

---

# La exclusió sanitària: una aproximació des del col·lectiu immigrant sense llar

Modalitat **RECERCA**

*Treball Final de Màster*  
*Màster Universitari en Treball Social Sanitari*

Autor/a: Lídia Conejero Lago  
Tutor/a del TFM: Càndid Palacín Bartolí

---

Juny 2021



Aquesta obra està subjecta a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/deed.ca>)

## Índex

Resum	6
Abstract	7
1. Introducció	8
2. Objectius	11
3. Metodologia	13
3.2 Tipus d'estudi i disseny de la recerca	13
3.2 Fases de la recerca d'investigació	14
3.3. Objecte d'estudi i mostra	15
3.4 Tècnica emprada	16
3.5 Buidatge de dades	17
3.6 Consideracions ètiques i legals	17
3.6 Limitacions de la cerca	17
4. Cronologia	20
5. Resultats	21
5.1. Problemàtiques de salut derivades del procés migratori.	23
5.2. Dificultats per a la vinculació al sistema de salut.	26
5.3. Demandes sanitàries.	28
5.4. Coneixement de la figura professional del treball social sanitari.	29
5.5. Entrevistes a professionals	30
6. Discussió	35
7. Conclusions	38
7.1 Factors d'exclusió sanitària a les persones immigrades que viuen al carrer en el sistema sanitari	38
7.2 El paper del treball social sanitari en la atenció sanitària a les persones immigrades que viuen al carrer	38

Bibliografia	41
<b>A N N E X O S</b>	<b>45</b>
Annex 1. Model de consentiment informal	46
Annex 2. Guió d'entrevista a persones immigrants sense llar	47
Annex 3. Guió d'entrevista a professionals	49
Annex 4. Classificació ETHOS	50

## Glossari

<b>ABS</b>	Àrea Bàsica de Salut
<b>CAD</b>	Centre d'Atenció a la Dependència
<b>CAP</b>	Centre d'Atenció Primària
<b>CAS</b>	Centre d'Atenció i Seguiment
<b>CRI</b>	Centre d'Atenció i Seguiment
<b>CSMA</b>	Centre de Salut Mental d'Adults.
<b>CSS</b>	Centre de Serveis Socials
<b>EAP</b>	Equip d'Atenció Primària
<b>EVA</b>	Equip valoració d'Adult
<b>PIAISS</b>	Pla Interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària.
<b>PTI</b>	Pla de Treball Individualitzat
<b>SAIER</b>	Servei d'Atenció a Immigrants, Emigrants i Refugiats
<b>SIS</b>	Servei d'Inserció Social
<b>TSI</b>	Targeta Sanitària Individual
<b>XAPSELL</b>	Xarxa d'Atenció a Persones Sense Llar

## Resum

La exclusió sanitària és quelcom que afecta a certs col·lectius vulnerables, entre els que es troba el col·lectiu immigrant sense llar i, en conseqüència, es mantenen fora d'una assistència i prestació sanitària, més que la atenció d'urgències en un moment determinat.

La present recerca s'ha portat a terme entre els mesos d'abril i juny de 2021, i pretén conèixer els factors d'exclusió sanitària a les persones immigrants que viuen al carrer en el sistema sanitari, analitzar la importància del treball social sanitari en la atenció sanitària d'aquestes persones, deixant portes bertes cap a noves investigacions a partir dels resultats presents en aquesta tasca.

La elecció del tema ha estat motivada a causa de l'interès personal per l'àmbit sanitari en relació a la interculturalitat i les dificultats per a arribar a aquest col·lectiu.

Així, s'estructura des d'una perspectiva qualitativa i a partir d'entrevistes realitzades a persones immigrants, de diferents país d'origen i trajectòries de vida, i també entrevistes realitzades a treballador/s socials sanitaris/es de diferents nivells assistencials. A través dels resultats presentats en aquest document, que demostren només una petita part de les demandes sanitàries del col·lectiu, s'ha pogut validar la importància del treball social sanitari en la seva cobertura i assistència.

### ***Paraules clau***

*Emigració i immigració, treball social sanitari, exclusió sanitària, sensellarisme*

## **Abstract**

Medical exclusion is that which affects vulnerable collectives, and included within is the homeless immigrant collective which, as a consequence, stays out of any possible medical assistance, and not only a medical urgency in a given moment.

This research has been carried out between the months of April and June 2021, and aims, firstly, to acknowledge whatever factors come into play that force a sanitary exclusion for homeless immigrants within the health care system. Secondly, to analyze the impact of social workers while aiding this collective. And lastly, to provide groundwork for further investigation using the results of this research.

The choosing of this particular topic was motivated by the personal interest in the healthcare system in relation to intercultural effects, as well as the hardships of said collective.

Thus, the reasearch has been developed through a qualitative perspective, conducting several interviews to immigrant people from a wide range of countries as well as life paths, and also by interviewing social and healthcare workers from different occupations. It has been possible to validate how relevant social work is from a health perspective through the results of this research, which portrays but a small amount of the health necessities of said collective.

### **Key words**

*Emmigrant and immigrant, social work in Health, medical exclusion, homelessness*

## 1. Introducció

El treball de fi de màster, realitzat durant el l'últim semestre dels estudis, és la peça clau que tasca aquesta especialització sanitària dins la disciplina del treball social i engloba tots els coneixements adquirits per l'estudiant durant aquest temps. S'esdevé una tasca molt important, ja que per primer cop tenim la oportunitat d'escollir lliurement un tema d'interès, plantejar interrogants als respecte i enforçar-lo segons les nostres preferències i interessos per tal de assolir els objectius prèviament fixats. D'aquesta manera, es considera aquest com un exercici individual de maduresa i també de reforç de competències adquirides durant el transcurs del màster.

Així, el tema sota el que s'estructura aquest treball de fi de màster és la exclusió del sistema sanitari que pateix el col·lectiu immigrant en l'accés a aquest, centrant-nos dins el col·lectiu en aquell grup que es troba, paral·lelament, en situació de carrer, a vegades a causa de la situació administrativa irregular –malgrat les casuístiques poden ser molt variades– que els envolta i que, en conseqüència, viuen en una doble vessant d'exclusió social, prenent com a àrea d'influència la ciutat de Barcelona, amb l'objectiu general de conèixer les causes i conseqüències d'aquesta i investigar el paper que juga el treball social sanitari dins el seu àmbit d'intervenció. D'aquesta manera, també es pretén deixar portes obertes cap a noves investigacions i vies de treball encaminades a reduir aquesta exclusió.

La elecció del tema ha estat motivada per la infinitat d'històries de vida que he tingut oportunitat de conèixer, la majoria d'elles relatades de persones que viuen o que han viscut al carrer, cadascuna amb diversitat de problemàtiques i demandes que presenten las persones ateses des de la entitat on es durà a terme el gran gruix del treball de camp, un equipament municipal que actua com a centre de dia per a persones sense llar i col·lectius vulnerables, on el conjunt de professionals està conformat per l'equip educatiu, que inclou la figura del treballador/a social, educadors/es socials i integradors/es socials i l'equip sanitari, del qual formen part una doctora, una infermera i una psicòloga. S'ha detectat, així, que moltes d'aquestes estan directament o indirectament motivades per la relació del col·lectiu amb el sistema de salut, així com la presència de problemàtiques vinculades a salut mental i addiccions. De fet, quan fem ràpidament una cerca bibliogràfica és fàcil adonar-se que existeixen moltes publicacions



que aborden la exclusió del sistema sanitari també cap a altres col·lectius com podria ser el gitano.

El context social, econòmic, tecnològic i cultural sota el qual s'emmarca el Treball Social presenta noves característiques que, alhora, plantegen cada cop majors exigències en la formació dels treballadors i treballadores socials (1). Així, en els últims anys les formacions dirigides als professionals en relació al treball social sanitari ha augmentat de manera significativa.

Keynes, en el seu model econòmic (2), proposa que l'estat ha d'actuar en benefici del ciutadà, i considera que una despesa social és una inversió productiva. L'Estat, tal i com Keynes el va proposar, va derivar posteriorment en l'Estat de Benestar que avui dia coneixem, que busca donar resposta a la protecció de les persones, partint d'unes premisses estructurals com el dret a l'habitatge, a la salut, al benestar, als serveis socials... (3). La veritat, però, és que ens trobem davant un govern que s'ha de presenciar davant les demandes que rep d'exclusió sanitària (4).

Analitzar la situació s'esdevé una tasca complicada, a causa de la panoràmica legal i administrativa que envolta la qüestió i a la que hi dedicarem part al marc teòric. Primerament, considerem important destacar que la competència exclusiva (5) en matèria de salut és autonòmica. A Madrid, trobem com a mínim dos grans associacions de professionals i afectats (6) posant de manifest, denunciant i realitzant campanyes contra la exclusió sanitària. Seguint les premisses de la Agenda 2030, d'objectius de desenvolupament sostenibles (7), considerem important deixar constància del tercer, referent a la salut i al benestar, on s'inclou com a fita la cobertura universal i accés a medicaments i l'objectiu desè, que té per objecte la reducció de les desigualtats, buscant facilitar la migració i les polítiques migratòries.

El treball social originàriament ha estat implicat en les corrents migratòries i els seus orígens (8). El procés migratori està necessàriament lligat a la salut mental, on el dol està present. Aquest procés, malgrat els beneficis que el poden acompanyar, porta amb sí dificultats, complicacions i/o situacions d'esforç (9). Aquest dol migratori (9) és complex i difícil, i la seva capacitat arribar a desestructurar el subjecte quan té factors de risc com circumstàncies personals i socials complicades. I en aquest aspecte, no té cabuda o és indistint quin sigui el país d'origen.

Quan, a més, el procés migratori és causa o conseqüència d'una total o parcial manca de recursos econòmics que sovint no permeten la cobertura de les necessitats bàsiques com alimentació i/o higiene, la dificultat per assolir una oferta laboral que propiciï l'arrelament (10) o per complir requisits de renovació (8), l'accés a un habitatge, entre d'altres, s'esdevé utòpic. Sumat, en una gran majoria de casos, a una situació administrativa irregular que encara limita més l'accés a serveis i recursos, com veurem més endavant. Així, Canet diferencia entre les dificultats d'atenció a les persones immigrades (11), les lingüístiques i culturals i les administratives.

A Barcelona, segons dades de l'últim recompte realitzat per la Fundació Arrels (12), hi ha més de 4.700 persones sense llar (no s'especifica, però, si segueix les categories ETHOS<sup>1</sup>), de les quals només el 24% és nascut a l'estat espanyol i només el 52% disposen de targeta sanitària (13). És així quan podem fer referència al col·lectiu de persones immigrants que viuen al carrer i que no tenen accés a un sistema de salut més enllà d'una atenció puntual de caràcter urgent. Resten en un altre pla les malalties cròniques, les sobrevingudes que requereixen de seguiment i tractament, l'accés a medicaments, o aquells altres aspectes als que cal donar assistència en tant que hem acceptat que la salut s'esdevé quelcom biològic, psicològic i també social (14).

El paper del treball social sanitari en grans termes, com el d'altres disciplines sanitàries, persegueix les activitats preventives, curatives i rehabilitadores (14), fet que requereix d'una cartera de serveis i recursos i altres professionals interdisciplinaris amb els que establir una correcta i eficaç coordinació. Donades les circumstàncies descrites actualment, i donant veu a les vivències dels agents implicats (això és, pacients i professionals) aquest treball de fi de màster busca investigar si el treball social sanitari tindria i, si s'escau, quina seria la seva funció en la exclusió de les persones immigrades que viuen al carrer del sistema sanitari.

---

<sup>1</sup> Les categories ETHOS (European Typology on Homelessness and Housing Exclusion) classifiquen tretze categories d'exclusió residencial en quatre grans grups: sense llar, sense sostre, habitatge insegur i habitatge inadequat (veure annex 4)

## 2. Objectius

Objectius generals	Objectius específics
<p><b>Conèixer els factors d'exclusió sanitària a les persones immigrades que viuen al carrer en el sistema sanitari</b></p>	<p>Realitzar una aproximació al concepte de migració i salut.</p> <p>Aproximar-se a la realitat de les persones estrangeres que pernocten al carrer.</p> <p>Analitzar el marc legislatiu sobre l'accés al sistema sanitari.</p> <p>Reconèixer algunes de les problemàtiques de salut del col·lectiu</p> <p>Conèixer la cartera de serveis.</p>
<p><b>Analitzar la importància del treball social sanitari en la atenció sanitària de les persones immigrades que viuen al carrer</b></p>	<p>Assenyalar les necessitats detectades del col·lectiu.</p> <p>Descriure i valorar les actuacions del treball social sanitari.</p> <p>Conèixer la cartera de recursos.</p>

Aquests objectius estan dirigits a donar resposta a les preguntes investigables que han suscitat la voluntat d'escollir aquesta temàtica i sota les quals s'estructura aquesta investigació i que s'exposen a continuació.

**Pregunta investigable 1.** Quines són els factors que dificulten o impossibiliten l'accés al sistema sanitari del col·lectiu immigrant?

**Pregunta investigable 2.** Quines són les dificultats de salut que propicien o que es deriven de la situació de carrer?

**Pregunta investigable 3.** Quin és el paper del treball social sanitari?

### 3. Metodologia

La metodologia és la part d'una ciència (15) que estudia un conjunt concertat d'operacions posades en pràctica per a aconseguir un o diversos objectius [...] un conjunt de normes que permeten seleccionar i coordinar les tècniques (16). En resum, la metodologia mostra quina informació és necessària per a respondre els objectius, com s'ha tret i com s'ha analitzat (17)

#### 3.2 Tipus d'estudi i disseny de la recerca

El disseny d'aquesta recerca s'ha realitzat des d'una perspectiva qualitativa, considerada com "aquella que produeix dades descriptives: les pròpies paraules de les persones, parlades o escrites, i la conducta observable" (18). Es parteix d'una base deductiva, humanista i on totes les perspectives són valuoses. En els estudis qualitatius els investigadors segueixen un disseny d'investigació flexible i comencen els seus estudis amb interrogants només vagament formulats (18). Podem dir, llavors segons les premisses de Sampieri, que ens trobem davant una investigació exploratòria ja que pretén donar una visió general, de tipus aproximatiu, que sol sorgir quan els recursos de l'investigador són insuficients per a emprendre un treball més profund. Aquests estudis exploratoris ens serveixen per augmentar el grau de familiaritat amb fenòmens relativament desconeguts o obtenir informació sobre la possibilitat de dur a terme una investigació més rigorosa posteriorment. Es caracteritzen per ser flexibles i busquen observar tantes manifestacions del fenomen com sigui possible (19), però també impliquen major "risc". També, però, podríem parlar de la seva profunditat descriptiva, ja que no pretén analitzar les diferents variables que apareixen en el fenomen, sinó realitzar una exposició de la informació recollida (20)

Les dades que es presenten durant tota aquesta tasca han estat recollides per l'autora de la mateixa. Per a realitzar aquest treball han estat necessàries dades a partir de fonts primàries, a través de la informació recollida a les entrevistes, així com fonts secundàries, emmarcades en tota la informació bibliogràfica cercada en diferents llibres, articles i revistes, molts/es d'elles consultades en format digital.

### 3.2 Fases de la recerca d'investigació

**Fase 1. Inici del projecte.** El mes de març es comença a pensar en el tema o problemàtica a la qual es volia adreçar la investigació. S'intenta relacionar amb el treball social sanitari, objecte del MUTSS arran la possibilitat de conèixer històries de vida i situacions de persones sense llar d'infinitat de països que viuen als carrers de Barcelona. Es va realitzar una petita cerca bibliogràfica que conforma el sí de la introducció i base de marc teòric i es va començar a tractar d'establir objectius posteriorment modificables.

**Fase 2. Planificació i disseny.** Durant aquesta fase els objectius s'encaminaven a planificar la metodologia, és a dir, el què i el com. Possiblement va estar una de les més complicades.

**Fase 3. Desenvolupament de la investigació.** El desenvolupament de la investigació fa referència principalment al treball de camp realitzat en un període molt reduït de temps. Es va realitzar el contacte d'usuaris/es d'un equipament integral que proporciona un servei d'acolliment diürn i serveis d'alimentació i higiene per a persones sense sostre, que influeixen directament a la salut, i treballadors i treballadores socials sanitàries que voluntàriament volguessin participar.

**Fase 4. Anàlisi de dades i interpretació.** Es va tractar que les entrevistes poguessin executar-se en la presencialitat i la transcripció literal d'aquestes (amb modificacions, si s'escau, per a fer-les més comprensibles) per a realitzar el posterior buidatge de la informació. Es va realitzar una lectura crítica dels resultats alhora que s'iniciava l'anàlisi de dades. Així, també es va iniciar la discussió, tot relacionant els continguts del marc teòric amb els resultats. Els resultats van ser presentats i discutits segons 4 blocs o categories diferents (veure annex 2) i s'enumeren a continuació:

Bloc 1. Problemàtiques de salut derivades del procés migratori

Bloc 2. Dificultats per a la vinculació al sistema de salut

Bloc 3. Demandes sanitàries

Bloc 4. Coneixement de la figura professional del treball social sanitari.

Les entrevistes als professionals han estat orientades des d'una altra perspectiva. Aquesta (veure annex 3), Malgrat seguir les premisses de conversació guiada on existeix un rol diferenciat d'entrevistador i entrevistat no es buscava un alt nivell de direccionalitat i deixa obert que la persona a la que s'entrevista, respectant la seva essència, pugui estructurar la resposta i també la entrevista com consideri (21). En tant que en tractar-se d'una mostra molt petita (veure 3.3) i professionals de diferent nivell assistencial no s'ha fet aquesta divisió per categories i es presenten síncrones ambdues respostes, orientades a fer una valoració del gruix de pacients d'aquestes característiques atesos, la diferenciació entre l'àmbit hospitalari i l'àmbit de atenció primària, conèixer la cartera de recursos i serveis amb la que treballen, la tipologia, si s'escau, de PTI o plans de planificació de l'alta hospitalària, etc, per tal de donar resposta a alguns objectius específics com, per exemple, descriure i valorar les actuacions del treball social sanitari.

**Fase 5. Redacció de l'informe i conclusions.** Un cop realitzada la discussió es va procedir a finalitzar la redacció de l'informe final. Es van realitzar, per exemple, les conclusions i les possibles futures vies de treball per a obrir noves investigacions, així com l'abstract i altres aspectes a tenir presents de cara a la entrega final

**Fase 6. Difusió de la recerca.** Quan parlem de la difusió fem referència a la entrega final i a la presentació de la recerca. El treball final s'ha entregat el 21 de juny de 2021 i serà defensat davant el tribunal assignat entre els dies 5 i 9 de juliol de 2021.

### 3.3. Objecte d'estudi i mostra

En la investigació sociosanitària la majoria de casos es basen en mostres que puguin representar al grup o població d'on es va obtenir (22), ja que el grau de representativitat serà menor quan menys reduïda sigui la mostra, i al revés. La mostra, seguint les premisses de les investigacions qualitatives, és intencionada i raonada (23) i dona resposta a una representativitat del discurs per sobre de ser estadística.

Quan es fa definir la metodologia a la fase 2 (vegeu 3.2) es va decidir que la mostra estaria conformada per persones sense llar, 2 homes i 1 o 2 dones, minoria per les característiques del col·lectiu, indiferentment del país d'origen però que hagin participat d'un procés migratori, que han estat vinculats o no als serveis sanitaris, i algun/a professional del treball social sanitari preferiblement en actiu, per donar també veu a una altra perspectiva. Es va considerar que les circumstàncies afavorien una mostra petita, d'entre 5 i 6 persones de persones de edats compreses entre els 25 i els 50 anys, i dos treballadors/es socials sanitaris/es de diferents serveis i unitats de treball social sanitari, més concretament d'un Equip d'Atenció Primària i un altre de l'Àrea d'Urgències d'un hospital de la ciutat de Barcelona.

### 3.4 Tècnica emprada

La tècnica emprada ha estat la entrevista en profunditat. Primerament es va explicar i signar el consentiment informar –del que parlarem més endavant a les consideracions ètiques i legals–. Es tracta d'una entrevista força semi-estructurada ja que es valora que hi ha un previ coneixement de la situació personal des d'una perspectiva integral i que a partir de les respostes poden suscitar noves preguntes (23). La guia emprada serveix per a tenir en compte els temes rellevants tot i que no és necessari establir un ordre. Les preguntes han estat obertes (22), és a dir, s'ha deixat marge a l'entrevistador perquè pogués respondre lliurement de la manera més amplia.

El guió d'entrevistes ha estat conformat per 15 preguntes obertes més 3 qüestions prèvies: edat i país (malgrat posteriorment es va decidir que era irrellevant per aquesta investigació més que per conèixer la possibilitat d'existència de barrera idiomàtica), temporalitat des que resideix a Barcelona i temporalitat de temps al carrer. Les altres han estat dividides en 4 blocs (veure punt 3.2 fase 4). El guió d'entrevistes a professionals conté 10 preguntes.



### 3.5 Buidatge de dades

El buidatge de dades es va fer de forma digital gràcies a l'enregistrament de veu, si va considerar-se adient, i a les anotacions d'allò que es recordava i que es podia valorar que podia esdevenir-se contingut valuós.

### 3.6 Consideracions ètiques i legals

Per a dur a terme aquest estudi es van tenir en compte aspectes ètics i legals, importants per a respectar la privacitat de els i les participants i que es troben redactats al consentiment informat que prèviament havia de signar-se (veure annex 1).

En primer lloc, parlem de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal que té per objecte garantir i protegir el tractament de les dades personals, les llibertats públiques i els drets fonamentals de les persones, especialment del seu honor, intimitat i privacitat

En segon lloc, podem parlar de la importància de la confidencialitat que, entre d'altres coses, es respecta amb l'anonimat dels i les participants. En aquest sentit, ens comprometem a no fer pública la identitat de cap persona entrevistada. També és important el caràcter voluntari de la participació en cap moment s'ha obligat a cap persona a participar, i es remarca el dret a no respondre qualsevol pregunta en cas que no vulgui i/o no estigui d'acord per qualsevol motiu.

### 3.6 Limitacions de la cerca

Les limitacions vers aquesta investigació es van redactar, de forma provisional, però es va valorar la necessitat de revisar-les novament cap al final, ja que durant el transcurs de la recerca podien produir-se modificacions.

En relació a aquestes, podem destacar limitacions molt habituals i que s'interrelacionen entre elles. Primerament el fet de que en tractar-se d'una modalitat qualitativa, generalitzar dades s'esdevé molt complicat. Entre d'altres coses, perquè la mostra és molt petita i a més es divideix en dos rols diferents, alhora d'aquests ambdós professionals presten atenció i formen part de diferents UTSS. Per a obtenir una mostra més gran i exhaustiva de s'hauria requerir una mostra més gran i, en conseqüència, també molt més temps d'investigació.

També per falta de temps, entre d'altres, va ser impossible incloure dins la mostra a una dona ja que va ser més complicat trobar a una usuària de l'equipament municipal d'on es va escollir la mostra a la que entrevistar. Moltes dones migrants feien un ús més esporàdic, entre d'altres raons perquè el gruix de dones immigrants al carrer era bastant menor en comparació del homes, perquè especialment durant els mesos posteriors a la pandèmia els recursos per a dones en situació de carrer i/o en risc de caure en aquesta situació van augmentar i això va comportar també que la assistència al centre de dia es produís de forma molt més eventual. .

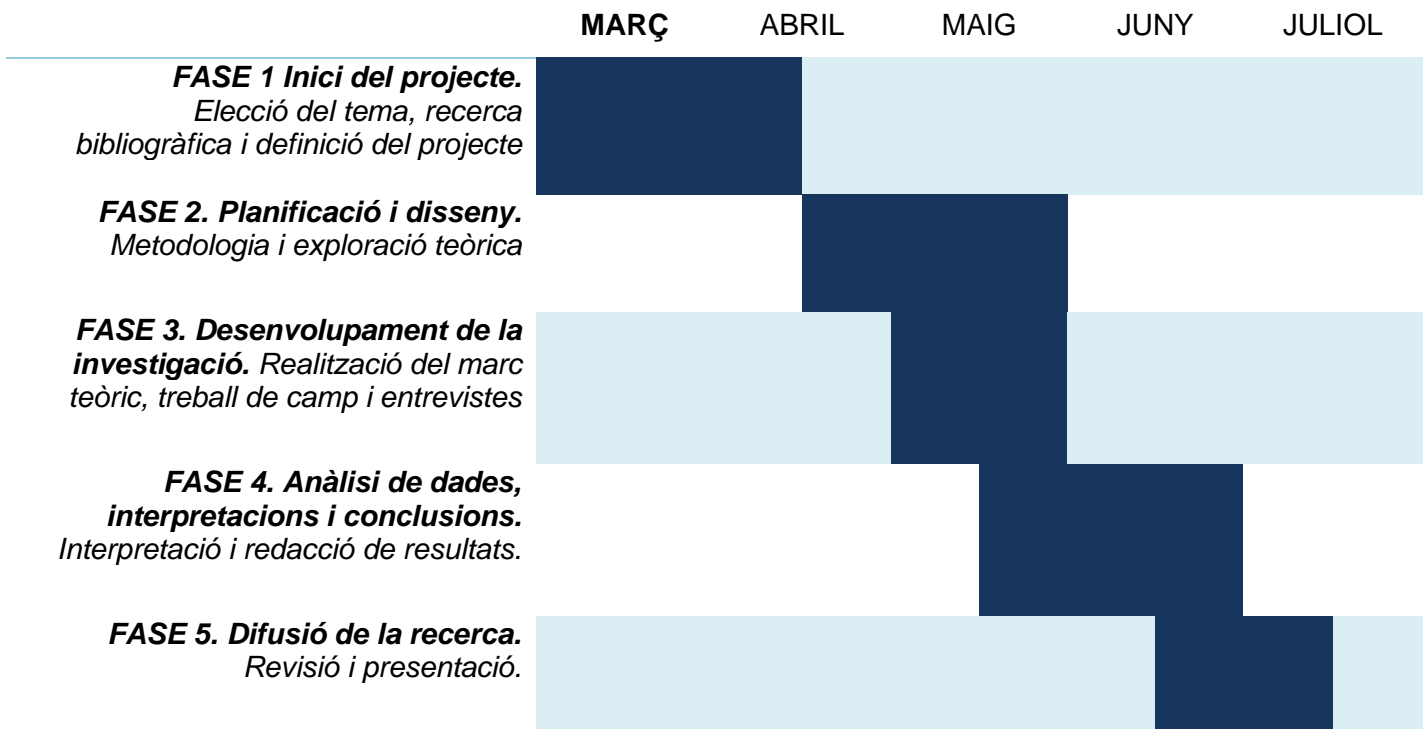
En tant que la competència de salut legislativament és autonòmica, també cal destacar que a més de la petita mostra, la localització es trobava reduïda a una única ciutat, Barcelona, perquè d'una banda és on hi havia un gran gruix de persones en situació de carrer de molts altres països del món. Així, pensem que aquesta investigació podria allargar-se realitzant una comparativa amb altres indrets, fins i tot donant també veu a treballadors/es socials que no essent directament sanitaris atenen diàriament a aquest col·lectiu i podrien aportar una altra visió també valuosa.

Entre les futures línies de treball, considerem que es podrien realitzar estudis similars que puguin realitzar una comparació temporal entre dos períodes i que s'estructurés sota una tipologia mixta, amb dades qualitatives però també quantitatives, per a tenir també una altra tipologia de dades que poder contrasta, conèixer les possibilitats de treballar en xarxa amb altres CCAA mitjançant sistemes d'informació sanitària en aquest col·lectiu tan itinerant, fer un anàlisi exhaustiu del projecte d'interoperabilitat entre diferents nivells assistencials (salut i social) o estudiar la incidència que pot tenir sobre els immigrants sense llar la figura del agent de salut comunitari/a, una figura que

considerem no ha estat presentada durant el transcurs del màster, i que per les seves característiques, podria ser representada per un treballador/a social sanitari.

## 4. Cronologia

La organització temporal és un punt sovint complicat alhora que necessari a l'hora d'iniciar qualsevol tipologia de projecte. Per a això, es va emprar el Diagrama de Gantt que s'exposa a continuació.



## 5. Resultats

En aquest apartat es presenten els resultats i discussió de la investigació a partir de les respostes de les entrevistes realitzades. En aquest sentit, s'ha considerat convenient mostrar els resultats realitzant una divisió d'aquests en funció les categories o blocs proposats.

Considerem important destacar que de les cinc persones que van participar en la investigació i que conformaven la mostra, tres són usuaris d'algun/s serveis de l'Equipament Integral Poble Sec, com a centre de dia per a persones sense llar i/o col·lectius vulnerables i atesos en menor o major grau per l'equip educatiu i psicosocial, i els altres dos representen la figura del treballador/a social sanitari/a en diferents àmbits: en la Unitat d'Urgències a un hospital de 3r nivell, l'Hospital Clínic de Barcelona i en un dels EAP dels 4 existents dins el CAP Manso que atén també 4 ABS.

Per a mantenir la màxima confidencialitat i fer més comprensible aquest apartat, a cadascun d'aquests se'ls va assignar la nomenclatura *usuari/a* o *professional* acompanyada d'una xifra (U1, U2, U3 i P1 o P2). La taula que s'exposa a continuació recull dades bàsiques dels tres individus entrevistats per a fer comprensible la lectura dels resultats. Es va intentar acotar la investigació i discussió a la ciutat de Barcelona per tractar-se de la ciutat de residència.

Finalment, considerem importar deixar evidència per endavant de que per a la realització d'aquest apartat es va valorar molt complicat la inclusió de gràfiques resum en forma de taules i figures per a fer més àgils i visuals els resultats. Alguns dels discursos s'han modificat parcialment per a fer més comprensible la lectura.

	U1	U2	U3
<b>País d'origen i edat</b>	Cuba (62 anys)	Marroc (42 anys)	Algèria (31 anys)
<b>Situació administrativa</b>	Regular (DNI i passaport espanyol). Empadronament a un alberg d'Astúries	Irregular. Empadronat des de fa 15 anys sense domicili fix	Irregular. No pot empadronar-se perquè no té documentació
<b>Migració i motiu</b>	Cerca de familiars al territori espanyol i motius polítics	Motius econòmics i manca de suport familiar i social respecte a la seva identitat sexual	Motius econòmics i de salut
<b>Temps a Barcelona i d'estada al carrer</b>	6 mesos a Barcelona. 6 anys al carrer. Prèviament a altres CCAA.	15 anys a Barcelona. 15 anys en situació de sensellarisme.	8 mesos a Barcelona. 1 any i mig al carrer. Prèviament a altres CCAA.
<b>Problemàtica de salut</b>	Diabètic sense tractament. Consum d'alcohol. Trastorn de la personalitat	Consum diari de substàncies alcohòliques, tòxics i fàrmacs.	Sí, atrofia i deformació de les dues EEII. Deambulació amb dos cossos. No refereix consum actiu ni altres patologies.
<b>TSI</b>	En tràmit.	Sí	En tràmit
<b>Tractament actiu</b>	Sí. Psicològic (servei d'acolliment diürn)	Sí. Farmacològic	No
<b>Breu història social</b>	Emigra després de 5 anys a la presó per motius polítics. Durant aquests 6 anys a Espanya alterna temps al carrer amb hostals amb el suport econòmic puntual de la seva germana. Malgrat quan arriba tramita ràpidament el DNI, no té dret a cap prestació o subsidi. Quan arriba a Barcelona, esgotat, fa 2 intents d'autòlisi. Completament autònom per les ABVD. Sense xarxa social ni relacional.	Emigra a causa del rebuig social i familiar en identificar-se com a persona homosexual. La seva família està al Marroc i a França i no són coneixedora se la situació de carrer. Des de la seva arribada sempre ha residit a Barcelona, sempre en situació de carrer. Té bon vincle amb alguns serveis diürns i de cobertura de necessitats bàsiques, però no vol recursos de la XAPSL.	Emigra a causa de amics i coneguts a la península. Deixa a la seva família a Algèria, amb els quals té bona relació però el contacte és molt puntual. Viu durant un temps amb ells a País Vasc i després marxa a Andalusia. Allà és operat d'una cama i no fa seguiment per traslladar-se a Barcelona. Malgrat és autònom presenta forta situació de vulnerabilitat per a dormir al carrer.

Taula 1. Elaboració: Font pròpia

### 5.1. Problemàtiques de salut derivades del procés migratori.

En relació a les preguntes que susciten aquesta categoria, considerem important destacar que els tres usuaris entrevistats van coincidir en les conseqüències, que arriben a qualificar devastadores, que té per a una persona el fet d'emigrar:

*“No és el fet d'emigrar del teu país, sinó també d'aquells altres indrets on has pogut estar fins arribar fins aquí. La vida al carrer, a Barcelona i a qualsevol ciutat, fa crear enormes vincles, et fa passar gana, molt fred a vegades. Això afecta també a la salut” (U2, 19/05/2021)*

*“Jo ja estava malalt al meu país (mira a la fèrula que porta al turmell arran una malformació congènita i que l'obliga a caminar en crosses). A Andalusia finalment tenia seguiment i existia possibilitat d'intervenció quirúrgica de l'altra cama, ara fa mesos que estic pendent de poder tramitar la TSI” (U3, 20/05/2021).*

*“Tu arribes devastat, d'on sigui, has deixat a la teva família lluny i estàs sol. Tot el que havies imaginat no passa i et trobes al carrer, sense feina, sense diners... Sempre hi ha gent que ajuda, però jo penso diàriament en el meu fill que està a casa (al Marroc) malalt. (U2, 19/05/2021)*

*“Jo tinc DNI espanyol (malgrat és d'origen cubà), porto gairebé 6 anys a Espanya, vaig venir en busca d'uns familiars [...]. A Catalunya no he tingut targeta sanitària perquè és horrible el que ha de passar per empadronar-te. En Urgències sí m'han atès perquè fa 2 mesos em vaig precipitar al mar, volia acabar amb tot. Des d'allà em van derivar al SIS i no em van atendre perquè no estava empadronat” (U1, 24/5/2021)*

Dels 3, només l'U2 disposava de la TSI però tots tres consideren que ho havien requerit i requerien ser atesos pel sistema públic de salut:

*“Jo he volgut molts cops tractar d'anar al CAS, bec molt però no considero que pugui estar preparat per a no consumir alcohol...” (U2, 19/05/2021)*

*“No puc empadronar-me per això no tinc TSI, em van robar el passaport, el consolat ara em demana estar empadronat per renovar-lo, això no té sentit, però tampoc hi han cites des de fa molts mesos.” (U3, 20/05/2021)*

L'U2 afirmava que mai havia presentat problemes de consum d'alcohol i/o altres tòxics, però que “el consum anava molt lligat a la situació de carrer”.

*“M'agradaria que algú em mirés la cama, aquí al centre i també a alguns llocs on vaig hi ha algun doctor/a però no s'encarreguen d'això” (U3, 20/05/2021)*

*“Gràcies a una educadora ara he trobat a la X (psicòloga), ella em vol ajudar [...] a l'hospital em van donar unes pastilles per dormir que no m'he pres [...] ja no tinc gairebé pertinences que em puguin robar però al carrer mai se sap...” (U1, 24/05/2021)*

Vam creure que era important també visualitzar com els entrevistats refereixen problemàtiques de salut prèvies al procés migratori. En relació a l'U1, vam tenir oportunitat de visualitzar informe d'alta d'urgències on hi constaven antecedents d'esquizofrènia paranoide (desconeixem, però, com es va constatar aquest diagnòstic).

*“Jo ja vaig arribar i sabia que al meu país la sanitat és com és i m'esperava la misèria, però creia que a Espanya no seria així. Com no puc regularitzar la meua situació, no veig sortida al carrer. Jo no anava a venir a Barcelona, però aquí almenys tenia coneguts i ara amb això de la COVID-19 dormim a un hostel de la Creu Roja, que ja aviat tancarà. La meua TS de SAIER m'està ajudant amb tot això... (U3, 20/05/2021)*

I segueix:

*“Tenir una casa ara no faria desaparèixer això, però ajudaria a que em trobés millor, sinó passes tot el dia amunt i avall pensant, pensant...” (U3, 20/05/2021)*

En tractar de aproximar-nos al concepte de la migració i tot allò que d'aquesta se'n deriva, els tres subjectes coincidien en que el seu estat de salut s'havia vist molt afectat:



*“Immigrar aquí no era una opció sinó necessitat, i no és d’un dia per l’altre. Jo no sabia que vindria aquí per a viure al carrer i ara no trobo la sortida. [...]. Fa mesos que busco un curs de català però els pocs estan plens o són online ara, jo no tinc ordinador [...] Hi ha dies millors i dies pitjors però sempre em fa mal el cap.” (U2)*

*“ Si marxés per motius econòmics, arribes aquí i no pots pagar un pis o una habitació. Com no tens diners, has de dormir al carrer, llavors no pots treballar... Falten encara molts mesos perquè pugui fer l’arrelament i tampoc podria treballar. No vaig poder regularitzar-me perquè la meva malaltia no la he contret a Espanya i des queestic aquí sento que tota la meva persona va a pitjor.” (U3)*

Es va observar també que generava confusió el fet de preguntar per problemàtiques de salut abans i després del procés migratori perquè a l’instant tots pensaven en diagnòstics clínics concrets. En capgirar la pregunta, tots tres van parlar obertament de la ansietat i també de la depressió.

*“Jo abans de venir a Espanya tenia relació amb les meves dues filles, les dues viuen a EEUU. Elles em van dir si venia a Espanya moriria aquí sol, ara no volen ajudar-me i sembla que no s’equivocaran” (U1)*

*“Estic bé, tu em veus bé? Soc una persona forta, podria treballar però ningú em contracta. Això et desespera, a vegades la gent creu que alguns no volem sortir del carrer, però s’imaginem com ens sentim”.*

Els 3 entrevistats també van afirmar que no van planificar res o gens la seva migració, malgrat tots tres tenien un objectiu clar i un projecte que influeix directament en la percepció de la seva situació. Uns destaquen la responsabilitat que senten vers la seva família que resideix al país d’origen, però un altre, per exemple, destaca que encara ha d’assumir deutes pendents allà

## 5.2. Dificultats per a la vinculació al sistema de salut.

En relació a les aquest segon bloc o categoria, primerament vam voler saber quina era la seva opinió vers el sistema públic de salut.

*“Crec que hi ha molts metges i infermers, però no per a tothom. Si jo ara tinc qualsevol cosa a la pell, per exemple puc anar a un centre de salut però em diran que em compri la pomada, com a alguns companys/es que han tingut sarna”  
(U2)*

*“Porto mesos amb mal de queixal, tu vas veure la inflamació, m’han dit que me l’han de treure però que em visiti amb l’odontòleg i ara mateix per això hauria d’anar a Andalusia, això de la Odontologia Sanitària tampoc ho cobreix” (U3)*

*“El sistema d’aquí és molt bo, jo sé que si vaig al CUAP m’atenen però només això, no puc tenir cap seguiment i per això si passa alguna cosa, ja no hi vaig.”  
(U1)*

Les problemàtiques administratives van resultar ser la raó principal d’exclusió cap al sistema sanitari segons els subjectes entrevistats, però també van designar altres que poden derivar-se o no. No es van contemplar aquí les problemàtiques de barrera idiomàtica perquè els entrevistats es defenien en la llengua castellana i/o catalana.

*“Principalment no puc empadronar-me perquè no tinc passaport, i tampoc el meu document d’identitat original del meu país, el passaport, entre altres raons, té un cost de 160€ que no tinc. No he trobat un lloc on puguin ajudar-me amb això. Quan tinc una mica de diners, el utilitzo per a comprar altres coses que necessito més. Per exemple, quan vius al carrer és molt fàcil perdre o que et robin el mòbil.”  
(U3)*

*“Jo podria empadronar-me amb el meu DNI, però no fa tants mesos que estic a Barcelona. Quan vaig arribar estava tot fatal pel COVID, i vaig sol·licitar l’empadronament sense domicili fix, però es va quedar aturat i ara només penso en anar a Mèxic, amb una germana que allà m’ajudaria. [...] He estat a molts*

*llocs i només vaig estar empadronat a Astúries, a un alberg, segurament encara continuo allà (U1).*

Respecte a aquest discurs, considerem important afegir que a la ciutat de Barcelona, per a realitzar l'empadronament sense domicili fix que obre les portes a una targeta sanitària individual, s'ha de sol·licitar el Informe de Coneixement de Residència que emet l'Institut de Serveis Socials. Aquest triga fins a 90 dies i es constata la residència de la persona interessada mitjançant una trucada telefònica. Aquesta trucada es realitza al mòbil aportat, i sovint aquesta trucada es realitza a un mòbil d'algun conegut/a, serveis que atenen a aquest col·lectiu, un mòbil que ha estat perdut o sostret, etc., i això comporta que la sol·licitud es desestima per no poder comunicar-se en aquell moment amb l'interessat.

Respecte a la inclusió, es va destacar el fet que existia la possibilitat de suprimir el co-pagament per a una sèrie de col·lectius, però les opinions eren diverses:

*“Jo, com que no tinc diners per a pagar els medicaments vaig a la farmàcia i no haig de pagar res” (U3)*

*“No sabia definir ben bé què és això (inclusió) [...] però sé que quan em van acompanyar al centre de salut perquè no podia moure'm de mal d'esquena, em van dir que tenia un esquinçament muscular. Sí que em van donar les pastilles per aquell dia i també per l'endemà, però qui em va atendre em deia que no podia dormir al carrer i que havia de fer repòs, però tampoc em van deixar quedar-me ingressat ni aquella nit” (U1)*

Es va considerar rellevant deixar constància de que durant el transcurs de les entrevistes, també va sorgir quelcom lligat a la situació actual derivada de la COVID-19 i també opinions controvertides al respecte

*“Amb això del COVID han vingut a vacunar-nos als centres com aquest i segons m'han dit també als albergs, tinguéssim o no tinguéssim TSI” (U2)*

En el moment d'aquesta entrevista, feia un parell de dies que havien acudit al centre de dia a vacunar als usuaris que havien assistit o que es trobaven allà en aquell moment.

*“Fa mesos que ens va preguntar i va agafar les nostres dades perquè en teoria ens vacunaven ja al febrer, penso que va ser, per la nostra situació... Han trigat molt més temps en vacunar-nos, i als que treballeu aquí també [...] és una vergonya” (U2)*

Tots tres van coincidir en que desconeixien altres col·lectius afectats per una escassa cobertura sanitària:

*“No se m’acut un altre grup de persones al que li pugui passar alguna cosa semblant ara mateix, però segur que n’hi han” (U1)*

*“Jo crec que el problema no és tenir papers o no tenir papers, sinó que quan vius al carrer les possibilitats de no disposar de la teva documentació és molt alta, i les possibilitats de tornar a aconseguir-la són baixes a curt termini, però és clar, suposo que no tothom dirà el mateix” (U2)*

En relació a aquesta última pregunta, les tres persones entrevistades coincidien en que coneixien alguns Centres d’Atenció Primària (especialment Manso per la zona de pernocta), l’Hospital Clínic, l’Hospital del Mar, CAS i el servei mèdic d’algun equipament municipal com el centre de dia, que disposa d’un total de 4 hores diàries de servei de metge/ssa i infermeria. Cap va nombrar cap centre sociosanitari, ESMESS (Equip de Salut Mental per persones Sense Llar), la Fundació Salut i Comunitat, el SAPPIR (Servei d’Atenció Psicopatològica i Psicosocial a Immigrants i Refugiats), etc.

### **5.3. Demandes sanitàries.**

Un cop extrets els resultats, es va constatar que les demandes sanitàries, en termes generals, eren força semblants, destacant la impossibilitat per a conciliar el son, els mals de cap o el malestar generalitzat. D’altres ja havien sortit durant el transcurs de la entrevista: un mal de queixal que no

*“Jo no he tingut aquest problema, però sí un amic italià que és diabètic, ara ja està a Itàlia... Va estar molts mesos sense rebre tractament i es queixava constantment de la vista.. No sé al final com ho va fer però al final va aconseguir que l'operessin, no sé si quan es va empadronar [...] tampoc s'alimentava bé perquè a alguns menjadors li deien que sense un informe mèdic no li podien canviar la dieta” (U2)*

Aquesta mateixa persona relata altres vivències de coneguts que no es van poder constatar amb la persona implicada:

*“Volia ajuda per a superar la seva addicció, cobra bastants diners però al cap de tres dies ja no li queda res... A temporades anava al CAS però ell sempre demanava entrar a un centre de desintoxicació. Allà li donaven medicació i tal... Al final va anar a un lloc, no sé el nom, i va estar poc temps. Ens explicava que el tancaven a una habitació amb una Bíblia perquè deixés de consumir” (U2)*

*“Jo sobretot vull m'operin l'altra cama i així podria fer una vida més normal” (U3)*

*“Dormir a la nit... Si vaig a urgències em donen una recepta per pastilles i a l'informe s'escriu: seguiment amb metge/ssa de capçalera, que no tinc [...] com no pots dormir et donen pastilles, si et prens pastilles i t'adorms ja no pots estar alerta, i al carrer sempre has d'estar alerta pel que pugui passar” (U3)*

*“Això no sé si ho podria explicar però tu ja saps aquesta història de les hemorroides. Tenia un mal terrible, no podia quasi ni seure i em van dir que m'havien d'operar perquè eren de grau IV però clar, no tinc TSI. Un company de la vostra infermera em va operar a l'hospital a primera hora del matí sense que ho sàpigues ningú, però si no arriba a ser per ella...” (U1)*

#### **5.4. Coneixement de la figura professional del treball social sanitari.**

En relació a la figura del treballador/a social sanitari/a, inicialment les persones entrevistades desconeixien la seva presència als centres d'atenció primària, així com a

hospitals i/o altres institucions sanitàries i, en conseqüència, mai havien tingut contacte amb aquesta tipologia de professional. Molt dubtós, l'entrevistat 2 sí va preguntar si comptava la treballadora social del CAS, però malgrat havia tingut seguiment amb ella, havia estat tan irregular i puntual que no va saber explicar en què havia estat d'ajuda aquesta.

*“Crec que em va fer la derivació al menjador social, o va parlar amb algú per a que em fes la demanda” (U2)*

*“Potser et pot aconseguir roba si no tens quan estàs ingressat, o contactar amb la teva família si passa alguna cosa greu [...] o quan em va passar això de la esquena podria haver-me aconseguit un lloc on descansar, no sé si hi ha possibilitat...” (U1)*

*“El treballador/a social sanitari/a suposo que està a l'hospital, però jo no he tingut mai la opció de parlar amb ell/a [...] no sé si la meva treballadora social podria parlar amb ella per a que poguessin mirar això de la meva operació” (U3)*

## **5.5. Entrevistes a professionals**

Es va considerar mostrar els resultats de les dues entrevistes realitzades a treballadors/es socials sanitaris/es de forma conjunta i esquemàtica, diferenciada de les altres ja que també era distinta la tipologia d'entrevista. Es va tractar, a més, de presentar aquests resultats esquemàticament per tal de evidenciar les possibles diferències entre dos nivells assistencials; aquests són la atenció primària i l'atenció hospitalària.

	TSS Atenció Primària (CAP Manso)	TSS Hospitalària (H. Clínic)
<b>Volum de persones ateses</b>	<i>"No són gaires, i les atencions amb freqüència són puntuals [...] el seguiment amb aquest col·lectiu sovint s'esdevé complicat"</i>	<i>"Sí he pogut atendre persones d'aquestes característiques, tant jo com els meus companys, però no sé si podrien considerar-se moltes. Intervenim principalment quan es detecta algú polifreqüentador"</i>
<b>Recepció de demandes</b>	<i>"Generalment per interconsulta, però d'altres és el propi/a interessat per orientació d'un altre professional no necessàriament sanitari/a."</i>	<i>"A Urgències qualsevol persona sense llar és susceptible d'intervenció, però aquesta no és la realitat [...] Intentem actuar de forma immediata però això tampoc és sempre possible [...] S'ha treballat per a que siguem avisats quan una persona acut més de X cops a urgències anuals, ara mateix no recordo el número exacte, sigui quin sigui el seu perfil"</i>
<b>Característiques del col·lectiu</b>	<i>"És un col·lectiu complicat pel que ja he dit abans, les atencions són més puntuals i és molt habitual que no es presentin a les visites programades [...] al meu parer tampoc tenen una xarxa familiar consolidada, que generalment és facilitadora i promotora de la atenció [...] també està el tema de l'alt índex de salut mental"</i>	<i>"És difícil perquè les casuístiques de cada persona varien molt en funció de la seva trajectòria, ètnia, etc [...] No sé si té sentit dir que es tracta d'un col·lectiu amb pocs recursos personals i generalment, emocionalment trencades [...] molta salut mental causa o conseqüència de la situació de carrer, addiccions..."</i>

<p><b>Necessitats detectades</b></p>	<p><i>“Valgui la redundància, la necessitat és un habitatge on assentar-se, una mica seguint les premisses del model Housing First. Al CAP penso que la principal demanda és generalment la sol·licitud del grau de discapacitat per a poder accedir a més ofertes de feina on aquest certificat sigui un requisit”</i></p>	<p><i>“Les necessitats detectades a urgències amb aquestes persones poden ser motles, però dins d’aquestes la capacitat de resposta està limitada [...] A vegades una necessitat pot ser simplement realitzar una bona coordinació i posar de manifest la situació clínics i social sanitària [...] Ingressos a convallescència, fins i tot et diria a la unitat de llarga estada, necessitat del seguiment de una dieta específica [...] se m’acut un cas molt concret on la necessitat és disposar d’un lloc per a fer una bona adhesió al tractament”</i></p>
<p><b>Funcions del TSS</b></p>	<p><i>“La coordinació és fonamental i ens aquests casos no és una excepció, però diria que principalment vers aquest col·lectiu el que fem és orientar i alertar en base al diagnòstic que fem”</i></p>	<p><i>(amb document en mà) “Valoració, comunicació i sensibilització amb la resta de l’equip interdisciplinar, detecció de factors de risc, coordinació i derivació, si s’escau, a entitats i serveis de la xarxa [...] Aquí també hem de comunicar-nos amb consolats i/o fer cerca de familiars si existeixen quan algú resulta èxitus.</i></p>
	<p><i>“Existeixen protocols però no són específics per a les persones sense llar [...] podem treballar en</i></p>	<p><i>“Sí, hi ha protocols específics però diria que cal revisar-los perquè actualment els recursos de la XAPSLL estan més que saturats [...] Durant els últims anys també s’ha treballat</i></p>



<p><b>Protocols i procediments</b></p>	<p><i>xarxa, per exemple, quan hi ha una situació d'embaràs [...] Dins del PIAISS s'estableixen procediments que poden allargar-se més o menys en el temps, però són específics de centres de salut concrets"</i></p>	<p><i>respecte a la interoperabilitat, perquè els professionals de serveis socials i sanitaris puguem tenir informació compartida que ens permeti d'una banda, corroborar dades i de l'altra, evitar duplicitats. [...] Durant la COVID es va implantar el protocol de derivació als Hotels Salut, per tal de que aquestes persones tinguessin també un lloc on fer una quarantena."</i></p>
<p><b>Recursos i serveis</b></p>	<p><i>"Principalment amb els que hi ha per aquí a la zona, com pot ser el CRI Creu de Molers, el Centre de Dia del Poble Sec, els albergs municipals, SIS, SISFA ROM... La veritat és que no conec gaires així de memòria, si els necessito els busco perquè no formen part de la xarxa de serveis o entitats amb les que més em puc coordinar"</i></p>	<p><i>"Crec que conec bastants i sabria on dirigir-me davant de necessitats concretes, però com ja he dit anteriorment portem arrossegant un col·lapse que, considero, no permet una atenció eficaç, ràpida en casos d'urgència, digna..."</i></p>
<p><b>Coordinacions entre professionals i serveis</b></p>	<p><i>"Les coordinacions s'estableixen principalment de forma telefònica o per correu electrònic, però des d'aquí també ens reunim periòdicament amb entitats i del barri, on participen per exemple els serveis socials, i això ens ajuda a establir un diagnòstic comunitari"</i></p>	<p><i>"Com tot, a vegades és de millor i altres de pitjor qualitat, sempre hi ha professionals i serveis amb els que és més fàcil comunicar-te, perquè ja els coneixes, per la seva forma de treballar [...] Ens vam assabentar de "de rebot" que el SIS Medi Obert canviava de nom per SASSEP i també d'ubicació, per exemple, i és el servei referent per a les persones que es troben en situació de carrer"</i></p>

<p><b>Valoració respecte el sistema de salut</b></p>	<p><i>“No sé que dir, crec que es podrien donar arguments tant en promoció com en exclusió. D’una banda és cert que no hi ha seguiment sense TSI, perquè no podem dir tampoc que no hi hagi atenció, i que en molts casos hi ha problemàtiques per aconseguir-la [...] també hi ha formes de tramitar-la d’urgència en casos on es detecta VIH o Tuberculosis [...] penso que en altres indrets és pitjor [...] penso que potser es podrien dissenyar programes de vinculació que funcionin bé, grups d’ajuda mútua per a persones nouvingudes...”</i></p>	<p><i>“Sí crec que hi ha molts factors que influeixen en la exclusió del sistema sanitari, i suposo que serà igual en la resta de comunitats autònomes [...] ara penso en un noi molt jove que ja coneix tot l’equip d’urgències, aquest sí que té TSI i ingressa diversos cops mensualment per crisis epilèptiques no derivades del consum...sempre es dictamina que és falta d’adhesió al tractament i és alta. Des de la UTSS s’ha intentat tot i s’ha traspassat a nivell superior la necessitat de que pugui ingressar en un centre sociosanitari però no hi ha manera perquè es diu que si es pren correctament la medicació pautaada no ingressaria tant sovint, però al carrer no es pot controlar això i la seva afectació cerebral és greu... Això també em sembla un tipus d’exclusió”</i></p>
--	--	---

Els resultats demostren, d’una banda, que la figura del treballador/a social sanitari no configura un professional distingit entre el col·lectiu objecte d’estudi. Tampoc els professionals fan al·lusió a una quantitat d’atencions i seguiments a individus que s’engloben dins aquest col·lectiu. Des del moment en què es valora que les persones immigrants que per falta de recursos socioeconòmics es veuen obligades a dormir al carrer presenten patologies de índole variada i han o haurien de rebre atenció psicosocial i sanitària, el paper del treballador/a social sanitari també hi ha de tenir cabuda i, a primera instància, no sembla que la tingui.

## 6. Discussió

Aquesta discussió s'estructura a partir dels resultats extrets i l'objectiu al que intenten donar resposta, sense deixar en cap moment de mostrar una continuació, una lògica i una cohesió d'aquests. La discussió té com a finalitat interpretar els resultats, així com reforçar-los i contextualitzar-los respecte a altres autors, emprant altres estudis i/o autors per a constatar o contrastar aspectes que han sorgit durant la realització del treball. Els eixos de discussió han estat fonamentats sobre els objectius de recerca del treball, la finalitat del qual és conèixer els factors d'exclusió sanitària a les persones immigrades que viuen al carrer en el sistema sanitari i analitzar la importància del treball social sanitari en la atenció d'aquest col·lectiu.

L'arribada de persones immigrants comporta que els professionals dels centres de salut han de realitzar estratègies d'intervenció psicosocial (24), ja que són diverses les investigacions que relacionen directament la migració amb l'estrès (25, 26). El propi procés migratori comporta canvis físics, socials i culturals que esdevenen demandes, que necessàriament han de ser afrontades per a assolir un adaptació (27). A més, cal destacar que l'escenari que viuen les persones immigrants que viuen al carrer no és una causa aïllada, sinó fruit de la convergència i interacció de diversos factors (problemàtiques legals, laborals, condicions d'habitatge, de salut, familiars...). D'aquests factors estressors es deriva el Síndrome del Immigrant amb Estrès Crònic i Múltiple, que deriva al seu torn en una problemàtica important de salut mental que ha de ser atesa (9). Tots els subjectes entrevistats deixen constància d'aquesta problemàtica de salut que es deriva del procés migratori, ja que les condicions d'emigrar també han evolucionat en el transcurs del temps: mentre fa uns anys s'emigrava en condicions difícils, ara sovint es fa en condicions extremes (28). Els resultats demostren la iniciativa dels immigrants per a fer coses que modifiquin o pal·liïn el seu context, però no acaben de veure el camí. I és que no és impossible sortir de la situació de carrer, però per a aquest col·lectiu generalment tendirà a ser un camí llarg i costós.

L'estudi del processos psicosocials de les persones immigrants que per falta de recursos econòmics i socials es veuen obligats a pernoctar al carrer seria molt extens. El sensellarisme és un procés d'exclusió social sever on les malalties de caràcter orgànic, infeccioses, la salut mental i/o les addiccions apareixen i/o s'aguditzen. Cal subratllar,

en aquest aspecte, que tots els entrevistats coincideixen. Els resultats obtinguts, malgrat presentar-se a partir d'una petita mostra, ja adverteixen que els indicadors derivats del projecte migratori i la situació de carrer incideixen directament en la simptomatologia clínica (24). Així, ens trobem davant un col·lectiu que evidencia les problemàtiques de salut derivades d'ambdues vessants, la del procés migratori i la de la situació de carrer i que paral·lelament en molts casos es desempara del sistema sanitari actual.

Si observem els gràfics dels estudis anuals publicats, s'observa una clara tendència al creixement en relació al nombre de persones que pernocten al carrer, la gran majoria per motius amb base socioeconòmica (32) i provinents d'altres països. D'aquesta problemàtica, es podria continuar debatent sobre la afectació i relació entre aquesta problemàtica social respecte a la salut comunitària. Es corrobora el col·lapse dels serveis quan actualment hi ha gairebé 1.000 persones dormint a la ciutat tot i que 2.200 més disposen d'un lloc en centres residencials públics i privats de la XAPSLL.

Aquesta exclusió s'empara específicament en el Reial Decret Llei (RDL en endavant) 16/2012, de mesures urgents per a garantir la sostenibilitat del Sistema Nacional de Salut i millorar la qualitat i seguretat de les seves prestacions, per les disparitats existents en la descoordinació dels serveis de salut autonòmics (28) i el Reial Decret 1192/2012, de 3 d'agost, pel que el regula la condició de l'assegurat i beneficiari a efectes de la assistència sanitària a Espanya. En el moment que es fa referència a persones incloses, això és, l'assegurat i el beneficiari, podem extreure que hi haurà individus que quedaran exclosos d'aquesta assistència. Com veurem a continuació, la normativa legal i reglamentària configura requisits que posen de manifest aquesta exclusió per la que una persona, per exemple, no pot ser intervinguda quirúrgicament malgrat un professional dictamina la necessitat d'aquesta intervenció. El 2018, malgrat s'havia anunciat públicament el "retorn de la tornada de la universalitat" (29), a través d'un altre RDL, va provocar el rebuig de moltes organitzacions per considerar-se que vulnerava encara més drets fonamentals, com a mesura discriminatòria que podia posar en perill la integritat i la vida de moltes persones. Això es justifica amb totes les accions i crides dutes a terme per les esmentades organitzacions, com Médicos del Mundo, la Plataforma per a una Atenció Sanitària Universal a Catalunya, Yo Sí Sanidad Universal o la Federación de Asociaciones en Defensa de la Sanidad Pública, entre altres.

En el cas de moltes CC.AA, entre les que destaquem Catalunya on s'inclou, per tant, la ciutat de Barcelona on resideixen els individus entrevistats, les comunitats autònomes han pres part i han establert normes que reverteixen aquests RDL, rebaixant amb el pas del temps la temporalitat mínima d'acreditació d'empadronament per accedir als serveis de la cartera bàsica de salut (31): inicialment 12 mesos, després 3 i actualment sense mínim de temps empadronat/da, és a dir, la sol·licitud de la TSI es pot formalitzar el mateix dia que una persona, independentment de la seva condició legal, s'empadrona en domicili o sense domicili fix.

Com hem pogut veure, la major dificultat al·legada per a una correcta vinculació i assistència sanitària segons la mostra de la investigació és l'empadronament. Seguint les premisses de Canet, moltes TSI es perden a causa de la inestabilitat domiciliària (11), així que seria necessari que, igual que actualment el CAP de Ciutat Vella, també d'altres actuessin com a centres dipositaris de rebre las targetes sanitàries. El cas de les persones immigrants indocumentades s'agreuja, per la dificultat de disposar novament de documentació original i, per tant, també de demostrar la seva residència al territori, ja que no existeix possibilitat d'empadronament sense aquesta. Paral·lelament, trobaríem també una manca de recursos econòmics per a poder pagar la pauta de medicació prescrita quan els recursos econòmics són molt baixos o nuls, i d'altra banda, malgrat no s'evidencia en relació als resultats exposats, la barrera idiomàtica, de la que parlarem més endavant.

Tampoc podem deixar de destacar que els resultats han contribuït a fer constar que les tres persones immigrants en situació de sensellarisme entrevistades han estat molt itinerants. Derivat d'aquesta qüestió, considerada inherent en molts casos al fet de trobar-se en aquesta en condició, sorgeix el dubte si hi ha cap sistema d'informació sanitària ràpid i eficaç entre diferents Comunitats Autònomes, ja que recordem que l'àmbit de la salut és competència autonòmica, i en cas contrari, per quines altres vies s'establiria una correcta col·laboració i traspàs del cas.

## 7. Conclusions

### 7.1 Factors d'exclusió sanitària a les persones immigrades que viuen al carrer en el sistema sanitari

Hem pogut realitzar una petita aproximació a les dificultats que envolten el col·lectiu immigrant que viu en situació de carrer. Inicialment, hem constatat que la pèrdua d'un habitatge digne es relaciona directament amb el fet d'emigrar, habitualment per factors socioeconòmics, i que, seguint les premisses del procés migratiu, comporta una sèrie de modificacions en totes les esferes de l'individu que influeixen directa i negativament en la seva salut.

Tot i que es podria analitzar el paper del professional del treball social en funció de diagnòstics més específics, s'ha pogut constatar problemàtiques i demandes de naturalesa tant físiques com psíquiques.

La legislació vigent contribueix favorablement a la exclusió sanitària de certs col·lectius vulnerables, la xarxa de recursos i serveis arrossega des de fa molt temps un col·lapse, i sovint aquest col·lapse es relaciona també de les dificultats afegides d'aquest col·lectiu: administratives, idiomàtiques...

### 7.2 El paper del treball social sanitari en la atenció sanitària a les persones immigrades que viuen al carrer

Durant la investigació hem pogut tenir accés a l'informe de derivació de l'U1, realitzat des de un servei municipal d'acollida diürn i dirigit a un dels centres de primera acollida públics, també anomenats col·loquialment albergs. Prèviament a aquesta pandèmia, l'accés a aquests albergs es realitzava a través d'accés directe, és a dir, el propi/a interessat s'apuntava en llista d'espera i als mesos era avisat/da. Arran l'esclat de la crisi derivada de la COVID-19, l'accés a aquests recursos s'obté a través d'un professional social, amb competència per a realitzar l'esmentat informe, que prèviament ha fet un

estudi situacional. Aquests informes passen a una comissió que valora la demanda i el perfil i, posteriorment, s'inclou aquella persona a la llista d'espera. Cal destacar que actualment hi ha múltiples problemàtiques per a ser atès/a per un treballador/a social que pugui realitzar aquest informe.

En aquest informe social de derivació a alberg, veiem que un dels motius de derivació i pla de treball és el que es detalla a continuació, molt relacionat amb la salut:

*“El motiu de la derivació del Sr. X és garantir un lloc d'estada i pernocta per contribuir a millorar la seva integritat física i mental i proporcionar un acompanyament psicosocial i educatiu en les gestions que siguin pertinents, com l'empadronament i la posterior vinculació a serveis de salut i el seguiment terapèutic que rep des del nostre servei.*

Això ens pot portar extreure diverses deduccions: que la treballador/a social de qualsevol àmbit i treballador/a social sanitari/a han de treballar segons procediments específics i de forma coordinada, per tal d'evitar duplicitats en la intervenció, establir un bon diagnòstic social sanitari i pla de treball coordinat, si s'escau, i fer un correcte acompanyament en les gestions que veuen accentuada la dificultat per les característiques del col·lectiu.

Pren també importància la necessitat bidireccional i la relació simbiòtica entre professionals de diferents àmbits, seguint les premisses d'una atenció integrada, juntament amb la resta de professionals de l'equip interdisciplinari per a un correcte abordatge i seguiment de cada cas. Pensem també que en aquests casos la correcta coordinació pren encara, si hi cap, més importància, pels inconvenients que es pot trobar el treballador/a social sanitari/a derivats de la fràgil o inexistent xarxa familiar.

Amb el treballador/a social d'urgències hospitalàries hem pogut també compartir opinions molt en la mateixa línia del que es ve parlant, d'on també s'extreu la importància de la coordinació interna i externa per tal d'establir un bon diagnòstic social sanitari, i es va arribar a la conclusió de que els serveis estan col·lapsats i els recursos tan socials com sociosanitaris i els propis professionals socials no responen mútuament als terminis de l'altra. Això és, per exemple, quan a una persona se li dona l'alta hospitalària i torna a quedar al carrer mentre es gestiona un altre recurs pertinent.

En definitiva, en relació a aquest col·lectiu tan vulnerable, entre d'altres, el treballador/a social sanitària ha de comptar amb coneixements sobre comunicació, coordinació i derivació. Aquests tres conceptes han de ser imprescindibles d'assumir no només pels treballadors socials sanitaris, sinó per la resta de professionals i equips terapèutics i els professionals de la xarxa de serveis socials (14). No podem oblidar que, el treballador social sanitari, amb els seus coneixements, habilitats i capacitats es pot concebre com una peça clau en el procés d'integració social d'aquests individus, que com hem vist serà molt lent.



## Bibliografia

1. Herrero, I Los trabajos sociales en situaciones de crisis, emergencias y catástrofes. Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales, 2012; nº 63: pàgs 4-12.
2. Salazar, F. Teoría económica y Estado del Bienestar. Una aproximación. Cuadernos de administración. 2006; 22 (35): pàgs. 127-144
3. Picó, J. Teorías sobre el estado de bienestar. Barcelona: Siglo Veintiuno Editores; 1987
4. Sánchez, G. El Gobierno, ante las denuncias de exclusión: "Sanidad universal no significa que España es el sistema sanitario del mundo". elDiario.es [Internet] 31 de juliol de 2019 [Consultado 02 de abril de 2020] Disponible a: [https://www.eldiario.es/desalambre/gobierno-denuncias-exclusion-sanidad-espana\\_1\\_1414658.html](https://www.eldiario.es/desalambre/gobierno-denuncias-exclusion-sanidad-espana_1_1414658.html)
5. Organització Departament de Salut [lloc web]. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2018 [accés 02 d'abril de 2020] Disponible a: [https://salutweb.gencat.cat/ca/el\\_departament/organitzacio/](https://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/organitzacio/)
6. VV.AA. Primer Informe REDES: Registro Estatal para la Denuncia de la Exclusión Sanitaria. Madrid: Yo Sí Sanidad Universal y Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria; 2014.
7. Agenda 2030 [Internet]. Madrid: Gobierno de España. Ministerio de derechos sociales; 2020 [accés 03 abril 2020]. Disponible a: <https://www.agenda2030.gob.es/objetivos/home.htm>
8. Palacín, C. Aspectes psicosocials de la migració: processos psicològics i espais d'atenció. - Imaginari, dol i estrès en el món migratori. - L'acció del treball social vers el col·lectiu d'immigrants: de l'exclusió a la inserció? [tesis doctoral]. Barcelona. TDX Tesis Doctorals en Xarxa, Universitat de Barcelona; 2015

9. Anchotegui, J. Migración y salud mental. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). Zerbitzuan Revista de Servicios Sociales [revista a Internet] 2009 [accés 03 abril 2020], (46): pàgs 163-171. Disponible a <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3119470>
10. Real Decret 2393/2004, de 30 de desembre, pel que s'aprova el Reglament de la Llei Orgànica 4/2000, d'11 de gener, sobre els drets i les llibertats del estrangers a Espanya i la seva integració social. *Bulletí Oficial de l'Estat*, nº 6 (07-01-2005)
11. Canet, M. Dificultats d'atenció a les persones migrades en el servei d'atenció primària de salut del districte de Ciutat Vella. *RTS Revista de Treball Social*: 2004; (176): pàgs 70-83
12. A Catalunya [Internet]. Arrels Fundació. 2020 [consultat 01 abril 2020]. Disponible a: <https://www.arrelsfundacio.org/persones-sense-llar/problematika/catalunya/>
13. Arrels Fundació. Informe Viure al carrer a Barcelona. Radiografia d'una ciutat sense llar. [monografia a Internet]. Barcelona: Arrels; 2020 [consultat 2 abril 2020] Disponible a: [https://img.arrelsfundacio.org/wp-content/uploads/2020/07/viure-al-carrer-a-barcelona\\_informe2020.pdf](https://img.arrelsfundacio.org/wp-content/uploads/2020/07/viure-al-carrer-a-barcelona_informe2020.pdf)
14. Porcel, P. . El treball social en l'àmbit de la salut: un valor afegit. Barcelona: Acadèmia de ciències mèdiques i de la salut de Catalunya i Balears; 2008
15. De Robertis, C. *Fundamentos del Trabajo Social. Ética y metodología*. Valencia: Nau Llibres; 2005
16. Grawitz, M. *Methodes en sciences sociales*. Paris: Précis Dalloz; 1981
17. Sancho, J. *Com escriure i presentar el millor treball acadèmic*. Vic: Eumo; 2014
18. Taylor, S. & Bogdan, R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. 2ª ed. Mexico: Ed. Paidós; 2014
19. Sampieri, R. *Metodología de la investigación*. Mexico: Mc Graw Hill; 2006

20. Sierra, R. Técnicas de investigación social. Madrid: Paraninfo; 2008
21. Ramírez, F. Técnicas de Investigación: Procedimientos del Trabajo. En: Manual del Investigador. 2015 [Blog Internet]. Disponible en: <http://manualdelinvestigador.blogspot.com/2015/03/la-entrevista-mas-que-una-conversacion.html>
22. Rojas, R. . Investigación Social. Teoría y praxis. Mexico: Plaza y Valdés; 2001
23. Vazquez, L. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. Barcelona: Servei de Publicacions UAB; 2006
24. Lahoz, S; Forns, S. Anàlisi de les estratègies d'enfrontament, suport social i salut en una mostra d'immigrants residents a Barcelona. RTS Revista de Treball Social: 2004; (176): pàgs 7-21)
25. Jerusalem, K; Kleine, D. Anxiety in East German migrants: Protective effects of resources in a critical life transition. Anxiety-Research: 1991; (4): pàgs 15-25
26. Ritsner, M; Ponizovsky, A. Psychological symptoms among an immigrant Population: A prevalence study; 2003; 39(1): pàgs 8-19.
27. Shuval, J.T. Migration and stress. In *L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.)*, Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects Free Press: 1993; pàgs 641-657.
28. Gomez, L. J. La asistencia sanitaria en España. Especial referencia a la prestación sanitaria a los extranjeros en situación irregular después de la modificación operada por el Real Decreto-Ley 16/2012. Gabilex. 2016;(5): pàgs 83-121.
29. Valoración de las recomendaciones del RDL 7/2018 | Yo Sí Sanidad Universal [Internet]. Yosisanidaduniversal.net. 2021 [consultat 12 juny 2021]. Disponible a: <https://yosisanidaduniversal.net/noticias/valoracion-de-las-recomendaciones-del-rdl-7-2018>

30. VV.AA. El laberinto de la exclusión sanitaria. Vulneración del derecho a la salud en las Islas Baleares. Amnistia Internacional. Sección espanyola de Amnistía Internacional; 2013

31. Salut amplia la cobertura sanitària als immigrants irregulars. Diari ARA; Ara.cat [Internet]. 2015 [consultat 13 juny 2021];. Disponible a: [https://www.ara.cat/societat/salut-cobertura-sanitaria-immigrants-irregulars\\_1\\_1338656.html](https://www.ara.cat/societat/salut-cobertura-sanitaria-immigrants-irregulars_1_1338656.html)

32. Síndic de Greuges de Barcelona. 4. El sensellarisme a la ciutat de Barcelona [Internet]. Peretarres.org. 2021 [consultat 13 de juny 2021]. Disponible a: <https://www.peretarres.org/arxius/fpt/sensellarisme-barcelona.pdf>

# ANNEXOS

## Annex 1. Model de consentiment informal

### CONSENTIMENT INFORMAT

El Sr/Sra....., dóna la seva autorització per a ser entrevistat per la realització del Treball de Fi de Màster “La exclusió sanitària: una aproximació des del col·lectiu immigrant sense llar”, realitzat per la estudiant: Lidia Conejero Lago.

La seva participació en aquest projecte consistirà en una entrevista de duració aproximada d'entre 30 i 45 minuts.

La seva participació es totalment voluntària i anònima en cas desitjat, i pot decidir deixar de participar en qualsevol moment, així com negar-se a respondre a qualsevol pregunta de les preguntes que es formulin.

El tracte de les dades es realitzarà respectant les disposicions de la Ley Orgánica 15/1999 de *Protección de Datos de Carácter Personal*, i només seran utilitzats per a aquest treball.

Accepto les condicions anteriorment redactades en aquest document.

Firma:

Data: ..... de ..... de 2021

## Annex 2. Guió d'entrevista a persones immigrants sense llar

- **Edat i país d'origen**
- **Quant temps fa que resideixes a Barcelona?**
  - Menys d'un any
  - Entre un i dos anys
  - Entre dos i cinc anys
  - Més de cinc
- **Quant temps fa que et trobes en situació de carrer?**
  - Menys d'un any
  - Entre un i dos anys
  - Entre dos i cinc anys
  - Més de cinc

### Bloc 1. Problemàtiques de salut derivades de la migració

- Com creus que afecta a la salut el fet d'emigrar?
- Has requerit o requereixes actualment ser atès pel sistema públic de salut?
- Disposes de la Targeta Sanitari Individual?
- Has emmalaltit a causa de dormir al carrer?
- Com qualificaries el teu estat de salut actual?
- Problemàtiques de salut abans i després del procés migratori

### Bloc 2. Dificultats per a l'accés o vinculació al sistema públic de salut

- Què opines de la cobertura del sistema públic de salut a les persones immigrades que viuen al carrer?
- Què creus que obstaculitza o millora la inclusió al sistema sanitari?
- Consideren que existeix una exclusió del sistema sanitari cap a altres col·lectius?
- Quins serveis i/o recursos sanitaris coneixes o has utilitzat? Com has arribat a ells?

### Bloc 3. Demandes sanitàries

- Quines han estat les teves demandes sanitàries des que et trobes en situació de carrer?

#### **Bloc 4. Coneixement de la figura del treballador/a social sanitari/a**

- Coneixes la figura del professional de treball social sanitari?
- Has tingut mai contacte amb un treballador/a social sanitari/a?
- En cas afirmatiu, en què ha estat d'ajuda?
- En cas negatiu, quines consideres que podrien ser les seves funcions?



### **Annex 3. Guió d'entrevista a professionals**

- És alt el volum de persones a les quals ateneu des de la UTSS?
- Com us arriben les demandes?
- Què considereu de les característiques del col·lectiu immigrant i que, a més pernocta al carrer?
- Quines són les necessitats detectades del col·lectiu?
- Què fa i que podria fer el treballador social sanitari?
- Existeixen protocols de TSS específics per a aquests col·lectius vulnerables?
- Coneixes recursos i serveis per a aquest col·lectiu?
- Has treballat amb ells?
- Com són les coordinacions entre diferents professionals i serveis?
- Consideres que el sistema de salut beneficia o promou la seva exclusió sanitària?

## Annex 4. Classificació ETHOS

Situació	Categoria conceptual	Categoria operativa	Tipus d'allotjament
Sense llar	Sense sostre	1. Persones vivint al ras	1.1 Espai públic o exterior
		2. Persones que passen la nit en albergs per a persones sense llar	2.1 Refugi nocturn
	Sense habitatge	3. Persones que viuen en equipaments per a persones sense llar	3.1 LLars i albergs per a persones sense llar 3.2 Centres d'estada limitada 3.3 Allotjaments amb suport per moments de transició
		4. Persones que viuen en refugis per a dones	4.1 Refugis per a dones
		5. Persones que viuen en equipaments residencials per a immigrants	5.1 Centres de recepció o d'allotjament temporal 5.2 Allotjaments per a treballadors immigrants
		6. Persones en procés de sortida d'institucions	6.1 Centres penitenciaris 6.2 Institucions de tractament mèdic 6.3 Cases d'acollida per a infants i joves
		7. Persones que reben suport de llarga durada (per haver estat sense llar)	7.1 Residències per a persones grans que han passat per situació de sense llar 7.2 Centres residencials amb suport per a persones que han passat per situació de sense llar
Exclusió de l'habitatge	Habitatge insegur	8. Persones que viuen en un allotjament insegur	8.1 Amb amics o familiars 8.2 Relloguer 8.3 Ocupació il·legal d'immobles
		9. Persones que viuen sota amenaça de desnonament	9.1 En procés de desallotjament per impagament de lloguer 9.2 En procés d'execució hipotecària
		10. Persones que viuen sota amenaça de violència	10.1 Llars amb antecedents de violència domèstica o amb denúncies interposades a la policia
	Habitatge inadequat	11. Persones que viuen en estructures "no convencionals" i temporals	11.1 "Mobile homes", caravanes 11.2 Edificació "no convencional" 11.3 Estructures temporals
		12. Persones que viuen en habitatges insalubres	12.1 Habitatges no adequats per la vida quotidiana
		13. Persones que viuen en situació de garberament	13.1 Habitatges ocupats fins a condicions de garberament

Font: FEANTSA