

Les persones en situació de sense llar de Barcelona: perfils, estat de salut i atenció sanitària

Joan Uribe
Sara Alonso

Les persones en situació de sense llar de Barcelona: perfils, estat de salut i atenció sanitària

Joan Uribe i Sara Alonso

Les persones en situació de sense llar de Barcelona: perfils, estat de salut i atenció sanitària

Joan Uribe
Sara Alonso

Informes Breus és una col·lecció de la Fundació Jaume Bofill que es distribueix gratuïtament. S'hi publiquen els resums i les principals conclusions d'investigacions que han estat promogudes per la Fundació, així com documents inèdits en llengua catalana, i que com succeeix amb els resums de les investigacions, es consideren rellevants pel seu interès social i polític.

Totes les publicacions de la Fundació Jaume Bofill estan disponibles per a descàrrega al web www.fbofill.cat.

Primera edició: novembre 2009

© dels textos: Joan Uribe i Sara Alonso

© d'aquesta edició:

Fundació Jaume Bofill, 2009

Provença, 324

08037 Barcelona

fbofill@fbofill.cat

<http://www.fbofill.cat>

En la recerca també han participat, com a assessor, Josep Maria Haro, amb la base de dades, Adriana Berengueras, i com a estadístic, David Royo

Edició a cura d'Editorial Mediterrània

Disseny: Amador Garrell

Maquetació: Jordi Vives

ISBN: 978-84-692-7998-4

DL: B-47.223-2009

AGRAÏMENTS

En primer lloc i molt especialment, agraïm a la Fundació Jaume Bofill que hagi cregut en la pertinència del nostre projecte i l'hagi recolzat i impulsat, fent-lo possible.

A la Fundació Sant Joan de Déu, que hagi aportat eines per a l'explotació de dades i assessoria en l'àmbit de la investigació mèdica. Agraïm també a les entitats col·laboradores, especialment a Sant Joan de Déu Serveis Socials, el suport i la infraestructura necessària per al desenvolupament del treball.

A l'Àrea d'Acció Social i Ciutadania–Programa Sense Sostre, de l'Ajuntament de Barcelona, que acollís amb interès l'estudi i facilités l'accés als centres de Zona Franca, Císter i Almogàvers, i també al Servei d'Inserció Social, especialment a Albert Garcia, la seva col·laboració.

A totes les entitats que han col·laborat, especialment a la Fundació Mambré, Arrels, Assis, Companyia de les Filles de la Caritat-Obra Social Santa Llúisa de Marillac, SAPS-Creu Vermella Barcelona, ESPOT-Diputació de Barcelona, Heura, Menjador la Terrasetta, Prisba, Iaia M^a Luisa, Dit i Fet, Sostre, Rauxa i Càritas Barcelona, el seu suport durant la realització del treball de camp.

Agraïments especials a l'equip d'enquestadors pel seu esforç i el seu interès, sense els quals no hagués estat possible el bon desenvolupament del treball de camp, i a l'Albert per les indicacions a l'hora d'identificar espais urbans freqüentats per la població objecte d'estudi. També, a l'equip de treballadors de Serveis Socials de Sant Joan de Déu que han conviscut dia a dia amb el desenvolupament d'aquesta investigació.

Índex

Resum	11
1. INTRODUCCIÓ	13
Context general: polítiques europees i mobilització a favor de les persones en situació de sense llar	15
Els estudis sobre les persones en situació de sense llar: breu reflexió al voltant de la producció, recollida i ús de les dades	21
2. METODOLOGIA	27
Definició operativa de persones en situació de sense llar	29
El qüestionari i punt de partida	30
Treball de camp: disseny mostral, selecció de casos i recollida d'informació	32
Variables i indicadors. Instruments de càlcul	35
3. CONSTRUINT PERFILS: FACTORS INDIVIDUALS, SOCIODEMOGRÀFICS	39
Característiques individuals: sexe, edat, lloc on viuen, durada de la situació de sense llar	43
Les relacions sociofamiliars i la dimensió temporal	48
Ocupació	50
Situació laboral / ingressos mensuals	51
Ocupació i nivell d'estudis	53
4. ESTILS DE VIDA: FACTORS I ACTITUDS QUE INTERFEREIXEN EN LA SALUT	57
Alcohol	60
Substàncies o drogues diferents de l'alcohol	63
Tabac	65
Pràctiques preventives	65
Estil de vida i alimentació	66
5. ESTAT DE SALUT: MORBIDITAT CRÒNICA	69
Cronicitat física i mental	71
Discapacitats i limitacions	78
Salut mental	82

Trastorns mentals severes	83
Suport social i risc de tenir un problema de salut mental	85
6. ESTAT DE SALUT: AUTOVALORACIÓ	87
7. TRACTAMENT: ÚS DE MEDICAMENTS I UTILITZACIÓ DELS SERVEIS	93
Serveis i visites mèdiques	97
Hospitalitzacions i urgències	102
8. LES DESIGUALTATS EN LA SALUT: LA POBLACIÓ IMMIGRANT EN SITUACIÓ DE SENSE LLAR	105
Característiques principals del perfil individual i sociodemogràfic	108
Lloc on viuen i temps que porten en la situació de sense llar	110
Nivell d'estudis, situació laboral i posició socioeconòmica	112
Morbiditat crònica	113
Cobertura sanitària	113
9. CONCLUSIONS	115
10. PROPOSTES	131
BIBLIOGRAFIA	137

RESUM

Els canvis socials dels darrers temps (augment de la pobresa, precarització laboral, polarització de la distribució de la riquesa, cost de l'habitatge, etc.) han repercutit en el fenomen de l'exclusió social. La rapidesa d'aquests canvis ha fet que tant les institucions i organismes que treballen a Barcelona amb persones en situació de sense llar, com els responsables de dissenyar les polítiques de salut que els afecten, veiessin desactualitzades les dades referents a les necessitats de salut d'aquest col·lectiu.

Utilitzant l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA), i gràcies a la col·laboració de les sis-centes onze persones en situació de sense llar enquestades per a la realització d'aquest informe, hem pogut conèixer i 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– per constatar que cap coincideix: 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.

Per pal·liar aquesta deficiència d'atenció, l'estudi suggereix, entre altres, apropar el sistema sanitari a les persones en aquesta situació –tant els programes de tractament com els de prevenció i de rehabilitació–; implementar protocols per corregir la divergència entre la seva morbiditat i l'atenció sanitària que reben; i apropar el treball dels àmbits de la salut i el social, per oferir-los una atenció millor.

1 Introducció

CONTEXT GENERAL: POLÍTIQUES EUROPEES I MOBILITZACIÓ A FAVOR DE LES PERSONES EN SITUACIÓ DE SENSE LLAR

A Catalunya en particular i a l'Estat espanyol en general, s'ha generat els últims anys un canvi al voltant a les preocupacions i/o polítiques destinades a abordar la problemàtica de les persones que viuen en la situació de “sense llar”.¹ Aquest canvi es contextualitza dins de les preocupacions, debats, programes i polítiques internacionals tant de l'àmbit de la Unió Europea com d'abast més global –els Estats Units d'Amèrica–. Destaca, entre aquests, l'estratègia d'Inclusió Social de la Unió Europea, llançada pel Consell Europeu de Lisboa l'any 2000 per lluitar contra la *pobresa i exclusió social*² dels estats membres.

.....

1. Utilitzem la denominació “persones en situació de sense llar”, per emmarcar des de la nostra perspectiva, d'una banda, la dimensió particular de cada persona en situació de sense llar i, de l'altra, el context dinàmic i processal i, per tant, històric, del fenomen. Així, el nostre punt de partida pretén fer referència no només a la població reconeguda com a tal, sinó també acostar-se al significat relacional de les accions dels diferents agents, actors i/o pràctiques polítiques i socials que interfereixen i formen part d'un mateix camp d'acció i/o d'interessos.

2. Existeix un ampli debat entorn a la definició de “pobresa” i “exclusió social”, que varia segons els agents, les seves posicions, països, etc. No hi ha, per tant, una única definició o un consens entorn a aquesta definició (ni en el si dels economistes, sociòlegs, ni en el de responsables de les administracions públiques o polítics). No obstant això, des del 1984, els membres dels països de la Unió Europea reconeixen oficialment la definició de “persones pobres” com “les persones

En aquest marc, els diferents països acorden objectius comuns a partir d'una sèrie d'indicadors de control per estimular desenvolupaments coordinats de polítiques nacionals, traduïts en els diferents contextos europeus en els anomenats Plans Nacionals d'Inclusió Social (PANin).³ Un primer conjunt d'indicadors per controlar la posada en pràctica d'aquests plans va ser adoptat pel Consell Europeu de Laeken el desembre de 2001.⁴ Tot i que els indicadors no inclouen qüestions directament relacionades amb les persones en situació de sense llar –compreses en l'àmbit de la discussió com l'expressió extrema de l'exclusió social–, passen a tenir un reconeixement o projecció social i política relatius, en gran part vinculats als treballs de mobilització de diferents actors i/o entitats no governamentals realitzats en els diferents països del context europeu.

Dit en altres termes, l'interès per part de diferents actors en les persones en situació de “sense llar” està relacionat amb els efectes de la mobilització i la coordinació com a base del conjunt d'accions dirigides a donar resposta a l'estratègia de lluita contra la pobresa i l'exclusió social.

Entre aquestes entitats mobilitzades a favor de les persones sense llar, cal esmentar la FEANTSA (Fédération Européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri) que ostenta el major grau de legitimitat o autoritat mercès a la seva dimensió i abast europeu.⁵

En general, un dels arguments de legitimitat usats per aquests actors fa referència a la tendència polaritzada de l'actual model social i econòmic, que dissenya un

.....
els recursos materials, culturals i socials de les quals són tan escassos que els exclouen de les mínimes condicions de vida acceptables, entre els membres de l'estat en què viuen”. En general, fa referència a tres tipus d'indicadors: *a)* econòmics, *b)* condicions de vida –absència o dificultat per accedir a béns de consum bàsics–, i *c)* els indicadors de mínims socials –les persones que reben una ajuda destinada a lluitar contra la pobresa.

3. Per una panoràmica general d'aquests plans a Espanya, vegeu Fresno i altres (2005). Dins del context local –municipal– destaquem el Pla Municipal per a la Inclusió Social, aprovat el mes de març del 2005.

4. Vegeu Presidència del Consell Europeu de Laeken, 2001.

5. Els recursos financers de la FEANTSA procedeixen de la Comissió Europea.

mapa de distribució de la riquesa en el qual tendeix a augmentar la població en “risc d’exclusió” i, concretament, aquella reconeguda socialment com la “més marginal” o exclosa, entesa també com “sense llar”.

Als Estats Units d’Amèrica, l’interès i el debat sobre els *homeless*, des del punt de vista de l’efecte de “visibilització” d’aquesta població, es manifesta relativament abans que als països europeus, concretament a inicis de la dècada dels anys 1980. No obstant això, en els dos llocs existeix un punt en comú. La “visibilitat” política i social de la població en situació de sense llar està directament vinculada a contextos de canvi i de mobilització així com a la percepció del problema com una cosa circumstancial. En altres paraules, la població en situació de sense llar tendeix a veure’s i a compredre’s com població en una situació puntual, temporal⁶ –o d’emergència–, que resulta del creixement d’aquesta població en un moment crític donat.

D’acord amb aquest punt de vista, als Estats Units d’Amèrica, per exemple, van ser destinats en la dècada de 1980 esforços per prevenir o combatre el creixement dels *homeless*, així com per millorar les condicions de vulnerabilitat de les persones que vivien en una “situació de cronicitat”,⁷ els anomenats “crònics” (Sommer, 2001).

.....

6. Cal puntualitzar el doble significat de la condició situacional –i per tant temporal i acotada– dels sense llar. No s’ha de confondre l’enfocament de “les polítiques socials d’intervenció contra l’exclusió social”, que parteixen del pressupòsit que els factors que porten a una persona sense llar a aquesta situació són reversibles i, amb ells, es reverteix la situació, amb plantejaments de context macroeconòmic que pressuposen que les borses d’exclusió apareixen en moments convulsos de canvi social i econòmic, però que desapareixen quan aquests canvis s’estabilitzen. Amb aquest últim significat, no hi estem d’acord. No obstant això, també cal ponderar l’enfocament de les polítiques contra l’exclusió social ja que no estan totalment desvinculades dels plantejaments macroeconòmics.

7. “Els crònics” és una denominació procedent del discurs mèdic i és usada pels diferents agents i actors que són part interessada en relació amb les persones en situació de sense llar. De manera general, fa referència al perfil de persona que ha passat –o porta– diversos anys vivint al carrer en unes condicions materials molt precàries i adquirint hàbits de comportament que impliquen, per exemple, l’abandonament d’actituds d’higiene. Hem preferit utilitzar la denominació “situació de cronicitat”, en conformitat amb el nostre punt de vista.

D'una manera general, aquestes pràctiques i percepcions sobre les persones en situació de sense llar parteixen del pressupòsit discursiu que la població sense llar –llegiu també la població en risc d'“exclusió”– tendeix a disminuir o desaparèixer en el procés de desenvolupament dels països.

No obstant això, aquesta tendència no sembla complir-se. Segons dades d'EUROSTAT, l'any 1999 el 15% de la població de la Unió Europea (quinze països) estava en risc d'exclusió. L'any 1999 Espanya comptava amb 3.639.069 persones (19% de la població) per sota del llindar de risc de pobresa.⁸ Cinc anys més tard, el 2004, el percentatge de la Unió Europea era pràcticament el mateix, 16%, comptant amb l'ampliació dels països i altres factors com immigrants i refugiats, i a Espanya es mantenia, amb un percentatge al voltant del 18%.⁹

És en aquest context que, a partir de 2005, es crea “un nou” quadre polític en matèria de polítiques de protecció social i inclusió per part de la Comissió Europea COM 2005, 706 (Unió Europea, 2005), com a resultat de la “Revisió de l'Estratègia de Lisboa” el 2005 i de l'adopció per part del Consell d'Europa de l'“Estratègia per a la protecció social i inclusió social” el mes de març del 2006. A grans trets, intenta donar “continuitat” a les línies d'interès dels objectius generats a l'inici del procés de Lisboa.

No és la nostra intenció examinar o enumerar aquests objectius. Amb prou feines ens interessa, d'una banda i a efectes de contextualització d'aquest estudi, destacar-ne alguns: aquells que afecten les persones en situació de sense llar, posant un accent especial en la seva salut i les atencions que reben. D'altra banda, volem posar de manifest els vincles entre la mobilització dels actors a favor de les persones sense llar i la relativa implicació per part de les administracions en el desenvolupament d'estratègies.

Així, d'aquestes “estratègies” en destaquem quatre aspectes. El primer fa referència al marc general dels objectius: “promoure la cohesió social i la igualtat de possibilitats per a tots a través de sistemes de protecció social i de polítiques

8. El llindar del risc de pobresa (econòmica) es defineix com el 60% de la renda mitjana nacional.
9. Ministeri de Treball i Afers Socials (2008).

d'inclusió social apropiades, accessibles, finançament durables, adaptables i eficaces”.

Del segon, dins de la “política d'inclusió per eradicar la pobresa i l'exclusió”, destaquem: *a)* assegurar la inclusió social activa de tots per mitjà del mercat de treball i lluitant contra la pobresa i l'exclusió de les persones més marginals;¹⁰ *b)* garantir l'accés de tots als recursos, als drets i als serveis socials bàsics, amb la finalitat de lluitar contra les formes extremes d'exclusió i discriminació que condueixen a l'exclusió; *c)* assegurar que les polítiques estiguin ben coordinades i impliquin tots els nivells de l'estat així com els diferents actors involucrats, i aplicar-les en els contextos particulars.

El tercer aspecte està relacionat amb el dret a assegurar i garantir els mecanismes apropiats per accedir a pensions que possibilitin que totes les persones mantinguin una vida adequada a les seves condicions.

Finalment, destaquem les “estratègies” relatives a la salut: *a)* garantir a llarg termini i de manera adequada a tothom l'accés a atencions de la salut i abordar el tema de les desigualtats en qüestions d'accés als recursos i estat de salut; *b)* promoure la qualitat de la salut i adaptar-la a les necessitats i preferències canviants;¹¹ *c)* assegurar, entre altres, que els mitjans necessaris siguin accessibles finançament i que es promogui una bona coordinació entre els “sistemes” i institucions de salut.

No podem deixar d'esmentar les qüestions relacionades amb l'allotjament o el dret a allotjament. Tot i que ha estat un tema present des del procés de Lisboa,

.....
10. Aquest objectiu parteix de la idea de l'ocupació com un dels mitjans fonamentals de la “integració i lluita contra la pobresa”. En aquest sentit, les polítiques contra la desocupació s'han d'adaptar a les necessitats de les persones més marginals, llegiu també les persones “sense sostre”.

11. Fa referència explícita al nou quadre polític en què es creen les polítiques de descentralització de la salut, i alhora s'introdueixen accions estandarditzades per mesurar les desigualtats socials en la salut, per exemple, a través de les enquestes de salut i els corresponents “indicadors” que permeten mesurar condicions socioeconòmiques, qualitat i estils de vida, així com la utilització i accés als serveis.

fins l'any 2005 no s'ha plantejat explícitament com a prioritat i com una qüestió de garantia de drets en el sentit d'assegurar un allotjament adequat buscant combatre i prevenir les situacions de sense llar.

La nostra intenció en destacar aquestes “estratègies de lluita contra la pobresa i l'exclusió social” és posar de manifest la seva rellevància com a marc de referència oficial proposat per la Comissió Europea, i a través d'elles i des d'un punt de vista analític, abordar des d'aquest estudi elements lligats a la complexitat que implica “la problemàtica de les persones en situació de sense llar”, concretament alguns de relatius a qüestions d'allotjament, salut orgànica i salut mental, protecció social i ocupació.

En aquest marc, creiem que les persones en situació de sense llar, en un sentit general, s'enfronten freqüentment amb obstacles addicionals. D'una banda, a l'hora de veure garantida i accedir a l'ocupació, l'allotjament, als serveis socials en general i, en particular, als de salut orgànica i salut mental. D'altra banda, perquè corren riscos específics en gran mesura lligats a les “condicions en què viuen” i, sobretot, perquè a causa de la seva extrema posició desfavorable tenen un major grau de probabilitats de ser desqualificades a l'hora de fer-se valer per accedir i/o garantir aquests drets.

Conforme a aquesta perspectiva i com a punt de partida, postulem que els “factors estructurals”,¹² entre ells la salut i/o protecció social, l'ocupació, l'habitatge –així reconeguts, explícitament o implícita en la literatura sobre la temàtica de les persones sense llar–, tendeixen a afavorir l'augment i manteniment de l'exclusió i, per extensió, de les persones en situació de sense llar.¹³

.....
12. Les cometes tenen la intenció d'emfatitzar el vincle explícit o implícit entre les diferents línies teòriques i els dominis de la política en el sentit que els seus enfocaments pressuposen l'existència d'un marc de referència “oficial”.

13. En general, la literatura sobre les “persones sense llar” reconeix la importància que tenen els factors individuals (la perspectiva més biogràfica) i els socials o estructurals (la perspectiva social) per comprendre aquesta problemàtica. En aquest sentit, destaquem el treball de Clapham (2002) que s'insereix dins de l'enfocament analític de *trajectòries de vida*. A grans trets, es tracta d'un enfocament que va més enllà de les perspectives d'història de vida o social en la mesura que busca entrellçar aspectes significatius de l'experiència social i individual o grupal.

ELS ESTUDIS SOBRE LES PERSONES EN SITUACIÓ DE SENSE LLAR: BREU REFLEXIÓ AL VOLTANT DE LA PRODUCCIÓ, RECOLLIDA I ÚS DE LES DADES

La producció de dades en general i, en particular, les relatives al nombre de persones d'una determinada població, és –o acostuma ser– una font de suport per concretar i aplicar polítiques destinades a aquesta població i, alhora, les dades són font i resultat de discrepàncies entre els diferents actors i agents que formen part d'un mateix camp d'actuació.

Un exemple paradigmàtic sobre aquestes qüestions ens l'aporta la temàtica de les persones en situació de sense llar. Actualment existeix una gairebé absència de dades i de registres estadístics o estandarditzats sobre aquesta població, sigui a escala internacional –de la Unió Europea– o més local, com l'Estat espanyol i/o els seus diferents nivells –estatal, autonòmic, local–. I els que existeixen són rarament comparables entre els diferents països o dins d'aquests, degut en gran part a la diversitat de criteris de definició usats i, consegüentment, a la utilització de sistemes de recollida de dades diferents.

En el context europeu, la producció de coneixement a partir de la recollida de dades estadístiques, censos, etc. ha estat, a partir de la dècada de 1990, un dels temes d'interès d'acord amb les escasses i limitades dades que existien sobre aquesta població.

L'any 1988, amb la creació de la FEANTSA, es va materialitzar a Europa una certa institucionalització de la problemàtica al voltant de les persones en situació de sense llar en un marc polític de programes nacionals i internacionals “per prevenir i alleujar la pobresa i l'exclusió social”. Aquesta materialització va afavorir la creació i sistematització d'un conjunt de pràctiques –com produir, recollir i sistematitzar dades o coneixement transnacional sobre la problemàtica de les persones sense llar– dirigides a una eficaç aplicació i viabilitat de polítiques. Així, aquesta actitud es va posar ja de manifest en els primers anys de 1990 amb la creació de l'European Observatory on Homelessness (EOH) de la FEANTSA.

A més a més, a partir del nou mil·lenni i en el marc dels Plans Nacionals d'Inclusió Social, sorgeix un interès a reorientar la producció de coneixement i de recollida de dades per part dels diferents actors i agents involucrats en la problemàtica amb la intenció de superar els buits existents respecte a les fonts d'informació sobre les persones en situació de sense llar. Esmentem entre aquestes accions l'estudi realitzat l'any 2003 per l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE/EUROSTAT); la revisió d'estadístiques sobre *homelessness* produïdes per l'European Observatory on Homelessness de la FEANTSA a través de la seva proposta d'ETHOS (*European Typology of Homelessness and housing exclusion* - Tipologia Europea de Sense llar i exclusió residencial), com una definició conceptual i operacional del la situació de "sense llar";¹⁴ el projecte "Measurement of Homelessness at European Union Level" (Mesura del fenomen "sense sostre" a nivell europeu) de la Comissió Europea (European Commission, 2007). No obstant això, l'adopció de la "Declaració" escrita del Parlament Europeu comproment-se a posar fi al fenomen "sense llar" del carrer l'any 2015, signada el 22 d'abril de 2008, és potser l'expressió més formal respecte al compromís i interès per la problemàtica dels "sense llar" en general i, en particular, per la creació de fonts de dades estadístiques fiables i comparables per part dels països de la Unió Europea.¹⁵

A Espanya i sobre la població sense llar, a efectes del nostre treball ens interessa esmentar, a més a més del treball de Pedro Cabrera (2000), l'enquesta sobre persones sense llar (EPSH) de l'Institut Nacional d'Estadística, els resultats de la qual van ser publicats el desembre de 2005 (INE, 2005) i també l'actualització de 2006 els resultats de la qual van ser divulgats el juliol de 2007.¹⁶

Dins de la mateixa línia, és important destacar en el context local l'estudi realitzat per l'Institut de Salut Pública i la Direcció de Serveis Socials, tots dos de l'Ajuntament de Barcelona. Aquesta iniciativa és bastant anterior a l'estudi citat de

.....

14. Veure, per exemple, Edgar i Meert (2005 i 2006).

15. <<http://feantsa.horus.be/code/FR/pg.asp?Page=967>>

16. Cal esmentar que l'enquesta de l'INE s'enquadra en el mateix marc de la Unió Europea i l'oficina d'estadística de l'EUROSTAT objectivant formalitzar un marc metodològic (definicions i mètodes d'investigació) sobre les persones sense llar (INE, 2005).

l'INE (2005). Els seus resultats van ser divulgats a finals de 1999 (Jansà, Sánchez, Borrell i altres, 1999).

Tant l'estudi de l'INE com el de l'Institut de Salut Pública, parteixen d'universos empírics, objectius, procediments metodològics i propostes diferents. No obstant això, tenen en comú el seu interès a recollir dades quantitatives o estadístiques de caràcter oficial objectivant l'aplicació de polítiques. En aquest sentit, tenen un significat especial dins de la seva especificitat, per tractar-se de les primeres enquestes sobre les persones sense llar realitzades en i per contextos administratius de diferent nivell.¹⁷

No podem deixar d'esmentar que encara que l'enquesta de l'INE no buscava avaluar el nombre de persones sense sostre a Espanya, no deixa de fer-ho, en proposar una estimació de 18.500 (5 de novembre de 2003), prenent com a base les informacions procedents dels centres.¹⁸ Conforme a aquesta estratègia metodològica, l'INE presentava per a finals de l'any 2005 una estimativa de 21.900 persones sense sostre.¹⁹

Més endavant reprendrem algunes observacions en relació amb l'estudi de l'Institut de Salut Pública de Barcelona. De moment només destacar que és una enquesta que es realitza directament al carrer i en els centres assistencials, per la qual cosa té un significat i un valor especial si la comparem amb l'estudi de l'INE, que no fa el treball directament al carrer i, per tant, no comptabilitza les persones que, literalment, dormen al carrer.

Malgrat la seva innegable importància com a primers registres d'informació estadística sobre persones en situació de sense llar, aquests estudis plantejarien

.....
17. Encara que no tenen una finalitat estadística, esmentem els treballs de Muñoz, Vázquez, Panadero i Vázquez (2003) i, concretament, en relació amb la temàtica de salut amb les persones sense llar els treballs de Muñoz, Vázquez i Creuat (1995); i Muñoz, Vázquez i Vázquez (2003).

18. Veure, també, Cabrera (2004).

19. Prenent com a referència la conceptualització d'ETHOS, l'INE adopta com a definició del seu univers aquelles persones que s'insereixen dins de les categories "sense habitatge" i "sense abric" (dins dels indicadors operacionals, 1, 2, 3, 4, 5, i 7).

certes limitacions des d'un punt de vista comparatiu. Especialment, per l'absència de paràmetres comuns i de qualitat, és a dir, capaços d'avaluar les “desigualtats i/o condicions socioculturals” pròpies de la complexitat de la problemàtica de les persones en situació de sense llar.

Des d'aquesta perspectiva, l'absència de criteris unificats per definir i/o recollir dades sobre les persones en situació de sense llar també pot presentar-se com un obstacle al desenvolupament d'estudis que objectiven crear paràmetres o bases que fonamentin polítiques específiques dirigides a aquesta població, com les de l'àmbit de la salut, objectiu de la nostra investigació.

L'estudi que presentem s'insereix en aquesta línia de preocupacions i, en aquest sentit, esperem contribuir, des de la nostra modesta aportació, a defugir algunes d'aquestes llacunes i obstacles, i establir bases de referència per a una política pública més enllà del model bioquímic i/o assistencial; és a dir, que entengui la salut segons “patrons socials i d'acció”, dins de la complexitat pròpia de la diversitat de situacions de les persones sense llar.

Objectius

Per fer-ho, ens hem marcat, com a objectiu principal conèixer l'“estat de salut” de les persones sense llar a Barcelona a través de l'estudi de la seva morbiditat, tant en salut física com mental, dels hàbits (o estils de vida) relacionats amb la salut; conèixer també la seva autovaloració de l'estat de salut, i finalment, conèixer l'atenció sanitària que reben, l'ús que en fan i la percepció que tenen dels serveis (o recursos) sanitaris.

Això ens porta a definir uns objectius secundaris:

- a) La identificació de problemes de la població sense llar, tant des del punt de vista del perfil individual –estrès, ansietat, etc.–, com socioeconòmic. Aquesta anàlisi permet observar elements que han afavorit la condició d'exclusió social

en què es troba aquest sector de la població i, en última instància, detectar les condicions de desigualtat social.

- b) Comprendre en quina mesura interfereixen en la salut i/o estils de vida les addiccions i factors socioeconòmics, reflectint aquests últims les condicions de vida dels individus: situació i activitat laboral, situacions d'estrès, suport social, educació o nivell d'estudis, ingressos econòmics, allotjament.
- c) Identificar necessitats de les persones sense llar:
 - la utilització i seguiment dels serveis de salut,
 - l'existència o no de problemes de salut específics (segons característiques o rellevància) i/o més habituals.
- d) Determinar l'índex de cronicitat de la població en situació de sense llar de la ciutat de Barcelona i establir les seves interrelacions amb situacions d'estrès, suport social, així com la identificació o no d'elements específics, a partir de la nostra definició operativa de persones en situació de sense llar (veure més endavant) i filtrada pel temps que cada persona porta en aquesta situació.

En un sentit general, l'estudi pretén recolzar la planificació de polítiques de salut atenent a les necessitats de les persones en situació de sense llar, concretament:

- a) Aportar bases de suport per a una planificació que tingui en compte les condicions socials d'aquesta població.
- b) Facilitar la presa de decisions sobre l'ajust de protocols d'actuació sanitària en aquest col·lectiu.
- c) Facilitar eines per a la previsió de necessitats sanitàries en funció dels problemes de salut que es detectin i de l'evolució que se'n prevegin a curt i mitjà termini.

Tots tres aspectes estan directament relacionats amb una planificació política atenta a l'eliminació d'estereotips i estigmes socials atribuïts socialment a les persones en situació de sense llar.

② Metodologia

DEFINICIÓ OPERATIVA DE PERSONES EN SITUACIÓ DE SENSE LLAR

El criteri que fem servir per definir les persones sense llar s'aproxima a la concepció d'ETHOS (*European Typology of Homelessness and housing exclusion* - Tipologia Europea de Sense llar i exclusió residencial) utilitzat per la FEANTSA (*European Federation of National Organisations working with the Homeless* - Federació Europea d'Organitzacions Nacionals que Treballen amb les persones sense llar). Sota aquest punt de vista metodològic, considerem persones en situació de sense llar les que no tenen un espai físic (o sense sostre) i aquelles a les quals els falta l'accés a un habitatge per desenvolupar-se humanament i socialment. En aquesta definició, entren, per tant, persones que:

- a) viuen al carrer o a l'espai públic,²⁰
- b) pernocten en un alberg i/o es veuen forçades a passar la resta del dia en un espai públic;
- c) estan temporalment acollides en entitats privades, pensions, refugis, és a dir, residències per a sense sostre que permeten diferents models d'estada;

.....
20. Espai públic en sentit obert: caixers, aparcaments, cotxes o vehicles en general, descampats, parcs, etc.

d) viuen en situacions d’“infrahabitatge”, amuntegades en barraques, descampats, cases abandonades en condicions insalubres, etc.

Les quatre definicions, d’acord amb la definició operativa d’ETHOS proposada per la FEANTSA, corresponen als indicadors 1 i 2 (categoria “sense sostre”) 3, 4 i 7 (categoria “sense habitatge”) i 11 (habitatge insegur).²¹

EL QÜESTIONARI I PUNT DE PARTIDA

Utilitzem el qüestionari de l’Enquesta de Salut de Catalunya, (ESCA 2006),²² adaptada al grup de persones sense llar i ampliada amb aspectes nous que considerem significatius per comprendre l’univers d’estudi de les persones en situació de sense llar. Aquests aspectes són relatius tant a l’àmbit estricte de la salut (morbiditat, salut mental i trastorns mentals severes), com al de l’habitatge o al socioeconòmic i jurídic.

Destaquem, no obstant això, que a causa del nostre objectiu, el qüestionari, que manté nombrosos apartats amb variables i indicadors de càlcul usats a l’ESCA, no inclou l’apartat de seguretat viària i obvia l’extensió que en l’última ESCA es va fer sobre el tabaquisme.

L’Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA 2006), del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, així com l’Enquesta Nacional de Salut de 2006 de l’Institut Nacional d’Estadística i el Ministeri de Sanitat i Consum es contextualitzen en el marc general de l’Enquesta Europea, d’acord amb les transformacions que resulten de l’estratègia de política sanitària de la Unió Europea (“Estratègia de Lisboa”).²³

.....
21. Veure <http://www.feantsa.org>.

22. L’ESCA 2006 es va elaborar a partir de 18.126 entrevistes realitzades a una mostra aleatòria simple del Registre de població de Catalunya de l’Idescat a 1 de gener de 2005.

23. El tema elegit per la FEANTSA per a l’any 2006 és: “El dret a la salut és un dret humà: garantir l’accés a la salut a les persones sense sostre”. Veure <http://feantsa.horus.be/code/fr/theme.asp?ID=2>.

Prenent aquest marc de referència com a punt de partida, es van introduir algunes innovacions en relació amb les enquestes anteriors. L'objectiu principal d'aquesta revisió va ser potenciar l'enquesta com a instrument per a la detecció i mesura de les desigualtats en la salut i d'utilització de serveis, segons gènere, edat, classe social (entenguï's segons les cinc agrupacions d'ocupació laboral i complementada amb informacions de la situació laboral, l'ocupació en l'empresa i l'activitat laboral), nivell d'estudis i territori (Mompert i altres, 2007).

L'estructura del qüestionari i les seves dimensions

L'enquesta aporta informació important sobre diferents factors condicionants dels estils de vida: agressions sofertes, estat de salut (física i mental) i malal-

Quadre 1.

Estructura del qüestionari

Apartats	Pàgines
PC. On viu vostè	3
A. Context familiar i de l'habitatge	4
B. Dades sociodemogràfiques...	5-8
C. Cobertura sanitària	9
D. Estat de salut i qualitat de vida	10-11
E. Morbiditat crònica	12-13
F. Accidents	13
G. Ús de medicaments	14
H. Restricció de l'activitat (els últims 15 dies)	15
I. Restricció de l'activitat (els últims 12 mesos)	15
J. Discapacitats	16-18
K. Salut mental	18
L. Suport social	19
M. Visites mèdiques durant els últims 12 mesos	19
N. Visites mèdiques durant els últims 15 mesos	20-21
O. Atenció primària	21-22
P. Hospitalitzacions	22-23
Q. Pràctiques preventives	23
S. Estils de vida: alcohol i drogues	24-25
U. Estils de vida: tabac	25-26
V. Discriminació-estigmatització	28
W. Alimentació	28-29
Z. Trastorns mentals severes	29-31

Font: Elaboració pròpia.

ties cròniques, trastorns mentals severos, consum de medicaments, accidents, suport social, accés i utilització dels serveis sanitaris, immigració i pràctiques discriminatòries.

Amb l'objectiu de comprendre factors que poden condicionar o interferir en la salut, s'han obtingut informacions sobre les característiques sociodemogràfiques de les persones seleccionades.

Àmbit de l'enquesta

A. Univers empíric (poblacional). La investigació es dirigeix al conjunt de persones que viuen en situació de sense llar a la ciutat de Barcelona, al voltant de 1.800.

B. Univers geogràfic. L'enquesta es realitza a la ciutat de Barcelona, en els diferents barris o en els deu districtes que la constitueixen des del punt de vista de l'administració política (Ciutat Vella, Eixample, Gràcia, Horta-Guinardó, Les Corts, Nou Barris, Sant Andreu, Sant Martí, Sants-Monjuïc i Sarrià-Sant Gervasi).

C. Univers temporal. El període de recollida de la informació comprèn d'abril a juny de 2008, amb entrevistes a 611 persones de més de divuit anys.

TREBALL DE CAMP: DISSENY MOSTRAL, SELECCIÓ DE CASOS I RECOLLIDA D'INFORMACIÓ

Disseny mostral i selecció de casos

En un primer moment es va valorar la possibilitat de determinar la mostra per saturació de l'univers de persones sense llar de la ciutat de Barcelona. Finalment, d'entre la bibliografia consultada, l'article de Iachan i Dennis (1993) centrat en l'abordatge de la determinació de la mostra ens va il·lustrar respecte a l'aplicació d'un criteri per determinar la mostra amb garanties.

Els autors Iachan i Denis delimiten el seu univers a partir de la identificació prèvia dels diferents àmbits físics referents en la situació vital de les persones sense llar, en els quals aquesta població desenvolupa les seves activitats habituals, tant individualment com en conjunt. Una vegada identificats aquests àmbits, es discriminen, primer, les persones presents a l'àmbit que no formen part de la població sense llar i, en segona instància, s'identifica el grau de solapament que cada àmbit té amb els altres àmbits per ponderar el seu pes específic en el conjunt de la mostra.

D'acord amb aquest punt de vista metodològic, la selecció de la mostra es va fer a partir de l'estratificació en quatre àmbits físics la suma dels quals representés la totalitat de l'univers de les persones sense llar a la ciutat de Barcelona, al voltant de 1.800. Aquests àmbits són:

- a) persones amb residència habitual a l'espai públic;
- b) persones que utilitzen serveis de menjadors socials;
- c) persones que estan en centres de dia per a persones sense llar, i
- d) persones que utilitzen els refugis/albergs de la xarxa pública o privada per a persones sense llar.

Aquesta divisió, a més de no ser arbitrària, està directament relacionada amb els criteris que utilitzem per definir les persones en situació de sense llar. Des d'aquesta perspectiva, considerem persones sense llar tant les que no tenen sostre, com les que, tot i tenir-lo, els falta l'accés a un habitatge per desenvolupar-se humanament i socialment: “una llar”.

Inicialment es va partir d'una ponderació inicial del pes de cada àmbit i a mesura que es portava a terme la recollida d'informació, per assegurar la representativitat de la mostra, es va ponderar a cada subjecte en funció de la seva concurrència en un o més àmbits. Val a dir que la informació de solapament entre els àmbits es va tenir en compte per tenir una representativitat del total de la població.²⁴

.....
24. Van ser exclosos els estrangers amb dificultats idiomàtiques i les persones en estat de toxicitat o en estat alterat de consciència que impossibilitessin la realització de l'enquesta, procedint a penes a una recollida d'informació bàsica.

Així, la freqüència i distribució percentual relativa a l'assignació de casos d'acord amb la mida mostral (611 enquestats, sobre un univers d'unes 1.800 persones detectades) i amb l'estratègia metodològica aplicada queda reflectida al quadre 2:²⁵

Quadre 2.
Mostra enquestada, segons àmbits de localització

Àmbits	Persones	%
El carrer (espai públic)	201	32,9
Albergs i centres i residències per a les persones sense sostre	322	52,7
Estructura temporal, barraca o casa d'ocupes	51	8,3
Altres possibilitats (pisos amb amics de persones sense sostre)	34	5,6

Font: Elaboració pròpia.

La durada de l'entrevista va oscil·lar entre tres quarts i una hora, i les enquestes es van fer en espais o centres relatius a cadascun dels quatre àmbits de localització de la mostra. La selecció de persones enquestades es va fer de manera aleatòria, és a dir, de manera sistemàtica a partir d'unes normes de mostreig. No es van entrevistar totes les persones presents en cada moment en un centre sinó només una mostra.

Recollida d'informació

Entenem el treball de camp en un sentit ampli, que implica diferents tècniques d'investigació en la recollida de dades; no es limita únicament a la tècnica dirigida a la recollida de dades del qüestionari. Segons aquest punt de vista, considerem dades i tècniques de camp les informacions recollides:

- Durant la prospecció que es va fer als recursos i instal·lacions relatives als àmbits d'estudi, mitjançant entrevistes informals i observació.

.....
25. La taxa de resposta és de 0,8. El càlcul s'ha fet sobre la base de totes les respostes (611), dividint aquesta xifra entre la suma de les respostes (611) i les no respostes (167).

- En les tècniques de supervisió i formació contínua dels enquestadors durant els tres mesos de la realització dels qüestionaris.
- A més a més, destaquem el full d'observacions en el qual els enquestadors indicaven els aspectes que havien estat destacats pels enquestats durant la realització de l'enquesta.

Aquestes estratègies metodològiques van implicar, durant la realització del treball de camp, que s'establís un control de qualitat rígid que va consistir en la revisió periòdica de les entrevistes realitzades i en la realització de sessions amb els entrevistadors per detectar problemes en el treball de camp.

VARIABLES I INDICADORS. INSTRUMENTS DE CàLCUL

L'enquesta té 148 preguntes i inclou un full d'observació i un segon full d'observació on l'enquestador anota les percepcions i punts de vista considerats més significatius sobre el context relacional de l'enquesta. Conforme a l'ESCA 2006, les preguntes són heterogènies i comporten una diversitat de variables (dicotòmiques, categòriques, quantitatives, contínues). Algunes variables s'obtenen a partir de les respostes, mentre que altres necessiten de càlculs determinats amb l'objectiu d'estimar indicadors compostos. D'acord amb els objectius comparatius, vam utilitzar indicadors i càlculs utilitzats en l'ESCA 2006 i vam incorporar-ne de nous. Les variables de classificació eren edat, sexe, nivell d'estudis, ocupació, nivell d'ingressos, classe social, temps al carrer i immigrants. Indicarem només algunes de les variables i instruments de càlcul utilitzats a l'estudi.

Morbidity crònica

A més de les vint-i-set malalties que registra el qüestionari de l'ESCA 2006, es van incloure les següents:

- VIH/SIDA
- Ludopatia

- Alcoholisme
- Toxicomania diferent de l'alcoholisme
- Hepatitis
- Cirrosi
- Epilèpsia

Igualment, vam procedir a una reagrupació d'aquestes vint-i-set malalties en:

- Cardiovasculars (CV)
- Musculoesquelètiques (EM)
- Respiratòries (RE)
- Mentals (MT)
- Neurològiques (NE)
- Digestives (DIG)
- Toxicomania (drogues i alcohol)

Classe social

La classe social segons la posició socioeconòmica es recolza en la proposta de mesura de classe social del Grup de Treball de la Societat Espanyola d'Epide-miologia i de la Societat Espanyola de Medicina Familiar i Comunitària (2000).

Des d'aquesta perspectiva, la classe social ve donada a partir de la situació la-boral, l'activitat en l'empresa i l'ocupació. Per avaluar millor els determinants i condicions socials vam creure convenient complementar aquesta informació de classe segons l'ocupació amb el nivell d'estudis, ja que acostuma a no haver-hi una correspondència entre nivell d'estudis i ocupació o activitat que es realitza en l'empresa.

Quadre 3. Categories de classe segons posició socioeconòmica

Categoria	Definició del grup
Grup I	Directius de l'administració pública i d'empreses de deu o més assalariats Professionals associats a titulacions de segon i tercer cicle
Grup II	Directius d'empreses amb menys de deu treballadors. Professionals associats a titulacions de primer cicle universitari. Tècnics superiors. Artistes i esportistes
Grup III	Empleats de tipus administratiu i professionals de suport a la gestió administrativa i financera. Treballadors dels serveis personals i de seguretat
Grup IVa	Treballadors manuals qualificats
Grup IVb	Treballadors manuals semiqualicats
Grup V	Treballadors manuals no qualificats

Font: Elaboració pròpia.

3 **Construint perfils: factors individuals,
sociodemogràfics**

Aquest apartat té com a objectiu descriure les característiques sociodemogràfiques principals de les persones en situació de sense llar de Barcelona. Ens fixem, sobretot, en els aspectes individuals i sociofamiliars que resulten de les dades estadístiques extretes de l'estudi. Amb la intenció d'evitar reduccionismes i d'explicitar, en la mesura que sigui possible, la complexitat del fenomen, no ens limitarem a exposar un perfil determinat, sinó que intentarem delinear característiques o atributs diferents de les persones objecte d'estudi.

Les dades i informació de què disposem sobre les persones en situació de sense llar són insuficients, limitades o parcials i molt localitzades en l'espai i el temps, la qual cosa dificulta conèixer el seu perfil sociodemogràfic. Aquesta carència de dades se sol suplir amb el manteniment de tòpics sobre les persones que estan en aquesta situació. Tòpics en la seva majoria estigmatitzants, que quan s'utilitzen a nivell col·loquial, lluny d'encertar en les interconnexions de causes i efectes d'aquesta forma de manifestació de l'*exclusió social*, es confirmen com un soroll molt perillós –en el pitjor dels casos fins i tot per a la integritat física de les persones que estan en aquesta situació– i que, freqüentment, distorsionen la comprensió del fenomen. A més a més, la intervenció de les entitats, organismes i institucions que, des de la seva experiència local, aporten i treballen sobre la base d'algunes dades, habitualment no gaire actualitzades i, sobretot, molt basades en rumors, embasten polítiques d'intervenció que en la mesura que es puguin estructurar al voltant de més i millors dades objectives, seran més eficients.

Hi ha una falta de dades estadístiques estandarditzades sobre les persones en situació de sense llar, i les existents varien segons la font. Prenent com a base la classificació de la FEANTSA en les seves tipologies 1, 2, 3, 4, 7 i 11, l'any 2005 a Europa hi havia al voltant d'un milió de persones sense llar. En el context d'Espanya, Pedro Cabrera ens presenta un càlcul aproximat de persones en situació de sense llar de 18.500 l'any 2003 (Cabrera, 2004:14), que segons una estimació de l'INE, l'any 2005 podrien haver augmentat fins a 21.900.

A Catalunya, l'absència de dades i d'estudis estadístics és també notable. Una dada aproximada són les 8.043 persones "sense sostre", extretes de l'estudi "Sense sostre i barraquisme" sol·licitat al Departament de Benestar Social pel Parlament de Catalunya (Departament de Benestar Social, 2001). A la ciutat de Barcelona, en la qual se centra l'interès d'aquest estudi, els resultats publicats parlen de 1.878 persones (Cabrera, Rubio i Blasco, 2008). Aquest càlcul correspon a un recompte diagnòstic realitzat sobre la pràctica totalitat de la ciutat de Barcelona la nit del 12 de març de 2008, amb l'ajuda de centenars de voluntaris. La seva estimació es distribueix en un 34,6% de persones que aquella nit van pernoctar al carrer, un 51% de persones allotjades en recursos residencials i un 14,2% en assentaments.

Aquestes dades són perfectament comparables amb les obtingudes en el nostre estudi, dut a terme en el període d'abril a juny també de 2008 i abans que es publicuessin les dades de *Qui dorm al carrer?* (Cabrera, Rubio i Blasco, 2008). Sobre una mostra de 611 persones, les nostres dades ens van dir que un 32,9% de les persones enquestades pernoctaven al carrer; el 52,7% en albergs i residències per a persones en situació de sense llar i un 8,3% en estructures temporals –carpes o barraques–, (el marge respecte al 14,2% de l'estudi citat es pot entendre perquè l'estudi citat va disposar de dades estadístiques d'assentaments aïllats en zones de difícil accés del municipi de Barcelona, als quals nosaltres no vam accedir físicament. Així mateix, en el nostre estudi vam disposar de la dada relativa a un 5,6% de persones que, categoritzades com "altres", són les que viuen, entre altres situacions, en pisos d'amics o pisos d'entitats o organismes).

En relació amb el lloc de naixement de les persones en situació de sense llar de Barcelona, i prenent com a punt de partida les afirmacions de nombrosos professionals amb anys d'experiència en aquest àmbit, sembla que, en nombres absoluts, hi ha hagut canvis substancials els últims anys.

Segons alguns testimonis i estadístiques facilitades per entitats consultades, els darrers anys del segle xx la majoria de la població sense llar encara era nascuda a Espanya. Progressivament, en l'últim decenni s'ha constatat com, de la mateixa manera que Espanya es consolidava com un estat receptor d'immigració no espanyola, les persones en situació de sense llar d'origen immigrant no espanyol augmentaven percentualment a la ciutat de Barcelona de manera vertiginosa.²⁶ Actualment, les persones immigrants són majoria entre la població en situació de sense llar de Barcelona. Els països diferents d'Espanya i el propi municipi de Barcelona són els llocs d'on procedeix gran part de la població, amb un total de 309 (50,7%) i 138 (22,7%) persones, respectivament, seguit d'un total de 129 (21,2%) que provenen de municipis d'Espanya –fora de Catalunya– i un total de 33 persones (5,4%) provinents de municipis de Catalunya diferents de Barcelona.

És a dir, el perfil de les persones en situació de sense llar ha canviat en els últims anys. La població immigrant ha passat a tenir pes majoritari, seguida de les persones originàries del municipi de Barcelona, les de la resta de l'Estat espanyol i, finalment, les persones oriündes de Catalunya no barcelonines.

CARACTERÍSTIQUES INDIVIDUALS: SEXE, EDAT, LLOC ON VIUEN, DURADA DE LA SITUACIÓ DE SENSE LLAR

Segons l'Institut Nacional d'Estadística i a partir de les dades que aporta el seu estudi de 2005, el 82,7% de les persones sense llar són homes (INE, 2005). Més enllà d'aquesta dada i quant als perfils sociodemogràfics, l'estudi només presenta

.....
26. El treball de l'Agència de Salut Pública (Borrell, Ballesteros i Plaza, 2006) en l'apartat "La població sense sostre" esmenta, dins de les característiques generals del perfil, una població espanyola de fora de Catalunya.

similituds relatives amb els resultats del nostre estudi. Això és així gràcies als matisos que ens aporten les consideracions de gènere, edat i lloc de residència de la persona treballats a la nostra recerca.

Segons les nostres dades, estimem en un 87,7% d'homes i un 12,3% de dones²⁷ la distribució per sexe entre les persones en situació de sense llar a la ciutat de Barcelona en el moment de l'enquesta.

En termes absoluts i en relació amb l'edat de les persones en situació de sense llar de la ciutat de Barcelona, veiem que la població més jove, amb una edat compresa entre els divuit i els trenta anys, suposava el 13,3% del total; una mica més de la meitat de la població tenia entre trenta-un i cinquanta anys (55,41%), i al voltant d'una cinquena part (19,2%) estava entre els cinquanta-un i els seixanta anys. La població de més de seixanta-un anys, suposava el 12%.

El resultat és una corba de tendències molt similars entre homes i dones. El percentatge de persones en situació de sense llar entre divuit i trenta anys augmentava dels trenta-un als cinquanta –amb el seu punt màxim en la franja de quaranta-un a cinquanta en el cas dels homes–, decreixia entre els cinquanta-un i els seixanta, i tenia el seu punt més baix en el grup de més de seixanta-un anys. La corba té un pic més marcat entre els homes, i és més suau entre el grup de dones. Hi ha un matís interessant a fer a aquesta observació: amb l'augment de l'edat, en concret a partir dels cinquanta-un anys, el percentatge queia més entre

27. Aquesta diferència en nombres absoluts entre homes i dones crida molt l'atenció i, per conèixer-ne el motiu, caldria un estudi que destaqués, entre altres aspectes, les pràctiques de les entitats i institucions interessades en les persones en situació de sense llar –objectius, ofertes i/o criteris per definir els perfils de persones en situació de sense llar, etc.–. Dit d'una altra manera, ens preguntem si dins del camp d'acció d'actors i entitats interessats en les persones en situació de sense llar, existeix un discurs interpretatiu que limita o redueix el nombre de dones en situació de sense llar, etiquetant-les en altres categories d'exclusió social, donat que el fet que “viure o dormir al carrer” implica “majors riscos per a les dones que per als homes”, essent aquest un pressupòsit que es fa difícil d'acceptar per aquests actors i entitats. Volem emfatitzar que la comprensió d'aquestes diferències numèriques segons el sexe passa, sobretot, per una anàlisi que se centri també en els aspectes socioculturals, tant els que influeixen en les entitats i institucions interessades en aquesta població, com els de la pròpia població en situació de sense llar.

els homes que entre les dones, és a dir, que hi havia percentualment més dones de més edat que homes, encara que en nombres absoluts elles fossin menys.

Així doncs, la majoria de persones en situació de sense llar de Barcelona ciutat s'enquadrava en edats adultes madures, majoritàriament homes entre trenta-un i cinquanta anys, seguits pel grup de cinquanta-un a seixanta anys. Això no ens ha de fer passar per alt el nombrós grup de dones, ni que el percentatge que suposaven les persones en situació de sense llar, tant de divuit a trenta anys –joves–, com de més de seixanta-un anys –persones grans–, superen, en cada tram d'edat, el 10%.

L'edat mitjana del total de les persones era de quaranta-quatre anys i mig (44,6). Si introduïm la variable sexe les dones tenien una edat mitjana més gran, al voltant de quaranta-set anys, i els homes una mitjana de poc més de quaranta-tres anys.

Aquest resultat es pot matisar si incorporem a la classificació segons sexe la variable del lloc on viu. Així, en comparar l'univers d'homes amb el de dones es constata que existia un percentatge menor de dones que d'homes vivint al carrer (22,66% dones; 34,14% homes). També es constata que percentualment hi havia

Taula 1.

Edat i lloc on viuen les persones en situació de sense llar de Barcelona, segons sexe i edat (%)

Trams d'edat	Carrer		Pernocten en albergs		Residències per a sense sostre		Barraques		Altres		Totals	
	H	D	H	D	H	D	H	D	H	D	H	D
18-30 anys	15,38	11,76	16,78	21,05	11,19	8,00	10,86		3,84	-	13,69	10,66
31-40 anys	26,92	35,29	32,86	36,84	17,16	12,00	23,91		38,46	37,50	26,45	25,33
41-50 anys	34,61	35,29	29,37	26,31	21,64	20,00	34,78	40,00	26,92	12,50	29,64	25,33
51-60 anys	16,48	17,64	14,68	5,26	23,88	24,00	26,08	60,00	23,07	18,75	18,45	21,33
Més de 61 anys	6,59	10,52	6,29	10,50	26,11	36,00	4,34		7,69	12,50	11,25	17,33

Font: Elaboració pròpia.

més dones que homes allotjades en centres o residències per a sense sostre, un 33,33% i un 25,14%, respectivament.

Si prenem com a referència les persones que viuen en residències o centres per a sense sostre, en tots dos sexes el tram d'edat en què n'hi havia més és el de persones més grans de seixanta-un anys, i hi havia més dones (36%) que homes (26,11%).

El temps que les persones en situació de sense llar a Barcelona porten sense tenir una casa o allotjament propi és una variable significativa que influeix en la construcció de les característiques dels perfils d'aquesta població. En termes generals, les persones sense llar a Barcelona porten una mitjana al voltant de dos anys sense tenir un allotjament propi.

Matisar aquesta dada ens permet observar, però, que més d'una quarta part (27,55%) del total de la població portava menys de sis mesos sense tenir habitatge propi.²⁸ És a dir, possiblement una de cada quatre persones en situació de sense llar estava en una fase molt inicial o almenys no consolidada d'exclusió social. Fins i tot pot ser que en molts casos estiguem parlant de persones que no estiguessin en situació d'exclusió social, sinó en un moment puntual de "fallida personal" que afecta especialment l'àmbit de la cobertura de l'habitatge. Aquest matís ens hauria de fer reflexionar sobre la possibilitat que una intervenció o suport social ben ajustats en aquest moment, restablís al pla de la inclusió social un elevat percentatge d'aquest 27,55% del total de l'univers descrit. Així, se solucionarien situacions i es minimitzaria el cost social a mitjà i llarg termini d'aquelles avançades o consolidades que s'evitessin.

D'altra banda, i tornant al temps sense tenir una casa o allotjament propi, un 23,2% portava més de cinc anys –és a dir, gairebé una de cada quatre persones com a mínim, estaria amb gairebé total seguretat en fase de consolidació de la situació de sense llar, o pròxima a ella–.

.....
28. En règim de lloguer –compartit o no–, o com a propietaris.

Si comparem tenint en compte el sexe, es posa de manifest la diferència entre homes i dones. El 45,5% del total d'homes en situació de sense llar estava sense allotjament propi o casa en un període que oscil·lava entre menys de sis mesos i un any, i el 54,5%, ho estaven més d'un any fins a més de cinc anys. En canvi, per a les dones, el període que va de menys de sis mesos a un any comprenia el 30,4% del total, i el període de més d'un any a més de cinc anys, el 69,3%.

Tornant als nombres absoluts, la proporció d'homes sense allotjament o casa pròpia des de feia més d'un any i fins a més de cinc, era d'unes 5,5 vegades més que la de dones en aquest mateix lapse (275 homes; 48 dones). En termes concrets, aquesta realitat es recull en un 64% de les dones en aquesta situació i en un 51,3% dels homes.

Encara ens agradaria comentar una altra constatació que es desprèn d'aquestes dades. El 31,25% de dones de més de seixanta-un anys portava més de cinc anys sense tenir una casa pròpia, enfront del 18,80% d'homes. És a dir, si comparem dins de cada univers d'homes i dones de seixanta-un anys identifiquem que és més gran el percentatge de dones que portava més de cinc anys sense tenir allotjament propi que el d'homes. Aquesta diferència podria estar vinculada al fet que hi ha un percentatge més elevat de dones que homes de més de seixanta-un anys, 36% i 26,11%, respectivament, vivint en residències o centres per a sense sostre i no pròpiament al carrer o espai públic (vegeu les taules 1 i 2).

Si ampliem aquest perfil considerant l'edat, veiem com les persones més joves –de divuit a trenta anys– portaven menys temps sense tenir una casa pròpia que les persones de més edat –les de més de seixanta-un anys– (43% enfront de gairebé un 7%). Aquesta dada es complementa amb la que diu que al voltant d'un 37% de les persones de més de seixanta-un anys, un gairebé 36% de les de cinquanta-un a seixanta i un 10% de les més joves –divuit a trenta anys– portaven més de cinc anys sense casa pròpia.

És a dir, les persones de divuit a trenta anys són molt representatives en la franja de menys de sis mesos sense allotjament o casa propis, mantenen aquesta

representativitat fins als tres anys, i perden pes percentual a partir d'aquesta temporalitat. En canvi, les persones de cinquanta-un a seixanta anys i les més grans de seixanta anys mostren una tendència inversa: és a partir d'un any sense allotjament o casa pròpia quan el seu pes percentual creixia de manera més significativa, amb especial incidència en la permanència en més de cinc anys. Encara que aquestes dades semblen apuntar una correlació proporcional entre edat i permanència en situació de sense llar, cal relativitzar-les, ja que dins de les persones que havien passat entre un any i menys de tres al carrer, hi havia un percentatge elevat de joves de divuit a trenta anys, el 22,2%, superat només per tres i quatre punts percentuals, respectivament, per les persones compreses entre cinquanta-un a seixanta anys i més de seixanta-un anys. A la taula 2 complementem aquesta informació introduint la variable sexe.

Taula 2.

Temps que porta la població en situació de sense llar de Barcelona sense tenir domicili propi, segons sexe i edat (%)

Trams d'edat	Menys de 6 mesos		De 6 mesos a 1 any		D'1 a menys de 3 anys		De 3 a 5 anys		Més de 5 anys	
	H	D	H	D	H	D	H	D	H	D
I-18-30 anys	0,83	33,3	13,95	-	14,52	5,00	9,75	-	5,12	2,25
II-31-40 anys	30,55	40	48,83	33,33	23,07	30,00	17,07	16,66	12,82	6,25
III-41-50 anys	33,33	20	13,72	50	29,05	20,00	29,26	50,00	32,47	12,5
IV-51-60 anys	18,94	-	6,97	7,14	20,51	25,00	26,82	16,66	30,76	37,15
V- Més de 61 anys	7,54	6,66	5,85	-	12,82	20,00	17,07	16,66	18,80	31,25

Font: Elaboració pròpia.

LES RELACIONS SOCIOFAMILIARS I LA DIMENSIÓ TEMPORAL

Les relacions socials i/o familiars són aspectes essencials de l'existència social i individual de les persones. Sota aquest punt de vista, es fa pertinent mostrar breument alguns indicadors que ens ajuden a aprofundir en les circumstàncies que acompanyen a les persones en situació de sense llar de Barcelona.

Al voltant d'un 30% de les persones entrevistades vivien amb la família²⁹ abans d'arribar a la situació de sense llar; prop d'un 10% amb la parella; poc menys d'una quarta part vivien amb amics (21,11%) i amb prou feines un 15,4% vivien soles. Les dades ens diuen que una mica més del 60% de les persones en situació de sense llar tenien relacions familiars i/o de parella i vincles d'amistat abans d'arribar a aquesta situació, la qual cosa no vol dir que actualment no mantinguessin o alimentessin aquests vincles.

Per aprofundir en el significat d'aquestes observacions poden establir-se altres relacions, com la dimensió temporal, és a dir, el nombre d'anys sense tenir casa pròpia o els motius que van intervenir per abandonar-la. Com s'ha dit, poc més del 23% de les persones portaven més de cinc anys sense tenir casa pròpia, i un 34% afirmava haver-la abandonat per motius considerats "personals" (o "íntims").³⁰

Les persones destacaven com a factors que els van motivar –o induir– a deixar l'última casa en què vivien, per ordre de prioritat, els econòmics (41%), seguits dels personals ja esmentats (34%) i dels laborals (23%).

L'acció d'abandonar o deixar la casa o habitatge acostuma a anar relacionada amb situacions de ruptura que afecten l'estat de les relacions socials familiars. És a dir, situacions crítiques que interfereixen en la creença i en el grau d'equilibri o de conflicte d'aquestes relacions. En aquest marc d'observacions, tot i el risc de generalitzar, es pot suposar que una part significativa de les persones en situació de sense llar havien deixat d'alimentar els vincles i llaços familiars o afectius i que, per extensió, aquests podien estar bastant debilitats.

En general, i encara que aquests aspectes crítics poden expressar-se a través de factors aparentment més objectius com ara la situació laboral –pèrdua o falta de

.....

29. La categoria *família* té múltiples significats i es refereix a diferents situacions. El sentit que li donem aquí és el d'"unitats familiars" constituïdes per un home (marit), una dona (dona) i els seus descendents directes. Aquesta definició té una relació directa amb les respostes dels enquestats.

30. La idea de relacions personals pot semblar molt vaga i àmplia, però no podem oblidar que socialment existeix una idea cultural comuna sobre això que està relacionada amb els aspectes més "íntims" o privats de la persona.

treball, fallida d'un negoci–, el desmembrament familiar –divorcis o separacions–, o fins i tot drogodependències i/o altres malalties, la percepció i el significat que les persones sense llar atribueixen a aquests últims factors no pot ni ha de deslligar-se de les trajectòries i experiències de vida de les persones en les seves dimensions social i individual, o amb les posicions i papers que socialment ocupaven abans d'arribar a la situació actual de sense llar. Dit d'una altra manera, la ruptura o debilitament dels llaços i vincles afectius i socials guarden una relació directa amb problemes laborals i/o econòmics, ruptures familiars, consum de drogues, malalties orgàniques o mentals, i suport social. Moltes vegades, uns seran la causa dels altres, i en altres, al revés. En qualsevol cas, sempre s'han de tenir en compte uns i altres per intentar abordar l'heterogeneïtat del perfil.

OCUPACIÓ

Segons el punt de vista de l'ocupació laboral que la persona va manifestar que havia desenvolupat o desenvolupava, sabem que més de la meitat de la població enquestada, el 60,7%, estava situada en la posició social més desfavorable o estatus socioeconòmic més baix, que comprèn els treballs manuals no qualificats, seguit de les persones amb treballs manuals semiqualicats, el 22,6%.

Només un 0,86% de població se situava en les posicions més favorables. Respectivament, tècnics o professionals associats amb titulació universitària de primer cicle (0,69%) i de segon cicle (0,17%).

No obstant això, aquests resultats sobre l'ocupació laboral que en última instància fan referència a condicions socials, poden ocultar altres condicions o atributs potser més significatius per entendre l'heterogeneïtat de la població estudiada. En aquest sentit, creiem que les dades i informacions sobre la situació laboral i el nivell d'estudis poden ser tan rellevants o més que els relatius a la definició d'estrat socioeconòmic a partir de l'ocupació.³¹

.....
31. Entengui's per *ocupació* o *ocupació laboral*, el sector, àmbit o professió en el qual treballa la persona, i per *situació laboral* la circumstància d'estar empleada, desocupada, incapacitada o jubilada, entre d'altres.

SITUACIÓ LABORAL / INGRESSOS MENSUALS

Estaven aturades un total de 461 persones, poc més de les tres quartes parts (77%) de la població enquestada que va contestar. No rebia cap subsidi un 55% d'aquest grup, i sí que en rebia algun, el 22% (129 persones).

Aproximadament un 13% estava treballant. Un 1% d'aquest grup estava en el moment de l'enquesta en situació de baixa laboral (ILT) des de feia més de tres mesos. La mitjana de salari mensual del grup de persones sense llar que treballaven era de 866,16 euros, quantitat que es pondera amb les dades proporcionades més endavant en aquest mateix capítol. Més del 25% tenia una jornada irregular o variable en funció dels dies, és a dir, tenia un treball circumstancial que li ocupava una mitjana de prop de trenta-dues hores per setmana treballada.

Un 5% de les persones enquestades estava en la categoria de persones jubilades. Un altre 5% ho estava en la de persones incapacitades/invalidesa, però es pot tenir una aproximació als seus ingressos considerant els ingressos nets mensuals d'aquest col·lectiu i, especialment, la mitjana d'ingressos que tenien per mes, 444,66 euros –concretant més la dada, el 80,76% de les persones incapacitades o invàlides entrevistades ingressava entre 301 i 600 euros mensuals–. Considerant que el valor de les pensions no contributives i/o de les rendes mínimes d'inserció laboral oscil·la dins d'aquesta mitjana, es pot inferir que un alt percentatge de la població entrevistada jubilada o incapacitada rebia renda o pensió³² dins d'aquesta mitjana.

Tenien algun tipus d'ingressos³³ un 49% del total de la població en situació de sense llar de Barcelona. D'una banda, el 13% que treballava. Poc menys d'una quarta part del total, un 22%, rebia algun subsidi per desocupació (129 perso-

.....
32. La mitjana de salaris o ingressos s'ha calculat a partir del punt mitjà de les categories per ingressos i ponderat per les persones que van contestar. Això suposa que la mitjana s'ha elaborat a partir d'un total de 599 persones.

33. *Ingressos* no és sinònim de *subsidi* o *aturat sense subsidi*. No hi ha correlació entre la situació d'aturat o incapacitat o jubilat, i tenir o no ingressos.

nes). No sabem en quina mesura el 5% de persones inserides en la categoria d'incapacitats/invalidesa permanent i del 5% de persones jubilades, rebien o tenien garantits els seus drets socials o laborals. Se suposa que la resta, fins a completar el 49% esmentat, podia tenir ingressos derivats d'altres situacions.

El 49% del total de la població amb ingressos –per estar ocupats laboralment, rebre pensió per jubilació, incapacitat/invalidesa, o altres subsidis, prestacions o ingressos–, percebia de mitjana 274,54 euros mensuals.

Més detalladament, i en relació amb la quantia que rebien el 48% de persones amb ingressos mensuals, un 3,8% rebia menys de 300 euros mensuals; un 31,5% en rebia entre 301 i 600, un 6,6% entre 601 i 900; el 3,3%, de 901 a 1.200, un 2% entre 1.201 i 1.500, i un 0,8% rebia més de 1.500 euros. Pot sorprendre que, encara que en un índex molt baix, pugui haver-hi persones en situació de sense llar amb ingressos superiors als mil euros mensuals. Execucions judicials, embargaments i deutes hipotecaris personals o professionals, entre altres circumstàncies, poden abocar algunes persones a la situació de sense llar.

D'altra banda, també ens hauríem de fixar amb el gairebé 4% amb ingressos inferiors a 300 euros mensuals, i el 31,5% que rebia entre 301 i 600 euros, del qual no sabem quantes persones s'apropaven més als 301 que als 600.

Hi havia un percentatge més gran de dones que d'homes amb ingressos de 301 a 600 euros, (el 52,7% de les dones i el 28,7% dels homes). El percentatge de dones sense ingressos era del 36,5%, comparable amb el 54% del col·lectiu d'homes. En canvi, que cobrava més de 601 euros, hi havia un total del 14% d'homes, i només un 4% de dones, entre les quals un 1,5% percebia més de 1.500 euros al mes. En resum, hi havia menys dones que homes sense rebre algun tipus d'ingrés, encara que les que el rebien s'instal·len majoritàriament en la franja de 301 a 600 euros, (52,7%) i també en la de menys de 300 euros (6,7%).

OCUPACIÓ I NIVELL D'ESTUDIS

La major part de la població tenia un nivell d'estudis "bàsic", és a dir, dues tercers parts tenien estudis primaris (66,4%), dels quals els havien completat el 45,7%. És significatiu que gairebé una desena part de la població en situació de sense sostre tenia estudis universitaris (9,8%).

En comparar la població general de Barcelona amb la població sense llar, i prenent com a referència els resultats de l'ESCA 2006 (Enquesta de Salut de Catalunya), s'observa que en els dos col·lectius era majoritària la població que tenia estudis primaris, i que tampoc eren molt significatives les diferències entre els sexes (tenen estudis primaris en la població general catalana el 53,8% dels homes i el 51,3% de les dones i entre les persones sense llar de Barcelona el 70,3% i el 65,9%).³⁴

És significativa la dada que es refereix al relativament alt percentatge d'universitaris (9,9% dels homes i el 9,4% de dones) entre la població en situació de sense llar. En aquest sentit, des del punt de vista comparatiu, tot i que hi ha diferències significatives (segons les dades de l'ESCA 2006, el 17,1% de les dones i 16,2% dels homes tenien estudis universitaris), també es posa de manifest l'heterogeneïtat social intrínseca de la població de Barcelona en situació de sense llar.

Aquesta heterogeneïtat, sens dubte, fa referència a experiències de vida o condicions socials diferents entre la població en situació de sense llar de Barcelona, encara que, d'altra banda, la comparació del nivell d'estudis entre els dos universos empírics –el de la població catalana, d'una banda, i el de la població en situació de sense llar a Barcelona, de l'altra–, posa de manifest certes similituds en el perfil sociològic de les dues poblacions.

.....

34. Cal tenir en compte que les edats de la població que va contestar l'ESCA 2006, i la població en situació de sense llar de Barcelona, són diferents. L'ESCA 2006 comprèn 18.126 entrevistes, de les quals 15.926 han estat efectuades a població més gran de quinze anys sense límit d'edat, i 2.200 a menors de quinze anys. Entre la població sense llar enqüestada, no hi ha població menor de divuit anys ni d'edats avançades com les que sí que hi ha a l'ESCA. Per això, els nivells d'estudis són diferents, encara que les tendències són semblants.

En altres paraules, els diferents graus o nivells d'educació de la població, en última instància, ens parlen de perfils socials semblants als de la població general, però que en aquest context fan referència a desigualtats socials –o major grau de vulnerabilitat en aquestes poblacions–. Aquestes desigualtats es posen de manifest si establim connexions entre el nivell d'estudis i la situació laboral de la població activa adulta i l'ocupació.

Així doncs, prenent com a referència la població total de persones en situació de sense llar i establint la comparació entre nivell d'estudis i situació laboral, veiem que gairebé un 73% de les persones en situació de sense llar que no saben llegir estaven aturades. Així mateix, d'entre les persones que tenien acabats els seus estudis primaris, estaven aturades el 82%, i també el 78,6% de les que havien acabat estudis secundaris. Finalment, poc més del 77% de les persones que havien acabat els estudis universitaris estaven, igualment a l'atur (vegeu la relació completa a la taula 3).

Taula 3.
Població en situació de sense llar aturada, segons nivell d'estudis i sexe

Nivell d'estudis acabats	Població total	Total d'aturats *		Sexe** %	
	n	n	%	H	D
No sap llegir	11	8	72,7	2,0	
Primaris o ESO	378	310	82,0	67,0	71,18
Batxillerat o FP	126	99	78,6	21,0	18,64
Universitaris	57	44	77,2	9,5	10,16
Altres possibilitats	2	1	0,5	0,5	

* Fa referència als aturats amb i sense subsidi. A més, el valor pren com a referència el nombre total de població a cada nivell.

** El valor pren com a referència tots els aturats en els diferents nivells.

Font: Elaboració pròpia.

Per concloure aquest apartat, reprenem alguns aspectes del capítol amb la intenció de veure millor les característiques o perfils principals de les persones en situació de sense llar.

Tot i que, com hem posat de manifest, destaca el perfil d'home i immigrant, no és menys significatiu el perfil de les dones. Així, en termes generals es tracta d'un perfil adult relativament jove, de poc més de quaranta-quatre anys i mig nascut fora de l'Estat espanyol i que viu i passa la major part del temps al carrer. En termes concrets, tenim homes i dones adults de quaranta-tres i quaranta-set anys, respectivament (o entre trenta-un i cinquanta anys). També dins del perfil edat i percentualment, delineem situacions de dones vivint en les diferents modalitats de residències per a sense sostre més grans que els homes (entre cinquanta i més de seixanta-un anys).

En general eren persones que, en la seva gran majoria, portaven entre menys de sis mesos i menys tres anys al carrer, és a dir, un perfil dins d'una fase relativament inicial de la situació de sense llar, ja que una mica més d'una quarta part, 27,6%, portava menys de sis mesos en aquesta situació i prop de la meitat (el 46,9%) entre sis mesos i menys de tres anys i poc més d'una quarta part, el 25,9%, corresponien a la situació que en llenguatge mèdic es denomina "els crònics".

Encara que majoritàriament eren persones amb estudis primaris, el 66,4%, prop d'un terç del total no els havia acabat. No podem deixar de ressaltar els perfils amb estudis universitaris, al voltant d'una desena part. Des del punt de vista socioeconòmic, també ens referim a perfils que fan referència a posicions socials més desfavorables o estatus socioeconòmic més baix, i que desenvolupaven (o havien desenvolupat) treballs manuals no qualificats.

En aquest marc, com hem posat de manifest, és significatiu el perfil des del punt de vista laboral, ja que si bé ens enfrontem amb persones que majoritàriament estaven aturades (el 82%), també hi havia un percentatge elevat d'aturats entre el grup amb estudis universitaris.

Respecte als atributs sociofamiliars i/o vincles interpersonals, que interfereixen en "els graus de cohesió i integració social", indiquem que encara que no podem constatar si la gran majoria de les situacions o de perfils encara mantenia vincles sociofamiliars, sí que es va posar de manifest l'existència d'una part significativa

de les persones en situació de sense llar de Barcelona que havien deixat d'alimentar els vincles i llaços familiars o afectius i que, per extensió, podien estar bastant debilitats.

**4 Estils de vida: factors i actituds
que interfereixen en la salut**

Parlem d’“estils de vida” en el sentit de *mesura de la salut* utilitzat en l’Enquesta de Salut de Catalunya 2006. Des d’aquest punt de vista, els factors de l’entorn, i les actituds i comportaments individuals juntament amb els socials i econòmics –especialment el nivell d’estudis, les condicions de treball, els ingressos i l’habitatge o lloc on viu la persona–, han de comprendre’s com aspectes que generen diferències en relació amb els riscos per a la salut.

Partint d’aquest pressupòsit, els resultats d’aquest apartat apunten que les persones en situació de sense llar, en ocupar les posicions socials més desfavorables, estan socialment i individualment exposades a adoptar “estils de vida” amb més riscos per a la salut que les persones que tenen millors condicions i, per extensió, que ocupen posicions més favorables.

En aquest estudi, dins de les aptituds “individuals”³⁵ o físiques indiquem els hàbits de consum d’alcohol i drogues, d’alimentació, l’índex de massa corporal i la pràctica preventiva sobre l’estat de la pressió arterial.

35. Les cometes volen minimitzar la idea d’aptitud individual en els estils de vida.

ALCOHOL

Per determinar el consum d'alcohol es va utilitzar la unitat de mesura estàndard (UBE)³⁶ que quantifica el consum i determina les categories de consumidor: no bevedor, bevedor moderat i bevedor de risc. Aquest instrument ens va permetre identificar la població en situació de sense llar que estava en risc de tenir problemes de drogodependència amb l'alcohol. No obstant això, no té validesa per a la detecció de simptomatologia crònica. Per ampliar i diversificar resultats, es va utilitzar també el qüestionari Cage.³⁷ Com veurem, l'ús d'un o un altre instrument aporta resultats diferents i, per tant, també diagnòstics diferents. La nostra intenció en utilitzar els dos instruments va ser posar de manifest l'existència d'un debat entorn del tema de l'alcoholisme i, en última instància, una certa diversitat d'opinions sobre aquest problema.

Dels resultats obtinguts, destaca que el 9% de les persones enquestades no havia consumit mai alcohol i un 21% feia més d'un any que no en consumia –és a dir, més del 30% de la població feia un any o més que no havia ingerit alcohol–. Un 8,8% portava entre un mes i un any abstinent d'alcohol. Es constata, doncs, que un percentatge alt de persones en situació de sense llar no tenien cap hàbit de consum d'alcohol.

D'altra banda, un 6,9% va manifestar haver begut alcohol durant els últims trenta dies; un 15%, durant l'última setmana; un 14,5%, el dia anterior, i el 24% va beure alcohol el dia que li van preguntar.

Malgrat aquests resultats, en complementar aquestes dades amb les obtingudes a partir de les unitats de quantificació i determinació del consum d'alcohol, s'aprecia que més de la meitat de les persones enquestades que bevien alcohol eren bevedors moderats (66,6%), i el 28,1% ho eren de risc. Aquestes dades es

.....
36. UBE = 10 g d'alcohol pur.

37. El qüestionari Cage és utilitzat per a la detecció de simptomatologia alcohòlica crònica. Té quatre preguntes i per a cada una hi ha dues possibilitats de resposta, afirmativa o negativa. L'afirmativa puntua 1 i la negativa 0. Les persones que tenen a partir d'un punt tenen simptomatologia alcohòlica.

matisen en considerar el sexe de les persones enquestades, encara que no hi havia grans diferències en les diferents categories. Entre els bevedors de risc, hi havia un percentatge més gran d'homes que de dones, el 29,5% i el 16,1%, respectivament; i dins de la categoria de no bevedor, el percentatge era més gran en les dones (9,7%), que en els homes (4,7%).

Si establim la classificació per sexe i edat,³⁸ en els dos universos destaquen com a bevedors de risc les persones dins dels trams d'edat de quaranta-un a cinquanta anys: el 34% dels homes i el 22,2% de les dones.

Però les diferències més significatives respecte a l'edat estan en les categories bevedor moderat, on es constata major percentatge entre els homes més joves, els de divuit a trenta anys, amb un 87,9%. En canvi, entre les dones de la mateixa categoria de bevedora moderada, n'hi havia més que tenen entre cinquanta-un i seixanta anys (el 85,7%), oscil·lant el percentatge de bevedores moderades de trenta-un a seixanta anys, entre el 77,8% i el 85,7% ja esmentat. No hi havia representació de més de seixanta-un anys en la categoria de bevedora moderada. En canvi, el 99% de les dones de més de seixanta-un anys estava en el grup de bevedores de risc.

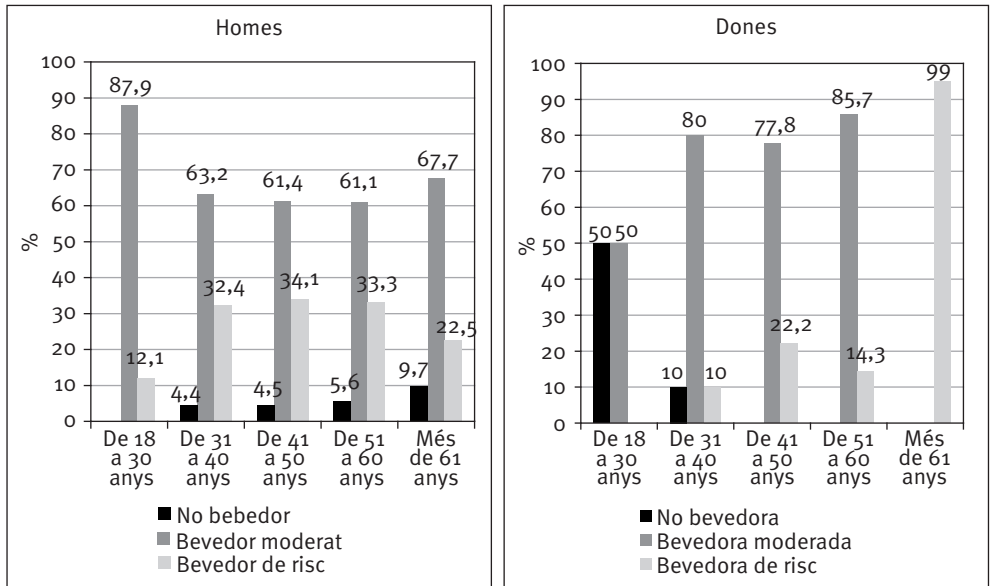
Finalment i a tall de conclusió, els resultats de determinació del consum d'alcohol tenen significats diferents en introduir el temps que les persones porten en situació de sense llar. Entre els bevedors de risc destaquen els homes que portaven més de cinc anys al carrer (34,4%), seguits d'aquells que hi portaven entre sis mesos i un any (31,7%). És a dir, el percentatge més alt de bevedors de risc estava entre les persones que havien passat menys temps al carrer i les que n'hi portaven més.

.....

38. Recordem que els percentatges pressuposen considerar la totalitat de bevedors, cosa que implica, en general, un univers menor de població referencial i, en particular, segons sexe i edat. En aquest sentit, destaquem el percentatge de dones: cal contextualitzar-lo dins de la totalitat de trenta dones, i quan s'estableix la classificació per edat tenim un univers bastant menor, és el cas del tram d'edat de més de seixanta-un anys, en què amb prou feines hi ha una dona.

Gràfic 1.

Consum d'alcohol entre la població en situació de sense llar a Barcelona, segons sexe i edat



Font: Elaboració pròpia.

També s'aprecia que les persones amb menys i més temps de permanència en aquesta situació eren les que més alcohol bevien en general (suma de percentatges de persones bevedores moderades i bevedores de risc), i que, a partir dels sis mesos a un any sense llar, el percentatge de consum cau lleument respecte al període d'un a sis mesos. Els consums anaven remuntant de mica en mica fins arribar al màxim quan es passava dels cinc anys en situació de sense llar.

Prenent l'univers d'homes i de dones conjuntament, si comparem totes les categories de consum d'alcohol entre les diferents classificacions de temps, la categoria de bevedor moderat tenia major representació.

Taula 4.

Determinació del consum d'alcohol entre d'homes i dones en situació de sense llar a Barcelona, segons el temps en aquesta situació (%)

Categories de consum	Homes (%)					Dones (%)				
	Menys de 6 mesos	Entre 6 mesos i 1 any	Entre 1 i menys de 3 anys	Entre 3 i 5 anys	Més de 5 anys	Menys de 6 mesos	Entre 6 mesos i 1 any	Entre 1 i menys de 3 anys	Entre 3 i 5 anys	Més de 5 anys
No bevedor	2,7	7,3	7,8	5,3	3,1	25			14	11
Bevedor moderat	72,0	61,0	64,1	68,4	62,5	62,5	50	83,3	75	71,4
Bevedor de risc	25,3	31,7	28,1	26,3	34,4	12,5	50	16,7	25	14,3

Font: Elaboració pròpia.

D'altra banda, hem de remarcar que, si utilitzem com a referència el qüestionari Cage, aquestes últimes constatacions es modifiquen posant en relleu que gairebé les tres quartes parts (el 72,6%) de les persones en situació de sense llar que consumien alcohol –en els dotze mesos anteriors– tenien simptomatologia d'alcoholisme, encara que amb prou feines un 26,8% de les persones afirmaven tenir aquesta simptomatologia crònica, és a dir, una representació bastant pròxima de la categoria bevedor de risc –el 28,1% del total de la població enquesta–.

SUBSTÀNCIES O DROGUES DIFERENTS DE L'ALCOHOL

D'acord amb les dades obtingudes, en els trenta dies previs a la realització de l'enquesta, la marihuana o haixix juntament amb les pastilles per dormir i/o tranquil·litzants van ser les substàncies més consumides per la població en situació de sense llar (el 31,8% i el 30,6%, respectivament); seguides de la cocaïna, consumida pel 21,8%; l'heroïna, consumida pel 6,5%, i, finalment, les drogues de disseny, consumides pel 2,5%. El mateix ordre de representativitat es donava en els dotze mesos previs a l'enquesta, encara que hi havia major freqüència que en els últims trenta dies.

Cal subratllar que es fa referència aquí a substàncies o pastilles no receptades pel metge. Com es veurà més endavant en la morbiditat mental i ús de medicaments, les pastilles per dormir i/o tranquil·litzants, entre d'altres, formen part del tractament més freqüentment receptat pel metge a aquesta població i, per extensió, el més freqüentment consumit dins del tractament de les simptomatologies cròniques (física i mental). No podem deixar d'explicitar que la població en situació de sense llar dorm una mitjana de sis hores al dia, a intervals, i en condicions –ambientals, tèrmiques, de seguretat personal– freqüentment poc afavoridores del descans.

Respecte al consum de substàncies segons l'edat, entre la població més jove el consum de tot tipus de substàncies –excepte les pastilles per dormir i/o tranquil·litzants– era bastant superior que entre la resta de la població.

En totes les edats, els percentatges de consum de pastilles per dormir i/o tranquil·litzants, de marihuana i de haixix eren representatius. No hi havia representativitat en el consum de cocaïna i de drogues de disseny entre les persones més grans de seixanta-un anys, i el consum d'heroïna en els més grans de seixanta-un anys, es limitava a un 2,2% del total de població d'aquesta edat.

Per a la resta d'edats, el consum de les drogues per les que es preguntava a l'enquesta –pastilles per dormir i/o tranquil·litzants, marihuana/haixix, cocaïna, drogues de disseny, heroïna–, tenia una representativitat significativa.

S'aprecia, doncs, el consum generalitzat de drogues diferents de l'alcohol entre les persones en situació de sense llar. A més a més, a través dels percentatges de consum de cada droga, es pot endevinar en un gran nombre de persones un consum combinat de diferents substàncies referides, compaginades, a més a més, amb el consum d'alcohol.

TABAC

Més de la meitat de les persones fumaven diàriament (67,1%) i una quarta part de la població no fumava (25%). Els fumadors i exfumadors van començar a fumar, de mitjana, al voltant dels setze anys d'edat.

Hi havia un percentatge més gran, prop del doble, de dones no fumadores (43,8%) que d'homes no fumadors (22,6%). Per tant, també hi havia un percentatge més elevat de fumadors diaris (67,1%) que de fumadores (48%). El percentatge de persones que fumaven ocasionalment era semblant en tots dos sexes: 7,7% d'homes i 8,2% de dones, respectivament.

Si prenem el total de la població i l'observem en funció de l'edat, veiem com en el tram de quaranta-un a cinquanta anys és en el que hi havia més fumadors. El percentatge de fumadors diaris augmentava des dels divuit a trenta anys, passant pel tram de trenta-un a quaranta anys i fins a la franja de quaranta-un a cinquanta anys (59,3%; 67,3%; 76%), per a partir d'aquesta edat, començar a descendir (69,6%; 48,6%). També hi havia relació entre edat i percentatge de no fumadors. Aquest percentatge anava decreixent des dels divuit anys fins als quaranta-un a cinquanta (32,1%; 22,6%; 19,4%), per tornar a créixer a partir d'aquest punt d'inflexió (22,6%; 41,7%).

PRÀCTIQUES PREVENTIVES

En relació amb les pràctiques preventives, destaquem que amb prou feines el 26% de les persones en situació de sense llar es prenien la pressió periòdicament, però hi havia un percentatge més gran de dones (41,7%) que d'homes (23,9%) que adoptaven aquesta pràctica preventiva.

En funció de l'edat, es prenien la pressió periòdicament les persones de més de seixanta-un anys, però hi havia diferències significatives segons el sexe: se la prenien el 75% de les dones i el 38,3% dels homes.

Es pot dir que fins als cinquanta anys, prendre's la pressió periòdicament no arribava a preocupar ni el 25% de la població d'homes.

Les dones de trenta-un a quaranta anys (52,6%) i les de més de cinquanta-un anys (el 46,7% de les de cinquanta-un a seixanta anys i el ja citat 75% de les dones majors de seixanta-un anys), sí que presentaven percentatges significatius d'interès per aquest control. Entre les dones de divuit a trenta anys, i de quaranta-un a cinquanta, aquest hàbit el tenien menys del 20%.

ESTIL DE VIDA I ALIMENTACIÓ

Els indicadors per comprovar el tipus d'alimentació es van adaptar als hàbits de consum habituals de la població objecte d'estudi. Destaquem que aquests indicadors no són instruments que permeten examinar la qualitat de l'alimentació, ni si es tracta o no d'una dieta equilibrada. Són instruments, sobretot, de quantificació del nombre d'àpats en un dia, prenent com a referència dos períodes de temps: hivern i estiu.

No obstant això, és un indicador que ens permet complementar i relativitzar altres dades referents a l'estil de vida en general i, en particular, les relacionades amb l'alimentació, concretament l'índex de massa corporal (IMC).

Destaquem, d'una banda, que a l'estiu amb prou feines el 48,8% de les persones menjaven habitualment entre dos i tres plats de menjar al dia. A l'hivern, ho feien només poc més de la meitat, el 50,8%.

D'altra banda, i a l'extrem oposat, comprovem que a l'estiu, el 7,2% de les persones en situació de sense llar menjaven entrepans com menjar habitual, i a l'hivern el 6,1%. És a dir, poc menys del 50% de les persones en situació de sense llar, no arribaven a menjar habitualment ni dos plats al dia, complementats amb algun entrepà, o alimentant-se només d'entrepans. Aquesta circumstància es donava també a l'hivern.

Prenent com a referència l'IMC de les persones en situació de sense llar, una mica més de la meitat (57,2%) tenia pes normal. Aquest percentatge s'ha de relacionar sobretot amb la població que acostumava a menjar una dieta d'entre dos i tres plats diaris –o dos a tres menjars diaris–. El 5,5% tenia infrapès, és a dir, estava situada per sota de la categoria del pes normal.

En síntesi, dels resultats de l'IMC se'n desprèn que només al voltant de la meitat de la població enquestada en situació de sense llar tenia pes normal i acostumava a menjar entre dos i tres cops diaris. També, que poc més del 5% tenia infrapès i acostumava a menjar entrepans.

5 Estat de salut: morbiditat crònica

CRONICITAT FÍSICA I MENTAL

A través de l'enquesta realitzada, s'ha explorat l'existència de trastorns crònics a partir d'una llista de trenta-quatre trastorns de salut. D'aquests, vint-i-set es van seleccionar a partir de la llista de l'Enquesta de Salut de Catalunya 2006. Els set restants sobre els quals es va preguntar a les persones enquestades van ser elegits en funció de l'opinió de professionals de l'àmbit de les persones que es troben sense llar. Aquest grup de set trastorns es va poder identificar i consensuar gràcies al coneixement i experiència d'aquests professionals dels centres i recursos socials de les diferents entitats i organismes dedicats al treball amb persones en situació de sense llar.

En relació amb les dades de l'ESCA 2006 de Catalunya, tres de cada quatre persones (un 75%) de la població catalana té algun trastorn crònic. Si es comparen aquests resultats amb els obtinguts en aquest estudi es posa en relleu una certa diferència, ja que al voltant del 80% de les persones enquestades en situació de sense llar de Barcelona tenien algun trastorn crònic, és a dir, més de la meitat (el 55,3%) tenia d'un a tres trastorns crònics i prop d'una quarta part (25%) en tenia més de tres.

Les dones patien més de trastorns crònics que els homes: el 41% de les dones i el 21,4% dels homes tenia més de tres trastorns crònics.

Aquestes distribucions percentuals de cronicitat es matisen si introduïm la variable d'estudi *lloc on viu*³⁹ d'una banda i el *temps que porta en aquesta situació* –o sense tenir un domicili propi– de l'altra.

Cal destacar que les persones que pernoctaven en els albergs presentaven més problemes crònics que les que vivien al carrer, 26,4% enfront de 17,9%, respectivament. No obstant això, les diferències entre aquestes dues situacions han de ser ponderades i relativitzades, ja que les persones que dormien en albergs amb prou feines pernoctaven en aquests centres, i solien passar la resta del dia a l'espai públic. A més a més, de manera habitual, les mateixes persones solien trobar-se en les dues situacions, sobretot quan es tractava d'albergs de primera acollida, que tenen una normativa que limita els dies d'estada.

Destaquem dos aspectes més relacionats amb l'anterior. D'una banda, si les comparem amb les que estaven en albergs o residències per a sense sostre, veiem que les persones que estaven en la categoria carrer (o sense domicili) no es veuen tan afectades malalties cròniques. Aproximadament una quarta part de les persones que vivien al carrer (25,4%) no tenien cap trastorn crònic. D'altra banda, les persones que vivien en les diferents modalitats d'estada o residències per a sense sostre es veien més afectades per trastorns crònics (el 30,2%), que les que pernoctaven en albergs o vivien al carrer, amb un 26,4% i 17,9%, respectivament.

Aquests resultats qüestionen el pressupòsit que les persones que estan residint al carrer són, de tot el col·lectiu en situació de sense llar, les que més trastorns crònics pateixen, com a conseqüència d'un major deteriorament personal. No és així. De totes maneres, en aquest estudi no podem arribar a discernir si les persones amb més trastorns crònics: a) estan en residències o albergs en major

39. Recordem que les categories que inclou aquesta variable corresponen a la nostra definició de persones en situació de sense llar.

percentatge gràcies a polítiques de detecció i major atenció a persones amb aquestes problemàtiques; b) activen estratègies per fer valer la seva major vulnerabilitat i aconseguir plaça en algun d'aquests recursos, o c) una combinació d'aquestes dues o altres possibilitats.

Establir una connexió entre la morbiditat o nombre de trastorns crònics i el temps que porten les persones en situació de sense llar ens aporta dades i informacions que posen de manifest la relació dependent entre aquests dos aspectes. Sorprenentment i en termes absoluts, és a dir, entre la població total amb algun trastorn, independentment del nombre, i el temps que portava sense tenir un domicili propi, en la classificació de temps menys de sis mesos, el 27% de la població tenia trastorns. Si portava d'un any a menys de tres, el 23,9%, i entre les persones que portaven més de cinc anys al carrer, el 23,2% tenia trastorns. És a dir, tot i que no hi ha una diferència percentual molt gran –aproximadament quatre punts–, hi ha un percentatge més gran de població entre els que portaven menys de sis mesos al carrer. Aquest percentatge tendeix a decreïxer a mesura que augmenta el temps d'estada al carrer.

Aquests percentatges es matisen si la connexió s'estableix entre el nombre de trastorns i la classificació segons el sexe (taula 5). Cal destacar que, en els dos universos, encara que amb diferències percentuals significatives, no hi ha una relació de continuïtat entre el temps que portaven els homes i dones enquestats sense tenir una casa i el nombre de trastorns que presentaven. Aquesta discontinuïtat és més gran en els homes que en les dones.

Entrant en detall, tant entre dones com entre homes predomina sempre tenir entre un i tres trastorns crònics. Així, entre els homes amb menys de sis mesos sense allotjament o casa propis aquesta característica es donava en el 59%. En el període entre un any i menys de tres anys sense allotjament propi, era el 59,3% d'homes que tenen entre un i tres trastorns crònics, i entre els homes que feia més de cinc anys que no tenien allotjament o casa propis, suposava gairebé el 47%. Quant a les dones, tenien d'un a tres trastorns el 40% de les que havien estat en situació de sense llar menys de sis mesos. El 60% de les dones en situació de

sense llar entre un any i menys de tres, i el 44% de les que feia més de cinc anys que estaven en aquesta situació tenien d'un a tres trastorns.

S'aprecien, doncs, diferències percentuals entre ambdós sexes. Hi ha un percentatge més gran de dones que d'homes amb més de tres trastorns crònics en cadascuna de les classificacions en què hem dividit el temps, i, en general, també és major la representativitat de les dones quan parlem d'un a tres trastorns.

Taula 5.
Nombre de trastorns crònics de la població en situació de sense sostre, segons temps sense casa pròpia i sexe (%)

Temps sense casa pròpia	Població total amb trastorns (%)	Homes (%)			Dones (%)		
		Cap trastorn	1 a 3 trastorns	Més de 3 trastorns	Cap trastorn	1 a 3 trastorns	Més de 3 trastorns
Menys de 6 mesos	27,6	23,6	59,0	17,4	26,7	40,0	33,0
De 6 mesos a 1 any	16,1	23,0	65,5	11,5	16,7	33,3	50,0
D'1 any a menys de 3 anys	23,9	23,0	59,3	17,8	5,0	60,0	35,0
De 3 anys a 5 anys	9,1	34,1	41,5	24,4	8,3	50,0	41,7
Més de 5 anys	23,2	17,0	46,7	36,4	12,5	43,7	43,8

Font: Elaboració pròpia.

Vegem a continuació, a partir dels trenta-quatre trastorns seleccionats, quins percentatges han puntuat, ja agrupats per malalties. Destaquen amb força diferència les malalties o trastorns músculoesquelètics (EM) (67,6%) seguides de les cardiovasculars (CV) (57,2%) i, en tercer lloc, la morbiditat mental (MT) (49,1%).⁴⁰

.....
40. La morbiditat mental recull, sobretot, dades referides a depressió, ansietat i altres, que poden ser, o no, trastorns mentals severos. En aquest cas, el resultat és de 40,8% en depressió i ansietat, i 8,3% en altres trastorns mentals.

No són menys significatius els trastorns de toxicomania, encara que tenen un índex menor que els anteriors: els patien el 45% de la població enquestada (el 26,8%, alcoholisme i altres toxicomanies diferents a l'alcohol, i el 18,2%, altres toxicomanies diferents de l'alcohol).

Destaquem també el dolor lumbar (32,3%) i el mal de cap (20,6%), seguit de la hipertensió (18,2%), l'hepatitis (15%), les varices i el colesterol (12,9% i 11,1%, respectivament) a destacar entre els trastorns crònics que patia la població enquestada.

Tot i que hi ha malalties o trastorns que presenten una afectació bastant menor, no deixen de ser significatius en termes de percentatge i en relació amb la gravetat de la malaltia, el restrenyiment crònic (sofert pel 9,2% de la població enquestada); altres trastorns mentals diferents de la depressió i l'ansietat (8,3%); la ludopatia (7%); la sida (5,1%); la diabetis (4,6%), i els tumors malignes i la cirrosi (3,3% i 3%, respectivament).

Prenent com a base les dades i informacions relatives a les respostes afirmatives, dins del grup de les malalties mentals (MT) i per trams d'edat, la població d'homes en edats compreses entre els quaranta-un i els cinquanta anys destaca amb un 49,4% d'afectats. És a dir, gairebé la meitat dels homes d'aquesta edat van afirmar tenir trastorn mental –ansietat, depressió i altres–. Segueixen els homes amb edats entre trenta-un i quaranta anys, que es veien afectats en un 44,6%, i després els homes entre cinquanta-un i seixanta anys, en un 41,6%. Finalment, en els dos extrems per edat tenim, d'una banda, el 30% dels homes de més de seixanta-un anys que van afirmar tenir aquest trastorn i, de l'altra, en el tram dels més joves, de divuit a trenta anys, van afirmar tenir-lo una mica més d'una quarta part (27,4%).

Dit d'una altra manera, el percentatge d'homes afectats per malalties mentals va creixent progressivament des de la població de divuit anys, arribant al seu punt màxim en la franja de quaranta-un a cinquanta anys, a partir de la qual comença a descendir per acabar, entre majors de seixanta-un anys, a afectar percentatges només una mica superiors als de la població de divuit a trenta anys.

Aquestes representacions es modifiquen si les comparem amb l'univers de dones. Entre elles destaca en primer lloc el tram de trenta-un a quaranta anys, en el qual les malalties mentals afectaven el 73% del col·lectiu femení. Hi ha una diferència amb relació al mateix tram dels homes de prop de 30 punts percentuals més. En segon lloc hi ha el grup de dones de més de seixanta-un anys, un 53,8% de les quals es veien afectades per aquestes malalties; i, en tercer lloc, amb una representació similar trobem les de cinquanta-un a seixanta anys i de quaranta-un a cinquanta anys, amb el 43% i 42,8%, respectivament.

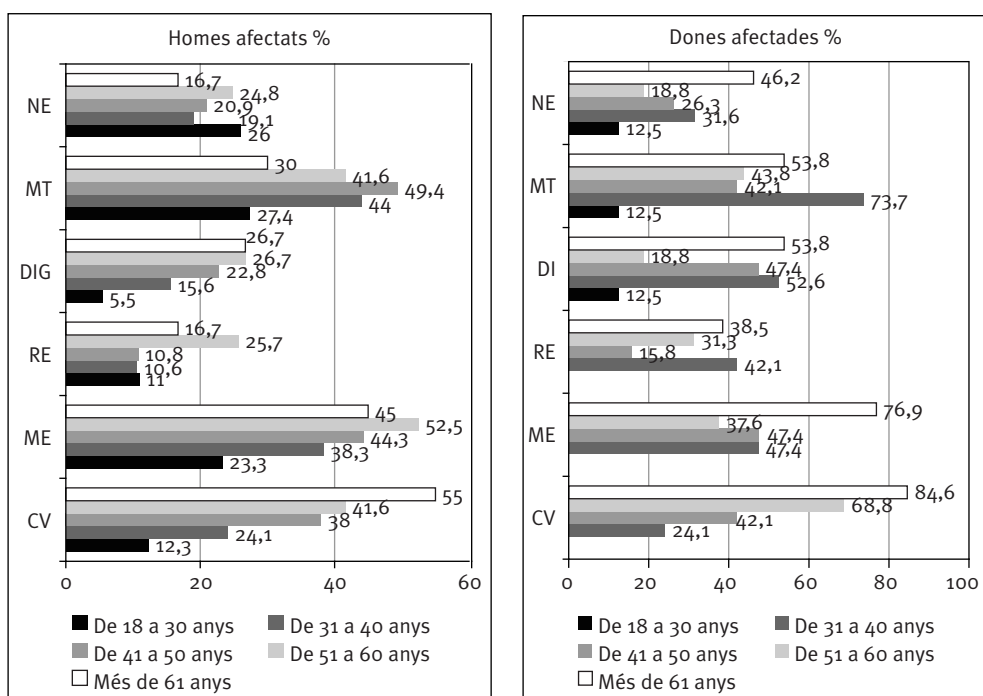
La incidència d'aquest tipus de trastorn s'aprecia en les dones a partir dels trenta-un anys, afectant en aquest tram d'edat gairebé tres de cada quatre dones. En general, i per a totes les edats, els percentatges són elevats i superiors als registrats en homes, arribant en les dones de més de seixanta-un anys, a afectar-ne una mica més de la meitat.

En el context de les malalties musculoesquelètiques (EM) dels homes, destaca el tram d'edat de cinquanta-un a seixanta anys, amb una mica més de la meitat d'homes (el 52,5%) amb trastorns d'aquest tipus. En el grup d'homes de més de seixanta anys i el que comprèn de quaranta-un a cinquanta anys els afectats tenen una representativitat similar, 45,6% i 44,3%, respectivament. I els afectats són el 23,3% de divuit a trenta anys i el 38,3% entre trenta-un i quaranta anys. El 45% dels homes majors de seixanta-un anys presentaven aquests trastorns crònics. Dit d'una altra manera, el percentatge d'homes amb trastorns musculoesquelètics va augmentant progressivament amb l'edat.

En canvi, l'evolució és diferent entre les dones enquestades que afirmaven tenir aquestes malalties. En la franja de divuit a trenta anys no puntuen, i en les franges de trenta-un a quaranta i de quaranta-un a cinquanta anys presentaven un percentatge una mica superior al dels homes en les mateixes franges (47,4%). En el grup de dones d'entre cinquanta-un i seixanta anys, el percentatge d'afectades disminueix sensiblement, també respecte al dels homes (37,6%), però es dispara enormement en les dones majors de seixanta-un anys: gairebé el 77% de les dones en situació de sense llar en aquesta franja d'edat presentaven trastorns crònics musculoesquelètics.

Gràfic 2.

Afectació per malalties cròniques de la població sense llar de Barcelona, segons sexe i trams d'edat (%)



Nota: NE: neurològiques; MT: mentals; DIG: digestives; RE: respiratòries; ME: musculoesquelètiques, i CV: cardiovasculars.

Font: Elaboració pròpia.

Pel que fa a les malalties cardiovasculars (CV), dins de l'univers de cada sexe existeix una relació entre trastorns i edat biològica, és a dir, els percentatges d'homes i de dones amb aquest tipus de trastorns, augmenten a mesura que augmenta la franja d'edat i, a més a més, ho fa de manera semblant en tots dos sexes fins als cinquanta anys. La diferència entre homes i dones rau en el fet que, a partir dels cinquanta-un anys, les dones presenten percentatges d'afectació sensiblement majors que dels homes. Així, tenint en compte les franges d'edat (divuit a trenta

anys, trenta-un a quaranta, quaranta-un a cinquanta, cinquanta-un a seixanta, i més de seixanta anys), els percentatges d'homes afectats eren del 12,3%, 24,1%, 38%, 41,6% i 55%, respectivament; i en les dones, sense puntuació de divuit a trenta, 24,1%, 42,1%, 68,8% i 84,6%.

DISCAPACITATS I LIMITACIONS

L'estudi també explora l'existència o no de discapacitats i/o limitacions que les persones en situació de sense llar de Barcelona enfronten per realitzar les seves activitats per motius de salut. Les limitacions principals comprenen simptomatologies de l'aparell auditiu, de la vista, de la parla i problemes físics de mobilitat.

Més de la meitat de la població en situació de sense llar afirmava no tenir cap tipus de discapacitat (60,8%); el 36% opinava que tenia d'una a tres discapacitats, i només el 3,3% afirmava tenir-ne més de tres.

Per ampliar les dades i observacions anteriors sobre les discapacitats, ens sembla rellevant establir una connexió amb els resultats que es desprenen de les limitacions i restriccions de l'activitat quotidiana que havien tingut les persones enquestades en els últims quinze dies i en els últims dotze mesos, per raons de salut.

En relació amb el primer període (últims quinze dies), es destaca, d'una banda, que el 15% del total de les persones en situació de sense llar enquestades –homes i dones– afirmaven haver disminuït o restringit l'activitat per motius de salut, cosa que implica que el 85% de la població no va haver de restringir les seves activitats quotidianes. D'altra banda, hi havia més dones que homes que afirmaven haver-la restringit per motius de salut en els últims quinze dies: el 24% de dones i el 13% d'homes.

Respecte al període dels dotze mesos anteriors, el 23,7% de la població (142 persones) havia tingut dificultats per realitzar les seves activitats diàries a causa d'una morbiditat crònica, amb major percentatge de dones (29,2%) que d'homes

(23%); posant en relleu l'existència de diferències entre homes i dones en relació amb la salut crònica.

D'altra banda, la variable edat posa de manifest que les limitacions cròniques en els últims dotze mesos ascendien progressivament fins al tram de quaranta-un a cinquanta anys amb el 29%, per descendir una mica i establitzar-se en les franges d'edat superiors. Així, en les franges de divuit a trenta anys, trenta-un a quaranta anys, quaranta-un a cinquanta anys, cinquanta-un a seixanta anys, i majors de seixanta anys, les persones afectades representaven, respectivament, el 15,2%, 21,5%, 28,9%, 24,3% i 25%.

És important destacar que el 19,6% (trenta persones) que van manifestar tenir limitació crònica en les activitats quotidianes els dotze mesos anteriors a l'enquesta, van afirmar que va ser a causa d'un accident. En aquest cas, les diferències percentuals posen el seu accent entre els homes, és a dir, poc més d'una cinquena part del total (el 21,3%) –en números totals, vint-i-set homes– en situació de sense llar van tenir limitacions en les seves activitats els dotze mesos anteriors generades per un accident, mentre que en les dones, la xifra suposa una mica més d'una desena part (11,5%) –o un total de tres dones–.

Es constata també que aquesta limitació per accident era més freqüent en les persones més joves. Afectava el 30,8% de la població d'entre divuit i trenta anys, i oscil·lava entre el 18,5% i el 20% fins als seixanta anys, situant-se en el 14,3% en les persones de més de seixanta-un anys.

A partir d'altres variables analitzades, es posa de manifest l'elevat grau de vulnerabilitat de les persones en situació de sense llar respecte als accidents i les seqüeles que impliquen. Especialment perquè, com veurem més endavant, no hi ha correlació entre malaltia i tractament.

A més de les limitacions constatades a partir de la seva identificació com "accidents" per part de les persones enquestades, cal afegir que en el 77,6% de les persones amb seqüela o limitació de la salut categoritzada com musculoesque-

lètica, aquesta limitació va ser generada per un accident ocorregut feia més d'un any.⁴¹ També hi havia un 6% que tenia la seqüela des de feia més d'un any per un accident cardiovascular (CV).

Taula 6.
Seqüeles en les persones en situació de sense llar a Barcelona generades per accidents ocorreguts un any abans de l'enquesta, per sexe

Tipus de seqüela	Nombre d'afectats	% / total	Sexe (%)	
			Homes	Dones
Musculoesquelètica (EM)	90	77,6	77,3	80
Cardiovascular (CV)	7	6,0	5,7	10
Neurològica (NE)	1	0,9	0,9	-
Vista (VI)	4	3,4	3,4	-
Digestiva (DIG)	1	0,9	0,9	-
Dental (DENT)	2	1,7	1,7	-
Altres	11	9,5	9,4	10

Font: Elaboració pròpia.

Aquestes constatacions es complementen amb els resultats obtinguts a partir del tipus de problema de salut que va generar la limitació dins del darrer any a la persona enqüestada. En el 32,5% dels casos, la limitació de l'activitat responia a un problema de salut musculoesquelètic. Encara que la seva representativitat era menor, no deixa de ser significativa la limitació a causa d'un problema de salut mental o trastorn mental sever, que afectaven el 14,9% i el 3,9% dels enqüestats, respectivament. Tampoc deixa de ser significativa la limitació a causa de la drogodependència o toxicomania (alcohol i altres drogues), que n'afectava el 14,3%.

.....
41. S'ha fet una recodificació del tipus de seqüela, a partir de la recodificació realitzada en morbiditat crònica, i ampliada amb altres variables noves, com vista (VI) i dental (DENT).

Taula 7.

Persones en situació de sense llar afectades per problemes de salut a causa d'accidents que els havien condicionat l'activitat els dotze mesos anteriors (% i nombres absoluts)

Tipus de problema	Afectats	% / total
Musculoesquelètic	50	32,5
Cardiovascular	6	3,9
Neurològic	7	4,5
Vista	4	2,6
Digestiu	7	4,5
Toxicomania (diferent de l'alcohol)	10	6,5
Toxicomania (alcoholisme)	12	7,8
Respiratori	14	9,1
Mental	23	14,9
Trastorn mental sever	6	3,9
Altres	15	9,7

Font: Elaboració pròpia.

Dins d'aquest mateix context, no podem deixar d'esmentar altres variables com el lloc on va ocórrer l'accident, que, com apuntàvem, posa també de manifest l'extrema vulnerabilitat que enfronten les persones en situació de sense llar.

D'una banda, el 37,1 % de les persones afectades havien tingut l'accident a la via pública. Aquest percentatge augmenta si li afegim el 3,4% d'aquesta població que havia tingut un accident també en la via pública anant o tornant del treball. És a dir, un 40,5% de les persones en situació de sense llar que havien tingut un accident, l'havien tingut al carrer. D'altra banda, cal destacar que el 27,6% de les persones havien tingut l'accident treballant, el 20,7%, dins del seu lloc/espai de treball i el 6,9%, en un desplaçament durant la jornada laboral.

Per ampliar aquestes últimes dades relatives al món laboral i la salut de les persones enquestades, el 88,7% de les persones que treballaven no havien pogut

fer-ho en els últims quinze dies a causa d'un problema de salut, i el 24% de la població que treballava no havia pogut fer-ho durant els últims dotze mesos.

SALUT MENTAL

Per a la detecció de trastorns mentals en la població en situació de sense llar es va utilitzar el qüestionari de salut general de Goldberg (GHQ-12) (Goldberg i altres, 1970). Aquest instrument metodològic s'utilitza d'una manera general en les enquestes de salut, també en l'ESCA 2006. El qüestionari no té validesa per a la detecció de simptomatologia crònica, però els resultats són importants des del punt de vista del risc de tenir una malaltia mental i per establir connexions pertinents amb els resultats de morbiditat crònica. Cal repetir, no obstant, que no es poden interpretar com constatacions de simptomatologia crònica, i també cal aclarir que els resultats obtinguts en la variable morbiditat mental (49,1%) i els que resulten de l'aplicació del GHQ12 (76,4%) s'han de ponderar en termes comparatius, ja que també refereixen a instruments de càlcul diferents, cosa que, en última instància, permet justificar, com veurem, els diferents resultats obtinguts a través d'ells.

Així doncs, i segons les dades obtingudes a través del GHQ12, poc més de tres quartes parts de les persones entrevistades en situació de sense llar (el 76,4%) corren el risc de patir una malaltia mental, i si introduïm la variable del sexe observem que el risc és relativament més gran en les dones (78,3%) que en els homes (76,2%).

De la lectura d'alguns dels resultats de les dotze preguntes que inclou el qüestionari GHQ-12 es desprenen altres informacions, de les quals destaquem especialment aquelles formulacions que de manera més explícita es refereixen a simptomatologies de tensió, depressió o ansietat, i els resultats de les quals posen en relleu percentatges bastant similars als obtinguts en la morbiditat mental. En aquest sentit, en els últims trenta dies, una mica més de la meitat de les persones en situació de sense llar (el 53,8%) s'havien sentit carregades, i

en tensió, el 67,7%. Reprenent les dades de morbiditat mental esmentades més amunt, el 49,1% de la població enquestada va afirmar tenir depressió, ansietat o altres trastorns mentals.

TRASTORNS MENTALS SEVERS

Per a la detecció de trastorns mentals severos, especialment trastorns maniaco-depressius i esquizofrènia, vam utilitzar l'indicador de la taula de dotze medicaments⁴² i un qüestionari que descriu sis experiències relacionades amb aquests trastorns. Els dos instruments impliquen considerar que la població objecte d'estudi utilitzava freqüentment substàncies o drogues que provoquen ansietat i/o estats alterats de consciència, tal com van posar de manifest en diverses moments de l'estudi.⁴³ La metodologia consta de dues parts. La persona que respon sí una vegada o més, en un o en tots dos instruments, és seleccionada per a l'aplicació d'un segon qüestionari i per a una entrevista amb el professional competent que determina si té o no trastorn mental sever –ens referim al Test de cribatge de trastorns psicòtics–. El nostre estudi amb prou feines recull els resultats de la primera part.

Per tant, els indicadors utilitzats no tenen en si mateixos validesa per afirmar la diagnosi, encara que sí per a la detecció de simptomatologia relacionada amb el trastorn mental sever. Així doncs, els resultats no deixen de ser significatius en relació amb la seva fiabilitat simptomatològica en la mesura que establim connexions amb altres variables com hospitalitzacions i diagnosi mèdica. La nostra intenció ha estat la d'abordar específicament el trastorn mental sever amb una eina específica, que encara que, com hem dit, no ens aportava dades a nivell de diagnòstic, sí que ens hi aproximava. Amb aquestes dades, pretenem complementar les altres obtingudes en els diferents apartats de salut mental.

.....
42. Haloperidol, Zyprexa, Risperdal, Seroquel, Zeldox, Sinogan, Largactil, Etumina, Leponex, Modecate, Consta i Plenur.

43. Hem de puntualitzar que van ser excloses de la mostra les persones que en aquell moment estaven sota l'efecte de les drogues.

Des d'aquesta perspectiva, els considerem importants com a primeres incursions de futurs estudis a aquest univers de la salut mental i les persones en situació de sense llar.

Els últims anys, la relació entre augment o no de patologia mental i persones en situació de sense llar i processos de desinstitucionalització ha estat i continua sent un tema d'interès i de debat en els fòrums i estudis sobre la salut i la situació de sense llar. Va més enllà dels objectius d'aquest treball examinar aquesta literatura. Per a les qüestions aquí tractades amb prou feines ens interessa esmentar que les diferències estan relacionades amb la falta d'unitat de criteris tant en la selecció de la mostra com en la metodologia.⁴⁴ En aquest sentit, esperem que també el nostre estudi pugui fer alguna aportació cap a la unificació de metodologies i criteris de definició.

El 16% de les persones en situació de sense llar (98 persones) afirmava haver pres alguna vegada algun dels medicaments esmentats, relacionats amb la simptomatologia de trastorn mental sever. Hi havia poc més d'un punt percentual de diferència entre homes i dones, el 15,9% dels homes (85 persones) i el 17,3% de les dones (13 persones). En canvi, els percentatges disminueixen considerablement quan el temps que s'havia pres el medicament es limitava a l'últim mes, el 6%, però en aquestes circumstàncies augmenten les diferències percentuals entre homes i dones, una mica més de dos punts percentuals més en les dones, el 8%, mentre en els homes és del 5,8%.

Hi ha diferències significatives entre homes i dones en funció de l'edat. Entre els homes que s'havien medicat en el darrer mes, el tram amb major representació és el de quaranta-un a cinquanta anys (del qual s'havien medicat el 20,9%), amb poques diferències amb els trams de trenta-un a quaranta anys (amb un 16,3% de medicats), i el tram de cinquanta-un a seixanta anys (amb un 17,8%).

Consegüentment, els trams en què aquestes persones eren menys representatives són els de les persones més joves, (un 8,2% de divuit a trenta anys) i el de

.....
44. Per a una revisió i selecció d'aquesta literatura, veure Tronchoni, Aparicio i altres (2003).

les de més edat (8,3% entre les de més de seixanta-un anys). De nou i en aquest cas en relació amb simptomatologia de trastorn mental sever, observem entre el col·lectiu d'homes en situació de sense llar a Barcelona la corba ascendent dels divuit fins als cinquanta anys, i descendent a partir dels cinquanta-un.

En canvi, les dones que tenien de trenta-un a quaranta anys són les que havien pres més medicació alguna vegada per trastorns mentals severos (el 26,3%), seguides de les que tenien de cinquanta-un a seixanta anys (el 18,8%) i les de més de seixanta-un anys (el 15,4%).

Respecte al resultat del qüestionari de les sis preguntes, destaca que el 14% (86 persones) afirmava haver tingut alguna vegada en la seva vida alguna de les experiències esmentades. D'aquestes, el 60,5% (49 persones) afirmava haver-les tingut en els últims dotze mesos, i amb prou feines el 55,7% (44 persones) havien sol·licitat ajuda mèdica per aquesta simptomatologia.⁴⁵

SUPORT SOCIAL I RISC DE TENIR UN PROBLEMA DE SALUT MENTAL

A partir de la variable GHQ12 que indica el risc de tenir una malaltia mental i de dos indicadors afectius⁴⁶ –persones que es preocupen del que els passa, i si reben ajuda quan estan malaltes– establim una connexió per veure en quina mesura aquests indicadors incideixen en el risc de tenir un problema de salut mental.

Recordant que els resultats pressuposen que el 76,4% de les persones en situació de sense llar estaven en risc de tenir trastorn mental, els resultats sobre suport social apunten que el 49% del global de les persones en situació de sense llar te-

.....
45. La diferència respecte al nombre de persones està relacionada amb les persones que no contesten.

46. Aquests indicadors per valorar el suport afectiu estan dins de la variable suport social, el valor de la qual s'estableix d'1 al 5 (menys del que desitja, ni més ni menys del que desitja i tant com desitja).

nien menys persones que es preocupaven del que els passava del que desitjaven, i el 60% de població rebia menys ajuda de la que desitjava quan estava malalta.

Però del total de persones amb més risc de tenir un problema mental que tenien qui es preocupava del que els passava, el 62,26% deia tenir menys persones que es preocupaven per elles del que desitjarien. I de les que rebien suport quan estaven malaltes hi havia un 55% que rebien menys ajuda de la que desitjarien quan estaven malaltes. En altres termes, aquesta falta de suport social pot facilitar que les persones en situació de sense llar mantinguin o augmentin els seus nivells de risc, fins i tot de patir un trastorn mental en la mesura que un elevat percentatge d'elles sentia que rebia menys suport del necessari.

6 Estat de salut: autovaloració

Dins del context actual de les enquestes de salut, la percepció que les persones tenen sobre la pròpia salut està relacionada amb la sensació positiva o negativa del “benestar social”. En aquest sentit, l’autovaloració de l’estat de salut es considera un bon indicador per avaluar l’estat de salut.

No obstant això, per a una millor comprensió dels resultats d’aquest apartat, cal explicitar algunes consideracions sobre la “subjectivitat” implícita en el concepte d’*autopercepció* o autovaloració entre el col·lectiu de persones en situació de sense llar, ja que considerem que existeix una sèrie de codis culturals sobre aquestes persones i, per extensió, del medi social del seu entorn, que influeixen –o interfereixen– en les seves autopercepcions o autovaloracions.

En concret, ens referim a una de les argumentacions gairebé rituals utilitzades més freqüentment pels enquestats, que consisteix a establir una connexió directa entre aspectes negatius del món del carrer i els positius del món personal, és a dir, entre la duresa que implica la situació de viure al carrer i la percepció i valoració generalment positiva que fan, com individus, de la seva salut. En altres termes, les valoracions i autopercepcions d’aquesta població no es poden deslligar de la seva autoestima, que sol girar al voltant de l’afirmació del seu benestar, fortalesa, llibertat,... que es contraposen als aspectes negatius o estigmatitzants

que configuren l'imaginari social respecte a la població en situació de sense llar –vagabund, indigent, pobre, marginal...–.

Aquest marc d'interpretació ajuda a entendre dos aspectes que afluïren a l'estudi. El primer, l'aparent paradoxa que es desprèn dels resultats de l'autovaloració de la salut i l'alt índex de morbiditat crònica. El segon, les escasses diferències que es posen de manifest en comparar els resultats de l'ESCA 2006 (població general) i els d'aquest estudi, amb prou feines una diferència de 10 punts percentuals a favor de la població general (ESCA 2006) en l'apartat d'autovaloració de la salut.

El 65,5% de la població en situació de sense llar feia una valoració positiva del seu estat de salut (excel·lent, molt bona i bona). El percentatge augmenta una mica entre els homes (68%) i se situa per sota de la mitjana entre les dones, (44%).

Recordem que el 79,2% de les persones en situació de sense llar tenia trastorns crònics –d'un a tres i més de tres–, percentatge que era una mica menor dins de l'univers dels homes (el 77,9%) i una mica més gran en el de les dones, que tenien en general major morbiditat que els homes.

No deixa de sorprendre, doncs, que aquest 68% d'homes en situació de sense llar amb valoració positiva es mantingui pròxim al 77,1% de la població general d'homes de Catalunya segons l'ESCA 2006. Les dones en situació de sense llar, que a més a més, recordem, presentaven una major morbiditat en general que els homes en aquesta situació, semblaven ponderar en general més la seva opinió: el 44% que la valorava positivament, es contraposa el 70% de la població general de dones enquestada a Catalunya per l'ESCA 2006.

Igualment, es constaten poques diferències en comparar els resultats dels dos universos a través d'altres indicadors de percepció de l'estat de salut, com ara el "Termòmetre d'EuroQol".⁴⁷ Segons aquest indicador, la mitjana de la població general puntua 71, mentre que les persones en situació de sense llar puntuen

.....
47. Aquest instrument consisteix a valorar l'estat de salut a partir de la representació gràfica d'un termòmetre que oscil·la entre 0, pitjor estat de salut, i 100, millor estat de salut.

60, és a dir, encara que hi ha una diferència percentual d'11 punts, que posa de manifest desigualtats entre els dos universos de població, aquestes no corresponen a la situació desigual que es posa en relleu a través de la morbiditat que enfronten les persones en situació de sense llar.

Destaquem que l'autovaloració de l'estat de salut respecte a l'ansietat o depressió (salut mental) i al dolor i molèstia, dues de les dimensions de l'esmentat instrument, estan directament relacionades amb la morbiditat física i mental. Concretament, amb dos dels grups de malalties cròniques que amb major freqüència afirmen tenir les persones enquestades, les musculoesquelètiques⁴⁸ i les malalties mentals, a més a més de les neurològiques que també impliquen dolor i malestar.

El 42% de les persones en situació de sense llar tenien dolor –moderat i molt dolor– i el 56,6% tenien ansietat –moderada i molta ansietat–. Els percentatges augmenten en les dones: el 60% i el 64% de les dones, tenien, respectivament, dolor i ansietat. En canvi, disminueix en els homes, el 39,6% i el 55,5% dels homes tenien dolor i ansietat, respectivament.

Reprement els resultats de morbiditat física musculoesquelètica (EM) i mental (MT), s'estableix un pont entre la percepció d'aquests que posa de manifest que, encara que hi ha diferències percentuals –concretament en les malalties EM–, les dues categories estan relacionades: el 67,6% de la població afirmava tenir respectivament morbiditat física musculoesquelètica (dels quals el 53,1% corresponien al dolor crònic lumbar i al cervical) i el 49,1% morbiditat mental, dels quals el 40,8% es referien a depressió i ansietat.

.....
48. Entenent que les malalties musculoesquelètiques estan directament relacionades amb el dolor, especialment dolor lumbar i dolor cervical.

7 Tractament: ús de medicaments i utilització dels serveis

La relació entre els resultats de la morbiditat crònica i els obtinguts a través de l'ús o no de medicaments i serveis permet posar de manifest en quina mesura la necessitat de tractament està coberta o no. En aquest sentit, es destaca que l'apartat sobre l'ús de medicaments explora els casos que van ser receptats pel metge⁴⁹ a partir d'una llista de vint-i-vuit variables, les quals estan directament relacionades amb la llista dels trastorns crònics, exceptuant-ne quatre: epilèpsia, hepatitis, cirrosi i ludopatia.

Aquesta estratègia metodològica permet identificar en quina mesura la simptomatologia crònica és o no tractada pel metge.⁵⁰ En aquest sentit, encara que no són concloents sinó indicatives, no deixen de sorprendre les constatacions que es desprenen dels resultats obtinguts en relació amb l'ús o no de medicaments receptats per un professional de la salut competent, per a una determinada malaltia o simptomatologia crònica.

D'una banda, els medicaments utilitzats amb més freqüència per les persones enquestades eren les aspirines –gairebé un terç (33%) del total de persones

.....
49. Les variables “aconsellat pel metge” i “per iniciativa pròpia” no van ser incloses donat el nombre reduït de respostes.

50. No s'examinen els casos en què el medicament va ser indicat pel farmacèutic o per iniciativa pròpia.

enquestades van afirmar prendre aspirines–, els sedants (el 20%) i les pastilles per dormir (el 15%).

D'altra banda, dins dels grups principals de malalties cròniques, no hi ha en general una relació entre el nombre de persones que tenia la simptomatologia crònica i l'ús del medicament receptat pel metge per a cada persona que tenia la simptomatologia crònica.

De la població total enquestada afectada per malalties cardiovasculars, amb prou feines un 7,7% (47 persones) va afirmar haver pres medicació receptada pel metge en relació amb aquest trastorn els últims dies. Aquí és important recordar que el 34% del total de la població enquestada (212 persones) va afirmar tenir trastorn crònic cardiovascular. En altres paraules, una mica més de tres quartes parts (el 77,8%) de la població en situació de sense llar que tenia aquesta simptomatologia crònica cardiovascular no es medicava.

En l'àmbit de les malalties musculoesquelètiques, hi ha un percentatge més elevat de persones que feien servir medicació que en el de les cardiovasculars, el 23,5% (126 persones). Això implica que una mica més de la meitat (el 50,5%) del total de persones (255) amb cronicitat musculoesquelètica no rebia tractament farmacològic receptat pel metge. Amb les malalties respiratòries passava el mateix. De les noranta-set persones que tenien aquest trastorn –el 15,9% de la població enquestada–, amb prou feines trenta persones van afirmar prendre medicació. És a dir, al voltant del 70% de persones amb trastorns crònics respiratoris, no usava medicació per a aquest tipus de simptomatologia.

En un altre ordre de coses, les dades recollides posen en relleu que la morbiditat mental és el trastorn que es medicava amb més freqüència, especialment per alleujar la tensió o l'insomni.

Igualment destaquem que del total de persones (31) amb sida únicament el 54,8% va prendre medicació els últims dies o, dit d'una altra manera, el 45,2% de les persones amb aquesta morbiditat no va prendre medicació.

SERVEIS I VISITES MÈDIQUES

Prenent com a base els quinze dies anteriors, al voltant d'un 31% de la totalitat de persones en situació de sense llar havia estat visitada per un professional sanitari o sociosanitari i va haver d'esperar una mitjana de quatre dies.⁵¹

En l'univers d'homes, els que més es visitaven es trobaven a la franja d'edat de cinquanta-un a seixanta anys, i de més de seixanta-un anys, amb el 42% i el 36,7%, respectivament. En el de dones, en canvi, el tram d'edat preponderant és el de trenta-un a quaranta anys, dins del qual es visitaven més de la meitat de dones (el 52,6%), seguit del grup que en tenia més de seixanta-un (el 46,1%).⁵²

D'aquestes dades se'n desprèn també que, en un sentit general, l'univers de dones havia visitat el metge, en els últims quinze dies, més que el d'homes, la qual cosa té correspondència amb la major morbiditat que presentava, en general, el grup de dones, i posa de manifest més diferències entre homes i dones, en aquest cas, respecte a les visites als professionals sanitaris.

Hi ha altres elements importants dins d'aquesta mateixa línia d'argumentació. El primer, que hi ha més dones que homes que havien tingut un problema de salut que requeria atenció mèdica, però no la van sol·licitar: respectivament, el 31,2% i el 27%. En aquest sentit, el tram d'edat més significatiu en els dos sexes és el de quaranta-un a cinquanta anys. El 35,4% dels homes i el 44,4% de les dones d'aquesta edat no van visitar el metge, malgrat considerar que sí que calia la consulta al professional.

Tant des del punt de vista de l'anàlisi estadística com a efectes del nostre objectiu, és especialment significativa la connexió entre la població que no va sol·licitar

.....

51. Aquesta dada s'ha de ponderar, ja que normalment, quan la persona enquestada "accedeix" a l'atenció mèdica és perquè el seu estat de salut freqüentment està en situació crítica (o de risc), és a dir, d'emergència. Per tant, i tenint present aquesta dada, es pot comprendre que la mitjana de quatre dies impliqui visites programades a moltíssim més llarg termini.

52. Des del punt de vista d'anàlisi estadística, també existeix una relació significativa entre la variable visites mèdiques i les categories de classificació edat i sexe.

atenció mèdica a pesar que la requeria, i el lloc on vivia. Destaquem que la major part de la població, el 53% de total de les persones (153) que no van requerir assistència mèdica, vivia al carrer, el 31% a l'espai públic i el 22% restant pernoctava en albergs però passava la resta del dia al carrer.

Si prenem com a període de referència els dotze mesos anteriors, tenim que el 12,4% de la població no havia estat visitada per cap professional sanitari, el 70,8% havia visitat entre un i tres professionals, i el 17,8% havia visitat més de tres professionals sanitaris o sociosanitaris.

Dins de l'univers d'homes i del de dones obtenim constatacions similars, en el sentit que existeixen pocs punts percentuals de diferència. En els dos sexes la majoria de les persones havia visitat d'un a tres professionals en els últims dotze mesos. El 70% dels homes i gairebé tres quartes parts de les dones havia visitat d'un a tres professionals.

Respecte a l'edat no hi ha gairebé modificacions en les constatacions; la majoria d'homes i de dones de les diferents edats (al voltant d'una mitjana de 70% en els dos sexes) havia visitat entre un i tres professionals.

Entre les visites a aquests professionals, destaca que amb prou feines el 17,6% de la població havia estat visitada per especialistes (cardiòleg, neuròleg, etc.) en els últims dotze mesos. En aquest sentit, una vegada més, cal recordar que poc més de la meitat de la població (53,3%) tenia d'un a tres trastorns crònics i el 23,9 % més de tres.

No hi ha diferències significatives en introduir el sexe i l'edat, però a l'univers d'homes s'havien visitat més els que tenien entre cinquanta-un i seixanta anys (24%), mentre que en el de dones la representació més gran requeria en les que tenen més de seixanta-un anys (23,1%). També destaquem que hi ha un 28% de dones que havia visitat a un ginecòleg, és a dir, poc més d'una quarta part.

El 16% de la població afirmava que havia visitat un psiquiatre (97 persones), el 15,2% dels homes i el 21,3% de les dones. Encara que amb algunes diferències

percentuals, són les dones i homes entre trenta-un a quaranta anys els qui més havien visitat aquest especialista, el 31,6% i el 19,9%, respectivament.

El 4,7% de les persones van visitar un fisioterapeuta (29 persones), essent en l'univers d'homes al voltant del 5% (el 4,9 %) i en el de dones, el 4%. A més a més, el 12% de les persones (72) en situació de sense llar enquestades havia visitat un traumatòleg. Això representa el 12,2% d'homes i el 9,3% de dones.

Taula 8.

Visites mèdiques de la població en situació de sense sostre en els dotze últims mesos, segons lloc de residència (%)

Professional de la salut	n	%	Lloc de residència (%)				
			Carrer	Alberg	Residències per a sense sostre	Barraques	Altres
Capçalera	445	74	27,6	28,8	28,8	7,9	6,3
Psiquiatre	97	16	10,6	19,1	20,1	11,8	17,6
Traumatòleg	72	12	11,6	14,8	12,6	5,9	5,9
Altre especialista	107	18	24,3	30,8	34,6	6,5	3,7
Fisioterapeuta	29	4,7	13,8	41,4	4,4	9,8	3
Infermera	203	34	24,6	41,4	26,1	4	20,6
Treballador social	390	65	21,6	45	26,5	36,3	10,9

Font: Elaboració pròpia.

Creiem pertinent per als objectius del treball reprendre alguns resultats anteriors per establir dues connexions que semblen posar en relleu una falta de correspondència important entre malaltia i tractament en el col·lectiu enquestat. D'una banda, les malalties musculoesquelètiques van ser el principal motiu de salut que va generar limitació de les activitats quotidianes en els dotze mesos anteriors a l'enquesta (afectant el 32,5% del col·lectiu). D'altra banda, en el 19,6% dels

casos (trenta persones) els problemes de salut que havien generat la limitació eren resultat d'un accident, trastorn que suggereix, a priori, la visita a professionals de la salut relacionats amb la traumatologia i, possiblement en molts casos també, amb la fisioteràpia.

De les nostres constatacions se'n desprèn que existeix alguna relació entre les persones que havien tingut accidents i les que visitaven el fisioterapeuta o traumatòleg, –és a dir, entre una situació d'emergència o puntual i tractament professional també puntual–. Això no sembla implicar, no obstant, que existeixi una continuïtat o acompanyament professional, que tampoc sembla que existeixi en les necessitats de salut per malalties cardiovasculars, neurològiques o respiratòries, per esmentar les principals.

Aquestes dades es poden complementar reprenent la constatació que el 27,3% de les persones en situació de sense llar van tenir problemes de salut en els últims quinze dies, però no van anar al metge malgrat que creien que necessitaven atenció mèdica. En incloure el motiu pel qual no van anar al metge, més d'una quarta part de les persones, el 28,4%, va considerar que el seu problema no era prou greu –el 27,1% dins de l'univers d'homes i el 36,4% en el de dones–. El 12,3% va pensar que no es resoldria el seu problema de salut.

L'anàlisi sociològica d'aquests resultats implicaria aprofundir en les representacions i significats que atribueix la població objecte d'estudi al seu estat de salut, a més dels condicionants socials que modelen les seves representacions o subjectivitats, la qual cosa està més enllà dels límits d'aquest treball. Només volem posar de manifest connexions aparentment paradoxals que es desprenen dels resultats amb la finalitat d'indicar la no correspondència entre l'estat de salut de les persones en situació de sense llar i el tractament que reben.

En aquest sentit, una vegada més, no podem deixar de recordar que poc més de la meitat de la població (el 55,3%) tenia d'un a tres trastorns crònics i el 23,9% més de tres, i que no hi ha correspondència entre morbiditat i ús de medicaments o atenció mèdica en general, com es desprèn de les últimes constatacions esmentades.

D'altra banda, cal destacar que són les persones que vivien en residències per a sense sostre les que, en general, van fer més visites al professional en els dotze mesos anteriors a l'enquesta.

Tot i ser conscients de la generalització, aquestes dades ens suggereixen que hi ha una relació entre viure en residències –és a dir, disposar d'un lloc i d'atenció especial de les persones que treballen amb les persones en situació de sense llar– i rebre tractament continuat.

En aquest sentit ens sembla pertinent destacar que en els dotze mesos anteriors a l'enquesta al voltant de la meitat de la població l'havia visitat un professional de l'àmbit del treball social i el 24,6% per un d'infermeria. Ambdós professionals solen actuar també en els organismes, entitats i institucions que treballen amb les persones en situació de sense llar, encara que no incideixen sobre el total d'aquest univers. Els professionals d'infermeria havien atès un 24,6% de persones del col·lectiu del carrer, un 41,1%, dels que vivien en albergs; un 26,1% en residències; un 4% en barraques i un 20% en altres llocs. Els treballadors socials havien atès un 21,6% de les persones que vivien al carrer; un 45% de les que estaven en albergs; un 36,5% de les que estaven en residències; un 36,3%, en barraques i un 10%, en altres llocs.

Les visites al metge de capçalera, a priori, serien un indicador important per veure si hi ha relació entre malaltia i tractament o acompanyament i, en última instància, entre cronicitat i continuïtat de tractament o d'atenció mèdica. Com veurem, els resultats d'aquesta variable ens indiquen igualment paradoxes o complexitats aparents i la necessitat de prendre en consideració altres dimensions per comprendre'ls. El 74% de la població en situació de sense llar havia visitat el metge de capçalera en els dotze mesos anteriors. A més, el 80,2% de les persones en situació de sense llar afirmava tenir un metge de capçalera. Prop del 100% afirmava estar afiliat a la Seguretat Social, i un 90% afirmava que l'atenien en un centre d'atenció primària i amb prou feines el 6,6%, en un hospital. Només una persona afirmava que era atesa en un centre d'especialitats.

Aquestes dades, però, amaguen altres aspectes que hem de considerar ponderant aquests resultats. D'una banda, les persones en situació de sense llar, en un sentit general, davant una situació de necessitat d'atenció mèdica no acostumen a establir una distinció entre serveis d'atenció primària, serveis socials o entitats i institucions que treballen amb les persones en situació de sense llar. D'altra banda, les distincions –o límits funcionals– que la població objecte d'estudi estableix entre treballador social, infermer o metge, són molt flexibles en el sentit que hi ha una certa confusió dels atributs o característiques assignades a cadascuna d'aquestes figures professionals. Aquesta ambigüïtat està, en gran part, relacionada amb el propi funcionament del camp d'acció d'entitats i agents interessats en les persones en situació de sense llar, és a dir, amb la xarxa de relacions i interessos que el constitueixen i, en última instància, amb les limitacions o condicions burocràtiques per accedir als serveis mèdics i socials en general.

Dins d'aquest marc, i comparant els resultats esmentats amb la informació que ens donen alguns professionals de referència d'algunes de les persones enquestades, es constata que el percentatge de resultats sobre l'atenció mèdica, especialment de visites al metge de capçalera, és bastant menor del que afirmaven les persones enquestades, sense que puguem establir un índex corrector de les respostes obtingudes en aquest apartat.

HOSPITALITZACIONS I URGÈNCIES

Els serveis d'urgència i les hospitalitzacions també ens donen elements per saber en quina mesura les atencions a professionals de salut responen a situacions crítiques o d'emergència, així com per veure en quina mesura es dona més o menys prioritat a aquest servei –o tractament–, o hi ha o no una continuïtat respecte a la necessitat de seguiment dels malalts en situació de sense llar.

En el mateix període de dotze mesos anteriors a l'enquesta, més de la meitat de la població, el 52,7%, van visitar o anar a un servei d'urgències, essent prop del 100% (94,4%) les persones ho van fer en un hospital públic. El 2,5% van trucar

al servei d'emergències. Tres quartes parts ho van fer per iniciativa pròpia. En relació amb els ingressos en un hospital en els dotze mesos anteriors, el 20,8% de la població (126 persones) van estar almenys una nit ingressats.

La mitjana de vegades ingressats durant els últims dotze mesos, per al total de la població enquestada, és de dues vegades. També per al total de la mostra, la mitjana de temps d'estada en l'últim ingrés va ser de quinze dies.

A partir d'aquests resultats no es pot deduir si hi ha la correspondència adequada entre el temps que la persona va restar ingressada i el temps que precisava el tractament de la malaltia que va originar l'ingrés.

No obstant això, d'acord amb el que ja s'ha dit, les nostres constatacions indiquen que hi ha una tendència a prioritzar situacions d'urgència i puntuals en detriment de la continuïtat de tractament. Això també es posa especialment de manifest quan s'estableixen les connexions, per exemple, entre hospitalitzacions, serveis d'urgència i problemes de salut crònica –o seqüela, física o mental– siguin o no a causa d'accidents originats en els dotze mesos anteriors i amb l'ús de medicaments de tractament.

Cal destacar que les emergències i hospitalitzacions també estan relacionades amb malalties de drogodependència i, per extensió, amb accidents circumstancials. En aquest sentit, és pertinent reprendre que el 14,3% (6,5% toxicomanies diferents d'alcohol i 7,8% alcoholisme) de la població (154 persones) va afirmar que en els últims dotze mesos havia tingut un problema de salut per causa d'un accident relacionat amb la drogodependència, el qual li va limitar les activitats quotidianes.

Respecte a la valoració dels serveis sanitaris que feien les persones en situació de sense llar, no podem deixar d'esmentar que el 22% va valorar molt satisfactoriament els serveis sanitaris, el 64,2% estava satisfet i l'11,3% i 2,6% respectivament estaven insatisfets i molt insatisfets. Aquests percentatges pateixen algunes modificacions si introduïm la variable del sexe, ja que hi ha un 32,9% de

dones enfront d'un 20,2% d'homes que estaven molt satisfets amb els serveis sanitaris, mentre que el 66% d'homes i un poc més de la meitat, el 53% de les dones estaven satisfets i el 13,8% dels homes i el 14,3% de les dones estaven insatisfets i molt insatisfets. Així, en termes generals, es constata que hi ha un elevat percentatge de persones que valoren positivament els serveis sanitaris.

8 Les desigualtats en la salut: la població immigrant en situació de sense llar

En línies generals, el concepte de *desigualtat en la salut* utilitzat en les enquestes de salut es refereix a les diferents oportunitats i recursos relacionats amb la salut que tenen les persones segons la classe social, el gènere, l'ètnia, l'educació i les condicions socials del lloc on viuen o treballen. Segons la definició de l'Organització Mundial de la Salut (OMS 1974) “la salut és un estat complet de benestar físic, mental i social i no només l'absència de malaltia”. Sense oblidar el component ètic o moral, la definició de l'OMS en introduir el component social en el concepte de salut deixa de comprendre la salut només com una absència de malaltia, pròpia del model bioquímic.

Des del punt de vista de l'OMS, la salut i l'estat de salut d'una persona responen a característiques multidimensionals en les quals interfereix el medi ambient geogràfic i social en què viu –entengui's també les expectatives que diposita en el sistema sanitari–. Igualment, en aquest sentit generalitzat, una persona considera el seu estat de salut en funció d'un conjunt d'atributs interrelacionats com ara dolor, malestar, ansietat, estat emocional, mobilitat, fatiga, capacitat de relacionar-se socialment, medi ambient geogràfic i social, entre d'altres.

Per ampliar aquest marc interpretatiu, destaquem dos aspectes connectats i aparentment paradoxals dins de la idea i definició d'accés als recursos de salut. D'una banda, la major part dels governs dels països de la Unió Europea reconeixen

el dret a la salut –en el sentit ampli del terme– com un bé universal que tots hem de tenir, independentment de la condició, procedència, etcètera. D'altra banda, aquest dret no significa que totes les persones d'un país determinat competeixin en igualtat de condicions o tinguin les mateixes possibilitats d'accés als serveis –o recursos sanitaris– que, a priori, han de garantir aquest dret. Aquests aspectes es posen de manifest de manera particular en les persones en situació de sense llar com hem intentat demostrar al llarg del treball i, especialment, en les persones immigrants o estrangeres, sobretot, les que estan en una situació de facto d'“il·legalitat” ciutadana o de “negació administrativa”, que pot implicar una negació o retallada de drets en el pitjor dels casos i, freqüentment, un treball afegit per intentar fer valer els reconeguts, sense que aquest objectiu s'aconsegueixi en un percentatge elevat de casos.

Prenent elements que interfereixen en la configuració de les desigualtats en la salut indicats al llarg del treball, aquest apartat busca ampliar-los amb l'enfocament centrat en les persones immigrades en situació de sense llar. Abordarem característiques del perfil sociodemogràfic i els elements més significatius que posen de manifest les desigualtats en la salut, la morbiditat i l'ús de cobertura sanitària.

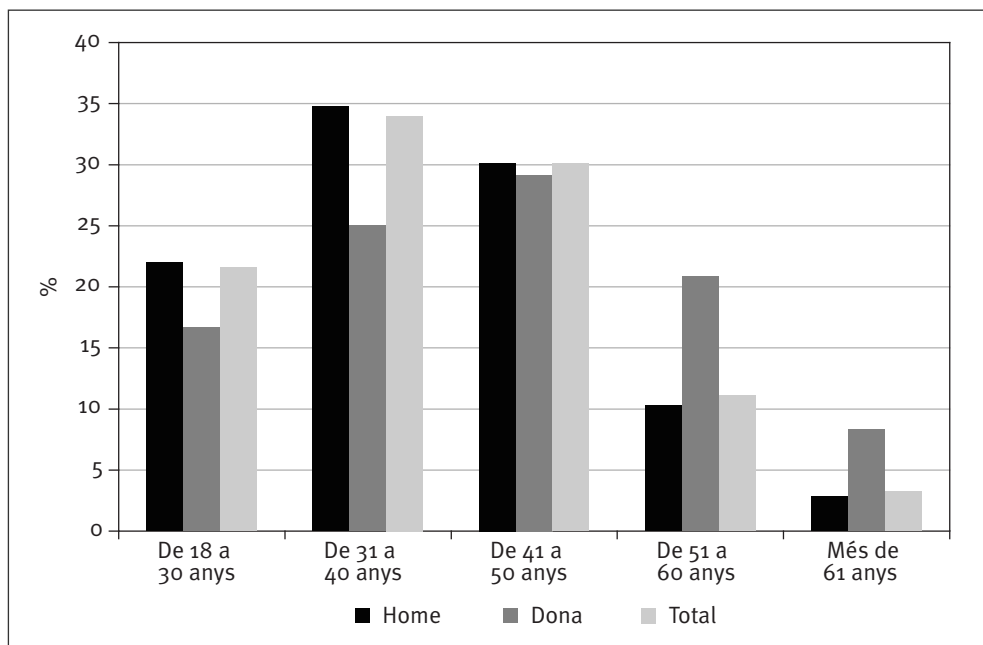
CARACTERÍSTIQUES PRINCIPALS DEL PERFIL INDIVIDUAL I SOCIODEMOGRÀFIC

La població enquestada immigrant tenia una edat mitjana de trenta-nou anys i mig, essent les dones una mica més grans que els homes, quaranta i trenta-nou anys, respectivament. Més de la meitat (el 56,6%) de les persones immigrades enquestades tenien entre divuit i quaranta anys. Gairebé una quarta part (el 21,6%), tenia entre divuit a trenta anys i el 34%, entre trenta-un i quaranta anys. Era, doncs, una població majoritàriament jove.

Per sexes, les edats de les persones immigrants en situació de sense llar a Barcelona es representen tant en homes com en dones amb dues piràmides, una mica diferents. Els homes augmenten dels divuit als quaranta anys, que és el punt més

Gràfic 3.

Població estrangera en situació de sense llar, segons sexe i edat



Font: Elaboració pròpia.

alt, per a, de mica en mica, descendir conforme avancen les edats. A partir dels cinquanta-un anys, la seva presència descendeix molt. Així, l'evolució percentual segons les edats, des dels divuit fins a més de seixanta-un anys, és: 22%; 34,8% (punt màxim en la franja de trenta-un a quaranta anys); 30,1%; 10,3% a partir dels cinquanta-un anys; i 2,8% d'homes majors de seixanta-un anys.

La piràmide del grup de dones, és diferent. Ascendeix de mica en mica des dels divuit fins als cinquanta anys, i decreix després, més suaument, resultant que a partir de cinquanta-un anys, hi ha major presència percentual de dones que d'homes. Els percentatges eren els següents: 16,7%; 25%; 29,2% (punt màxim, en la franja de quaranta-un a cinquanta anys); 20,8%; i 8,3%.

LLOC ON VIUEN I TEMPS QUE PORTEN EN LA SITUACIÓ DE SENSE LLAR

El 40,7% de la població enquestada immigrant vivia al carrer i poc més de la quarta part pernoctava en albergs i passava la resta del dia al carrer. En altres termes, la majoria de la població immigrant, el 66,2%, passava la major part del temps al carrer i el 19,1% vivia en residències per a sense sostre. Al voltant d'una desena part, el 9,6%, vivia en barraques. De mitjana, el conjunt de les persones immigrants sense llar, portaven una mica més d'un any i mig sense tenir un domicili propi.

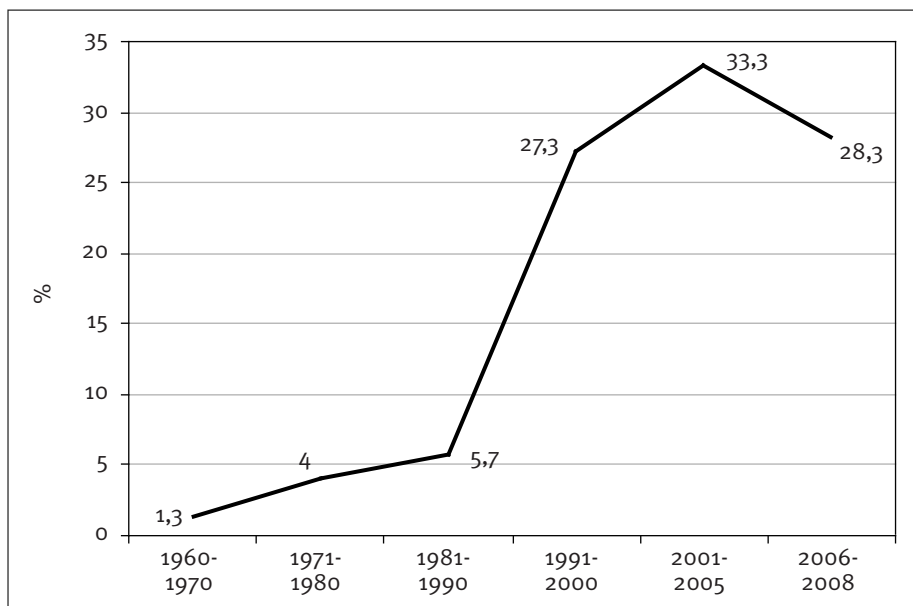
En termes concrets, gairebé el 33% de la població immigrant enquestada portava menys de sis mesos en situació de sense llar (o sense tenir un domicili propi), i gairebé el 20%, entre sis mesos i un any. És a dir, gairebé el 53% portava menys d'un any en aquesta situació. Això implica que el 47% restant, portava més d'un any sense allotjament o casa propis.

Per complementar aquestes dades establim una connexió amb l'evolució o període d'arribada a Espanya de la població immigrant en situació de sense llar i constatem que a partir de la dècada dels anys 1990 n'hi va haver un increment considerable, al voltant del 5,7% respecte a la dècada anterior (1981 a 1990), en passar a ser del 27,3%. Entre l'any 2000 i 2008 continua incrementant i representa el 61,6%, dels quals el 33,3% van arribar entre el 2001 i 2005 i amb una lleugera disminució, de cinc punts percentuals, el 28,3%, van arribar entre els anys 2006 a 2008. En altres termes, tot i que en la dècada de 1990 va arribar a Espanya una mica més d'una quarta part de les persones enquestades (el 27,3%), és a partir de l'any 2000 que es manifesta un major creixement entre la població immigrant sense llar.

D'altra banda, es fa pertinent complementar aquests resultats amb informacions de tres entitats que treballen amb persones en situació de sense llar: Fundació Assis; Obra Social Santa Lluïsa de Marillac, de la Companyia de les Filles de la Caritat, i Sant Joan de Déu Serveis Socials. L'any 2007 més de la meitat dels usuaris de les tres entitats eren persones estrangeres. Com a exemple, al centre Obert

Gràfic 6.

Any d'arribada a Espanya dels immigrants en situació de sense llar enquestats



Font: Elaboració pròpia.

Assis, el 71% de les persones ateses procedien d'estats diferents d'Espanya. Dit d'una altra manera, en poc temps, el percentatge de persones estrangeres, minoritari respecte al conjunt de la població de Barcelona, ha passat a ser la majoria de persones que estan en situació de sense llar.

Amb risc de generalitzar, ens atrevim a afirmar que gran part de les persones immigrants en situació de sense llar van arribar a Espanya els últims anys. Seria interessant explorar si aquests índexs es deuen a una major probabilitat de fracàs en el projecte migratori els últims anys a causa d'una saturació del mercat laboral, que ofería una borsa significativa de llocs de treball amb salaris incompatibles amb poder portar una vida autònoma i independent, compaginats amb tràmits burocràtics i administratius més difícils o, els últims anys, pràcticament inexis-

tents per a la regularització de les persones immigrants. Així doncs, pot ser que la combinació del mercat laboral amb el marc legal hagi potenciat la desigualtat de les persones immigrants fins al punt de vulnerabilitzar-les de manera extrema, la qual cosa s'ha materialitzat en alts percentatges d'exclusió social.

NIVELL D'ESTUDIS, SITUACIÓ LABORAL I POSICIÓ SOCIOECONÒMICA

Una mica més de la meitat dels enquestats van manifestar tenir estudis primaris (56,7%), però no deixa de ser significatiu que el 15,1% de la població estrangera fos universitària i una mica més d'una quarta part (25,6%) tingués el batxillerat i/o un títol de formació professional (FP). Això suposa que el nivell d'estudis de les persones immigrants sense llar és superior, tant en estudis secundaris com universitaris, al del conjunt de les persones sense llar, i molt similar a la mitjana de la població general de Catalunya, segons l'ESCA 2006, tant per a estudis primaris, secundaris i universitaris. Una vegada més, aquesta dada ens dóna l'evidència de la major vulnerabilitat d'aquestes persones i del nivell de desigualtat que pateixen en constatar-se que, tenint nivells d'estudis semblants als de la població general, tenen proporcionalment moltíssim més risc d'entrar en situació d'exclusió social.

Respecte a la situació laboral, destaca que el 81,6% dels immigrants enquestats estava aturat, dels quals, amb prou feines un 6% rebia subsidi i un 16,7% treballava. En aquest sentit, al voltant d'un 70% (69,6%) no tenia ingressos mensuals i el 17,5% rebia entre menys de tres-cents euros i sis-cents euros –el 5% menys de 300 euros i el 12,5% entre 301 i 600 euros–.

Dins de la població activa, la que tenia estudis primaris tenia menor representació (14,5%) que la universitària o la que tenia el batxillerat, el 21,7% i el 20,5%, respectivament.

Aquestes constatacions, en certa mesura, posen en relleu una correlació entre situació laboral i nivell d'estudis. No obstant això, d'acord amb el que s'ha dit, la

situació laboral oculta diferències socials o desigualtats que es posen de manifest en la posició socioeconòmica que ocupen els immigrants, és a dir, a partir del tipus d'activitat o treball que realitzen. Des d'aquest punt de vista interpretatiu, constatem que el 85,6% dels estrangers ocupaven les posicions laborals menys qualificades, i poc més d'una desena part (el 10,7%), realitzava treballs manuals qualificats.

MORBIDITAT CRÒNICA

El 71,3% de la població immigrant en situació de sense llar tenia algun tipus de trastorn crònic, concretament el 58,8% tenia entre un i tres trastorns, i el 13%, més de tres trastorns.

El principal grup de trastorns crònics que afectaven les persones immigrants enquestades és el de malalties musculoesquelètiques (EM), que afectaven el 36,4%. La morbiditat física mental (MT) afectava el 35,4%. En tots els grups de trastorns crònics presentats en aquest estudi, les persones immigrants es veien afectades en percentatges inferiors als del conjunt del col·lectiu. Els trastorns mentals afectaven el 35,4% citat enfront del 49,1% del conjunt poblacional; els trastorns digestius, el 13% enfront del 22,1% de la població total sense sostre enquestada; els trastorns respiratoris, el 8,4% entre persones immigrants enfront del 15,9% del total; els trastorns musculoesquelètics, el 36,4% enfront del 67,6%; i els cardiovasculars, el 25% enfront del 57,2% del total del col·lectiu sense llar.

COBERTURA SANITÀRIA

En relació amb la cobertura sanitària, i encara que pugui resultar estrany, es constata que malgrat les normatives i drets vigents a l'Estat espanyol, trenta-dues persones en situació de sense llar (10,4%) no tenien cobertura sanitària en el moment de ser enquestades. Aquesta xifra disminueix molt entre la població espanyola, entre la qual hi havia cinc persones sense cobertura (un 1,7%).

Finalment, una mica més de tres quarts parts (el 76,2%) dels immigrants enquestats afirmaven haver utilitzat els serveis de la seguretat social en els últims dotze mesos. No sabem si aquesta utilització per part dels immigrants està relacionada o no amb el tractament necessari o adequat al tipus de morbiditat crònica.

En resum, s'infereix a partir de les observacions i constatacions fetes al llarg de treball que la vulnerabilitat de la població immigrant és molt més gran que la de la població no immigrant, i que no hi ha una relació adequada entre tractament –o cobertura sanitària– i malaltia crònica. En aquest sentit, el nostre interès a reflectir aquestes dades i les de cobertura sanitària rau a posar en relleu que les persones en situació de sense llar, de manera general, enfronten situacions de desigualtat en relació amb la salut i ús dels serveis, però aquestes situacions i desigualtats augmenten encara més quan es tracta de la població immigrant.

9 Conclusions

1. Partim d'un univers total de població en situació de sense llar a la ciutat de Barcelona al voltant de 1.800 persones, i d'una mostra de 611 persones enquestades, de les quals el 87,7% eren homes i el 12,3% dones. També, segons la procedència, constatem que de la població enquestada, més de la meitat era estrangera (50,7%) i un 28,1% va néixer en municipis de Catalunya. D'aquests darrers, un 22,7% eren nascuts a Barcelona i el 5,4% en altres llocs de Catalunya. Un 21,2% procedia de diferents províncies d'Espanya, fora de Catalunya.

2. Si partim de la nostra definició operativa de persones en situació de sense llar i prenem com a base el lloc on vivien, constatem la distribució següent: el 32,9% vivia i dormia al carrer, el 26,7% pernoctava en albergs, el 26% en residències per a persones sense sostre, el 8,3% en barraques o carpes i el 5,6% en pisos d'amics de persones sense sostre o allotjaments de suport. Els resultats publicats a l'informe *Qui dorm al carrer?* (Cabrera, Rubio i Blasco, 2008) i els nostres són coincidents. Corresponen a un recompte diagnòstic realitzat sobre la pràctica totalitat de la ciutat de Barcelona la nit del 12 de març de 2008, amb l'ajuda de centenars de voluntaris. La seva estimació és d'un 34,6% de persones que aquella nit van pernoctar al carrer, un 51% de persones allotjades en recursos residencials –que correspon al 52,7% de la suma, en el nostre cas, que pernoctava en albergs i residències per a persones sense sostre–, un 14,2% en assentaments, en relació amb el nostre 8,3% en barraques o carpes –cal dir que en el nostre cas,

no comptem amb les dades estadístiques aparegudes a l'informe *Qui dorm al carrer?* que va proporcionar l'Ajuntament de Barcelona sobre els assentaments, i que poden explicar la diferència del 5,9%-. Finalment, la dada de persones en pisos que aporta el nostre estudi, no apareix a l'estudi esmentat, fet que no permet comparar aquesta dada.

3. Entre les persones que vivien i dormien al carrer hi ha un percentatge menor de dones que d'homes, el 22,6% i el 34,14%, respectivament. En canvi, hi havia més dones que homes allotjades en centres o residències per a sense sostre, un 33,33% i un 25,14%, respectivament.

4. El perfil segons l'edat de la persona en situació de sense llar és el de persones adultes i relativament joves. L'edat mitjana del total de les persones enquestades era de 44,6 anys, però segons sexe constatem que les dones tenien una mitjana d'edat més gran, al voltant de 47 anys i els homes una mitjana de poc més de 43 anys.

5. En termes més concrets, segons el sexe i edat de les persones que vivien al carrer, al voltant d'un 71% de dones tenia entre trenta-un i cinquanta anys, –poc més d'un 35% entre trenta-un i quaranta anys, i el mateix percentatge de quaranta-un a cinquanta anys–. Poc més del 10% de dones tenia més de seixanta-un anys i l'11,8% tenia entre divuit i trenta anys. En canvi, dins de l'univers d'homes trobem en els mateixos trams d'edat –de trenta-un a quaranta i de quaranta-un a cinquanta anys– un percentatge de 61,53% (26,92% i 34,61%, respectivament), és a dir, 10 punts percentuals menys d'homes que de dones vivint al carrer en edats compreses entre trenta-un i cinquanta anys. I un 6,5%, gairebé 4 punts percentuals menys, d'homes que de dones vivint al carrer amb edats de més de seixanta-un anys, encara que hi ha un poc més de 3 punts percentuals d'homes que de dones amb edats compreses entre divuit i trenta anys. És a dir, el major percentatge de persones que vivia al carrer se situa en edats compreses entre trenta-un i cinquanta anys i el percentatge menor correspon a persones de més de seixanta-un anys.

6. Si prenem com a referència les persones que vivien en residències o centres per a sense sostre, en ambdós sexes el tram de major percentatge és el de persones de més de seixanta-un anys, sent la població de dones compresa en aquest tram d'edat més gran que la d'homes, 36% i 26,1%, respectivament.

7. En relació amb el temps que les persones portaven al carrer o sense tenir un domicili propi, es constata que en termes generals les persones enquestades portaven una mitjana al voltant de dos anys sense tenir un allotjament propi. L'observació detallada ens diu que un 27,6% de la població portava menys de sis mesos sense tenir habitatge propi –en règim de lloguer o de propietat–; un 23,9% i un 23% portaven d'un a tres anys i més de cinc anys, respectivament, seguit del 16,1% i del 9,8% que portaven de sis mesos a un any i entre tres i cinc anys, respectivament. Dit d'una altra manera, poc més del 43% portava menys d'un any en aquesta situació, i al voltant del 57%, portava més d'un any sense allotjament o casa propis.

8. Dins del mateix criteri de definició de temps segons sexe, el 31,25% de dones de més de seixanta-un anys portava més de cinc anys sense tenir una casa pròpia, davant del 18,80% d'homes. És a dir, si comparem els homes i dones de seixanta-un anys o més, comprovem que és més gran el percentatge de dones que portava més de cinc anys sense tenir allotjament propi que el d'homes.

9. Les relacions socials i/o familiars són aspectes essencials de l'existència social i individual de les persones en el sentit que són generadores de cultura, per exemple, a través de l'efecte de solidaritat que conformen en l'àmbit social. Des d'aquest punt de vista i per complementar les característiques del perfil de les persones en situació de sense llar de Barcelona, es va posar de manifest que:

a) En termes generals, una mica més del 60% de les persones en situació de sense llar tenien relacions familiars i/o de parella i vincles d'amistat abans d'arribar a aquesta situació, la qual cosa no implica que en el moment de l'enquesta no mantinguessin o alimentessin aquests vincles; i

b) En concret, i a partir de les respostes de majoria de persones enquestades, al voltant d'un 30% vivien amb "la família", abans d'arribar a la seva situació actual de sense llar; prop d'un 10% amb "la parella"; poc menys d'una quarta part vivien amb amics –el 21,11%– i amb prou feines un 15,4% vivien soles.

10. Els resultats sobre l'ocupació laboral o estrat socioeconòmic fan referència, en última instància, a condicions socials, ocultant altres condicions més significatives i relatives a la complexitat o heterogeneïtat del perfil sociològic de les persones en situació de sense llar. Així, més de la meitat de la població, el 60,7%, estava situada en la posició social més desfavorable o estatus socioeconòmic més baix, que comprèn els treballs manuals no qualificats. Seguia el grup de les persones amb treballs manuals semiqualicats, amb el 22,6%, i només un 0,69% i 0,17% de població se situava en els dos grups representatius de les posicions més favorables.

11. És a través de la relació entre situació laboral i nivell d'estudis de la població objecte d'estudi que es posa en relleu de manera exemplar una falta de correspondència entre totes dues i indicant, alhora, la complexitat de l'univers d'estudi:

a) Situació laboral:

- Poc més de les tres quartes parts de la població enquestada estava desocupada.
- Més de la meitat del total de la mostra, el 55%, no rebia cap tipus de subsidi i només un terç rebia subsidi.
- El 51% de la població enquestada no tenia ingressos mensuals. A més a més, poc menys d'un terç de les persones enquestades tenia una mitjana d'ingressos de 274,54 euros mensuals. Cal destacar que hi havia un percentatge més gran de dones que d'homes amb ingressos de 301 a 600 euros, 52,7% i el 28,7%, respectivament.
- Només el 13% de la població enquestada treballava. D'aquest univers que treballava, el 27,4% tenia un treball circumstancial i feia una mitjana de prop

de trenta-dues hores per setmana treballada. La mitjana de salari mensual d'aquest grup era de 866,16 euros.

- b) **Nivell d'estudis:** La major part de la població tenia un nivell d'estudis bàsic, és a dir, dues tercers parts (el 66,44%) tenien estudis primaris, i d'aquests els tenien completats el 45,69%. No obstant això, és significatiu que gairebé una desena part de la població tenia estudis universitaris (9,8%), i hi ha poques diferències entre l'univers de dones i el d'homes. Concretament, entre els universitaris, constatem el 9,9% de la població enquestada d'homes i el 9,5% de la de dones.
- c) **Nivell d'estudis i situació laboral:** Tot i que eren majoritaris els aturats amb estudis primaris (el 82%), també hi havia un percentatge molt elevat dins de l'univers dels universitaris que estaven aturats, (el 77,2%). De tota manera, són relativament curtes les diferències percentuals dins de cada restant nivell d'estudi: un 72,7% d'aturats dins del grup que no sabien llegir, i un 78,6% d'aturats corresponien al grup de secundària (batxillerat/FP). La diferència percentual entre els sexes era petita, però els punts de més requeien en la població aturada de dones, al voltant d'una mitjana de 3 punts percentuals de més.

12. D'acord amb les constatacions del perfil sociodemogràfic, en ocupar les posicions socials més desfavorables, les persones enquestades en situació de sense llar estan exposades socialment i individualment a adoptar "estils de vida" amb un major risc per a la salut que les persones que tenen millors condicions i, per extensió, ocupen posicions més favorables. En altres termes, si els "estils de vida", dins del marc de categories de classificació i indicadors de mesura de la salut, –com factors de l'entorn, actituds i comportaments individuals juntament amb els socioeconòmics– són aspectes universals que generen diferències en relació amb els riscos per a la salut, en el cas de la població objecte d'estudi aquestes diferències augmenten en haver d'afrontar obstacles addicionals.

En la mateixa línia d'argumentació i relacionat amb els estils de vida i morbiditat, de la qual es parla més endavant en aquestes conclusions, hem d'entendre les constatacions i observacions sobre la percepció que tenen les persones sense llar sobre la pròpia salut, com l'aparent paradoxa que es desprèn dels resultats relativament positius de l'autovaloració de la salut i l'alt índex de morbiditat crònica. No podem oblidar que les valoracions i/o percepcions d'aquesta població no poden anar deslligades, d'una banda, de la seva pròpia creença en l'"autoestima" i, d'una altra, de la pròpia creença en els aspectes estigmatitzants i negatius que configuren l'imaginari social respecte a la població en situació de sense llar –vagabund, indigent, pobre, marginal, entre altres conceptes–, que es veuen sovint "compensats" per la suposada bona situació de la persona, com element dignificador en presentar-se com subjectes forts, en certa manera "immunes" o almenys "més resistents" als rigors de la situació de sense llar, alhora que "lliures".

- a) El 65,5% de la població en situació de sense llar feia una valoració positiva del seu estat de salut –excel·lent, molt bona i bona–; el percentatge augmentava una mica en els homes (el 68%) i disminuïa en les dones (el 44%).
- b) Més de la meitat de les persones enquestades que bevien alcohol eren bevedors moderats (el 66,6%). El 28,1% ho eren de risc. Encara que no hi ha grans diferències d'oscil·lació, en els bevedors de risc hi havia un percentatge més gran d'homes que de dones (el 29,5% i el 16,1%, respectivament) i, dins de la categoria no bevedor, el percentatge era més gran en les dones (el 9,7%) que en els homes (4,7%).
- c) Segons l'edat, es constata en els dos universos la major concentració de bevedors de risc dins del tram d'edat de quaranta-un a cinquanta anys, el 34% en els homes i el 22,2% en les dones. Però les diferències més significatives respecte a l'edat estaven en les categories de *bevedor moderat*, on constatem que el major percentatge estava entre els joves de divuit a trenta anys, essent del 87,9%. En canvi, les dones dins de la mateixa categoria de *bevedora moderada* estaven més representades en el tram l'edat de cinquanta-un a seixanta anys, essent un 85,7%. No hi havia representació de dones en la categoria de *bevedora moderada* en el tram d'edat de més de seixanta-un anys, però sí que

n'hi havia entre els homes d'aquest tram d'edat (el 67,7%). El 99% de les dones de més de seixanta-un anys, estaven en la categoria de *bevedora de risc*.

- d) Si ens centrem en les cinc classificacions que utilitzem per categoritzar el temps que les persones enquestades portaven sense tenir una casa (distribuïdes en períodes que oscil·len entre menys de sis mesos i més de cinc anys) no hi ha grans diferències, ja que la categoria de *bevedor moderat* tenia major representació que la de *bevedor de risc* en totes classificacions.
- e) Si adoptem com a referència el qüestionari Cage, les constatacions es modifiquen posant en relleu que al voltant de tres quarts parts (72,6%) de les persones en situació de sense llar que consumien alcohol tenien un trastorn crònic d'alcoholisme. És a dir, segons quin sigui l'instrument de mesura utilitzat, es constata un percentatge major o menor de persones que tenen dependència de l'alcohol.
- f) Cal destacar que, segons les nostres constatacions, entre les categories de *bevedor moderat* i *bevedor de risc*, la més representativa percentualment era la de *bevedor moderat*. També, que la tendència general de les persones bevedores –moderades o de risc–, era la d'augmentar percentualment a mesura que augmenta el temps de permanència en la situació de sense llar.
- g) En relació amb altres drogues diferents de l'alcohol, la marihuana o haixix, juntament amb les pastilles per dormir i/o tranquil·litzants, eren les substàncies més consumides per la població en situació de sense llar (el 31,8%, i el 30,6% respectivament), seguit de la cocaïna (21,8% de la població), i l'heroïna (6,5%). El consum menor era el de les drogues de disseny (2,5%). La majoria de les drogues citades es consumien a gairebé totes les franges d'edat, i moltes vegades de manera combinada entre elles, i també amb l'alcohol.

13. El 79,2% de les persones en situació de sense llar, tenia trastorns crònics –d'un a tres i més de tres–, percentatge que és una mica inferior dins de l'univers d'homes (el 77,9%) i una mica més elevat en el de les dones (87%). És a dir, amb prou feines un 20,8% de la població en situació de sense llar no presentava cap morbiditat crònica, percentatge que disminuïa en les dones (el 12%) i augmentava en els homes (22,1%). En altres paraules, les dones tenien més freqüència de trastorn crònic que els homes: el 41% de les dones i el 24% dels homes tenia

més de tres trastorns crònics. A més a més, hi ha algunes diferències si comparem aquest nombre de trastorns de les persones en situació de sense llar amb l'obtingut en l'ESCA 2006 (Enquesta de salut de Catalunya), en què tres de cada quatre persones tenien algun tipus de trastorn.

14. Si mirem la cronicitat en relació amb el lloc on vivien, es constata que les persones que pernoctaven en els albergs presentaven un número més gran de problemes crònics que els que vivien al carrer (el 26,4% enfront del 17,9%). No obstant això, les diferències entre aquestes dues situacions han de ser ponderades i relativitzades, ja que les persones dels albergs amb prou feines hi pernoctaven i passaven la resta del dia al carrer (o en l'espai públic). A més a més, en les dues situacions, de manera general, solen circular les mateixes persones, sobretot quan es tracta d'albergs de primera acollida, la normativa dels quals estipula un nombre determinat de dies per estar-s'hi.

15. Si fem la comparació amb albergs i residències per a sense sostre, les persones que estaven en la categoria *carrer* presentaven malalties cròniques amb menys freqüència: poc més d'una quarta part de les persones que vivien al carrer (25,4%) no tenien cap trastorn crònic. Les persones que vivien en les diferents modalitats d'estada o residències per a sense sostre tenien una freqüència més gran de trastorns crònics (30,2%) que les que pernoctaven en albergs o vivien al carrer, el 26,4% i 18%, respectivament. En altres termes, les persones amb major simptomatologia crònica vivien en residències per a sense sostre.

16. Es constata una relació dependent entre morbiditat o nombre de trastorns crònics i el temps que portaven les persones en situació de sense llar, és a dir, es tenien més o menys trastorns en funció del temps que portava en situació de sense llar la persona enquestada. En aquest sentit destaquem:

a) Les dones que tenien més de tres trastorns portaven sense tenir una casa entre més de sis mesos a un any i d'un any a menys de tres, el 50% i 35%, respectivament. En els homes amb la mateixa temporalitat sense tenir casa, la proporció és de l'11,5% i el 17,8%.

b) En les classificacions que comprenen entre tres a cinc anys i més de cinc anys, les dones que tenien més de tres trastorns eren el 41,7 i 43,8%, respectivament, i els homes, el 24,4% i el 36,4%, respectivament. És a dir, si la població enquestada havia passat més de cinc anys sense tenir casa, es constata major morbiditat entre les dones que entre els homes.

17. Des del punt de vista dels trastorns o les malalties més freqüents per ordre de representació hi havia les musculoesquelètiques, que eren el 67,6%, seguit de les cardiovasculars amb el 57,2% i, en tercer lloc, la morbiditat mental amb el 49,1%. A aquest ordre de representativitat li seguirien els trastorns de toxicomanies –alcoholisme i altres drogues–, essent el 45% de la població en situació de sense llar de Barcelona enquestada que afirmava tenir aquest tipus de trastorn crònic, –al voltant del 28% alcohol i el 18,2% altres drogues–. No obstant això, com indiquem més amunt, el percentatge en relació amb l'alcoholisme ha de ser ponderat en la mesura que els resultats canvien en introduir altres instruments que detecten la simptomatologia crònica d'alcoholisme.

18. De les nostres constatacions sobre la morbiditat se'n desprèn:

- a) Una estreta relació entre estar al carrer i el tipus i hores de son, amb una mitjana de sis hores, i morbiditat mental –estrès i ansietat, angoixa o por, especialment– i, concomitantment, entre malaltia mental i les malalties cròniques que impliquen dolor o malestar –com les neurològiques i musculoesquelètiques–.
- b) Igualment creiem que hi ha una relació directa entre aquestes malalties cròniques i la tendència a la drogodependència. És important emfatitzar que aquesta relació directa no implica una relació de causa efecte.

19. També hi ha trastorns que presentaven un percentatge bastant menor, però considerem que no deixen de ser significatius en termes percentuals: la ludopatia (7%) i, especialment la sida (5,1%) i també la diabetis (4,6%). És important destacar respecte a aquests dos darrers que el 45% i el 35,7%, respectivament, van afirmar no prendre medicació.

20. En relació amb la discapacitat destaquem que més de la meitat de la població (el 60,8%) afirmava no tenir cap tipus de discapacitat; el 36% opinava que tenia d'una a tres discapacitats, i només el 3,3% afirmava tenir més de tres limitacions:

- a) Tant en l'univers d'homes com en el de dones constatem una relació significativa en classificar les discapacitats segons l'edat. En ambdós sexes, existien freqüències relativament similars que oscil·laven entre el 30% i el 50% en els trams d'edat de trenta-un anys a més de seixanta anys. En canvi, les dones que tenien entre trenta-un i quaranta anys presentaven un percentatge més gran de discapacitats (el 47,4%) que els homes (el 21,6%).
- b) Destaquem la limitació deguda a la drogodependència o toxicomania –alcohol i altres drogues–. El 14,3% de les persones enquestades afirmava haver tingut limitacions en el seu quefer quotidià per problemes relacionats amb la toxicomania.
- c) Cal destacar que en el 19,6% –trenta persones– del total de persones amb limitació crònica que havien tingut o tenien una limitació en les activitats quotidianes durant l'últim any, va ser a causa d'un accident. El pes recau, no obstant això, en el grup d'homes: poc menys d'una quarta part (21,3%) dels homes enquestats que tenien limitacions en les seves activitats manifestava que aquestes havien estat generades per un accident, mentre que en les dones, es corresponia amb una mica més d'una desena part (11,5%).
- d) Constatem també que aquesta limitació per accident era més freqüent en les persones més joves, les de divuit a trenta anys (el 30,8%) i, menys freqüent, en les persones de més de seixanta-un anys (el 14,3%).

21. Si relacionem els accidents i el tipus de seqüeles que han deixat en les persones enquestades i introduïm el lloc on va ocórrer l'accident, es posen en relleu altres constatacions que complementen les nostres observacions, exposant l'extrema vulnerabilitat que afronten les persones en situació de sense llar, especialment, com s'ha vist, perquè no hi ha una correlació entre malaltia i tractament.

- a) Per a més de tres quartes parts (el 77,6%) l'accident havia suposat seqüeles musculoesquelètiques i per a un 6%, cardiovasculars.

b) El 40% de les persones havien tingut l'accident al carrer i el 27,4% a la feina i/o dins de l'activitat laboral.

22. En relacionar morbiditat i ús de medicaments i serveis ens trobem que, en general, hi ha una falta de correspondència entre morbiditat i tractament. A més, cal recordar que les persones en situació de sense llar solen accedir més a l'atenció mèdica quan el seu estat de salut està en situació crítica o de risc, és a dir, d'emergència, i no en fase de seguiment.

- a) En les malalties cardiovasculars, amb prou feines un 22,2% de la població total enquestada afirmava haver pres els dies anteriors la medicació receptada pel metge. Això significa que una mica més de tres quartes parts (el 77,8%) de les persones que tenien aquesta simptomatologia crònica cardiovascular, no es medicaven.
- b) En les malalties musculoesquelètiques, hi havia un percentatge més elevat de persones que feien servir medicació que en les cardiovasculars (126 persones, el 23,5%), la qual cosa implica que una mica més de la meitat (50,5%) del total de persones (255) amb cronicitat musculoesquelètica no rebia el tractament farmacològic prescrit pel metge.
- c) La morbiditat mental és el trastorn que es medicava amb major freqüència, especialment a partir de l'ús de medicaments per alleujar la tensió o l'insomni.
- d) Amb prou feines a un 31% del la totalitat de persones en situació de sense llar els va visitar un professional sanitari o sociosanitari, i va haver d'esperar una mitjana de quatre dies. Aquesta mitjana s'ha de relativitzar, ja que està afectada per les visites en situació d'urgència, molt nombroses, i que si es podessin ponderar, probablement donarien com a resultat una la mitjana d'espera molt més elevada.
- e) Els homes que més es visitaven estaven en edats compreses entre els cinquanta-un a seixanta i més de seixanta-un anys, el 42% i el 36,7%, respectivament. Entre l'univers de dones, el més representatiu era el de trenta-un a quaranta anys, en què més de la meitat de dones (el 52,6%) es visitava, seguit del grup que tenia més de seixanta-un anys, en què es visitava el 46,1%. En general, l'univers de dones visitava el metge més que els homes, la qual cosa posa

de manifest diferències entre homes i dones respecte a la relació d'ús que estableixen amb els professionals sanitaris, probablement relacionades a la seva major morbiditat.

23. Els desajustos i la falta de correspondència entre malaltia i tractament s'exposen de manera exemplar en relacionar, d'una banda, les malalties musculoesquelètiques com a principal motiu de salut que genera limitació per a la realització de les activitats quotidianes. D'altra banda, la limitació generada per un accident.

24. Igualment, a través de les dades de les hospitalitzacions i els serveis d'urgència, es va posar en relleu que no només les visites a professionals de salut responien a situacions crítiques o d'emergència, i que els malalts en situació de sense llar donen més prioritat a aquests serveis que a la continuïtat que demanen els tractaments.

- a) Una mitjana de dues vegades a l'any, i un mínim d'una vegada concretament, més de la meitat de la població, el 52,7%, havia visitat o anat a un servei d'urgències, i prop de la totalitat ho van fer en un hospital públic (94,4%).
- b) El 20,8% (126 persones) havien estat almenys una nit ingressades en els dotze mesos anteriors.
- c) La mitjana de vegades ingressats durant els dotze mesos anteriors, per al total de la població enquestada, era de dues vegades. També per al total de la mostra, la mitjana de temps d'estada en l'últim ingrés, va ser de quinze dies.

Així mateix, cal destacar que les persones que vivien en residències per a sense sostre eren les que més visites feien als professionals. En aquest sentit, es constata que hi ha una relació entre viure en residències per a sense sostre –entengui's també disposar d'un lloc i atenció especial de les persones que treballen o estan interessades en els sense sostre– i rebre tractament continuat. Especialment, si relacionem la freqüència i l'elevat percentatge de persones en situació de sense llar que pernoctaven en albergs i residències i que havien visitat professionals de les categories *infermer* i *treballador social* respectivament: en albergs, el 41,4% i 45% i, en les residències, el 26,1% i el 26,5%.

25. Finalment, volem insistir en la idea de “desigualtat en la salut” –els riscos o vulnerabilitat que afronta una determinat col·lectiu–, especialment en l’ús o cobertura sanitària, posant de manifest que les persones en situació de sense llar de manera general afronten situacions de desigualtat en relació amb la salut i l’ús dels serveis. A més, aquestes situacions i desigualtats augmenten en la població immigrant: s’ha constatat a l’estudi el seu major risc de desigualtat i de vulnerabilitat, no ja respecte a la població general, sinó comparant-la amb la ja vulnerable i en situació de desigualtat població sense llar no immigrada. La població immigrada sense llar, quant al seu risc de vulnerabilitat, sembla estar “a la cua de la cua”. Com a exemple d’un dels múltiples factors en què es detecta l’especial vulnerabilitat d’aquest col·lectiu respecte al ja vulnerable col·lectiu de persones sense llar espanyoles, i en relació amb la salut, hi ha trenta-dues persones immigrants enquestades (10,4%) que no tenien cobertura sanitària, mentre que aquest nombre disminueix en gran mesura en la població espanyola enquestada (cinc persones, 1,7%). No obstant això, cal fer notar que, en general, la població enquestada valorava satisfactòriament els serveis sanitaris.

10 Propostes

Els resultats presentats, i prenent la ciutat de Barcelona com a referència, ens porten a sostenir que l'objectiu de la Unió Europea de deixar de tenir persones vivint a l'àmbit de l'espai públic l'any 2015 és, si més no, difícil de complir, i segurament impossible si no s'incrementen enormement els esforços i recursos per aconseguir-ho.

I això, malgrat que a Barcelona es constata un creixement exponencial del nombre de recursos disponibles i de la seva coordinació i eficiència, millora propiciada per les entitats i associacions especialitzades i sobretot per l'Àrea d'Acció Social i Ciutadania de l'Ajuntament de Barcelona, competent en aquest àmbit i que els últims anys s'ha prodigat en la millora i augment de l'abast i qualitat de la xarxa de treball amb les persones en situació de sense llar.

No obstant, el nostre model de creixement socioeconòmic actual està incorporant la creació i manteniment de bosses de pobresa significatives amb tendència a augmentar la seva mida, intensitat i permanència en el temps. I això ja era així abans de l'actual crisi mundial iniciada l'any 2007 i encara en curs. Això s'agreuja amb l'aparició de marcs legals punitius àmpliament criticats per molts sectors socials i acadèmics per criminalitzar la pobresa, amb el consegüent problema afegit de legitimació institucional tàcita de l'estigmatització per a les persones en situació d'exclusió.

En aquest context, entenem i proposem que:

1. El dret a la salut no es pot dissociar del dret a l'habitatge i a un treball digne/ ingressos dignes. L'estudi ens demostra fins a quin punt pel fet de no tenir allotjament propi i ingressos dignes, s'és més vulnerable i, per tant, el dret a la salut –i no només la salut en si– es debilita efectivament. Per això, hem de proposar la consecució de polítiques resolutives en matèria d'allotjament digne per al total de la població de persones en situació de sense llar. Sense aquesta estabilitat, és difícil, quan no impossible, accedir amb caràcter de continuïtat als serveis socials en general i, en particular, als de salut, sense oblidar en cap cas els de salut mental. Ens referim a polítiques de caràcter intersectorial i que abordin, transversalment, l'habitatge, el treball, la salut i l'acció social.
2. El sistema sanitari hauria de ser més accessible a les persones en situació de sense llar, i facilitar-los l'accés a programes de prevenció i de rehabilitació. Sugerim la idea que facilitar l'accés a aquesta població, pot precisar d'accions addicionals respecte de les que s'implementen amb la població general.
3. Seria convenient que es revisessin o implementessin els canals i/o protocols necessaris per corregir la divergència entre la morbiditat de l'univers estudiat i l'atenció sanitària rebuda, també en la seva fase de seguiment.
4. També suggerim protocols concrets, destinats a resoldre i/o abordar:
 - a) La recerca d'afinitats entre l'àmbit de salut, definit per unes polítiques, objectius, condicionants i interessos determinats, i l'àmbit social, definit per uns altres, i propiciar així un llenguatge, objectius i treball en comú amb les persones en situació de sense llar.
 - b) Les possibilitats de la integració de l'atenció primària com a porta d'entrada natural i eficient en el seguiment de la salut de les persones en situació de sense llar.

- c) La sortida de les persones en situació de sense llar ateses a urgències, després d'una atenció puntual o d'un ingrés hospitalari: coordinació i seguiment social que recolzi i doni continuïtat al treball sanitari.
- d) Un treball basat en l'itinerari personal o la trajectòria de la persona atesa: història única de la persona atesa, amb independència del moment, de l'organisme o institució i de l'àmbit (social o de salut) que presti l'atenció.
- e) El seguiment de la persona per part de professionals referents de cada cas.

5. Entenem que l'àmbit de la salut precisa d'un aliat extern que, degut a la situació de salut d'aquestes persones i al seu context personal, recolzi les persones en situació de sense llar en les seves necessitats sanitàries. Per això, cal garantir formalment una major articulació entre el conjunt d'entitats, institucions i organismes que treballen amb aquesta població a partir de la unificació de criteris o protocols d'atenció, coordinació en el seguiment de casos, derivació dels historials d'atenció social de les persones derivades d'un a un altre recurs d'atenció, bases de dades unificades, entre d'altres. No ens referim únicament a les entitats i organismes de l'àmbit social entre si: també, i especialment, entre els serveis socials i els serveis de salut, que necessiten una articulació formal genèrica que faci operativa la possibilitat de donar tractament i seguiment amb les mateixes possibilitats d'èxit que amb la població general a través de la coordinació entre els dos àmbits.

6. Per això i en relació amb els dos punts anteriors, proposem la promoció de figures referents, a partir del "referent únic" per a cada persona en situació de sense llar, seguint el model de figures professionals ja utilitzades al sistema sanitari català, com ara el PSI (Pla de Serveis Individualitzats), amb l'objectiu de garantir l'atenció a les persones que necessiten major suport i acompanyament. Ens estem referint al suport i acompanyament social i/o familiar que pugui rebre una persona qualsevol amb necessitats de salut –administració de medecines, acompanyament a visites mèdiques, suport en la malaltia, etc.–, que en el cas de persones en situació de sense llar han de suplir professionals i/o xarxes referents de l'àmbit social, que compleixin aquesta funció.

7. També, i amb el mateix objectiu, caldria valorar la conveniència d'ampliar recursos socials amb una major implicació de serveis de salut i salut mental, per a determinats perfils menys autònoms –puntualment o permanentment–, en recursos socials com centres de dia, pisos assistits o residències, entre altres possibilitats.

8. Partint de la constatació que hi ha més persones cròniques en residències que en albergs o al carrer, degut en part a l'escassetat de recursos i a la necessitat de maximitzar-los en el sentit de prioritzar les persones amb més riscos crònics, cal crear mecanismes per:

- a) Prevenir malalties i millorar les condicions de salut o qualitat de vida especialment de les persones que estan al carrer o viuen en albergs.
- b) Evitar o prevenir el risc d'acumular trastorns, especialment els que generin les interrelacions entre dependències cròniques d'alcohol i droga i les malalties que generen dolor i malestar (EM, MT o NE).

9. Finalment, observar que els casos d'agressió directa o estructural que arriben a l'opinió pública i que són només una petita encara que lacerant mostra del que viuen les persones en situació de sense llar, són fruit en part de la pervivència d'estereotips, mantinguts també en part per missatges institucionalitzats en forma de marcs legals criminalitzadors de la pobresa i l'exclusió. Tot això, manté i augmenta les dificultats afegides que han d'afrontar les persones en situació de sense llar, també les relatives al seu dret a la salut. Per aquest motiu, creiem necessari un esforç addicional en el sentit d'un treball pedagògic dirigit a la societat i que contribueixi a canviar de fet estereotips negatius en relació amb la població en situació de sense llar.

Bibliografia

BENESTAR SOCIAL (2006). *Programa Municipal D'atenció Social A Persones Sense Sostre*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona. Benestar Social.

http://www.bcn.es/barcelonainclusiva/docs/cat/atencio_persones_sense_sostre.pdf

BORRELL, C., BALLESTEROS, A. i PLAZA, A. (coordinadors) (2006). *La població vulnerable a Barcelona*. Barcelona: Consorci Sanitari de Barcelona (Corporació Sanitària de Barcelona/Agència de Salut Pública).

CABRERA, P. (2000). *La acción social con personas sin hogar en España*. Madrid: Cáritas Espanyola - Universitat Pontificia de Comillas.

CABRERA, P. (2004). *Informe nacional de España 2004 para el Observatorio Europeo sobre Sinhogarismo*. Madrid: FEANTSA (Federación Europea de Asociaciones Nacionales que trabajan con las personas sin hogar), 44 p.

http://www.feantsa.es/IMG/pdf/FEANTSA_2004_Informe_Espanol-2.pdf

CABRERA, P.; RUBIO, M.J. i BLASCO, J. (2008). *Qui dorm al carrer? Una investigació social i ciutadana sobre les persones sense sostre*. Barcelona: Fundació Caixa Catalunya. P. 101-107.

CARITAS EUROPA. (2004). *Los rostros de la pobreza en Europa. La necesidad de políticas orientadas hacia la familia. 2º informe sobre pobreza en Europa*. Brussel·les: Caritas Europa.

⟨http://www.caritas-europa.org/module/FileLib/CEPovertyReport_espaol.pdf⟩

CLAPHAM, D. (2002). “Housing pathways: A post-modern analytical framework”. *Housing, Theory and Society* 19 (2): 57-68.

DEPARTAMENT DE BENESTAR SOCIAL (2001). *Sense sostre i barraquisme*. Estudi encarregat pel Parlament de Catalunya al Govern de la Generalitat (les dades són de 2000). Els resultats de l'informe es troben a la Direcció General de Serveis Comunitaris (SSCC) del Departament de Benestar i Família.

EDGAR, Bill i MEERT Henk (2005). “Quatrième Bilan des Statistiques sur l'exclusion liée au logement en Europe”. *Observatoire Européen sur le Sans-abrisme*. Brussel·les: FEANTSA. 85 p.

EDGAR, Bill i MEERT Henk (2006). “Cinquième Bilan des Statistiques sur l'exclusion liée au logement en Europe”. *Observatoire Européen sur le Sans-abrisme*. Brussel·les: FEANTSA. 90 p.

ELIAS, N. (1991). *La société des individus*. París: Fayard.

EUROPEAN COMMISSION (2007). *Measurement of Homelessness at European Union Level*. European Commission. Employment, Social Affairs and Equal Opportunities DG. ⟨http://ec.europa.eu/employment_social/social_inclusion/docs/2007/study_homelessness_en.pdf⟩

EUROSTAT (2004). *The production of data on homelessness and housing deprivation in the European Union: survey and proposals. THEME 3. Population and social conditions*. Luxembourg: European Communities.

⟨http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-CC-04-008/EN/KS-CC-04-008-EN.PDF⟩

FEANTSA (2006). “Le Droit à la Santé est un Droit Humain: Garantir l’Accès des Personnes sans Domicile à la Santé”.

⟨<http://feantsa.horus.be/code/fr/theme.asp?ID=2>⟩

FRESNO, J.M. (coord.), MALGESINI, G. i GONZÁLEZ, N. (2005). “Cumbre Lisboa 2. Estrategia europea de inclusión social”. *Cuaderno europeo*, 2. Pamplona: Fundación Luis Vives.

GOLDBERG, D., COOPER, B., EASTWOOD, M. R., KEDWART, H. B., SHEPHERD, M. (1970). “A standardized psychiatric interview for use in community surveys”. *British Journal of Preventive & Social Medicine*, 24: 18-23.

GRUPO DE TRABAJO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE EPIDEMIOLOGÍA Y DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA (2000). “Una Propuesta de medida de la clase social”. *Atención primaria*, vol. 25 (5): 350-363.

HANDLER, R. (1984). “On Sociocultural Discontinuity: Nationalism and Cultural Objectification in Québec”. *Current Anthropology*, 25 (1): 55-71.

IACHAN, R. i DENNIS, L. (1993). “A Múltiple Frame Approach to Sampling the Homeless and Transient Population”. *Journal of Official Statistics*, vol. 9, (4): 747-764.

INSTITUT NACIONAL D’ESTADÍSTICA (INE) (2005). *Encuesta sobre las personas sin hogar (Centros), 2004*. ⟨www.ine.es⟩.

JANSÀ, J.M. SÀNCHEZ, M., BORRELL, C. i altres (1999). “La salut de la població sense sostre a la ciutat de Barcelona”. *Barcelona Societat*, 10:46-55. Ajuntament de Barcelona. ⟨<http://w3.bcn.es/fitxers/acciosocial/barcelonasocietat10completa.128.pdf>⟩

MINISTERI DE TREBALL I AFERS SOCIALS (2005). *III Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social del Reino de España, 2005-2007 (PNAin, 2005/2007)*.

MINISTERI DE TREBALL I AFERS SOCIALS (2008). “Annex I. Diagnòstic sobre la situació d’exclusió a Espanya”. *II Pla d’Acció per a la Inclusió Social, diagnòstic de situació (6/10/08)*. 72 p.

MOMPART, Ana, MEDINA, Antonia, BRUGULAT, Pilar i TRESSERRAS, Ricard (2007). “Encuesta de Salud de Catalunya 2006. Un instrumento de planificación sanitaria”. *Revista de estadística y sociedad*, núm. 20: 19-22 (gener).

<<http://www.revistaindice.com/numero20/p19.pdf>>

MUÑOZ, M., VÁZQUEZ, J.J., PANADERO, S. i VÁZQUEZ, C. (2003). “Características de las personas sin hogar a Espanya: 30 años de estudios empíricos”. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, vol. 3 (2): 100- 117.

MUÑOZ, M., VÁZQUEZ, C. i CREUAT, J. (1995). *Personas sin hogar en Madrid. Informe Psicosocial y Epidemiológico*. Madrid: Departamento de Psicología. Universidad Complutense.

MUÑOZ, M., VÁZQUEZ, C., VÁZQUEZ, J.J. (2003). *Los límites de la exclusión: estudio sobre los factores económicos, psicosociales y de salud que afectan a las personas sin hogar de Madrid*. Madrid: Ediciones Témpera. Obra Social Caja Madrid.

PRESIDÈNCIA DEL CONSELL EUROPEU DE LAEKEN (2001). *Conclusions del Consell Europeu de Laeken del 14 i 15 de desembre*. Presidència del Consell. 35 p.

SOMMER, Heidi (2001). *Homelessness in Urban America : A Review of the Literature*. Berkeley: Institute of Governmental Studies Press, University of California.

TRONCHONI, M., APARICIO, V. i altres (2003). “Prevalencia de patología mental entre población sin hogar”. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*. Vol. 3 (2): 129-147.

UNIÓ EUROPEA (2005). «Un nuevo marco para la coordinación abierta de las políticas de protección social y de inclusión en la Unión Europea». Comunicació de la Comissió de 22 de desembre de 2005 al Consell, al Parlament Europeu i al Comitè Econòmic i Social Europeu i al Comitè de les Regions - Treballar junts, treballar millor - Un nou marc per a la coordinació oberta de les polítiques de protecció social i d'inclusió a la Unió Europea [COM(2005) 706 - no publicada al Diari Oficial]. En línia: <http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/social_inclusion_fight_against_poverty/c10140>

INFORMES BREUS

- 1 **Les desigualtats educatives a Catalunya: PISA 2003**
Ferran Ferrer (dir.), Gerard Ferrer i José Luis Castel
- 2 **El paper crucial del professorat. Atraure, preparar i mantenir professors de qualitat**
OCDE. Polítiques d'Educació i de Formació
- 3 **El procés de normalització d'estrangers 2005. Balanç i perspectives**
Maria Helena Bedoya Muriel i Eduard Solé Alamarja
- 4 **Itineraris de formació i inserció laboral dels joves a Catalunya**
Rafael Merino i Maribel García
- 5 **Els imams de Catalunya: rols, expectatives i propostes de formació**
Jordi Moreras
- 6 **Sisena hora: una oportunitat o una dificultat per avançar?**
Joaquín Garín, Isabel Sánchez i Jesús Viñas
- 7 **Joves i política**
Núria Valls i Andrea Borison
- 8 **Els sistemes educatius als països d'origen de l'alumnat immigrant. Una aproximació**
Miquel Àngel Alegre, Ricard Benito i Sheila González
- 9 **Els plans educatius d'entorn: debats, balanç i reptes**
Miquel Àngel Alegre i Jordi Collet
- 10 **Formació i professionalització del professorat de secundària a Catalunya**
Gemma Tribó
- 11 **La desafecció política a Catalunya. Una mirada qualitativa**
Ismael Blanco i Pau Mas
- 12 **Històries d'immigració: la comprensió dels patrons de rendiment escolar dels joves immigrants nous**
Carola Suárez-Orozco i Marcelo Suárez-Orozco
- 13 **L'educació catalana a la premsa**
Jaume Carbonell i Sebarroja i Antoni Tort i Bardolet
- 14 **Simbologies en l'espai públic. Els debats sobre l'ús del *hijab* a Europa**
Jordi Moreras
- 15 **Actituds, comportament polític i xarxes organitzatives dels immigrants a la ciutat de Barcelona**
Laura Morales i Eva Anduiza (directores), Laia Jorba, Josep San Martín i Amparo González
- 16 **Les responsabilitats legals en les activitats educatives realitzades més enllà del temps lectiu**
Neus Soriano, Ramon Plandiura i Eva Izquierdo
- 17 **El salari de reserva de les dones desocupades a Catalunya**
Dídac Queralt Jiménez
- 18 **Models educatius familiars a Catalunya**
Javier Elzo Imaz (coordinador), María Teresa Laespada Martínez i Ana Martínez Pampliega
- 19 **L'escola del segle XXI. Una mirada des de la societat civil**
Mireia Cívís i Zaragoza, Jordi Riera i Romaní, Annabel Fontanet i Caparrós i Elena S. Ojando i Pons
- 20 **Les persones en situació de sense llar de Barcelona: perfils, estat de salut i atenció sanitària**
Joan Uribe i Sara Alonso

Informe sobre perfils, estat de salut i atenció sanitària que reben les persones sense llar de Barcelona, i propostes per a la millora de l'atenció a la salut i, en definitiva, de la qualitat de vida d'aquest col·lectiu.