

Un any de pandèmia: dispositiu Hotel Salut

A year of the pandemic: health hotel unit

Ingrid Pineda Pérez¹

ORCID: 0000-0002-6073-1441

Recepció: 06/05/22. Revisió: 19/10/22. Acceptació: 05/12/22

Per citar: Pineda Pérez, I. (2022). Un any de pandèmia: dispositiu Hotel Salut. *Revista de Treball Social*, 223, 97-119. <https://doi.org/10.32061/RTS2022.223.05>

Resum

La pandèmia causada per SARS-CoV-2 ha posat de rellevància la importància dels determinants socials en els processos de malaltia. Des dels serveis sanitaris s'han creat dispositius dirigits a protegir la població més vulnerable.

El Comitè d'Emergència Social (Consorci Sanitari de Barcelona), format per l'Òrgan Tècnic i liderat per treballadores socials sanitàries de diferents proveïdors de salut, va abordar les necessitats que feien referència a les dificultats de disponibilitat d'un allotjament segur on poder dur a terme adequadament l'aïllament en alguns grups de població.

El present treball descriu el perfil de pacients derivats a Hotel Salut des de l'Hospital del Mar des del març del 2020 al març del 2021, un total de 524 pacients.

Del total dels 524 pacients, el 74% provenien d'hospitalització i el 26% del servei d'urgències. L'edat mitjana era de 49,7 anys, 64,3% eren homes i el 5,5% no disposaven de targeta sanitària activa. Els països d'origen eren majoritàriament Espanya (33,6%), el Pakistan (16,2%), Bangladesh (6,3%) i Filipines (6,3%). Els motius pels quals no podien dur a terme l'aïllament eren per viure en pisos compartits (51,7%), amb familiars de risc (26,7%), en pisos de dimensions reduïdes (14,5%) i no tenir domicili (4,6%).

Per concloure, el dispositiu va assegurar l'aïllament per a aquelles persones ateses a l'hospital que no podien fer-lo al seu domicili. També es va reduir la saturació de l'hospital afavorint el drenatge dels pacients amb una clínica lleu i es van reduir els contagis comunitaris.

1 Diplomada en Treball Social. Graduada en Sociologia. Treballadora social al Parc de Salut Mar. Hospital del Mar de Barcelona. Màster en Politiques Socials i Dependència. ipineda@psmar.cat

Paraules clau: Hotel Salut, covid-19, emergència social, vulnerabilitat social.

Abstract

The pandemic caused by SARS-CoV-2 has highlighted the importance of social determinants in disease processes. Health services have created mechanisms aimed at protecting the most socially vulnerable citizens.

Formed by a Technical Board and led by social and healthcare workers from various health providers in the city of Barcelona, the Social Emergency Committee (attached to the Health Association of Barcelona) addressed needs relating to difficulties encountered with availability of safe accommodation where certain groups of citizens could spend their isolation suitably.

This paper describes the profile of patients referred to Hotel Salut from the Hospital del Mar from March 2020 to March 2021, a total of 524 patients.

Of the 524 patients in total, 74% had originally been hospitalised and 26% came from the emergency department. The average age was 49.7 years; 64.3% were men; and 5.5% did not have an active health card. The country of origin was mostly Spain (33.6%), Pakistan (16.2%), Bangladesh (6.3%) and the Philippines (6.3%). The reasons for not being able to undertake isolation were: living in shared apartments (51.7%), living with relatives at risk (26.7%), living in small apartments (14.5%) and having no fixed abode (4.6%).

In order to conclude, the unit guaranteed isolation for those persons treated at hospital who could not undertake isolation at home. It also limited hospital overcrowding by favouring the discharge of patients with mild clinical conditions while reducing community spread.

Keywords: Hotel Salud, Covid-19, social emergency, social vulnerability.

1. Introducció

El mes de gener de l'any 2020 es va informar per primera vegada a escala mundial del brot per la malaltia anomenada covid-19, causada pel virus SARS-CoV-2, a la ciutat de Wuhan, la Xina, que es manifestava en forma de malaltia respiratòria greu.

L'11 de març de l'any 2020 l'OMS va declarar la situació de pandèmia a escala mundial i, posteriorment, dos dies més tard, el 13 de març, el Govern espanyol va decretar l'estat d'alarma i el confinament domiciliari.

El Consorci Sanitari de Barcelona (CSB) va liderar a la ciutat de Barcelona els projectes per abordar l'impacte sociosanitari produït per la covid-19 a la ciutat de Barcelona.

El Comitè d'Emergència Social Covid-19, format per l'Òrgan Tècnic i liderat per treballadores socials sanitàries de diferents proveïdors de salut de la ciutat de Barcelona, va abordar les necessitats que feien referència a les dificultats de disponibilitat d'un allotjament segur on poder dur a terme adequadament l'aïllament en alguns grups de població elaborant el "Protocol per a l'obertura del nou dispositiu Hotel Salut".

El present estudi està conformat per un total de 524 pacients (n = 524) ingressats a l'Hospital del Mar des del 22 de març del 2020 al 31 de març del 2021 i que van requerir a l'alta hospitalària ser derivats al dispositiu Hotel Salut per dur a terme l'aïllament.

2. Marc teòric

2.1. Els determinants socials en salut

El concepte de salut ha anat evolucionant al llarg dels anys. L'Organització Mundial de la Salut (OMS) la defineix com un "estat de complet benestar físic, mental i social" i així es deixa d'entendre únicament com l'absència de malaltia (OMS, 1948).

Cal entendre la malaltia com el final de tot un procés d'exposició a les causes o factors que generen el risc de patir-la (Ariza, 2017).

Les poblacions accediran a un nivell de salut a partir del seu desenvolupament econòmic, dels avanços i prestacions en l'àmbit sanitari.

Mai com fins ara ha existit un món tan ric, amb tants coneixements científics, ni s'ha comptat amb tants recursos sanitaris. No obstant això, les desigualtats dels individus en matèria de salut i atenció sanitària van augmentant gradualment a causa dels determinants socials (Silvano, 2018).

Hi ha diferents models conceptuals dels determinants socials, com el clàssic Model de Dahlgren i Whitehead, creat amb l'objectiu de poder dissenyar polítiques i intervencions per millorar la salut. Aquest model mostra els determinants socials en diferents capes, començant per la capa externa, que estaria formada pels determinants estructurals; en el centre es trobarien les característiques de les persones, aquelles que no es poden modificar (sexe, edat o factors constitucionals) i en la capa interna hi

hauria els estils de vida individuals (Dahlgren i Whitehead, 1992). L'OMS assenyalava que per analitzar el nivell de salut d'una població els factors socials són tan importants com els recursos sanitaris dels quals disposa. Si l'objectiu de la societat és aconseguir un alt nivell de salut caldria invertir més recursos en les polítiques sanitàries públiques que tenen en consideració l'entorn i els estils de vida dels ciutadans més que centrar-nos en una visió economicista i la centralització en la sanitat curativa (Urbina, 2012).

És important remarcar el fort impacte dels determinants socials de la salut i de les desigualtats existents en l'àmbit de l'accés als recursos i dispositius d'atenció sanitària. Diferents estudis descriuen la importància dels determinants socials en referència a la incidència i a la mortalitat en les epidèmies (Amengual et al., 2020). Els determinants socials estan relacionats amb la covid-19 ja que una de les mesures necessàries per mitigar l'exposició al virus dependrà de disposar d'un domicili, de les condicions d'aquest i també de les possibilitats que tinguin les persones amb el risc de malaltia greu d'aïllar-se de la resta de persones convivents en el mateix domicili.

L'amuntegament, les condicions de salubritat, higiene i accés als subministraments bàsics tenen un impacte directe en el risc de contreure la malaltia (Otero, 2020).

2.2. Covid-19 i vulnerabilitat: clínica, social i epidemiològica

El Ministeri de Sanitat (2020) va elaborar el document que porta per títol "Equitat en salut i covid-19", en el qual es fa referència al gran impacte a escala mundial de la crisi de la covid-19, afegida a la crisi econòmica ja iniciada l'any 2008.

Aquest impacte no es produeix de manera igualitària ni en tots els països ni per a totes les persones de la mateixa manera.

Es poden identificar tres tipus de vulnerabilitat interrelacionades entre si: la vulnerabilitat clínica, la social i l'epidemiològica.

Algunes característiques individuals, com l'edat o patir algun problema de salut –com pot ser la diabetis, la hipertensió arterial, immunodeficiències o malalties cròniques– van lligades a una vulnerabilitat més gran enfront del contagi per covid-19, i també van lligades a una evolució pitjor enfront de la infecció per covid-19.

La població més afectada per la pandèmia és aquella que està lligada a contextos de precarietat tant laboral com residencial, condicionant així la realitat d'aquesta població més desfavorida. És per això que cal plantejar-se la necessitat d'una anàlisi completa, específica i delimitada sobre les diferents situacions de vulnerabilitat que es tenien abans de la pandèmia i a partir d'aquestes plantejar les mesures necessàries perquè la seva implementació es desenvolupi de manera efectiva i equitativa.

Enfront de la infecció per covid-19 aquestes persones que ja pateixen d'una situació de fragilitat de salut poden tenir un pronòstic pitjor davant la malaltia per SARS-CoV-2 si a més es troben en una situació de vulnerabilitat social.

La vulnerabilitat social va interrelacionada amb la vulnerabilitat epidemiològica. Aquesta podria explicar-se com una situació de risc epidemiològic més gran per diferents causes, com podria ser una exposició superior a la infecció, diagnòstic tardà o dificultat en la identificació de contactes i en el seguiment de les indicacions per dur a terme de manera adequada i segura les mesures de quarantena o aïllament.

Per tot el que s'ha descrit es requereixen mesures i polítiques que actuïn per abordar els motius socials que han provocat la desigualtat i poder així fer una intervenció adequada amb l'objectiu d'aplacar els efectes provocats per la pandèmia.

Serà necessària una clara coordinació entre els diferents àmbits de l'administració sanitària i de l'acció intersectorial per fer complir les actuacions que comportin una disminució de les desigualtats i ajudin a controlar la infecció provocada per la covid-19 (Ministeri de Sanitat, 2020).

2.3. Dificultats per al compliment de les mesures d'aïllament i quarantena

El Ministeri de Sanitat, en el document que porta per títol "Equitat i Salut" (2020), descriu les diverses situacions que poden dificultar poder dur a terme de manera adequada i segura la quarantena o aïllament domiciliari per així prevenir i controlar la infecció per covid-19.

- En primer lloc, l'amuntegament, entès com l'alta densitat de persones en un mateix domicili, és una de les principals dificultats per poder dur-se a terme el control i no expansió del virus, sobretot en domicilis en els quals conviuen membres de diferents generacions.
- Una altra dificultat que fa referència a l'habitatge són les condicions d'aquesta en relació amb la salubritat, l'accés a subministraments bàsics com l'aigua corrent, l'electricitat o electrodomèstics com la rentadora, ja que no disposar d'aquests mitjans dificulta en gran manera la higiene personal i la neteja de l'habitatge. Es pot afirmar que l'amuntegament, juntament amb les condicions no adequades de l'habitatge, dificulta poder dur a terme de manera segura l'aïllament o la quarantena, així com també mantenir-la en cas de confinament domiciliari.
- Un aspecte a considerar són els centres residencials per a persones grans o els centres de primer acolliment, on el risc de brots per covid-19 és elevat perquè no disposen dels mitjans necessaris per poder garantir les mesures de distanciament. Si tenim en compte el que va passar en els centres residencials per a persones grans, s'ha fet palès que les mesures aplicades han estat tan inadequades com insuficients, deixant desprotegit aquest col·lectiu tan vulnerable.
- A més del col·lectiu de persones grans tenim el de les persones en situació de carrer, més exposades al contagi del virus SARS-CoV-2 per la falta de recursos residencials, tancament de banys públics i únic accés a albergs municipals, amb un nombre

elevat de persones que s'hi allotgen. Aquest col·lectiu té una dificultat afegida i és el difícil accés a l'atenció sanitària i a la xarxa de salut pública.

- Un altre col·lectiu afectat per les desigualtats és el de la població migrant, especialment aquelles persones que es troben en una situació administrativa irregular.
- Finalment, un altre col·lectiu per tenir present és el de les persones amb diagnòstic de trastorn mental greu que habiten en habitatges compartits.

La pandèmia va provocar un impacte socioeconòmic que es va reflectir en la precarietat de les condicions residencials, la falta d'accés al mercat laboral i la paralització de l'activitat econòmica. Tot això va generar una situació de vulnerabilitat extrema a moltes persones, provocant d'aquesta manera situacions que van augmentar les opcions de desnonament i de talls en els subministraments energètics bàsics (Ministeri de Sanitat, 2020).

Els hospitals es van veure col·lapsats, desbordats, saturats, multiplicant a vegades la seva capacitat, i la necessitat d'alliberar llits hospitalaris es va tornar més prioritària que mai, malgrat les dificultats en les quals es trobaven molts dels pacients, que a l'alta necessitaven mantenir l'aïllament domiciliari.

A la ciutat de Barcelona es va crear el dispositiu Hotel Salut per oferir un espai d'allotjament temporal segur on dur a terme l'aïllament i poder atendre les necessitats de les persones afectades per la covid-19 i així mitigar les situacions de vulnerabilitat anteriorment esmentades.

2.4. Dificultats per a l'accés al sistema sanitari

L'any 1986 es va aprovar la Llei 14/1986, de 25 d'abril, general de sanitat. Amb l'entrada en vigor l'any 2012 de la Llei 22/2011, de 4 d'octubre, general de salut pública, el Sistema Nacional de Salut va expandir el seu rang de cobertura, incloent pràcticament el total de la població resident a Espanya.

Va ser a partir de l'aprovació del Reial decret llei 16/2012, l'abril del 2012, que es van retirar les targetes sanitàries als immigrants indocumentats majors de 18 anys.

Dins d'Espanya, el Reial decret llei 16/2012 s'ha aplicat de manera desigual a causa de la complexa articulació de responsabilitats sanitàries (Moreno, 2015).

La literatura científica és concordant a mostrar que la salut dels immigrants pot estar en risc per l'existència de barreres per accedir al sistema sanitari per múltiples causes: tant per la falta de sensibilitat i adaptació i també pel mateix statu quo de migrant. Un altre dels motius que influeixen és el desconeixement dels serveis. Així, podem afirmar que la població immigrant pot trobar-se amb unes certes barreres que els dificulten l'accés als serveis sanitaris, degut, entre altres coses, a requeri-

ments legals, burocràcia, dificultats idiomàtiques i baixa alfabetització en salut. Aquestes barreres influeixen en la deterioració del seu benestar i creen situacions de desigualtat (Burón, 2012).

L'evidència disponible al nostre país refereix que els immigrants solen usar, preferentment, els serveis d'urgències com a porta d'entrada a les cures sanitàries, i fan un ús limitat de la medicina especialitzada. Els motius esmentats dificulten la continuïtat assistencial i la integració en les activitats de prevenció i promoció de la salut (Bas-Sarmiento et al., 2015).

L'Hospital del Mar s'ocupa de la zona litoral de Barcelona, els districtes de Sant Martí i Ciutat Vella, aquest últim amb una densitat molt alta de població immigrant.

2.5. La intervenció del treball social sanitari (TSS) en la gestió social sanitària per infecció de covid-19

Dolors Colom (2010) defineix el treball social sanitari com:

L'especialitat del treball social que es desenvolupa i s'exerceix dins del sistema sanitari: en l'atenció primària, l'atenció sociosanitària o l'atenció especialitzada. L'ús del terme sanitari enfront del de salut obeeix a la necessitat d'establir els perímetres exactes en els quals es desenvolupa la disciplina i el sistema de l'estat del benestar dins del qual s'inscriu. L'exercici del treball social sanitari engloba serveis i prestacions i procediments i tècniques. Un dels serveis i prestacions identitàries del treball social sanitari és la planificació de l'alta sanitària, entre d'altres (p. 109).

En el moment que la treballadora social sanitària (TSS) fa la valoració en el transcurs de l'hospitalització es tenen presents totes les variables i factors relacionats amb l'ingrés i també amb l'alta, amb la qual cosa es té una percepció global del procés (Plaza et al., 2006).

L'hospital és una organització viva, dinàmica i canviant, és per això que les TSS també han de ser actives, observadores i amb capacitat d'adaptació i també d'avançar-se a les situacions.

Als hospitals de Barcelona, arran de la covid-19, va ser necessària la implantació d'un procediment de gestió social i posteriorment la creació de l'Hotel Salut per a aquella població vulnerable que no podia dur a terme l'aïllament al seu domicili després de l'alta hospitalària.

El Consorci Sanitari de Barcelona (CSB) va publicar el "Procediment de gestió social en l'àmbit sanitari del coronavirus SARS-CoV-2. Gestió Social i psicosocial de les situacions d'aïllament al domicili".

Aquest procediment de gestió social tenia l'objectiu general de facilitar que les persones positives per covid-19 o en quarantena per contacte estret poguessin disposar de la cobertura de necessitats bàsiques durant el període d'aïllament domiciliari.

2.6. Projecte Hotel Salut com a dispositiu alternatiu a l'aïllament domiciliari

Durant l'estat d'alarma proclamat pel Govern davant la pandèmia per coronavirus, el Consorci Sanitari de Barcelona (CSB) del Servei Català de la Salut decideix l'activació de dispositius alternatius a l'aïllament domiciliari amb l'objectiu de poder facilitar un aïllament segur per a aquells pacients que no podien fer-lo al domicili i facilitar el drenatge dels pacients ingressats en centres hospitalaris i en centres d'atenció intermèdia de la ciutat de Barcelona.

Es va fer una primera reunió per a la creació d'un Comitè d'Emergència Social el dia 4 de març, el 13 de març es va declarar el confinament domiciliari i el 22 de març va ingressar el primer pacient a l'Hotel Salut.

El 20 de març es va publicar la primera versió del "Protocol per a l'Obertura del Nou Dispositiu d'Hotel Salut per donar resposta a la crisi sanitària per coronavirus".

Aquesta mesura va facilitar una rotació més gran dels pacients atesos a l'hospital i en els centres d'atenció intermèdia, garantint a tota la població la cobertura de les necessitats socials bàsiques que havien quedat afectades a causa de la situació d'emergència i, d'altra banda, limitar en gran manera els contactes comunitaris.

El dispositiu Hotel Salut és un dispositiu temporal alternatiu al domicili on fer l'aïllament domiciliari per covid-19. Es caracteritza per un grau d'atenció amb baix requeriment sanitari.

L'objectiu d'aquest dispositiu era, d'una banda, disposar d'un espai d'aïllament temporal per poder atendre les necessitats de persones afectades per la covid-19 que, per circumstàncies de caràcter social, no podien dur a terme l'aïllament al seu domicili i, de l'altra, facilitar i accelerar les altes tant dels centres hospitalaris com dels centres d'atenció intermèdia.

L'accessibilitat al dispositiu Hotel Salut es gestionava des de les unitats de TSS tant dels hospitals com des dels centres d'atenció intermèdia i des dels centres d'atenció primària de salut de la ciutat de Barcelona.

3. Metodologia

3.1. Objectius de l'estudi i hipòtesis

L'objectiu principal d'aquest estudi és analitzar el perfil de pacients ingressats durant el primer any de pandèmia per covid-19 a l'Hospital del Mar i que van requerir fer l'aïllament al dispositiu Hotel Salut.

Partint de l'objectiu principal es marquen els següents objectius secundaris:

- Conèixer les dades sociodemogràfiques de sexe, edat i nacionalitat.
- Identificar la situació de cobertura sanitària.
- Descriure la situació global per àrea sanitària de referència.

- Identificar situacions de vulnerabilitat social, motiu pel qual no podien fer l'aïllament correctament.

La hipòtesi formulada en relació amb els objectius plantejats és que la pandèmia i la situació d'emergència sociosanitària provocada per la covid-19 ha posat de manifest que l'Hospital del Mar atén una població amb una alta situació de vulnerabilitat social i que els determinants socials en salut tenen un pes específic en la necessitat d'intervenció per part del TSS.

3.2. Disseny de l'estudi

Es tracta d'un estudi descriptiu sobre el perfil de pacients que van requerir ser traslladats des de l'Hospital del Mar al dispositiu Hotel Salut per no poder fer, de manera segura, l'aïllament per motius socials.

Referent a l'anàlisi, es tracta d'una anàlisi quantitativa i de caràcter temporal, duta a terme durant un any complet, del març de l'any 2020 al març de l'any 2021.

3.3. Població de l'estudi

La població d'estudi del present treball es fa sobre la base d'aquells pacients ingressats a l'Hospital del Mar i que van requerir ser traslladats al dispositiu Hotel Salut.

La població de l'estudi comprèn aquells pacients ingressats a l'Hospital del Mar del març de l'any 2020 al març de l'any 2021, diferenciant els pacients derivats al dispositiu Hotel Salut des del servei d'urgències com des de qualsevol de les unitats hospitalàries de l'hospital. Tota la població seleccionada ha estat valorada pe les professionals del TSS del mateix hospital, que, una vegada comprovada la inviabilitat de fer l'aïllament domiciliari de manera segura, van gestionar el trasllat al dispositiu Hotel Salut.

Els criteris d'inclusió en l'estudi són:

- Pacients visitats al servei d'urgències amb sospita o diagnòstic de covid-19 per clínica o prova diagnòstica, amb símptomes lleus de la malaltia que no van requerir ingrés hospitalari i que no poden dur a terme l'aïllament al seu domicili.
- Pacients ingressats a l'Hospital en situació d'alta clínica, estables però que en el moment de l'alta encara requereixen dies d'aïllament domiciliari i que per circumstàncies socials no poden dur-lo a terme.

Els criteris d'exclusió de l'estudi són:

- Pacients que no es trobaven clínicament estables.
- Pacients que vivien sols.
- Pacients que procedien d'un centre residencial.
- Pacients amb malaltia mental no compensada.
- Pacients dependents per a les activitats de la vida diària (AVDs) i/o pacients amb deterioració cognitiva.

- Pacients amb consum de tòxics actiu.
- Pacients que van rebutjar el trasllat al dispositiu.

Es tracta d'una població total no probabilística, amb uns criteris d'inclusió i d'exclusió clars i ben definits.

La població d'estudi, que complia els requisits d'inclusió, és de 524 pacients (n = 524), el total de pacients que van ser traslladats al dispositiu Hotel Salut des de l'Hospital del Mar el primer any de pandèmia.

3.4. Sistema de recollida de dades

Les dades utilitzades són de tipus primari, recollides per les TSS de l'Hospital del Mar que gestionaven la sol·licitud de plaça al dispositiu Hotel Salut en el període temporal del març de l'any 2020 al març de l'any 2021.

La naturalesa de l'estudi és quantitativa, per la qual cosa dona una eficàcia informativa a través de l'estructuració i estandardització dels ítems, una comprensió més bona de les informacions, la minimització dels errors i una relació entre temps i costos molt favorables (Brunet et al., 2002).

Per poder dur a terme l'estudi es va crear una base de dades en un document Excel amb els pacients per als quals des de l'Hospital del Mar es gestionava el dispositiu Hotel Salut.

Les dades que s'inclouien en el document Excel eren: sexe, edat, nacionalitat, ubicació del pacient, àrea bàsica de referència, tinença de targeta sanitària, data d'ingrés, data d'alta, motiu pel qual no podia fer l'aïllament i Hotel Salut de destí a l'alta.

Les dades s'extreien de la història clínica (HC) del pacient, de la història clínica compartida (HC3), d'entrevistes amb pacients o familiars i/o coordinació amb TSS de primària de salut o TS de serveis socials bàsics o altres institucions.

En la base de dades no es recollia ni el nom ni la filiació del pacient, assegurant en tot el procés la confidencialitat en el tractament de les dades. L'estudi no ha estat valorat pel Comitè d'Ètica.

3.5. Variables de l'estudi

Es va crear una base de dades específica per recollir les dades relatives als pacients per als quals des de l'Hospital del Mar es gestionava plaça en el dispositiu Hotel Salut.

La base de dades l'empenava la TSS referent que n'havia fet la valoració i posteriorment la sol·licitud.

Les dades recollides eren:

- Dades demogràfiques. Gènere: es distingeixen dos ítems, home/dona.
- Accés a la xarxa sanitària pública (disponibilitat de CIP).
- Àrea Bàsica de Salut: amb aquesta dada podem conèixer si pertany a la zona d'influència de l'Hospital del Mar.

- Ubicació des d'on es fa la sol·licitud: es distingeixen dos ítems, urgències i hospitalització.
- País de naixement.
- Data d'ingrés i alta.
- Motiu pel qual no pot dur a terme l'aïllament segur al seu domicili.
- Hotel Salut de destí.

En els casos en els quals es feia la gestió per traslladar un pacient a Hotel Salut però finalment el trasllat no era possible, també se n'especificaven els motius a la base de dades.

El sistema informàtic que s'ha fet servir per a l'anàlisi de dades ha estat el programa Excel.

4. Resultats

Durant el període d'estudi es van gestionar 524 sol·licituds per al dispositiu Hotel Salut que complien els criteris d'inclusió de l'estudi.

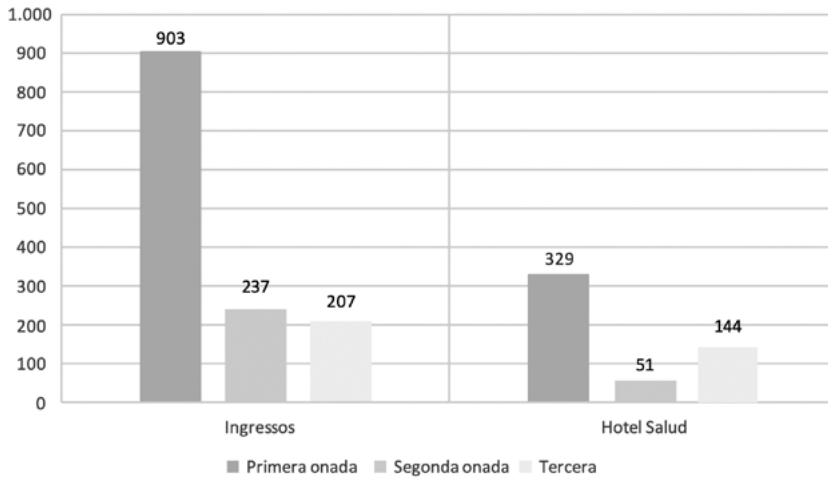
Així, la població de l'estudi és de 524 pacients per als quals des de l'Hospital del Mar es va gestionar el trasllat al dispositiu Hotel Salut per dur a terme l'aïllament de manera segura.

Abans de començar amb l'anàlisi descriptiva de les dades demogràfiques respecte a la població d'estudi, crec necessari especificar l'evolució temporal del nombre d'ingressos per covid-19 a l'Hospital del Mar, que s'han succeït en diferents onades:

- Primera onada: del 13 de març del 2020 al 20 de juny del 2020: 903 ingressos.
- Segona onada: de l'11 d'octubre del 2020 al 12 de desembre del 2020: 237 ingressos.
- Tercera onada: del 13 de desembre del 2020 al 31 de març del 2021 (final de l'estudi): 207 ingressos.

Els pacients que van ser traslladats al dispositiu Hotel Salut en la primera onada van ser del 36,4% (329 sol·licituds), en la segona ona del 21,5% (51 sol·licituds) i en el període de la tercera onada estudiat, 69,6% (144 sol·licituds).

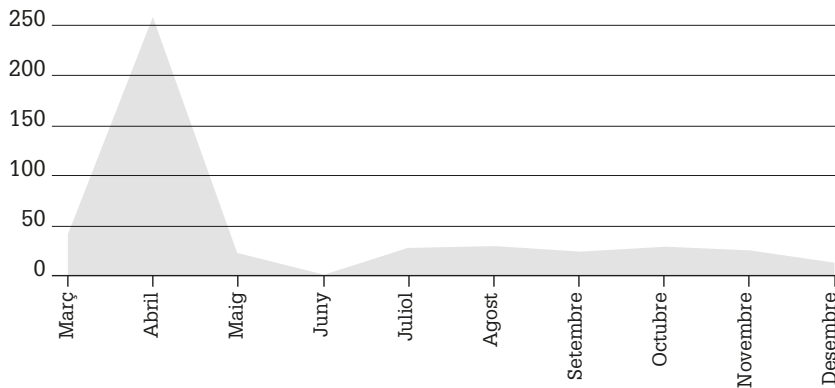
Figura 1. Relació d'ingressos a l'hospital amb sol·licituds a Hotel Salut



Font: Elaboració pròpia.

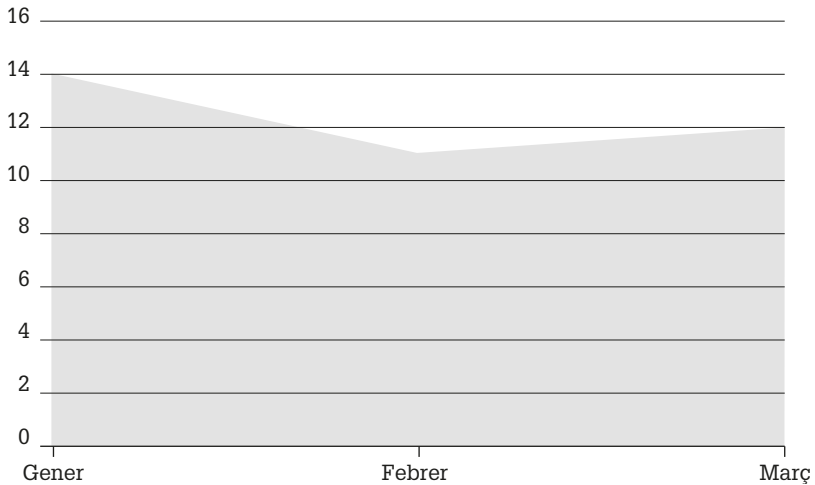
Si fem una separació tenint en compte les sol·licituds mensuals podem observar que els mesos en què no es van fer més sol·licituds de plaça al dispositiu Hotel Salut van ser, de l'any 2020: març (42 sol·licituds) i abril (261 sol·licituds) majoritàriament, coincidint també amb el nombre més gran de pacients ingressats, superant la capacitat de llits hospitalaris disponibles i sent necessària l'adaptació de noves àrees a l'hospital on situar llits i la necessitat també d'habilitar un poliesportiu que es troba al costat de l'hospital com una unitat més de l'hospital.

Figura 2. Sol·licituds a Hotel Salut per mesos. Any 2020



Font: Elaboració pròpia.

Figura 3. Sol·licituds a Hotel Salut per mesos. Any 2021



Font: Elaboració pròpia.

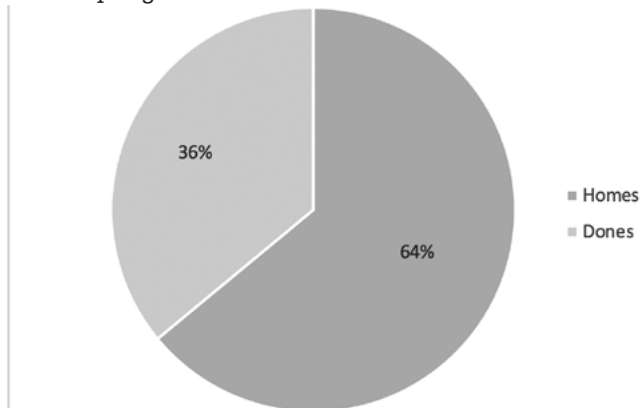
4.1. Dades descriptives del perfil de la població

4.1.1. Gènere i edat

El gènere i l'edat de les persones que no van poder dur a terme l'aïllament segur al seu domicili a la ciutat de Barcelona és important, perquè malgrat tenir en compte que són variables biològiques, poden ser un indicador de la població en situació de vulnerabilitat submergida prèvia a la situació de la pandèmia.

Dels 524 pacients que inclouen la població d'estudi (n = 524) el 64% eren homes i el 36%, dones.

Figura 4. Relació per gènere



Font: Elaboració pròpia.

Referent a la variable de l'edat de la mostra hem de tenir en compte que per poder accedir al dispositiu Hotel Salut hi havia diversos criteris d'exclusió que van desestimar un contingent important de pacients d'edat avançada i hospitalitzats. Aquests criteris d'exclusió de derivació al dispositiu Hotel Salut són la dependència funcional, la deterioració cognitiva i les persones institucionalitzades en centres residencials. L'edat mitjana de la mostra és de 49,7 anys, tenint en compte que cinc bebès menors d'un any van ser traslladats al dispositiu Hotel Salut juntament amb les seves mares.

Taula 1. Edat de la mostra

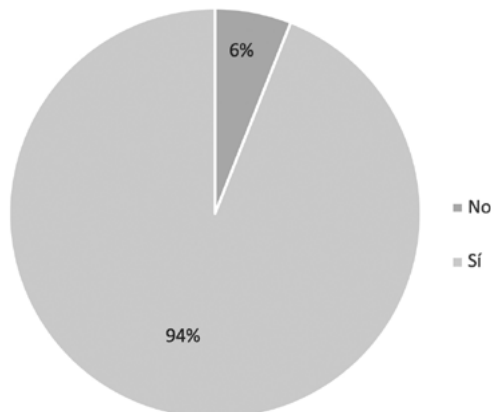
	Mitjana	Mediana	Moda	Màxima	Mínima
Edat	49,7	49	50	90	0

Font: Elaboració pròpia.

4.2. Disponibilitat de targeta sanitària

El dispositiu Hotel Salut, com que es tractava d'una mesura de caràcter excepcional i amb l'objectiu de garantir la cobertura de necessitats socials bàsiques per a tota la ciutadania que complia els criteris d'inclusió exposats i que estava afectada per la nova situació d'emergència, no va excloure en aquest període estudiat els pacients que no disposaven de targeta sanitària, que representen el 6% de la mostra.

Figura 5. Disponibilitat de targeta sanitària



Font: Elaboració pròpia.

4.3. Zona de referència. Àrea Bàsica de Salut (ABS)

La ciutat de Barcelona està integrada per quatre Àrees Integrals de Salut (AIS), dividint la ciutat en les AIS Dreta, AIS Esquerra, AIS Nord i AIS Litoral.

L'Hospital del Mar forma part de l'AIS Litoral i està formada pels districtes de Ciutat Vella (5 ABS) i el districte de Sant Martí (9 ABS) (taula 2).

Taula 2. ABS de referència de l'Hospital del Mar per districtes

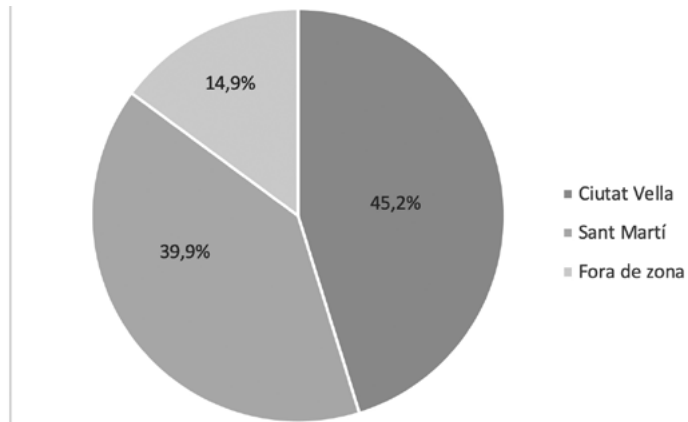
Ciutat Vella	Sant Martí
1A Barceloneta	10A Vila Olímpica
	10B Ramon Turró
1B Nucli antic	10C Poblenou
	10D Besós
1C Gòtic	10G El Clot
	10H Sant Martí
1D Raval Sud	10I La Pau
	10J Verneda
1E Raval Nord	10Z Sant Adrià. La Mina

Font: Elaboració pròpia.

Es va decidir incloure en l'estudi l'ABS dels pacients de la mostra per poder saber quin percentatge de pacients per als quals des del TSS es valorava la necessitat de gestionar plaça en el dispositiu Hotel Salut i que es trobaven ingressats a l'Hospital del Mar no pertanyien a la seva àrea d'influència, d'una banda, i, de l'altra, quines eren les ABS amb més dificultats per poder dur a terme l'aïllament de manera segura al seu domicili.

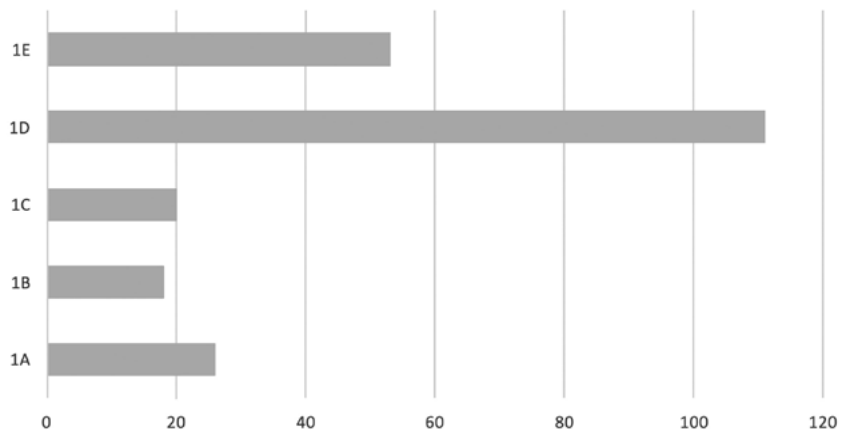
En l'anàlisi de les dades destaca que es van gestionar més sol·licituds a pacients que vivien al districte de Ciutat Vella (45,2%, on destaquen les ABS de Raval Sud i Raval Nord) enfront del 39,9% del districte de Sant Martí, on destaca l'ABS del Besós tal com s'adjunta a les taules següents.

Figura 6. Sol·licituds per districtes



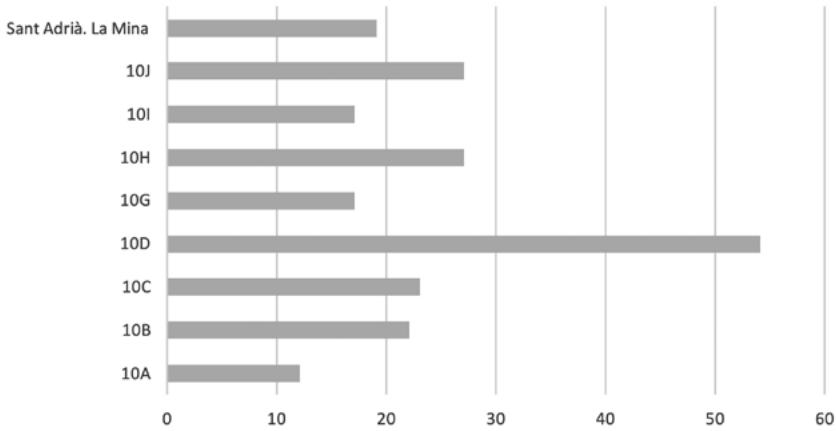
Font: Elaboració pròpia.

Figura 7. Sol·licituds del districte de Ciutat Vella segons ABS



Font: Elaboració pròpia.

Figura 8. Sol·licituds del districte de Sant Martí segons ABS



Font: Elaboració pròpia.

El 14,9% dels pacients que estaven ingressats a l'Hospital del Mar durant el primer any de pandèmia i que van requerir ser traslladats al dispositiu Hotel Salut no pertanyien a l'àrea d'influència de l'Hospital del Mar. Aquí cal destacar pacients que vivien a Barcelona però pertanyien a altres ABS, pacients que vivien a Catalunya i, posteriorment, un altre grup que no disposaven d'ABS, per ser d'altres comunitats autònomes d'Espanya o turistes en trànsit.

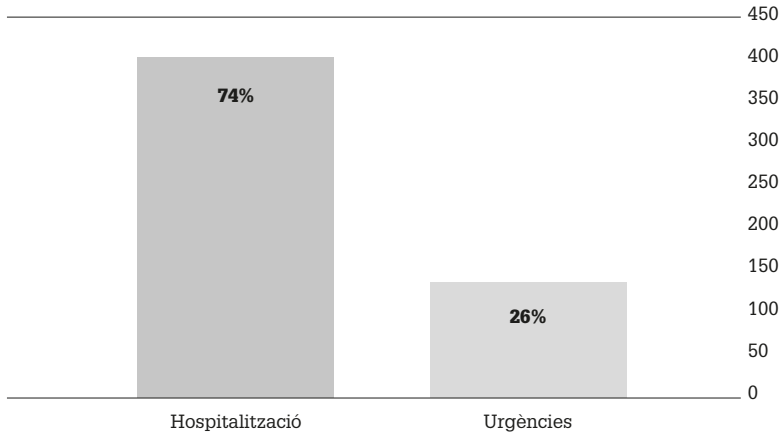
4.4. Procedència de la sol·licitud del dispositiu Hotel Salut

Per a l'anàlisi de la variable referent a la procedència del servei des d'on es feia la sol·licitud d'Hotel Salut i, per tant, ubicació del pacient, es va categoritzar en dos: hospitalització i urgències.

La gestió per part de la professional del TSS de places al dispositiu Hotel Salut es va fer des del servei d'urgències en el 26% dels casos, per a aquells pacients amb resultat positiu en la prova diagnòstica o per clínica compatible amb covid-19 malgrat donar un resultat negatiu o a l'espera de resultat, sempre que la TSS valorés que el pacient no podria dur a terme l'aïllament de manera segura al seu domicili.

La major part de les sol·licituds a Hotel Salut es van gestionar a pacients ingressats en les unitats d'hospitalització (74%), una vegada superada la fase aguda de la malaltia i estabilitzats, en situació d'alta clínica, però que per motius socials no podien acabar de complir el període d'aïllament necessari al seu domicili en el moment de l'alta.

Figura 9. Origen de la sol·licitud



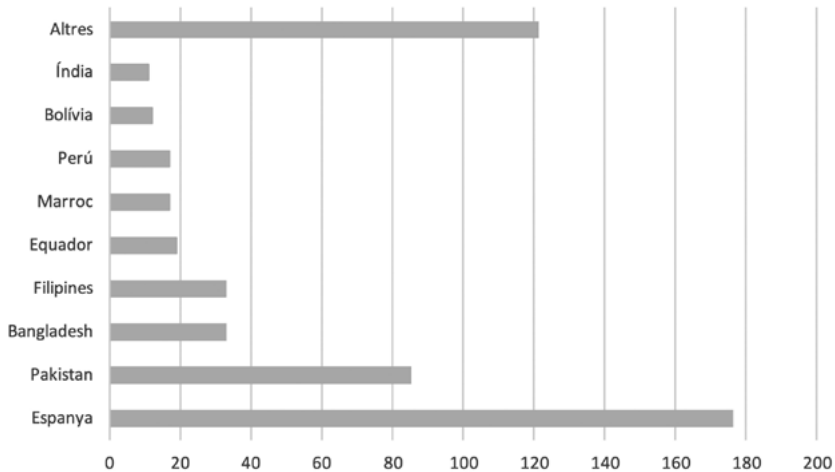
Font: Elaboració pròpia.

4.5. País d'origen dels pacients

Des de l'Hospital del Mar es van gestionar 524 sol·licituds de plaça al dispositiu Hotel Salut de pacients provinents de 40 països diferents, dels quals el 33% era població espanyola i el 67% era població estrangera.

Destaquen, seguit d'Espanya (33,6%), el Pakistan (16,2%), Bangladesh i Filipines (6,3% cadascun), l'Equador (3,6%), el Marroc i el Perú (3,2% cadascun), Bolívia (2,3%) i l'Índia (2%).

Figura 10. País d'origen dels pacients traslladats a Hotel Salut



Font: Elaboració pròpia.

Les dades sobre aquesta variable són una representació de la població general atesa a l'Hospital del Mar, caracteritzat per la seva multiculturalitat.

4.6. Motius pels quals no es podia dur a terme l'aïllament domiciliari

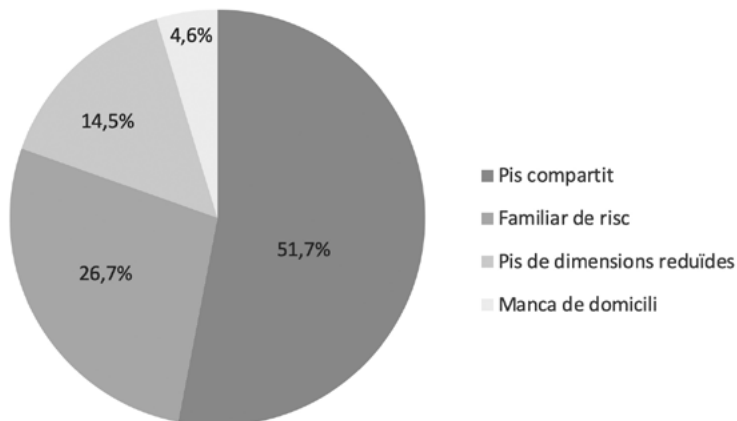
Des de la Unitat de TSS de l'Hospital del Mar i tenint en compte el Protocol del CSB desglossem en quatre ítems els motius pels quals els pacients no podien dur a terme l'aïllament al seu domicili. Aquests quatre ítems van ser:

- Viure en pis compartit amb altres persones, situacions d'amuntegament, en la qual vivien de vuit a deu persones al mateix pis.
- Conviure amb familiars de risc (persones grans, immunodeprimides...).
- Viure amb altres persones en pisos de dimensions reduïdes, convivència de diferents nuclis familiars al mateix habitatge i que utilitzaven les zones comunes fent-les servir de dormitoris o que no disposaven d'habitacions amb ventilació.
- No disposar de domicili on dur a terme l'aïllament domiciliari.

De la totalitat de la mostra, el 51,7% vivia en pis compartit, el 26,7% amb familiars de risc, el 14,5% en habitatges de dimensions molt reduïdes i el 4,6% no disposava de domicili on dur a terme l'aïllament.

Lligat amb el punt anterior que feia referència als districtes de Barcelona, cal afegir que els habitatges del barri de la Barceloneta es coneixen com a "quarts de casa", a causa de la massificació del barri i divisions dels pisos originals primer en meitats i posteriorment en quatre pisos, la majoria d'uns 30-35 m² i on hi viuen famílies senceres.

Figura 11. Motius pels quals no es podia dur a terme l'aïllament



Font: Elaboració pròpia.

5. Conclusions

La situació provocada pel virus del SARS-CoV-2 va suposar un impacte per a la població a escala mundial, amb una necessitat d'adaptació als canvis, provocant una crisi social i sanitària que va afectar de manera desigual els diferents grups de població, generant nous contextos de vulnerabilitat social a més dels que ja es trobaven en aquesta situació.

Les dades reflectides en els resultats de l'estudi confirmen la primera hipòtesi plantejada, que la ubicació de l'Hospital del Mar i els districtes de referència que comprèn atén una població vulnerable. Les variables analitzades reafirmen la realitat del pacient ingressat a l'Hospital del Mar i que l'aparició de la covid-19 ha posat de manifest que els determinants socials en salut són importants en relació amb la malaltia.

En aquest estudi s'observa que el volum més important de sol·licituds de trasllat a Hotel Salut es van fer durant la primera onada de la pandèmia, sobretot els mesos de març i abril de l'any 2020, encara que va ser un recurs de gran utilitat durant tot el primer any de pandèmia, fins i tot avui dia. Aquesta data també coincideix amb l'explosió de contagis i el col·lapse dels centres sanitaris, moment en el qual tots els pacients ingressats a l'Hospital del Mar tenien el mateix diagnòstic, SARS-CoV-2, i la necessitat de poder alliberar llits hospitalaris per poder atendre els pacients més greus era sens dubte la prioritat de tot el personal sanitari.

L'edat no era un criteri d'exclusió per a la derivació al dispositiu d'Hotel Salut, però si tenim en compte que la dependència funcional, la deterioració cognitiva i trobar-se institucionalitzat en un centre residencial sí que ho eren, cal suposar que la majoria de pacients derivats a Hotel Salut devien ser joves, dada que es confirma en l'estudi. Cal destacar que Hotel Salut va acollir des de dones amb els seus bebès nounats fins a ancians de 90 anys.

Davant de la necessitat d'atendre la població més vulnerable es va decidir que l'accés al dispositiu Hotel Salut no es restringís a les persones que no disposaven de targeta sanitària de Catalunya o que no estaven en situació administrativa regular, afavorint l'accés a la xarxa sanitària pública, d'una banda, i, de l'altra, a l'alta hospitalària, garantint la cobertura de les seves necessitats bàsiques.

La població que viu a la zona d'influència de l'Hospital del Mar es caracteritza per ser un territori multicultural, amb un percentatge de població immigrant molt elevat, en el qual la barrera idiomàtica i cultural, al costat de la precarietat econòmica, dificultaven la voluntat i la comprensió de fer l'aïllament.

Des de l'Hospital del Mar es van gestionar el doble de sol·licituds per a l'accés al dispositiu Hotel Salut de pacients que vivien al barri del Raval en comparació amb la resta de barris. Aquest es caracteritza per l'elevada densitat de població, l'augment constant d'immigració i la varietat de nacionalitats que hi conviuen, sent majoritàriament població originària del Pakistan, Filipines i Bangladesh.

Analitzant el motiu pel qual els pacients no podien dur a terme de manera segura l'aïllament, la major part de les sol·licituds es van fer perquè els pacients vivien en allotjaments multicompartits. Un altre dels motius pels quals els pacients no podien complir l'aïllament al seu domicili és perquè es trobaven en situació de carrer en el moment de l'ingrés a l'hospital.

A Barcelona hi ha aproximadament 1.000 persones que viuen al carrer. En el moment de la pandèmia l'Ajuntament de Barcelona va habilitar diferents dispositius per oferir allotjament i cobertura de necessitats bàsiques per a aquest grup de població vulnerable i protegir-lo del contagi de la malaltia i va imposar multes per trobar-se al carrer en els dies de confinament o en horari restringit pel toc de queda.

Des del treball social sanitari es va posar èmfasi des del principi que, a causa del confinament, un grup de població quedaria exclòs, sense poder cobrir les indicacions que donava en aquell moment el Govern sobre la necessitat de confinament domiciliari. És important remarcar la rapidesa amb la qual es va crear un protocol de procediment de gestió en l'àmbit sanitari per poder protegir aquest grup de població.

La gestió del dispositiu Hotel Salut va ser duta a terme per treballadores socials sanitàries amb el suport d'aquells professionals sanitaris que no eren necessaris "a peu de llit" (biòlegs, logopedes...). Va ser el treball en equip la clau de l'èxit del projecte. Cal destacar també la col·laboració d'agents externs: Guàrdia Urbana, Bombers de Barcelona, Transport Metropolità de Barcelona (TMB)...

La rapidesa en la creació dels procediments i l'agilitat en el traspàs de la informació als diferents proveïdors de salut va ser de vital importància en la gestió social i sanitària de la pandèmia.

La pandèmia també ha servit per reafirmar-nos en la idea que les treballadores socials sanitàries som expertes en l'emergència, en la planificació i en gestió de l'alta hospitalària.

Era necessària la creació d'un dispositiu que cobrés les necessitats bàsiques de la població més vulnerable davant la situació sanitària i d'altra banda que pogués alliberar llits hospitalaris de pacients amb clínica lleu o asimptomàtics i que l'única dificultat amb la qual es trobaven en el moment de l'alta hospitalària fos la necessitat d'un lloc segur on fer l'aïllament.

Amb el dispositiu Hotel Salut es pretenia disminuir la pressió assistencial dels centres hospitalaris i poder drenar pacients per així alliberar llits tan necessaris als hospitals per a pacients amb clínica greu.

Com a conseqüència, com que les persones amb dificultats per dur a terme un aïllament segur al seu domicili el van poder fer, es va evitar al màxim el contacte comunitari i, així, es va prevenir la propagació de la malaltia.

D'altra banda, també es va donar protecció a tots aquells col·lectius de persones més vulnerables amb alt risc de contagi comunitari.

El volum de trasllats des de l'Hospital del Mar al dispositiu Hotel Salut en els mesos de març i abril del 2020 va ser molt alt. La creació d'un protocol amb la intervenció de diferents agents interns de l'hospital (Unitat de TSS, cap del Servei de Medicina Interna, Servei de Farmàcia, Servei

d'Admissions i portalliteres) i externs (Consorti Sanitari de Barcelona, Cos de Bombers de Barcelona, Guàrdia Urbana i personal voluntari de Transports Metropolitans de Barcelona) va ser de vital importància per gestionar, en breus espais de temps per evitar la presència de pacients en zones de pas de l'hospital, el trasllat de 15-20 pacients per dia.

Amb tot el que s'ha exposat es pot afirmar que des de la pràctica professional del treball social sanitari es va saber dotar els equips sanitaris de projectes adequats per poder adaptar-se a les necessitats sobrevingudes, a l'evolució d'aquestes necessitats i es va donar una resposta adequada amb l'alliberament de llits hospitalaris, prevenció de contagis i resposta a l'emergència.

Referències bibliogràfiques

- Amengual Moreno, M., Calafat Caules, M., Carot, A., Rosa Correia, A. R., Rio Bergé, C., Rovira Plujà, J., Valenzuela Pascual, C., i Ventura Gabarró, C. (2020). Determinantes sociales de la incidencia de la Covid- 19 en Barcelona: Un estudio ecológico preliminar usando datos públicos. *Revista Española de Salud Pública*; 94, 1-19.
- Ariza, C. (2017). La vessant psicosocial de la salut i la malaltia. Educació social. *Revista d'intervenció socioeducativa*, 66, 13-32.
- Bas-Sarmiento, P., Fernández-Gutiérrez, M., Albar-Marín, M.^a J., i García- Ramírez, M. (2015). Percepción y experiencias en el acceso y el uso de los servicios sanitarios en población inmigrante. *Revista Gaceta Sanitaria*, 29(4), 244-251.
- Brunet, I., Pastor I., i Beizunegui, A. (2002). *Tècniques d'investigació social: Fonaments epistemològics i metodològics*. Pòrtic.
- Burón, A. (2012). Barreras de acceso de la población inmigrante a los servicios de salud en Catalunya. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Colom, D. (2010). El trabajo social sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario. *Zerbitzuan*, 47, 109-119.
- Dahlgren G., i Whitehead, M. (1992). *Policies and strategies to promote social equity in health*. World Health Organization.
- Llei 14/1986, de 25 d'abril, general de sanitat, BOE núm. 102 § 10498 (1986).
- Llei 22/2011, de 4 d'octubre, general de salut pública, BOE núm. 240 § 15623 (2011).

- Ministeri de Sanitat (2020). *Equidad en Salud y COVID-19: Análisis y propuestas para abordar la vulnerabilidad epidemiológica vinculada a las desigualdades sociales*. Recuperat 15 desembre 2022, de https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Equidad_en_salud_y_COVID-19.pdf
- Moreno, F. J. (2015). El puzzle de la exclusión sanitaria de los inmigrantes indocumentados en España, *Anuario CIDOB de la Inmigración*, 2015, 277-300. RACO. <https://raco.cat/index.php/AnuarioCIDOBInmigracion/article/view/312799>
- Organització Mundial de la Salut (OMS). (1948). Preamble to the constitution of the World Health Organization. En *Official records of the World Health Organization, 2: 19 June - 22 July 1948*, (p. 16). World Health Organization. Recuperat 15 desembre 2022, de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85573/Official_record2_eng.pdf
- Otero, L. (2020). Rol de los determinantes sociales y económicos en la infección y en la mortalidad por SARS Cov2. *Revista médica Herediana*, 31, 211-213.
- Plaza, B., García, A. M., i Muñoz. M. (2006). Programa de detección del riesgo social en el Hospital de Teruel. *Trabajo Social y Salud*, 53, 151-167.
- Reial decret llei 16/2012, de 20 d'abril, de mesures urgents per garantir la sostenibilitat del Sistema Nacional de Salut i millorar la qualitat i la seguretat de les seves prestacions, BOE núm. 98 § 5403 (2012).
- Silvano, I. D. (2018). *Determinantes de salud de las personas adultas que acuden al Programa de Procetts, Hospital San Juan Batista* (Tesi per optar al títol professional de llicenciada en Infermeria). Universidad católica Los Ángeles de Chimbote, Perú.
- Urbina, M., i González, M. Á. (2012). La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas. Instituto Nacional de Salud Pública, México. Recuperat 15 desembre 2022, de https://www.insp.mx/resources/images/stories/Produccion/pdf/131209_determinantesSociales.pdf