

**VIURE AL CARRER AL DISTRICTE DE GRÀCIA
2021**

**Taula de Salut Comunitària Benestar i Barri
Gràcia Camp d'en Grassot**

TaulaBiB
benestar i barri · Gràcia

INDEX

- 1. Anàlisi de les característiques i de la situació de les persones sense llar**
 - 1.a) Introducció**
 - 1.b) Definició de situació de sense llar i característiques**
 - 1.c) Situació i característiques generals del sensellarisme a Barcelona i al Districte de Gràcia**

- 2. La situació de salut de les persones sense sostre**
 - 2.a) Aspectes generals**
 - 2.b) Condicionants per la salut i problemes més importants**
 - 2.c) Mortalitat**
 - 2.d) Morbiditat. Problemes de salut més comuns**
 - 2.e) Autopercepció de salut i de necessitat**
 - 2.f) Accés i atenció sanitària**

- 3. Actius al Districte per persones sense llar**

- 4. Xarxa d'atenció municipal d'atenció a les persones sense llar**

- 5. Projecte "Ningú dormint al carrer a Gràcia"**
 - 5.a) Objectius**
 - 5.b) Activitats i propostes d'acció**
 - 5.c) Avaluació**

- 6. Bibliografia**

- 7. Annexes**

1. Anàlisi de les característiques i de la situació de les persones sense llar

1.a) Introducció

No tenir una llar és una realitat que afecta moltes persones dels nostres barris, ciutats i països i que té a veure amb motius individuals de les persones però sobretot amb motius estructurals.

A la Unió Europea, en els darrers 10 anys hi ha hagut un increment del 70% de persones en situació de sense llar (700.000), segons el treball publicat pel Comissariat de Treball i Afers Socials de la UE^{1,2}. Aquestes dades les comparteixen també la Federació Europea d'Organitzacions Nacionals que treballen amb Persones Sense Llar (FEANTSA) i la fundació Abbé Pierre (2020).

Un estudi de l'any 2017 fet a vuit països europeus sobre la prevalença del sensellarisme destaca que el 4,96% de les persones enquestades va afirmar que s'havia trobat sense llar tota la seva vida, un 1,9% en els darrers cinc anys i el 0,7% durant l'últim any. Aquest estudi destaca la prevalença de la situació de sensellarisme dels homes d'entre 45 i 54 anys amb educació secundària i en situació d'atur; sense parella (o solter) i que viuen en entorns urbans. Tots aquests factors estan fortament associats amb la manca d'habitatge³.

1.b) Definició de situació de sense llar i característiques

No tenir una llar significa situacions molt diverses: haver de viure directament al carrer, dormir en un alberg, viure en un pis massificat o en una barraca, viure temporalment en institucions, etc. A la Unió Europea, la FEANTSA i la seva classificació ETHOS (European Typology on Homeless) identifiquen quatre grans intensitats d'exclusió residencial: sense sostre, sense habitatge, habitatge insegur i habitatge inadequat.

No es pot deixar de vincular la problemàtica de les persones en situació de sense llar amb els canvis constants vinculats a les dinàmiques accelerades de la societat actual, en la mesura que aquests canvis perjudiquen severament les persones o grups que viuen en condicions molt desfavorables i/o exposats a situacions d'exclusió social.

A l'Estat espanyol, l'informe de FOESSA⁴ destaca que el 23% de la població d'Espanya es troba en situació d'exclusió social; a Catalunya, l'exclusió social afecta 2.258.000 persones, un milió més que fa tres anys i el percentatge arriba al 29%. A casa nostra, 915.000 persones viuen en habitatges inestables (Peu pàgina¹).

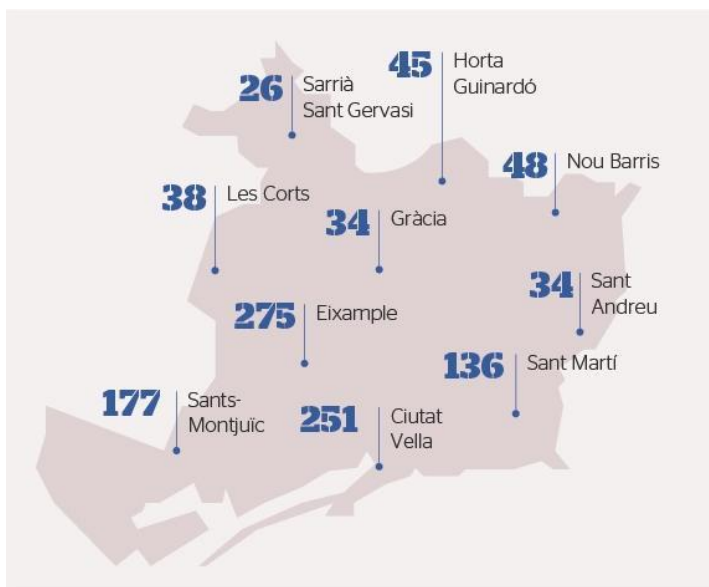
A Espanya segons les dades aportades per l'última enquesta a persones sense llar que utilitzen centres d'ajut i que realitza l'Institut Nacional d'Estadística⁵, la població atesa en centres assistencials d'allotjament va ser de 17.772 persones, un 1,3% menys que l'any 2018. Els centres amb serveis de restauració van oferir un 4,3% de serveis menys que dos anys abans.

1.c) Situació i característiques generals del sensellarisme a Barcelona i al districte de Gràcia

A Barcelona, al cens d'Arrels realitzat el juny de 2021, es van localitzar 1.064 persones dormint al carrer⁶ (Peu pàgina²). Cal considerar aquestes dades com a mínims.

¹ El nombre de persones sense llar no ha deixat de créixer, el que posa de manifest les limitacions de la resposta assistencial i la necessitat de seguir aprofundint amb estratègies preventives i que tinguin incidència política coordinada per canviar els obstacles legals que continuen expulsant ciutadans i ciutadanes al sensellarisme i a la pobresa (XAPSL/Ajuntament de Barcelona, 2019).

² Anualment, la XAPSL recull dades sobre les persones allotjades als seus equipaments durant una nit concreta, usualment del mes de març o maig, per tal d'evitar doblaments de les dades.



La mateixa nit del recompte també es van entrevistar 289 persones que vivien al ras a la ciutat. A través de les seves respostes, sabem que el 91% són homes, 7% són dones i un 2% s'identifiquen amb altres identitats o no van respondre. De mitjana, tenen 43 anys i fa 4 anys i 8 mesos que viuen al carrer. Set de cada deu són migrades. Gairebé la meitat venen a Barcelona a buscar feina i el 73% no té cap ingrés.

L'Eixample, Ciutat Vella,

Sants-Montjuïc i Sant Martí són els districtes de Barcelona que acullen més persones vivint al ras. Al districte de Gràcia es van trobar 34 persones dormint al carrer, de les quals 5 eren dones.

Cal destacar la disminució del sensellarisme femení, entre d'altres, per l'augment de places específiques per a dones sense llar a la ciutat des de l'inici de la pandèmia (40 places durant el 2020 i altres 26 més durant el 2021). Tampoc cal oblidar el fet que les dones i/o persones LGTBI estan exposats a un major risc de vulnerabilitat que el que experimenten els homes (Peu pàgina³).

Al barri de Gràcia es van localitzar 34 persones durant la nit del cens i 16 van ser entrevistades (13 homes i 3 dones).

	Persones localitzades	Persones enquestades
Gràcia	34	16
el Camp d'en Grassot i Gràcia Nova	13	4
la Salut	4	0
la Vila de Gràcia	16	11
Vallcarca i els Penitents	1	1

Segons les seves respostes⁶:

- En el total de Barcelona la mitjana d'edat és de 43,4 anys. Al districte de Gràcia augmenta fins els 45,9 anys.
- La majoria de les persones entrevistades tenen entre 26 i 55 anys.
- Tenen de mitjana 5 anys i 5 mesos de vida al carrer, una xifra més elevada que la que trobem a la ciutat (a Barcelona és de 4 anys i 8 mesos).
- Gran part de les persones sense llar entrevistades al districte de Gràcia viuen en aquesta situació de manera crònica: 4 persones fa que viuen al carrer entre 6 mesos i 2

³ Durant els últims anys, la política d'atenció a les persones sense llar de la XAPSL i de l'Ajuntament de Barcelona va fent un gir per tal de millorar la qualitat de l'atenció a les dones i la diversitat de gènere, per exemple en relació a centres de estada llarga o als Centres de Residència de Primera Acollida.

anys, i 5 fa entre 2 i 5 anys. També hi ha 3 persones que fa més de 10 anys que pateixen aquesta situació. Aquesta realitat es dona també a la resta de districtes.

- En el total de les 289 persones entrevistades a Barcelona, 7 de cada 10 són migrades. A Gràcia, 13 de les 16 persones enquestades també són migrades.
- Segons l'índex de vulnerabilitat, la majoria presenten un grau mig.

Hi ha una relació directa entre el temps al carrer i patir una situació de vulnerabilitat alta i un deteriorament més greu. En aquest sentit, a partir dels sis mesos de viure al carrer, augmenta considerablement el nombre de persones que són víctimes de violències verbals i físiques, així com les que són pressionades i manipulades per fer alguna cosa que no volen.

Cada cop hi ha més persones sense llar a Barcelona que han cronificat la seva situació, de manera que urgeix una atenció prioritària i uns recursos adaptats a les seves necessitats.

2.La situació de salut de les persones sense llar⁷ (Peu pàgina⁴)

2.a) Aspectes generals

Les persones en situació de carrer estan sotmeses a unes condicions materials i uns condicionants de la salut molt insalubres que condicionen la seva salut, l'augment de malalties i la seva esperança de vida. La cronificació de la situació i el major temps d'anys al carrer augmenta la vulnerabilitat, la morbiditat i disminueix l'esperança de vida.

Un estudi realitzat a Catalunya evidencia que les persones sense llar nascudes a l'estranger són més joves i saludables que les persones sense llar d'origen espanyol⁸ i que aquestes presenten major risc de mortalitat⁹. Altres estudis assenyalen que les persones sense llar d'origen espanyol pateixen més malalties cròniques, més problemes de salut mental i més consum de tabac i altres drogues, tot i tenir més freqüentment algun ingrés econòmic, millors condicions d'habitatge, i més accés al sistema sanitari, que les persones sense llar d'origen estranger.

Segons les enquestes fetes per Arrels el 2021 a 289 persones que viuen als carrers de la ciutat⁶:

- El 43% de les persones afirma tenir algun problema de salut
- Un 26% diuen tenir alguna malaltia crònica de fetge, ronyons, cor, estómac o pulmons
- Augmenta fins el 18% el nombre de persones que perceben tenir algun problema de salut mental
- Un 40% de les persones ha visitat els serveis mèdics d'urgències en els últims sis mesos
- Un 22% de les persones que viuen al carrer mencionen que tenen addiccions
- Una de cada cinc persones entrevistades han dit que no s'està prenent la medicació que li ha receptat el personal mèdic
- El 38% de les persones enquestades no disposen de targeta sanitària, mentre que un 55% sí que en tenen

2.b) Condicionants per a la salut i problemes més importants

No tenir les necessitats bàsiques cobertes, patir agressions, no disposar de targeta sanitària, haver viscut experiències traumàtiques, estar exposades a calor i fred, etc., són algunes de les

⁴ En aquest estudi 611 persones en situació de sense llar de Barcelona varen ser enquestades utilitzant l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA). Es van analitzar tres àmbits de la seva salut: l'estat de salut real o morbiditat, la percepció que tenen d'aquest estat de salut i l'atenció sanitària que reben.

causes que deteriorenen l'estat de salut de les persones que viuen al carrer. La salut tampoc es pot separar de tenir habitatge, treball, ingressos, etc.

En un estudi realitzat a persones sense llar a Madrid es constata que les dones han patit més traumes al llarg de la seva vida que els homes, bàsicament relacionats amb violència i abusos sexuals a la infància i de grans, i maltractaments per part de les seves parelles¹⁰. Els estressants en els homes estan més relacionats amb abús d'alcohol, problemes amb la policia, arrestos i empresonaments¹¹. I aquesta violència envers les dones continua al carrer on pateixen moltes més agressions que el homes¹². Això queda reflectit en un estudi qualitatiu publicat al 2021 i realitzat a Madrid, on les dones descriuen com és viure en "una espiral de violència"¹³ i la revictimització i vulnerabilitat que això els provoca.

2.c) Mortalitat

Viure al carrer s'associa amb un risc molt més elevat de malalties i mort prematura. Els estudis i l'evidència empírica mostren que la mortalitat és major i la esperança de vida és molt inferior en les persones que viuen en situació de carrer respecte de la població general. Es calcula que la seva esperança de vida és fins a 35 anys menor¹⁴ que la de la població general.

En un recent estudi realitzat a Catalunya, l'edat mitjana de la mort va ser de 49 anys⁹; els factors relacionats amb la mortalitat prematura van ser: ser originaris del Estat Espanyol vs. d'origen estranger (segurament perquè aquests últims són més joves), la durada de la situació de sensellarisme, la diabetis i el consum d'alcohol.

2.d) Morbiditat. Problemes de salut més comuns

Alguns dels problemes de salut comuns que poden tenir les persones sense habitatge inclouen¹⁴:

- Problemes relacionats amb una alimentació deficient i deficitària com ara desnutrició. A l'estudi de Juan Uribe i Sara Alonso⁷, el 5,5% de les persones enquestades tenia infrapès, és a dir, estaven situades per sota de la categoria del pes normal
- Malalties cròniques habituals com ara hipertensió, diabetis, cardiopaties... Les persones enquestades per Arrels al districte de Gràcia al juny del 2021 cinc persones manifestaven tenir malalties cròniques
- Malalties infeccioses sobretot pulmonars (pneumònies, tuberculosi...), malalties de transmissió sexual, VIH, hepatitis, i infeccions cutànies
- Problemes mentals
- Addiccions i problemes en relació al consum d'alcohol, tabac i altres drogues
- Accidents. Ferides i fractures

Respecte dels consums i problemes de salut mental, un estudi publicat a Girona mostra que aquestes persones tenen una prevalença alta de malalties mentals que inclou addiccions (82,6%). Pel que fa als consums, 43,9% mostren dependència a l'alcohol seguit per dependència a cocaïna i opioïdes. Les persones originàries de Catalunya i Espanya tenien més diagnòstics de patologia mental i més addicció a cocaïna i opioïdes, i les persones migrades més dependència a l'alcohol¹⁵.

2.e) Autopercepció de salut i de necessitat

Les persones en situació de sense llar consideren que estan millor de salut del que estan en realitat, i reben una atenció per sota de la que necessiten (lleis de cures inverses)⁷. Una revisió d'estudis de percepcions de les persones que viuen al carrer mostra que ser home, estar abstinent del consum de drogues, estar en els grups de edat joves i tenir targeta sanitària estan associats a tenir percepció de bona salut. Per contra, consumir drogues, haver estat una nit a l'hospital durant l'últim mes, tenir dificultats per dormir, tenir una discapacitat i pertànyer als grups de més edat, eren factors associats a tenir percepció de salut dolenta¹⁶.

2.f) Accés i atenció sanitària

Les persones en situació de carrer sovint prioritzen cobrir les seves necessitats vitals bàsiques, com ara lloc per dormir, refugi o menjar abans que l'atenció sociosanitària. Tampoc la prevenció i promoció de la salut està entre les seves prioritats¹⁴. Quan s'entrevista a persones en situació de carrer manifesten que només demanen atenció i van als serveis sanitaris quan estan molt malalts, tenen dolor o han patit ferides o lesions¹⁷ (veure a l'annex 1 els resultats del grup de discussió realitzat a Heura).

Accedir als serveis sanitaris no es fàcil per aquestes persones. Els problemes burocràtics, la rigidesa d'horaris i funcionament, així com la discriminació i l'estigma, són barreres reconegudes per l'atenció a les persones en situació de sensellarisme^{14,16}.

Daniel Roca, metge de capçalera al Centre d'Atenció Primària Drassanes i al Centre d'Atenció Sociosanitària-Sala Baluard del Raval ho expressa així¹⁸: *“Una persona sense sostre no té una accessibilitat fàcil al sistema sanitari per la via convencional, sinó que normalment és gent que no consulta el metge i quan ho fa és perquè està molt malament. I llavors ho fa a través del servei d'urgències. La seva consciència de malaltia va associada al dolor, de manera que si no fa mal no ho considera greu, i així queden amagades patologies cròniques, com la diabetis...”*.

En les entrevistes realitzades a persones sense llar a Barcelona, les persones entrevistades manifesten que habitualment troben barreres importants per l'accés als serveis que s'agrupen en: 1) administratives; 2) personals i basats en la creença que serà discriminat o que el cobraran o no podrà pagar el tractament; 3) professionals, quan els professionals de la salut tendeixen a fer intervencions minimalistes amb una implicació i dedicació minsa i que mai aplicarien a altres grups de pacients¹⁷. Destaquem també que dintre d'aquesta atenció subòptima les persones migrades sense llar la pateixen més especialment i refereixen més problemes d'accés i menys visites tant a l'atenció primària com als hospitals.

Hi ha evidència doncs que l'atenció prestada a les persones sense llar és menys apropiada que la donada a la població general tant a l'atenció hospitalària com a l'atenció primària¹⁴. Malgrat això, en els sistemes sanitaris de cobertura universal i primaristes l'atenció es millor que en altre tipus de sistemes sanitaris. Se sap també que si no hi ha atenció primària o no la utilitzen l'atenció és desplaça als serveis d'urgències i això té implicacions per la seva salut (Peu pàgina⁵).

⁵ Hi ha proves reincidents i feaents que tenir vincle amb els professionals d'atenció primària al llarg dels anys millora l'expectativa de vida¹⁹.

3. Actius al Districte per persones sense llar

Nom entitat	Tipus de servei	Accés	Activitat	Contacte
Centre obert Heura	Atenció, acompanyament i acollida a persones sense llar Dv: servei específic per a dones	Accés directe	Relació, descans, tallers, sortides culturals. Dutxes, roba, consigna. Hort comunitari compartit amb Llar de Pau. Horari: dl a dv: 16,30 a 19,30. Dones: dv de 16,30 a 19,30	Av. República Argentina, 1-D i 24 Telf. 932174549 info@centreheura.org www.centreheura.org
Associació Rauxa	Sociosanitari. Pisos terapèutics. Comunitat terapèutica (Alberg) per persones sense sostre amb drogodependències	Captació al carrer amb la furgoneta RAUXA	Tractament i rehabilitació a persones sense sostre amb dependència a drogues: tabac, alcohol...	C/ Dr. Rizal 14 Baixos Telf. 934156298 e-mail: asrauxa@rauxa.org
La Terrasetta	Menjador social	Accés directe 3dies l'any. Per continuïtat cal derivació social	Sopars diaris (de dl a diumenge) de 18 a 20 hores	C/ Fraternitat 40 Gestionat per: Associació Rauxa
Església Ejército de Salvación	Menjador social Distribució de roba	Accés directe	Esmorzar: Horari: 08-09,30 de dilluns a divendres	c/ Robí 18 baixos
Obra Social Cor de Maria	Servei de Suport i acolliment diürn Assistència social i sanitària Espai de relació de gent gran teràpia d'alcoholisme i altres addiccions	Accés directe i derivats d'entitats	"Dinars en companyia" Horari: dl a dv 13,30-14,30 Repartiment productes d'higiene personal (Fundació La Nau) en hores convingudes	C/ d'en Grassot 32 baixos info@osscm.org Telf: 934578926
Clínica social Acció Planetària	Treballa per millorar el nostre entorn i qualitat de vida de les persones amb menys recursos. Funciona a través d'una cadena solidària que s'activa quan una persona que es pot pagar la seva atenció odontològica entra a la	Derivació servei social o una entitat	Atenció odontològica Horari: 9-14 i 16-20	C/ Martínez de la Rosa, 9 93 177 54 55 clinica@accionplanetaria.org https://www.accionplanetaria.org/ Forma part de Gràcia Solidària Clínica "Les 1001 dents"

Nom entitat	Tipus de servei	Accés	Activitat	Contacte
	"Clínica dental 1001 Dents", un % dels seus beneficis es destinen al manteniment de la clínica solidària			C/ Fco Giner, 12 93 177 54 54
Rebost Solidari	Pla contra la pobresa.	Derivació servei social	Distribució d'aliments Horari: dm, dj, dv de 10 a 20 h dc. de 16 a 20 h	C/ Reig i Bonet 12 A info@rebostsolidaridegracia.cat https://www.rebostsolidaridegracia.cat/ Projecte desenvolupat per: "Gràcia participa"
Banc Expropiat	Centre social ocupat des de 2011 Autogestió i suport mutu	Accés directe	Horari: dl a dv de 18 a 21 h Botiga gratuïta de roba	c/ Quevedo núm. 13-15
Gràcia participa	Contra la bretxa digital en col·laboració amb dels 3 casals comunitaris del barri: - La Violeta (dj 17-20 i div 10-13) - Casal Cardener (dll i dj 10-13) - El Coll- La Bruguera (dm 10,30-13 i dx 16-18).	Accés directe	Punts d'informació per assessorar i acompanyar a les famílies més vulnerables en la tramitació d'ajudes,... que l'administració posa al seu abast	graciaparticipa@gmail.com https://www.graciaparticipa.cat/ La Violeta: c/ Maspons,6 Tel.937060881 Casal Cardener: c/ cardener, 45 Tel.932100803 El Coll- La Bruguera: c/ Aldea 15 Tel. 932562877
Església Evangèlica de Gràcia	Distribució d'aliments.	Derivació servei social	Distribució d'aliments a famílies. Els aliments els hi facilita el Banc d'aliments Horari: dj. de 10,30 a 12,30 h	C/ Terol 22 (església)
Banc de roba	Distribució de roba nova per estrenar de temporada passada, amb alguna tara.....	Derivació servei social	Distribució roba per estrenar	C/ Rabassa, 39. Fundació AEMA coop social. Iniciativa Inditext
Llar de Pau	Acollida i acompanyament per a dones en risc d'exclusió social	Derivació servei social o assistent social d'hospitals	Centre convalsència Pis pont. Espai d'acollida. Hort comunitari compartit amb Heura	C/ Josep Jover, 2 secretaria.lldp@fillescaritatfundacio.org

4. Xarxa d'atenció municipal d'atenció a les persones sense llar

L'Ajuntament té un Servei d'Atenció Social al Sensellarisme a l'Espai Públic (SASSEP) per l'atenció a les persones sense llar amb tres departaments: 1. Departament de serveis diürns i residencials col·lectius; 2. Departament de serveis i programes d'allotjament individual; 3. Departament de Serveis Socials d'intervenció a l'espai públic.



Fig 1. Estructura dels Serveis Socials d'Intervenció a l'Espai Públic de l'Ajuntament de Barcelona

Tal com podem veure a la figura 1 hi ha diferents serveis per atendre les persones segons la seva situació: Les persones sense sostre els atén el SASSEP. Si són famílies amb menors, encara que visquin a infravivendes, són ateses per SISFAM. Els joves no acompanyats són ateses per SDI.

El SASSEP compta també amb un Observatori que recull, centralitza, sistematitza i analitza les dades, ubicacions, tendències i fluxos de les persones sense llar que viuen al carrer i en assentaments.

L'àmbit d'intervenció del SASSEP és de ciutat, és a dir està centralitzat, si bé tenen professionals adscrits a cada districte. Té un equip de carrer a cada Districte i té un Gràcia. Aquest equip es coordina amb l'equip de carrer d'Arrels de Gràcia.

La detecció de casos i les demandes al SASSEP es fan a través del propi servei i els seus professionals de carrer, la ciutadania, els serveis socials bàsics, la guàrdia urbana i els mossos, les entitats i les taules de treball i seguiment amb els districtes.

Serveis d'atenció a les malalties mentals

ESMeSS (Equip de salut mental per a persones sense llar, gestionat per Fundació Sanitària Sant Pere Claver i Sant Joan de Déu. Realitza tractament integral en salut mental a persones sensellar amb trastorns mentals greus.

REDAN (reducció de danys) del CSMIJ Gràcia, ubicat a l'hospital de l'Esperança. També hi ha un altre REDAN a Numància que depèn del CAS Baluard.

Llar Pere Barnés de la Fundació Arrels.

5. Projecte “Ningú dormint al carrer a Gràcia”

5.a) Objectius:

Objectiu General

Elaborar un **Pla de districte per persones sensellar** i aconseguir que ningú dormi al carrer al nostre Districte.

Objectius Específics

Objectiu 1: Fer un “**Pla de districte per persones sensellar**” per presentar a l’Ajuntament de BCN.

La proposta és descentralitzar els serveis i que aquests siguin de districte i no de ciutat, com són actualment. Serveis al barri, atenció descentralitzada a serveis socials, Padró, TSI, serveis de consigna, allotjament...

Objectiu 2: Habilitar **espais petits on passar la nit de manera segura, obrir centres de dia on descansar i fer ús de serveis bàsics, augmentar els serveis de dutxa i de consigna i garantir àpats calents** al districte.

Objectiu 3: **Sensibilització i visibilització al barri i entitats** sobre les persones que estan en situació de carrer.

Objectiu 4: Fer una **Xarxa comunitària solidària tant d’entitats com de persones: Xarxa de voluntaris per fer acompanyaments; Xarxa de servei de consigna** per guardar i protegir les pertinences de les persones que viuen al carrer: que centres cívics, altres entitats públiques, comerciants, etc... oferissin un petit espai per aquestes persones (Peu pàgina⁶).

Objectiu 5: **Millorar l’accés i l’atenció sanitària de les persones sense llar dintre de la Xarxa Sanitari Pública:**

Donar a conèixer aquestes persones als serveis de Salut, i principalment als CAP. Explicar el seus problemes, les seves necessitats, l’esperança de vida, els condicionants socials de la salut...

Abordar el tema de les desigualtats i llei de cures inverses en l’atenció de salut de les persones sense sostre.

Aconseguir que el màxim de persones que dormen al carrer al districte normalitzin la seva atenció als CAP, garantint a llarg termini i de manera adequada l’accés, els vincles amb els professionals de referència i la atenció longitudinal en l’atenció de salut.

Objectiu 6: Aconseguir que totes les persones que pernoctin al carrer al districte estiguin empadronades i tinguin targeta sanitària.

Objectiu 7: Salut dental

Objectiu 8: Inserció laboral

⁶ A Anglaterra hi ha una iniciativa d’una xarxa solidària de comerciants que ofereixen guardar les pertinences a persones sense llar.

6. Bibliografia

1. Mendes Godinho Ana, Schmit Nicolas, Yves Leterme. Homelessness cannot be just another 'Fact of Life' in the EU. Publicat pel Comissariat de Treball i Afers Socials de la UE. 2020. Disponible a <https://www.euractiv.com/section/economy-jobs/opinion/homelessness-cannot-be-just-another-fact-of-life-in-the-eu/>
2. Conocer per actuar. Políticas públicas de sinhogarismo en Europa. Fundació Rais. 2020. Disponible a <https://hogarsi.org/wp-content/uploads/2021/04/CONOCER-PARA-ACTUAR-2021.pdf>
3. Taylor Owen, Loubiere Sandrine, Tinland Aurelie et al. Lifetime, 5- year and past-year prevalence of homelessness in Europe: a cross-national survey in eight European nations. BMJ Open. 2019;9:e033237. doi:10.1136/ bmjopen-2019-033237.
4. Informe sobre Exclusión y desarrollo social en Cataluña 2021. Fundació FOESSA, Càritas. 2022. Disponible a <https://www.foessa.es/main-files/uploads/sites/16/2022/02/Informes-territoriales-2022-Catalu%C3%B1a.pdf>
5. Encuesta de centros y servicios de atención a las personas sin hogar. Instituto Nacional de Estadística, INE. 2020. Disponible a https://www.ine.es/prensa/ecapsh_2020.pdf
6. Cens 2021; 1.064 persones dormen al carrer a Barcelona, el 69% de les quals en una situació de vulnerabilitat alta o mitjana. Arrels Fundació. 13/07/2021. Disponible a <https://www.arrelsfundacio.org/enquesta2021/>
7. Uribe Juan, Alonso Sara. Les persones en situació de sense llar de Barcelona: perfils, estat de salut i atenció sanitària. Fundació Jaume Bofill. Informes breus 20. 2009. Disponible a https://xarxanet.org/sites/default/files/bofill_-_persones_sense_llar.pdf
8. Gil-Salmeron Alejandro, Smith Lee, Yang Lin , Rieder Anita, Grabovac Igor. Differences in health status, health behaviour and healthcare utilisation between Immigrant and native homeless people in Spain: An exploratory study
9. Calvo Fran, Turró-Garriga Oriol, Fàbregas Carles, Alfranca Rebeca, Calvet Anna, Salvans Mercè, Giralt Cristina, Castillejos Sandra, Rived-Ocaña Merçe, Calvo Paula, Castillo Paz, Garre-Olmo Josep, Carbonell Xavier. Mortality Risk Factors for Individuals Experiencing Homelessness in Catalonia (Spain): A 10-Year Retrospective Cohort Study. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2021;18(4):1762. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041762>
10. Rivas-Rivero Esther, Panadero Sonia, Vázquez José J. Intimate partner sexual violence and violent victimisation among women living homeless in Madrid (Spain). J Community Psychol. 2021;49(3):1-13. doi:10.1002/jcop.22619
11. Rodriguez-Moreno Sara, Vázquez José J, Roca Pablo, Panadero Sonia. Differences in stressful life events between men and women experiencing homelessness. J Community Psychol. 2021;49(2):375-89. doi: 10.1002/jcop.22465
12. Calvo Fran, Watts Beth, Panadero Sonia, Giralt Cristina, River-Ocaña Mercè, Carbonell Xavier. The Prevalence and Nature of Violence Against Women Experiencing Homelessness: A Quantitative Study. Violence Against Women. 2021; 28(6-7):1464-82.
13. Posada-Abadía Clara I, Carolina Marín-Martín Carolina, Oter-Quintana Cristina, González-Gil M Teresa. Women in a situation of homelessness and violence: a single-case study using the photo-elicitation technique. BMC Women's Health. 2021;21(1):216. doi 10.1186/s12905-021-01353-x

14. Roca Lahiguera Daniel. Sinhogarismo. Abordaje desde la Atención Primaria. AMF. 2021;17(3):144-51.
15. Calvo Fran, River-Ocaña Merçè, Font-Mayolas Sílvia, Carbonell Xavier. Homelessness and mental health diagnose during the Great Recession (2008-2017): the effect of immigration. Rev Esp Salud Publica. 2021;95: e202106079.
16. Omerov Pernilla, Craftman Asa G, Mattson Elisabet, Klarare Anna. Homeless persons' experiences of health- and social care: A systematic integrative review. Health Soc Care Community. 2020;28(1):1-11.
17. Cercadas A, Fernández A. Healthcare inequities and barriers to access for homeless individuals: a qualitative study in Barcelona (Spain). Int J Equity Health. 2021;20(1):84.
18. Roca Daniel. "El fet d'estar al carrer multiplica per 7 la mortalitat en homes i per 11 en dones". <https://www.arrelsfundacio.org/viurealcarrer2020-salut/>
19. Hogne Sandvik, Øystein Hetlevik, Jesper Blinkenberg, Steinar Hunskaar. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. Br J Gen Pract. 2022; 72(715):e84-e90. doi: 10.3399/BJGP.2021.0340

7. Annexes

Annex 1.

RESULTATS DEL GRUP DE DISCUSSIÓ AMB PERSONES QUE VIUEN O HAN VISCUT EN SITUACIÓ DE CARRER

Realitzat el 28/3/2022 al centre Heura Gràcia, Avinguda República Argentina 24

Moderadores: Sara Alonso i M^a José Fdez de Sanmamed

La durada del grup va ser d'hora i mitja. Es va considerar que era millor no gravar-ho. Per aquest motiu l'anàlisi es fa a partir de les notes preses per les moderadores.

Objectiu (que s'explicita als participants a l'inici de la sessió grupal)

Conèixer quines son les seves necessitats sanitàries i que fan i com son atesos quan tenen necessitats de salut

Informants i criteris de selecció

Es va entrevistar a 6 persones. Totes elles vinculades a Heura.

Per a la selecció es va intentar que hagués diversitat de situacions per tal que, en la mesura del possible, poguessin exemplaritzar, tot i les limitacions, diversitat d'experiències al carrer.

La mitjana d'edat va ser de 53 anys, amb edats compreses entre 36 i 66 anys. Pel que fa al sexe hi havia 1 dona i 5 homes, el que representa prou be la població de persones en situació de carrer en la que el nombre de dones es molt menor que el d'homes.

Dues persones eren immigrants i les 4 restants de l'Estat Espanyol i Catalunya. Dos estaven en situació de carrer (viuen actualment al carrer) i la resta, tot i que havien estat en situació de carrer, actualment viuen en habitació de lloguer i/o infravivenda.

Pel que fa a l'estat de salut, dos patien una malaltia crònica del cor: cardiopatia isquèmica i havien estat operats; una tenia una llarga història de malalties varies i alcoholisme (*"Jo soc pacient VIP de l'Hospital de Sant Pau"*); un tenia un certificat de minusvàlua per accidents patits a la infantesa i dos declaraven no tenir cap malaltia ni necessitat de salut.

Desenvolupament del grup

La discussió i debat van ser molt fluïts, tot i que amb preguntes orientades al tema de salut, es va intentar crear un ambient familiar i proper per tal de crear més espontaneïtat. El fet de tenir proximitat amb l'equip d'heura, sens dubte, va afavorir el desenvolupament que va passar d'una certa formalitat a ser més informal i relaxats. Es va partir de l'explicació de cadascun de la seva situació de salut i a partir d'aquí es va generar el debat.

Anàlisi

A partir de les narratives, vivències i experiències dels informants es construeixen categories d'anàlisi i interpretacions.

Categories: Estat de salut; Quan cal anar a un servei sanitari; Quins serveis utilitzen i on van habitualment; Com perceben el tracte rebut.

S'il·lustren els resultats amb verbatim (cites textuais) que s'escriuen en cursiva.

Resultat del anàlisi de les percepcions

Estat de salut

Es consideren forts i sans. No relacionen les malalties amb viure al carrer, tot al contrari. Arribar als 60 anys sense malaltia alguna, tot i viure al carrer, es una demostració i expressió de Fortaleza *“Que fort que soc(que som)”*.

Quan cal anar a un servei sanitari

Consideren que s'ha d'anar a un servei sanitari *“cuando te encuentras mal, sinó ¿para qué?”*
“Si em trobo be, perquè tinc que anar al metge?” *“una vegada em van fer entrar a conèixer a la doctora del CAP i va mirar la historia clínica i va dir “No hi ha res, esta en blanc”, es clar, perquè no tinc res”*.

La prevenció i promoció de salut no es una prioritat per ells. Pensen que no s'han de fer revisions ni analítiques. A la pregunta, que es per vosaltres sentir-se malament? responen: tenir febre, tenir algun dolor, tenir marejos, sang a l'orina o a algun altre lloc...

Quins serveis utilitzen i on van habitualment

1. Ambulància

Es un recurs que utilitzen quan tenen necessitats. Com que habitualment només van als serveis sanitaris quan estan realment malalts, no es infreqüent que truquin a l'ambulància per que els traslladi a l'hospital. Es el cas de les 2 persones que van patir dolor precordial per una angina de pit.

2. Hospitals i urgències

Quatre persones tenien experiències d'haver ingressat (3) o haver estat ateses a centres hospitalaris. Totes 4 coincideixen en que en tots van ser molt ben ateses. Van sortir valoracions molt positives de Sant Pau, Can Ruti i la Vall d'Hebron.

“Hay buenisimos médicos en Catalunya”, en referencia als metges hospitalaris.

3. Centres d'AP.

Només un informant amb malaltia crònica te vincle amb el seu CAP de Vilapiscina, fa anys que va, coneix de fa temps la seva metgessa, coneix menys a la seva infermera.

Un altre informant tenia metge al CAP Larrard i confiava en ell, però va canviar i amb el nou, i després de lo que ell considera un error de diagnòstic, ja no va i no confia.

La resta només van per fer i renovar les receptes de crònics, tot i que 5 de les 6 persones tenen TSI, CAP de referencia i professionals assignats.

“El CAP no vale para nada, no uso CAP, no soy de CAP. Solo confio en Sant Pau y cuando tengo algo voy directamente a urgències de Sant Pau”

Es van citar els següents CAP: Sarrià, Vilapiscina, Mataró, Pare Claret, Larrard, Sardenya.

4. Oficines de farmàcia

Les citen varies vegades com a punt d'atenció. Per les petites coses van allà i per les grans a l'hospital. Les oficines de farmàcia son molt ben valorades, allà els atenen sense problemes, les prenen la TA....

5. Referents i vincles

En general tot i tenir CAP i professionals assignats no els consideren referents i tenen dificultats per tenint vincles estables amb professionals de referencia i amb els CAP. Probablement la seva concepció de salut/malaltia, la itinerància, la desconfiança i el tracte que reben te a veure amb les dificultats per tenir aquests vincles.

Destaca també que només parlen de metges, no fan referència a altres treballadors sanitaris com ara infermers, treballadors socials...

Com perceben el tracte rebut

1. En la part tècnica

Refereixen bastants episodis que son considerats per ells com practiques inapropiades. Inclús els hematomes del braç al col·locar-les un stent (quelcom habitual i que no indica mala pràctica) es valorat com mala pràctica.

Destaquen la llista d'espera per els especialistes *"Em van dir "El cardiòlogo se ha olvidado de Vd.""* Sembla que la persona s'ho pren com quelcom personal.

Dona la impressió que s'ho prenen com un maltractament per la seva condició de persones en situació de carrer, i que, amb l'excepció dels metges dels hospitals, tenen un sentiment de desconfiança cap el sector sanitari.

2. En la part de tracte humà i dignitat

Quan estan en situació de carrer van menys als CAP perquè es senten jutjats per les aparences i menyspreats *"Cuando vas mal vestido y con el carro no te tratan bien, te miran mal, no te dejan entrar con el carro. Y te lo dicen en el mostrador delante de todo el mundo", "En el mostrador hay un rechazo a las personas humildes", "En la entrada, mostrador no me trataban bien".*

Posen en marxa estratègies per no ser humiliats *"Me arreglo y voy" "Te has de vestir bien, de alta sociedad para ir al médico, ja,ja,ja" "però si al médico se puede ir de cualquier forma, hasta desnuda..."*

"Per petites coses millor anar a la farmàcia. Allí et prenen la TA i no et miren malament"

Situen aquests tracte discriminatori als taulells. Quan passen el taulell, en el contacte posterior amb metges/sses i infermeres no ho senten i així ho expliciten.

Destaca que descriuen episodis de mala praxis als hospitals⁷ però no ho valoren com maltractament. Sembla que son més tolerants amb els hospitals que amb els centres d'atenció primària.

3. Altres dificultats per ser atesos

La literatura descriu barreres administratives i de manca de cobertura per l'atenció sanitària, però aquesta dificultat no va emergir al grup i tots els informats (excepte un que es desconeix perquè no es va manifestar) van mostrar amb orgull la seva TSI *"a més jo tinc la nova"*, van dir quan una de las moderadores va mostrar la seva TSI (de format antic).

⁷ Una informant explica que va ser donada d'alta de l'hospital després d'un quadre infecció a les dos cames, sense poder caminar i va ser remesa de nou al carrer. Tant es el cas que van tenir que robar una cadira de rodes de l'hospital per poder sortir.