explicat a la part inicial del document, un col·lectiu molt vulnerable i, per tant, més permeable a empitjorar la seva salut de manera relacionada a la situació d'exclusió. I, recíprocament, els hi és més difícil remuntar la seva situació social, entre altres motius, també per l'extrema vulnerabilitat en salut i la dificultat en solucionar o estabilitzar aquest àmbit. Aquest col·lectiu presenta nivells de cronicitat i morbiditat en general superiors als de la majoria de la població catalana.

### 4.1. Dèficit de coordinació sociosanitària

Es destaquen tres blocs a l'hora d'identificar els dèficits de coordinació i cooperació sociosanitària: dèficits i mancances pròpiament identificats, dèficits de coordinació que afecten a la salut i els que incideixen sobre la dignitat de les persones ateses i els professionals de l'àmbit social.

La relació i la comunicació entre els àmbits social i de la salut depèn gairebé de la construcció i capacitat de generar vincles de tècnic a tècnic. Les accions "tu a tu" són les que realment funcionen i sembla que normalment a instàncies de l'àmbit social.

Dins el sector de la salut s'identifiquen tres àmbits amb característiques i funcions diferents i cada un d'ells, alhora, es caracteritza per uns patrons de relació i comunicació diferents: Centres d'Assistència Primària, Consultes d'especialitat i els hospitals. Això comporta uns estils comunicatius i de traspàs de la informació també diferents que es comenten breument en l'apartat següent.

#### 4.1.1 Impacte la salut:

- **La relació amb els CAP:** La possibilitat de teixir aquesta xarxa de suport, depèn de la predisposició des de l'àmbit de la salut per un costat, i l'habilitat des del social en fomentar-la. La coordinació-relació no es desenvolupa als hospitals.
- **Consultes d'especialitat:** Es fa molt difícil el contacte professional-professional.. Només es donaria quan la persona de l'àmbit social acompanya a la persona sense llar exercint un rol de familiar/acompanyant.
- **Traspàs d'informació deficient:** Per part dels dos àmbits. Alhora, els dèficits de coordinació i col·laboració van lligats a la manca de coneixement del funcionament del sistema local.
- **La segmentació sanitària no permet una intervenció integral:** això pot acabar provocant que s'exclouï a la persona en situació de sense llar de la xarxa de salut.

#### 4.1.2 Impacte en la dignitat

- **Indignitat en el tracte amb els professionals socials:** Des de l'àmbit de la salut es dona per fet que el professional de l'àmbit social ha d'acatar els requeriments i condicionants provinents des de l'àmbit de la salut. Alguns gestors i professionals viuen aquesta situació com una manca de respecte.
- **Nivell d'agressivitat:** No hi ha consideració sobre el nivell d'agressivitat i violència que pateix el professional social, normalment desencadenat pels desajustos provocats pels dèficits assistencials en salut.

#### 4.2 Impacte en els dèficits sobre la salut de les persones i el treball de les entitats:

En les persones en situació de sense llar:

- **Abandonament del tractament:** Implica un retrocés en la millora, o en un empitjorament del seu estat de salut i sovint en una cronificació de la malaltia.
- **Desconfiança envers el sistema de salut:** També té un efecte rebot sobre la confiança de la persona sense llar en el sistema social i en el mateix professional social.
- **Nou historial mèdic a cada ingrés (en centres diferents de salut o social):** Això implica un inici de zero en cada cas i en tots els aspectes. Aquest fet no permet als professionals de cap dels dos àmbits una correcta atenció sense informació històrica.
- **Estigmatització:** La persona sense llar que veu empitjorada progressivament la seva salut, va deteriorant la seva imatge a ulls de la resta de la societat.

#### En l'àmbit d'atenció social:

- **Els impactes descrits poden revertir en:** incidir sobre el risc físic de patir agressions, així com sobre l'angoixa dels i les professionals, tant pel patiment i sentiment d'impotència davant el deteriorament de les persones ateses, com pel possible risc que en forma d'agressions impliqui sobre la seva pròpia persona i l'angoixa que aquest risc implica.

#### En l'àmbit de les entitats:

- **Assumir tasques de suplència d'altres àmbits:** concretament, els de salut orgànica i salut mental, dels que, moltes vegades ni se sap ni tampoc correspon.
- **Assumir pacients a centres socials:** normalment sense mitjans, formació, recursos, coneixements, infraestructura ni competències per fer-ho.

### 4.3 Col·lectius més perjudicats

- **Persones amb patologies globals:** Són persones amb malalties que per si soles no són greus, però que diverses d'elles en un mateix individu afecten al conjunt de la persona i, combinat amb el seu precari estat, l'incapaciten d'una o altra forma.
- **Persones amb pluripatologies:** són, pels professionals i gestors, aquelles que per exemple pateixen discapacitat i VIH; o drogodependència i diàlisi. És a dir, més d'una malaltia greu, que precisen un seguiment i atenció especialment curosos.
- **Persones no diagnosticades:** són aquelles que en contactar amb els serveis socials i mercès a la relació diària i creixent confiança, evidencien, ja sigui pel seu estat, pel que verbalitzen, o ambdós plegats, símptomes de malaltia greu o crònica, que la persona manifesta no haver tractat, o fins i tot, nega la possibilitat d'estar malalta.
- **Immigrants (sobretot en situació administrativa no regularitzada):** moltes vegades, el professional de l'àmbit social, amb més temps de relació i millor comunicació amb l'immigrant-pacient, té informació complementària que, de si es pogués posar a l'abast del professional de salut, possiblement podria ajudar al diagnòstic i tractament.
- **Joves extutelats:** moltes vegades, aquests joves assoleixen la majoria d'edat sense disposar de regularització administrativa i sovint sense passaport, amb la qual cosa es troben amb els mateixos problemes que el conjunt del col·lectiu immigrant no regularitzat
- **Les dones en situació de sense llar:** a més, són més susceptibles de patir agressions –violència física o verbal, robatoris –, i agressions sexuals.
- **Salut mental/malaltia mental:** la inclusió d'aquestes persones a la xarxa pública s'acaba convertint en quelcom gairebé impossible, doncs el temps d'espera va més enllà dels temps que solen estar aquestes persones en seguiment per la entitat social que ha iniciat la derivació, i quan aquesta derivació es produeix, els temps entre consulta normalment no poden cobrir els canvis d'estat de salut mental de la persona, i consegüent possible canvi necessari en el seguiment i potser tractament
- **Professionals de l'àmbit social:** normalment provocat i degut a les angoixes i el risc d'agressions. Dins del propi col·lectiu de professionals nos se'n parla, fins i tot hi ha

qui ho considera com a part de la feina.

#### 4.4 Propostes de millora

##### Des del punt de vista dels usuaris:

Els propis usuaris demanen no ser tractats com un col·lectiu sinó que s'han d'atendre les diferents problemàtiques de salut de cadascú, independentment de la seva situació de sense llar. El sistema els atén com a col·lectiu i no pas com a persones amb unes circumstàncies determinades. En definitiva, com a col·lectiu estigmatitzat, demanen deixar de ser considerats diferents. També, s'especifica, que no volen rebre un tracte diferenciat sinó rebre un tracte adequat a la malaltia.

Oportunitats d'integració:

- **Oferir expectatives reals i no fictícies:** Oferir expectatives reals, no només vol dir evitar aquest retrocés en la persona i la malmesa dels recursos invertits, sinó que, per contra, revertiria en una major motivació i compromís de la persona sense llar atesa en el seu propi projecte de treball per la millora de les seves condicions de vida, i redundaria en un millor aprofitament dels recursos destinats.
- **Comunicació fluida (àmbit social i sanitari):** permetria demanar o esperar del pacient sense llar accions o seguiments més acurats a les seves possibilitats i compromís del moment.

Propostes de millora:

Aquestes es basen bàsicament en la creació o la possibilitat de tenir accés a serveis d'odontologia i en la presència i més dotació de personal sanitari especialment per les nits.

##### Des del punt de vista de les entitats

L'aposta ha d'anar encaminada en la millora de l'eficàcia i eficiència de les seves intervencions. Cal aprofitar millor els recursos, tant els de l'àmbit social com el de la salut i que la coordinació entre els dos àmbits suposi una major evolució de la persona a nivell global: salut, autonomia personal, inclusió social, habilitats socials, etc...

Beneficis en la vida de les persones ateses:

- **Millora de l'estat de salut:** Aquest fet implica la millora de les oportunitats de supervivència, primer, i d'èxit social després. Una millor coordinació, entre els dos àmbits, influiria en una millora de les possibilitats de supervivència.

Beneficis en el treball de les entitats:

- **Implementació de canals establerts de coordinació**

Aquest canals de coordinació s'haurien de contemplar a nivell interàmbit i a nivell intraàmbit. En un primer nivell, la coordinació entre els dos àmbits ha de suposar, entre d'altres coses, comptar amb professionals de l'àmbit social que siguin els referents de les persones sense llar, com a figura equiparable a la de familiar, a qui transmetre la informació rellevant necessària per garantir el seguiment de la malaltia. Disposar-hi també per mirar de treballar conjuntament aquelles pautes,

directrius i consells que caldria que la persona/ pacient segueixi en la seva vida quotidiana, en funció a les necessitats que plantegi el professional de la salut.

Aquest referent facilitaria també al professional de la salut aquelles dades disponibles d'hàbits de vida o altres que puguin ser rellevants per tal de treballar correctament amb la persona.

En un segon nivell, la coordinació dins el propi àmbit hauria de possibilitar vies de transvasament de la informació entre els diferents entitats i serveis d'atenció a les persones sense llar. Això evitaria que la informació sobre la mateixa persona, s'iniciés de zero a cada nou recurs social en el qual estigués. En el cas de l'àmbit de la salut aquest transvasament de la informació facilitaria el tractament i seguiment integral de persones amb patologies globals o pluripatologies que a hores d'ara estan ateses per serveis diferenciats i estancs amb les dificultats lògiques de fer un abordatge conjunt de la seva persona i les malalties que presenta tot integrant les necessitats de tractament.

- **Creació de protocols de col·laboració**

- Protocols de circuit: Estipular "qui" o "quin servei" ha de dotar "quin recurs" i "com", de tal manera que ambdues xarxes, la de salut i la social, sàpiguen quins són els seus interlocutors quan sigui necessari.
- Protocols d'atenció: Treballar a fons un seguit de categories que permetin catalogar amb flexibilitat quin és el tipus d'atenció sanitària i quin és el tipus d'atenció social que la persona necessita.

- **Normalitzar la informació:**

El/la professional de l'àmbit social respecta el secret professional igual que el personal professional de l'àmbit de salut, i té en el respecte de la intimitat que li dipositi la persona sense llar una eina de treball que, per altra part, no pot ser mai vulnerada.

- **Recursos per l'àmbit de la salut:**

Es destaca la necessitat de més professionals en l'àmbit de la salut mental. Els que hi ha, són totalment insuficients i dedicats bàsicament als trastorns mentals severos. Calen també més recursos orientats a persones amb trastorns de la personalitat de caràcter preventiu per tal d'evitar mesures i tractaments més pal·liatius que, en molts casos, no corresponen a la realitat present.

D'altra banda, hi ha moltes persones de carrer, amb pocs hàbits, per les que seria molt positiu disposar d'algun punt o punts per la ciutat, Punts d'administració de mediació, on poguessin anar a rebre l'administració de la pauta de medicació que necessiten.

- **Recursos per a l'àmbit social:**

Centres socials adaptats: Cal garantir uns mínims higiènics en els centres on s'atén als usuaris i proposar que si cal atendre una part de persones malaltes, fins a cert grau de malaltia, cal fer-ho en centres socials preparats i pensats a l'efecte.

Pisos d'inclusió social: Cal que aquest suport a domicili estigui coordinat entre els dos àmbits, especialment per a llargues estades, persones d'edat avançada o persones molt cronificades.

S'aposta per un model de recurs sociosanitari "adaptat": Que sigui pont entre l'hospital i el centre residencial per a persones sense llar.

## 5. Conclusions i propostes

A continuació es presenten, de manera esquemàtica, les principals conclusions i conseqüències que es deriven de l'aproximació als tres àmbits estudiats en relació a l'objecte d'aquest informe: Disfuncions entre els àmbits de salut i social respecte a la salut mental, les drogodependències i les persones sense llar.

- Els tres col·lectius explorats manifesten un important desconeixement del treball i les funcions de les entitats socials per part dels serveis de salut implicats, fet que dificulta derivacions, comunicació, traspàs d'informació i, molt important, una manca de treball comú que tingui en compte els objectius de l'usuari.
- Els dos àmbits implicats tenen objectius finals diferents en relació a les persones i col·lectius estudiats. Davant aquesta realitat, se sol forçar una prioritització dels criteris mèdics i objectius de salut, en detriment dels objectius i criteris d'integració social.
- Es detecta una manca de circuits coordinats per accedir a la informació de l'usuari, també per gestionar el procés degut a una informació fragmentada. Sovint, el propi usuari o el professional social de referència no tenen accés a part de la informació. Es fa èmfasi en la necessitat d'una història única compartida.
- En les persones que presenten algun problema de salut mental, o símptomes de patir-ne, es detecten dificultats per gestionar urgències psiquiàtriques i dèficits estructurals que ocasionen altes hospitalàries sense comunicació/coordinació amb l'entitat social, amb el conseqüent trastorn pel recurs social que ha de passar a tenir-ne cura.

Pel que fa a la manera com aquests dèficits impacten en aquestes persones i entitats, cal ressaltar els següents punts:

- La manca de coordinació incideix directament en la salut de les persones. La seva possibilitat de supervivència; en l'abandonament dels tractaments, per desmotivació i cansament; en la pèrdua de confiança en els sistema de salut i social; i sovint en els professionals de referència.
- La descoordinació fa més lenta i difícil l'obtenció de plaça en els recursos socials per una part, mentre que per l'altra, el temps d'espera és llarg per ser visitats pel sistema de salut en general i, especialment, en el circuit de salut mental.
- Les conseqüències de les interrupcions i ruptures en el seguiment de la salut trascendeixen aquest àmbit i poden arribar a suposar un retrocés, fins i tot trencament dels hàbits treballats, i amb els professionals i entitats. A vegades, i per aquest motiu, el professional o l'entitat social pateixen agressivitat i violència.
- Els tres col·lectius pateixen estigma social, orientat en dos sentits. Se senten moltes vegades estigmatitzats pel sistema de salut, a partir del tracte diferent i sovint percebut com un tracte discriminatori, i també pel conjunt de la societat, que els mira pitjor conforme pitjor és el seu estat de salut.



Quant als col·lectius més perjudicats, tots ho són, però especialment:

- Persones d'aquests col·lectius que pateixen pluripatologies o patologies globals: També, de manera significativa, en les persones en situació de sense llar, les persones no diagnosticades.
- Joves: Sense formació i en risc d'exclusió social; extutelats; sense regularitzar; amb problemes de salut mental i/o drogodependència.
- Dones en general: que es trobin en una o més d'aquestes situacions.
- Persones immigrades: sobre tot els que es troben sense permís de residència.
- Professionals de serveis socials: per saturació, poc reconeixement, càrregues excessives, angoixes, por i risc d'agressions entre altres circumstàncies que els dificulten el treball diari.

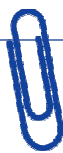
Respecte a les propostes de millora. les més rellevants són:

- Coordinar i simplificar els tràmits burocràtics, tan en l'àmbit social com sanitari.
- Augmentar els temps de visita dels serveis sanitaris, principalment en l'atenció a les persones que pateixen algun problema de salut mental.
- Determinar grups de risc i realitzar programes i recursos específics, així com el perfil d'usuaris per a cada recurs.
- Reconeixement del projecte de vida de les persones usuàries, amb atenció individualitzada, integral i holística, superant programes estandaritzats que no sempre tenen en compte els objectius de la persona ni la seva trajectòria de vida. Continuitat i coherència en l'atenció i entre els diferents dispositius. Oferir expectatives reals i no fictícies.
- Agrupar la informació en una història o expedient únic informatitzat i compartit, que assegurí la confidencialitat de dades, però que permeti una agilització de l'atenció. Creació de la figura gestora de casos. Normalitzar la informació de salut al professional social de referència.
- Elaborar un mapa interdepartamental de recursos socials i sanitaris compartit amb treball, habitatge i educació que permeti línies d'intervenció integrades, amb un referent únic.
- Treball en xarxa. Sistematitzar la coordinació amb canals concrets i definits, des d'un diàleg intersectorial. Implementar canals formals de coordinació amb la creació de la figura responsable de la coordinació.
- Unificar criteris en les intervencions, derivacions, avaluacions i utilització dels serveis. Marcar l'encàrrec professional, fixant de manera clara les funcions i tasques. Unificar en un catàleg la cartera de serveis.
- Establir un sistema de qualitat basat en l'avaluació dels serveis, intervencions i professionals, amb òrgans tècnics de seguiment.

- Contemplar la rehabilitació de les persones amb problemes de salut mental des dels serveis mèdics per evitar una visió i enfocament caritatiu. Itineraris de tractaments específics segons els perfils dels usuaris.
- Recolzament i suport als professionals. Reconeixement professional amb condicions laborals adients a la responsabilitat i tasques desenvolupades. Formació per facilitar i potenciar l'especialització.
- Formació dels usuaris d'aquests col·lectius per potenciar les seves capacitats, habilitats i potencialitats. Pactes i incentius a empreses que contractin persones en procés de rehabilitació.
- Programes d'informació i sensibilització social en relació als col·lectius de referència d'aquest informe. L'objectiu és disminuir l'estigma social que la seva situació social i de salut comporta, i evitar la discriminació que pateixen. Fer extensius aquests programes per lluitar contra l'estigma de l'exclusió social.
- Pel que fa a les persones sense llar, són necessaris punts d'administració de medicació i assegurar que les persones d'origen estranger tenen tarja sanitària. També és important tenir en compte disposar de centres socials adaptats als usuaris, a les seves situacions i característiques, i a la seva dignitat. Pisos d'inclusió social i/o recursos de mitja o llarga estada.

Com a conclusió final de l'estudi, cal tornar a destacar 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. Si tenim en compte que la pobresa i l'exclusió social tenen causes estructurals, és necessari promulgar polítiques públiques que tinguin, com prioritat, atacar els factors que produeixen desigualtat, amb pràctiques estratègiques, preventives de l'exclusió i que afavoreixin la inclusió social, amb intervencions multidimensionals (educació, treball, habitatge, salut...), transversals i coordinades. Les entitats que treballen amb persones amb situació o risc d'exclusió social i els serveis de salut han de coordinar les seves actuacions perquè siguin més eficaces en la inclusió de les persones.

És imprescindible que les administracions enforixin el sistema de serveis socials, universalitzant-los, però de poc serveix que siguin forts si el mateix sistema continua generant bosses d'exclusió social. En aquest sentit, és urgent fer polítiques actives contra els eixos generadors d'exclusió i no modificar les polítiques implementades en cas de canvis de govern, tal com assenyalen els usuaris. És necessari vetllar perquè el sistema social (i les polítiques) sigui més just i equitatiu, i assegurui la inclusió de totes les persones.



**Dossiers  
del Tercer  
Sector**

Podeu trobar més dossiers a:  
[www.tercersector.cat](http://www.tercersector.cat)

Autor: Lluís Toledano i Rai Barba

Fonts: '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.

---

