

MONOGRAFIES

LA SALUT DE LA POBLACIÓ SENSE SOSTRE A LA CIUTAT DE BARCELONA

JOSEP M. JANSÀ, ROSA PUIGPINÓS, CARMEN BORRELL, ANTONIA FERRER. Institut Municipal de Salut Pública, Ajuntament de Barcelona

MARINA SÁNCHEZ, MERCÈ PALLARÉS. Direcció de Serveis d'Afers Socials, Ajuntament de Barcelona

Agraïments: El present treball és el fruit d'una àmplia col·laboració de persones i institucions, sense la participació de les quals no hauria estat possible la seva realització. Des d'aquestes línies volem manifestar el nostre agraïment pel seu esforç i col·laboració als professionals del Programa d'Atenció a Persones Sense Sostre de la Direcció de Serveis d'Afers Socials de l'Ajuntament de Barcelona i, especialment, a Carles Cabré i a tots els membres dels equips d'inserció social (EIS), a José Franco i als companys del Centre de Primeres Atencions (CPA), als responsables del Centre de Dia Meridiana i a Joan Brau dels Serveis Mèdics de la mateixa Direcció de Serveis. A Ramón Noró i als col·laboradors de la Fundació Arrels, a José Luis García i als col·laboradors de l'Alberg i Centre de Dia de Sant Joan de Déu, a Jaume Autonell i Matías Zamora del CAP de Salut Mental "Ciutat Vella" de Sant Joan de Déu, pel seu assessorament en l'apartat de salut mental. També volem agrair a Joan Caylà, Antoni Plasència, als companys dels Serveis d'Epidemiologia i d'Informació Sanitària i als responsables de l'Institut Municipal de Salut Pública i de la Direcció de Serveis d'Afers Socials, el seu interès i suport en la realització de l'estudi.

El treball de camp l'han portat a terme els enquestadors de carrer Albert García, Mariola Moreno, Montserrat Planelles i Montse Soler.

Aquest treball ha estat finançat a través una beca del Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social (FISS, expedient 97/1247).

Introducció

El problema de la marginació de les persones sense sostre, els factors personals, econòmics, laborals, socials i de salut mental que influeixen en el seu origen i desenvolupament, així com els diversos efectes d'exclusió que genera, són elements poc coneguts o investigats.¹ Per això, resulta bàsic promoure i desenvolupar estudis i investigacions que contribueixin a conèixer millor la realitat del problema i millorar, des de la salut pública, l'atenció envers aquest col·lectiu.

Arreu del món i des dels anys vuitanta, s'ha produït un important increment del nombre d'exclusos, anomenats transeünts, indigents, nens del carrer (*meninos da rua*), persones sense sostre, persones sense casa (*homeless*), rodamons (*clochard*). En aquest sentit, es tracta de persones sense allotjament ni una llar estable que es troben en una situació d'extrema pobresa, sense vincles familiars ni socials, amb escasses possibilitats de reinserció sociolaboral, i amb un important dèficit de salut física i mental.²

Davant d'aquesta preocupant situació, a l'acord signat a Maastrich sobre Política Social de la Unió Europea s'especificà per primera vegada la lluita contra l'exclusió com un dels principals objectius de la Unió, el que va generar iniciatives per enfrontar i fomentar la solidaritat, recollides en els "Programes Pobresa I, II i III". Al nostre país i en el marc d'aquest III Programa Europeu de Lluita

Contra la Pobresa, han sorgit quatre projectes; tres "acciones modelo" a Burgos, Huelva i Girona, i una iniciativa innovadora a Madrid. Tanmateix, a partir dels anys vuitanta, s'ha desenvolupat un cos d'investigació entorn de les persones sense llar,^{3,4,5} amb els objectius de disposar d'informació per identificar els factors causals i conèixer les conseqüències sobre la salut física, psíquica, relacions socials i laborals que aquesta situació determina.

En aquest mateix sentit, en diversos països s'han publicat treballs a nivell quantitatiu i qualitatiu, sota el nom saxó *homeless*, centrats tant en aspectes genèrics del fenomen,^{6,7} com en problemàtiques específiques com la tuberculosi, l'alcoholisme, l'ús de drogues i els trastorns mentals. També a l'Estat espanyol s'han publicat diversos treballs basats en desigualtats socials,⁸ que evidencien l'aparició de sectors de població marginada que progressivament desemboquen en situacions de pobresa i manca de benestar.

A la ciutat de Barcelona existeixen importants desigualtats socials en salut, que s'han incrementat en els darrers catorze anys, sobretot per causes de morbiditat que afecten la població marginal, com són, entre altres, la tuberculosi, la sobredosi de drogues i la sida.⁹ Des dels Serveis d'Atenció Social de la Direcció de Serveis d'Afers Socials de l'Ajuntament de Barcelona i les entitats de la ciutat que adrecen la seva intervenció a aquest sector de població, es detecten greus dèficits de salut que pateixen

aquestes persones, que no es recullen a les enquestes de salut de la ciutat.

Per tant, l'evidència empírica sobre els dèficits en l'estat de salut de la població sense sostre, determinava la idoneïtat de portar a terme una investigació epidemiològica que reflectís adequadament la realitat d'aquestes persones a la ciutat de Barcelona.

En la present proposta se seleccionaren quatre aspectes relacionats amb la salut de les persones sense llar, per considerar-los representatius dels trastorns que amb més freqüència podien afectar aquest col·lectiu: l'estat de salut percebut, la tuberculosi, el consum de drogues i els trastorns mentals.

L'objectiu general de l'estudi se centra a disposar d'un millor coneixement sobre l'estat de salut de la població sense sostre de la ciutat de Barcelona, a partir de descriure les principals característiques epidemiològiques i sociosanitàries, i establir propostes d'actuació i/o mecanismes de coordinació entre els sectors d'atenció socials i sanitaris per tal de millorar l'atenció sociosanitària d'aquest sector de la població.

Metodologia

Es va dissenyar una enquesta que incloïa dades sociodemogràfiques, de salut percebuda, utilització de serveis sanitaris, tuberculosi, consums de tabac, alcohol i drogues il·legals, i salut mental. La fase pilot es va realitzar el mes de maig de l'any 1997 i l'enquesta definitiva es va dur a terme entre els mesos de juny

de 1997 i juny de 1998. L'estudi es va dur a terme al llarg d'un any, tant per poder disposar d'una àmplia mostra de població com pel fet que és conegut que la població sense sostre en un determinat territori —en aquest cas la ciutat de Barcelona— no és estable i presenta variacions al llarg de l'any.

L'enquesta es va dur a terme tant entre les persones que vivien al carrer com a les que s'ubicaven als centres assistencials específics per a aquesta població: Alberg de San Joan de Déu, Alberg i Centre Obert de la Fundació Arrels, Centre de Dia Meridiana i Centre de Primeres Atencions (Alberg Valldonzella) de la Direcció de Serveis d'Afers Socials de l'Ajuntament de Barcelona.

Les entrevistes al carrer les van dur a terme dos equips de dues persones formats per educadors de carrer i treballadors socials, que comptaren amb el suport dels equips d'inserció social (EIS) del Programa d'Atenció a Persones Sense Sostre de l'Ajuntament de Barcelona. Les enquestes es realitzaren en diverses hores del dia, cobrint tots els dies de la setmana i les diverses franges horàries. Les enquestes als centres van ser realitzades per una infermera del Servei d'Epidemiologia de l'Institut Municipal de Salut Pública i per la infermera del Servei Mèdic del Programa d'Atenció a Persones Sense Sostre (PAPSS).

Les preguntes encaminades a identificar l'estat de salut de la població sense sostre, a més de d'aprofundir en el coneixement de la situació específica d'aquest col·lectiu, s'adreçaven a poder comparar

les dades obtingudes amb les de l'"Enquesta de Salut de Barcelona",¹⁰ que es porta a terme periòdicament i que habitualment exclou aquestes persones.

Les preguntes relacionades amb la salut mental dels entrevistats es recolliren mitjançant la traducció castellana del Delusions-Symptoms-States Inventory (DSSI),¹¹ que és un qüestionari que ha estat prèviament utilitzat per detectar símptomes psiquiàtrics en població sense sostre i que recull alteracions relacionades amb: ansietat, depressió, paranoia, megalomania, culpa delirant i esquizofrènia. Es tracta d'un instrument de cribatge que permet identificar símptomes sense que estigui dissenyat per perfilar diagnòstics, i que permet disposar d'una aproximació a l'estat de salut mental dels entrevistats.

A nivell estadístic es presenta una anàlisi descriptiva, havent-se realitzat la prova de khi quadrada per a la determinació de diferències entre les variables qualitatives.

A la població entrevistada als centres, que va accedir-hi i que va ser possible realitzar-la per qüestions operatives (localització i de coincidència horària amb els entrevistadors), se'ls va fer a partir del mes de gener de 1998 una entrevista basada en una versió resumida de la Composite International Diagnostic Interview (CIDI), com a enquesta estructurada que permet accedir a un diagnòstic psiquiàtric DSM-IV i/o CIM/10 (Clasificación Internacional de Malalties), realitzant-se un total de 71 enquestes d'aquestes característiques. L'anàlisi

d'aquesta part de l'estudi no ha estat encara realitzat, per això els resultats no s'inclouen en la present publicació.

Resultats

S'entrevistaren un total de 483 persones, 281 al carrer i 202 als centres, amb un 90% d'homes. El 42,7% dels entrevistats tenia més de 45 anys, el 35,6% entre 31 i 45 anys i el 21,7% era de 30 o menys anys. Quant a la zona d'origen dels entrevistats, el 37% eren de Barcelona i de la resta de Catalunya (aquests darrers amb una escassa representació), el 47% procedien de la resta de l'Estat espanyol i un 16% eren estrangers. Pel que fa a l'estat

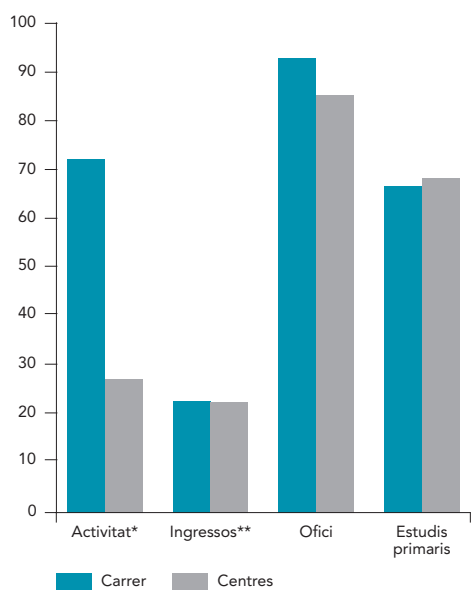
civil, el 53% eren solters, el percentatge restant es distribuïa en un conjunt de situacions diverses.

En relació al temps d'estada al carrer, el 48% hi vivien des de feia menys de 3 anys, el 33% portava entre 3 i 10 anys i un 19% presentava una història de més de 10 anys. Pel que fa a l'existència del manteniment de relacions amb altres persones, els entrevistats al carrer manifestaven estar més ben connectats que els qui vivien als centres. Pel que fa als antecedents d'estada a la presó, els entrevistats als centres hi havien estat amb menor freqüència que els de carrer. A la figura 1 es mostra la distribució d'algunes variables d'interès sociodemogràfic com el fet de realitzar alguna activitat, disposar d'estudis primaris, d'ingressos o tenir algun ofici.

Un 67% dels homes de menys de 45 anys declararen tenir un bon estat de salut, i no s'observen diferències entre els de carrer i els dels centres, tota vegada que en els majors de 45 anys aquesta xifra es redueix al 54%. En preguntar sobre la presència de trastorns crònics (taula 1) s'observa una major freqüència entre les persones de més edat, i només hi ha un 23% dels menors de 45 anys i un 12% dels de més edat que no en presentarien cap.

Entre els trastorns crònics identificats (taula 2), destaquen amb una gran diferència les depressions, que oscil·len des d'un 47% en els majors de 45 anys que viuen al carrer fins al 79% en els homes de menys de 45 anys que viuen als centres. Seguidament, destaquen altres trastorns com mal d'esquena

Figura 1
Distribució percentual d'algunes variables sociodemogràfiques



* Fa referència a si la persona realitza alguna activitat que li porti ingressos
** Es refereix a ingressos regulars (nòmines, pensions, invalideses...)

Taula 1
Trastorns crònics de les persones sense sostre

	Homes carrer				Dones carrer			
	< 45 anys		> 45 anys		< 45 anys		> 45 anys	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Cap trastorn	33	23,4	13	12,4	1	5,3	-	-
1 trastorn	27	19,1	12	11,4	2	10,5	1	10,0
2-3 trastorns	34	24,1	32	30,5	5	26,3	2	20,0
> 3 trastorns	47	33,3	48	45,7	11	57,9	7	70,0
	Homes centres				Dones centres			
	< 45 anys		> 45 anys		< 45 anys		> 45 anys	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Cap trastorn	6	6,2	10	11,9	-	-	-	-
1 trastorn	13	13,4	9	10,7	2	13,3	1	25,0
2-3 trastorns	42	43,3	28	33,3	7	46,7	2	50,0
> 3 trastorns	36	37,1	37	44,0	6	40,0	1	25,0

Taula 2
Principals trastorns crònics de les persones sense sostre de Barcelona

	Homes carrer				Dones carrer			
	< 45 anys		> 45 anys		< 45 anys		> 45 anys	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Artrosi	8	5,0	30	26,1	9	8,0	16	18,2
Bronquitis	25	15,6	33	28,7	25	22,3	24	27,3
Asma	8	5,0	14	12,2	9	8,0	11	12,5
Diabetes	7	4,4	4	3,5	2	1,8	7	8,0
Migranya	33	20,6	24	20,9	37	33,0	17	19,3
Mal d'esquena	43	26,9	43	37,4	27	24,1	20	22,7
Mala circulació	35	21,9	30	26,1	24	21,4	19	21,6
T. cardíacs	12	7,5	16	13,9	15	13,4	11	12,5
Depressions	90*	56,3	54	47,0	88	78,6	49	55,7
Embòlia	3	1,9	3	2,6	2	1,8	5	5,7
Varius	17	10,6	19	16,5	15	13,4	11	12,5
Angina/infart	3	1,9	-	-	-	-	8	9,1
Úlcera	1	15,0	29	25,2	18	16,1	22	25,0
Cirrosi	21	13,1	22	19,1	27	34,1	25	28,4
Def. físic	26*	16,3	31*	27,0	8	7,1	9	10,2
Hepatitis	43	26,9	11	9,6	20	17,9	14	15,9
Càncer	1	0,6	2*	1,7	1	0,9	1	1,1
Sida	3	1,9	2	1,7	2	1,8	-	-
VIH+	15*	9,4	3*	2,6	8	7,1	3	3,4

Taula 3
Principals trastorns aguts de les persones sense sostre a Barcelona

	Carrer				Centres			
	< 45 anys		> 45 anys		< 45 anys		> 45 anys	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Diarrea	44	27,5	34*	29,6	21	18,8	9	10,2
Picors pell	32	20,0	29	25,2	19	17,0	14	15,9
Picors cap	21	13,1	20	17,4	7	6,3	6	6,8
Sarna	7	4,4	3	2,6	1	0,9	1	1,1
Sífilis	2	1,3	1	0,9	-	-	-	-
Gonorrea	7	4,4	3	2,6	2	1,8	1	1,1
Llàmenes	12*	7,5	15*	13,0	1	0,9	2	2,3
Herpes	4	2,5	2	1,7	-	-	-	-
Fluxos	16*	10,0	8	7,0	2	1,8	1	1,1

* Són aquells casos en què les diferències són significatives comparant carrer i centres

** Els % inclosos es llegeixen verticalment, és a dir: "del total de persones joves que hi ha al carrer, quantes pateixen artrosi, bronquitis..."

(entre un 24% i un 37%), migranyes, cirrosi hepàtiques, bronquitis, artrosi, úlceres i problemes de circulació, per anomenar-ne alguns dels més destacats. Contràriament, processos com la sida, les malalties de transmissió sexual, el càncer i la sarna, apareixen amb una escassa representació entre els trastorns crònics referits per aquesta població.

Pel que fa a la tuberculosi com a malaltia relacionada amb dèficits socio-sanitaris, un total de nou persones declararen presentar-la i, d'aquestes, cinc manifestaren estar fent el tractament, una de carrer i quatre de centres.

Quant a la tuberculina, 275 enquestats (56,9%) declararen que se'ls havia practicat (150 de carrer i 125 de centres, 53% i 61,9% respectivament, considerant els percentatges respecte del total de persones de cada grup). D'aquestes, 55 (20%) manifestaren haver presentat un resultat positiu a la prova, el que determina uns nivells d'infecció més baixos de l'esperat, i equivalents als de la població general a la nostra ciutat.

En relació amb la salut mental, un 40% dels homes de menys de 45 anys i un 52% de les dones presentaven al menys un trastorn dels inclosos en el DSSI, i que determina la presència d'almenys quatre símptomes de cada una de les categories de trastorns (taula 4).

Els trastorns mentals que es descriuen (taula 5), no representen diagnòstics psiquiàtrics, sinó que fan referència a categories sindròmiques que serveixen de base orientativa per conèixer alguns

Taula 4
Trastorns mentals de les persones sense sostre

	Homes carrer				Dones carrer			
	< 45 anys		> 45 anys		< 45 anys		> 45 anys	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Cap trastorn	85	60,3	69	65,7	9	47,4	4	40,0
1 trastorn	22	15,6	17	16,2	4	21,1	1	10,0
2 o més	34	24,1	19	18,1	6	31,6	5	50,0
	Homes centres				Dones centres			
	< 45 anys		> 45 anys		< 45 anys		> 45 anys	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Cap trastorn	52	53,6	54	64,3	7	46,7	4	100
1 trastorn	17	17,5	16	19,0	5	33,3	-	-
2 o més	28	28,9	14	16,7	3	20,0	-	-

Taula 5
Tipus de trastorns mentals observats

	Homes				Dones			
	< 45 anys		> 45 anys		< 45 anys		> 45 anys	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Ansietat	37*	23,1	20	17,4	45	40,2	22	25,0
Depressió	34	21,3	21	18,3	26	23,2	20	22,7
Culpa delirant	13	8,1	7	6,1	-	8,9	1	1,1
Megalomania	19	11,9	17	14,8	4	3,6	2	2,3
Esquizofènia	17	10,6	14	12,2	6	5,4	1	1,1
Paranoia	17	10,6	16	13,9	11	9,8	4	4,5

Taula 6
Utilització de recursos sanitaris

		Carrer		Centres		P**
		n	%	n	%	
Ha anat al metge durant el darrer mes?	Sí	103	36,7	115	56,9	0,000
	No	174	61,9	87	43,1	
On va al metge?	Serveis Socials	31	35,2	57	64,8	0,000
	Urgències	147	52,3	56	27,7	
	Bus MSF*	14	5	7	3,5	
	Centre Assist.					
	Primària	172	61,2	138	68,3	
Ha estat ingressat el darrer any?	Sí	79	28,1	61	30,2	0,62
	No	201	71,5	141	69,8	
Ha anat a urgències el darrer mes?	Sí	66	23,5	45	22,3	0,66
	No	214	76,2	157	77,7	

* Metges Sense Fronteres

** Paràmetre estadístic a partir dels que es consideren com a significatives les diferències per sota de 0,05

dels perfils de trastorns mentals de la població. D'altra banda, la classificació que es presenta ve definida per la considerada en els criteris del DSSI, que no vol dir que faci referència necessàriament a criteris diagnòstics considerats en el DSM-IV i en la Classificació Internacional de Malalties (CIM - 9, CIM -10).

Pel que fa a la utilització de recursos sanitaris com a indicador de l'estat de salut d'aquesta població (taula 5), destaca que dels 140 ingressats durant l'any previ al moment de realitzar l'entrevista, un 64,3% ho havien estat una vegada i gairebé un 18% dues vegades. La resta, tres vegades o respongueren de forma imprecisa. Les causes per les quals van ser ingressats són diverses, però bàsicament podrien agrupar-se en les vinculades als consums d'alcohol i drogues il·legals, afeccions pulmonars, agressions i accidents, i depressions i/o nervis. Dels centres hospitalaris destaquen l'Hospital del Mar i l'Hospital Clínic i Provincial.

En relació al consum d'alcohol (taula 7), destaca que tot i l'elevat grau de persones que presenten una ingesta excessiva (>40 gr/dia), n'existeix un percentatge considerable que es declaren abstinents o amb consums moderats (<40 gr/dia, el 51%). Tot i així, és important considerar que alguns dels bevedors arriben a ingerir quantitats molt elevades que distorsionen els valors mitjans, de manera que la mitjana de consum es la mesura que millor ponderaria aquests valors, 114 gr/dia (108,6 gr/dia els dels centres i 154,8 els de carrer) .

Taula 7
Hàbits tòxics, consum de drogues

		Carrer		Centres		Total		P*
		n	%	n	%	n	%	
Fumadors	Sí	245	87,2	163	80,7	408	84,5	0,048
	No	34	12,1	39	19,3	73	15,1	
Alcohol	Abstemis	87	31,0	97	52,7	184	38,1	0,001
	< 40 fr./dia	41	14,6	21	10,4	62	12,8	
	> 40 gr./dia	153	54,4	84	41,6	237	49,1	
Drogues il·legals - marihuana	Sí	133	47,3	86	42,6	219	45,3	0,3
	No	148	56,1	116	43,9	264	54,7	
- heroïna	Sí	52	18,5	27	13,4	79	16,4	0,132
	No	229	81,5	175	76,6	404	83,6	
- cocaïna	Sí	71	25,3	38	18,8	109	22,6	0,094
	No	210	74,7	164	81,2	374	77,4	
- benzodicepines	Sí	48	17,1	18	8,9	66	13,7	0,01
	No	233	82,9	184	91,1	417	86,3	

* Paràmetre estadístic a partir del qual es consideren com a significatives les diferències per sota de 0,05

En comparar la situació entre el carrer i els centres, destaquen els majors consums d'alcohol i tabac entre els primers en relació a la població dels centres, fet que tal vegada podria atribuir-se a que algunes persones dels centres entrarien en una etapa d'inici de regulació dels seus hàbits tòxics. D'altra banda, pel que fa a haver consumit drogues il·legals alguna vegada a la vida, s'aprecia com el consum de cocaïna és més elevat que el d'heroïna, el que mostra una tendència de canvi de patró que s'està observant també entre el conjunt de consumidors d'aquestes substàncies (taula 7).

Discussió

Referent a la salut percebuda, el desconeixement de la situació en aques-

ta població ve donat pel fet que, en no estar empadronats o no ser localitzables, són permanentment exclosos¹² d'estudis sistemàtics com les enquestes de salut realitzades a Barcelona els anys 1983, 1986 i 1992-93¹³ i 1994¹⁴ (Enquesta de Salut de Catalunya). Per aquest motiu, l'existència del PAPSS de l'Ajuntament de Barcelona, amb una àmplia experiència en el coneixement de la realitat sociodemogràfica d'aquesta població, constituïa un element clau per desenvolupar aquest projecte. Així, els diversos documents elaborats des d'aquest programa,¹⁵ han permès conèixer globalment la realitat tant quantitativa com qualitativa dels aspectes socials de la població indigent de la ciutat. Referent a aquest punt, s'estima l'existència d'entre 800 i 1.500 indigents a la ciutat, xifres que presenten

una considerable variabilitat en funció del moment en què s'han calculat i que han de ser enteses tant sols com a punt de referència, tant per tractar-se d'anys diferents, com per la variabilitat interanual i l'aproximació amb què s'ha realitzat.¹⁶ Aquestes dades coincideixen amb algunes de les estimacions realitzades en ciutats com Madrid que registren l'existència d'uns 1.000 indigents² i s'allunyen en canvi de les aportacions realitzades en altres zones com la ciutat de València, on se n'identificaren 3.000.¹⁷

En aquest sentit, malgrat que no constituís un dels objectius de l'estudi, sempre resulta d'interès conèixer l'univers poblacional al que fan referència les dades obtingudes. D'aquesta manera, tot i que no es pretenia entrevistar tota la població sense sostre de la ciutat, sí que es volia disposar d'un volum d'entrevistes representatiu de la realitat. Tot i que no es va realitzar una estratègia de mostreig, ateses les característiques de la població d'estudi, sí que es va poder constatar que al final del període resultava progressivament més difícil trobar persones noves, tant al carrer com als centres, que no haguessin estat prèviament entrevistades, el que constituïria un indicador indirecte d'una certa saturació del treball de camp, o que s'havia entrevistat una part considerable de les persones entrevistables.

Una altra qüestió és la de les persones a qui per raons diverses no es va poder realitzar l'entrevista (ubicació, salut mental...) i que podrien representar a un subgrup de persones sense sostre

que es troba encara en una situació més desfavorable respecte de la població sense sostre de la ciutat.

Les dades sobre salut percebuda aporten que un 45% de les persones entrevistades de 45 anys i més, diuen presentar més de tres trastorns crònics, el que representa una xifra molt superior a la de la població general, de la qual, a títol d'exemple, se n'extreu segons l'Enquesta de Salut de la Ciutat de Barcelona de 1992¹⁰ que un 23% de les persones de classe V (la més baixa, treballadors no qualificats) presentarien 2-3 trastorns, essent aquesta la xifra més elevada del conjunt de l'enquesta. Destaca igualment que, entre els homes de menys de 45 anys, declaren més trastorns els dels centres que els de carrer, el que podria indicar que el trobar-se pitjor afavorís que aquestes persones s'adrecessin als recursos residencials de la ciutat. Igualment, com caldria esperar, les persones més grans declararen presentar més trastorns crònics que les de menys edat.

Respecte de la tuberculosi, ha estat àmpliament descrita la seva relació amb l'amuntegament, la pobresa i les precàries condicions de vida, aspectes estretament relacionats amb la pèrdua de la llar i la indigència. Així, en alguns dels tractats sobre aquesta malaltia, s'inclouen punts específics referents als indigents o *homeless*¹⁸ en els quals destaquen les elevades prevalències d'infecció i incidència de tuberculosi, especialment a grans ciutats com Nova York o Los Angeles.¹⁹ A escala europea la situació no és menys

problemàtica, i en ciutats com Londres s'ha plantejat quina és la millor resposta per resoldre aquest greu problema de salut pública.²⁰

A Barcelona, en el context del Programa de Prevenció i Control de la Tuberculosi, des de l'any 1986 s'han endegat iniciatives adreçades a col·lectius amb més alt risc de la malaltia, d'entre els quals destaca la població d'indigents²¹ o sense sostre. Aquest fet ha determinat l'assoliment d'un impacte positiu en la prevenció i el control d'aquesta malaltia²² com la disminució en les taxes d'incidència i una millora en el compliment dels llargs tractaments antituberculosos. En aquest sentit, la present enquesta ha identificat menys casos d'aquesta malaltia dels que esperàvem, el que pot ser degut tant als efectes de l'esmentat programa, com a una manca de constatació d'haver patit la malaltia per part dels afectats, fruit de la pròpia metodologia de l'estudi. Igualment, sorprèn la baixa prevalença d'infecció aportada pels valors de la tuberculina (20%), que s'identifica més amb la de la població general que amb les obtingudes recentment d'estudis específics sobre tuberculosi (70% —Dr. Solsona, *comunicació personal*—). Les raons d'aquestes diferències poden atribuir-se al fet que, en tractar-se de valors declarats i no comprovats per professionals de salut, hi hagi una resposta incorrecta per part dels enquestats, i al fet que prop d'un 40% dels candidats no s'havien realitzat la prova o no aportaven informació sobre el seu resultat.

Pel que fa a la salut mental, resulta obvi que l'aparició i l'aparent increment d'aquests malalts mentals als carrers ha de situar-se en el context de la nova pobresa que s'estén cap a les nostres ciutats i conurbacions, constituint un fenomen en el qual la marginació i l'exclusió social donen pas a una pobresa creixent, manca de suport familiar i social, desarrelament, trastorns psicopatològics, deteriorament psicosocial i problemàtica d'habitatge, com a factors que d'una manera sinèrgica caracteritzen aquest col·lectiu, establint un cercle viciós de deteriorament, marginalitat i exclusió social.

A l'Estat espanyol cal distingir dos interessants estudis sobre els trastorns mentals de les persones sense sostre, un realitzat en una mostra de població sense llar que acudia a un alberg a Gijón (Astúrias),²³ i l'altre a Madrid²⁴ sobre l'epidemiologia dels trastorns mentals en el mateix col·lectiu, realitzat per la Consejería de Integración Social de la Comunitat de Madrid i la Facultat de Psicologia de la Universitat Complutense de la mateixa ciutat (III Programa Europeu de Lluita contra la Pobresa). En ambdós estudis s'identificà la presència de trastorns mentals en el voltant del 50% de les mostres estudiades, amb un 6% i un 1,8% de trastorns orgànics cerebrals, 6% i 10,6% d'esquizofrènies, 12% de depressions majors en l'estudi de Madrid i 2,4% en Gijón, i un 6% i 9,4% de distímies. Tanmateix, en els documents procedents del PAPSS de Barcelona, es recullen dades sobre aquests temes que han servit també de punt de referència.

Dels resultats obtinguts sobre la presència d'aquests trastorns, destaquen les simptomatologies ansioses i depressives, que malgrat no implicar quadres clínics específics, orienten sobre les situacions de malestar psíquic més habituals d'aquestes poblacions. D'altra banda, les dades sobre megalomania, esquizofrènia i paranoia serien molt superiors a les de la població general, el que confirmaria l'aproximació empírica que els trastorns mentals greus constitueixen una prioritat en matèria de salut entre les persones sense sostre. Considerant, a més, que, tal com s'ha comentat prèviament, una part important de les persones no entrevistables representen amb tota probabilitat un subgrup que es troba encara en pitjors condicions pel que fa a la salut mental.


La utilització de recursos sanitaris mostra un ús més elevat per part dels usuaris dels centres en relació als de carrer, fet que probablement vindria motivat per una major proximitat dels serveis que s'ubiquen als mateixos centres. D'altra banda, l'ambulatori és el recurs més utilitzat tant pels indigents de carrer com pels dels centres, seguit en el cas dels primers pels serveis d'urgències i en els altres pels serveis mèdics dels propis centres.

En relació al consum d'alcohol i drogues, les dades aportades pels estudis de Gijón¹³ i Madrid¹⁴ aporten 21% i 26% de dependència alcohòlica respectivament, tota vegada que un 12% i un 13% havien patit en els 12 mesos anteriors a l'estudi trastorns de dependència relacionats amb el consum de substàncies psicotropes, sobretot a Madrid en el col·lectiu de dones (16%). Les dades aportades pel PAPSS de Barcelona, recollides pels equips d'inserció social (EIS) durant 1995, destacaven l'existència d'un 12,5% de consum de drogues entre el grup de factors causals de la indigència, i on el consum excessiu d'alcohol representa el 52% d'aquest grup (12,9% per la població general).²⁵

En el present estudi, el consum excessiu d'alcohol s'ha situat entorn al 50% de la població, dada que s'aproxima a l'obtinguda pel PAPSS i que superaria àmpliament la dels estudis prèviament esmentats i la referida a la població de Barcelona. Igualment, el consum de tabac resulta molt elevat, superant en molt les xifres de la població general, fet que en menor mesura també s'observa en el consum de drogues, de manera que mentre que la prevalença de consums de cannabis, heroïna i cocaïna és del 21,7%,

0,5% i 3,2% per la població general²⁵, en aquest treball ha estat del 45,3%, 22,6% i 13,7% respectivament.

Com a conclusió, cal destacar que les presents dades confirmen les considerables necessitats i mancances sanitàries de la població sense sostre de la ciutat de Barcelona, i els resultats obtinguts aporten nous elements per a la planificació i el disseny d'estratègies de prevenció i control en matèria de salut. En aquest sentit, és remarcable que tot i l'elevada prevalença de consum d'alcohol i el considerable percentatge de persones sense sostre afectats de trastorns mentals, hi ha un 38% dels enquestats que es declaren abstemis, un 17% presentarien consums moderats i un 60% no presentarien cap trastorn mental; cal, doncs, matisar la creença popular que totes les persones que viuen al carrer tenen problemes de dependència alcohòlica o són malalts mentals.

Altrament, les mancances en l'estat de salut d'aquesta població no són més que el reflex d'una problemàtica social molt més àmplia, que reclama l'estreta col·laboració d'amplis sectors de la societat i el disseny d'estratègies que incloguin polítiques laborals, econòmiques i d'habitatge, a més de les sociosanitàries. 

Bibliografia

1. Illsley R. Comparative Review of sources, methodology and knowledge. *Soc Sci Med* 1990; 31: 229 - 36.
2. Infante EJ, Jerónimo GC, Martín ES, Mayoral MB, Morilla JR, Salvarez RA. Marginados y excluidos en las calles madrileñas. Madrid: Consejería de Integración Social, Madrid 1990.
3. Wright JD, Weber E. Homeless and Health. New York, Mc Graw Hill 1987.
4. Rossi PH, Fisher GA, Willis G. The condition of the homeless in Chicago. 1986. Amherst, Massachusetts: Social and Demographic Research Institute.
5. Link B, Susser E, Stueve A, Phelan J, Moore R, Struening E. Life time and five year prevalence of homeless in The United States. Columbia Press, New York, 1993.
6. Argeriou M, Mc Carty D, Mulvey K. Dimensions of Homelessness. *Public Health Rep* 1995; 110:734 - 41.
7. Link BG, Susser E, Stueve A, Phelan J, Moore RE, Struening E. Life time and Five - Year Prevalence of homelessness in the United States. *Am J Publ Health* 1994; 84: 1907 - 12.
8. Las desigualdades en España, síntesis estadística. Segundo simposio sobre desigualdad y distribución de la renta y la riqueza. Fundación Argentaria. Visor distribuciones. Madrid 1995.
9. Borrell C. Evolució de les desigualtats socials en salut a la ciutat de Barcelona, 1983-1992. Tesis doctoral. Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona 1995.
10. Borrell C, Pasarín M, Plasència A. Enquesta de salut de la ciutat de Barcelona 1992-93. *Estadístiques de Salut* n. 24. Ajuntament de Barcelona. Barcelona 1995.
11. Shanks NJ, Priest RG, Bedford A, Garbett S. Use of the delusions —symptoms— states inventory to detect psychiatric symptoms in a sample of homeless men. *British Journal of General Practice*, 1995; 45:201-203.
12. Zaldívar CA, Castells M. España fin de siglo. Alianza Editorial, Madrid 1992.
13. Borrell C, Arias A, Baranda L, Lozares C. Manual de l'enquesta de Salut de Barcelona. Ajuntament de Barcelona, Àrea de Salut Pública, Barcelona 1992.
14. Enquesta de Salut de Catalunya 1994. Servei Català de la Salut, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya, Barcelona 1996.
15. Anónimo. Memoria de Gestión del Centro de Primeras Atenciones 1995. Direcció de Serveis d'Afers Socials, Ajuntament de Barcelona. Progress S.L., Barcelona 1996.
16. Sánchez I. Joves sense llar o els itineraris de la pobresa. *Barcelona societat* 1993; 1; 117-120.
17. Pérez M. Comunicació personal. Taller sobre programes de control de la tuberculosi. Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona - Institut Municipal de Salut Pública, Ajuntament de Barcelona, Barcelona 1998.
18. Brickner PW, Mc Adam JM, Scharer LL. Tuberculosis in homeless populations. In: Reichman L.B., Herschfield E.S. Tuberculosis, a comprehensive international approach..., New York, Marcel Dekker 1993: 433 - 54.
19. Barnes PF, El Hajj H, Preston - Martin S, Cave MD, Jones BE, O'taya M et al. Transmission of tuberculosis Among the Urban Homeless. *JAMA*, 1996; 275:305-307.
20. Kumar D, Citon KM, Leese J, Watson JM. Tuberculosis among the homeless at a temporary shelter in London: Report of a Chest X ray screening programme. *J Epidemiol Com Health* 1995;49:629-33.
- 21) Díez E, Claveria J, Serra T, Caylà JA, Jansà JM, Pedro R, Vilalbí JR. Evaluation of a social health intervention among homeless tuberculosis patients. *Tubercle and Lung Disease* 1996; 77:420 - 24.
22. Galdós-Tangüis H, Caylà JA, Jansà JM, García de Olalla P, Brugal MT. La tuberculosi a Barcelona, informe 1997, Ajuntament de Barcelona, Institut Municipal de Salut Pública, Barcelona 1997.
23. Vega LS, Palomo T, Vázquez - Barquero JL. Prevalencia psiquiàtrica en personas sin hogar en Asturias después de la desinstitucionalización. *Archivos de Neurobiología* 1995; 58: 229 - 323.
24. Muñoz López M, Vázquez Valverde C, Cruzado Rodríguez Juan A. Personas sin hogar en Madrid. Informe Psicosocial y Epidemiológico. Facultad de Psicología, Universidad Complutense. Madrid: Imprenta de la Comunidad de Madrid, 1995.
25. Encuesta domiciliaria sobre el consumo de drogas 1997. Observatorio español sobre drogas, Delegación del Gobierno Para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior, Madrid 1998.